

BIURO KOMISARZA NARODÓW ZJEDNOCZONYCH
DO SPRAW PRAW CZŁOWIEKA
Genewa



PROFESSIONAL TRAINING SERIES No. 8/Rev.1

Protokół stambulski

*Podręcznik skutecznego badania
i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego,
niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*



ORGANIZACJA NARODÓW ZJEDNOCZONYCH
Nowy Jork i Genewa, 2004

NOTA

Przyjęty układ oraz prezentacja materiału w tej publikacji nie jest wyrazem jakiegokolwiek opinii Sekretariatu Narodów Zjednoczonych dotyczącej statusu prawnego jakiegokolwiek państwa, terytorium, miasta lub rejonu lub ich władz albo odnosi się do wyznaczenia ich granic.

*

*

*

Materiały zawarte w tej publikacji mogą być przywoływane lub powielane bez ograniczeń, jednak przy zapewnieniu, że umieszczona jest odpowiednia informacja o wydawcy oraz kopia tej publikacji zostanie przesłana do Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do Spraw Praw Człowieka na adres Narody Zjednoczone, 1211 Genewa 10, Szwajcaria.

Tłumaczenie niniejszego podręcznika na język polski jest tłumaczeniem nieoficjalnym przygotowanym w ramach projektu „Response to Vulnerability in Asylum” realizowanego przez Przedstawicielstwo Regionalne Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do Spraw Uchodźców na Europę Centralną i współfinansowanego przez Komisję Europejską. Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do Spraw Praw Człowieka nie ponosi odpowiedzialności za jakość tego tłumaczenia.

HR/P/PT/8/Rev.1

UNITED NATIONS PUBLICATION

<i>Sales No.</i> E.04.XIV.3

ISBN 92-1-154156-5

ISSN 1020-1688

Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur
oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania

Protokół Stambulski

Przekazany

Wysokiemu Komisarzowi Narodów Zjednoczonych do Spraw Praw Człowieka

9 sierpnia 1999

ORGANIZACJE UCZESTNICZĄCE

Action for Torture Survivors (HRFT), Genewa
Amnesty International, Londyn
Association for the Prevention of Torture, Genewa
Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin
British Medical Association (BMA), Londyn
Center for Research and Application of Philosophy and Human Rights, Hacettepe University, Ankara
Center for the Study of Society and Medicine, Uniwersytet Columbia, Nowy Jork
Centre Georges Devereux, Uniwersytet w Paryżu VIII, Paryż
Committee against Torture, Genewa
Danish Medical Association, Kopenhaga
Department of Forensic Medicine and Toxicology, Uniwersytet Colombo, Colombo
Ethics Department, Dokuz Eylül Medical Faculty, Izmir, Turcja
Gaza Community Mental Health Programme, Gaza
German Medical Association, Berlin
Human Rights Foundation of Turkey (HRFT), Ankara
Human Rights Watch, Nowy Jork
Indian Medical Association and the IRCT, Nowe Delhi
Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, Stany Zjednoczone
Institute for Global Studies, Uniwersytet Minnesota, Minneapolis, Stany Zjednoczone
Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago
International Committee of the Red Cross, Genewa
International Federation of Health and Human Rights Organizations, Amsterdam, Holandia
International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), Kopenhaga
Johannes Wier Foundation, Amsterdam, Holandia
Lawyers Committee for Human Rights, Nowy Jork
Physicians for Human Rights Israel, Tel Awiw
Physicians for Human Rights Palestine, Gaza
Physicians for Human Rights USA, Boston
Program for the Prevention of Torture, Inter-American Institute of Human Rights, San José
Society of Forensic Medicine Specialists, Istanbuł, Turcja
Special Rapporteur on Torture, Genewa
Survivors International, San Francisco, Stany Zjednoczone
The Center for Victims of Torture (CVT), Minneapolis, Stany Zjednoczone
The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londyn
The Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Cape Town, RPA
Turkish Medical Association, Ankara
World Medical Association, Ferney-Voltaire, Francja

SPIS TREŚCI

	<i>Strona</i>	
Autorzy i inni uczestnicy	vii	
Wstęp	1	
<i>Rozdział</i>	<i>Paragraf</i>	
I. ISTOTNE STANDARDY WYNIKAJĄCE Z PRZEPISÓW PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO	1-47	3
A. Międzynarodowe Prawo Humanitarne	2-6	3
B. Organizacja Narodów Zjednoczonych	7-24	4
1. Prawny obowiązek zapobiegania torturom	10	5
2. Organy i mechanizmy Organizacji Narodów Zjednoczonych	11-24	6
C. Organizacje regionalne	25-46	10
1. Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka i Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka	26-32	10
2. Europejski Trybunał Praw Człowieka	33-38	11
3. Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu	39-43	12
4. Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów i Afrykański Trybunał Praw Człowieka i Ludów	44-46	13
D. Międzynarodowy Trybunał Karny	47	14
II. ISTOTNE KODEKSY ETYCZNE	48-73	15
A. Etyka prawnicza	49-50	15
B. Etyka lekarska	51-56	16
1. Deklaracje Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące personelu medycznego	52-53	16
2. Deklaracje międzynarodowych samorządów zawodowych	54-55	17
3. Krajowe kodeksy etyki lekarskiej	56	18
C. Zasady wspólne dla wszystkich kodeksów etyki lekarskiej	57-65	18
1. Obowiązek zapewnienia zycziwej opieki	58-62	18
2. Świadoma zgoda	63-64	19
3. Poufność	65	20
D. Dwoistość obowiązków personelu medycznego	66-73	21
1. Zasady postępowania lekarzy, których dotyczy dwoistość zobowiązań	67	21
2. Dylematy związane z dwoistością zobowiązań	68-73	22
III. DOCHODZENIE W SPRAWIE STOSOWANIA TORTUR	74-119	24
A. Cele dochodzenia w sprawie stosowania tortur	77	24
B. Zasady skutecznego dochodzenia i dokumentowania przypadków stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania	78-84	25
C. Procedury dochodzenia w sprawie stosowania tortur	85-106	27
1. Wyznaczenie odpowiedniego organu prowadzącego dochodzenie	85-87	27
2. Przesłuchanie domniemanej ofiary i innych świadków	88-101	27
3. Zabezpieczenie i pozyskanie dowodów rzeczowych	102-103	32
4. Dowody natury medycznej	104-105	33
5. Zdjęcia	106	33
D. Komisja śledcza	107-119	34
1. Zdefiniowanie zakresu dochodzenia	107	34
2. Uprawnienia komisji	108	34
3. Kryteria uczestnictwa w pracach komisji	109-110	34

4.	Personel komisji	111	35
5.	Ochrona świadków	112	35
6.	Postępowanie	113	35
7.	Powiadomienie o wszczęciu postępowania	114	35
8.	Pozyskiwanie materiałów dowodowych	115	36
9.	Prawa stron	116	36
10.	Ocena materiału dowodowego	117	36
11.	Sprawozdanie komisji	118-119	36
IV.	ZALECENIA OGÓLNE DOTYCZĄCE PRZEPROWADZANIA PRZESŁUCHANIA	120-160	38
A.	Cel dochodzenia, badanie i gromadzenie dokumentacji	121-122	38
B.	Gwarancje proceduralne w odniesieniu do zatrzymanych	123-126	39
C.	Oficjalne wizyty w miejscu zatrzymania	127-134	40
D.	Techniki zadawania pytań	135	42
E.	Informacje podstawowe dotyczące dochodzenia	136-141	42
1.	Uwarunkowania psychospołeczne i okres poprzedzający aresztowanie	136	42
2.	Podsumowanie informacji na temat pobytu w detencji i poniżającego traktowania	137	42
3.	Okoliczności zatrzymania	138	43
4.	Miejsce i warunki detencji	139	43
5.	Metody torturowania i poniżającego traktowania	140-141	43
F.	Ocena okoliczności towarzyszących	142-143	44
G.	Przegląd metod tortur	144-145	44
H.	Ryzyko retraumatyzacji ofiary	146-149	46
I.	Korzystanie z usług tłumacza	150-153	47
J.	Kwestie związane z plcią	154-155	47
K.	Wydawanie skierowań	156	48
L.	Interpretacja wyników i wnioski	157-160	48
V.	FIZYCZNE DOWODY STOSOWANIA TORTUR	161-233	50
A.	Struktura wywiadu	163-167	50
B.	Historia choroby	168-172	51
1.	Objawy ostre	170	52
2.	Objawy przewlekłe	171	52
3.	Podsumowanie wywiadu	172	52
C.	Badanie fizykalne	173-182	53
1.	Skóra	176	53
2.	Twarz	177-182	53
3.	Klatka piersiowa i brzuch	183	55
4.	Układ mięśniowo-szkieletowy	184	55
5.	Układ moczowo-płciowy	185	55
6.	Centralny i obwodowy układ nerwowy	186	55
D.	Badanie i ocena dotyczące określonych metod tortur	187-232	56
1.	Bicie i inne urazy tępe	189-202	56
2.	Bicie w stopy	203-205	59
3.	Wieszanie	206-209	61
4.	Inne tortury związane z przyjmowaniem wymuszonej pozycji	210-211	62
5.	Rażenie prądem elektrycznym	212	62
6.	Tortury związane z urazami stomatologicznymi	213	63
7.	Podduszanie	214	63
8.	Tortury o charakterze seksualnym włącznie z gwałtem	215-232	63
E.	Wyspecjalizowane testy diagnostyczne	233	68
VI.	PSYCHOLOGICZNE DOWODY STOSOWANIA TORTUR	234-315	69
A.	Uwagi ogólne	234-239	69
1.	Kluczowa rola oceny psychologicznej	234-237	69
2.	Kontekst oceny psychologicznej	238-239	70
B.	Następstwa psychologiczne tortur	240-259	71
1.	Uwagi wstępne	240	71
2.	Typowe reakcje psychologiczne	241-249	71
3.	Klasyfikacja diagnoz	250-259	73

C. Ocena psychologiczna/psychiatryczna	260-315	76
1. Względy etyczne i kliniczne	260-262	76
2. Proces wywiadu	263-274	77
3. Elementy badania psychologicznego/psychiatrycznego	275-291	81
4. Ocena neuropsychologiczna	292-309	84
5. Wpływ tortur na dzieci	310-315	88

ANEKSY

I. Zasady skutecznego dochodzenia i dokumentowania przypadków stosowania tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania	91
II. Badania diagnostyczne	94
III. Rysunki anatomiczne do dokumentacji tortur i okrutnego traktowania	98
IV. Wytyczne w zakresie oceny medycznej tortur i okrutnego traktowania	106

AUTORZY I INNI UCZESTNICY

Koordinatorzy projektu

Dr Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston, Stany Zjednoczone

Dr Önder Özkaliç, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbuł, Turcja

Caroline Schlar, Action for Torture Survivors (HRFT), Genewa

Komitet redakcyjny

Dr Kathleen Allden, Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, and Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire, Stany Zjednoczone

Dr Türkan Baykal, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir, Turcja

Dr Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston, Stany Zjednoczone

Dr Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago, Stany Zjednoczone

Dr Önder Özkaliç, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbuł, Turcja

Dr Michael Peel, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londyn

Dr Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Uniwersytet Columbia, Nowy Jork

James Welsh, Amnesty International, Londyn

Osoby przygotowujące raporty

Dr Kathleen Allden, Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, and Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire, Stany Zjednoczone

Barbara Frey, Institute for Global Studies, Uniwersytet Minnesota, Minneapolis, Stany Zjednoczone

Dr Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago, Stany Zjednoczone

Dr Şebnem Korur Fincancı, Society of Forensic Medicine Specialists, Istanbuł, Turcja

Dr Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Uniwersytet Columbia, Stany Zjednoczone

Ann Sommerville, British Medical Association, Londyn

Dr Numfondo Walaza, The Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Cape Town, Republika Południowej Afryki

Autorzy współpracujący

Dr Suat Alptekin, Forensic Medicine Department, Istambuł, Turcja

Dr Zuhail Amato, Ethics Department, Doküz Eylül Medical Faculty, Izmir, Turcja

Dr Alp Ayan, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir, Turcja

Dr Semih Aytaçlar, Sonomed, Istambuł, Turcja

Dr Metin Bakkalci, Human Rights Foundation of Turkey, Ankara

Dr Ümit Biçer, Society of Forensic Medicine Specialists, Istambuł, Turcja

Dr Yeşim Can, Human Rights Foundation of Turkey, Istambuł, Turcja

Dr John Chisholm, British Medical Association, Londyn

Dr Lis Danielsen, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Kopenhaga

Dr Hanan Diab, Physicians for Human Rights Palestine, Gaza

Jean-Michel Diez, Association for the Prevention of Torture, Genewa

Dr Yusuf Doğar, Human Rights Foundation of Turkey, Istambuł, Turcja

Dr Morten Ekstrom, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Kopenhaga

Prof. Ravindra Fernando, Wydział Toksykologii i Badań Kryminalistycznych, Uniwersytet Colombo, Colombo

Dr John Fitzpatrick, Cook County Hospital, Chicago, Stany Zjednoczone

Camille Giffard, Uniwersytet Essex, Wielka Brytania

Dr Jill Glick, University of Chicago Children's Hospital, Chicago, Stany Zjednoczone

Dr Emel Gökmen, Wydział Neurologii, Uniwersytet Istambulski, Istambuł, Turcja

Dr Norbert Gurrus, Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin

Dr Hakan Gürvit, Wydział Neurologii, Uniwersytet Istambulski, Istambuł, Turcja

Dr Karin Helweg-Larsen, Danish Medical Association, Kopenhaga

Dr Gill Hinshelwood, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londyn

Dr Uwe Jacobs, Survivors International, San Francisco, Stany Zjednoczone

Dr Jim Jaranson, The Center for Victims of Torture, Minneapolis, Stany Zjednoczone

Cecilia Jimenez, Association for the Prevention of Torture, Genewa

Karen Johansen Meeker, University of Minnesota Law School, Minneapolis, Stany Zjednoczone

Dr Emre Kapkin, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir, Turcja

Dr Cem Kaptanoğlu, Departament Psychiatrii, Osmangazi University Medical Faculty, Eskişehir, Turcja

Prof. Ioanna Kuçuradi, Center for Research and Application of Philosophy and Human Rights, Uniwersytet Hacettepe, Ankara

Basem Lafi, Gaza Community Mental Health Programme, Gaza

Dr Elizabeth Lira, Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago

Dr Veli Lök, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir, Turcja
Dr Michele Lorand, Cook County Hospital, Chicago, Stany Zjednoczone
Dr Ruchama Marton, Physicians for Human Rights-Israel, Tel Awiw
Elisa Massimino, Lawyers Committee for Human Rights, Nowy Jork
Carol Mottet, prawniczka, Brno
Dr Fikri Öztıp, Departament Patologii, Ege University Medical Faculty, Izmir,
Turcja
Alan Parra, Office of the Special Rapporteur on Torture, Genewa
Dr Beatrice Patsalides, Survivors International, San Francisco, Stany
Zjednoczone
Dr Jean Pierre Restellini, Wydział ds. Informacjo o Prawach Człowieka,
Dyrektoriat Praw Człowieka, Rada Europy, Strasbourg, Francja
Nigel Rodley, Special Rapporteur on Torture, Genewa
Dr Füsün Sayek, Turkish Medical Association, Ankara
Dr Françoise Sironi, Centre Georges Devereux, Uniwersytet Paryski VIII, Paryż
Dr Bent Sorensen, International Rehabilitation Council for Torture Victims,
Kopenhaga oraz Komitet Przeciwko Torturom, Genewa
Dr Nezir Suyugül, Forensic Medicine Department, Istambuł, Turcja
Asmah Tareen, University of Minnesota Law School, Minneapolis,
Stany Zjednoczone
Dr Henrik Klem Thomsen, Wydział Patologii, Szpital Bispebjerg, Kopenhaga
Dr Morris Tidball-Binz, Program for the Prevention of Torture, Inter-American
Institute of Human Rights, San José
Dr Nuray Türksoy, Human Rights Foundation of Turkey, Istambuł, Turcja
Hülya Üçpınar, Human Rights Office, Izmir Bar Association, Izmir, Turcja
Dr Adriaan van Es, Johannes Wier Foundation, Amsterdam, Holandia
Ralf Wiedemann, University of Minnesota Law School, Minneapolis,
Stany Zjednoczone
Dr Mark Williams, The Center for Victims of Torture, Minneapolis,
Stany Zjednoczone

Uczestnicy

Alessio Bruni, Komitet Przeciwko Torturom, Genewa
Dr Eyad El Sarraj, Gaza Community Mental Health Programme, Gaza
Dr Rosa Garcia-Peltoniemi, The Center for Victims of Torture, Minneapolis,
Stany Zjednoczone
Dr. Ole Hartling, Danish Medical Association, Kopenhaga
Dr Hans Petter Hougen, Danish Medical Association, Kopenhaga
Dr Delon Human, World Medical Association, Ferney-Voltaire, Francja
Dr Dario Lagos, Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial,
Buenos Aires
Dr Frank Ulrich Montgomery, German Medical Association, Berlin
Daniel Prémont, United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture,
Genewa
Dr. Jagdish C. Sobti, Indian Medical Association, Nowe Delhi

Trevor Stevens, Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom,
Strasbourg, Francja
Mr Turgut Tarhanli, Wydział Stosunków Międzynarodowych i Praw
Człowieka, Uniwersytet Bogazici, Istanbuł, Turcja
Mr Wilder Taylor, Human Rights Watch, Nowy Jork
Dr Joergen Thomsen, International Rehabilitation Council for Torture Victims,
Kopenhaga

Ten projekt był finansowany dzięki wsparciu Dobrowolnego Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz Ofiar Tortur, Wydziału ds. Praw Człowieka i Polityki Humanitarnej Federalnego Departamentu Spraw Zagranicznych Szwajcarii, Biura Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie, Szwedzkiego Czerwonego Krzyża, Human Rights Foundation of Turkey oraz Physicians for Human Rights. Dodatkowe wsparcie uzyskano dzięki Center for Victims of Torture, Turkish Medical Association, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Amnesty International Szwajcaria oraz Christian Association for the Abolition of Torture w Szwajcarii.

Wydruk zmienionej wersji tego podręcznika był finansowany dzięki wsparciu Komisji Europejskiej. Projekt graficzny umieszczony na okładce zmienionej wersji podręcznika został przekazany Dobrowolnemu Funduszowi Narodów Zjednoczonych na rzecz Ofiar Tortur przez Centre for Victims of Torture (CVICT) z Nepalu.

WSTĘP

Pojęcie tortury używane w tym podręczniku opiera się na definicji podanej w Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania przyjętej w 1984 roku:

[T]ortury oznacza każde działanie, którym jakiegokolwiek osobie umyślnie zadaje się ostry ból lub cierpienie, fizyczne bądź psychiczne, w celu uzyskania od niej lub od osoby trzeciej informacji lub wyznania, w celu ukarania jej za czyn popełniony przez nią lub osobę trzecią albo o którego dokonanie jest ona podejrzana, a także w celu zastraszenia lub wywarcia nacisku na nią lub trzecią osobę albo w jakimkolwiek innym celu wynikającym z wszelkiej formy dyskryminacji, gdy taki ból lub cierpienie powodowane są przez funkcjonariusza państwowego lub inną osobę występującą w charakterze urzędowym lub z ich polecenia albo za wyraźną lub milczącą zgodą. Określenie to nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikających jedynie ze zgodnych z prawem sankcji, nieodłącznie związanych z tymi sankcjami lub wywołanych przez nie przypadkowo.¹

Tortury stanowią istotną kwestię dla społeczności międzynarodowej. Ich celem jest umyślne zniszczenie nie tylko samopoczucia fizycznego i emocjonalnego danej osoby, ale również, w niektórych przypadkach, godności i woli całych społeczności. Dotykają one wszystkich członków ludzkiej rodziny ponieważ poddają w wątpliwość podstawowe znaczenie naszej egzystencji oraz nadzieje na lepsze jutro.²

Pomimo tego, że międzynarodowe prawo praw człowieka oraz prawo humanitarne konsekwentnie zakazują stosowania tortur z jakiegokolwiek powodu (zobacz rozdział I), tortury i złe traktowanie mają miejsce w ponad połowie krajów świata.^{3,4} Uderzające rozbieżności pomiędzy absolutnym zakazem stosowania tortur i ich powszechnością w dzisiejszym świecie ukazuje Państwom potrzebę zidentyfikowania i wprowadzenia efektywnych środków mających na celu ochronę osób przed torturami i złym traktowaniem. Ten podręcznik został opracowany aby umożliwić Państwom zajęcie się jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami - skutecznej dokumentacji. Taka dokumentacja umożliwi przedstawienie dowodów na stosowanie tortur i złego traktowania tak, aby umożliwić pociągnięcie do odpowiedzialności sprawców tych czynów i zapewnić sprawiedliwość. Metody dokumentacji zawarte w tym podręczniku można zastosować również dla innych celów takich jak śledztwa i monitoring naruszeń praw człowieka, ocena wniosku o nadanie statusu uchodźcy,

¹ Od 1982 roku rekomendacje dotyczące wsparcia Narodów Zjednoczonych dla ofiar tortur opracowane przez Zarząd Dobrowolnego Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz Ofiar Tortur i przekazane Sekretarzowi Generalnemu Organizacji Narodów Zjednoczonych, opierają się na art. 1 Deklaracji na rzecz Ochrony Wszystkich Osób przed Torturami oraz innym Okrutnym, Niehumanitarnym lub Poniżającym Traktowaniem albo Karaniem, który stwierdza, że „tortura jest zintensyfikowaną i umyślną formą okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania” oraz, że „nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikającego z nieodłącznych lub incydentalnych sankcji wynikających z prawa w takim stopniu w jakim są zgodne z Standardowymi Minimalnymi Zasadami Traktowania Więźniów” jak również wszystkich pozostałych międzynarodowych instrumentów.

² V. Iacopino, Treatment of survivors of political torture: commentary, *The Journal of Ambulatory Care Management*, vol. 21(2), 1998, ss. 5-13.

³ Amnesty International, Amnesty International Report 1999, Londyn, AIP, 1999.

⁴ M. Başoğlu, Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach, *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 270 (1993), ss. 606-611.

obrona osoby, która „przyznaje się” do zarzucanych jej czynów podczas tortur oraz potrzeba oceny opieki udzielanej ofiarom tortur. Mając na uwadze personel medyczny, który zmuszany jest do lekceważenia, przedstawiania niewłaściwego obrazu sytuacji lub fałszowania dowodów tortur, podręcznik ma przedstawić międzynarodowy punkt odniesienia dla tej grupy osób.

Podczas ostatnich dwóch dekad wiedza na temat tortur i ich konsekwencji zwiększyła się, jednak przed powstaniem tego podręcznika międzynarodowe zalecenia dotyczące dokumentowania [przypadków tortur i złego traktowania, przyp. tłum.] nie były dostępne. *Protokół stambulski. Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania* ma służyć jako międzynarodowe wskazówki do przeprowadzania badań domniemych ofiar tortur i złego traktowania, prowadzenia dochodzeń w sprawach o domniemane stosowanie tortur oraz przedstawiania sądom i innym organom śledczym wyników tych badań i dochodzeń. Ten podręcznik zawiera [katalog, przyp tłum.] zasad prowadzenia skutecznego dochodzenia i dokumentacji tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (zobacz aneks I). Te zasady ukazują minimalne standardy dla Państw w celu zagwarantowania skutecznej dokumentacji tortur.⁵ Wskazówki zawarte w tym podręczniku nie są przedstawione jako ściśle określony protokół. Pokazują one raczej minimalne standardy oparte na zasadach, które należy stosować biorąc pod uwagę dostępne zasoby. Podręcznik i zasady są wynikiem trwającej trzy lata analizy, badań i pracy nad tekstem podjętych przez grupę ponad 75 ekspertów w dziedzinie prawa, zdrowia i praw człowieka, reprezentujących 40 organizacji i instytucji z 15 krajów świata. Konceptualizacja i opracowanie tego podręcznika było wspólnym działaniem osób zajmujących się badaniami sądowymi, lekarzy, psychologów, osób monitorujących przestrzeganie praw człowieka i prawników pracujących w Chile, Danii, Francji, Holandii, Indiach, Izraelu, Republice Południowej Afryki, Szwajcarii, Turcji, Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych Ameryki i Autonomii Palestyńskiej oraz na Kostaryce i Sri Lance.

⁵ Zasady przeprowadzania skutecznego dochodzenia i dokumentacji tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania stanowią załącznik do Rezolucji Zgromadzenia Ogólnego Nr 55/89 z dnia 4 grudnia 2000 roku i do rezolucji Komisarza do Spraw Praw Człowieka Nr 2000/43 z dnia 20 kwietnia 2000 roku. Obie rezolucje przyjęte bez głosowania.

ROZDZIAŁ I

ISTOTNE STANDARDY, WYNIKAJĄCE Z PRZEPISÓW PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO

1. Wolność od tortur wpisała się w sposób trwały w ramy prawa międzynarodowego. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych i Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania jednoznacznie zakazują tortur. Wolność od tortur pojawia się również w treści szeregu instrumentów prawnych o charakterze regionalnym. Amerykańska Konwencja Praw Człowieka, Afrykańska Karta Praw Człowieka i Ludów oraz Europejska konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności zawierają jednoznaczny zakaz stosowania tortur.

A. Międzynarodowe prawo humanitarne

2. Umowy międzynarodowe regulujące kwestie związane z konfliktami zbrojnymi stanowią podstawę międzynarodowego prawa humanitarnego i prawa wojennego. Zakaz stosowania tortur w międzynarodowym prawie humanitarnym jest jedynie niewielkim, ale istotnym wycinkiem szerszego zakresu ochrony, udzielonej na mocy poszczególnych konwencji wszystkim ofiarom wojen. Cztery konwencje genewskie z roku 1949 zostały ratyfikowane przez 188 państw. Określają one zasady prowadzenia międzynarodowego konfliktu zbrojnego, a w szczególności – traktowania osób, które nie uczestniczyły lub zaprzestały uczestnictwa w działaniach wojennych, włączając w to rannych, jeńców i cywili. Wszystkie cztery konwencje zabraniają stosowania tortur oraz innych form okrutnego traktowania. Dwa protokoły z 1977 roku, stanowiące uzupełnienie do konwencji genewskich, rozszerzają zakres ochrony, jak

i treść samych konwencji. Protokół I (ratyfikowany dotąd przez 153 państwa) obejmuje zagadnienia dotyczące konfliktów międzynarodowych. Protokół II (ratyfikowany dotąd przez 145 państw) dotyczy konfliktów niemiędzynarodowych.

3. Z punktu widzenia niniejszego dokumentu, najbardziej istotny jest tak zwany „artykuł 3 wspólny”, który znalazł się w treści wszystkich czterech konwencji. Artykuł 3 wspólny ma zastosowanie do konfliktów zbrojnych „nie mających charakteru międzynarodowego”, bez podania dokładniejszej definicji takiego konfliktu. Przyjmuje się, że definiuje on kluczowe zasady, które obowiązują w przypadku wszystkich konfliktów zbrojnych, a nie tylko w wojnach pomiędzy poszczególnymi krajami. Oznacza to, że bez względu na charakter danej wojny czy konfliktu, pewne zasady muszą być bezwzględnie przestrzegane. Należy do nich zakaz stosowania tortur, który jest elementem wspólnym międzynarodowego prawa humanitarnego i ochrony praw człowieka.

4. Artykuł 3 wspólny stanowi, że:

(...) są i pozostaną zakazane w stosunku do wyżej wymienionych osób w każdym czasie i w każdym miejscu (...) zamachy na życie i nieetykalność cielesną, a w szczególności zabójstwa we wszelkiej postaci, okaleczenia, okrutne traktowanie, tortury i męki; (...) zamachy na godność osobistą, a w szczególności traktowanie poniżające i upokarzające (...)

5. Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. Tortur, Nigel Rodley powiedział:

Zakaz tortur i innego okrutnego traktowania należy uznać za bezwzględnie obowiązujący. Cytując komentarz oficjalny do tekstu Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża (MKCK), nie istnieje żadna możliwa luka prawna; nie istnieje żadna wymówka, żadne okoliczności łagodzące.⁶

⁶ N. Rodley, *The Treatment of Prisoners under International Law*, wydanie II, Oxford, Clarendon Press, 1999, s. 58.

6. Kolejne powiązanie międzynarodowego prawa humanitarnego z prawami człowieka można znaleźć we wstępie do Protokołu II, który reguluje zasady prowadzenia niemiędzynarodowych konfliktów zbrojnych (na przykład wojen domowych) i stwierdza, że „(...) dokumenty międzynarodowe dotyczące praw człowieka stanowią podstawową ochronę człowieka.”⁷

B. Organizacja Narodów Zjednoczonych

7. Organizacja Narodów Zjednoczonych od wielu już lat dąży do opracowania powszechnie obowiązujących standardów, które pozwoliłyby zapewnić wszystkim osobom właściwą ochronę przed torturami, okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem. Konwencje, deklaracje i rezolucje przyjmowane przez państwa członkowskie ONZ wskazują jednoznacznie na konieczność bezwarunkowego zakazania tortur i zdefiniowania innych zobowiązań, aby zapewnić ochronę przed tego rodzaju nadużyciami. Do najważniejszych instrumentów prawnych w tym zakresie należą Powszechna Deklaracja Praw Człowieka,⁸ Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych,⁹ Standardowe minimalne zasady dotyczące traktowania więźniów,¹⁰ Deklaracja w sprawie ochrony wszystkich osób przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem (Deklaracja w sprawie ochrony przed torturami),¹¹ Kodeks postępowania funkcjonariuszy organów ścigania,¹² Zasady

etyki medycznej odnoszące się do roli personelu służby zdrowia, w szczególności lekarzy, w ochronie więźniów i osób aresztowanych przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem (Zasady etyki medycznej),¹³ Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur),¹⁴ Zbiór zasad mających na celu ochronę, wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia (Zbiór zasad dotyczących osób aresztowanych)¹⁵ oraz Podstawowe zasady traktowania więźniów.¹⁶

8. Konwencja ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur nie obejmuje bólu czy cierpienia wynikających jedynie ze zgodnych z prawem sankcji, nieodłącznie związanych z tymi sankcjami lub wywołanych przez nie przypadkowo.¹⁷

9. Inne organy i agendy ONZ, zajmujące się prawami człowieka podjęły działania zmierzające do opracowania standardów zapobiegania torturom oraz standardów obejmujących zobowiązania państw członkowskich do wszczynania dochodzenia

⁷ Akapit drugi wstępu do Protokołu II (1977) dodatkowego do Konwencji Genewskich z roku 1949.

⁸ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) z dnia 10 grudnia 1948 r., art. 5; patrz *Oficjalne Archiwa Zgromadzenia Ogólnego, sesja trzecia* (A/810), s. 71.

⁹ Wszedł w życie dnia 23 marca 1976 r.; patrz Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 2200 A (XXI) z dnia 16 grudnia 1966 r., aneks, art. 7; *Oficjalne Archiwa Zgromadzenia Ogólnego, sesja dwudziesta pierwsza, załącznik 16* (A/6316), s. 52, oraz United Nations, *Treaty Series*, tom 999, s. 171.

¹⁰ Przyjęte dnia 30 sierpnia 1955 r. przez Pierwszy Kongres Narodów Zjednoczonych w Sprawie Zapobiegania Przystępczości i Postępowania ze Sprawcami.

¹¹ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 3452 (XXX) z dnia 9 grudnia 1975 r., aneks, art. 2 i 4; patrz *Oficjalne Archiwa Zgromadzenia Ogólnego, sesja trzydziesta, załącznik 34* (A/10034), s. 91.

¹² Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 34/169 z dnia 17 grudnia 1979 r., aneks, art. 5; patrz *Oficjalne Archiwa Zgromadzenia Ogólnego, sesja trzydziesta czwarta, załącznik 46* (A/34/46), s. 186.

¹³ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 37/194 z dnia 18 grudnia 1982 r., aneks, zasady 2-5; patrz *Oficjalne Archiwa Zgromadzenia Ogólnego, sesja trzydziesta siódma, załącznik 51* (A/37/51), s. 211.

¹⁴ Weszła w życie z dniem 26 czerwca 1987 r.; patrz Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 39/46 z dnia 10 grudnia 1984 r., aneks, art. 2, *Oficjalne Archiwa Zgromadzenia Ogólnego, sesja trzydziesta dziewięta, załącznik 51* (A/39/51), s. 197.

¹⁵ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 43/173 z dnia 9 grudnia 1988 r., aneks, zasada 6; patrz *Oficjalne Archiwa Zgromadzenia Ogólnego, sesja czterdziesta trzecia, załącznik 49* (A/43/49), s. 298.

¹⁶ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 45/111 z dnia 14 grudnia 1990 r., aneks, zasada 1; patrz *Oficjalne Archiwa Zgromadzenia Ogólnego, sesja czterdziesta piąta, załącznik 49* (A/45/49), s. 200.

¹⁷ Aby zapoznać się z interpretacją pojęcia „sankcje zgodne z prawem” patrz raport Specjalnego Sprawozdawcy ONZ ds. Tortur z sesji pięćdziesiątej trzeciej Komisji Praw Człowieka ONZ (E/CN.4/1997/7, par. 3-11), w którym Specjalny Sprawozdawca wyraził opinię, że wymierzanie takich kar, jak ukamienowanie, chłosta czy amputacja nie może zostać uznane za zgodne z prawem tylko dlatego, że zostały orzeczone w oparciu o obowiązujące przepisy. Interpretacja przedstawiona przez Specjalnego Sprawozdawcę, która jest zgodna ze stanowiskiem Komisji Praw Człowieka ONZ (United Nations Human Rights Committee) i innych agend ONZ, została potwierdzona rezolucją nr 1998/38 Komisji Praw Człowieka ONZ, w której „przypomniano krajom, że kara cielesna może być równoznaczna z okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem lub nawet z torturami.”

w przypadkach, gdy zachodzi podejrzenie stosowania tortur. Do tych organów i agend należą Komitet Przeciwko Torturom, Komitet Praw Człowieka, Komisja Praw Człowieka, Specjalny Sprawozdawca ds. Przemocy wobec Kobiet oraz Specjalni Sprawozdawcy do Spraw poszczególnych krajów, mianowani przez Komisję Praw Człowieka ONZ.

1. *Prawny obowiązek zapobiegania torturom*

10. Wymienione powyżej instrumenty prawa międzynarodowego nakładają na Państwa określone obowiązki, których należy przestrzegać, aby zapewnić ochronę przed torturami. Są to między innymi:

(a) stosowanie skutecznych środków prawnych, administracyjnych, sądowych i innych w celu zapobiegania torturom. Żadne okoliczności wyjątkowe, w tym wojna, nie mogą stanowić usprawiedliwienia dla stosowania tortur (art. 2 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur i art. 3 Deklaracji w sprawie ochrony przed torturami);

(b) zakaz wydalania, zawracania (*refouler*) lub ekstradycji do innego państwa danej osoby, jeżeli istnieją poważne podstawy, aby sądzić, że mogą jej tam grozić tortury (art. 3 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur);

(c) penalizacja tortur, w tym udziału i współudziału w stosowaniu tortur (art. 4 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, zasada 7 Zbioru zasad dotyczących osób aresztowanych, art. 7 Deklaracji w sprawie ochrony przed torturami i par. 31-33 Standardowych minimalnych zasad dotyczących traktowania więźniów);

(d) uznanie tortur za przestępstwo stanowiące podstawę wydania i wspieranie innych państw stron w postępowaniach karnych w związku ze stosowaniem tortur (art. 8 i 9 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur);

(e) ograniczenie przetrzymywania bez możliwości kontaktu ze światem zewnętrznym i zapewnienie, że zatrzymani są

przetrzymywani w miejscach oficjalnie uznanych za instytucje izolacyjne. Dane osób odpowiedzialnych za zatrzymanie mają być bezzwłocznie udostępniane na żądanie zainteresowanych, w tym krewnych i znajomych; rejestrowanie czasu i miejsca każdego przesłuchania oraz osób obecnych podczas przesłuchania; zapewnienie dostępu do zatrzymanych lekarzom, prawnikom i członkom rodzin (art. 11 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur; zasady 11-13, 15-19 i 23 Zbioru zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia; par. 7, 22 i 37 Standardowych minimalnych zasad dotyczących traktowania więźniów);

(f) zapewnienie, aby materiały szkoleniowe i informacje dotyczące zakazu stosowania tortur były w pełni włączone do programów szkoleniowych dla personelu cywilnego lub wojskowego organów ścigania, personelu medycznego, funkcjonariuszy państwowych oraz innych odpowiednich osób (art. 10 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 5 Deklaracji w sprawie ochrony przed torturami, par. 54 Standardowych minimalnych zasad dotyczących traktowania więźniów);

(g) zapewnienie, aby żadne oświadczenie złożone, jak ustalono, w wyniku tortur, nie zostało wykorzystane w charakterze dowodu w postępowaniu, z wyjątkiem, gdy jest ono wykorzystywane przeciwko oskarżonemu o stosowanie tortur, jako dowód na to, że oświadczenie zostało złożone (art. 15 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 12 Deklaracji w sprawie ochrony przed torturami);

(h) zapewnienie przez państwo, aby jego właściwe organy przeprowadzały szybkie i bezstronne dochodzenia, gdy istnieją uzasadnione podstawy, aby sądzić, iż [na terytorium podlegającym jego jurysdykcji] doszło do stosowania tortur (art. 12 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, zasady 33 i 34 Zbioru zasad dotyczących osób aresztowanych, art. 9 Deklaracji w sprawie ochrony przed torturami);

(i) zapewnienie, aby ofiara tortur miała zagwarantowane prawo do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej oraz sprawiedliwego i adekwatnego odszkodowania (art. 13 i 14 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 11 Deklaracji w sprawie ochrony przed torturami, par. 35 i 36 Standardowych minimalnych zasad dotyczących traktowania więźniów);

(j) przeprowadzenie wobec domniemanego sprawcy lub sprawców postępowania karnego w przypadku, gdy śledztwo wskazuje, że stosowano tortury. Jeżeli zostanie uznane za zasadne, że domniemany sprawca lub sprawcy dopuścili się innych form okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, powinno przeprowadzić się wobec takiego sprawcy lub sprawców postępowanie karne, dyscyplinarne lub inne właściwe postępowanie (art. 7 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 10 Deklaracji w sprawie ochrony przed torturami).

2. *Organy i mechanizmy Organizacji Narodów Zjednoczonych*

(a) *Komitet Przeciwko Torturom*

11. Komitet Przeciwko Torturom monitoruje wdrażanie Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. W skład Komitetu wchodzi dziesięciu ekspertów powołanych ze względu na ich „wysokie kwalifikacje moralne oraz uznane kompetencje i doświadczenie na polu ochrony praw człowieka”. Na mocy art. 19 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, Państwa Strony przedkładają Komitetowi, za pośrednictwem Sekretarza Generalnego, sprawozdania na temat środków podjętych w celu realizacji swoich zobowiązań wynikających z Konwencji. Komitet bada, w jaki sposób postanowienia Konwencji zostały wdrożone do prawa krajowego i monitoruje ich funkcjonowanie w praktyce. Każde sprawozdanie jest rozpatrywane przez Komitet, który może zgłaszać uwagi i zalecenia ogólne oraz włączać przekazane informacje do treści sprawozdania rocznego,

sporządzanego dla Państw Stron oraz dla Zgromadzenia Ogólnego. Procedury te są realizowane w ramach spotkań otwartych.

12. Zgodnie z art. 20 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, jeżeli Komitet otrzyma wiarygodną informację, która jego zdaniem zawiera w pełni uzasadnione wskazanie o systematycznym stosowaniu tortur na terytorium Państwa Strony, zwraca się do tego Państwa Strony o podjęcie współpracy w celu zbadania tych doniesień oraz o przedłożenie uwag odnoszących się do tej informacji. Komitet może, jeżeli uzna to za celowe, wyznaczyć jednego lub kilku swoich członków do przeprowadzenia poufnego dochodzenia i pilnego przedłożenia Komitetowi odpowiedniego sprawozdania. Za zgodą tego Państwa Strony dochodzenie takie może być połączone ze złożeniem wizyty na jego terytorium. Po zbadaniu wyników dochodzenia przeprowadzonego przez członka lub członków Komitetu, przedłożonych zgodnie z ust. 2 niniejszego artykułu, Komitet przekazuje je odpowiedniemu Państwu Stronie, wraz z wszelkimi uwagami lub wnioskami, które w danej sytuacji wydają się być stosowne. Działania Komitetu, określone w treści art. 20, mają charakter poufny i na wszystkich ich etapach należy dążyć do współpracy z Państwem Stroną. Po zakończeniu prac w zakresie dochodzenia, Komitet może po konsultacji z odpowiednim Państwem Stroną podjąć decyzję o włączeniu krótkiego sprawozdania z wyników postępowania do swego rocznego sprawozdania, przedkładanego pozostałym Państwom Stronom oraz Zgromadzeniu Ogólnemu.¹⁸

13. Zgodnie z art. 22 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, Państwo Strona może w każdym czasie oświadczyć, że uznaje kompetencje Komitetu w zakresie otrzymywania i rozpatrywania zawiadomień przekazywanych przez lub w imieniu osób podlegających jego jurysdykcji, które twierdzą, że są ofiarami naruszenia przez Państwo Stronę postanowień konwencji. Komitet rozpatruje otrzymane zawiadomienia w trybie

¹⁸ Należy jednak podkreślić, że zastosowanie art. 20 może podlegać ograniczeniom w wyniku zastrzeżenia Państwa Strony. W takim wypadku art. 20 nie ma zastosowania.

poufnym, a następnie przekazuje swoją opinię odpowiedniemu Państwu Stronie i danej osobie. Tylko 39 spośród 112 Państw Stron, które ratyfikowały Konwencję uznały zarazem stosowanie art. 22.

14. Do zagadnień omawianych przez Komitet w sprawozdaniach rocznych, przedkładanych Zgromadzeniu Ogólnemu, należy kwestia konieczności przestrzegania przez Państwa Strony art. 12 i 13 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, aby zapewnić bezzwłoczne i bezstronne zbadanie każdej skargi dotyczącej stosowania tortur. Na przykład, Komitet stwierdził, że 15-miesięczne opóźnienie dochodzenia w sprawie zarzutu stosowania tortur należy uznać za bezzasadnie długie i niezgodne z postanowieniami art. 12.¹⁹ Komitet zwrócił także uwagę, że art. 13 nie wymaga formalnego złożenia skargi w związku ze stosowaniem tortur, ale „wystarczy, że pojawił się zarzut ze strony ofiary, aby [Państwo Strona] miało obowiązek bezzwłocznie i bezstronnie zbadać taki zarzut.”²⁰

(b) *Komitet Praw Człowieka*

15. Komitet Praw Człowieka został powołany zgodnie z postanowieniami art. 28 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych oraz w związku z koniecznością monitorowania wdrażania Paktu przez Państwa Strony. W skład Komitetu wchodzi osiemnastu niezależnych ekspertów, którzy mają posiadać nieskazitelną charakter oraz uznane kompetencje w dziedzinie praw człowieka.

16. Na Państwach Stronach Paktu spoczywa obowiązek przedkładania co pięć lat sprawozdań na temat stosowanych środków ochrony praw, które gwarantuje Pakt, oraz postępu dokonanego w dziedzinie korzystania z tych praw. Komitet Praw Człowieka bada sprawozdania prowadząc dialog z przedstawicielami Państwa Strony, której

sprawozdanie jest rozpatrywane. Następnie Komitet przyjmuje uwagi końcowe, podsumowując główne zagadnienia i formułując odpowiednie sugestie i zalecenia dla Państwa Strony. Komitet przygotowuje także uwagi ogólne, zawierające interpretację poszczególnych artykułów Paktu, w celu przedstawienia Państwom Stronom wytycznych odnośnie sprawozdań, jak również odnośnie wdrażania postanowień Paktu. W jednej z takich uwag ogólnych, Komitet podjął się zadania wyjaśnienia art. 7 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, który stanowi, że nikt nie będzie poddawany torturom albo okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu. W uwagach ogólnych do artykułu 7 Paktu w sprawozdaniu Komitetu zaznaczono, że zakaz stosowania tortur lub uznanie ich stosowania za przestępstwo nie wdraża w wystarczający sposób postanowień artykułu 7.²¹ Jak stwierdził Komitet „(...) Państwa muszą zapewnić skuteczną ochronę poprzez określone mechanizmy kontroli. Skargi dotyczące złego traktowania muszą podlegać skutecznym dochodzeniom przez właściwe władze.”

17. Dnia 10 kwietnia 1992 roku, Komitet przyjął nowe komentarze ogólne w sprawie art. 7, stanowiące rozwinięcie tych, które przyjęto uprzednio. Komitet podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie art. 7, stwierdzając, że „skargi podlegają bezzwłocznemu i bezstronnemu zbadaniu przez właściwe władze w celu przyjęcia skutecznych środków ochrony prawnej.” W Państwie, które ratyfikowało pierwszy Protokół Fakultatywny do Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, dana osoba może wystosować zawiadomienie do Komitetu o naruszeniu jej praw gwarantowanych postanowieniami Paktu. W przypadku uznania takiego zawiadomienia za dopuszczalne, Komitet wydaje decyzję co do meritum w danej sprawie, której treść podlega opublikowaniu w sprawozdaniu rocznym.

¹⁹ Patrz Komunikat 8/1991 par. 185, Sprawozdanie Komitetu Przeciwko Torturom dla Zgromadzenia Ogólnego (A/49/44) z dnia 12 czerwca 1994 r.

²⁰ Patrz Komunikat 6/1990, par. 10.4, Sprawozdanie Komitetu Przeciwko Torturom dla Zgromadzenia Ogólnego (A/50/44) z dnia 26 lipca 1995 r.

²¹ Organizacja Narodów Zjednoczonych, dokument A/37/40 (1982).

(c) *Komisja Praw Człowieka*

18. Komisja Praw Człowieka jest podstawowym organem zajmującym się prawami człowieka w ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych. Składa się ona z przedstawicieli 53 państw członkowskich, wybieranych przez Radę Gospodarczą i Społeczną na trzyletnią kadencję. Komisja spotyka się w Genewie raz do roku na okres sześciu tygodni w celu podejmowania działań na rzecz ochrony praw człowieka. Komisja może inicjować przeprowadzenie badań oraz misje ustalania faktów, opracowywać projekty konwencji i deklaracji, które podlegają zatwierdzeniu przez nadrzędne organy ONZ oraz omawiać poszczególne przypadki naruszeń praw człowieka podczas sesji otwartych i zamkniętych. Dnia 6 czerwca 1967 roku, Rada Gospodarcza i Społeczna, uchwalając rezolucję nr 1235, upoważniła Komisję do zbadania zarzutów dotyczących rażącego naruszenia praw człowieka oraz „przeprowadzenia szczegółowego badania sytuacji, które wskazują na ustalony schemat łamania praw człowieka.”²² Działając na mocy tego upoważnienia, Komisja, oprócz innych procedur, uchwaliła rezolucje, w których wyraziła niepokój w związku z naruszeniami praw człowieka oraz powołała specjalnych sprawozdawców, zajmujących się naruszeniami praw człowieka w określonych obszarach. Komisja uchwaliła również rezolucje dotyczące tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania. W rezolucji nr 1998/38, Komisja podkreśliła, że „wszelkie zarzuty dotyczące tortur oraz okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania powinny być bezzwłocznie i bezstronnie rozpatrywane przez właściwe władze krajowe.”

(d) *Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur*

19. W 1985 roku, uchwalając rezolucję nr 1985/33, Komisja podjęła decyzję o powołaniu Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur. Sprawozdawca ma za zadanie gromadzić i przyjmować wiarygodne i rzetelne informacje o sprawach dotyczących stosowania tortur, a w niektórych przypadkach

jest zobowiązany bezzwłocznie podejmować odpowiednie działania. Komisja odnawia okresowo mandat Specjalnego sprawozdawcy w oparciu o uchwalane rezolucje.

20. Przyznane Specjalnemu Sprawozdawcy prawo do monitorowania dotyczy wszystkich państw członkowskich Organizacji Narodów Zjednoczonych, jak również wszystkich państw o statusie obserwatora bez względu na to, czy dane państwo ratyfikowało Konwencję w sprawie zakazu stosowania tortur, czy też nie. Specjalny sprawozdawca nawiązuje kontakt z rządami poszczególnych państw, prosi o udzielenie informacji na temat środków prawnych i administracyjnych, podjętych w celu zapobiegania torturom, wnioskuje o wdrożenie działań naprawczych i udzielenie odpowiedzi na zarzuty dotyczące stosowania tortur. Specjalny Sprawozdawca otrzymuje również wnioski o bezzwłoczne podjęcie działań, które przekazuje odpowiednim władzom państwowym, aby zapewnić każdej osobie ochronę jej prawa do integralności fizycznej i psychicznej. Dodatkowo, Specjalny Sprawozdawca odbywa konsultacje z przedstawicielami poszczególnych rządów, którzy wyrażają chęć spotkania z nim, oraz, zgodnie z udzielonym mu mandatem, przeprowadza wizyty na miejscu w różnych regionach świata. Specjalny Sprawozdawca sporządza sprawozdania dla Komisji Praw Człowieka i dla Zgromadzenia Ogólnego. Opisuje w nich działania, które podjął na mocy udzielonego mandatu i podkreśla konieczność podjęcia bezzwłocznego dochodzenia w przypadku każdego zarzutu stosowania tortur. W sprawozdaniu z dnia 12 stycznia 1995 roku, Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur, Nigel Rodley, przedstawił szereg zaleceń. W par. 926(g) sprawozdania stwierdził:

Gdy więzień lub jego krewny bądź prawnik składa skargę w sprawie stosowania tortur, należy zawsze przeprowadzić dochodzenie (...) Należy określić niezależne władze krajowe, typu komisja krajowa lub rzecznik, uprawnione do wykonywania funkcji śledczych i/lub prokuratorskich, które mogą otrzymywać skargi i prowadzić dochodzenia. Skargi dotyczące stosowania tortur powinny być rozpatrywane bezzwłocznie przez niezależne organy, nie powiązane w żaden sposób z organami prowadzącymi dochodzenie lub pełniącymi rolę oskarżyciela w stosunku do domniemanej ofiary.²³

²² Tamże, E/4393.

²³ Tamże, E/CN.4/1995/34.

21. Specjalny Sprawozdawca położył szczególny nacisk na to zalecenie w sprawozdaniu z dnia 9 stycznia 1996 roku.²⁴ Wyrażając niepokój w związku ze stosowaniem tortur, Specjalny Sprawozdawca podkreślił w pkt 136, że „zarówno prawo ogólne, jak i międzynarodowe, jak i Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania nakładają na państwa obowiązek przeprowadzenia śledztwa w sprawie zarzutów stosowania tortur.”

(e) *Specjalny Sprawozdawca ds. Przemocy wobec Kobiet*

22. Instytucja Specjalnego Sprawozdawcy ds. Przemocy wobec Kobiet została powołana w roku 1994 na mocy rezolucji 1994/45 Komisji Praw Człowieka. Mandat sprawozdawcy odnowiono, uchwalając rezolucję 1997/44. Specjalny sprawozdawca opracował procedury występowania do poszczególnych krajów o przedstawienie, zgodnie z duchem humanitaryzmu, wyjaśnień i informacji odnoszących się do konkretnych przypadków domniemanego stosowania przemocy, aby zidentyfikować i przeanalizować określone sytuacje i zarzuty dotyczące przemocy wobec kobiet w jakimkolwiek kraju. Powiadomienia tego rodzaju mogą dotyczyć jednej lub więcej osób, ze wskazaniem ich imienia i nazwiska lub bardziej ogólnych informacji o przyzwoleniu lub stosowaniu przemocy wobec kobiet. Definicja przemocy ze względu na płeć, której ofiarą padają kobiety, stosowana przez Specjalnego Sprawozdawcę, została zaczerpnięta z treści Deklaracji o eliminacji przemocy wobec kobiet, uchwalonej przez Zgromadzenie Ogólne rezolucją 48/104 z dnia 20 grudnia 1993 roku. Specjalny Sprawozdawca może przysyłać wezwania w trybie pilnym w przypadku przemocy ze względu na płeć w sytuacji bezpośredniego zagrożenia lub obawy przed zagrożeniem prawa do życia lub integralności fizycznej. Specjalny Sprawozdawca wzywa właściwe władze krajowe, aby przekazywały wyczerpujące informacje w każdej sprawie, jak

również przeprowadzały niezależne i bezstronne dochodzenia w przedstawionych przypadkach oraz podejmowały niezwłocznie działania, aby zapobiec dalszym naruszeniom praw kobiet.

23. Specjalny Sprawozdawca składa coroczne sprawozdania Komisji Praw Człowieka ONZ dotyczące zawiadomień, skierowanych do poszczególnych krajów, oraz otrzymanych odpowiedzi. Na podstawie informacji otrzymanych od rządów oraz z innych wiarygodnych źródeł, specjalny sprawozdawca przygotowuje zalecenia dla poszczególnych rządów, których celem jest opracowanie trwałych rozwiązań prowadzących do wyeliminowania przemocy wobec kobiet w tych krajach. Specjalny Sprawozdawca może przysyłać powtórne zawiadomienia rządów w przypadku braku odpowiedzi lub przekazania niewystarczających informacji. Jeżeli w danym kraju nadal dochodzi do przypadków stosowania przemocy wobec kobiet a informacje otrzymane przez Specjalnego Sprawozdawcę wskazują, że rząd nie podjął żadnych działań w celu zapewnienia ochrony praw kobiet, Specjalny Sprawozdawca może rozważyć możliwość wystąpienia do tego rządu o pozwolenie na złożenie wizyty w celu ustalenia stanu faktycznego na miejscu.

(f) *Dobrowolny Fundusz ONZ na Rzecz Ofiar Tortur*

24. Tortury mogą mieć dramatyczne, utrzymujące się latami następstwa natury fizycznej i psychicznej dla ofiar, jak również członków ich rodzin. Pomoc w łagodzeniu tych następstw można uzyskać dzięki organizacjom, które specjalizują się we wspieraniu ofiar tortur. W grudniu 1981 roku, Zgromadzenie Ogólne ustanowiło Dobrowolny Fundusz ONZ na Rzecz Ofiar Tortur w celu zbierania dobrowolnych datków na rzecz organizacji pozarządowych (NGO), które zapewniają wsparcie psychologiczne, medyczne, socjalne, ekonomiczne, prawne i innego rodzaju pomoc humanitarną na rzecz ofiar tortur i ich krewnych. W zależności od dostępności środków, Fundusz jest w stanie finansować około 200 projektów organizacji pozarządowych, niosących pomoc około

²⁴ Tamże, E/CN.4/1996/35.

80 tys. ofiar tortur i członkom ich rodzin w 80 krajach na całym świecie. Fundusz sfinansował między innymi opracowanie i przetłumaczenie niniejszego podręcznika i zalecił jego opublikowanie w ramach serii profesjonalnych materiałów szkoleniowych Biura Wysokiego Komisarza NZ ds. Praw Człowieka, na podstawie rekomendacji Rady Powierniczej, która dofinansowuje pewną liczbę projektów, ukierunkowanych na szkolenie personelu medycznego i innych osób, świadczących specjalistyczne usługi na rzecz ofiar tortur.

C. Organizacje regionalne

25. Organy działające w ramach organizacji regionalnych także przyczyniają się do tworzenia standardów zapobiegania torturom. Należą do nich Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka, Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Europejski Trybunał Praw Człowieka, Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom i Afrykańska Komisja Praw Człowieka.

1. *Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka i Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka*

26. Dnia 22 listopada 1969 roku, Organizacja Państw Amerykańskich przyjęła Amerykańską Konwencję Praw Człowieka, która weszła w życie dnia 18 stycznia 1978 roku.²⁵ Artykuł 5 Konwencji stwierdza:

1. Każda osoba ma prawo do poszanowania jej integralności fizycznej, psychicznej i moralnej.

2. Nikt nie będzie poddany torturom albo okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu. Wszystkie osoby pozbawione wolności będą traktowane z poszanowaniem przyrodzonej godności osoby ludzkiej.

27. Artykuł 33 Konwencji mówi o powołaniu Międzyamerykańskiej Komisji Praw Człowieka i Międzyamerykańskiego Trybunału Praw Człowieka. Zgodnie z regulaminem Komisji, jej podstawową funkcją jest promowanie przestrzegania praw

człowieka oraz pełnienie roli doradczej wobec Organizacji Państw Amerykańskich w tym zakresie.²⁶ Pełniąc tę rolę, Komisja działa w oparciu o Międzyamerykańską konwencję w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie, kierując się zawartą w art. 5 interpretacją pojęcia tortur.²⁷ Międzyamerykańska konwencja w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie została przyjęta przez Organizację Państw Amerykańskich w dniu 9 grudnia 1985 r. i weszła w życie w dniu 28 lutego 1987 r.²⁸ Artykuł 2 Konwencji definiuje tortury następująco:

(...) dowolne działanie umyślne, które staje się przyczyną bólu lub cierpienia fizycznego lub psychicznego, zadawanego danej osobie w ramach postępowania karnego, zastraszania, karania, w charakterze, środka zapobiegawczego, kary lub w dowolnym innym celu. Przez tortury rozumie się także stosowanie metod, których celem jest zniszczenie osobowości ofiary lub ograniczenie jej zdolności fizycznych lub psychicznych, nawet, jeśli nie powodują bólu fizycznego lub cierpienia psychicznego.

28. W art. 1, państwa strony Konwencji zobowiązują się zapobiegać torturom i karać stosowanie tortur zgodnie z postanowieniami Konwencji. Państwa strony Konwencji mają obowiązek bezzwłocznie podjąć stosowne dochodzenie w sprawie każdego zarzutu stosowania tortur, jaki został wysunięty w obszarze ich jurysdykcji.

29. Artykuł 8 stanowi, że „Państwa Strony zagwarantują każdej osobie, która złożyła skargę na stosowanie wobec niej tortur w obszarze jurysdykcji danego Państwa Strony, bezstronne rozpatrzenie jej sprawy.” Podobnie, w przypadku skargi lub uzasadnionego podejrzenia, że w obszarze ich jurysdykcji doszło do stosowania tortur, państwa strony muszą zagwarantować, że odpowiednie władze zareagują prawidłowo i bezzwłocznie przeprowadzą dochodzenie w danej sprawie oraz, w stosownych przypadkach, rozpoczną postępowanie karne.

30. W sprawozdaniu dotyczącym sytuacji w jednym z krajów opublikowanym w 1998 r., Komisja zwróciła uwagę na istnienie

²⁵ Organizacja Państw Amerykańskich, *Seria Traktatów*, Nr 36, i Organizacja Narodów Zjednoczonych, *Seria Traktatów*, tom 1144, s. 123, przedruk w „Basic documents pertaining to human rights in the inter-American system” (OEA/Ser. L.V/II.82, dokument 6, wer. 1), s. 25 (1992).

²⁶ „Regulations of the Inter-American Commission on Human Rights” (OEA/Ser.L.V/II.92), dokument 31, wer. 3 z dnia 3 maja 1996 r., art. (1).

²⁷ Patrz sprawa 10.832, raport 35/96, sprawozdanie roczne Międzyamerykańskiej Komisji Praw Człowieka, par. 75.

²⁸ Organizacja Państw Amerykańskich, *Seria Traktatów*, nr 67.

przeszkody, uniemożliwiającej skuteczne ściganie sprawców tortur, jaką jest brak niezależności w prowadzeniu dochodzeń w sprawach związanych z zarzutami stosowania tortur, ze względu na wymóg, zgodnie z którym dochodzenia mają prowadzić władze federalne, które z reguły mają powiązania z oskarżonymi o stosowanie tortur.²⁹ Komisja powołała się na art. 8, aby podkreślić wagę „bezzstronnego badania” każdego przypadku.³⁰

31. Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka odniósł się do konieczności badania zarzutów naruszenia Amerykańskiej konwencji praw człowieka. W wyroku z dnia 29 lipca 1998 roku w sprawie Velásquez Rodríguez przeciwko Hondurasowi Trybunał stwierdził, że:

Państwo ma obowiązek zbadania każdej sytuacji, w której dochodzi do naruszenia praw chronionych na mocy Konwencji. Jeżeli aparat państwowy działa w taki sposób, że sprawca naruszenia nie zostaje ukarany, a ofierze nie przywraca się bezzwłocznie należnych jej praw, oznacza to, że Państwo nie wypełniło obowiązku zapewnienia swobody egzekwowania tych praw osobom znajdującym się w obszarze jego jurysdykcji.

32. Artykuł 5 Konwencji stanowi o prawie do wolności od tortur. Jakkolwiek sprawa ta dotyczyła zaginięcia, jednym z praw, do których odnosi się Trybunał, zagwarantowanych na mocy Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka jest wolność od tortur i innych form okrutnego traktowania.

2. Europejski Trybunał Praw Człowieka

33. W dniu 4 listopada 1950 roku Rada Europy przyjęła Europejską Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, która weszła w życie dnia 3 września 1953 roku.³¹ Artykuł 3 Konwencji stwierdza: „Nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu”. Zgodnie z Konwencją, mechanizmami kontroli przestrzegania jej postanowień były Trybunał Europejski i Europejska Komisja Praw Człowieka. W wyniku reformy, która weszła

w życie w dniu 1 listopada 1998 roku, nowy, stały Trybunał zastąpił zarówno Komisję i dotychczas funkcjonujący Trybunał. Prawo do składania skarg indywidualnych stało się obowiązkowe, a wszystkie ofiary mają bezpośredni dostęp do Trybunału. Trybunał uznał konieczność badania zarzutów stosowania tortur w celu zagwarantowania ochrony praw, przysługujących osobom na mocy art. 3.

34. Pierwszy wyrok w takiej sprawie wydano w sprawie *Aksoy przeciwko Turcji* (100/1995/606/694), w dniu 18 grudnia 1996 roku.³² W sprawie tej, Trybunał orzekł, że:

[] jeżeli dana osoba została zatrzymana w dobrym zdrowiu, a w chwili wypuszczenia na wolność można stwierdzić, że doznała obrażeń, na Państwie spoczywa obowiązek dostarczenia wiarygodnego wyjaśnienia przyczyny wystąpienia takich obrażeń, a w wyniku niedopełnienia takiego obowiązku dochodzi do naruszenia artykułu 3 Konwencji.³³

35. Trybunał uznał także, że obrażenia doznane przez wnioskodawcę są wynikiem stosowania tortur, a co za tym idzie, doszło do naruszenia art. 3.³⁴ Ponadto, Trybunał dokonał interpretacji art. 13 Konwencji, na mocy którego danej osobie przysługuje prawo do skutecznego środka odwoławczego do właściwego organu państwowego, nakładając na Państwo obowiązek starannego badania zgłoszeń dotyczących stosowania tortur. W uznaniu „fundamentalnego znaczenia zakazu tortur” oraz bezbronności ofiar tortur, Trybunał stwierdził, że „art. 13 nakłada na Państwa, bez szkody dla innych środków dostępnych w ramach systemu krajowego, obowiązek przeprowadzenia starannego i skutecznego śledztwa w sprawie zarzutów, dotyczących stosowania tortur.”³⁵

36. Zgodnie z przyjętą przez Trybunał interpretacją, pojęcie „skutecznego środka”, o którym mowa w art. 13, wiąże się ze gruntownym zbadaniem każdego przypadku, gdy zachodzi prawdopodobieństwo stosowania tortur. Trybunał stwierdził, że jakkolwiek Konwencja nie zawiera jednoznacznego

²⁹ Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka, *Report on the Situation of Human Rights in Mexico*, 1998, par. 323.

³⁰ Tamże, par. 324.

³¹ Organizacja Narodów Zjednoczonych, *Seria Traktatów*, 213, s. 222.

³² Patrz protokoły dodatkowe nr 3, 5 i 8, które weszły w życie dnia 21 września 1970 r., 20 grudnia 1971 r. i 1 stycznia 1990 r., *Seria traktatów europejskich* nr 45, 46 i 118.

³³ Patrz Europejski Trybunał Praw Człowieka, *Reports of Judgments and Decisions*, 1996-VI, par. 61.

³⁴ Tamże, par. 64.

³⁵ Tamże, par. 98.

stwierdzenia tego faktu, tak jak w art. 12 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, „wymóg taki należy uznać za domniemany w związku z pojęciem «skutecznego środka odwoławczego», o którym mówi art. 13”.³⁶ Następnie Trybunał stwierdził, że Państwo naruszyło postanowienia art. 13, nie dopełniając obowiązku zbadania zgłoszenia wnioskodawcy, dotyczącego stosowania tortur.³⁷

37. W wyroku z dnia 28 października 1998 roku w sprawie *Assenov i inni przeciwko Bułgarii* (90/1997/874/1086), Trybunał poszedł dalej, uznając obowiązek Państwa w zakresie badania zarzutów stosowania tortur nie tylko na podstawie art. 13, ale także art. 3. W sprawie, o której mowa, młody Rom zatrzymany przez policję przedstawił zaświadczenia lekarskie wskazujące, że został pobity, nie można było jednak ocenić, na podstawie dostępnych dowodów, czy obrażenia te spowodował jego ojciec, czy też policja. Trybunał uznał, że „urazy stwierdzone przez lekarza, który badał pana Assenova (...) wskazują, że jego obrażenia, bez względu na to, czy zostały spowodowane przez jego ojca, czy też przez policję, były wystarczająco poważne, aby można je było uznać za wynik złego traktowania, o którym mowa w art. 3”.³⁸ W przeciwieństwie do Komisji, utrzymującej, że nie doszło do naruszenia art. 3, Trybunał przyjął bardziej rozwiniętą interpretację. Uznał, że fakty nasuwają „uzasadnione podejrzenie, że obrażenia mogły zostać spowodowane przez policję”.³⁹ W związku z tym stwierdził, że:

[w] takich okolicznościach, gdy zachodzi prawdopodobieństwo poważnego przypadku niewłaściwego potraktowania danej osoby przez policję lub innych przedstawicieli Państwa w sposób bezprawny i z naruszeniem artykułu 3, postanowienie to, interpretowane w powiązaniu z ogólnym obowiązkiem Państwa, określonym w treści artykułu 1, „zapewnienia każdej osobie, podlegającej jego jurysdykcji, praw i wolności określonych w Konwencji”, wymaga, w sposób domniemany, przeprowadzenia skutecznego dochodzenia przez organy państwowe. Dochodzenie takie (...) powinno umożliwić zidentyfikowanie i ukaranie osób odpowiedzialnych. W przeciwnym razie, obowiązujący powszechnie zakaz prawny

³⁶ Tamże.

³⁷ Tamże, par. 100.

³⁸ Tamże, *Reports of Judgments and Decisions*, 1998-VIII, par. 95.

³⁹ Tamże, par. 101.

stosowania tortur oraz niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, bez względu na jego fundamentalne znaczenie (...) pozostałby bezskuteczny w praktyce, a w niektórych przypadkach umożliwiłby przedstawicielom Państwa nadużywanie przysługujących im praw w stosunku do osób pozostających pod ich kontrolą, unikając kary.⁴⁰

38. Trybunał orzekł tym samym po raz pierwszy, że doszło do pogwałcenia art. 3 nie z powodu złego traktowania *per se*, ale z powodu zaniechania wszczęcia oficjalnego dochodzenia w tej sprawie. Dodatkowo, Trybunał pozostał przy swoim stanowisku wyrażonym w sprawie *Aksoy*, stwierdzając, że doszło także do pogwałcenia art. 13. Trybunał uznał, że:

jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo, że dana osoba została źle potraktowana z naruszeniem artykułu 3, pojęcie skutecznego środka obejmuje, oprócz skutecznego i starannego dochodzenia, wymaganego na mocy artykułu 3 (...), zapewnienie wnioskodawcy efektywnego dostępu do procedur dochodzeniowych oraz wypłaty stosownego odszkodowania.⁴¹

3. Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Niehumanitarnemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu

39. W 1987 roku, Rada Europy przyjęła Europejską Konwencję o zapobieganiu torturom oraz niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, która weszła w życie z dniem 1 lutego 1989 roku.⁴² Do dnia 1 marca 1999 roku, wszystkie spośród 40 państw członkowskich Rady Europy ratyfikowały Konwencję. Konwencja uzupełnia mechanizm sądowy ustanowiony przez Europejską Konwencję Praw Człowieka o instrument o charakterze prewencyjnym. Celem Konwencji nie jest tworzenie konkretnych norm. Na mocy Konwencji powołano Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Niehumanitarnemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu, składający się z jednego przedstawiciela z każdego z państw członkowskich. Członkowie Komitetu powinni prezentować wysokie standardy moralne, bezstronność, niezależność oraz być zdolni do prowadzenia działań w terenie.

⁴⁰ Tamże, par. 102.

⁴¹ Tamże, par. 117.

⁴² *Seria traktatów europejskich*, nr 126.

40. Komitet przeprowadza wizyty w państwach członkowskich Rady Europy, zarówno okresowo, jak i doraźnie. Delegacja przedstawicieli Komitetu składa się z jego członków, którym towarzyszą eksperci z dziedziny medycyny, prawa lub innych obszarów, tłumacze i członkowie sekretariatu. Delegacje odwiedzają osoby pozbawione wolności przez władze danego kraju.⁴³ Zakres uprawnień takiej delegacji jest stosunkowo duży: może ona odwiedzić dowolne miejsce, w którym przebywają osoby pozbawione wolności; odbywać wielokrotne wizyty w takich miejscach; rozmawiać na osobności z osobami pozbawionymi wolności; odwiedzać dowolnie przez siebie wybrane osoby; a także odwiedzać wszystkie pomieszczenia (nie tylko cele więźniów) bez jakichkolwiek ograniczeń. Delegacja ma prawo uzyskać dostęp do wszystkich dokumentów i archiwów, dotyczących odwiedzanych osób. Wszystkie działania Komitetu są realizowane zgodnie z wymogami zachowania poufności i współpracy.

41. Po zakończeniu wizyty, Komitet sporządza raport. Na podstawie faktów stwierdzonych podczas wizyty, Komitet uwzględnia w raporcie uwagi dotyczące zastanych warunków, przedstawia konkretne zalecenia i kwestie, które wymagają dalszych wyjaśnień. Państwo Strona udziela odpowiedzi na piśmie, w wyniku czego prowadzony jest dialog pomiędzy Komitetem a Państwem Stroną, który trwa do czasu kolejnej wizyty. Raporty Komitetu i odpowiedzi Państwa Strony mają charakter poufny, jednakże Państwo Strona (nie Komitet) może zdecydować o upublicznieniu zarówno raportu, jak i udzielonych odpowiedzi. Jak dotąd, niemal wszystkie Państwa Strony zdecydowały się na upublicznienie zarówno przygotowanych raportów, jak i swoich odpowiedzi.

42. W toku swojej działalności w ciągu ostatniego dziesięciolecia, Komitet wypracował stopniowo szereg kryteriów traktowania osób zatrzymanych, które mają

⁴³ Osoba pozbawiona wolności to każda osoba pozbawiona wolności przez władze państwa; tj. między innymi, osoby przebywające w areszcie lub osoby zatrzymane, więźniowie oczekujący na rozprawę, więźniowie skazani i osoby przyjęte do szpitala psychiatrycznego bez ich zgody.

charakter standardów ogólnych. Standardy te dotyczą nie tylko istotnych warunków, ale również gwarancji proceduralnych. Na przykład, Komitet postuluje zapewnienie osobom zatrzymanym trzech rodzajów ochrony:

(a) prawa osoby pozbawionej wolności, o ile sobie ona tego życzy, do bezzwłocznego poinformowania strony trzeciej (członka rodziny) o zatrzymaniu;

(b) prawa osoby pozbawionej wolności do uzyskania bezzwłocznie dostępu do prawnika;

(c) prawa osoby pozbawionej wolności do uzyskania dostępu do lekarza, w tym, jeśli osoba ta sobie tego życzy, do wybranego przez siebie lekarza.

43. Ponadto, Komitet podkreślał wielokrotnie, że jednym z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania okrutnemu traktowaniu przez funkcjonariuszy organów ścigania jest staranne badanie przez właściwe organy wszelkich otrzymanych przez nie skarg, dotyczących takiego traktowania, i nakładanie w stosownych przypadkach odpowiednich kar. Jest to skuteczny środek prewencyjny.

5. *Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów oraz Afrykański Trybunał Praw Człowieka i Ludów*

44. W odróżnieniu od systemu europejskiego i amerykańskiego, w Afryce nie przyjęto konwencji dotyczącej tortur i zapobiegania torturom. Stosowanie tortur postrzegane jest tak samo jak pozostałe naruszenia praw człowieka. Związane z tym zagadnienia zawarto przede wszystkim w treści Afrykańskiej Karty Praw Człowieka i Ludów, przyjętej przez Organizację Jedności Afrykańskiej w dniu 27 czerwca 1981 roku, która weszła w życie z dniem 21 października 1986 roku.⁴⁴ W art. 5 stwierdza się, że:

Każda osoba będzie miała prawo do poszanowania godności przyrodzonej istocie ludzkiej oraz do uznawania jej statusu

⁴⁴ Organizacja Jedności Afrykańskiej, dokument CAB/LEG/67/3, ver. 5, 21, *International Legal Materials*, 58 (1982).

prawnego. Wszelkie formy eksploatacji i poniżania człowieka, a zwłaszcza niewolnictwo, handel niewolnikami, tortury, okrutne, nieludzkie lub poniżające karanie albo traktowanie, będą zakazane.

45. Na mocy postanowień art. 30 Afrykańskiej Karty Praw Człowieka i Ludów, w czerwcu 1987 r. powołana została Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów, na którą nałożono obowiązek „promowania praw człowieka i ludów oraz zapewnienia ich ochrony w Afryce.” Spotykając się okresowo, członkowie Komisji uchwalili szereg rezolucji dotyczących poszczególnych krajów w sprawach dotyczących praw człowieka w Afryce. Niektóre z nich odnosiły się do stosowania tortur jako jednego ze sposobów naruszania tych praw. W niektórych rezolucjach, Komisja wyraziła zaniepokojenie z powodu pogarszającej się sytuacji przestrzegania praw człowieka, w tym stosowania tortur.

46. Komisja opracowała nowe mechanizmy, takie, jak instytucja Specjalnego Sprawozdawcy ds. Więzień, Specjalnego Sprawozdawcy ds. Doraźnych i Arbitralnych Egzekucji i Specjalnego Sprawozdawcy ds. Kobiet, których mandat obejmuje prawo głosu podczas sesji otwartych Komisji. Mechanizmy te umożliwiły ofiarom i organizacjom pozarządowym przekazywanie informacji bezpośrednio do sprawozdawców specjalnych. Jednocześnie, ofiara lub organizacja pozarządowa może złożyć do Komisji skargę w sprawie stosowania tortur zgodnie z definicją podaną w art. 5 Karty. Podczas, gdy skarga indywidualna czeka na rozpatrzenie przez Komisję, ofiara lub organizacja pozarządowa może przesłać te same informacje do sprawozdawców specjalnych, aby uwzględnili je w swoich sprawozdaniach jawnych, prezentowanych podczas sesji Komisji. Aby umożliwić sądowe rozstrzygnięcie spraw dotyczących naruszeń praw człowieka, zgodnie z gwarancjami zapewnionymi na mocy Karty, Zgromadzenie Ogólne Organizacji Jedności Afrykańskiej przyjęło w czerwcu 1998 roku protokół w sprawie utworzenia Afrykańskiego Trybunału Praw Człowieka i Ludów.

D. Międzynarodowy Trybunał Karny

Statut Rzymski Międzynarodowego Trybunału Karnego, przyjęty 17 lipca 1998 r., stworzył stały trybunał międzynarodowy, powołany do sądenia osób odpowiedzialnych za ludobójstwo, zbrodnie przeciwko ludzkości i zbrodnie wojenne (A/CONF.183/9). Trybunał rozpatruje skargi dotyczące stosowania tortur zarówno w sprawach dotyczących ludobójstwa, jak i zbrodni przeciwko ludzkości, jeżeli tortury były częścią szeroko zakrojonych lub systematycznych ataków lub zbrodni wojennych zgodnie z konwencjami genewskimi z 1949 roku. Statut Rzymski definiuje tortury jako celowe zadawanie dotkliwego bólu lub cierpienia, fizycznego bądź psychicznego, jakiegokolwiek osobie będącej pod opieką lub pod kontrolą oskarżonego. Na dzień 25 września 2000 roku, Statut Rzymski Międzynarodowego Trybunału Karnego został podpisany przez 113 państw i ratyfikowany przez 21 krajów. Siedziba Trybunału mieści się w Hadze. Posiada on jurysdykcję wyłącznie w przypadkach, gdy poszczególne Państwa nie są w stanie lub nie chcą ścigać osób odpowiedzialnych za zbrodnie, określone w treści Statutu Rzymskiego.

ROZDZIAŁ II

ISTOTNE KODEKSY ETYCZNE

48. Wszystkie profesje funkcjonują w oparciu o kodeksy etyczne, które są deklaracją wspólnie wyznawanych wartości i zobowiązań oraz wyznaczają standardy moralne, których pracownicy danego zawodu mają obowiązek przestrzegać. Standardy etyczne tworzy się zasadniczo na dwa sposoby: przy pomocy instrumentów międzynarodowych, opracowanych przez takie instytucje, jak Organizacja Narodów Zjednoczonych, oraz w formie zbiorów zasad opracowanych przez przedstawicieli danego zawodu, za pośrednictwem reprezentujących ich samorządów krajowych bądź międzynarodowych. Podstawowe założenia tych kodeksów są zawsze takie same i skupiają się na obowiązkach pracowników danego zawodu w stosunku do klientów czy pacjentów, do społeczeństwa jako całości oraz do siebie nawzajem, tak, aby dbać o dobre imię danej profesji. Obowiązki te są odzwierciedleniem i uzupełnieniem praw, przysługujących wszystkim ludziom na mocy obowiązujących instrumentów prawa międzynarodowego.

A. Etyka prawnicza

49. Będąc przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości, sędziowie odgrywają szczególną rolę w ochronie praw obywateli. Standardy międzynarodowe nakładają na nich etyczny obowiązek dbałości o ochronę tych praw. Zasada 6 Podstawowych Zasad Narodów Zjednoczonych dotyczących Niezależności Sędziów i Niezawisłości Sądownictwa stwierdza, że „[z]asada niezależności sędziów uprawnia i wymaga od sędziego, aby postępowanie sądowe było prowadzone sprawiedliwie z poszanowaniem praw

jednostek.”⁴⁵ Podobnie prokuratorzy mają etyczny obowiązek prowadzenia dochodzeń oraz wnoszenia aktów oskarżenia w sprawach dotyczących funkcjonariuszy publicznych, którzy stosowali tortury. Artykuł 15 Wytycznych Narodów Zjednoczonych w sprawie roli prokuratorów stwierdza: „[p]rokuratorzy powinni poświęcić należytą uwagę ściganiu przestępstw popełnionych przez funkcjonariuszy publicznych, w szczególności korupcji, nadużyć władzy, rażących naruszeń praw człowieka i innych przestępstw uznanych przez prawo międzynarodowe, a w przypadkach dozwolonych przez prawo lub zgodnych z miejscową praktyką, badaniu zgłoszonych zarzutów w tym zakresie.”⁴⁶

50. Standardy międzynarodowe nakładają także na prawników obowiązek propagowania i ochrony praw człowieka i podstawowych wolności w ramach sprawowanych przez siebie funkcji. Zasada 14 Podstawowych Zasad Narodów Zjednoczonych dotyczących Roli Prawnika stwierdza: „[p]rawnicy, chroniąc prawa swoich klientów i propagując sprawiedliwość, mają dążyć do ochrony praw człowieka i podstawowych wolności, uznanych prawem krajowym i międzynarodowym i działać swobodnie z należytą starannością zgodnie z prawem i uznanymi standardami oraz zasadami etyki zawodu prawnika.”⁴⁷

⁴⁵ Przyjęte przez VII Kongres Narodów Zjednoczonych poświęcony Zapobieganiu Przestępczości i Postępowaniu z Przestępcami, Mediolan, 26 VIII–6 IX 1985 r., a następnie potwierdzone przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w rezolucji 40/32 z 29 listopada 1985 roku i 40/146 z 13 grudnia 1985 roku.

⁴⁶ Przyjęte przez VIII Kongres Narodów Zjednoczonych poświęcony Zapobieganiu Przestępczości i Postępowaniu z Przestępcami, Hawana, 27 sierpnia – 7 września 1990 r.

⁴⁷ Patrz przypis 46 powyżej.

B. Etyka lekarska

51. Istnieje jednoznaczne powiązanie pomiędzy ochroną praw człowieka a powszechnie znanymi zasadami etyki lekarskiej. Obowiązki etyczne personelu medycznego są definiowane na trzech poziomach i zostały opisane w dokumentach Organizacji Narodów Zjednoczonych w sposób analogiczny do kodeksu etyki prawniczej. Istnieją także dokumenty opracowane przez organizacje międzynarodowe, reprezentujące zawody związane z ochroną zdrowia, takie, jak Światowe Stowarzyszenie Lekarzy, Światowe Stowarzyszenie Psychiatrów i Międzynarodowa Rada Pielęgniarek.⁴⁸ Krajowe stowarzyszenia lekarzy i pielęgniarek także opracowują kodeksy etyczne, których członkowie mają obowiązek przestrzegać. Podstawowym założeniem wszelkich kodeksów dotyczących opieki zdrowotnej jest fundamentalny obowiązek działania w interesie pacjenta, bez względu na inne ograniczenia, naciski lub zobowiązania umowne. W niektórych krajach zasady etyki dotyczącej służby zdrowia, w rodzaju obowiązku zachowania poufności informacji w relacjach pomiędzy lekarzem i pacjentem, stały się częścią prawa krajowego. Nawet tam, gdzie zasady etyki nie znalazły odzwierciedlenia w prawie, wszyscy pracownicy służby zdrowia mają moralny obowiązek przestrzegania standardów, wyznaczonych przez samorząd zawodowy. W przypadku naruszenia standardów samorządu bez stosownego uzasadnienia, popełniają wykroczenie.

1. *Deklaracje Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące personelu medycznego*

52. Personel medyczny, jak również wszystkie inne osoby zatrudnione w systemie penitencjarnym, muszą przestrzegać standardowych minimalnych zasad traktowania więźniów, zgodnie z którymi

⁴⁸ Szereg organizacji regionalnych, takich, jak Commonwealth Medical Association czy International Conference of Islamic Medical Associations wydaje ważne oświadczenia w sprawach dotyczących etyki lekarskiej oraz praw człowieka, które adresowane do członków tych organizacji.

usługi z zakresu opieki zdrowotnej, włącznie z psychiatryczną, muszą być dostępne dla wszystkich więźniów bez dyskryminacji, a wszyscy chorzy lub wymagający leczenia więźniowie mają być codziennie badani.⁴⁹ Wymogi te podkreślają etyczny obowiązek lekarzy, o którym mowa poniżej, leczenia i działania w najlepiej pojętym interesie pacjentów, za których są odpowiedzialni. Dodatkowo, Organizacja Narodów Zjednoczonych odniosła się także do etycznych zobowiązań lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w Zasadach etyki lekarskiej istotnych z punktu widzenia personelu służby zdrowia, a w szczególności lekarzy, dla ochrony więźniów i zatrzymanych przed torturami innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.⁵⁰ Mówią one jednoznacznie, że personel medyczny ma moralny obowiązek ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego osób pozbawionych wolności. W szczególności, zakazuje się im wykorzystywania wiedzy medycznej i umiejętności w sposób sprzeczny z międzynarodowymi przepisami, dotyczącymi praw jednostki.⁵¹ W szczególności, rażącym naruszeniem etyki lekarskiej jest uczestnictwo bierne lub czynne w torturach, jak również ich akceptacja.

53. „Uczestnictwo w torturach” obejmuje ocenę wytrzymałości danej osoby na traktowanie w okrutny sposób, zadawane tortury, obecność lub nadzorowanie tortur, reanimowanie osób w celu dalszego ich torturowania lub udzielanie pomocy medycznej bezpośrednio przed, w trakcie lub po zakończeniu tortur na polecenie osób, które najprawdopodobniej są odpowiedzialne za ich stosowanie, udzielanie informacji z zakresu specjalistycznej wiedzy medycznej lub na temat stanu zdrowia osoby tym, którzy stosowali tortury, a także umyślne pomijanie materiałów dowodowych i fałszowanie

⁴⁹ Wzorcowe reguły minimalne postępowania z więźniami i procedury skutecznego wdrażania wzorcowych reguł minimalnych, przyjęte przez Organizację Narodów Zjednoczonych w 1955 roku.

⁵⁰ Przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne w 1982 roku.

⁵¹ W szczególności, chodzi tu o Powszechną Deklarację Praw Człowieka, Międzynarodowe Konwencje dotyczące ochrony praw człowieka oraz Deklarację w sprawie ochrony wszystkich osób przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

sprawozdań, na przykład raportów z sekcji zwłok i świadectw zgonu.⁵² Zasady ONZ określają także jedną z fundamentalnych zasad etyki lekarskiej, kładąc nacisk na fakt, że relacja etyczna pomiędzy więźniem a lekarzem powinna ograniczać się do oceny, ochrony i dążenia do poprawy zdrowia tego ostatniego. Dlatego też ocena zdrowia osoby pozbawionej wolności, w celu umożliwienia wymierzenia jej kary lub zadania tortur, jest z całą pewnością nieetyczna.

2. *Deklaracje międzynarodowych samorządów zawodowych*

54. Wiele deklaracji, opracowanych przez międzynarodowe samorządy branżowe, koncentruje się na zasadach istotnych z punktu widzenia ochrony praw człowieka i jest wyrazem jednoznacznego konsensusu międzynarodowego środowiska medycznego dotyczącego poruszanych w nich kwestii. Deklaracje Światowego Stowarzyszenia Lekarzy definiują uzgodnione na forum międzynarodowym obowiązki etyczne, spoczywające na wszystkich lekarzach. Deklaracja Tokijska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy⁵³ kładzie nacisk na zakaz zarówno uczestniczenia, jak i obecności lekarzy podczas zadawania tortur i okrutnego traktowania. Ten sam zakaz znalazł się w treści Zasad ONZ – dokumentu, który odwołuje się bezpośrednio do Deklaracji Tokijskiej. Lekarze mają jednoznaczny zakaz udzielania informacji, dostarczania instrumentów medycznych lub substancji, które mogłyby przyczynić się do okrutnego traktowania. Ta sama zasada ma zastosowanie w psychiatrii i została wyrażona w Deklaracji Hawajskiej Światowego Stowarzyszenia Psychiatrów,⁵⁴ gdzie zakazuje się nadużywania wiedzy z zakresu psychiatrii, która prowadzi do naruszenia praw człowieka poszczególnych osób lub grup osób. Międzynarodowa Konferencja Medycyny Muzułmańskiej przyjęła podobną zasadę w treści Deklaracji

Kuwejckiej,⁵⁵ która zakazuje lekarzom wykorzystywania specjalistycznej wiedzy w celu „wyrządzenia krzywdy, niszczenia lub powodowania obrażeń ciała, umysłu lub ducha, czy to ze względów wojskowych, czy politycznych.” Podobne przepisy, dotyczące pielęgniarek, znalazły się w treści zarządzenia w sprawie roli pielęgniarki w opiece nad zatrzymanymi i więźniami.⁵⁶

55. Personel medyczny ma również obowiązek wspierania kolegów, którzy sprzeciwiają się naruszeniom praw człowieka. Niewypełnianie tego obowiązku skutkuje nie tylko naruszeniem praw pacjenta oraz wymienionych powyżej deklaracji i zasad, ale również utratą reputacji, jaką cieszą się pracownicy służby zdrowia. Narażenie na szwank dobrego imienia profesji jest uważane za poważne naruszenie etyki samorządu. Rezolucja Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w sprawie praw człowieka⁵⁷ wzywa stowarzyszenia krajowe do ponownego przeanalizowania sytuacji w poszczególnych krajach pod kątem ochrony tych praw i do upewnienia się, że lekarze nie dopuszczają się nadużyć nawet w sytuacjach, gdy obawiają się odwetu. Deklaracja wymaga, aby samorządy krajowe opracowały jednoznaczne wytyczne, odnoszące się w szczególności do lekarzy zatrudnionych w systemie penitencjarnym, nakładające na nich obowiązek sprzeciwu wobec naruszeń praw człowieka, a także, aby stworzyły skuteczne mechanizmy ścigania nieetycznych działań lekarzy, skutkujących naruszeniem tych praw. Deklaracja wymaga także, aby poszczególni lekarze, ujawniający przypadki naruszeń praw człowieka, otrzymywali stosowne wsparcie. Przyjęta niedawno przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy Deklaracja Hamburgska⁵⁸ podkreśla, że poszczególne osoby i organizacje pracowników służby zdrowia na całym świecie powinny zachęcać lekarzy, aby wyrażali sprzeciw wobec tortur i opierali się wywieranej na nich presji, której celem jest zmuszenie do zachowań niezgodnych z zasadami etyki. Deklaracja wzywa poszczególnych lekarzy, aby sprzeciwiali się złemu traktowaniu i zwraca się do organizacji krajowych

⁵² Personel medyczny musi jednakże pamiętać o obowiązku zachowania poufności w stosunku do pacjentów i obowiązku uzyskania świadomej zgody pacjenta na ujawnienie informacji, w szczególności w sytuacji, gdy ich ujawnienie może narazić pacjenta na ryzyko (patrz rozdział II, sekcja C.3).

⁵³ Przyjęta przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy w 1975 r.

⁵⁴ Przyjęta w 1977 r.

⁵⁵ Przyjęta w 1981 r. (1401 w kalendarzu muzułmańskim).

⁵⁶ Przyjęte przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek w 1975 r.

⁵⁷ Przyjęta w 1990 r.

⁵⁸ Przyjęta w 1997 r.

i międzynarodowych z apelem o wsparcie lekarzy, którzy wyrazili taki sprzeciw.

3. Krajowe kodeksy etyki lekarskiej

56. Trzeci poziom, na którym formułowane są zasady etyczne, to kodeksy krajowe. Są one zbiorem tych samych zasad etycznych, które zostały opisane powyżej, ponieważ zasady te wywodzą się z systemu wartości wspólnego każdemu lekarzowi. We wszystkich kulturach i kodeksach pojawiają się te same założenia, dotyczące obowiązku unikania szkód, pomagania chorym, udzielania ochrony bezbronny, jak również zakazu dyskryminacji pacjentów pod jakimkolwiek innym względem niż nagłość przypadku. Identyczne wartości wpisane są w treść kodeksów pielęgniarów. Problematicznym aspektem zbiorów zasad etycznych jest fakt, że nie oferują one definitywnych wytycznych co do postępowania w konkretnych przypadkach, natomiast wymagają pewnej interpretacji. Rozważając dylematy etyczne, przedstawiciele profesji medycznych bezwzględnie muszą mieć na uwadze podstawowe obowiązki moralne, wpisane we wspólny dla całej tej branży system wartości, nie zapominając przy tym o konieczności wdrażania tych wartości w sposób, który nie będzie skutkowało naruszeniem fundamentalnego zobowiązania, zgodnie z którym w pierwszej kolejności lekarze nie mogą szkodzić swoim pacjentom.

C. Zasady wspólne dla wszystkich kodeksów etyki lekarskiej

57. Zasada niezależności zawodowej wymaga, aby personel medyczny zawsze koncentrował się na podstawowym celu leczenia, którym jest łagodzenie bólu i cierpienia oraz unikanie wyrządzania szkód, bez względu na inne uwarunkowania. Istnieje także szereg innych zasad o znaczeniu tak fundamentalnym, że zostały one wcielone w treść wszystkich kodeksów etycznych. Do najbardziej podstawowych należą zasady życzliwej opieki, nieszkodzenia i poszanowania praw pacjentów. Wszyscy pracownicy służby zdrowia mają obowiązek ich przestrzegać.

1. Obowiązek zapewnienia życzliwej opieki

58. Obowiązek opieki został wyrażony na szereg sposobów w kodeksach i deklaracjach krajowych i międzynarodowych. Jednym z aspektów tego obowiązku jest konieczność niesienia pomocy lekarskiej tym, którzy jej potrzebują. Mówi o tym Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy⁵⁹, zgodnie z którym lekarze mają moralny obowiązek niesienia pomocy w przypadkach nagłych, zgodnie z zasadami humanitarnymi. Obowiązek niesienia pomocy potrzebującym i cierpiącym istnieje w tradycji praktycznie wszystkich kultur.

59. U podstaw wielu współczesnych kodeksów etyki lekarskiej leżą zasady, sformułowane we wcześniejszych deklaracjach wartości etycznych, zobowiązujących lekarzy do niesienia pomocy nawet, jeśli wiąże się to z pewnym ryzykiem dla nich samych. Na przykład, Caraka Samhita, hinduski kodeks z pierwszego wieku naszej ery, zaleca, aby lekarze „poświęcili się sercem i duszą niesieniu ulgi pacjentom”, a także, aby „nie odstępowali od swych pacjentów i nie wyrządzali im krzywdy nawet, aby ratować życie lub zdobyć środki utrzymania.” Podobne zalecenia pojawiły się we wczesnych kodeksach muzułmańskich, jak również we współczesnej Deklaracji Kuwejckiej, która wymaga, aby lekarze skupili się na potrzebujących, „bliskich i dalekich, cnotliwych i grzesznikach, przyjaciółach i wrogach.”

60. Zachodni system wartości ukształtował się przede wszystkim pod wpływem przysięgi Hipokratesa i podobnych deklaracji, takich jak modlitwa Majmonidesa. Przysięga Hipokratesa to uroczyste zobowiązanie do solidarności z innymi lekarzami oraz do działania na korzyść pacjentów, zapewnienia im opieki i unikania działań na ich szkodę. To również obietnica zachowania poufności informacji. Te cztery koncepcje znalazły odzwierciedlenie w różnych formach we wszystkich współczesnych kodeksach etyki lekarskiej. Deklaracja Genewska Światowego

⁵⁹ Przyjęty w 1949 r.

Stowarzyszenia Lekarzy⁶⁰ to współczesna wersja przysięgi Hipokratesa. Na jej mocy, lekarze zobowiązują się traktować zdrowie pacjentów jako priorytet i poświęcić się służbie ludzkości sumiennie i z godnością.

61. Wiele deklaracji Światowego Stowarzyszenia Lekarzy odnosi się do różnych aspektów obowiązku świadczenia opieki, wskazując jednoznacznie, że lekarze muszą bezwzględnie robić to, co jest najlepsze dla ich pacjentów, także osób zatrzymanych i domniemyanych przestępców. Obowiązek ten jest często wyrażany w kontekście niezależności zawodowej, która wymaga, aby lekarze stosowali się do najlepszych praktyk medycznych bez względu na wywieraną na nich presję. Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy kładzie nacisk na obowiązek sprawowania opieki „przy założeniu pełnej niezależności technicznej i moralnej, w sposób życzliwy i z poszanowaniem godności ludzkiej”. Podkreślono także, że lekarz ma obowiązek działania wyłącznie w interesie pacjenta oraz zapewnienia mu całkowitej lojalności. Deklaracja Tokijska i Deklaracja niezależności i wolności zawodowej lekarzy⁶¹ Światowego Stowarzyszenia Lekarzy głoszą jednoznacznie, że lekarze muszą dążyć do zapewnienia sobie swobody działania w interesie pacjenta, niezależnie od innych względów, włącznie z poleceniami pracodawców, władz więziennych lub sił bezpieczeństwa. Ostatnia z wymienionych deklaracji wymaga również, aby lekarze zapewnili sobie „zawodową niezależność reprezentowania i ochrony potrzeb pacjentów w stosunku do wszystkich, którzy zabraniają lub ograniczają dostęp do opieki medycznej dla osób chorych lub rannych.” Podobne zasady, dotyczące pielęgniarek, ustanowiła w swoim Kodeksie Etycznym Międzynarodowa Rada Pielęgniarek.

62. Obowiązek świadczenia opieki został również wyrażony przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy w związku z koniecznością uznania praw pacjenta.

Deklaracja Lizbońska o prawach pacjenta⁶² stwierdza, że każda osoba ma prawo, bez dyskryminacji, do opieki zdrowotnej, i podkreśla, że lekarze mają obowiązek zawsze działać w najlepiej pojętym interesie pacjenta. Zgodnie z treścią Deklaracji, pacjentom należy zagwarantować autonomię i sprawiedliwość, przy czym zarówno lekarze, jak i pracownicy służby zdrowia muszą przestrzegać praw pacjentów. „Jeżeli obowiązujące prawo, działania rządu, administracji publicznej lub jakichkolwiek instytucji nie gwarantują pacjentom ich praw, lekarze mają obowiązek podjęcia odpowiednich środków w celu ich zapewnienia i przywrócenia.” Każda osoba ma prawo do odpowiedniej opieki medycznej, bez względu na pochodzenie etniczne, przekonania polityczne, narodowość, płeć, wyznanie czy przekonania osobiste. Osoby oskarżone lub skazane mają takie samo prawo do odpowiedniej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Deklaracja Lizbońska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy podkreśla, że jedynym dopuszczalnym kryterium dyskryminacji może być nagłość danego przypadku medycznego.

2. Świadoma zgoda

63. Jakkolwiek deklaracje dotyczące obowiązku opieki podkreślają konieczność działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem osoby leczonej lub badanej, oznacza to odgórne założenie, że pracownik służby zdrowia wie, co jest zgodne z tym interesem. Najważniejszą zasadą nowoczesnej etyki lekarskiej jest przyjęcie, że to pacjent jest w stanie najlepiej ocenić, co jest zgodne z jego interesem. Dlatego też personel medyczny ma obowiązek brać pod uwagę życzenia dorosłego pacjenta mającego zdolność prawną w zakresie tego co jest dla niego najlepsze, a nie kierować się instrukcjami przełożonych. Jeżeli pacjent jest nieprzytomny lub z innych względów niezdolny do wyrażenia zgody, personel medyczny musi ocenić, jakie działania przyczynią się w największym stopniu do ochrony jego praw. Oczekuje się, że lekarze i pielęgniarki będą występować w charakterze

⁶⁰ Przyjęta w 1948 r.

⁶¹ Przyjęta przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy w 1986 r.

⁶² Przyjęta przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy w 1981 r.; zmieniona przez Zgromadzenie Ogólne tej organizacji podczas sesji czterdziestej siódmej we wrześniu 1995 r.

rzeczników swoich pacjentów. Zostało to jednoznacznie stwierdzone w Deklaracji Lizbońskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, jak również w deklaracji Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w sprawie roli pielęgniarki w ochronie praw człowieka.⁶³

64. Deklaracja Lizbońska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy definiuje obowiązek uzyskania przez lekarza dobrowolnej i świadomej zgody zdrowego psychicznie pacjenta na przeprowadzenie każdego badania lub zabiegu. Oznacza to, że każda osoba musi znać implikacje wyrażenia, jak również konsekwencje odmowy wyrażenia zgody. Przed przystąpieniem do badania pacjenta, pracownik służby zdrowia musi więc wyjaśnić jednoznacznie cel takiego badania i leczenia. Zgoda uzyskana pod przymusem lub w wyniku podania pacjentowi fałszywych informacji jest nieważna, a lekarz działający na jej podstawie narusza zasady etyki zawodowej. Im poważniejsze są implikacje zabiegu dla pacjenta, tym silniejszy imperatyw moralny, nakazujący uzyskanie świadomej zgody. Oznacza to, że w przypadku, gdy badanie i leczenie w sposób jednoznaczny wiążą się z korzyścią dla pacjenta, domniemana zgoda, wyrażona poprzez uczestnictwo w podjętych działaniach, może być wystarczająca. W przypadkach, gdy badanie nie ma jedynie na celu udzielenia pomocy lekarskiej, należy zachować ogromną ostrożność i upewnić się, że pacjent ma tego świadomość i wyraził na to zgodę, a przeprowadzenie badania nie stoi w sprzeczności z jego najlepiej pojętym interesem. Jak już stwierdzono, badanie w celu potwierdzenia, czy dana osoba będzie w stanie znieść karę, tortury lub obrażenia fizyczne w trakcie przesłuchania jest nieetyczne i sprzeczne z celami medycyny. Za etyczną można uznać jedynie taką ocenę zdrowia pacjenta, której celem jest przeprowadzenie badania w celu utrzymania lub przywrócenia optymalnego stanu zdrowia, ale nie ułatwia wykonania kary. Badanie w celu pozyskania materiałów dowodowych w ramach dochodzenia wymaga zgody świadomej w tym sensie, że pacjent musi rozumieć takie aspekty, jak planowany sposób wykorzystania danych zgromadzonych podczas badania, sposób ich

przechowywania oraz musi mieć świadomość, kto będzie miał dostęp do tych danych. W przypadku, gdy te i inne informacje istotne z punktu widzenia decyzji pacjenta nie zostały mu przekazane, wyrażona przez niego zgoda na badanie i zarejestrowanie informacji jest nieważna.

3. *Poufność*

65. Wszystkie kodeksy etyczne, począwszy od przysięgi Hipokratesa aż po czasy współczesne, uwzględniają obowiązek zachowania poufności jako zasadę fundamentalną. Została ona również wyrażona w deklaracjach Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, między innymi w Deklaracji Lizbońskiej. W niektórych systemach prawnych, obowiązek zachowania poufności jest postrzegany jako wystarczająco istotny, aby uwzględnić go w prawie krajowym. Obowiązek zachowania poufności nie ma charakteru bezwzględnego i może zostać zniesiony bez naruszenia zasad etycznych w wyjątkowych okolicznościach, gdy zachowanie poufności mogłoby doprowadzić do wyrządzenia poważnych krzywd określonym osobom lub do naruszenia zasad sprawiedliwości. Zasadniczo jednak obowiązek zachowania poufności danych dotyczących stanu zdrowia, umożliwiających zidentyfikowanie pacjenta, podlega zniesieniu wyłącznie za jego świadomą zgodą.⁶⁴ Dane anonimowe mogą być wykorzystywane do innych celów i zaleca się korzystanie z nich we wszystkich przypadkach, gdy ujawnienie tożsamości pacjenta nie jest konieczne. Sytuacja taka może dotyczyć na przykład gromadzenia danych dotyczących informacji na temat stosowania tortur lub okrutnego traktowania. Dylemat pojawia się w sytuacji, gdy pracownicy służby zdrowia znajdują się pod presją lub mają obowiązek prawny ujawnienia informacji umożliwiających identyfikację, w wyniku czego zachodzi groźba wyrządzenia pacjentowi krzywdy. W takich przypadkach, fundamentalnym obowiązkiem etycznym jest poszanowanie autonomii i interesów pacjenta, czynienie

⁶³ Przyjęta w 1983 r.

⁶⁴ Z wyłączeniem wymogów dotyczących zdrowia publicznego, np. podania z imienia i nazwiska osób cierpiących na choroby zakaźne, uzależnionych od narkotyków, osób cierpiących na zaburzenia psychiczne itd.

dobra i unikanie szkód. Względy te mają znaczenie nadrzędne w stosunku do innych aspektów danej sprawy. Lekarze powinni jednoznacznie poinformować sąd lub organy administracyjne, żądające udzielenia informacji, że obowiązuje ich zawodowa tajemnica lekarska. Lekarze, którzy wykazali się taką postawą, mają prawo do wsparcia ze strony samorządu zawodowego i innych lekarzy. Ponadto, w czasie konfliktów zbrojnych, międzynarodowe prawo humanitarne gwarantuje szczególną ochronę poufności danych zgromadzonych w wyniku nawiązania relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, zakazując lekarzom denuncjowania pacjentów, którzy są chorzy lub ranni.⁶⁵ Personel medyczny jest chroniony w tym sensie, że nie można zmusić go do ujawnienia informacji dotyczących pacjentów.

D. Dwoistość obowiązków personelu medycznego

66. Personel medyczny ma dwa rodzaje obowiązków. Wobec pacjentów zobowiązany jest przede wszystkim do postępowania zgodnie z ich najlepiej pojętym interesem, z kolei wobec społeczeństwa ma obowiązek dążyć do zapewnienia sprawiedliwości oraz przeciwdziałać naruszeniom praw człowieka. Dylematy związane z tą dwoistością są szczególnie wyraziste w przypadku lekarzy pracujących dla policji, wojska, organów ścigania lub w więziennictwie. Interesy pracodawcy i współpracowników nie należących do środowiska medycznego mogą pozostawać w konflikcie z najlepiej pojętym interesem pacjentów przebywających w detencji. Bez względu na okoliczności zatrudnienia, wszyscy pracownicy służby zdrowia mają przede wszystkim obowiązek sprawowania opieki nad osobami, które mają diagnozować lub leczyć. Nie mogą oni być zobowiązani do wyrzeczenia się niezależności zawodowej na mocy warunków zawieranych umów lub z innych powodów. Ich obowiązkiem jest bezstronna ocena zdrowia pacjenta i działanie stosowne do wyników tej oceny.

⁶⁵ Artykuł 16 Protokołu dodatkowego I (1997) i art. 10 Protokołu dodatkowego II (1977) do Konwencji Genewskich z roku 1949.

1. Zasady postępowania lekarzy, których dotyczy dwoistość zobowiązań

67. Zawsze, gdy lekarz działa na rzecz strony trzeciej, ma obowiązek upewnić się, że pacjent jest tego świadomy.⁶⁶ Lekarz musi przedstawić się pacjentowi oraz wytłumaczyć mu, jaki jest cel badania lub leczenia. Nawet, jeśli lekarz został zatrudniony i jest opłacany przez stronę trzecią, ma obowiązek udzielenia pomocy każdemu pacjentowi, którego bada lub leczy. Ma też obowiązek odmówić wykonania czynności, które mogą wyrządzić pacjentowi krzywdę, lub narazić go na szkodę fizyczną lub psychiczną. Lekarz ma obowiązek upewnić się, że warunki zawartej umowy zapewniają mu niezależność zawodową i możliwość podejmowania decyzji. Musi także upewnić się, że osoba zatrzymana ma dostęp do niezbędnych badań lekarskich i leczenia. W przypadku, gdy zatrzymany jest nieletnim lub wymaga szczególnej ochrony, lekarz musi przyjąć na siebie także rolę jego rzecznika. W dalszym ciągu spoczywa też na nim obowiązek zachowania poufności informacji i zakaz ich ujawniania bez wiedzy pacjenta. Konieczne jest więc upewnienie się, że wszystkie dane dotyczące choroby pacjenta są traktowane poufnie. Lekarze mają obowiązek raportowania i podnoszenia działań, które są nieetyczne, obejmują zastosowanie przemocy, są nieadekwatne lub stwarzają zagrożenie dla zdrowia pacjenta. W takim przypadku lekarz ma etyczny obowiązek podjęcia natychmiastowych działań, ponieważ na późniejszym etapie wyrażenie protestu może okazać się trudne. Sprawę należy zgłosić również odpowiednim władzom lub organizacjom międzynarodowym, które mogą przeprowadzić dochodzenie, jednak nie narażając przy tym na ryzyko pacjentów, ich rodzin i siebie samych. Lekarze i samorzady zawodowe powinny wspierać kolegów, podejmujących takie działania w oparciu o uzasadnione dowody.

⁶⁶ Zasady te zaczerpnięto z dokumentu *Doctors with Dual Obligations*, Londyn, British Medical Association, 1995.

2. Dylematy związane z dwoistością zobowiązań

68. Dylematy mogą pojawić się w sytuacji, gdy etyka i prawo stoją ze sobą w sprzeczności. Może dojść do sytuacji, w której zasady etyczne zobowiązują personel medyczny do niezastosowania się do obowiązującego prawa, na przykład dotyczy to obowiązku ujawnienia poufnych danych medycznych dotyczących pacjenta. Krajowe i międzynarodowe nakazy etyczne zgodnie stwierdzają, że inne względy, w tym prawo, nie mogą zobowiązywać pracowników służby zdrowia do działania w sposób sprzeczny z zasadami etyki lekarskiej i własnego sumienia. W takich przypadkach, pracownik służby zdrowia musi aniżeli odmówić stosowania się do przepisów prawa zamiast dopuścić się naruszenia zasad etycznych lub narazić pacjenta na niebezpieczeństwo.

69. W niektórych przypadkach dochodzi do konfliktu pomiędzy dwiema zasadami etycznymi. Kodeksy międzynarodowe i zasady etyczne wymagają, aby zgłaszać przypadki stosowania tortur lub złego traktowania do odpowiednich instytucji. Może być to również obowiązek wynikający bezpośrednio z prawa. Niekiedy jednak pacjent może nie wyrazić zgody na przeprowadzenie badania w takim celu lub na ujawnienie osobom trzecim informacji pozyskanych podczas badania. Może on obawiać się represji wobec siebie lub swoich krewnych. W takich sytuacjach, pracownicy służby zdrowia stoją w obliczu dwoistości zobowiązań: w stosunku do pacjenta i w stosunku do społeczeństwa (które dąży do tego, aby wymierzyć sprawiedliwość i osądzić sprawców). Podstawowa zasada unikania szkody musi mieć znaczenie rozstrzygające przy analizie takich dylematów. Pracownicy służby zdrowia powinni szukać rozwiązań sprawiedliwych, które zarazem nie naruszają prawa pacjentów do zachowania poufności informacji. Należy zasięgnąć porady odpowiednich instytucji na przykład krajowego stowarzyszenia lekarzy lub organizacji pozarządowej. W niektórych przypadkach, mając odpowiednie wsparcie, pacjenci mogą zdecydować się na ujawnienie pewnych informacji.

70. Obowiązki etyczne lekarza mogą różnić się w zależności od kontekstu relacji lekarz-pacjent i możliwości zapewnienia pacjentowi swobody decydowania o ewentualnym ujawnieniu informacji. Na przykład, gdy lekarz i pacjent znajdują się w sytuacji jednoznacznie ukierunkowanej na cel terapeutyczny, na przykład w momencie opieki nad pacjentem przebywającym w szpitalu, lekarz ma silny imperatyw moralny zachowania zasad poufności, który normalnie obowiązuje w relacjach z pacjentem. Zgłoszenie faktu stosowania tortur na podstawie danych zgromadzonych w ramach takiej relacji jest prawidłowe, pod warunkiem, że pacjent nie zgłasza zastrzeżeń. Lekarz powinien zgłosić ten fakt, jeśli pacjent o to poprosi lub wyrazi na to świadomą zgodę. Powinien też pomóc pacjentowi w podjęciu właściwej decyzji.

71. Lekarze medycyny sądowej nawiązują innego rodzaju relacje z badanymi i z reguły spoczywa na nich obowiązek składania sprawozdań z przeprowadzonych badań. Ich pacjenci mają co do zasady mniejsze możliwości wyboru, niekiedy zaś nie są w stanie mówić otwarcie o tym, co się wydarzyło. Przed przystąpieniem do badania, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi, na czym polega jego rola, i uświadomić mu, że nie wiąże się ona z reguły z koniecznością zachowania poufności, co zwykle ma miejsce w sytuacjach związanych jednoznacznie z leczeniem. Przepisy mogą nie zezwalać pacjentowi na odmowę wyrażenia zgody na badanie, pacjent może jednak zdecydować czy chce ujawnić przyczyny doznanych urazów. Lekarz nie powinien fałszować sprawozdań, ale przedstawiać bezstronne dane, włączając w to opis stwierdzonych dowodów na okrutne traktowanie pacjenta.⁶⁷

72. Lekarze pracujący w więzieniach są odpowiedzialni przede wszystkim za leczenie, spoczywa jednak na nich również obowiązek badania osób przywiezionych z aresztu policyjnego. Może zdarzyć się tak, że w trakcie takiego badania zostanie stwierdzone,

⁶⁷ Patrz V. Iacopino i inni, Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in postdetention medical examinations in Turkey, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, tom 276 (1996), ss. 396-402.

że pacjent padł ofiarą przemocy, jednak sam zatrzymany nie jest w stanie tego zgłosić. W takiej sytuacji, lekarz musi mieć na uwadze najlepiej pojęty interes pacjenta, jak również obowiązek zachowania poufności, jednakże moralny obowiązek zgłoszenia przypadków złego traktowania jest niezwykle istotny, zważywszy, że w wielu przypadkach zatrzymani nie są w stanie zgłosić tego osobiście. Jeżeli osadzony zgodzi się na ujawnienie danych, nie mamy do czynienia z konfliktem, a obowiązek moralny jest jednoznaczny. Jeśli osadzony odmówi wyrażenia na to zgody, lekarz musi rozważyć ryzyko, na jakie narażony jest pacjent, jak również korzyści dla wszystkich innych przetrzymywanych oraz dla całego społeczeństwa związane z ograniczeniem przemocy.

73. Pracownicy służby zdrowia muszą również mieć na uwadze fakt, że zgłoszenie władzom przypadków stosowania przemocy w obszarze ich jurysdykcji może wiązać się z ryzykiem wyrządzenia krzywdy pacjentowi lub innym osobom, włącznie ze zgłaszającym. Lekarz nie może świadomie narażać pacjentów na represje. Nie jest zwolniony z obowiązku działania, powinien jednak zachować dyskrecję i rozważyć możliwość zgłoszenia danej sytuacji instytucji znajdującej się poza obszarem najbliższej jurysdykcji, w którym doszło do danego incydentu, lub, jeśli nie wiąże się to z przewidywalnym ryzykiem dla pracowników służby zdrowia i ich pacjentów, zgłoszenia danych anonimowych. Oczywiście, w przypadku wyboru tego drugiego rozwiązania, lekarze muszą wziąć pod uwagę prawdopodobieństwo, że zostaną poddani naciskom w celu ujawnienia danych umożliwiających ustalenie tożsamości ofiar, lub też, że sporządzona przez nich historia choroby zostanie przejęta przez osobę trzecią. Jakkolwiek nie istnieją tu proste rozwiązania, pracownicy służby zdrowia powinni kierować się podstawową zasadą unikania szkody, a gdy to możliwe, zasięgać porady krajowych lub międzynarodowych samorządów zawodowych.

ROZDZIAŁ III

DOCHODZENIE W SPRAWIE STOSOWANIA TORTUR

74. Zgodnie z prawem międzynarodowym, państwa mają obowiązek bezzwłocznego i bezstronnego badania zgłoszeń dotyczących stosowania tortur. W przypadkach, gdy dowody potwierdzają, że doszło do stosowania tortur, Państwo, na terytorium którego przebywa osoba podejrzana o tortury lub uczestnictwo w stosowaniu tortur ma obowiązek wydania tej osoby do innego Państwa, sprawującego nad nią jurysdykcję, lub przekazania sprawy własnym właściwym organom w celu przeprowadzenia dochodzenia zgodnie z prawem krajowym lub lokalnym. Podstawowymi elementami dochodzenia w przypadku domniemania stosowania tortur są: fachowość, bezstronność, niezależność, bezzwłoczność i staranność. Elementy te mogą zostać dostosowane do jakiegokolwiek systemu prawnego i powinny być wyznacznikiem wszystkich działań dotyczących badania podejrzeń o stosowanie tortur.

75. Jeżeli działania w ramach prowadzonego dochodzenia są nieodpowiednie z powodu braku zasobów lub specjalistycznej wiedzy, stronniczości, podejrzenia, że dochodzi do oczywistych nadużyć lub z innych istotnych względów, Państwa powinny przekazać takie dochodzenie niezależnej komisji śledczej lub zastosować podobną procedurę postępowania. Członkowie takiej komisji powinni zostać wybrani z uwagi na swą bezstronność, kompetencje oraz niezależność. W szczególności, muszą oni być niezależni od jakichkolwiek instytucji, agencji lub osób będących potencjalnie przedmiotem dochodzenia.

76. Sekcja A opisuje ogólny cel dochodzenia w sprawie stosowania tortur. Sekcja B określa podstawowe zasady skutecznego dochodzenia i dokumentowania przypadków stosowania tortur i innego

okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania. Sekcja C przedstawia propozycję procedur postępowania w ramach toczącego się dochodzenia w sprawach o stosowanie tortur, podaje podstawy wyboru odpowiednich organów prowadzących dochodzenie, wytyczne dotyczące przesłuchania ofiar i innych świadków oraz gromadzenia dowodów. Sekcja D przedstawia wytyczne w zakresie powoływania niezależnych komisji śledczych. Bazują one na doświadczeniu szeregu krajów, które powoływały takie komisje w celu przeprowadzenia dochodzenia w sprawach dotyczących naruszeń praw człowieka, włącznie z egzekucjami pozasądowymi, torturami i wymuszonymi zaginięciami.

A. Cele dochodzenia w sprawie stosowania tortur

77. Ogólnym celem dochodzenia jest ustalenie faktów dotyczących domniemanego stosowania tortur, określenie osób odpowiedzialnych za stosowanie tortur i doprowadzenie do rozpoczęcia postępowania przed sądem w celu ukarania sprawców lub innego rodzaju postępowania, które zapewnią ofiarom zadośćuczynienie. Podane tutaj kwestie mogą mieć również znaczenie dla innych rodzajów postępowania w związku z zarzutami stosowania tortur. Aby zrealizować ten cel, osoby prowadzące dochodzenie muszą co najmniej pozyskać zeznania ofiar, odtworzyć i zabezpieczyć dowody, w tym dokumentację medyczną, w związku z zarzutem stosowania tortur, aby wesprzeć oskarżenie przeciwko osobom odpowiedzialnym za tortury, zidentyfikować potencjalnych świadków i pozyskać ich zeznania, ustalić jak, kiedy i gdzie domniemane tortury miały miejsce, a także

określić okoliczności lub praktyki, które mogły doprowadzić do tortur.

B. Zasady skutecznego dochodzenia i dokumentowania przypadków stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania

78. Wymienione poniżej zasady bazują na konsensusie wypracowanym przez osoby oraz organizacje posiadające specjalistyczną wiedzę w zakresie prowadzenia dochodzeń w sprawach o stosowanie tortur. Celem skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania jest m.in.:

(a) wyjaśnienie – dla ofiar i ich rodzin – faktów, oraz określenie odpowiedzialności indywidualnej i odpowiedzialności Państwa;

(b) identyfikacja środków zapobiegających ponownemu stosowaniu [tortur, przyp. tłum.];

(c) wsparcie postępowania karnego lub, w stosownych przypadkach, zastosowanie sankcji dyscyplinarnych w stosunku do osób wskazanych jako odpowiedzialne oraz wykazanie potrzeby zapewnienia przez Państwo odszkodowania i zadośćuczynienia, włącznie z odpowiednim odszkodowaniem finansowym i możliwością uzyskania leczenia i rehabilitacji.

79. Państwa mają obowiązek bezzwłocznie zapewnić przeprowadzenie skutecznego dochodzenia w sprawie skarg i zgłoszeń dotyczących stosowania tortur lub okrutnego traktowania. Nawet, jeśli nie złożono wyraźnej skargi, konieczne jest przeprowadzenie dochodzenia, jeśli inne okoliczności wskazują, że mogło dojść do tortur lub okrutnego traktowania. Osoby prowadzące dochodzenie muszą być niezależne od domniemych sprawców oraz instytucji, które oni reprezentują oraz muszą wykazać się odpowiednimi kompetencjami oraz bezstronnością. Osoby te muszą mieć zapewniony dostęp do obiektywnych specjalistów z zakresu medycyny i innych

ekspertów lub możliwość zlecenia im badań. Metody stosowane w ramach dochodzenia muszą spełniać wymogi najwyższych standardów zawodowych, a zgromadzone dane podlegają upublicznieniu.

80. Organy odpowiedzialne za dochodzenie powinny mieć możliwość i obowiązek pozyskania wszelkich informacji niezbędnych dla potrzeb dochodzenia.⁶⁸ Dlatego osoby prowadzące dochodzenie muszą dysponować niezbędnymi środkami finansowymi i technicznymi. Muszą również posiadać stosowne uprawnienia, które pozwolą na wezwanie na przesłuchanie osób działających w ramach oficjalnych uprawnień, mogących mieć związek ze stosowaniem tortur lub okrutnego traktowania. To samo dotyczy wszystkich świadków. W tym celu, organy prowadzące dochodzenie mają prawo wzywać świadków, w tym również funkcjonariuszy publicznych podejrzanych w sprawie, i żądać przedstawienia dowodów. Domniemane ofiary tortur lub okrutnego traktowania, świadkowie, osoby prowadzące dochodzenie i ich rodziny podlegają ochronie przed przemocą, groźbami przemocy i innymi formami zastraszania, które mogą pojawić się w związku z prowadzonym dochodzeniem. Osoby, które są podejrzane o stosowanie tortur i okrutnego traktowania powinny zostać bezzwłocznie odsunięte od władzy, bezpośredniej lub pośredniej, wobec tych, którzy złożyli skargę, świadków lub ich rodzin, jak również osób prowadzących dochodzenie.

81. Domniemane ofiary tortur lub okrutnego traktowania i ich przedstawiciele prawni mają prawo do informacji i dostępu do przesłuchań oraz wszystkich tych informacji, które są istotne z punktu widzenia dochodzenia. Przysługuje im również prawo do wnoszenia dowodów w sprawie.

82. W przypadkach, gdy przyjęte procedury w ramach prowadzonego dochodzenia okażą się niewystarczające z powodu braku wiedzy lub podejrzenia o występowanie oczywistych nadużyć lub ze względu na fakt, że zaobserwowano

⁶⁸ W niektórych przypadkach, etyka zawodowa może wymagać zachowania poufności informacji. Wymogu tego należy przestrzegać.

występowanie określonego wzorca przemocy, lub z innych istotnych przyczyn, Państwa muszą zapewnić, że będzie ono prowadzone przez niezależną komisję śledczą lub w ramach podobnej procedury. Członków komisji powinno wybierać się biorąc pod uwagę ich bezstronność, kompetencje i niezależność. W szczególności, muszą oni pozostawać niezależni w stosunku do domniemych sprawców i instytucji lub organów, którym podlegają sprawcy. Komisja musi mieć prawo do pozyskania wszelkich niezbędnych informacji w ramach dochodzenia oraz postępować zgodnie z przedstawionymi tutaj zasadami.⁶⁹ Sprawozdanie pisemne, złożone w odpowiednim terminie, musi uwzględniać zakres dochodzenia, procedury i metody zastosowane do oceny dowodów, jak również wnioski i zalecenia, sformułowane na podstawie ustalonych faktów oraz obowiązującego prawa. Sprawozdanie podlega też upublicznieniu. Musi ono opisywać szczegółowo konkretne zdarzenia, które miały miejsce, materiały dowodowe, na których opierają się ustalenia, a także zawierać listę świadków, którzy złożyli zeznania, z wyjątkiem tych, których tożsamość została utajona z uwagi na ich bezpieczeństwo. Państwo musi, w uzasadnionym terminie, przygotować odpowiedź na sprawozdanie z dochodzenia i podjąć odpowiednie kroki.

83. Personel medyczny, włączony w prowadzone dochodzenie w sprawie stosowania tortur lub okrutnego traktowania, powinien przez cały czas zachowywać się zgodnie z najwyższymi standardami etyki, a w szczególności ma obowiązek uzyskania świadomej zgody pacjenta na przeprowadzenie badań. Badanie musi przebiegać zgodnie ze standardami praktyki lekarskiej. W szczególności, musi ono zostać przeprowadzone na osobności, pod kontrolą personelu medycznego, bez obecności funkcjonariuszy publicznych. Personel medyczny powinien bezzwłocznie przygotować stosowne pisemne sprawozdanie z badania. Powinno ono zawierać co najmniej następujące informacje:

(a) okoliczności wywiadu. Imię i nazwisko osoby badanej oraz imiona,

nazwiska i charakter powiązań osób obecnych podczas badania; dokładną godzinę i datę, miejsce, charakter i adres instytucji (w tym, w stosownych przypadkach, numer pokoju), w której przeprowadzane jest badanie (np. areszt, klinika, dom itd.); wszelkie istotne okoliczności towarzyszące badaniu (np. charakter ograniczeń w chwili przybycia lub w trakcie badania, obecność funkcjonariuszy publicznych podczas badania, zachowanie osób towarzyszących więźniowi, groźby pod adresem przeprowadzającego badanie itd.); a także wszelkie inne istotne dane;

(b) wprowadzenie. Szczegółowy zapis historii osoby badanej, uzyskany w trakcie wywiadu, włącznie z domniemych metodami torturowania lub okrutnego traktowania, czasu, w jakim tortury miały mieć miejsce oraz wszelkimi skargami dotyczącymi objawów fizycznych i psychicznych;

(c) badanie fizykalne i psychologiczne. Zarejestrowanie wszelkich informacji na temat badania fizykalnego i psychologicznego, włącznie z wynikami testów diagnostycznych oraz, gdy to możliwe, kolorowymi zdjęciami wszystkich urazów;

(d) opinia. Interpretacja ewentualnych związków pomiędzy wynikami badania fizykalnego i psychologicznego a torturami lub okrutnym traktowaniem. Zalecenia co do niezbędnego leczenia urazów fizycznych i psychicznych lub dalszych badań;

(e) informacje o autorze. W sprawozdaniu należy określić jednoznacznie dane osób przeprowadzających badanie; powinno ono również być podpisane przez te osoby.

84. Sprawozdanie powinno mieć charakter poufny, a jego treść powinna zostać przedstawiona badanemu lub jego przedstawicielowi. Opinie badanego i jego przedstawiciela, dotyczące przeprowadzenia badania, powinny zostać uwzględnione w treści sprawozdania. Sprawozdanie należy złożyć na piśmie, w stosownych przypadkach, do odpowiednich organów odpowiedzialnych za dochodzenie w sprawie stosowania tortur lub okrutnego traktowania. Państwo ma obowiązek zagwarantować, że zabezpieczone

⁶⁹ Patrz przypis 68.

sprawozdanie zostało przekazane tym organom. Sprawozdania nie należy udostępniać stronom trzecim bez zgody badanego, o ile przekazanie takie nie nastąpiło na mocy decyzji sądu. Aby zapoznać się z zasadami ogólnymi przygotowywania sprawozdań pisemnych dotyczących podejrzania o stosowanie tortur, patrz Rozdział IV. Rozdziały V i VI opisują szczegółowo procedury badań fizykalnych i psychologicznych.

C. Procedury dochodzenia w sprawie stosowania tortur

1. Wyznaczenie odpowiedniego organu prowadzącego dochodzenie

85. Gdy zachodzi podejrzenie, że w torturach uczestniczyli funkcjonariusze państwowi, w tym ministrowie, osoby współpracujące z ministrami lub działające za ich przyzwoleniem, wysocy rangą urzędnicy państwowi, dowódcy wojskowi, którzy mogli wydawać polecenia dotyczące stosowania tortur lub też jeśli zachodzi podejrzenie, że osoby takie tolerowały stosowanie tortur, przeprowadzenie obiektywnego i bezstronnego dochodzenia może okazać się niemożliwe, o ile nie zostanie powołana specjalna komisja śledcza. Powołanie takiej komisji może również być konieczne jeżeli kwestionowana jest bezstronność lub wiedza osób prowadzących dochodzenie.

86. Czynniki wskazującymi na zasadność podejrzenia, że organy państwowe były zaangażowane w stosowanie tortur lub że zachodzą szczególne okoliczności uzasadniające powołanie specjalnej, niezależnej komisji śledczej są m.in. następujące sytuacje:

(a) gdy ofiarę po raz ostatni widziano bez widocznych obrażeń w areszcie policyjnym lub ośrodku detencyjnym;

(b) gdy modus operandi wskazuje jednoznacznie na stosowanie tortur przez państwo;

(c) gdy funkcjonariusze państwowi lub osoby z nim związane podejmowały próby

utrudnienia lub opóźnienia dochodzenia w sprawie stosowania tortur;

(d) gdy prowadzenie niezależnego dochodzenia jest zgodne z interesem publicznym;

(e) gdy dochodzenie prowadzone przez organy ścigania można zakwestionować z powodu braku stosownej wiedzy lub bezstronności lub z innych istotnych przyczyn, włączając w to znaczenie danej sprawy, stwierdzenie występowania określonego wzorca przemocy, wpływ skarg w związku z wymienionymi nieprawidłowościami lub innymi istotnymi przyczynami.

87. Decydując się na powołanie niezależnej komisji śledczej, państwo powinno rozważyć szereg elementów. Po pierwsze, osobom, których dotyczy śledztwo, należy zagwarantować minimum gwarancji procesowych zgodnie z prawem międzynarodowym na wszystkich etapach postępowania. Po drugie, prowadzący dochodzenie powinni mieć wsparcie odpowiedniego personelu technicznego i administracyjnego, jak również dostęp do obiektywnego, bezstronnego poradnictwa prawnego, aby mieć pewność, że dochodzenie pozwoli zgromadzić dowody, które zostaną dopuszczone na etapie postępowania karnego. Po trzecie, prowadzący dochodzenie powinni mieć możliwość korzystania z wszelkich zasobów i uprawnień na takich samych zasadach jak władze państwowe. Wreszcie powinni też mieć możliwość uzyskania wsparcia ze strony międzynarodowych ekspertów z dziedziny prawa i medycyny.

2. Przesłuchanie domniemanej ofiary i innych świadków

88. Ze względu na charakter stosowania tortur i urazów będących ich następstwem (m.in. silne poczucie bezradności), szczególnie istotne jest wykazanie się wrażliwością wobec potrzeb domniemanej ofiary i innych świadków. Państwo musi chronić domniemane ofiary tortur, świadków i ich rodziny przed przemocą, groźbami zastosowania przemocy i innymi formami zastraszania, jakie mogą pojawić się w związku z prowadzonym

dochodzeniem. Prowadzący dochodzenie muszą poinformować świadków o konsekwencjach zaangażowania w śledztwo oraz o wszelkich przyszłych zdarzeniach, które mogą mieć wpływ na ich sytuację.

(a) *Świadoma zgoda i inne formy ochrony ofiary*

89. Od samego początku, domniemaną ofiarę należy poinformować, gdy to możliwe, o charakterze procedury, powodach zbierania materiału dowodowego oraz potencjalnego sposobu wykorzystania dostarczonych przez nią dowodów. Prowadzący dochodzenie powinni wyjaśnić, które materiały zostaną upublicznione, a które zostaną uznane za poufne. Domniemana ofiara ma prawo odmówić współpracy w ramach całości lub części prowadzonego dochodzenia. Należy dołożyć wszelkich starań, aby wziąć pod uwagę dostępność danej osoby oraz jej inne prośby. Powinna ona być regularnie informowana o postępach dochodzenia. Należy również informować ją o kluczowych przesłuchaniach i przebiegu postępowania. Prowadzący dochodzenie powinni poinformować domniemaną ofiarę o zatrzymaniu podejrzanych [o stosowanie tortur, przyp. tłum.]. Należy też udostępnić jej dane kontaktowe do organizacji występujących w charakterze rzeczników udzielających pomocy, jak również prowadzących terapię, które mogą zaoferować jej wsparcie. Prowadzący dochodzenie powinni współpracować z takimi organizacjami, aby zapewnić wzajemną wymianę informacji, jak i odpowiednie przeszkolenie w zakresie zagadnień związanych ze stosowaniem tortur.

(b) *Wybór prowadzącego dochodzenie*

90. Organy prowadzące dochodzenie muszą wskazać osobę, która będzie odpowiedzialna za przesłuchanie domniemanej ofiary. Niekiedy istnieje konieczność, aby ofiara skonsultowała się ze specjalistami z dziedziny medycyny i prawa, w takiej sytuacji osoby prowadzące dochodzenie powinny dążyć do ograniczenia liczby przesłuchań z udziałem domniemanej ofiary. Wyznaczając osobę do prowadzenia

przesłuchań ofiary tortur należy przede wszystkim wziąć pod uwagę prośby ofiary dotyczące płci, kultury czy języka komunikacji. Osoba odpowiedzialna za całość prowadzonego postępowania powinna być przeszkolona lub posiadać doświadczenie w dziedzinie dokumentowania przypadków stosowania tortur oraz w pracy z ofiarami traumy, w tym tortur. W sytuacjach, gdy nie jest możliwe znalezienie osoby do prowadzenia dochodzenia, która dysponuje odpowiednim doświadczeniem lub została odpowiednio przeszkolona, osoba odpowiedzialna za całość prowadzonego postępowania powinna dołożyć wszelkich starań, aby pozyskać informacje na temat tortur i ich potencjalnych skutków fizycznych i psychicznych przed przystąpieniem do przesłuchania. Informacje na temat tortur można uzyskać z takich źródeł, jak niniejszy podręcznik, materiały branżowe i szkoleniowe, szkolenia i konferencje. Osoba odpowiedzialna za prowadzenie postępowania powinna również mieć dostęp do międzynarodowych ekspertów i korzystać z ich wsparcia w trakcie dochodzenia.

(c) *Otoczenie, w którym przeprowadzane jest dochodzenie*

91. Prowadzący dochodzenie powinni starannie przeanalizować sytuację, w której przyjdzie im pracować, podjąć odpowiednie środki ostrożności i zapewnić bezpieczeństwo. Jeżeli wywiady przeprowadzane są z osobami przebywającymi w detencji, może je to narazić na represje, dlatego prowadzący przesłuchanie powinien unikać sytuacji, które mogłyby narazić te osoby na niebezpieczeństwo. W sytuacji, gdy rozmowa z prowadzącym dochodzenie potencjalnie narazi przesłuchiwanego na niebezpieczeństwo, warto rozważyć możliwość przeprowadzenia „wywiadu grupowego” zamiast indywidualnego. W innych przypadkach, prowadzący przesłuchanie musi wybrać miejsce rozmowy, w którym świadek będzie czuł się bezpiecznie i mógł rozmawiać w swobodny sposób.

92. Raporty opracowuje się w różnym otoczeniu politycznym. Prowadzi to do znacznych różnic w sposobie ich

przygotowywania. Standardy prawne, w oparciu o które przeprowadza się przesłuchanie, także zależne są od otoczenia. Na przykład, dochodzenie, które kończy się wniesieniem aktu oskarżenia wymaga przeprowadzenia szeregu szczegółowych środków dowodowych, podczas, gdy w procedurze o nadanie statusu uchodźcy przedstawiany raport ma charakter pomocniczy i nie wymaga takiej szczegółowości. Prowadzący dochodzenie musi dostosować następujące wytyczne do określonej sytuacji i celu, jakiemu ma służyć raport. Oto przykłady otoczenia, w którym przeprowadzane jest dochodzenie:

- i. w detencji w kraju pochodzenia;
- ii. w detencji w kraju trzecim;
- iii. w kraju pochodzenia, gdzie panuje wrogi i opresyjny klimat, ale nie w detencji;
- iv. w kraju pochodzenia, w okresie pokoju i stabilizacji, ale nie w detencji;
- v. w innym kraju, którego nastawienie jest wrogie lub przyjazne;
- vi. w obozie dla uchodźców;
- vii. przed trybunałem ds. zbrodni wojennych lub komisją prawdy.

93. Środowisko polityczne może być wrogie w stosunku do ofiary, jak i przeprowadzającego wywiad, na przykład, gdy przesłuchiwanymi są osobami, zatrzymanymi przez organy państwowe kraju pochodzenia lub przez organy państwowe kraju trzeciego w celu deportacji. W krajach, gdzie przesłuchuje się osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy w celu potwierdzenia tortur czy traumy, niechęć wobec uznania takich dowodów może być uwarunkowana politycznie. Podczas każdego dochodzenia musi być brana pod uwagę możliwość dalszego, realnego narażenia zatrzymanych na niebezpieczeństwo. Nawet jeżeli osoba zgłaszająca stosowanie tortur nie jest narażona bezpośrednio na niebezpieczeństwo, prowadzący dochodzenie

musi zachować szczególną ostrożność we wzajemnych kontaktach. Język, jakim posługuje się prowadzący dochodzenie, i jego nastawienie mają ogromny wpływ na to, czy domniemana ofiara będzie mogła uczestniczyć w przesłuchaniu i wyrazi taką chęć. Miejsce przesłuchania powinno być bezpieczne i zapewniać komfort; o ile jest to możliwe, należy zapewnić przesłuchiwanemu dostęp do toalety i drobny poczęstunek. Na przesłuchanie należy przeznaczyć wystarczająco dużo czasu. Prowadzący dochodzenie nie powinien spodziewać się, że usłyszy całą historię już w trakcie pierwszego przesłuchania. Udzielanie odpowiedzi na pytania o charakterze intymnym jest dla domniemanej ofiary przeżyciem traumatycznym. Prowadzący dochodzenie musi wykazać się delikatnością pod względem używanego tonu, słownictwa i kolejności zadawania pytań, biorąc pod uwagę charakter zeznań ofiary. Świadka należy poinformować o prawie do zakończenia przesłuchania w dowolnym momencie, do zażądania przerwy lub odmowy udzielenia odpowiedzi na jakiegokolwiek zadawane pytanie.

94. W miarę możliwości, domniemana ofiara, świadkowie i członkowie zespołu dochodzeniowego powinni mieć możliwość uzyskania wsparcia ze strony psychologa lub osób przeszkolonych do pracy z ofiarami tortur. Opisywanie przeżytych tortur może sprawić, że przesłuchiwany będzie zmuszony ponownie zagłębić się w swoje przeżycia lub wystąpią u niego inne objawy, związane z urazem (patrz rozdział IV, sekcja H). Słuchanie o przebiegu tortur może skutkować wystąpieniem wtórnych objawów traumy u prowadzących przesłuchanie. Dlatego prowadzący przesłuchania powinni być zachęceni do wzajemnej rozmowy na temat swoich przeżyć, uwzględniając przy tym zasady etyki i wymóg zachowania poufności informacji. Jeżeli to możliwe, zespół powinien korzystać z pomocy profesjonalnego superwizora. Należy zdawać sobie sprawę z dwóch szczególnie istotnych zagrożeń: po pierwsze, istnieje niebezpieczeństwo, że prowadzący przesłuchanie zacznie identyfikować się z domniemaną ofiarą tortur, a co za tym idzie, nie będzie w stanie zakwestionować podanej przez nią wersji wydarzeń; po drugie, przesłuchiwanie

domniemanych ofiar tortur może stać się czynnością rutynową w takim stopniu, że prowadzący przesłuchanie będzie skłonny traktować doświadczenia domniemanej ofiary w sposób lekceważący.

(d) *Bezpieczeństwo świadków*

95. Państwo ponosi odpowiedzialność za ochronę domniemanych ofiar, świadków i ich rodzin przed przemocą, groźbami przemocy i innymi formami zastraszania, jakie mogą wystąpić w wyniku dochodzenia. Osoby podejrzane o stosowanie tortur powinny zostać usunięte ze stanowisk umożliwiających im sprawowanie władzy lub kontroli, bezpośredniej lub pośredniej nad zgłaszającymi, świadkami i ich rodzinami, jak również nad osobami prowadzącymi dochodzenie. Prowadzący dochodzenie muszą stale mieć na uwadze skutki jakie ich działania mogą wyrzucić na osobach informujących o stosowaniu tortur, ale również pozostałych świadków.

96. Jedną z sugerowanych metod zapewnienia bezpieczeństwa świadkom, w tym więźniom w krajach, w których toczy się konflikt, jest spisanie i przechowywanie w bezpiecznym miejscu danych osobowych odwiedzanych osób, tak, aby podczas kolejnych wizyt prowadzący dochodzenie mogli sprawdzić, czy są one bezpieczne. Prowadzący dochodzenie muszą mieć zapewnioną możliwość rozmowy z każdym, [w warunkach zapewniających, przyp. tłum.] poszanowanie prywatności i swobodę wypowiedzi, a także odbywania ponownych wizyt u tych samych osób (stąd konieczność prowadzenia rejestrów danych osób przesłuchiowanych) stosownie do potrzeb. Nie wszystkie kraje respektują te warunki, a w niektórych przypadkach uzyskanie stosownych gwarancji może okazać się trudne. W przypadkach, gdy świadkowie mogą być narażeni na niebezpieczeństwo w wyniku złożenia zeznań, prowadzący dochodzenie powinni dążyć do pozyskania dowodów z innych źródeł.

97. Więźniowie są bardziej narażeni na niebezpieczeństwo, niż osoby przebywające na wolności. Mogą też reagować inaczej na różne

sytuacje. Na przykład, więzień mimowolnie może sprowadzić na siebie niebezpieczeństwo, mówiąc zbyt wiele, sądząc, że sama obecność prowadzącego dochodzenie, osoby „z zewnątrz” gwarantuje mu ochronę. W rzeczywistości nie musi tak być. Prowadzący dochodzenie mogą też spotkać się z odmową złożenia zeznań, jeśli więzień jest zbyt zastraszony, aby zaufać komukolwiek, nawet, jeśli uzyska gwarancję rozmowy na osobności. W tym drugim przypadku, konieczne może okazać się przeprowadzenie „wywiadów grupowych”, aby wyjaśnić dokładnie zakres i cel dochodzenia, a następnie zaproponować przesłuchania indywidualne z osobami, które będą chciały mówić. Jeżeli strach przed represjami – uzasadniony lub nie – jest zbyt duży, konieczne może okazać się przesłuchanie wszystkich więźniów w wyznaczonym miejscu na terenie więzienia, tak, aby nie wskazywać na konkretną osobę. Jeżeli dochodzenie skutkuje wniesieniem aktu oskarżenia lub uruchomieniem mechanizmu typu komisja prawdy i pojednania, prowadzący dochodzenie powinien określić środki zabezpieczające dobro domniemanej ofiary tortur poprzez usunięcie z rejestrów publicznych jej nazwiska i innych informacji umożliwiających jej identyfikację. Może również zaferować przeprowadzenie przesłuchania przy użyciu urządzeń zniekształcających głos lub uniemożliwiających rozpoznanie wzrokowe bądź za pośrednictwem podglądu z kamery. Zastosowane środki muszą uwzględniać prawa, które przysługują oskarżonemu.

(e) *Korzystanie z usług tłumaczy*

98. Współpraca z tłumaczem w trakcie prowadzonego dochodzenia nie jest łatwa, nawet jeżeli jest to profesjonalista. Nie zawsze możliwe jest skorzystanie z usług tłumacza konkretnego dialektu lub języka; niekiedy rolę tłumacza pełni krewny lub członek tej samej społeczności. Nie jest to sytuacja idealna, ponieważ przesłuchiwany może czuć się niekomfortowo, opowiadając o torturach, których doświadczył, w obecności osoby, którą zna. Najlepiej byłoby, gdyby tłumacz był członkiem zespołu prowadzącego dochodzenie i posiadał wiedzę na temat stosowania tortur (patrz rozdziały IV, sekcja I i VI, sekcja C.2).

(f) *Informacje, które należy pozyskać od domniemanej ofiary tortur*

99. Prowadzący postępowanie powinien starać się pozyskać od potencjalnej ofiary tortur jak najwięcej informacji z poniższej listy (patrz rozdział IV, sekcja E):

- i. Okoliczności poprzedzające tortury, włączając w to moment aresztowania, uprowadzenia czy zatrzymania;
- ii. Przybliżone daty i godziny tortur, włącznie z ostatnim takim zdarzeniem. Uzyskanie tych informacji może okazać się trudne ze względu na to, że sprawcy (lub grupy sprawców) oraz miejsca mogą się zmieniać. Konieczne może okazać się zarejestrowanie zeznań oddzielnie dla każdego z miejsc. Chronologia zdarzeń może okazać się niedokładna, a niekiedy nawet myląca; osoba torturowana może w niektórych przypadkach stracić poczucie czasu. Pozyskanie informacji dotyczących poszczególnych miejsc, w których zadawano tortury może być pomocne w uzyskaniu całościowego obrazu sytuacji. Osoby poddawane torturom często nie wiedzą dokąd zostały zabrane, ponieważ czasami zasłania się im oczy lub są półprzytomne. Zestawiając ze sobą poszczególne zeznania może pomóc w przygotowaniu „mapy” dotyczącej miejsc, metod a nawet sprawców.
- iii. Szczegółowy opis osób, które brały udział w aresztowaniu, zatrzymaniu i torturach, włączając w to informacje dotyczące tego czy ofiara знаła sprawców, opis ich ubioru, blizn, znamion, tatuaży, wzrostu, wagi (poprzez porównanie sprawcy do wymiarów przesłuchiwanego), wyróżniających cech anatomicznych, używanego języka i akcentu, a także czy sprawcy znajdowali się pod wpływem alkoholu;
- iv. Treść tego co mówiono i o co pytano. Wszystko to może okazać się cennym źródłem informacji prowadzącym do

identyfikacji tajnych lub nieznanymi miejsc detencji;

- v. Opis codziennej rutyny w miejscu przetrzymywania i sposobów złego traktowania;
- vi. Opis tortur, włącznie z metodami tortur. Zebranie takich informacji może być niezwykle trudne, dlatego prowadzący przesłuchanie nie powinien oczekiwać, że uzyska kompletne zeznanie podczas jednego spotkania. Zdobywanie precyzyjnych informacji jest ważne, ale zadawanie pytań dotyczących przeżytego poniżenia może powodować traumę u przesłuchiwanego;
- vii. Określenie czy przesłuchiwany jest ofiarą przemocy seksualnej. Większość osób odpowiada na takie pytanie ograniczając się do gwałtu lub stosunku analnego. Prowadzący przesłuchanie muszą jednak mieć na uwadze, że napaść słowna, rozebranie, natarczywy dotyk, wulgarne i poniżające gesty, bicie i rażenie prądem genitaliów często nie są postrzegane przez ofiary jako przemoc seksualna. Takie działania jednak prowadzą do naruszenia intymności danej osoby i należy uznać je za element lub przejaw przemocy seksualnej. Bardzo często, ofiary przemocy seksualnej nie chcą mówić lub zaprzeczają, że przemoc taka miała w ogóle miejsce. Dopiero przy drugim lub trzecim spotkaniu, jeśli prowadzący przesłuchanie wykazuje empatię i zrozumienie oraz poszanowanie dla kultury i sytuacji ofiary, jest ona skłonna przekazać więcej informacji;
- viii. Obrażenia fizyczne odniesione w trakcie doznanych tortur;
- ix. Opis broni lub innych narzędzi używanych przez sprawców;
- x. Informacje na temat świadków tortur. Prowadzący przesłuchanie musi zachować odpowiednie kroki w celu

zapewnienia świadkom bezpieczeństwa oraz powinien wziąć pod uwagę potrzebę zanonimizowania danych osobowych świadków lub przechowywać te dane w innym miejscu niż notatki z przesłuchania.

(g) *Oświadczenie domniemanej ofiary tortur*

100. Prowadzący przesłuchanie powinien je nagrać a następnie spisać. Przesłuchanie powinno opierać się na niesugerujących pytaniach i odpowiedziach. Pytania niesugerujące pozbawione są przypuszczeń i wniosków co pozwala pytanemu na udzielenie najbardziej pełnej i obiektywnej odpowiedzi. Przykład takiego pytania to „Co się panu stało i gdzie?” zamiast „Czy był pan torturowany w więzieniu?” W drugim pytaniu kryje się założenie, że świadek padł ofiarą tortur oraz ogranicza miejsca zdarzenia do terenu więzienia. Należy unikać zadawania pytań, które zawierają listę możliwych odpowiedzi, bowiem może to spowodować, że dana osoba udzieli nieprecyzyjnych odpowiedzi jeżeli to co faktycznie się wydarzyło, nie pasuje do żadnej z podanych opcji. Należy pozwolić na to, aby przesłuchiwany opowiedział własną historię, jedynie pomagając poprzez zadawanie pytań uszczegółwiających. Należy również ośmielić do odwoływania się do zmysłów podczas opowiadania o tym co się wydarzyło. Należy zatem zapytać o to co dana osoba widziała, czuła, słyszała oraz odczuwała. Może być to istotne, gdy przesłuchiwany miał zasłonięte oczy lub był przetrzymywany w ciemnościach.

(h) *Oświadczenie domniemanego sprawcy*

101. Jeżeli jest to możliwe, prowadzący dochodzenie powinien przesłuchać domniemanego sprawcę. Prowadzący dochodzenie musi zapewnić gwarancje proceduralne zgodnie z prawem międzynarodowych i krajowym.

3. *Zabezpieczenie i pozyskanie dowodów rzeczowych*

102. Prowadzący dochodzenie powinien zgromadzić jak najwięcej dowodów rzeczowych w celu udokumentowania zdarzenia lub ustalonego wzorca stosowania tortur. Jednym z najbardziej istotnych elementów prowadzenia dokładnego i bezstronnego dochodzenia w sprawie stosowania tortur jest zgromadzenie i analiza dowodów rzeczowych. Prowadzący dochodzenie powinni sporządzić dokumentację sposobu pozyskania dowodu, który stanowił punkt wyjścia dla pozyskania i zabezpieczenia dowodów rzeczowych w celu ich wykorzystania w toku dalszego postępowania, włącznie z wniesieniem aktu oskarżenia. Na ogół, do tortur dochodzi w miejscach, gdzie przetrzymuje się ludzi jednak zabezpieczenie dowodów rzeczowych lub uzyskanie do nich nieograniczonego dostępu może okazać się trudne lub niemożliwe. Prowadzący dochodzenie muszą zostać upoważnieni przez odpowiednie organy do nieograniczonego dostępu do każdego obiektu lub placówki oraz do zabezpieczenia miejsca, w którym rzekomo doszło do stosowania tortur. Prowadzący śledztwo i inni członkowie zespołu dochodzeniowego powinni skoordynować realizowane działania w taki sposób, aby zapewnić rzetelne zbadanie miejsca, w którym doszło do tortur. Powinni oni uzyskać nieograniczony dostęp do takiego miejsca. Konieczne jest uzyskanie dostępu do miejsc otwartych i zamkniętych, w tym budynków, pojazdów, biur, cel więziennych i innych pomieszczeń, w których mogło dojść do stosowania tortur.

103. Wszystkie budynki i obszar objęte dochodzeniem muszą zostać zamknięte w celu zabezpieczenia dowodów. Tylko prowadzący śledztwo i związany personel powinni mieć prawo dostępu do tego obszaru od momentu objęcia go dochodzeniem. Zebranie dowodów z miejsca objętego dochodzeniem jest niezbędne. Każdy materiał dowodowy należy prawidłowo zebrać, opakować, oznakować i zabezpieczyć przed zanieczyszczeniem, ingerencją zewnętrzną lub zniszczeniem. Jeżeli nadal jest to możliwe należy zebrać próbki płynów ustrojowych (krew lub nasienie), włosów, włókien i nici, odpowiednio je

oznakować i zabezpieczyć. Wszelkie narzędzia, które mogły być używane podczas zadawania tortur, bez względu na to, czy są przeznaczone do tego celu, czy też były używane przypadkowo, należy zebrać i zabezpieczyć. Należy także zabezpieczyć odciski palców, jeżeli nadal jest to możliwe. Konieczne jest sporządzenie szkicu miejsca, w którym prawdopodobnie doszło do tortur wraz z odpowiednimi oznaczeniami i z zachowaniem skali, ze wskazaniem ważnych szczegółów, lokalizacji pięt w budynkach, pokoi, wejść, okien, mebli i otaczającego terenu. Należy również zrobić kolorowe fotografie. Konieczne jest spisanie danych osobowych wszystkich osób znajdujących się na miejscu, włącznie z imieniem i nazwiskiem, adresem i telefonem lub innymi danymi kontaktowymi. Jeżeli do tortur doszło stosunkowo niedawno, sporządza się też inwentaryzację odzieży domniemanej ofiary w celu zbadania jej w laboratorium pod kątem obecności płynów ustrojowych i innych substancji. Konieczne jest przesłuchanie wszystkich osób obecnych na miejscu lub w obszarze dochodzenia, aby ustalić, czy osoby te były świadkami tortur. Istotne materiały, rejestry lub dokumenty należy zabezpieczyć jako materiały dowodowe oraz w celu zbadania charakteru pisma.

4. Dowody natury medycznej

104. Prowadzący dochodzenie powinien zapewnić badanie lekarskie domniemanej ofiary. Ważne jest, aby zostało ono przeprowadzone w odpowiednim czasie. Badanie lekarskie należy przeprowadzić bez względu na to, ile czasu upłynęło od momentu tortur, jeśli jednak ofiara twierdzi, że tortury miały miejsce w ciągu ostatnich sześciu tygodni, badanie powinno odbyć się jak najszybciej, zanim jeszcze ślady po urazach przestaną być widoczne. W ramach badania należy ocenić potrzebę związaną z leczeniem urazów oraz chorób, pomocą psychologiczną czy dalszą obserwacją (patrz rozdział V w celu uzyskania informacji dotyczącym badania fizykalnego i oceny z zakresu medycyny sądowej). Przygotowanie opinii psychologicznej dotyczącej domniemanej ofiary tortur jest zawsze potrzebne i może być częścią badania fizykalnego, a w przypadku,

gdy ślady fizyczne po torturach nie są zauważalne, może stanowić samodzielną opinię (patrz rozdział VI w celu uzyskania informacji na temat opisu oceny psychologicznej).

105. Opracowując wrażenie kliniczne w celu opisania dowodów fizycznych i psychologicznych stosowania tortur, należy zadać sześć istotnych pytań:

(a) Czy wyniki badania fizykalnego i psychologicznego potwierdzają rzekome stosowanie tortur?

(b) Jakie uwarunkowania fizyczne mają znaczenie dla obrazu klinicznego?

(c) Czy wyniki badania psychologicznego wskazują na oczekiwane lub typowe reakcje na niezwykle silny stres w kontekście kulturowym i społecznym danej osoby?

(d) Zważywszy na obserwowaną zmienność w czasie w przebiegu chorób psychicznych związanych z wystąpieniem urazu, jakie są ramy czasowe stosowania tortur? Na jakim etapie powrotu do zdrowia znajduje się dana osoba?

(e) Jakie inne stresujące czynniki oddziałują na daną osobę (np. ciągłe prześladowania, przymusowa migracja, zmuszenie do opuszczenia kraju, utrata rodziny i roli społecznej itd.)? Jaki wpływ mają one na ofiarę?

(f) Czy obraz kliniczny wskazuje, że zarzut stosowania tortur może być fałszywy?

5. Zdjęcia

106. Należy zrobić kolorowe zdjęcia urazów, doznanych przez domniemaną ofiarę tortur, miejsca, w którym miało dojść do stosowania tortur (we wnętrzach i na zewnątrz) oraz wszelkich innych dowodów fizycznych, znalezionych na miejscu. Konieczne jest użycie taśmy mierniczej lub innego narzędzia, które pozwoli podać na zdjęciu skalę. Fotografie należy wykonać najszybciej, jak to możliwe, choćby przy pomocy najprostszego aparatu, ponieważ niektóre ślady znikają po

bardzo niedługim czasie, a w miejscu prowadzenia śledztwa może dojść do ingerencji osób trzecich. Preferowane jest wykonanie zdjęć profesjonalnych, które należy zrobić bezzwłocznie po uzyskaniu dostępu do odpowiedniego sprzętu. Jeśli to możliwe, zdjęcia należy robić przy pomocy aparatu 35 mm z automatycznym ustawieniem daty. Należy w pełni udokumentować łańcuch dowodowy dla kliszy, negatywów i odbitek.

D. Komisja śledcza

1. Zdefiniowanie zakresu dochodzenia

107. Państwa i organizacje muszą zdefiniować ramy dochodzenia poprzez ustalenie zakresu kompetencji powołanej komisji śledczej. Zdefiniowanie zasad postępowania komisji może zwiększyć powodzenia jej działań poprzez legitymizację postępowania, wsparcie dla członków komisji w osiągnięciu konsensusu co do zakresu dochodzenia oraz dostarczenie narzędzi oceny sprawozdania końcowego przygotowanego przez komisję. Opracowano następujące zalecenia odnośnie określania zakresu kompetencji komisji:

(a) Powinny mieć one charakter neutralny, tak, aby nie sugerowały z góry oczekiwanego wyniku dochodzenia. Aby pozostały one neutralne, nie mogą ograniczać dochodzenia w przypadkach, gdy zachodzi podejrzenie, że odpowiedzialność za stosowanie tortur ponoszą organy państwowe;

(b) Powinny dokładnie określać zdarzenia i zagadnienia podlegające zbadaniu i opisaniu w sprawozdaniu końcowym komisji;

(c) Powinny zapewniać elastyczność zakresu śledztwa, aby zagwarantować, że rzetelne dochodzenie, prowadzone przez komisję, nie napotka na trudności związane z nadmiernie restrykcyjnym lub zbyt szeroko zakrojonym zakresem kompetencji. Niezbędną elastyczność można osiągnąć, na przykład, umożliwiając komisji, w stosowanych przypadkach, zmianę zakresu kompetencji. Zarazem jednak komisja powinna informować opinię publiczną o wszelkich zmianach zakresu przyznanego jej mandatu.

2. Uprawnienia komisji

108. Zasady powinny określać ogólne uprawnienia komisji. W szczególności, komisja musi mieć następujące uprawnienia:

(a) prawo do pozyskiwania wszelkich informacji niezbędnych w celu przeprowadzenia śledztwa, włącznie z prawem do uzyskania zeznań poprzez zastosowanie sankcji karnych, zlecenia przedstawienia dokumentów, włącznie z dokumentacją urzędową i medyczną oraz do ochrony świadków, krewnych ofiary i innych źródeł informacji;

(b) prawo do publikowania sprawozdań;

(c) prawo do przeprowadzania inspekcji, także w miejscu, gdzie miało dojść do stosowania tortur;

(d) prawo do gromadzenia materiałów dowodowych, pochodzących od świadków i organizacji znajdujących się za granicą.

3. Kryteria uczestnictwa w pracach komisji

109. Członkowie komisji powinni być wybierani ze względu na swą bezstronność, kompetencje oraz niezależność zgodnie z poniższą definicją:

(a) bezstronność. Członkowie komisji nie powinni pozostawać w bliskim związku z jakimkolwiek osobami, podmiotami państwowymi, partiami politycznymi lub innymi organizacjami, które mogą mieć potencjalny związek ze stosowaniem tortur. Nie powinny też mieć bliskich powiązań z organizacjami lub grupami, do których przynależy ofiara, ponieważ może to mieć wpływ na wiarygodność komisji. Zastrzeżenie to nie powinno jednakże stać się pretekstem do wykluczenia z komisji na przykład członków dużych organizacji, do których należy również ofiara, lub osób związanych z organizacjami, które zajmują się niesieniem pomocy ofiarom tortur;

(b) kompetencje. Członkowie komisji muszą być zdolni do oceny i analizy dowodów oraz do wydawania rzeczowych osądów. Jeśli

to możliwe, członkami komisji śledczej powinny być osoby specjalizujące się w prawie, medycynie i innych powiązanych dziedzinach;

(c) niezależność. Członkowie komisji powinni cieszyć się w swojej społeczności reputacją osób uczciwych i sprawiedliwych.

110. Bezstronność śledztwa i materiałów dowodowych, zgromadzonych przez komisję może między innymi być uzależniona od tego, czy składa się ona z trzech lub więcej członków, a nie jednego lub dwóch. Jedna osoba nie powinna z zasady prowadzić dochodzenia w sprawie zarzutu stosowania tortur. Zasięg dochodzenia prowadzonego przez jedną osobę jest ograniczony. Ponadto, pojedyncza osoba, prowadząca śledztwo, jest zmuszona do podejmowania decyzji ogromnej wagi, budzących niekiedy duże kontrowersje, bez możliwości skonsultowania ich z innymi i jest szczególnie bezbronna wobec presji wywieranej przez organy państwowe i inne czynniki zewnętrzne.

4. *Personel komisji*

111. Komisja śledcza powinna mieć wsparcie bezstronnych doradców – ekspertów. Jeżeli komisja prowadzi dochodzenie w sprawie zarzutów wobec organów państwa, zaleca się, aby doradca taki wywodził się z kręgów nie związanych z wymiarem sprawiedliwości. Główny doradca komisji powinien pozostawać poza obszarem wpływów politycznych w związku ze sprawowanymi funkcjami lub powinien występować jako całkowicie niezależny członek palestry. Dochodzenie wymaga niejednokrotnie wsparcia ze strony ekspertów. Komisja powinna mieć dostęp do usług doradczych w takich obszarach, jak patologia, medycyna sądowa, psychiatria, psychologia, ginekologia i pediatria. Aby przeprowadzić całkowicie bezstronne i rzetelne śledztwo, komisja niemal zawsze musi polegać na własnych śledczych, którzy prowadzą dochodzenie i gromadzą dowody. Rzetelność śledztwa jest znacznie większa, gdy komisja jest w stanie korzystać z usług takich osób.

5. *Ochrona świadków*

112. Państwo ma obowiązek chronić osoby zgłaszające skargi, świadków, prowadzących dochodzenie i ich rodziny przed przemocą, groźbami przemocy i innymi formami zastraszania (patrz sekcja C.2 (d) powyżej). Jeżeli komisja stwierdzi, że istnieje uzasadniona obawa prześladowania, nękania lub wyrządzenia krzywdy świadkowi lub potencjalnemu świadkowi, może uznać, że konieczne jest jego przesłuchanie w ramach procedury niejawnej, utajnienie danych osobowych świadka lub informatora, wykorzystanie jedynie takich materiałów dowodowych, które nie stwarzają ryzyka zidentyfikowania świadka i podjęcie innych niezbędnych kroków.

6. *Postępowanie*

113. Zgodnie z ogólnymi zasadami postępowania karnego, przesłuchania powinny odbywać się w trybie jawnym, o ile ich utajnienie nie jest konieczne w celu zapewnienia bezpieczeństwa świadka. Przesłuchania niejawne są rejestrowane, a zabezpieczone nagrania są przechowywane w ustalonym miejscu. Niekiedy konieczne jest zachowanie pełnej poufności, aby zachęcić świadka do złożenia zeznań; komisja może w takim wypadku dążyć do przesłuchania świadka w sposób poufny, nieformalny lub zrezygnować z rejestrowania przesłuchania.

7. *Powiadomienie o wszczęciu postępowania*

114. Informacje o powołaniu komisji i zakresie postępowania powinny zostać upublicznione. Ogłoszenie powinno zawierać wezwanie do przekazywania istotnych informacji i sprawozdań do komisji oraz zalecenia dla osób, które chciałyby złożyć zeznania. Ogłoszenie może być rozpowszechniane poprzez publikacje w gazetach, magazynach, za pośrednictwem radia i telewizji, ulotek i plakatów.

8. *Pozyskiwanie materiałów dowodowych*

115. Komisja śledcza powinna mieć prawo do wydania nakazu złożenia zeznań oraz do przedstawienia dokumentów, a także do wydawania nakazów składania zeznań przez funkcjonariuszy publicznych podejrzanych o udział w stosowaniu tortur. W praktyce, uprawnienie to może obejmować prawo do nakładania grzywnien lub innych kar wobec osób, które odmówiły współpracy. Komisja śledcza powinna wzywać do składania zeznań ustnych lub pisemnych w ramach pierwszego etapu gromadzenia materiałów dowodowych. Oświadczenia pisemne mogą stać się istotnym źródłem takich materiałów, jeśli ich autorzy obawiają się zeznawać, nie są w stanie dojechać na miejsce lub są niedostępni z innych względów. Komisja śledcza powinna zapoznać się z innymi postępowaniami, które mogą umożliwić jej zgromadzenie cennych dla śledztwa informacji.

9. *Prawa strony*

116. Domniemane ofiary tortur i ich przedstawiciele prawnych należy poinformować o zaplanowanych przesłuchaniach i zapewnić im możliwość obecności podczas tych przesłuchań, a także zapewnić im dostęp do wszelkich informacji istotnych dla postępowania; osoby te muszą także mieć prawo przedstawiania dowodów. Podkreślenie roli ofiary jako strony w postępowaniu odzwierciedla szczególnie istotne znaczenie ochrony interesów tej osoby podczas postępowania. Jednakże, wszyscy inni zainteresowani także powinni mieć możliwość zabrania głosu. Komisja śledcza musi mieć prawo wezwania świadków, w tym funkcjonariuszy publicznych oskarżonych o udział w stosowaniu tortur, oraz do żądania przedstawienia dowodów. Wszyscy świadkowie powinni mieć prawo do skorzystania z usług prawnika, jeśli postępowanie może mieć dla nich niekorzystny wynik, na przykład, jeśli złożone zeznania mogłyby narazić na odpowiedzialność karną lub cywilną. Świadkowie nie mogą być zmuszani do zeznawania na własną niekorzyść. Komisja powinna umożliwić skuteczne przesłuchanie świadków. Strony w śledztwie

powinny mieć możliwość sporządzenia na piśmie listy pytań do komisji.

10. *Ocena materiału dowodowego*

117. Komisja musi ocenić wszystkie zgromadzone informacje i dowody pod kątem ich wiarygodności i prawdziwości. Komisja powinna przeprowadzić ocenę zeznań ustnych, biorąc pod uwagę zachowanie i ogólną wiarygodność świadków. Komisja musi także zwrócić szczególną uwagę na uwarunkowania społeczne, kulturowe i płciowe, które wpływają na zachowanie. Zgromadzenie dowodów pochodzących z różnych źródeł zwiększy wartość materiału dowodowego i wiarygodność dowodów ustnych. Kwestię tej wiarygodności należy starannie rozważyć przed tym jak komisja uzna je za fakt. Z zachowaniem ostrożności należy podchodzić do zeznań świadków lub biegłych, których nie przesłuchiwała strona przeciwna. Dowody z przesłuchania niejawnego utrwalone w sposób tajny lub w ogóle nie utrwalone często nie mogą być przedmiotem przesłuchania strony przeciwnej i tym samym mogą mieć mniejszą wartość dowodową.

11. *Sprawozdanie komisji*

118. Komisja powinna opublikować sprawozdanie w odpowiednim terminie. Ponadto, jeżeli komisja nie jest jednomyślna, to członkowie będący w mniejszości powinni mieć możliwość przedstawienia zdania odrębnego. Sprawozdanie komisji powinno zawierać co najmniej następujące informacje:

(a) zakres dochodzenia i zakres kompetencji;

(b) procedury i metody oceny dowodów;

(c) listę wszystkich świadków z podaniem ich wieku i płci, z wyjątkiem tych, których dane osobowe zostały utajnione, aby zapewnić im bezpieczeństwo, lub tych, których przesłuchano niejawnie, oraz wyciąg otrzymanych dowodów rzeczowych;

(d) czas i miejsce każdego posiedzenia (może mieć formę załącznika do sprawozdania);

(e) informacje dotyczące kontekstu dochodzenia, np. istotne uwarunkowania społeczne, polityczne i gospodarcze;

(f) ustalenie zdarzeń i materiały dowodowe stanowiące podstawę takiego ustalenia;

(g) przepisy prawa w oparciu o które działała komisja;

(h) wnioski komisji wydane w oparciu o obowiązujące prawo i dokonane ustalenia;

(i) zalecenia na podstawie dokonanych przez komisję ustaleń.

119. Państwo powinno udzielić jawnej odpowiedzi na sprawozdanie komisji, wskazując, w stosownych przypadkach, jakie kroki ma zamiar podjąć w odniesieniu do jego treści.

ROZDZIAŁ IV

ZALECENIA OGÓLNE DOTYCZĄCE PRZEPROWADZANIA PRZESŁUCHANIA

120. Podczas przesłuchania domniemanej ofiary tortur należy wziąć pod uwagę szereg kwestii i czynników praktycznych. Mają one zastosowanie do wszystkich osób prowadzących przesłuchanie, w tym prawników, lekarzy, psychologów, psychiatrów, osób monitorujących stan przestrzegania praw człowieka i innych zawodów. Poniższym rozdział porusza te elementy oraz przedstawia szerszy kontekst, który może pojawić się podczas prowadzenia dochodzenia w sprawie stosowania tortur oraz przesłuchiwanie ofiar tortur.

A. Cel dochodzenia, badanie i gromadzenie dokumentacji

121. Celem ogólnym dochodzenia jest ustalenie faktów dotyczących domniemanego stosowania tortur (patrz rozdział III, sekcja D). Badanie lekarskie może dostarczyć użytecznego materiału dowodowego w zakresie:

(a) identyfikacji sprawców odpowiedzialnych za stosowanie tortur i postawienia ich przed sądem;

(b) udokumentowania wniosku o udzielenie azylu politycznego [wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej, przyp. tłum.];

(c) ustalenia okoliczność, które doprowadziły do uzyskania przez organy państwowe nieprawdziwych zeznań;

(d) ustalenia rodzajów tortur stosowanych w danym regionie. Badanie lekarskie może również posłużyć do oceny potrzeb terapeutycznych ofiary tortur oraz jako dowodów w dochodzeniach dotyczących naruszeń praw człowieka.

122. Zebranie oświadczeń pisemnych lub ustnych, złożonych przez lekarza, służy pozyskaniu opinii eksperta dotyczącej związku pomiędzy wynikami badań medycznych a zarzutami podnoszonymi przez pacjenta, ale również odpowiednie przedstawienie sądom i innym, właściwym organom wyników badań przeprowadzonych przez lekarza. Jednocześnie, zeznania lekarza pozwalają zwiększyć wiedzę sędziów, urzędników oraz społeczności lokalnej i międzynarodowej dotyczącą następstw fizycznych i psychicznych stosowania tortur. Osoba, która przeprowadza badanie powinna:

(a) Ocenić potencjalne urazy i ślady stosowania przemocy, nawet wobec braku formalnych zarzutów ze strony ofiary, organu ścigania czy sądu;

(b) Udokumentować dowody fizyczne oraz psychiczne dotyczące traumy i przemocy;

(c) Zweryfikować zgodność wyników badań z oświadczeniami przedstawianymi przez pacjenta;

(d) Ocenić zgodności wyników badań danej osoby z informacjami na temat metod i następstw stosowania tortur w konkretnym regionie;

(e) Przedstawić interpretację wyników badania medyczno-prawnego oraz opinię dotyczącą możliwych przyczyn doznania urazów w postępowaniu o nadanie statusu uchodźcy, postępowaniu karnym lub cywilnym;

(f) Przekazywać uzyskane informacje w taki sposób, aby ułatwić postępowanie dowodowe i dokumentowanie stosowania tortur.

B. Gwarancje proceduralne w odniesieniu do zatrzymanych

123. Badanie sędowo-lekarskie osób zatrzymanych powinno być przeprowadzone przez specjalistę medycyny sądowej na wniosek pisemny prokuratora lub innego właściwego organu. Wniosek o przeprowadzenie takiego badania, złożony przez organ ścigania jest nieważny, jeżeli nie został poprzedzony pisemnym poleceniem prokuratora. Osoby zatrzymane, ich prawnicy lub krewni mają prawo wystąpić o przeprowadzenie takiego badania w celu uzyskania dowodów na stosowanie tortur oraz okrutnego traktowania. Zatrzymany powinien zostać zabrany na badanie sędowo-lekarskie przez osoby, które nie pracują dla wojska lub policji, ponieważ tortury i okrutne traktowanie mogło mieć miejsce w czasie pobytu w ośrodkach nadzorowanych przez te organy. Może to również prowadzić do wywarcia presji na zatrzymanym lub lekarzu, która spowoduje, że ślady przemocy lub tortur nie zostaną udokumentowane. Osoby nadzorujące transport zatrzymanego powinny podlegać prokuraturze, a nie innym organom ścigania. Prawnik zatrzymanego powinien być obecny podczas składania wniosku o przeprowadzenie badania oraz transportu po badaniu. Podczas pobytu oraz zaraz po zwolnieniu z detencji zatrzymany ma prawo do drugiego lub kolejnego badania przeprowadzonego przez wykwalifikowanego lekarza.

124. Każdy zatrzymany powinien zostać przebadany z zapewnieniem prywatności. Policjanci i inni funkcjonariusze organów ścigania nie powinni pod żadnym pozorem być obecni w pomieszczeniu, gdzie odbywa się badanie. Tej zasady można niestosować wyłącznie w sytuacji, gdy istnieje realne zagrożenie dla bezpieczeństwa personelu medycznego. W takich okolicznościach, na prośbę osoby przeprowadzającej badanie, podczas badania powinni być obecni pracownicy ochrony placówki zdrowotnej, a nie policjanci ani inni funkcjonariusze organów ścigania. W takim wypadku, pracownicy ochrony powinni znajdować się w takiej odległości aby nie słyszeć rozmowy prowadzonej podczas badania pacjenta (a jedynie pozostawać w zasięgu wzroku). Badanie lekarskie zatrzymanego należy

przeprowadzić w miejscu, które lekarz uzna za najbardziej odpowiednie. W niektórych przypadkach, najlepszym rozwiązaniem jest nalegać, aby badanie odbyło się w placówce medycznej, a nie w więzieniu lub areszcie. W innych przypadkach, więzień może zdecydować, że woli poddać się badaniu w celi, w której jest przetrzymywany, gdzie czuje się bezpiecznie, jeżeli przypuszcza, że placówka medyczna może być objęta dozorem. Wybór najlepszego miejsca jest uzależniony od wielu czynników, w każdym przypadku jednak prowadzący dochodzenie powinni upewnić się, że więzień nie został zmuszony do przyjęcia takiego miejsca, w którym nie czuje się komfortowo.

125. Obecność policjantów, żołnierzy, personelu służby więziennej i innych funkcjonariuszy organów ścigania, bez względu na przyczynę, należy odnotować w sprawozdaniu lekarza. Fakt ich obecności w trakcie badania może dać podstawę do odrzucenia sprawozdania, które nie potwierdziło sformułowanych zarzutów. Dane i stopnie osób obecnych podczas badania należy także wskazać w treści sprawozdania. Badanie lekarskie zatrzymanych powinno zostać przeprowadzone z użyciem standardowego formularza (patrz aneks IV przedstawiający wytyczne opracowania standardowych formularzy sprawozdań medycznych).

126. Oryginał sporządzonego sprawozdania z badania należy przekazać bezpośrednio osobie, która wniosła o przeprowadzenie badania. Zazwyczaj jest to prokurator. Jeżeli zatrzymany lub pełnomocnik zatrzymanego wnioskuje o sporządzenie sprawozdania medycznego, musi być ono przygotowane. Kopie wszystkich sprawozdań medycznych podlegają archiwizacji przez lekarza, który przeprowadził badanie. Krajowe stowarzyszenie lekarzy lub komisja śledcza może zadecydować o przeprowadzeniu audytu sprawozdań medycznych, aby upewnić się, że są one sporządzane z zachowaniem odpowiednich środków proceduralnych i standardów dokumentacji, w szczególności, jeśli badanie przeprowadza lekarz zatrudniony przez organy państwowe. Sprawozdania powinny być przekazywane do takich instytucji pod warunkiem, że zadbano

o spełnienie wymogów z zakresu niezależności i poufności informacji. Kopie sprawozdania nie powinny pod żadnym pozorem trafić do funkcjonariuszy organów ścigania. Obowiązkowe jest to, aby zatrzymany został poddany badaniu lekarskiemu podczas pobytu w detencji, a następnie w momencie zwolnienia z aresztu/więzienia.⁷⁰ W czasie badania, zatrzymany powinien mieć możliwość kontaktu z prawnikiem. W większości przypadków, gdy badanie jest przeprowadzane w więzieniu, obecność osób z zewnątrz może okazać się niemożliwa. W takich przypadkach, lekarze więzienni pracujący z osadzonymi mają obowiązek przestrzegania zasad etyki lekarskiej i powinni mieć zapewnioną możliwość wykonywania swojej pracy w sposób niezależny i wolny od wpływu jakichkolwiek osób trzecich. Jeżeli wyniki badania lekarskiego wskazują, że zarzuty stosowania tortur mogą być prawdziwe, zatrzymany nie powinien wracać do miejsca zatrzymania, ale raczej stanąć przed prokuratorem lub sędzią, który wyda dalsze dyspozycje.⁷¹

C. Oficjalne wizyty w miejscu zatrzymania

127. Każdą wizytę u osoby zatrzymanej należy rozważyć niezwykle starannie. W niektórych przypadkach, przeprowadzenie takiej wizyty w sposób bezstronny i profesjonalny może okazać się niezwykle trudne, szczególnie w krajach, w których tortury są nadal praktykowane. Wizyty jednorazowe, po których nie następuje dalsza obserwacja, aby upewnić się, że zatrzymanemu nic nie grozi, mogą być dla niego niebezpieczne. W niektórych przypadkach, wizyta jednorazowa może być gorsza w skutkach od braku takiej wizyty. Prowadzący dochodzenie może w dobrej wierze odwiedzić zatrzymanego w więzieniu lub na komisariacie, nie zdając sobie sprawy z możliwych konsekwencji. W rezultacie uzyskuje zafałszowany i niekompletny obraz rzeczywistości. Zarazem, mogą narazić zatrzymanego na niebezpieczeństwo. Mogą również nieświadomie zapewnić alibi

sprawcom, którzy będą następnie utrzymywać, że miejsce detencji lub więzienie zostało odwiedzone przez osobę z zewnątrz, która niczego nie stwierdziła.

128. Wizyty najlepiej pozostawić prowadzącym dochodzenie, którzy są w stanie przeprowadzać je w sposób profesjonalny i dysponują określonymi gwarancjami proceduralnymi. Nie należy wychodzić z założenia, że jakiegokolwiek dowody są lepsze, niż brak dowodów, podczas pracy z więźniami, którzy w wyniku złożenia zeznań mogą narazić się na niebezpieczeństwo. Wizyty w więzieniu lub areszcie składane przez osoby z instytucji lub organizacji pozarządowych mających dobre intencje, mogą okazać się trudne i przynieść skutek odwrotny do zamierzonego. Należy wprowadzić rozróżnienie pomiędzy wizytami w ramach postępowania bona fide, które są niezbędne w związku z dochodzeniem i nie podlegają zakwestionowaniu a wizytami, które nie są konieczne z punktu widzenia śledztwa. Te ostatnie, w przypadku, gdy odbywają je osoby nie będące specjalistami, mogą wyrządzić więcej szkody, niż pożytku w kraju, w którym praktykowane są tortury. Niezależne komisje, złożone z ekspertów z dziedziny prawa i lekarzy, powinny uzyskiwać okresowy dostęp do miejsc detencji i więzień.

129. Przesłuchania osób przetrzymywanych lub osadzonych (i możliwe, że nadal znajdujących się w rękach swoich oprawców) przebiegają zupełnie inaczej od tych, przeprowadzanych w bezpiecznej placówce medycznej poza terenem więzienia czy miejsca detencji. Wyjątkowo istotną kwestią jest zdobycie zaufania osoby przesłuchiwanej. Tym bardziej ważne jest to, aby nie zawieść tego zaufania, nawet nieumyślnie. Należy podjąć wszelkie środki ostrożności, aby upewnić się, że zatrzymany nie naraża się na niebezpieczeństwo. Osoby torturowane należy zapytać, czy podane przez nie informacje mogą zostać wykorzystane i w jaki sposób. Zatrzymani mogą obawiać się podania własnego nazwiska, na przykład spodziewając się represjonowania z tego powodu. Prowadzący dochodzenie, lekarze i tłumacze mają obowiązek dotrzymać obietnic, złożonych zatrzymanemu.

⁷⁰ Patrz Standardowe minimalne zasady dotyczące traktowania więźniów ONZ (rozdział I, sekcja B).

⁷¹ Health care for prisoners: implications of Kalks's refusal, *The Lancet*, tom 337 (1991), s. 647-648.

130. Istotny dylemat może pojawić się w sytuacji, gdy pewne jest, że w danym miejscu poddawano torturom dużą liczbę zatrzymanych ale wszyscy obawiają się i dlatego odmawiają udzielenia zgody na wykorzystanie podanych przez nich informacji. W takim wypadku stoimy przed wyborem: albo nadużyjemy ich zaufania i wykorzystamy te informacje w celu zaprzestania stosowania tortur, albo uszanujemy ich wolę i zachowamy milczenie. W takiej sytuacji należy znaleźć odpowiednie rozwiązanie. W przypadku konfrontacji z grupą więźniów, u których stwierdzono wyraźne ślady biczowania, pobicia, ran szarpanych spowodowanych chłostą itd., a którzy odmawiają udzielenia jakichkolwiek informacji, obawiając się represji, dobrym rozwiązaniem może być przeprowadzenie "inspekcji stanu zdrowia" całego oddziału na dziedzińcu, w miejscu widocznym dla wszystkich osadzonych. W ten sposób prowadzący dochodzenie przechodząc wzdłuż szpalery więźniów i bezpośrednio obserwując na ich ciele oznaki stosowania tortur może sporządzić sprawozdanie, przedstawiając swoje spostrzeżenia. W takim sprawozdaniu nie stwierdza się, że osadzeni skarżyli się na stosowanie wobec nich tortur. W ten sposób można zdobyć zaufanie więźniów, które zapoczątkuje podczas kolejnych wizyt.

131. W przypadku innych, bardziej wyrafinowanych metod tortur psychicznych lub seksualnych nie da się zastosować opisanych powyżej rozwiązań. W takiej sytuacji konieczne może okazać się powstrzymanie się przez prowadzącego dochodzenie od komentarzy podczas pierwszej wizyty lub kilku pierwszych wizyt, do chwili, gdy okoliczności pozwolą lub zachęcą zatrzymanych do wyrażenia zgody na wykorzystanie przekazanych przez siebie informacji. Lekarz i tłumacz powinni przedstawić się i wyjaśnić, jaką pełnią rolę w związku z badaniem. Sporządzenie dokumentacji medycznej dotyczącej stosowania tortur wymaga konkretnej wiedzy, jaką dysponują dyplomowani lekarze medycyny. Wiedza na temat tortur, ich skutków fizycznych i psychicznych może pochodzić z publikacji naukowych, szkoleń, udziału w specjalistycznych konferencjach oraz w oparciu o doświadczenie. Istotna jest

również wiedza na temat rodzajów tortur i okrutnego traktowania stosowanych w danym regionie, ponieważ informacje takie mogą potwierdzić indywidualne zeznania domniemanej ofiary. Doświadczenie w prowadzeniu przesłuchań i badaniu osób pod kątem dowodów na stosowanie tortur psychicznych i fizycznych oraz w dokumentowaniu wyników takich badań i przesłuchań należy gromadzić pod nadzorem doświadczonych lekarzy.

132. Osoby zatrzymane mogą także wykazywać nadmierne zaufanie w sytuacjach, w których przeprowadzający przesłuchanie nie jest w stanie zagwarantować im ochrony przed dalszymi represjami, jeśli nie wynegocjowano i nie uzyskano pełnej zgody organów państwowych na odbycie ponownej wizyty lub nie zapisano danych osobowych zatrzymanego w celu odbycia takiej wizyty. Należy podjąć wszelkie środki ostrożności, aby upewnić się, że więźniowie nie narażają się niepotrzebnie na ryzyko, wierząc naiwnie, że osoba z zewnątrz zapewni im ochronę.

133. W przypadku odwiedzin osób przetrzymywanych, zaleca się, aby tłumaczami były osoby z zewnątrz, nie pochodzące ze środowiska lokalnego. Ma to na celu wyeliminowanie możliwości wywierania na te osoby lub ich rodziny presji przez organy państwowe, próbujące ustalić, jakich informacji udzielono prowadzącym dochodzenie. Problem może okazać się bardziej złożony, gdy zatrzymani należą do innej grupy etnicznej, niż strażnicy więzienni. Czy należy wybrać tłumacza należącego do tej samej grupy etnicznej, co więźniów, aby zdobyć jego zaufanie, budząc zarazem podejrzliwość organów dokonujących zatrzymania, które mogą zastraszać tłumacza? Co więcej, tłumacz może niechętnie pracować we wrogim środowisku, gdzie jest potencjalnie narażony na ryzyko. A może tłumacz powinien należeć do tej samej grupy etnicznej, co organy, które dokonały zatrzymania, co zwiększy jego wiarygodność z punktu widzenia tych organów, czyniąc go zarazem mniej godnym zaufania z perspektywy zatrzymanego (zważywszy, że wybór taki nie chroni tłumacza przed ewentualnym prześladowaniem)? Żadna z powyższych odpowiedzi nie wydaje się właściwa. Tłumacz

powinien pochodzić spoza regionu, w którym prowadzone jest postępowanie, a wszyscy uczestnicy postępowania powinni postrzegać go jako osobę niezależną, tak samo, jak prowadzących dochodzenie.

134. Osoba przesłuchiwana o godzinie 20.00 zasługuje na taką samą uwagę, jak osoba przesłuchiwana o godzinie 8.00. Prowadzący dochodzenie powinni zapewnić sobie wystarczająco dużo czasu oraz unikać nadmiernego przeciążenia pracą. Nie należy dopuszczać do sytuacji, w której osoba zeznająca o godzinie 20.00 (która w dodatku czekała cały dzień, aby móc złożyć zeznanie) jest zmuszona skrócić swoją relację z powodu braku czasu. Dziewiętnasta relacja o stosowaniu *falaki* (lub *falangi*, przyp. tłum.), rejestrowana danego dnia, zasługuje na taką samą uwagę, jak pierwsza. W przypadku więźniów, którzy rzadko widują osoby z zewnątrz, przesłuchanie może być jedyną okazją do rozmowy o torturach, którym zostali poddani. Osoby, których zeznania nie wnoszą nic nowego do dochodzenia, zasługują na tyle samo uwagi, co zeznania innych osadzonych.

D. Techniki zadawania pytań

135. Należy przestrzegać szeregu podstawowych zasad (patrz rozdział III, sekcja C.2(g)). Zdobycie informacji jest z pewnością bardzo ważne, lecz jeszcze ważniejszy jest sam przesłuchiwany. Umiejętność słuchania odgrywa istotniejszą rolę, niż zadawanie pytań. Samo zadawanie pytań prowadzi jedynie do otrzymania odpowiedzi. Z punktu widzenia zatrzymanego, rozmowa o rodzinie może być ważniejsza, niż zeznanie dotyczące doznanych przez niego tortur. Należy wziąć ten fakt pod uwagę i przeznaczyć pewną ilość czasu na rozmowę o sprawach osobistych. Tortury, szczególnie seksualne, to temat niezwykle intymny, który może pojawić się dopiero podczas kolejnych wizyt. Nie należy zmuszać przesłuchiwanego, by mówił o określonej formie tortur, jeśli nie czują się z tym komfortowo.

E. Informacje podstawowe dotyczące dochodzenia

1. Uwarunkowania psychospołeczne i okres poprzedzający aresztowanie

136. Jeżeli domniemana ofiara tortur nie przebywa już w areszcie, przeprowadzający wywiad powinien zgromadzić informacje na temat jej życia codziennego, relacji z przyjaciółmi i rodziną, pracy lub szkoły, zawodu, zainteresowań, planów na przyszłość, spożywania alkoholu i narkotyków. Należy uzyskać również informacje na temat uwarunkowań psychospołecznych tej osoby po wyjściu na wolność. Jeżeli domniemana ofiara nadal przebywa w areszcie lub więzieniu, wystarczy zebrać bardziej ograniczone informacje w tym zakresie. Należy zapytać, jakie leki na receptę przyjmuje pacjent; jest to szczególnie istotne, bowiem zdarza się, że zatrzymany nie otrzymuje leków, co może poważnie wpłynąć na jego stan zdrowia. Należy uzyskać informacje na temat działalności politycznej zatrzymanego, jego przekonań i opinii, które są istotne w takim stopniu, w jakim przyczyniają się do wyjaśnienia, dlaczego dana osoba została zatrzymana lub torturowana; nie należy jednak dążyć do uzyskania tych informacji w sposób bezpośredni, ale na przykład pytając, o co dana osoba została oskarżona po zatrzymaniu lub dlaczego – jej zdaniem – została aresztowana i torturowana.

2. Podsumowanie informacji na temat pobytu w detencji i poniżającego traktowania

137. Przed uzyskaniem szczegółowego opisu wydarzeń, należy uzyskać skrócone informacje, włączając w to daty, miejsca, długość przetrzymywania w detencji, częstotliwość i czas trwania tortur. Podsumowanie to pozwoli na efektywne wykorzystanie czasu. W niektórych przypadkach, gdy zatrzymani byli wielokrotnie torturowani, mogą przypomnieć sobie, co się z nimi działo, często jednak nie potrafią dokładnie wskazać, gdzie i kiedy miało miejsce każde zdarzenie. W takiej sytuacji, bardziej pomocnym może być uzyskanie informacji dotyczących metod stosowanej przemocy, niż ciągu zdarzeń, które miały

miejsce w czasie zatrzymania. Podobnie, przygotowując raport warto dążyć do jak najdokładniejszego udokumentowania tego, „co się gdzie wydarzyło”. Miejsca detencji prowadzone są przez różne podmioty, służbę bezpieczeństwa, policję lub wojsko, a to, co wydarzyło się w różnych miejscach może przyczynić się do uzyskania pełniejszego obrazu stosowanych tortur. Historie różnych osób mogą pozwolić na stworzenie mapy miejsc, w których dochodziło do tortur. Bardzo często okazuje się to niezwykle przydatne dla całości dochodzenia.

3. *Okoliczności zatrzymania*

138. Należy zadać następujące pytania: Która była godzina? Gdzie byłeś? Co robiłeś? Kto tam był? Opisz wygląd osób, które cię zatrzymały. Czy byli to wojskowi, czy cywile, w mundurach, czy w cywilnych ubraniach? Jaką mieli broń? Co powiedzieli? Czy byli jacyś świadkowie? Czy było to formalne zatrzymanie, areszt administracyjny czy wymuszone zaginięcie? Czy używano przemocy, gróźb? Czy doszło do interakcji z członkami rodziny? Należy odnotować informacje dotyczące obezwładnienia, nałożenia opaski na oczy, środków transportu, celu podróży, a także zapisać nazwiska urzędników, jeżeli są znane.

4. *Miejsce i warunki detencji*

139. W raporcie należy uwzględnić dostęp do żywności i napojów, toalety, oświetlenia, odpowiednią temperaturę i wentylację. Należy również udokumentować kontakty z rodziną, prawnikami i lekarzami, opisać warunki w areszcie lub więzieniu, przeludnienie, przetrzymywanie przesłuchiwanego w odosobnieniu, podać wymiary celi i określić, czy inne osoby mogą potwierdzić te fakty. Przykładowe pytania: co się najpierw stało? Dokąd cię zabrano? Czy przeprowadzono identyfikację (spisano dane osobowe, pobrano odciski palców, zrobiono zdjęcia)? Czy kazano tobie cokolwiek podpisać? Należy opisać warunki panujące w celi lub pomieszczeniu (z uwzględnieniem wymiarów, obecności innych osób, oświetlenia, wentylacji, temperatury, obecności insektów i gryzoni,

stanu łóżek i dostępu do żywności, wody i toalety). Co widziałeś, słyszałeś i czułeś? Czy miałeś kontakt z osobami z zewnątrz lub możliwość uzyskania opieki medycznej? Jaki był rozkład pomieszczeń, w których cię przetrzymywano?

5. *Metody torturowania i poniżającego traktowania*

140. Gromadząc informacje na temat tortur i okrutnego traktowania należy zachować ostrożność, tak, aby nie sugerować rozmówcy sposobów przemocy, której mógł być poddawany. Pozwala to na oddzielenie przesadzonych informacji od prawdziwych doświadczeń. Z drugiej strony, uzyskanie negatywnych odpowiedzi na pytania dotyczące określonych rodzajów tortur może zwiększyć wiarygodność rozmówcy. Zadawane pytania powinny być tak przygotowane, aby móc uzyskać spójną odpowiedź. Warto rozważyć zadanie następujących pytań: Gdzie doszło do aktów przemocy, kiedy i jak długo one trwały? Czy zasłonięto tobie oczy? Przed rozmową na temat doznanych form przemocy, należy ustalić, kto był podczas nich obecny (z podaniem nazwisk, stanowisk). Opisz pomieszczenie lub miejsce. Jakie przedmioty widziałeś? Jeśli to możliwe, opisz szczegółowo każde z narzędzi tortur; w przypadku rażenia prądem, natężenie prądu, urządzenie, liczbę i kształt elektrod. Należy zapytać o odzież, ustalić, czy rozmówca został pozbawiony odzieży i/lub otrzymał odzież na zmianę. Trzeba zanotować wypowiedzi, które padły podczas przesłuchania, obelgi pod adresem ofiary itd. Co mówili sprawcy?

141. Dla każdej stosowanej metody przemocy należy odnotować: pozycję, skrępowanie ciała, naturę kontaktu, włącznie z czasem trwania, częstotliwością, lokalizacją na ciele i częścią ciała. Czy doszło do krwotoku, urazu głowy lub utraty przytomności? Czy utrata przytomności była wynikiem urazu głowy, duszenia, czy bólu? Prowadzący dochodzenie powinien też zapytać, jak przesłuchiwany czuł się po zakończeniu "sesji". Czy był w stanie chodzić? Czy potrzebował pomocy lub trzeba było odnieść go z powrotem do celi? Czy był w stanie wstać kolejnego dnia? Jak długo miał

opuchnięte nogi? Wszystkie te dane pozwolą uzupełnić opis lepiej, niż lista kontrolna dotycząca metod. Należy uwzględnić informacje o torturach polegających na zmuszaniu ofiary do przyjęcia wymuszonej pozycji ciała, odnotować, ile razy i jak długo stosowano tortury, ile czasu trwał każdy epizod, sposób zawieszenia (głową w dół, przykrycie grubym kocem lub związanie sznurem, przywiązanie ciężarków do stóp lub pociąganie) lub pozycję. Prowadzący dochodzenie musi mieć na uwadze fakt, że deklaracje dotyczące czasu trwania tortur ze strony ofiary mają charakter subiektywny i mogą nie być zgodne ze stanem faktycznym ze względu na częste zjawisko, jakim jest dezorientacja w trakcie tortur. Czy ofiara została poddana przemocy seksualnej w jakikolwiek sposób? Należy odnotować, co mówiono w trakcie trwania tortur. Na przykład, podczas rażenia prądem okolic genitaliów, sprawcy często mówią ofiarom, że nie będą mogli utrzymać normalnych stosunków seksualnych w przyszłości. Aby zapoznać się ze szczegółowym omówieniem oceny zgłoszenia tortur mających charakter seksualny, włącznie z gwałtem, patrz rozdział V, sekcja D.8.

F. Ocena okoliczności towarzyszących

142. Ofiary tortur mogą mieć trudności z przypomnieniem sobie szczegółowych informacji o torturach. Główne powody to:

(a) czynniki, które wystąpiły w trakcie tortur, takie, jak zasłonięcie oczu, podanie środków odurzających, utraty świadomości itd.;

(b) strach przed narażeniem siebie lub innych osób na ryzyko;

(c) brak zaufania do lekarza lub tłumacza;

(d) wpływ psychologiczny tortur i urazów, w rodzaju silnego podniecenia psychicznego i zaburzeń pamięci, choroby psychiczne w wyniku urazu, takie, jak depresja czy zespół stresu pourazowego (PTSD);

(e) neuropsychiatryczne zaburzenia pamięci z powodu urazów głowy, duszenia, podtopienia lub wygłodzenia;

(f) działanie mechanizmów obronnych w rodzaju wyparcia lub unikania;

(g) sankcje o charakterze kulturowym, które umożliwiają ujawnienie traumatycznych przeżyć wyłącznie w bardzo sprzyjających warunkach całkowitej prywatności.⁷²

143. Brak spójności zeznań może być spowodowany przez każdy z powyższych czynników. Jeśli to możliwe, prowadzący dochodzenie powinien poprosić o dodatkowe wyjaśnienia. Jeżeli nie jest to możliwe, prowadzący dochodzenie powinien szukać innych dowodów potwierdzających lub podważających zeznania. Zbiór spójnych informacji szczegółowych może przyczynić się do potwierdzenia i wyjaśnienia złożonych zeznań. Jakkolwiek domniemana ofiara może nie być w stanie podać prowadzącemu dochodzenie takich informacji, jak daty, godziny, częstotliwość czy tożsamość sprawców, z zeznań wyłoni się z czasem ogólny zarys sytuacji i ciągu zdarzeń.

G. Przegląd metod tortur

144. Po uzyskaniu informacji o przebiegu zdarzeń, zaleca się przeanalizowanie także innych, potencjalnych metod tortur. Kluczowe znaczenie ma zapoznanie się z metodami tortur stosowanymi w regionie oraz dostosowanie istniejących wytycznych w tym zakresie. Przesłuchanie dotyczące określonych metod tortur może być pomocne, jeżeli:

(a) objawy psychologiczne utrudniają przywołanie wydarzeń w pamięci;

(b) uraz był związany z zaburzeniami sensorycznymi;

(c) prawdopodobne jest, że doszło do uszkodzenia mózgu;

⁷² F. Mollica i Y. Caspi-Yavin, Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms, [w:] M. Başoğlu (red.), *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, s. 38-55.

(d) istnieją czynniki łagodzące dotyczące wykształcenia i kultury.

145. Rozróżnienie pomiędzy metodami fizycznymi i psychologicznymi ma charakter sztuczny. Na przykład, tortury o charakterze seksualnym są z reguły przyczyną objawów zarówno fizycznych, jak i psychicznych, nawet, jeśli nie doszło do fizycznej napaści. Przedstawiona poniżej lista metod stosowania tortur ma na celu wyodrębnienie niektórych kategorii sposobów zadawania przemocy. Nie ma ona charakteru listy kontrolnej lub wzorca, który można używać podczas sporządzania sprawozdania. Sporządzanie list może mieć skutek odwrotny od zamierzonego, ponieważ całościowy obraz kliniczny, będący następstwem stosowania tortur, to dużo więcej, niż tylko suma obrażeń spowodowanych stosowaniem tych metod. Doświadczenie wskazuje, że w konfrontacji z takim "pakietem" tortur, sprawcy często skupiają się na jednej z metod i próbują dowodzić, że nie jest ona formą tortur. Metody tortur, które należy rozważyć, to między innymi:

(a) urazy tępe w rodzaju popychania, kopania, uderzeń, biczowania, bicia przy pomocy drutu lub pałą lub będące wynikiem upadku;

(b) wymuszona pozycja ciała, w tym wieszanie, rozciąganie kończyn, długotrwałe ograniczenie ruchów, pozostawianie w wymuszonej pozycji;

(c) przypalanie papierosami, rozgrzanymi przyrządami, cieciami lub substancjami żrącymi;

(d) rażenie prądem;

(e) podduszanie, metody z użyciem lub bez użycia cieczy, w tym podtapianie, dławienie, duszenie lub użycie środków chemicznych;

(f) miażdżenie, np. palców lub urazy łopatek i pleców spowodowane użyciem ciężkiego wałka;

(g) urazy przenikające w rodzaju ran klutych i postrzałowych, wkładanie drutów pod paznokcie;

(h) narażenie na działanie soli, pieprzu, benzyny itd. (w ranach lub naturalnych otworach ciała);

(i) urazy narządów płciowych w związku z przemocą seksualną, molestowanie, instrumentalne traktowanie, gwałt;

(j) miażdżenie lub utrata palców i kończyn w wyniku urazu;

(k) amputacja palców i kończyn, chirurgiczne usuwanie narządów;

(l) tortury farmakologiczne przy pomocy toksycznych dawek środków odurzających, neuroleptycznych, paralizujących itd.;

(m) warunki przetrzymywania, np. zbyt mała lub zatłoczona cela, odosobnienie, brak higieny, brak dostępu do toalety, jedzenie i woda podawane nieregularnie lub zanieczyszczone, oddziaływanie ekstremalnych temperatur, brak prywatności, zmuszanie do chodzenia nago;

(n) pozbawienie zwykłej stymulacji sensorycznej w rodzaju dostępu do dźwięków, światła, poczucia czasu, izolacji, manipulowanie natężeniem światła w celi, nadużycia w formie odmowy zaspokojenia potrzeb fizjologicznych, ograniczenie snu, dostępu do żywności i wody, toalety, możliwości umycia się, aktywności ruchowej, opieki medycznej, kontaktów społecznych, izolacja w więzieniu, utrata kontaktu ze światem zewnętrznym (więźniowie są często izolowani, aby zapobiec tworzeniu się więzi i wzajemnej identyfikacji oraz w celu umacniania traumatycznej więzi ze sprawcą tortur);

(o) upokorzenie, w rodzaju obelg słownych, zmuszania do upokarzających czynności;

(p) groźby śmierci, wyrządzenia krzywdy rodzinie, dalszych tortur, uwięzienia, pozorowane egzekucje;

(q) groźby ataku zwierząt takich jak psy, kott, szczury czy skorpiońcy;

(r) techniki psychologiczne, mające na celu złamanie ofiary, włącznie ze zmuszeniem do zdrady, potęgowaniem poczucia bezradności, narażaniem na dwuznaczne sytuacje lub podawaniem sprzecznych informacji;

(s) pogwałcenie tabu;

(t) przymus behawioralny, na przykład przymus uczestnictwa w praktykach zakazanych przez religię ofiary (np. zmuszanie muzułmanów do jedzenia wieprzowiny), zmuszanie do zadawania cierpienia innym poprzez tortury lub przemoc, zmuszanie do niszczenia majątku, do zdradzania innych poprzez narażenie ich na ryzyko;

(u) zmuszanie ofiary, aby była świadkiem tortur lub okrucieństw wyrządzanych innym osobom.

H. Ryzyko retraumatyzacji ofiary

146. Biorąc pod uwagę fakt, że w wyniku stosowania różnych metod tortur mogą wystąpić różne urazy, pozyskane informacje wraz z całością historii choroby i badaniem fizykalnym należy analizować w powiązaniu z odpowiednimi wynikami badań laboratoryjnych i radiologicznych. Dostarczenie informacji i wyjaśnień poszczególnych procesów podczas badania oraz szczegółowe objaśnienie metod laboratoryjnych odgrywa niezwykle ważną rolę (patrz rozdział VI, sekcja B.2. (a)).

147. Następstwa psychiczne u ofiar tortur, w szczególności różnego rodzaju objawy związane z PTSD, mogą sprawić, że będą one obawiać się, że wspomnienie tortur powróci w trakcie przesłuchania, badania fizykalnego lub testów laboratoryjnych. Wyjaśnienie takiej osobie, czego powinna się spodziewać, przed rozpoczęciem badania, to istotny element procesu. Osoby, które doświadczyły tortur i pozostają we własnym kraju mogą obawiać się ponownego aresztowania, często są też zmuszone ukrywać się, aby uniknąć zatrzymania. Osoby doświadczające przymusowej migracji oraz uchodźcy pozostawiają niekiedy za sobą ojczysty język,

kulturę, rodzinę, przyjaciół, pracę i wszystko, co jest im bliskie.

148. Reakcje ofiary tortur wobec prowadzącego przesłuchanie (oraz tłumacza, jeśli korzystamy z jego usług) może mieć ogromne znaczenie dla wyniku przesłuchania. Reakcje prowadzącego dochodzenie w stosunku do ofiary także mogą wpłynąć na proces przesłuchania i wynik dochodzenia. Istotne jest przeanalizowanie barier utrudniających komunikację i zrozumienie, że reakcje te mogą zaciążyć na przebiegu przesłuchania. Prowadzący dochodzenie powinien stale monitorować przebieg rozmowy i oceniać go na podstawie konsultacji ze specjalistami w zakresie diagnostyki psychologicznej i leczenia ofiar tortur. Tego rodzaju nadzór może okazać się skutecznym środkiem monitorowania przebiegu przesłuchania i dochodzenia pod kątem ewentualnych uprzedzeń i barier komunikacyjnych oraz przyczynić się do uzyskania precyzyjnych informacji (patrz rozdział VI, sekcja C.2).

149. Mimo wszelkich środków ostrożności, badanie fizykalne i psychologiczne ze swej natury może spowodować ponowną traumatyzację ofiary, wywołując objawy stresu pourazowego poprzez przywołanie bolesnych następstw lub wspomnień (patrz rozdział VI, sekcja B.2.). Pytania, dotyczące cierpień emocjonalnych, a w szczególności seksualnych są postrzegane jako tabu w większości społeczeństw. Zadawanie pytań na ten temat uważa się za obraźliwe. Jeżeli dana osoba poddawana była torturom seksualnym, może mieć silne poczucie stygmatyzacji i odczuwać uszczerbek na integralności moralnej, religijnej, społecznej lub psychologicznej. Uświadomienie jej, że zdajemy sobie sprawę z tych uwarunkowań, jak również zapewnienie o poufności informacji i w wynikających z tego ograniczeń, ma kluczowe znaczenie dla jakości przesłuchania. Prowadzący wywiad musi ocenić sam, w jakim zakresie można "naciskać" na przesłuchiwanego, dążąc do uzyskania informacji niezbędnych do przygotowania sprawozdania, które posłuży jako materiał dowodowy przed sądem, szczególnie, jeśli przesłuchiwany zdradza oznaki niepokoju.

I. Korzystanie z usług tłumacza

150. W wielu przypadkach, korzystanie z usług tłumacza jest niezbędne, aby umożliwić prowadzącemu przesłuchanie zrozumienie przekazywanych treści. Jakkolwiek prowadzący przesłuchiwanie i przesłuchiwany mogą, w niewielkim stopniu, porozumiewać się w tym samym języku, informacje pozyskiwane w trakcie przesłuchania są zbyt ważne, aby można było pozwolić sobie na ryzyko wystąpienia błędów spowodowanych przez niezrozumienie. Tłumacza należy poinformować, że wszelkie informacje przekazywane podczas przesłuchania mają charakter ściśle poufny. To tłumacze otrzymują informacje z pierwszej ręki, bez jakiegokolwiek cenzury. Należy zapewnić przesłuchiwanego, że ani prowadzący dochodzenie, ani tłumacz nie użyją pozyskanych informacji w sposób niezgodny z celami przesłuchania (patrz rozdział VI, sekcja C.2).

151. Jeżeli tłumacz nie jest profesjonalistą, zawsze istnieje ryzyko, że prowadzący dochodzenie utraci kontrolę nad przesłuchaniem. Przesłuchiwanego może ponieść biorąc pod uwagę fakt, że ma możliwość rozmowy z kimś, kto zna jego język. Istnieje też ryzyko, że tłumacz, nie będący osobą bezstronną, zniekształci wypowiedzi przesłuchiwanego. Utrata informacji, niekiedy istotnych, jest nieuchronna, gdy pracujemy za pośrednictwem tłumacza. W ekstremalnych przypadkach zdarza się, że prowadzący dochodzenie musi zrezygnować z robienia notatek podczas przesłuchania i podzielić je na kilka krótkich sesji, tak, aby zyskać czas na zapisanie głównych punktów pomiędzy poszczególnymi sesjami.

152. Prowadzący dochodzenie musi pamiętać, że powinien rozmawiać bezpośrednio z przesłuchiwanym, zwracać się do niego i utrzymywać z nim kontakt wzrokowy, nawet, jeśli bardziej naturalne wydaje się zwracanie się do tłumacza. Należy używać drugiej osoby podczas rozmowy, która jest tłumaczona. Na przykład: „I co Pan/Pani zrobiła potem?” zamiast „Zapytaj go, co stało się potem”. Zbyt często zdarza się, że prowadzący dochodzenie robi notatki w czasie,

gdy tłumacz przekłada pytanie lub przesłuchiwany udziela odpowiedzi. Niektórzy prowadzący dochodzenie wydają się nie słuchać, ponieważ przesłuchanie odbywa się w języku dla nich niezrozumiałym. Tak nie można postępować. Prowadzący dochodzenie powinien zwracać uwagę nie tylko na słowa, ale również na język ciała, wyraz twarzy, ton głosu i gesty przesłuchiwanego, aby zyskać pełen obraz sytuacji. Prowadzący dochodzenie powinien zapoznać się ze słownictwem dotyczącym tortur w języku przesłuchiwanego, aby pokazać, że wie o czym jest mowa. Jeśli, zamiast kamiennej twarzy, reagują na dźwięk takich słów, jak *submarino* czy *darmashakra* to zwiększa to ich wiarygodność.

153. Odwiedzając więźniów nie należy korzystać z usług tłumaczy lokalnych, jeśli istnieje możliwość, że przesłuchiwany nie będzie im ufać. Może to również narazić lokalnych tłumaczy na prześladowanie ze strony władz lub nacisk z powodu ich pracy z więźniami politycznymi. Najlepszym rozwiązaniem jest korzystanie z usług niezależnych tłumaczy, pochodzących z innego regionu. Tłumacz, oprócz płynnego opanowania języka przesłuchiwanego, powinien także być przeszkolony i posiadać odpowiednie doświadczenie oraz wykazywać wrażliwość na kwestie tortur, jak również na niuanse miejscowej kultury. Z zasady, inni więźniowie nie powinni służyć jako tłumacze, chyba, że jest oczywiste, że przesłuchiwany wybrał taką osobę i najbardziej jej ufa. W przypadku osób przebywających na wolności stosuje się z grubsza te same zasady, tym niemniej wprowadzenie osoby z zewnątrz (przedstawiciela lokalnej społeczności) może okazać się dużo łatwiejsze, niż w przypadku pracy w więzieniu.

J. Kwestie związane z płcią

154. W sytuacji idealnej, zespół prowadzący postępowanie powinien dysponować specjalistami obu płci, co pozwoli domniemanej ofierze tortur wskazać czy tłumacza i prowadzących dochodzenie ma być kobietą czy mężczyzną. Jest to szczególnie istotne w przypadku kobiet przetrzymywanych w detencji, jeśli wiadomo, że dochodziło do gwałtów i jeśli kobieta nie złożyła skargi na

tego rodzaju traktowanie. Nawet jeśli nie dojdzie do przemocy seksualnej większość metod tortur wiąże się z określonymi aspektami seksualnymi (patrz rozdział V, sekcja D.8). Ponowna traumatyzacja może przybrać na sile, jeśli kobieta ma poczucie, że opowiada o swoich cierpieniach osobie, która jest fizycznie podobna do sprawców tortur. Z reguły będą to mężczyźni. W niektórych kulturach mężczyźni w ogóle nie może przesłuchiwać kobiety. Konieczne jest uszanowanie tej zasady. Ale, w większości kultur, jeśli na miejscu znajduje się wyłącznie lekarz płci męskiej, wiele kobiet bardziej woli rozmawiać z nim niż z kobietą nie mającą związku z medycyną. Kobiety te mają bowiem nadzieję uzyskać poradę lekarską. W takim wypadku, kluczowe znaczenie ma skorzystanie z usług tłumacza płci żeńskiej. Niektórzy przesłuchiwanie wola również, aby tłumacz pochodził spoza ich społeczności lokalnej z powodu obawy przed ponowną traumatyzacją oraz niskim zaufaniem odnośnie zapewnienia poufności (patrz rozdział VI, sekcja I). Jeżeli korzystanie z usług tłumacza nie jest konieczne, kobieta należąca do zespołu dochodzeniowego powinna być obecna co najmniej podczas badania fizykalnego, a jeśli pacjentka sobie tego życzy, także podczas przesłuchania.

155. Jeżeli ofiara jest mężczyzną, który doznał przemocy seksualnej, sytuacja jest bardziej złożona. Takie osoby również doświadczają przemocy seksualnej ze strony niemal wyłącznie innych mężczyzn. Niektórzy mężczyźni wola opisywać swoje doświadczenia kobietom, ponieważ strach jest mniejszy. Inni w ogóle nie chcą mówić o swoich prywatnych sprawach w obecności kobiety.

K. Wydawanie skierowań

156. Jeśli jest to możliwe, badania lekarskie związane z udokumentowaniem stosowania tortur należy połączyć z oceną innych potrzeb, włącznie ze skierowaniem do specjalisty, psychologa, fizjoterapeuty lub innych osób, które mogą zapewnić przesłuchawanemu wsparcie i doradztwo. Prowadzący dochodzenie powinien znać lokalną ofertę usług rehabilitacyjnych i wsparcia. Lekarz

powinien nalegać na konsultacje i badania, które uzna za niezbędne dla potrzeb oceny medycznej. W trakcie dokumentowania danych medycznych dotyczących stosowania tortur i złego traktowania, lekarze nie są zwolnieni ze zobowiązań etycznych. Ci, którzy wydają się potrzebować dalszej pomocy medycznej lub psychologicznej, powinni zostać skierowani do odpowiednich specjalistów.

L. Interpretacja wyników i wnioski

157. Fizyczne objawy tortur mogą być zróżnicowane w zależności od intensywności, częstotliwości i czasu trwania przemocy, zdolności torturowanego do zapewnienia sobie ochrony oraz stanu fizycznego zatrzymanego przed rozpoczęciem tortur. Inne formy tortur nie zawsze dają objawy fizyczne, mogą jednak wiązać się z innego rodzaju urazami. Na przykład, bicie w głowę, które powoduje utratę przytomności, może doprowadzić do epilepsji lub organicznych zaburzeń pracy mózgu. Zła dieta i brak higieny w więzieniu mogą spowodować niedobór witamin.

158. Niektóre formy tortur wiążą się z określonymi następstwami. Na przykład, bicie w głowę, w wyniku czego pacjent traci przytomność, ma kluczowe znaczenie w diagnozowaniu organicznych zaburzeń pracy mózgu. Urazy genitaliów wiążą się często z zaburzeniami seksualnymi.

159. Należy zdawać sobie sprawę z faktu, że sprawcy tortur mogą dążyć do ukrycia swojego postępowania. Aby uniknąć pozostawienia fizycznych śladów pobicia, tortury zadaje się często przy użyciu tępych, szerokich narzędzi, a ofiary tortur przykrywa się grubym kocem lub dywanem, albo butami w przypadku falaki, tak aby rozłożyć siłę poszczególnych uderzeń. Rozciąganie, miażdżenie i podduszanie to także formy tortur, których celem jest spowodowanie maksymalnego bólu i cierpienia przy minimalnej ilości śladów. Z tego samego powodu używa się mokrych ręczników podczas rażenia prądem.

160. Sprawozdanie musi określać kwalifikacje i doświadczenie prowadzącego

dochodzenie. Gdy to możliwe, należy podać imię i nazwisko świadka lub pacjenta. Jeżeli może to spowodować na daną osobę zagrożenie można zamiast tego zastosować oznaczenie pozwalające zespołowi na powiązanie osoby z rejestrem i zapewniające, że inni nie mogą jej zidentyfikować. Sprawozdanie musi wskazywać, kto jeszcze był obecny podczas

przesłuchania lub dowolnej jego części. Należy przedstawić istotne zdarzenia, najlepiej wyłącznie na podstawie relacji z pierwszej ręki, i – w stosownych przypadkach – wyniki przeprowadzonych badań. Sprawozdanie należy podpisać, opatrzyć datą i stosowną deklaracją, wymaganą przez podmiot dla którego jest przygotowywane (patrz aneks IV).

ROZDZIAŁ V

FIZYCZNE DOWODY STOSOWANIA TORTUR

161. Zeznania świadków i ofiar to niezbędny element dokumentacji tortur. W taki zakresie, w jakim dostępne są fizyczne dowody stosowania tortur, mogą one stanowić istotny materiał dowodowy, potwierdzający, że dana była torturowana. W przypadku braku takich dowodów, nie należy uznawać, że tortury nie miały miejsca. Takiego rodzaju akty przemocy często bowiem nie pozostawiają widocznych śladów ani trwałych blizn.

162. Badanie lekarskie dla celów postępowania powinno zostać przeprowadzone w sposób obiektywny i bezstronny. Badanie powinno opierać się na wiedzy klinicznej i doświadczeniu zawodowym lekarza. Etyczny obowiązek czynienia dobra wymaga zachowania bezwzględnej dokładności i bezstronności, która jest wyrazem rzetelności profesjonalisty. Gdy to możliwe, lekarze przeprowadzający ocenę osób zatrzymanych powinni przechodzić podstawowe przeszkolenie w dziedzinie medycyny sądowej, dokumentowania tortur i innych form przemocy fizycznej i psychicznej. Powinni mieć wiedzę na temat warunków panujących w więzieniach oraz metod tortur, stosowanych w regionie, w którym doszło do aresztowania lub zatrzymania pacjenta, a także na temat często występujących następstw tortur. Sprawozdanie lekarza powinno charakteryzować się rzeczowością i starannym doborem sformułowań. Nie należy używać żargonu zawodowego. Terminy medyczne należy definiować, tak, aby były zrozumiałe dla osób nie będących specjalistami. Lekarz nie powinien zakładać, że urzędnik, który wnosi o przygotowanie sprawozdania przedstawił wszystkie istotne fakty. To lekarz ponosi odpowiedzialność za ujawnienie i zgłoszenie wszelkich danych, które uzna za istotne, nawet, jeśli strona wnosząca o przygotowanie sprawozdania może

stwierdzić, że są one bez znaczenia lub uznać je za niekorzystne. Pomijanie w sprawozdaniu faktów potwierdzających stosowanie tortur lub okrutnego traktowania jest absolutnie niedopuszczalne.

A. Struktura wywiadu

163. Przedstawione tu uwagi mają zastosowanie w szczególności do osób, które przebywają już na wolności. Miejsce wywiadu i badania powinno zapewniać maksimum bezpieczeństwa i komfortu. Należy poświęcić wystarczająco dużo czasu na szczegółowy wywiad i badanie. Wywiad, trwający od dwóch do czterech godzin, może okazać się niewystarczający dla zgromadzenia dowodów fizycznych lub psychologicznych stosowania tortur. Co więcej, przez cały czas trwania wywiadu należy brać pod uwagę zmienne sytuacyjne w rodzaju dynamiki wywiadu, uczucia bezradności pacjenta wywołanego ingerencją w jego intymne przeżycia, strachu przed dalszymi prześladowaniami, uczucia wstydu wywołanego przeżyтыми zdarzeniami i poczucia winy, które mogą sprawić, że pacjent będzie na nowo silnie przeżywał doświadczenie tortur. Może to zwiększyć poziom lęku i wywołać opór przed udzielaniem informacji. Niekiedy konieczne jest przeprowadzenie dwóch, a nawet trzech wywiadów w celu dokonania pełnej oceny.

164. Zaufanie to czynnik kluczowy w gromadzeniu dowodów dotyczących stosowania przemocy. Zyskanie zaufania osoby, która doświadczyła tortur lub innych form przemocy wymaga aktywnego słuchania, dobrej komunikacji, uprzejmości, jak również szczerego współczucia i uczciwości. Lekarz musi być w stanie wytworzyć atmosferę zaufania, aby umożliwić pacjentowi ujawnienie niezwykle bolesnych, a niekiedy

wstydlwych informacji. Należy zdawać sobie sprawę z faktu, że są to niekiedy bardzo intymne kwestie, które pacjent ujawnia po raz pierwszy. Lekarz powinien nie tylko zadbać o sprzyjającą atmosferę, wystarczająco długi czas trwania wywiadu, zapewnić pacjentowi drobny poczęstunek i możliwość skorzystania z toalety, ale również powinien objaśnić, czego badany może oczekiwać w związku z przeprowadzoną oceną. Należy używać odpowiedniego tonu głosu, sformułowań i kolejności pytań (pytania drażliwe należy zadawać dopiero, gdy nawiązane zostanie porozumienie z pacjentem) oraz zapewnić badanemu możliwość skorzystania z przerwy lub odmowy udzielenia odpowiedzi na niektóre pytania.

165. Lekarze i tłumacze mają obowiązek zachowania poufności pozyskanych informacji, które podlegają ujawnieniu wyłącznie za zgodą pacjenta (patrz rozdział III, sekcja C). Każda osoba powinna być badana indywidualnie, w kameralnym otoczeniu. Należy poinformować ją o ograniczeniach poufności wyników oceny, narzuconych przez władze lub sąd. Należy również objaśnić jej szczegółowo cel wywiadu. Lekarz musi również upewnić się, że świadoma zgoda pacjenta została wydana na podstawie dostatecznie wyczerpujących informacji i zrozumienia potencjalnych korzyści i negatywnych następstw oceny; zgoda taka musi zostać wydana dobrowolnie, bez przymusu ze strony osób trzecich, w szczególności przedstawicieli organów ścigania lub sądu. Każdy ma prawo do odmowy poddania się badaniu. W takim wypadku, lekarz powinien udokumentować podaną przyczynę odmowy. Co więcej, jeżeli mamy do czynienia z więźniem, sprawozdanie powinno zostać podpisane przez reprezentującego go prawnika i innego pracownika służby medycznej.

166. Pacjenci mogą obawiać się, że informacje ujawnione podczas oceny nie zostaną zabezpieczone przed przejęciem ich przez przedstawicieli władz. Strach i nieufność mogą okazać się szczególnie silne w przypadku, gdy lekarze lub inni pracownicy służby zdrowia uczestniczyli w torturach. W wielu wypadkach, prowadzący wywiad należy do większości kulturowej i etnicznej,

natomiast pacjent jest przedstawicielem mniejszości. Dynamika braku równości może umacniać postrzeganą i faktyczną nierównowagę władzy i potęgować u pacjenta uczucie lęku, nieufności i przymusu.

167. Empatia i ludzki kontakt mogą się okazać jedną z ważniejszych rzeczy jaką prowadzący dochodzenie ma do zaoferowania osadzonemu. Samo przesłuchanie może nie przynieść przesłuchiwanemu żadnych korzyści, ponieważ w większości przypadków odbywa się ono już po zakończeniu tortur. Małe znaczenie ma również fakt, że przekazywane informacje mogą okazać się bardzo użyteczne w przyszłości. Empatia osoby prowadzącej dochodzenie może jednak zmienić to nastawienie. Choć wydaje się to oczywiste, osoby prowadzące dochodzenie odwiedzając więzienie za często są koncentrują się na pozyskaniu informacji i nie myślą o okazaniu współczucia przesłuchiwanemu.

B. Historia choroby

168. Należy uzyskać wszelkie informacje na temat zdrowia pacjenta, także dotyczące zaobserwowanych wcześniej problemów zdrowotnych, zabiegów chirurgicznych i zaburzeń psychiatrycznych. Konieczne jest udokumentowanie historii urazów z okresu poprzedzającego zatrzymanie oraz ich ewentualnych następstw. Nie należy zadawać pytań naprowadzających. Wywiad powinien mieć postać chronologicznie ułożonych odpowiedzi na pytania otwarte, dotyczące zdarzeń mających miejsce podczas detencji.

169. Dane historyczne mogą okazać się użyteczne podczas analizy stosowanych metod tortur typowych dla regionu w związku ze skargą złożoną przez domniemaną ofiarę. Do istotnych informacji należy zaliczyć opisy narzędzi tortur, pozycji ciała, metod krępowania, opisy ran i ułomności ostrych i przewlekłych oraz dane dotyczące tożsamości sprawców i miejsc przetrzymywania. Jakkolwiek uzyskanie dokładnej relacji na temat przeżyć ofiary tortur ma znaczenie kluczowe, metoda zadawania pytań otwartych wymaga, aby ofiara miała możliwość opowiedzenia o nich własnymi słowami

w oparciu o tzw. swobodne przypominanie (ang. *free recall*). Osoba, która doświadczyła tortur, może mieć trudności z wyrażeniem słowami swoich doświadczeń i objawów. W niektórych przypadkach, dobrym rozwiązaniem jest skorzystanie z pomocy list kontrolnych i kwestionariuszy urazów i objawów. Jeśli prowadzący przesłuchanie żywi przekonanie, że mogą one okazać się pomocne, wybór dostępnych materiałów w tym zakresie jest bardzo duży; nie są one jednak dostosowane do specyficznych potrzeb ofiar tortur. Wszystkie zarzuty, sformułowane przez ofiarę, należy uznać za istotne. Jakkolwiek może wydawać się, że uzyskane informacje nie mają związku ze sprawą, należy je odnotować. Objawy ostre i przewlekłe oraz niepełnosprawność będąca wynikiem określonych rodzajów przemocy należy udokumentować tak samo, jak przebieg leczenia.

1. *Objawy ostre*

170. Pacjenta należy poprosić, aby opisał wszelkie urazy, jakie mogły u niego wystąpić w wyniku użycia wobec niego przemocy. Należą do nich krwotoki, stłuczenia, opuchlizna, rany otwarte, rany szarpane, złamania, przemieszczenia, urazy stawów, krwiopłucie, odma opłucnowa, perforacja błony bębenkowej, urazy układu moczowo-płciowego, oparzenia (barwa, pęcherze lub martwica, w zależności od stopnia oparzenia), urazy spowodowane przez porażenie prądem (rozmiar i liczba zmian, ich barwa i powierzchnia), urazy chemiczne (barwa, objawy martwicy), ból, drętwienie, zaparcia i wymioty. Należy określić intensywność, częstotliwość i czas trwania każdego objawu. Zmiany skórne należy opisać, wskazując, czy pozostawiły blizny. Należy zapytać o stan zdrowia w chwili odzyskania wolności: czy przesłuchiwany był w stanie chodzić, czy leżał w łóżku? Jeżeli leżał, to jak długo? Jak długo trwało gojenie ran? Czy doszło do ich zakażenia? Jak był leczony? Czy leczeniem zajmował się lekarz czy uzdrowiciel? Należy mieć świadomość faktu, że zdolność przesłuchiwanego do podania takich informacji może być ograniczona z powodu przebytych tortur lub ich następstw, co podlega udokumentowaniu.

2. *Objawy przewlekłe*

171. Należy pozyskać informacje na temat dolegliwości fizycznych, które zdaniem badanego wystąpiły w wyniku stosowania tortur i okrutnego traktowania. Konieczne jest odnotowanie ciężkości, częstotliwości i czasu trwania poszczególnych objawów oraz związanych z nimi niezdolności lub konieczności uzyskania pomocy lekarskiej lub psychologicznej. Nawet, jeśli następstwa objawów ostrych nie są widoczne po kilku miesiącach lub latach, pewne ślady mogą pozostać widoczne – na przykład blizny w wyniku porażenia prądem lub oparzenia termicznego, zniekształcenia układu kostnego, nieprawidłowo zrosnięte po złamaniu kości, braki w uzębieniu, utrata włosów czy zanik mięśni. Do często zgłaszanych objawów należą ból głowy, ból krzyża, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, niesprawność seksualna i ból mięśni. Dolegliwości psychiczne to między innymi zaburzenia depresyjne, lęk, bezsenność, koszmary senne, przeblyski wspomnień i zaburzenia pamięci (patrz rozdział VI, sekcja B.2).

3. *Podsumowanie wywiadu*

172. Urazy odnotowane u ofiar tortur mogą różnić się znacząco od wszelkich innych znanych rodzajów urazów. Choć w przypadku zgłaszanych urazów typowe mogą być objawy ostre, większość zmian goi się w ciągu sześciu tygodni od zakończenia tortur, nie pozostawiając blizn, lub też pozostają po nich blizny niespecyficzne. Często dzieje się tak, gdy sprawcy korzystają z technik zapobiegających powstaniu widocznych śladów po urazach. W takim wypadku, badanie fizykalne może nie wykazać odstępstw od normy, co jednak nie oznacza w żadnym razie, że skarga ofiary jest bezzasadna. Szczegółowy opis zmian, zaobserwowanych przez pacjenta, a także procesu gojenia, może okazać się istotnym źródłem informacji w związku z zarzutem stosowania tortur lub okrutnego traktowania.

C. Badanie fizykalne

173. Po uzyskaniu informacji kontekstowych i świadomej zgody pacjenta, wykwalifikowany lekarz powinien przeprowadzić całościowe badanie fizykalne. Jeśli to możliwe, pacjent powinien móc określić płć lekarza przeprowadzającego badanie, jak również tłumacza, o ile bierze on udział w procedurze. Jeśli lekarz i pacjent są różnej płci, na miejscu powinien znaleźć się opiekun pacjenta tej samej płci, co on, o ile pacjent nie sprzeciwi się temu. Pacjent musi rozumieć, że ma kontrolę nad sytuacją i może w każdej chwili zażądać zakończenia badania (patrz rozdział IV, sekcja J).

174. W niniejszej sekcji pojawiają się liczne odniesienia do konsultacji ze specjalistami i dalszych dochodzeń. Jeżeli pacjent nie znajduje się w areszcie lub więzieniu, lekarz powinien uzyskać dostęp do placówek opieki zdrowotnej i psychologicznej, aby zapewnić pacjentowi możliwość dalszego leczenia. W wielu sytuacjach, pewne narzędzia diagnostyczne nie są dostępne, a brak dostępu do nich nie może spowodować uznania sprawozdania za nieważne (patrz aneks II, aby uzyskać szczegółowe informacje na temat ewentualnej diagnostyki).

175. W przypadkach, gdy ofiara utrzymuje, że tortury miały miejsce niedawno, i ma na sobie nadal tę samą odzież, w której była torturowana, należy zabrać ubranie bez uprzedniego czyszczenia do zbadania i zapewnić ofierze świeżą odzież. Gdy to możliwe, w pomieszczeniu, w którym odbywa się badanie, powinno być zamontowane odpowiednie źródło światła i sprzęt medyczny. Wszelkie braki w tym zakresie trzeba odnotować w sprawozdaniu. Przeprowadzający badanie powinien zwrócić uwagę na wszelkie dane o charakterze pozytywnym, jak i negatywnym, oznaczyć miejsca urazów na odpowiednich schematach anatomicznych (patrz aneks III). Niektóre formy tortur, jak rażenie prądem elektrycznym czy uderzenia tępymi narzędziami bywają początkowo niemożliwe do wykrycia, ślady jednak mogą pojawić się podczas kolejnego badania. Jakkolwiek rzadko mamy do czynienia z możliwością wykonania zdjęć zmian u więźniów, przetrzymywanych przez

sprawców tortur, fotografowanie powinno być rutynowym elementem badania. Jeśli lekarz dysponuje dostępem do aparatu fotograficznego, zdjęcia złej jakości są lepsze, niż żadne. Należy jak najszybciej zastąpić zdjęcia amatorskie profesjonalnymi (patrz rozdział III, sekcja C.5).

1. Skóra

176. Badanie powinno objąć całą powierzchnię ciała pod kątem śladów schorzeń skóry, w tym niedoboru witaminy A, B i C, zmian skórnych, które wystąpiły przed zastosowaniem tortur lub przez nie spowodowanych w rodzaju otarć, stłuczeń, ran szarpanych, klutych, oparzeń spowodowanych przez papierosy lub rozgrzane przyrządy, urazów w wyniku porażenia prądem, wrywania włosów i paznokci. Zmiany będące efektem tortur należy opisać z uwzględnieniem ich lokalizacji, symetrii, kształtu, rozmiaru, barwy i powierzchni (np. łuskowata, strupy, owrzodzenia), jak również linii demarkacji i poziomu w stosunku do otaczającej powierzchni skóry. Jeśli to możliwe, należy bezwzględnie zrobić zdjęcia. Przeprowadzający badanie musi też wydać opinię o pochodzeniu urazów: zadane lub samouszkodzeniowe, przypadkowe lub będące wynikiem choroby.^{73,74}

2. Twarz

177. Rysy twarzy należy poddać badaniu palpacyjnemu, aby ustalić, czy nie wystąpiły złamania, krepitacja, opuchlizna lub bolesność. Należy też zbadać funkcje motoryczne i sensoryczne, w tym nerwy czaszkowe smaku i zapachu. Za bardziej właściwe od badania radiologicznego uważa się tomografię komputerową (CT), która umożliwia zdiagnozowanie i opis złamań kości twarzy, urazów tkanki miękkiej oraz powikłań. Urazom twarzy towarzyszą często urazy wewnątrzczaszkowe i kręgosłupa szyjnego.

⁷³ O. V. Rasmussen, Medical aspects of torture, *Danish Medical Bulletin*, vol. 37, załącznik nr 1 (1990), s. 1-88.

⁷⁴ R. Bunting, Clinical examinations in the police context, [w:] W. D. S. McLay (red.), *Clinical Forensic Medicine*, Londyn, Greenwich Medical Media, 1996, s. 59-73.

(a) *Oczy*

178. Urazy oczu mogą być bardzo zróżnicowane; należą do nich krwotok spojówkowy, dyslokacja soczewki, krwotok do ciała szklistego, krwotok pozagałkowy, krwotok siatkówkowy i utrata pola widzenia. Zważywszy na groźne skutki braku leczenia lub niewłaściwego leczenia, konieczna może okazać się konsultacja okulisty, jeżeli zachodzi podejrzenie wystąpienia urazu lub schorzenia oczu. Najlepszym narzędziem diagnostycznym w przypadku złamań oczodołu i urazów tkanki miękkiej przestrzeni gałkowej i pozagałkowej jest badanie CT. Magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) może umożliwić zdiagnozowanie uszkodzeń tkanki miękkiej. Ultrasonografia o wysokiej rozdzielczości to inna metoda oceny urazów gałki ocznej.

(b) *Uszy*

179. Urazy uszu, w szczególności przerwanie błony bębenkowej, są częstym następstwem ciężkiego pobicia. Kanały uszne i błona bębenkowa powinny zostać zbadane przy pomocy otoskopu; stwierdzone urazy należy opisać. Często spotykaną metodą tortur w Ameryce Łacińskiej jest tzw. *telefono*, silne uderzanie dłonią w jedno lub oboje uszu ofiary, co powoduje gwałtowny wzrost ciśnienia w kanałach usznych, a co za tym idzie, przerwanie błony bębenkowej. Bezwzględnie przeprowadzone badanie pozwoli stwierdzić perforację błony bębenkowej o średnicy poniżej 2 mm, która może zagoić się w ciągu 10 dni. W uchu środkowym lub zewnętrznym można stwierdzić nagromadzenie płynu. Jeżeli badania laboratoryjne potwierdzą wyciek z ucha, należy wykonać badanie MRI lub CT, aby określić miejsce pęknięcia. Trzeba też przebadać pacjenta pod kątem utraty słuchu przy pomocy prostych metod przesiewowych. Jeśli to konieczne, wykwalifikowany technik powinien wykonać test audiometryczny. Najlepszą metodą diagnozowania złamań kości skroniowej lub przerwania łańcucha kostek słuchowych jest CT, w następnej kolejności – tomografia hipocykloidalna i wreszcie tomografia liniowa.

(c) *Nos*

180. Nos należy przebadać pod kątem ewentualnego skrzywienia, krepitacji i skrzywienia przegrody nosowej. W przypadku prostych złamań wystarczy z reguły zrobić standardowe zdjęcie rentgenowskie. W przypadku złamań złożonych i przemieszczenia chrząstki, należy wykonać badanie CT. Jeśli odnotowano wyciek wodnisty z nosa, należy wykonać badanie CT lub MRI.

(d) *Szczeka, część ustna gardła i szyja*

181. Złamania lub przemieszczenia kości szczęki mogą być wynikiem pobicia. Często dochodzi również do zaburzeń czynności stawu żuchwowego. Pacjenta należy przebadać pod kątem krepitacji kości gnykowej lub chrząstki krtani w wyniku uderzeń w szyję. Zmiany w obrębie części ustnej gardła należy opisać szczegółowo, włącznie ze zmianami powstałymi w wyniku oparzeń spowodowanych przez porażenie prądem i innych urazów. Krwotoki z dziąseł i ich stan także podlega zbadaniu.

(e) *Jama ustna i zęby*

182. Badanie stomatologiczne należy uznać za element okresowych badań lekarskich, przeprowadzanych w więzieniu lub w areszcie. Badanie to jest często lekceważone, stanowi jednak istotny element badania fizykalnego. Po zatrzymaniu, sprawcy mogą umyślnie odmówić ofierze dostępu do opieki dentystrycznej, w wyniku czego dochodzi do wystąpienia próchnicy, zapalenia dziąseł i ropni okołozębnych. Należy sporządzić dokładny opis stanu uzębienia; jeżeli dotychczasowa opieka dentystryczna została udokumentowana, trzeba wystąpić o przekazanie stosownej dokumentacji. Ślady po wyrywaniu zębów, złamania zębów, utracone plomby i uszkodzone protezy mogą być wynikiem urazu bezpośredniego lub porażenia prądem. Trzeba odnotować wystąpienie próchnicy i zapalenia dziąseł. Zły stan uzębienia może być spowodowany warunkami panującymi w więzieniu, może też utrzymywać się od okresu poprzedzającego

zatrzymanie. Należy starannie zbadać jamę ustną. Podczas rażenia prądem dochodzi często do przygryzienia języka, dziąseł lub warg. Zmiany mogą być wynikiem wpychania do ust przedmiotów lub materiałów, jak również rażenia prądem. Do diagnozowania urazów tkanki miękkiej, żuchwy i zębów służy badanie RTG i MRI.

3. *Klatka piersiowa i brzuch*

183. Badanie tułowia powinno być ukierunkowane na zmiany skórne oraz miejsca charakteryzujące się bolesnością, tkliwością uciskową lub przykrymi doznaniem, które mogą wskazywać na urazy mięśni, żeber lub narządów jamy brzusznej. Przeprowadzający badanie musi rozważyć możliwość wystąpienia krwiaków wewnątrzmięśniowych, krwawienia pozaozrownowego i wewnątrzbrzuszego, jak również uszkodzenia lub pęknięcia narządów wewnętrznych. Należy wykonać badanie ultrasonograficzne, CT i scyntyografię kości, jeżeli jest to możliwe, aby potwierdzić wystąpienie urazów tego rodzaju. Trzeba też wykonać rutynowe badanie układu sercowo-naczyniowego, płuc i brzucha. Istniejące uprzednio schorzenia układu oddechowego mogą ulec nasileniu podczas pobytu w areszcie lub więzieniu; często też pojawiają się dodatkowe schorzenia.

4. *Układ mięśniowo-szkieletowy*

184. Bóle układu mięśniowo-szkieletowego występują u ofiar tortur bardzo często.⁷⁵ Mogą one być wynikiem wielokrotnego pobicia, powieszenia, innych tortur polegających na zmuszaniu do przyjmowania nienaturalnej pozycji ciała lub warunków panujących w miejscu przetrzymywania ofiary.⁷⁶ Mogą one mieć także charakter somatyczny (patrz rozdział VI, sekcja B.2). Jakkolwiek są to objawy niespecyficzne, należy je udokumentować. Często charakteryzują się dobrą reakcją na fizjoterapię układu współczulnego.⁷⁷ Badanie fizykalne układu

szkieletowego powinno obejmować sprawdzenie ruchliwości stawów, kręgosłupa i kończyn. Ból podczas ruchu, przykurcze, ich nasilenie, objawy zespołu ciasnoty międzypowięziowej złamania ze zniekształceniem lub przemieszczeniem oraz bez podlegają udokumentowaniu. Jeśli zachodzi podejrzenie przemieszczenia, złamania lub zapalenia szpiku konieczne jest wykonanie badania radiograficznego. Podejrzenie zapalenia szpiku wymaga wykonania rutynowej radiografii, a następnie trójfazowej scyntygrafii kości. Urazy ścięgien, więzadeł i mięśni najlepiej oceniać przy pomocy MRI, choć możliwe jest również wykonanie artrografii. W stadium ostrym, badanie to może pozwolić na wykrycie krwotoków i rozerwania mięśni. Z reguły mięśnie goją się bez bliznowacenia; dlatego też obrazowanie wykonane później da wynik negatywny. W obrazie MRI i CT, odnerwione mięśnie i przewlekły zespół ciasnoty międzypowięziowej są widoczne w postaci zwłóknienia mięśni. Stłuczenie kości można stwierdzić za pomocą badania MRI lub scyntygrafii. Z reguły urazy tego typu goją się, nie pozostawiając śladów.

5. *Układ moczowo-płciowy*

185. Badanie narządów płciowych można przeprowadzić jedynie, jeśli pacjent wyrazi na to zgodę; jeżeli jest to konieczne, należy przesunąć jego termin na później. Podczas badania wymaga się obecności opiekuna, jeżeli lekarz jest innej płci, niż pacjent. Aby uzyskać więcej informacji, patrz rozdział IV, sekcja J. Więcej informacji można znaleźć w sekcji D.8 poniżej, gdzie opisano metody badania ofiar przemocy seksualnej. Do diagnozowania urazów układu moczowo-płciowego służy badanie ultrasonograficzne i scyntygrafia dynamiczna.

6. *Centralny i obwodowy układ nerwowy*

186. W ramach badania neurologicznego należy ocenić stan nerwów czaszkowych, narządów zmysłu i obwodowego układu nerwowego pod kątem neuropatii motorycznych, jak i sensorycznych związanych z ewentualnymi urazami,

⁷⁵ Patrz przypis 73 powyżej.

⁷⁶ D. Forrest, Examination for the late physical after-effects of torture, *Journal of Clinical Forensic Medicine*, tom 6 (1999), s. 4-13.

⁷⁷ Patrz przypis 73 powyżej.

niedoborem witamin lub chorobami. Należy także ocenić zdolności poznawcze i stan umysłowy pacjenta (patrz rozdział VI, sekcja C). U pacjentów, którzy zgłaszają, że byli wieszani, należy położyć szczególny nacisk na ocenę uszkodzeń popromiennego splotu ramiennego (asymetria siły mięśniowej ręki, opadanie ręki, osłabienie ramienia ze zmiennymi odruchami sensorycznymi i ścięgnistymi). Bóle pochodzenia korzeniowego, inne neuropatie, uszkodzenia nerwów czaszkowych, przeczulica bólowa, parestezja, przeczulica dotykowa, zmiany położenia, czucie temperatury zaburzenia funkcji motorycznych, chodu i koordynacji mogą być spowodowane przez urazy w wyniku przeżytych tortur. U pacjentów z historią zawrotów głowy i wymiotów konieczne jest przeprowadzenie testów równowagi; należy też udokumentować występowanie oczopląsu. Ocena radiologiczna powinna obejmować badanie MRI lub CT. Preferowaną metodą diagnostyki w przypadku urazów mózgu i dołu tylnego czaszki jest MRI.

D. Badanie i ocena dotyczące określonych metod tortur

187. Poniższe informacje nie wyczerpują zakresu wszystkich możliwych form tortur, ale ich zadaniem jest przedstawienie szczegółowego opisu aspektów medycznych najczęściej spotykanych metod tortur. Dla poszczególnych zmian, jak również dla ogólnego obrazu zmian, lekarz powinien określić stopień spójności pomiędzy wynikiem badania a przyczyną powstania urazów, podaną przez pacjenta. Zasadniczo, w tym celu stosuje się następujące określenia:

(a) brak zgodności: zmiana nie mogła być spowodowana przez opisany uraz;

(b) zgodność: zmiana mogła być spowodowana przez opisany uraz, jest jednak niespecyficzna, a co za tym idzie, może mieć inną przyczynę;

(c) wysoki stopień zgodności: zmiana mogła być spowodowana przez opisany uraz, istnieją także nieliczne inne możliwości;

(d) typowość: tego rodzaju zmiany towarzyszą z reguły opisanym urazom, jakkolwiek istnieje możliwość, że ich przyczyna jest inna;

(e) potwierdzenie diagnozy: zmiana nie mogła zostać spowodowana przez przyczyny inne, niż opisana.

188. Zasadniczą rolę w odtworzeniu obrazu tortur odgrywa całościowa ocena wszystkich zmian, a nie – dopasowanie każdej z poszczególnych zmian do określonej formy tortur (patrz rozdział IV, sekcja G, aby zapoznać się z listą metod tortur).

1. Bicie i inne urazy tępe

(a) Uszkodzenie skóry

189. Często spotykanym następstwem tortur są zmiany ostre, wskazujące na zadane obrażenia zadane, które różnią się od nie zadanych pod względem np. kształtu, powtarzalności, rozmieszczenia na ciele. Jako, że większość zmian ulega zagojeniu w ciągu sześciu tygodni od zakończenia tortur, nie pozostawiając blizn ani niespecyficznych śladów, opis zmian ostrych i ich stanu do momentu zagojenia może stać się jedynym źródłem danych na poparcie zarzutu stosowania tortur. Trwałe zmiany na skórze w wyniku urazów tępych występują rzadko, mają charakter niespecyficzny i z reguły są nieistotne z punktu widzenia diagnostyki. Następstwem tępych urazów w rodzaju długotrwałego krępowania rąk lub nóg są ślady w postaci linii na obwodzie ręki lub nogi, z reguły na wysokości nadgarstka lub kostki. W obszarze tym owłosienie jest przerzedzone, co ma prawdopodobnie związek z łysieniem bliznowatym. Diagnoza samorzutnej choroby skóry nie ma w takim wypadku zastosowania, trudno też wyobrazić sobie uraz, który mógłby spowodować takie objawy przy zwykłym trybie życia.

190. Do zmian ostrych należą otarcia spowodowane przez ciała obce, które mogą przybrać formę zadrapań, oparzeń w wyniku tarcia lub dużych powierzchni zdartej skóry. Otarcia mogą mieć kształt zbliżony do kształtu narzędzia lub powierzchni, która spowodowała

uraz. Powtarzające się lub głębokie otarcia mogą skutkować powstaniem obszarów hipolub hiperpigmentacji, w zależności od typu skóry. Zmiany takie pojawiają się po wewnętrznej stronie nadgarstków, jeśli badany miał mocno związane ręce.

191. Podbiegnięcia krwawe to obszary, w których doszło do krwotoku do tkanki miękkiej w wyniku uszkodzenia naczyń krwionośnych z powodu tępego urazu. Zasięg i ciężkość stłuczenia jest uzależniona nie tylko od zastosowanej siły, ale również od struktury i unaczynienia tkanki. Podbiegnięcia krwawe pojawiają się częściej w obszarach cieńszych warstw skóry, zakrywających kości lub w obszarach tkanki tłuszczowej. Wiele schorzeń, w tym niedobór witamin i niedożywienie, może przyczynić się do skłonności do powstawania podbiegnięć lub do plamicy. Podbiegnięcia krwawe i otarcia mogą być pozostałością po tępych urazach, jednakże ich brak nie oznacza, że takich urazów nie było. Podbiegnięcia krwawe mogą mieć określony kształt, zbliżony do kształtu narzędzia, którym zadano cios. Na przykład, stłuczenie w kształcie krzyżujących się ze sobą linii może wskazywać, że użyto pałki lub laski. O kształcie przedmiotu można wnioskować na podstawie kształtu sińców. Podczas procesu gojenia, podbiegnięcia krwawe zmieniają barwy. Większość przybiera początkowo kolor ciemnoniebieski, fioletowy lub purpurowy. W miarę uwalniania się hemoglobiny w obszarze stłuczenia, kolor stopniowo zmienia się na liliowy, zielony, ciemnożółty lub bladeżółty, a następnie ślad znika. Bardzo trudno jednak określić dokładną datę powstania urazu. W zależności od typu skóry, może on spowodować hiperpigmentację, utrzymującą się nawet przez okres kilku lat. Stłuczenia w głębszych rejonach tkanki podskórnej mogą być niewidoczne przez kilka dni po urazie, do momentu, gdy krew dotrze spoza naczyń do powierzchni skóry. Jeżeli badany utrzymuje, że doznał urazów, ale nie ma śladów stłuczenia, należy przebadać go ponownie po kilku dniach. Należy też wziąć pod uwagę fakt, że ostateczna lokalizacja i wygląd podbiegnięć krwawych nie ma związku z urazem pierwotnym, a niektóre

zmiany mogą zaniknąć do czasu ponownego badania.⁷⁸

192. Rany szarpane, rozerwanie lub zmiżdżenie skóry i położonej pod skórą tkanki miękkiej w wyniku tępego urazu powstają najłatwiej w obszarze wystających części ciała, ponieważ skóra jest ściśnięta pomiędzy tępym narzędziem a powierzchnią kości pod tkanką podskórną. Jednakże, w zależności od zastosowanej siły, skóra może ulec rozerwaniu w dowolnym miejscu. Asymetryczne blizny, blizny w nietypowych miejscach i rozproszone blizny wskazują na umyślne zadawanie urazów.⁷⁹

193. Blizny, które są wynikiem biczowania, wyglądają jak zagojone rany szarpane. Blizny te ulegają depigmentacji; niejednokrotnie są przerośnięte, otoczone wąskim pasmem skóry przebarwionej w wyniku hiperpigmentacji. Jedyna diagnoza różnicowa w tym wypadku to zapalenie skóry wywołane przez rośliny, w takim wypadku jednakże dominującym objawem jest hiperpigmentacja, a blizny są krótsze. Z drugiej strony, symetryczne, atroficzne, odbarwione zmiany o kształcie podłużnym w obszarze brzucha, pach i nóg, niekiedy wskazywane jako ślady tortur, są w rzeczywistości rozstępami skórnymi, które nie mają z reguły nic wspólnego ze stosowaniem tortur.⁸⁰

194. Oparzenie to forma tortury, która najczęściej pozostawia trwale ślady na skórze. Niekiedy zmiany te mogą mieć znaczenie diagnostyczne. Przypalanie papierosem pozostawia często okrągłe lub owalne blizny o długości 5-10 mm z odbarwionym środkiem i stosunkowo niewyraźnym obwodem, który cechuje hiperpigmentacja. Zdarzają się zgłoszenia dotyczące tatuaży, wykonywanych przy pomocy zapalonych papierosów, co jest formą tortury. Typowy kształt powstałej w ten sposób blizny, jak również pozostałości po tatuażu, są pomocne w postawieniu diagnozy.⁸¹ Przypalanie gorącymi przedmiotami skutkuje

⁷⁸ S. Gürpınar i S. Korur Fincancı, *İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı*, Ankara, Tureckie Stowarzyszenie Lekarzy, 1999.

⁷⁹ Patrz przypis 73 powyżej.

⁸⁰ L. Danielsen, *Skin changes after torture, Torture*, tom 2, załącznik 1 (1992), s. 27-28.

⁸¹ Tamże.

powstaniem silnie atroficznych blizn, oddających kształt narzędzia, odcinających się wyraźnie wąskimi obszarami marginalnymi, które charakteryzują się hipertrofią lub hiperpigmentacją, wskazując początkowy obszar, w którym doszło do zapalenia. Ślady takie można zaobserwować na przykład w wyniku oparzenia rozpalonym metalowym prętem lub zapalniczką. Trudno postawić tu diagnozę różnicową, jeśli na ciele znajduje się wiele takich blizn. Samorzutne procesy zapalne nie skutkują powstaniem charakterystycznych obszarów marginalnych; rzadko też dochodzi do znacznej utraty tkanki. Przypalenie może skutkować powstaniem blizn hipertroficznych lub bliznowców, na przykład w przypadku, gdy są wywołane oparzeniami w wyniku kontaktu z palącą się gumą.

195. W wyniku spalenia macierzy paznokcia, odrastająca tkanka jest osłabiona i zdeformowana, na powierzchni widoczne są prążki, niekiedy paznokcie łamią się wzdłuż. Jeśli paznokieć zostanie zerwany, może nastąpić przerost tkanki obrębka naskórkowego paznokcia do przodu, w wyniku czego powstaje skrzydlik. Jediną diagnozą różnicującą jest w tym wypadku liszaj płaski, któremu jednak towarzyszą z reguły rozległe urazy skóry. Z drugiej strony, infekcje grzybicze charakteryzują się pogrubieniem, żółknieniem i kruchością paznokci, czyli objawami odmiennymi od opisanych powyżej.

196. Rany ostre powstają w wyniku przecięcia skóry ostrym przedmiotem w rodzaju noża, bagnetu lub szkła; do tej kategorii należą rany klute i cięte. Z reguły bez trudu można je odróżnić od ran szarpanych o nieregularnym kształcie i blizn po tych ranach. Regularny wzór niewielkich ran ciętych może świadczyć o ingerencji uzdrowiciela.⁸² W przypadku nakładania pieprzu lub innych szkodliwych substancji na otwarte rany, blizny mogą być przerośnięte. Asymetryczne rozmieszczenie i zróżnicowane rozmiary blizn mogą mieć znaczenie dla stwierdzenia, czy osoba badana była poddawana torturom.

⁸² Patrz przypis 76 powyżej.

(b) *Złamania*

197. Złamanie to przerwanie kości w wyniku tępego urazu mechanicznego w różnych płaszczyznach wektorowych. Złamanie bezpośrednie następuje w miejscu uderzenia lub przyłożenia siły. Lokalizacja, kształt i inne właściwości złamania wskazują na rodzaj i kierunek przyłożonej siły. Niekiedy można odróżnić złamanie, do którego doszło przypadkowo, na podstawie obrazu radiologicznego złamania. Datowanie radiograficzne stosunkowo świeżych złamań powinno zostać przeprowadzone przez doświadczonego radiologa/chirurga urazowego. Należy unikać założeń opartych na przypuszczeniach, oceniając przyczynę urazów tępych i umiejscawiając je w czasie, ponieważ zmiany mogą być zróżnicowane w zależności od wieku, płci, właściwości tkanki, stanu zdrowia i kondycji pacjenta oraz ciężkości urazu. Na przykład, wysportowany, młody człowiek w dobrej kondycji zdrowotnej jest bardziej odporny na urazy, niż osoba starsza, o słabym zdrowiu.

(c) *Urazy głowy*

198. Urazy głowy to jedno z najczęściej spotykanych następstw tortur. W przypadku powtarzających się urazów głowy, nawet, jeśli same w sobie nie są one poważne, może dojść do atrofii kory mózgowej i do rozlanego uszkodzenia istoty białej. Jeżeli przyczyną urazu jest upadek, zdarza się, że urazowi ulegają również obszary mózgu położone przeciwległe do miejsca zadziałania siły. W wyniku urazu bezpośredniego stłuczenie mózgu może nastąpić bezpośrednio pod obszarem, w którym uraz miał miejsce. Stłuczenia czaszki bywają często niewidoczne, chyba, że wystąpi obrzęk. Podbiegnięcia krwawe są słabo widoczne u osób o ciemnej karnacji, w badaniu palpacyjnym można jednak zaobserwować tkliwość obszaru urazu.

199. W wyniku uderzeń głowy, ofiara tortur może cierpieć z powodu nawracającego bólu głowy. Często ma on charakter somatyczny lub też przenosi się z obszaru szyi (patrz sekcja C powyżej). Ofiara może twierdzić, że odczuwa ból przy dotyku w tym obszarze; badanie palpacyjne czaszki może też wykazać rozlane

lub miejscowe stwardnienia. Blizny są następstwem stłuczenia czaszki. Bóle głowy mogą być pierwszym objawem postępującego wylewu podtwardówkowego. Mogą one być związane z ostrym początkiem pogorszenia stanu psychicznego ofiary i trzeba w takim wypadku pilnie wykonać CT. Obrzęk tkanki miękkiej lub krwotok są zwykle widoczne na obrazach CT lub MRI. Niekiedy konieczne jest również skonsultowanie pacjenta z psychologiem lub neuropsychologiem (patrz rozdział VI, sekcja C.4).

200. Gwałtowne potrząsanie jako forma tortur może spowodować uraz mózgu bez objawów zewnętrznych, choć niekiedy obserwuje się podbiegnięcia krwawe w obszarze klatki piersiowej lub ramion, jeśli ofiarę chwytało za te części ciała. W najbardziej skrajnych przypadkach, potrząsanie może stać się przyczyną takich samych urazów jak te, które występują w zespole dziecka potrząsanego: obrzęku mózgu, wylewu podtwardówkowego i krwotoku siatkówkowego. Częściej zdarza się, że ofiara skarży się na nawracający ból głowy, wykazuje dezorientację lub zmiany stanu psychicznego. Potrząsanie trwa na ogół krótko, najwyżej przez kilka minut, może jednak powtarzać się wielokrotnie w ciągu kilku dni lub tygodni.

(d) *Urazy klatki piersiowej i brzucha*

201. Złamania żeber to często odnotowywane następstwo urazów klatki piersiowej. W przypadku przemieszczenia, mogą towarzyszyć im stłuczenia płuc i ewentualna odma płucna. Złamania nasad łuków kręgowych mogą być skutkiem bezpośrednim tępego urazu.

202. W przypadku ostrego urazu brzucha, w badaniu fizykalnym należy sprawdzić, czy nie doszło do uszkodzenia narządów jamy brzusznej i układu moczowego. Jednakże wynik takiego badania jest często negatywny. Silny krwimocz to najbardziej istotny objaw uszkodzenia nerek. Płukanie otrzewnej może umożliwić zdiagnozowanie utajonego krwawienia w jamie brzusznej. Wolny płyn w jamie brzusznej, wykryty za pomocą obrazowania CT po płukaniu otrzewnej może

być wynikiem płukania lub krwotoku. Nie umożliwia on zatem postawienia diagnozy. W obrazowaniu CT, ostry krwotok w jamie brzusznej z reguły charakteryzuje się takim samym sygnałem, jak woda, w przeciwieństwie do ostrego krwawienia w ośrodkowym układzie nerwowym, które charakteryzuje wyższy sygnał. Uszkodzenia narządów może sygnalizować obecność pęcherzy powietrza, natlenionego płynu lub obszarów hipodensyjnych, które mogą wskazywać na obrzęk, stłuczenie, krwotok lub okaleczenie. Obrzęk okołotrzustkowy to jeden z objawów ostrego urazowego i nieurazowego zapalenia trzustki. Szczególnie przydatna w wykrywaniu krwotoków podtorebkowych śledziona jest ultrasonografia. Zaburzenia pracy nerek, spowodowane przez zespół zmiażdżenia, mogą przybrać postać ostrą po ciężkim pobiciu. Nadciśnienie nerkopochodne może być późnym powikłaniem uszkodzenia nerek.

2. *Bicie w stopy*

203. *Falaka* to najpowszechniej używany termin, oznaczający powtarzające się zadawanie urazów tępych w stopy (lub, rzadziej, w dłoń lub biodra) przy pomocy pałki, rury lub podobnego narzędzia. Najpoważniejszym powikłaniem jest w tym wypadku zespół ciasnoty międzypowięziowej, który może skutkować martwicą tkanki mięśniowej, niedrożnością naczyń lub zgorzelą dystalnej części stopy lub palców stóp. Trwale zniekształcenie stóp zdarza się rzadko, niemniej jednak czasami występuje, podobnie, jak złamania nadgarstka, śródrezcza i paliczków. Jako, że urazy dotyczą z reguły tkanki miękkiej, preferowanymi narzędziami diagnostycznymi są obrazy CT lub MRI w celu udokumentowania urazu, należy jednak podkreślić, że badanie fizykalne w fazie ostrej powinno mieć charakter diagnostyczny. *Falaka* może prowadzić do trwałego kalectwa. Chodzenie może stać się bolesne i utrudnione. Kości stępu mogą zostać unieruchomione (spastyka) lub też może wystąpić ich zwiększona ruchliwość. Ściskanie podeszwy stopy i zgięcia grzbietowego wielkiego palca u nogi może być bolesne. W badaniu palpacyjnym może wystąpić tkliwość uciskowa na całej długości rozciągną

podeszwowego, a dystalne przyczepy rozciągną mogą ulec naderwaniu, częściowo u podstawy paliczek proksymalnych, częściowo zaś w obszarze skóry. Rozciągną nie kurczy się normalnie, co powoduje trudności w chodzeniu i zmęczenie mięśni. Bierny wyprost palca może wskazać, czy rozciągną zostało rozerwane. Jeśli nie, napięcie rozciągną powinno być odczuwalne przy badaniu palpacyjnym od momentu, gdy palec jest zgięty pod kątem 20 stopni; maksymalny zwykły wyprost wynosi około 70 stopni. Wyższa wartość wskazuje na uraz przyczepów rozciągną.^{83,84,85,86} Z drugiej strony, ograniczone zgięcie grzbietowe i ból przy nadmiernym wyproście dużego palca u nogi wskazuje na paluch sztywny, który jest wynikiem obecności grzbietowego wyrostka kostnego na głowie I kości śródstopia i/lub na podstawie paliczka proksymalnego.

204. Może dojść do licznych powikłań i zespołów zaburzeń:

(a) Zespół ciasnoty międzypowięziowej. Jest to najpoważniejsze powikłanie. Obrzęk przestrzeni międzypowięziowej skutkuje niedrożnością naczyń i martwicą mięśni, co może prowadzić do włóknienia, przykurczu lub zgorzeli dystalnej części stopy lub palców u nóg. Z reguły diagnozę stawia się na podstawie pomiaru ciśnienia w przestrzeni międzypowięziowej.

(b) Zmiażdżenie pięty i przedniej poduszki stopy. Elastyczne poduszki pod paliczkami kości piętowej i proksymalnym ulegają zmiżdżeniu podczas *falaki*, bezpośrednio lub w wyniku obrzęku spowodowanego urazem. Pasma tkanki łącznej w tkance tłuszczowej, łączące kość ze skórą, ulegają zerwaniu. Dopływ krwi do tkanki tłuszczowej ulega odcięciu, a co za tym idzie, następuje jej zanik. Poduszka przestaje pełnić rolę ochronną i stopa

nie jest w stanie amortyzować uderzeń, jakie powstają podczas chodzenia.

(c) Sztywne i nieregularne blizny w skórze i tkance podskórnej stopy w wyniku zastosowania *falaki*. W zdrowej stopie, tkanka skórna i podskórna są połączone z rozciągną podeszwowym przy pomocy zwartej tkanki łącznej. Pasma tej tkanki mogą jednak ulec całkowitemu lub częściowemu zniszczeniu przez obrzęk, który powoduje ich zerwanie w wyniku zastosowania *falaki*.

(d) Zerwanie rozciągną podeszwowego i ścięgien stopy. Obrzęk, który jest następstwem *falaki*, może spowodować rozerwanie tkanek. Gdy funkcja pomocnicza w stosunku do sklepienia stopy zanika, chodzenie staje się utrudnione, a mięśnie stopy, w szczególności *quadratus plantaris longus*, są przeciążone.

(e) Zapalenie powięzi podeszwy. Może wystąpić jako kolejne powikłanie tego rodzaju urazu. W przypadku *falaki*, często dochodzi do podrażnienia całego rozciągną, w wyniku czego następuje przewlekłe zapalenie rozciągną. Badania w tym zakresie wykazały, że u osób zwolnionych po 15 latach przebywania w więzieniu, które twierdzą, że poddawano je *falace* po aresztowaniu, zaobserwowano nadmierną ruchliwość kości pięty lub śródstopia.⁸⁷

205. Badania radiologiczne w rodzaju MRI czy CT oraz ultrasonografii mogą często potwierdzić wystąpienie urazów w wyniku zastosowania *falaki*. Pozytywny obraz radiologiczny może być jednak również wynikiem innych schorzeń lub urazów. Zaleca się wykonanie rutynowej radiografii w ramach badania wstępnego. MRI to preferowana metoda obrazowania radiologicznego w związku z urazami tkanki miękkiej. MRI lub scyntygrafia pozwoli wykryć uszkodzenia kości w postaci stłuczeń, które mogą zostać pominięte w rutynowej radiografii lub CT.⁸⁸

⁸³ G. Sklyv, Physical sequelae of torture, [w:] M. Başoğlu (red.), *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, s. 38-55.

⁸⁴ Patrz przypis 76.

⁸⁵ K. Prip, L. Tived, N. Holten, *Physiotherapy for Torture Survivors: A Basic Introduction*, Kopenhaga, Międzynarodowa Rada Rehabilitacji Ofiar Tortur, 1995.

⁸⁶ Bojsen-Moller i K. E. Flagstad, Plantar aponeurosis and internal architecture of the ball of the foot, *Journal of Anatomy*, tom 121 (1976), s. 599-611.

⁸⁷ V. Lök i inni, Bone scintigraphy as clue to previous torture, *The Lancet*, tom 337, No. 8745 (1991), s. 846-847. Patrz także: M. Tuncaand V. Lök, Bone scintigraphy in screening of torture survivors, *The Lancet*, tom 352, Nr 9143 (1998), s. 1859.

⁸⁸ Patrz przypisy 76 i 83 oraz V. Lök i inni, Bone scintigraphy as an evidence of previous torture, *Sprawozdanie Centrum Leczenia i Rehabilitacji Tureckiej Fundacji Praw Człowieka*, Ankara, 1994, s. 91-96.

3. Wieszanie

206. Wieszanie to powszechna forma tortur, która może powodować niezwykle silny ból, pozostawia jednak niewiele widocznych śladów. Osoba, która nadal przebywa w areszcie lub w więzieniu, może mieć opory przed przyznaniem, że jest nadal torturowana, jednakże stwierdzenie zaburzeń obwodowego układu nerwowego, zdiagnozowanie uszkodzeń splotu ramiennego jest niemal niezbitym dowodem stosowania tortur mającej formę wieszania. Wieszanie może przybierać szereg form:

(a) krzyżowanie. Rozciągnięcie ramion i przywiązanie ich do poziomego pręta;

(b) wieszanie „rzeźnicze”, unieruchomienie rąk wyciągniętych do góry, razem lub pojedynczo;

(c) wieszanie „rzeźnicze” głową do dołu, stopami do góry;

(d) wieszanie „palestyńskie”. Powieszenie ofiary, z rękami związanymi za plecami, gdzie łokcie są unieruchomione pod kątem 90 stopni, a przedramiona przywiązane do poziomego pręta. Więzień może zostać także zawieszony na sznurze, krępującym łokcie lub nadgarstki, z rękoma za plecami;

(e) wieszanie na „papuziej grzędzie”. Powieszenie ofiary za kolana, zgięte na pręcie umieszczonym pod kolanami; nadgarstki są z reguły przywiązane do kostek.

207. Zawieszenie może trwać od 15/20 minut do kilku godzin. Wieszanie „palestyńskie” może prowadzić do trwałego uszkodzenia splotu ramiennego już po krótkim czasie. Powieszenie na „papuziej grzędzie” może spowodować naderwanie mięśni podkolanowych. Ofiary są często bite w pozycji wiszącej lub poddawane innego rodzaju przemocy. W fazie przewlekłej występuje z reguły ból i tkliwość w obszarze stawów barkowych, ponieważ podnoszenie i obracanie, szczególnie wokół własnej osi, pozostaje źródłem silnego bólu także po upływie wielu lat. Powikłania w fazie ostrej po zawieszeniu mogą obejmować osłabienie ramion lub dłoni, ból i parestezję, drętwienie,

niewrażliwość na dotyk, ból powierzchowny i utratę odruchów ścięgowych. Intensywny, głęboki ból może maskować osłabienie mięśni. W fazie przewlekłej, osłabienie może postępować, skutkując zanikiem mięśni. Występuje drętwienie, a także – częściej – parestezja. Podnoszenie ramion lub ciężarów może powodować ból, drętwienie lub osłabienie. Oprócz urazu neurologicznego dochodzi także do zerwania więzadeł stawów barkowych, przemieszczenia łopatki i urazu mięśni w obszarze barku. Podczas oględzin pleców można niekiedy zauważyć „łopatkę odstającą”, co jest wynikiem urazu nerwu piersiowego długiego lub przemieszczenia łopatki.

208. Urazy neurologiczne występują z reguły asymetrycznie w obszarze ramion. Uraz splotu ramiennego manifestuje się z reguły zaburzeniami motorycznymi, sensorycznymi i zaburzeniami odruchów.

(a) Badanie odruchów. Asymetryczne osłabienie mięśni, bardziej widoczne dystalnie, to najczęstszy objaw. Ostry ból może sprawić, że interpretacja badania pod kątem siły mięśni okaże się trudna. Jeśli uraz jest poważny, w fazie przewlekłej może dojść do atrofi mięśniowej.

(b) Badanie czucia. Całkowita utrata czucia lub parestezja wzdłuż nerwów czuciowych to objaw często spotykany. Należy przeprowadzić badanie percepcji pozycji, czucia dwupunktowego, oceny czucia bólu przy pomocy klucza szpilką oraz percepcji gorąca i zimna. Jeżeli po co najmniej trzech tygodniach utrzymuje się utrata lub osłabienie odruchów, należy przeprowadzić odpowiednie badania elektrofizjologiczne – należy w tym celu powołać doświadczonego neurologa.

(c) Badanie odruchów. Może wystąpić utrata odruchów, ich osłabienie lub stan pośredni między tymi dwoma. W przypadku, gdy wobec ofiary stosowano „wieszanie palestyńskie”, choć bezpośrednio na uraz narażony był splot ramienny, może wystąpić asymetryczne uszkodzenie splotów nerwowych z powodu zastosowania tej metody, w zależności od tego, które ramię znajdowało się na górze, lub w zależności od metody krępowania ofiary. Jakkolwiek badania

wskazują, że uszkodzenia splotu ramiennego ma z reguły charakter jednostronny, w przypadku tortur często zdarza się upośledzenie obustronne w wyniku ich stosowania.

209. W obrębie tkanek łopatki, splot ramienny jest strukturą najbardziej narażoną na uraz w wyniku wyciągania. Wieszanie „palestyńskie” powoduje jego uszkodzenie z powodu wymuszonego nadmiernego wyprostowania ramion. Jak zaobserwowano w odniesieniu do klasycznego typu wieszania „palestyńskiego”, gdy ciało wisi, a ramiona są nadmiernie wyprostowane za plecami, z reguły dochodzi do uszkodzenia włókien dolnego splotu, jak również środkowego i górnego splotu, jeśli działająca na nie siła jest wystarczająco duża. W przypadku tzw. „ukrzyżowania”, jeżeli nie doszło do nadmiernego wyprostowania ramion, w pierwszej kolejności dochodzi zwykle do uszkodzenia włókien splotu środkowego z powodu hiperabdukcji. Urazy splotu ramiennego można zaklasyfikować następująco:

(a) Uraz splotu dolnego. Uszkodzenia są zlokalizowane w obszarze mięśni przedramienia i dłoni. Zaburzenia sensoryczne obserwuje się w obszarze przedramienia oraz czwartego i piątego palca przyśrodkowej części dłoni w dystrybucji nerwu łokciowego.

(b) Uszkodzenie splotu środkowego. Wpływa na mięśnie przedramienia, łokcia i prostowników palców. Nawracanie przedramienia i odwodzenie ręki mogą ulec osłabieniu. Zaburzenia sensoryczne dotyczą przedramienia i grzbietowej części pierwszego, drugiego i trzeciego palca dłoni w dystrybucji nerwu promieniowego. Może dojść do zaniku odruchów z mięśnia trójgłowego.

(c) Uszkodzenie splotu górnego. Dotyka w szczególności mięśni barku. Mogą wystąpić zaburzenia odwodzenia barku, obrotu osiowego i nawracania przedramienia. Zaburzenia sensoryczne obserwuje się w obszarze mięśnia naramiennego, mogą one obejmować także ramię i zewnętrzne części przedramienia.

4. *Inne tortury związane z przyjmowaniem wymuszonej pozycji*

210. Istnieje wiele rodzajów tortur związanych z przyjęciem wymuszonej pozycji; w każdym przypadku, ofiara jest związana lub skrupowana, mając wykręcone lub nadmiernie wyciągnięte kończyny lub też w innej nienaturalnej pozycji, która jest przyczyną silnego bólu i może powodować uszkodzenie więzadeł, ścięgien, nerwów i naczyń krwionośnych. Z reguły, tortury tego rodzaju nie pozostawiają śladów lub ślady te są nieliczne – z wyjątkiem następstw w postaci nierzadko ciężkiej, przewlekłej niepełnosprawności.

211. Wszystkie tortury tego rodzaju powodują urazy ścięgien, stawów i mięśni. Wyróżnia się szereg metod: „zawieszenie papuzie”, na stojąco w „pozycji banana” lub klasyczną wersję skrupowania „w pozycji banana” – ofiara przywiązana jest do krzesła stojącego na ziemi lub do motocykla; zmuszanie ofiary do stania na jednej nodze, długotrwałe stanie z ramionami wyciągniętymi w górę i opartymi o ścianę, zmuszanie do długotrwałego kucania oraz przymusowe unieruchomienie w niewielkiej klatce. W zależności od właściwości danej pozycji, ofiary uskarżają się na ból różnych obszarów ciała, ograniczenie ruchu stawów, ból pleców, ból rąk lub części szyjnej kręgosłupa i obrzęk kończyn dolnych. Należy w tym wypadku przeprowadzić te same badania neurologiczne i badania układu mięśniowo-szkieletowego, co w przypadku tortury mającej formę wieszania. Preferowaną metodą obrazowania urazów związanych z torturami tego typu jest MRI.

5. *Rażenie prądem elektrycznym*

212. Prąd przepływa przez elektrody, przytwierdzone do dowolnej części ciała. Najczęściej elektrody przytwierdza się do rąk, stóp, palców rąk i nóg, uszu, sutków, ust, warg i genitaliów. Źródłem prądu może być generator obsługiwany ręcznie lub spalinowy, gniazdko w ścianie, pistolet do ogłuszania zwierząt, oścień do poganiania bydła lub inne urządzenie elektryczne. Prąd elektryczny płynie najkrótszą drogą pomiędzy dwiema elektrodami. Objawy, które występują

w przypadku porażenia prądem, mają następujący charakter: na przykład, jeżeli jedna elektroda jest przymocowana do palca prawej nogi, a druga – do obszaru genitaliów, ofiara odczuje ból, skurcze oraz kurcz mięśni prawego uda i łydki. Ofiara doświadcza również rozdzierającego bólu genitaliów. Ponieważ wszystkie mięśnie na drodze przepływu prądu ulegają kurczowi tężcowemu, może dojść do przemieszczenia barku, radikulopatii lędźwiowej lub szyjnej, jeśli prąd ma stosunkowo wysokie natężenie. Jednakże rodzaj, czas, natężenie i napięcie prądu nie może zostać określone podczas badania fizykalnego ofiary. Sprawcy niejednokrotnie używają wody lub żelu, aby zwiększyć bolesność tortury, obszar oddziaływania prądu na ciało ofiary, a także zapobiec powstaniu łatwo wykrywalnych oparzeń. Ślady oparzeń w wyniku porażenia prądem przybierają na ogół postać czerwono-brązowych, okrągłych zmian skórnych o średnicy od 1 do 3 mm, zwykle bez stanu zapalnego, które mogą skutkować powstaniem blizn z przebarwieniami. Powierzchnię skóry należy obejrzeć bardzo dokładnie, ponieważ zmiany tego rodzaju bywają słabo widoczne. Decyzja o wykonaniu biopsji skóry w celu określenia etiologii tych zmian budzi wątpliwości. Oparzenia spowodowane przez porażenie prądem mogą prowadzić do określonych zmian histologicznych, jednakże nie zawsze tak się dzieje, a brak takich zmian nie oznacza, że rażenie prądem nie miało miejsca. Decyzje w tym zakresie muszą być podejmowane indywidualnie, na podstawie oceny, czy ból i dyskomfort związany z biopsją jest usprawiedliwiony w kontekście potencjalnych efektów procedury (patrz aneks II, sekcja 2).

6. Tortury związane z urazami stomatologicznymi

213. Tortury tego rodzaju mogą polegać na łamaniu lub wyrywaniu zębów bądź rażeniu zębów prądem elektrycznym. W rezultacie może dojść do utraty zębów, ich połamania, obrzęku dziąseł, krwawienia, zapalenia dziąseł, zapalenia jamy ustnej, złamania szczęki lub utraty wypełnień. Zaburzenie czynności stawu żuchwowego powoduje ból, ograniczenie ruchu szczęki, a w niektórych przypadkach także podwichnięcie stawu z powodu skurczy

mięśni będących wynikiem porażenia prądem lub uderzeń w twarz.

7. Podduszanie

214. Podduszanie to coraz częściej stosowana metoda tortur. Z reguły nie pozostawia śladów, a powrót do normalnego stanu trwa stosunkowo krótko. Metoda ta była używana tak powszechnie w Ameryce Łacińskiej, że jej nazwa w języku hiszpańskim – *submarino* – weszła na stałe do słownictwa związanego z ochroną praw człowieka. Ofierze można uniemożliwić oddychanie, zakrywając jej głowę plastikową torbą, zatykając usta i nos, wywierając nacisk na kręgosłup szyjny lub zmuszając ją do wdychania pyłu, cementu, ostrych przypraw itd. Odmiana ta jest również znana pod nazwą „*submarino* na sucho”. Tortura ta może prowadzić do różnych powikłań w rodzaju wybroczyn, krwotoków z nosa i uszu, przekrwienia twarzy, stanów zapalnych jamy ustnej i ostrych lub przewlekłych zaburzeń oddychania. Przymusowe zanurzenie głowy w wodzie, nierzadko zanieczyszczonej moczem, kałem, wymiotami lub innymi substancjami, może spowodować podtopienie lub utopienie ofiary. Woda, która dostanie się do płuc, może również przyczynić się do zapalenia płuc. Ta forma tortur nosi nazwę „*submarino* na mokro”. W przypadku podduszania poprzez powieszenie lub skrępowanie, ślady otarć lub podbiegnięć krwawych bywają często widoczne na szyi ofiary. Może dojść do złamania kości gnykowej i uszkodzenia chrząstki krtani z powodu ucisku szyi lub zadawanych ofierze ciosów.

8. Tortury o charakterze seksualnym włącznie z gwałtem

215. Tortury o charakterze seksualnym obejmują zmuszanie do nagości, które w wielu krajach jest standardowym elementem tortur. Naga osoba zawsze jest bardziej bezbronna i wrażliwa. Nagość potęguje psychologiczny lęk przed każdym aspektem tortur i pojawia się w kontekście ewentualnej przemocy, gwałtu lub aktów sodomii. Co więcej, groźby werbalne o charakterze seksualnym, przemoc i drwiny są również elementem tortur

o charakterze seksualnym, ponieważ potęgują upokorzenie i poniżają ofiarę. W przypadku kobiet, niewłaściwy dotyk jest przeżyciem traumatycznym i jest uważane za torturę.

216. Istnieją pewne różnice pomiędzy torturami o charakterze seksualnym, którym poddawani są mężczyźni i kobiety, pewne aspekty są jednak wspólne dla obu płci. Gwałt wiąże się zawsze z ryzykiem zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, a w szczególności wirusem HIV.⁸⁹ Obecnie, jedynym skutecznym sposobem profilaktyki HIV są leki, które należy zażyć w ciągu kilku godzin od zdarzenia, jednak z reguły nie są one dostępne w krajach, gdzie powszechnie stosuje się tortury. W większości przypadków, tortury przybierają formę wulgarnych zachowań. Niekiedy sprawcy koncentrują się na genitaliach ofiary. Rażenie prądem i uderzenia, w przypadku ofiar płci męskiej, są z reguły ukierunkowane na narządy płciowe, bez względu na to, czy towarzyszą im także tortury innego rodzaju. Spowodowany tym uraz fizyczny potęgują obelgi słowne. Mężczyźni słyszą często groźby utraty męskości, a co za tym idzie – utraty szacunku w społeczeństwie. Zdarza się, że więźniowie są umieszczani nago w celi, w obecności członków rodziny, przyjaciół lub osób całkowicie obcych, co może oznaczać złamanie kulturowego tabu. Sytuację może pogorszyć fakt braku prywatności podczas korzystania z toalety. Dodatkowo, więźniowie mogą być zmuszani do wykorzystywania seksualnego innych więźniów. Może być to trudnym przeżyciem. Strach przed gwałtem w wypadku kobiet, zważywszy na związany z nim niezwykle silny stygmat kulturowy, może spotęgować traumę. Nie należy też zapominać o strachu przed ewentualną ciążą, który, co oczywiste, nie dotyczy mężczyzn, strachu przed utratą dziewictwa i niemożnością posiadania dzieci (nawet, jeśli gwałt uda się ukryć przed przyszłym mężem i resztą społeczeństwa).

217. Jeśli, w przypadku przemocy seksualnej, ofiara nie życzy sobie, aby fakt ten został nagłośniony ze względu na presję społeczno-kulturową lub z powodów

osobistych, lekarz przeprowadzający badanie, organy dochodzeniowe i sąd mają obowiązek współpracować z ofiarą w celu ochrony jej prywatności. Nawiązanie porozumienia z ofiarą tortur, która doświadczyła w ostatnim czasie przemocy seksualnej, wymaga specjalnych kwalifikacji psychologicznych i odpowiedniego wsparcia. Należy unikać wszelkich działań, które mogłyby spotęgować uraz psychiczny ofiary. Przed rozpoczęciem badania, należy uzyskać zgodę ofiary na jego przeprowadzenie; powinna ona zostać potwierdzona przez ofiarę przed przystąpieniem do intymnych części badania. Ofiarę należy poinformować o znaczeniu badania i jego ewentualnych wynikach w sposób jasny i zrozumiały.

(a) *Analiza objawów*

218. Należy zgromadzić szczegółowe dane na temat deklarowanych przez ofiarę aktów przemocy w sposób opisany powyżej (patrz sekcja B powyżej). Istnieje jednakże szereg pytań, które zadaje się wyłącznie w związku z pojawieniem się kwestii związanych z przemocą seksualną. Ich celem jest wyodrębnienie utrzymujących się objawów, związanych z doświadczonym niedawno aktem przemocy, takich, jak krwotoki, wydzielina z pochwy lub odbytu, ból, podbiegnięcia krwawe i otwarte rany. W odniesieniu do aktów przemocy seksualnej, które miały miejsce w przeszłości, należy pytać o utrzymujące się objawy, będące wynikiem aktu przemocy, w rodzaju częstego lub bolesnego oddawania moczu, nietrzymania moczu, nieregularnych miesiączek, przeżytych niedawno ciąż, aborcji lub krwawień z pochwy, problemów we współżyciu seksualnym, włącznie z bólem podczas stosunku i bólem odbytu, krwawieniem, zaparciami lub nietrzymaniem kału.

219. Najlepiej, gdy istnieje możliwość udostępnienia odpowiedniego miejsca i wyposażenia w celu przebadania ofiary przemocy seksualnej przez zespół doświadczonych psychiatrów, psychologów, ginekologów i pielęgniarek, przeszkolonych w zakresie udzielania pomocy ofiarom tortur o charakterze seksualnym. Dodatkowym celem konsultacji w związku z doznaną przemocą

⁸⁹ I. Lunde i J. Ortmann, Sexual torture and the treatment of its consequences, M. Başoğlu (red.), *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, s. 310-331.

seksualną jest zaoferowanie ofierze wsparcia, doradztwa oraz – w stosownych przypadkach – pocieszenia. Należy uwzględnić tu takie kwestie, jak choroby przenoszone drogą płciową, HIV, ciąża, jeśli ofiara jest kobietą, a także trwałe urazy fizyczne, ponieważ sprawcy często mówią ofiarom, że już nigdy nie będą w stanie funkcjonować normalnie w życiu seksualnym, co może skutkować samospełniającym się proroctwem.

(b) *Badanie po przebytych niedawno akcie przemocy*

220. Rzadko zdarza się, aby ofiara gwałtu została zwolniona, gdy ślady przemocy pozostają nadal widoczne. W takich przypadkach należy mieć na uwadze szereg względów, które mogą mieć wpływ na wynik badania lekarskiego. Osoby, które niedawno padły ofiarą przemocy, mogą niepokoić się lub odrzucać oferowane im wsparcie medyczne lub prawne z powodu swych obaw, kwestii kulturowych i społecznych lub destrukcyjnego charakteru przemocy. W takich wypadkach, lekarz powinien wyjaśnić ofierze, jakie są dostępne możliwości pod względem medycznym i prawnym oraz działać zgodnie z życzeniem ofiary. Do obowiązków lekarza należy uzyskanie dobrowolnie udzielonej przez pacjenta świadomej zgody na badanie, zarejestrowanie wszystkich dowodów przemocy i pobranie próbek w celu przeprowadzenia ich analizy sądowej. Gdy to możliwe, badanie powinno zostać przeprowadzone przez eksperta, specjalizującego się w dokumentowaniu aktów przemocy seksualnej. W przeciwnym razie, lekarz przeprowadzający badanie powinien porozumieć się z ekspertem lub zapoznać się ze standardowymi materiałami dotyczącymi medycyny sądowej.⁹⁰ Jeżeli lekarz jest innej płci, niż ofiara, tej ostatniej należy zaproponować skorzystanie z obecności opiekuna tej samej płci podczas badania. Jeżeli korzystamy z usług tłumacza, może on również pełnić rolę opiekuna ofiary. Ze względu na delikatny charakter dochodzenia w sprawie przemocy seksualnej, w roli tej nie

powinien występować krewny ofiary (patrz rozdział IV, sekcja I). Pacjent powinien czuć się swobodnie i rozluźnić się przed badaniem. Należy przeprowadzić dokładne badanie lekarskie i starannie udokumentować wszelkie zaobserwowane zmiany włącznie z ich rozmiarem, lokalizacją i barwą. Gdy to możliwe, należy je także sfotografować i pobrać próbki materiałów do badania.

221. Badanie fizykalne nie powinno koncentrować się wyłącznie i w pierwszej kolejności na obszarze genitaliów. Należy zwrócić uwagę na wszelkie deformacje. Szczególną uwagę należy poświęcić dokładnym oględzinom skóry pacjenta w poszukiwaniu zmian, które mogą być wynikiem aktów przemocy. Są to podbiegnięcia krwawe, skaleczenia, wylewy krwawe podskórne i wybroczyny, spowodowane ssaniem lub ugryzieniami. Dzięki temu pacjentowi będzie łatwiej rozluźnić się w trakcie badania. Jeżeli zmiany w obrębie narządów płciowych są minimalne, najistotniejszym materiałem dowodowym mogą być zmiany zaobserwowane w innych obszarach. Nawet w przypadku badania genitaliów kobiety tuż po dokonaniu gwałtu, widoczne ślady są rejestrowane w mniej niż 50 procentach przypadków. Badanie odbytu kobiet i mężczyzn po wymuszonym stosunku analnym wykazuje zmiany w mniej niż 30 procentach przypadków. Oczywiście, w przypadkach, gdy do pochwy lub odbytu wprowadzono duże przedmioty, prawdopodobieństwo zaobserwowania wyraźnych zmian jest znacznie większe.

222. Jeżeli dysponujemy dostępem do laboratorium medycyny sądowej, należy skontaktować się z tą placówką przed badaniem, aby omówić rodzaje próbek, które można będzie w nim przebadać, a co za tym idzie – jakie próbki należy pobrać. Wiele laboratoriów oferuje zestawy, umożliwiające lekarzom pobranie odpowiednich próbek. Jeżeli laboratorium nie jest dostępne, być może warto pobrać wymazy i wysuszyć je następnie na wolnym powietrzu. Próbki te można potem wykorzystać dla potrzeb testów DNA. Nasienie nadaje się do badania przez okres pięciu dni od chwili pobrania wymazu z pochwy i do trzech dni w przypadku pobrania próbki z odbytu. Należy zastosować

⁹⁰ Patrz J. Howitt i D. Rogers, Adult sexual offences and related matters, W.D.S. McLay (red.), *Journal of Clinical Forensic Medicine*, Londyn, Greenwich Medical Media, 1996, s. 193-218.

restrykcyjne środki ostrożności, aby uniknąć zarzutów zanieczyszczenia próbek w przypadku, gdy są one pobierane od kilku ofiar, szczególnie zaś, gdy pobierane są od domniemych sprawców. Należy zapewnić pełną ochronę i udokumentowanie łańcucha dowodowego dla wszystkich próbek.

(c) *Badanie po upływie określonego czasu*

223. Jeżeli akt przemocy miał rzekomo miejsce tydzień wcześniej lub dawniej, a u ofiary nie stwierdzono śladów w postaci wybroczyn lub podbiegnięć krwawych, nie trzeba spieszyć się aż tak bardzo z badaniem narządów rodnych. Można poświęcić odpowiednio dużo czasu na poszukiwania osoby o najlepszych kwalifikacjach w celu udokumentowania materiałów dowodowych oraz jak najlepszego miejsca badania. Korzystne może okazać się sfotografowanie zmian, które są nadal widoczne, o ile jest taka możliwość.

224. Należy podać opisane wyżej informacje wprowadzające, następnie zaś przedstawić przebieg badania i dokumentację na poparcie wniosków ogólnych. W przypadku kobiet, które urodziły dzieci przed doznaniem przemocy, a w szczególności tych, które urodziły dzieci później, objawy patognostyczne raczej nie występują, jakkolwiek doświadczony lekarz płci żeńskiej jest w stanie wywnioskować wiele z zachowania kobiety zdającej relację o swoich przeżyciach.⁹¹ Może minąć sporo czasu, zanim osoba badana zdecyduje się mówić o tych aspektach tortur, które uważa za najbardziej wstydlive. Podobnie pacjenci mogą dążyć do odsuwania w czasie najbardziej intymnych części badania do chwili przeprowadzenia konsultacji, jeśli czas i okoliczności na to pozwalają.

(d) *Dalsza obserwacja*

225. Wiele chorób zakaźnych może stać się następstwem przemocy seksualnej – należą do

nich choroby przenoszone drogą płciową w rodzaju rzeżączki, chlamydii, syfilisu, HIV, żółtaczk zakaźnej typu B i C, zakażeń opryszczkowych, kłykcin kończystych, zapalenia sromu i pochwy w związku z przemocą seksualną w rodzaju rzęsistkowicy, drożdżycy pochwy, *Gardnerella vaginitis* i owsików ludzkich, jak również zakażeń układu moczowego.

226. W każdym przypadku przemocy seksualnej należy zlecić odpowiednie badania laboratoryjne i leczenie. Jeśli doszło do zakażenia rzeżączką lub chlamydia, na potrzeby badania należy uwzględnić co najmniej możliwość jednoczesnego zakażenia odbytu lub części ustnej gardła. Należy pobrać kultury bakterii i wykonać testy serologiczne i zaordynować odpowiednie leczenie. Dysfunkcje seksualne to częsty problem w przypadku ofiar przemocy seksualnej, szczególnie tych, które doświadczyły tortur albo gwałtu, ale nie wyłącznie. Objawy mogą mieć charakter fizyczny lub psychologiczny, możliwe jest także ich współwystępowanie. Należą do nich:

- i. Awersja do przedstawicieli płci przeciwnej lub obniżone zainteresowanie aktywnością seksualną.
- ii. Obawa przed aktywnością seksualną i tym, że partner może dowiedzieć się, że ofiara została wykorzystana seksualnie lub lęk przed dysfunkcją seksualną. Sprawcy tortur mogą grozić taką dysfunkcją i wzbudzać w mężczyznach, którzy padli ofiarą gwałtu analnego, lęk przed homoseksualizmem. Niektórzy mężczyźni heteroseksualni doznają erekcji, a niekiedy także ejakulacji w trakcie wymuszonego stosunku analnego. Należy zapewnić ich, że jest to zwykła reakcja psychologiczna.
- iii. Niezdolność do zaufania partnerowi seksualnemu.
- iv. Zaburzenia podniecenia seksualnego i erekcji.

⁹¹ G. Hinshelwood, *Gender-based persecution*, Toronto, spotkanie grupy eksperckiej ONZ w sprawie prześladowań ze względu na płeć, 1997.

- v. Dyspareunia – bolesny stosunek płciowy u kobiet lub bezpłodność z powodu chorób przenoszonych drogą płciową, urazów narządów płciowych lub źle przeprowadzonej aborcji w przypadku ciąży będącej wynikiem gwałtu.

(e) *Badanie narządów płciowych kobiet*

227. W wielu kulturach, penetracja pochwy kobiety, która jest dziewicą, przy pomocy jakiegokolwiek przyrządu, w tym wziernika, palca lub szpatułki, jest niedopuszczalna. Jeżeli kobieta jest w stanie przedstawić jednoznaczne dowody, że została zgwałcona, wyłącznie na podstawie oględzin zewnętrznych, przeprowadzenie pełnego badania ginekologicznego nie musi być konieczne. Wyniki badania narządów płciowych mogą obejmować:

- i. Niewielkie skaleczenia lub ślady rozerwania sromu. Mogą one mieć postać ostrą, a ich przyczyną może być nadmierne rozciągnięcie. Zwykle goją się w pełni, ale w przypadku wielokrotnych urazów mogą pozostawić blizny.
- ii. Otarcia narządów płciowych. Otarcia mogą być spowodowane przez kontakt z ostrymi przedmiotami, paznokciami lub pierścieniami.
- iii. Skaleczenia pochwy. Występują rzadko, ale mogą być związane z zanikiem tkanki lub przeprowadzonym zabiegiem. Nie można odróżnić ich od skaleczeń spowodowanych wprowadzeniem do pochwy ostrych przedmiotów.

228. Rzadko zdarza się, aby udało się zgromadzić dowody w wyniku badania genitaliów kobiecych po upływie więcej niż tygodnia od gwałtu. Później, gdy kobieta prowadzi aktywne życie seksualne, dobrowolnie lub też nie, lub gdy urodzi dziecko, wykrycie śladów spowodowanych przez akty przemocy staje się praktycznie niemożliwe. Dlatego też najistotniejszym elementem badania lekarskiego może być

dokonana przez przeprowadzającego badanie ocena przekazanych przez kobietę informacji (na przykład, zbieżności jej zeznań i zaobserwowanych urazów) oraz zachowania kobiety, z uwzględnieniem kontekstu kulturowego jej doświadczeń.

(f) *Badanie narządów płciowych mężczyzn*

229. Mężczyźni, którzy są ofiarą tortur o charakterze seksualnym i doznali urazów w obrębie genitaliów w rodzaju miażdżenia, skręcania lub pociągania za mosznę lub urazów bezpośrednio w tym obszarze, z reguły skarżą się na ból i czułość w fazie ostrej. Przekrwienie, widoczny obrzęk i wybroczyny to często spotykane objawy. Mocz może zawierać dużą liczbę erytrocytów i leukocytów. W przypadku stwierdzenia guza, należy określić, czy jest to wodniak, krwiak lub przepuklina pachwinowa. W przypadku przepukliny, przeprowadzający badanie nie wyczuje powrózka nasiennego powyżej guza za pomocą badania palpacyjnego. Jeśli w grę wchodzi wodniak lub krwiak, struktury powrózka nasiennego są z reguły normalnie wyczuwalne powyżej guza w badaniu palpacyjnym. Wodniak powstaje w efekcie nadmiernego nagromadzenia płynu w osłonce pochwowej jądra z powodu stanu zapalnego jąder i przydatków lub ograniczenia odprowadzania płynu w związku z niedrożnością naczyń limfatycznych lub żył powrózka lub przestrzeni pozaotrzewnowej. Krewiaki powstają w wyniku nagromadzenia krwi wewnątrz osłonki pochwowej jądra na skutek urazu. W przeciwieństwie do wodniaka, w tym wypadku nie występuje objaw transiluminacji.

230. Skręcenie jąder także może być wynikiem urazu moszny. Uraz ten powoduje skręcenie jądra u podstawy i zablokowanie przepływu krwi do jądra. Przysparza to badanemu dotkliwego bólu i jest przyczyną obrzęku; stan taki kwalifikuje badanego do natychmiastowej interwencji chirurgicznej. W przeciwnym razie może dojść do zawału tkanki jądra. W przypadku więźniów, którzy nie mają dostępu do opieki medycznej, można zaobserwować następstwa tego urazu.

231. Osoby, które poddano torturom związanym z urazami moszny mogą cierpieć na przewlekłą infekcję układu moczowego, zaburzenia erekcji lub atrofię jąder. Często występują u nich objawy PTSD. W fazie przewlekłej odróżnienie stanu patologicznego moszny, spowodowanego przez tortury, od następstw innych procesów chorobowych, może okazać się niemożliwe. Brak objawów jakichkolwiek odchyień od normy podczas pełnego badania urologicznego wskazuje, że zaburzenia funkcjonowania układu moczowego, impotencję lub inne zaburzenia seksualne można tłumaczyć przyczynami psychologicznymi. Blizny na skórze moszny i penisa mogą być niezwykle trudno dostrzegalne. Z tego powodu, braku blizn w tych miejscach nie traktuje się jako dowodu, że dana osoba nie była torturowana. Z drugiej strony, obecność blizn świadczy z reguły o przebyciu poważnych urazów.

(g) Badanie odbytu

232. W przypadku gwałtu analnego lub wprowadzania przedmiotów do odbytu ofiary bez względu na jej płć, ból i krwawienie mogą utrzymywać się przez szereg dni lub tygodni. Często prowadzi to do zaparc, spotęgowanych dodatkowo złym odżywianiem. Mogą też wystąpić zaburzenia pracy układu żołądkowo-jelitowego oraz moczowego. W fazie ostrej, przeprowadzenie badania innego niż oględziny może wymagać znieczulenia miejscowego lub ogólnego; badanie powinien przeprowadzić specjalista. W fazie przewlekłej, niektóre objawy mogą się utrzymywać; należy starannie je przeanalizować. Szczeliny odbytu mogą utrzymywać się przez wiele lat, na ogół jednak nie sposób stwierdzić, czy są one wynikiem stosowania tortur, czy też innych procesów. Przy badaniu odbytu należy zwrócić uwagę na następujące aspekty:

- i. Szczeliny mogą mieć charakter niespecyficzny, ponieważ występują też w wielu "zwykłych" sytuacjach (zaparcia, brak higieny). Jednakże, w stanie ostrym (w ciągu 72 godzin od wystąpienia) są zjawiskiem bardziej specyficznym i można uznać je za dowód penetracji.

- ii. Możliwe jest zaobserwowanie rozdarć odbytu, z krwawieniem lub bez.
- iii. Nieregularne fałdy odbytu mogą przybrać postać blizn w kształcie wachlarza. Jeżeli odbiegają one od linii środkowej (tzn. od wskazania na godzinę 12.00 lub 6.00), mogą być świadectwem, że doszło do urazu w wyniku penetracji.
- iv. Wyrośla odbytu, które mogą być następstwem procesu gojenia.
- v. Ropna wydzielina z odbytu. Należy pobrać wymaz w celu przebadania wydzieliny pod kątem rzeżączki i chlamydii, jeśli zachodzi podejrzenie, że doszło do penetracji analnej, bez względu na to, czy zauważono wydzielinę, czy też nie.

E. Wspecjalizowane testy diagnostyczne

233. Badania diagnostyczne nie są kluczowym elementem oceny klinicznej osoby, która utrzymuje, że była torturowana. W wielu przypadkach wystarczające okazują się badania fizykalne i wywiad. Jednakże w niektórych okolicznościach badania dostarczają istotnych danych dowodowych. Na przykład, w przypadku dochodzenia przeciwko przedstawicielom władz lub wniosku o odszkodowanie. W takich wypadkach, pozytywny wynik badania może zadecydować o wyniku postępowania. Dodatkowo, jeśli badania diagnostyczne przeprowadzono ze względu na wdrażane leczenie, wyniki należy uwzględnić w sprawozdaniu z badania klinicznego. Należy pamiętać, że brak pozytywnego wyniku badania nie może zostać wykorzystany jako argument, sugerujący, że tortury nie miały miejsca. Istnieje wiele sytuacji, w których testy diagnostyczne nie są dostępne ze względów technicznych, ich brak jednakże nie powinien decydować o unieważnieniu prawidłowo pod innymi względami sporządzonego raportu. Wykorzystywanie ograniczonych narzędzi diagnostycznych w celu udokumentowania urazów wyłącznie dla celów prawnych jest niewłaściwe, jeżeli mogą one mieć większe znaczenie ze względów klinicznych (aby uzyskać więcej informacji, patrz aneks II).

ROZDZIAŁ VI

PSYCHOLOGICZNE DOWODY STOSOWANIA TORTUR

A. Uwagi ogólne

1. Kluczowa rola oceny psychologicznej

234. Powszechnie uważa się, że tortury są nadzwyczajnym doświadczeniem życiowym, które może stać się przyczyną różnorodnych cierpień natury fizycznej i psychicznej. Większość klinicystów i badaczy jest zdania, że ekstremalny charakter tortur sam w sobie powoduje następstwa dla stanu umysłowego i emocjonalnego ofiary, bez względu na jej stan psychiczny w okresie poprzedzającym tortury. Następstwa psychologiczne tortur występują jednakże w kontekście ich osobistego postrzegania, rozwoju osobowości oraz czynników społecznych, politycznych i kulturowych. Z tego powodu nie można zakładać, że wszystkie rodzaje tortur prowadzą do tych samych skutków. Na przykład, konsekwencje pozorowanej egzekucji nie są takie same, jak skutki przemocy seksualnej, a izolacji i odosobnienia nie można porównywać z torturami fizycznymi. Co za tym idzie, nie należy zakładać, że skutki przetrzymywania w więzieniu lub areszcie oraz zadawania tortur w wypadku osób dorosłych będą takie same, jak w wypadku dzieci. Tym niemniej, istnieją określone objawy i reakcje psychologiczne, które odnotowuje się z pewną regularnością wśród ofiar.

235. Sprawcy często próbują usprawiedliwiać swoje działania – zadawanie tortur i okrutne traktowanie – koniecznością gromadzenia informacji. Założenie to przesłania faktyczny cel tortur i ich zamierzonych skutków. Jednym z podstawowych celów tortur jest sprowadzenie ofiary do pozycji absolutnej bezradności i cierpienia, która może doprowadzić do zaburzenia funkcji poznawczych, emocjonalnych

i behawioralnych.⁹² Tortury są więc metodą zaatakowania podstawowych elementów funkcjonowania psychologicznego i społecznego ofiary. W takich okolicznościach, sprawca dąży nie tylko do fizycznego ubezwłasnowolnienia ofiary, ale również do zniszczenia jej osobowości. Próbuje pozbawić ofiarę poczucia zakorzenienia w życiu rodzinnym i społecznym jako istoty ludzkiej posiadającej marzenia, nadzieje i aspiracje na przyszłość. Poprzez dehumanizację i złamanie woli ofiary, sprawcy dają straszliwy przykład tym, którzy w przyszłości zetkną się z ofiarą. W ten sposób są w stanie złamać wolę i poczucie integralności całych społeczności. Dodatkowo, tortury mogą przyczynić się w bardzo dużym stopniu do zniszczenia intymnych relacji pomiędzy małżonkami, rodzicami, dziećmi, innymi członkami rodziny, a także stosunków pomiędzy ofiarą a społecznością, do której przynależy.

236. Należy zauważyć, że nie u każdej osoby tortury powodują możliwą do zdiagnozowania chorobę psychiczną. Jednakże, wiele ofiar doświadcza niezwykle silnych reakcji emocjonalnych i objawów psychologicznych. Podstawowym zaburzeniem psychicznym, związanym z torturami jest PTSD oraz depresja. Jakkolwiek zaburzenia te są obecne wśród ogółu populacji, występują one dużo częściej wśród ofiar traumatycznych przeżyć. Wyjątkowe implikacje kulturowe, społeczne i polityczne tortur dla poszczególnych ofiar mają wpływ na zdolność danej osoby do opisanego tortur i rozmawiania o nich. Są to istotne czynniki, które determinują skutki psychologiczne i społeczne tortur, co należy brać pod uwagę podczas

⁹² Fischer i N. F. Gurriss, *Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung*, [w:] W. Senf i M. Broda, (red.), *Praxis der Psychotherapie–Einintegratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*, Stuttgart, Thieme, 1996.

oceny osoby należącej do innego kręgu kulturowego. Badania międzykulturowe wskazują, że w próbach oceny zaburzeń psychologicznych lub psychiatrycznych najlepiej sprawdzają się metody fenomenologiczne oraz opisowe. To, co uznaje się za zaburzenie zachowania lub chorobę w jednej kulturze, nie musi być postrzegane jako patologia także w innej.^{93,94,95} Od czasu drugiej wojny światowej poczyniono ogromne postępy w rozumieniu psychologicznych następstw przemocy. Niektóre objawy psychologiczne, jak i grupy objawów odnotowano i udokumentowano wśród ofiar tortur i innych rodzajów przemocy.

237. W ostatnich latach, PTSD diagnozuje się u coraz większej liczby osób, które są ofiarą różnych rodzajów przemocy. Jednakże w kulturach innych niż zachodnia kategoria taka nie występuje. Tym niemniej, statystyki wskazują, że wśród dotkniętych traumatycznymi przeżyciami grup uchodźców z różnych środowisk etnicznych i kulturowych, wskaźniki PTSD i depresji są wysokie.^{96,97,98} Światowa Organizacja Zdrowia przeprowadziła międzykulturowe badanie depresji, które stało się źródłem niezwykle użytecznych informacji.⁹⁹ Jakkolwiek niektóre objawy są wspólne dla różnych kultur, niekoniecznie są to akurat te, które wywierają na daną osobę największy wpływ.

⁹³ A. Kleinman, *Anthropology and psychiatry: the role of culture incross-cultural research on illness and care*, esej wygłoszony podczas sympozjum regionalnego Światowego Stowarzyszenia Psychiatrów w sprawie psychiatrii i jej dziedzin pokrewnych, 1986.

⁹⁴ H. T. Engelhardt, The concepts of health and disease, [w:] H. T. Engelhardt i S. F. Spicker (red.), *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, Dordrecht, D. Reidel Publishing Co., 1975, s. 125-141.

⁹⁵ J. Westermeyer, Psychiatric diagnosis across cultural boundaries, *American Journal of Psychiatry*, tom 142 (7) (1985), s. 798-805.

⁹⁶ R. F. Mollica i inni, The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, tom 270 (1993), s. 581-586.

⁹⁷ J. D. Kinzie i inni., The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees, *American Journal of Psychiatry*, tom 147 (7) (1990), s. 913-917.

⁹⁸ K. Allden i inni, Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile, *American Journal of Public Health*, tom 86 (1996), s. 1561-1569.

⁹⁹ N. Sartorius, Cross-cultural research on depression, *Psychopathology*, tom 19 (2) (1987), s. 6-11.

2. Kontekst oceny psychologicznej

238. Ocena psychologiczna przygotowywana jest w różnym klimacie politycznym. Skutkuje to wystąpieniem istotnych różnic pod względem sposobu jej przeprowadzania. Lekarz lub psycholog musi zaadaptować przedstawione tu wytyczne do konkretnej sytuacji i celu oceny (patrz rozdział III, sekcja C.2).

239. To, czy należy zadać dane pytanie, czy też nie, jest uzależnione od takich czynników, jak możliwość zapewnienia ofierze poufności informacji oraz bezpieczeństwa. Na przykład, wizyta lekarza w więzieniu, ograniczona czasowo do 15 minut, nie może przebiegać według tego samego schematu, co analiza sądowa przeprowadzona w prywatnym biurze mogąca potrwać kilka godzin. Dodatkowe problemy pojawiają się, gdy próbujemy ocenić, czy określone objawy lub zachowania mają charakter patologiczny, czy wynikają z konieczności przystosowania się. Kiedy osoba badana znajduje się w areszcie lub więzieniu bądź żyje w poczuciu nieustającego zagrożenia represjami, niektóre objawy należy uznać za przejaw zdolności przystosowawczych. Na przykład, utrata zainteresowania aktywnością i uczucie izolacji lub wyobcowania może być zrozumiałe w przypadku osoby przetrzymywanej w odosobnieniu. Nadmierna podejrzliwość i unikanie mogą być konieczną strategią, przyjętą przez osoby przebywające w represyjnym otoczeniu.¹⁰⁰ Fakt, że przeprowadzeniu wywiadu towarzyszą określone ograniczenia, nie wyklucza jednak dążenia do spełnienia zaleceń, opisanych w niniejszym podręczniku. Gdy warunki są trudne, jest sprawą szczególnie istotną, aby rządy i władze dążyły do utrzymania opisanych tu standardów w jak największym stopniu.

¹⁰⁰ M. A. Simpson, What went wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa, [w:] R. J. Kleber, C. R. Figley, B. P. R. Gersons, (red.), *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*, New York, Plenum Press, 1995, s. 188-210.

B. Następstwa psychologiczne tortur

1. Uwagi wstępne

240. Zanim przystąpimy do technicznego opisu objawów i klasyfikacji chorób psychicznych, należy powiedzieć, że klasyfikacje te uznaje się zasadniczo za produkt medycyny Zachodu, a ich zastosowanie do społeczeństw spoza zachodniego kręgu kulturowego, nastęrcza pewnych trudności jawnych i domniemanych. Można dowodzić, że kultura Zachodu padła ofiarą nadmiernej medykalizacji procesów psychologicznych. Przekonanie, że cierpienia emocjonalne są zaburzeniem, zakorzenionym w osobowości i charakteryzują się szeregiem typowych objawów mogłoby okazać się nie do przyjęcia dla wielu osób pochodzących ze społeczeństw innych niż zachodnie. Tym niemniej, istnieją silne dowody, że PTSD wiąże się z określonymi zmianami biologicznymi; z tej perspektywy, PTSD jest zespołem możliwym do zdiagnozowania i leczenia zarówno pod kątem biologicznym, jak i psychologicznym.¹⁰¹ O ile to możliwe, lekarz lub psycholog oceniający powinien próbować odnieść się do cierpienia emocjonalnego w kontekście przekonań i norm kulturowych ofiary. W założeniu tym mieści się poszanowanie dla kontekstu politycznego, jak również dla przekonań kulturowych i religijnych. Zważywszy na dotkliwe skutki tortur, podczas oceny psychologicznej należy przyjąć strategię świadomego uczenia się, a nie pochopnego diagnozowania i klasyfikowania. W warunkach idealnych, postawa taka powinna przemówić do badanego, przekonując go, że jego skargi zostały wysłuchane, a cierpienia, jakich doznał, za wiarygodne w sytuacji, w jakiej się on znajduje. W tym sensie, postawa nacechowana życzliwą empatią może przynieść ulgę osobom, które doświadczają wyobcowania.

¹⁰¹ M. Friedman J. Jaranson, The applicability of the posttraumatic stress disorder concept to refugees, [w:] A. Marsella i inni (red.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, Waszyngton, D. C., Amerykańskie Stowarzyszenie Psychologów, 1994, s. 207-227.

2. Typowe reakcje psychologiczne

(a) Ponowne przeżywanie traumy

241. Ofiara może mieć przebliski lub natrętne wspomnienia, w których przeżywa wciąż na nowo traumatyczne zdarzenia, także na jawie, lub też w formie powracających koszmarów, zawierających elementy traumatycznych zdarzeń w ich formie pierwotnej lub symbolicznej. Niepokój, związany z konfrontacją z sytuacją, która przypomina ofierze o przebytych urazach, jest często manifestowany podejrzliwością i strachem przed osobami reprezentującymi władzę, w tym także przed lekarzami i psychologami. W krajach, gdzie organy państwowe naruszają praw człowieka, nieufność i strach przed władzą nie powinny zostać uznane za patologię.

(b) Unikanie i odrętwienie emocjonalne

- i. Unikanie myśli, rozmów, działań, miejsc lub osób, które budzą wspomnienia o przebytym urazie;
- ii. całkowite wytłumienie emocji;
- iii. całkowite odizolowanie i wycofanie społeczne;
- iv. niezdolność przypomnienia sobie istotnych aspektów przebytego urazu.

(c) Nadmierne pobudzenie

- i. Trudności z zasypianiem, zbyt wczesne budzenie się;
- ii. poirytowanie lub ataki złości;
- iii. trudności z koncentracją;
- iv. nadmierna podejrzliwość i czujność;
- v. ogólny lęk;
- vi. skrócenie oddechu, pocenie się, suchość w ustach lub zawroty głowy i zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

(d) *Objawy depresji*

242. Mogą wystąpić następujące objawy depresji: zły nastrój, anhedonia (znaczący spadek zainteresowania lub zdolności odczuwania przyjemności), zaburzenia apetytu lub utrata wagi, bezsenność lub nadmierna senność, pobudzenie psychomotoryczne lub spowolnienie, uczucie zmęczenia i utrata energii, uczucie bezwartościowości i nadmierne poczucie winy, trudności ze skupieniem uwagi, koncentracją lub przypominaniem, myśli o śmierci i umieraniu, myśli lub próby samobójcze.

(e) *Zaburzenie postrzegania siebie i własnych perspektyw na przyszłość*

243. Ofiara ma subiektywne poczucie, że została nieodwracalnie zniszczona i przeszła nieodwracalną zmianę osobowości.¹⁰² Ma poczucie braku perspektyw na przyszłość, nie planuje kariery, małżeństwa, posiadania dzieci ani normalnego życia.

(f) *Rozszczepienie osobowości, depersonalizacja i zachowania nietypowe*

244. Rozszczepienie osobowości to zakłócenie w procesie integrowania świadomości, postrzegania siebie, pamięci i działań. Osoba, której proces ten dotyczy, może być nieświadoma niektórych swoich działań lub czuje się rozdarta, jakby obserwowała siebie z dystansu. Depersonalizacja to uczucie oderwania od samego siebie lub od swego ciała. Problemy związane z kontrolowaniem impulsów prowadzą do zachowań, które dana osoba uważa za wysoce nietypowe w odniesieniu do własnej osobowości sprzed wystąpienia urazu. Osoba, która była dotąd ostrożna, teraz może np. angażować się w działania obarczone dużym ryzykiem.

¹⁰² N. R. Holtan, How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care, [w:] J. M. Jaranson and M. K. Popkin, (red.), *Caring for Victims of Torture*, Washington, D. C., American Psychiatric Press, 1998, s. 107-113.

(g) *Objawy somatyczne*

245. Objawy somatyczne, takie, jak ból, ból głowy lub inne dolegliwości, którym towarzyszy obiektywna przyczyna lub też nie, to problem, z którym boryka się wiele ofiar tortur. Ból może być jedynym widocznym objawem, miejsce odczuwania bólu może ulegać zmianie, podobnie, jak jego intensywność. Objawy somatyczne mogą być bezpośrednio związane z fizycznymi następstwami tortur lub też mogą mieć źródło psychologiczne. Na przykład, ból może być bezpośrednim skutkiem tortur lub też może mieć podłoże psychologiczne. Ból głowy to objaw występujący niezwykle często u ofiar tortur, który często prowadzi do przewlekłego bólu pourazowego. Przyczyną lub czynnikiem powodującym nasilenie tego objawu może być napięcie i stres.

(h) *Zaburzenia seksualne*

246. Zaburzenia seksualne to objaw, który występuje często u ofiar tortur, szczególnie tych, które przeżyły torturowane na tle seksualnym lub były zgwałcone, ale nie wyłącznie (patrz rozdział V, sekcja D.8).

(i) *Psychoza*

247. Różnice kulturowe i językowe można pomylić z objawami psychozy. Zanim uznamy, że dana osoba cierpi na psychozę, należy ocenić objawy w kontekście kulturowym osoby badanej. Reakcje psychotyczne mogą mieć charakter chwilowy lub utrzymywać się przez dłuższy okres. Objawy mogą pojawić się, gdy ofiara przebywa w zamknięciu i jest torturowana lub później. Można stwierdzić występowanie następujących symptomów:

- i. urojenia;
- ii. omamy słuchowe, wzrokowe, dotykowe i węchowe;
- iii. dziwaczne wyobrażenia i zachowania;
- iv. złudzenia lub zniekształcenia percepcji, które mogą przyjąć postać pseudo-omamów i graniczny

z prawdziwymi psychozami. Zniekształcenia percepcji i omamy, które występują, gdy dana osoba zasypia lub budzi się, zdarzają się często wśród ogółu populacji i nie są wyznacznikiem psychozy. Niektóre ofiary tortur twierdzą, że zdarza im się słyszeć krzyki, wydaje im się, że ktoś je woła lub widzą cienie, nie wykazują jednak w pełni rozwiniętych objawów psychozy;

- v. paranoja lub urojenia prześladowcze;
- vi. nawracające zaburzenia psychotyczne lub zaburzenia nastroju z cechami psychozy mogą rozwinąć się u osób, które w przeszłości miały problemy psychiczne. Osoby, u których zdiagnozowano w przeszłości chorobę dwubiegunową, nawracającą depresję dużą z cechami psychozy, schizofrenię lub zaburzenie schizoafektywne mogą doświadczyć epizodu tej choroby.

(j) *Uzależnienia*

248. Uzależnienie od alkoholu lub narkotyków często pojawia się w następstwie przeżytych tortur jako metoda łagodzenia traumatycznych wspomnień, regulowania afektu i radzenia sobie z uczuciem lęku.

(k) *Zaburzenia neuropsychologiczne*

249. Tortury mogą spowodować urazy fizyczne, które stają się przyczyną zaburzeń funkcjonowania mózgu o różnym nasileniu. Uderzenia w głowę, duszenie i długotrwałe niedożywienie mogą mieć długofalowe skutki neurologiczne i neuropsychologiczne, których niekiedy nie da się wychwycić podczas wstępnego badania lekarskiego. Tak, jak inne zaburzenia funkcji mózgu, nie są one wykrywalne dzięki technikom obrazowania czy innym procedurom diagnostycznym, dlatego też ocena neuropsychologiczna i testy w tym zakresie mogą okazać się jedyną metodą udokumentowania następstw takich zaburzeń. Często zdarza się, że objawy docelowe takiej oceny nakładają się w dużym stopniu z objawami PTSD i dużej depresji.

Wahania lub zaburzenia świadomości, orientacji, uwagi, koncentracji, pamięci i funkcji wykonawczych może być skutkiem zaburzeń funkcjonalnych, jak również przyczyn organicznych. Dlatego też ocena neuropsychologiczna wymaga specjalistycznych umiejętności, jak również wiedzy na temat problemów walidacji międzykulturowej instrumentów neuropsychologicznych (patrz sekcja C.4 poniżej).

3. *Klasyfikacja diagnoz*

250. Jakkolwiek podstawowe objawy i zaburzenia, obserwowane u ofiar tortur są niezwykle zróżnicowane w zależności od doświadczeń życiowych oraz kontekstu kulturowego, społecznego i politycznego, prowadzący wywiad powinni zapoznać się z najczęściej diagnozowanymi zaburzeniami wśród osób, które przeżyły urazy i tortury. Często zdarza się, że u takich osób diagnozuje się więcej niż jedno zaburzenie psychiczne ze względu na znaczącą liczbę współistniejących zaburzeń umysłowych, związanych z przeżywanymi torturami. Nierzadko zdarza się, że objawy są klasyfikowane wg kategorii zaburzeń lękowych i zaburzeń nastroju. Dwa istotne systemy klasyfikacji to Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (ICD-10),¹⁰³ obejmująca zaburzenia umysłowe i behawioralne, oraz dokument Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrów *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*.¹⁰⁴ Aby uzyskać wyczerpujący opis kategorii diagnostycznych, czytelnik powinien zapoznać się z treścią ICD-10 i DSM-IV. Niniejszy przegląd koncentruje się na najczęściej spotykanych diagnozach, związanych z przeżywaną traumą: są to PTSD, depresja endogenna i trwałe zmiany osobowości.

¹⁰³ Światowa Organizacja Zdrowia, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, Genewa, 1994.

¹⁰⁴ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*, wyd. 4, Washington, D.C., 1994.

(a) *Zaburzenia depresyjne*

251. Stany depresyjne są wśród ofiar tortur powszechne. W kontekście oceny następstw stosowania tortur, nie można założyć, że PTSD i depresja endogenna to dwie odrębne kategorie o całkowicie różnej etiologii. Zaburzenia depresyjne to między innymi depresja endogenna, depresja epizodyczna i nawracająca (więcej niż jeden epizod). Zaburzeniom depresyjnym mogą, ale nie muszą towarzyszyć objawy psychozy, katatonii, melancholii lub objawy nietypowe. Wg DSM-IV, aby zdiagnozować epizod depresji endogennej, należy rozpoznać pięć lub więcej spośród następujących objawów, które muszą wystąpić w ciągu tego samego okresu dwóch tygodni w charakterze zmiany w stosunku do dotychczasowego trybu funkcjonowania (co najmniej jednym z tych objawów musi być obniżenie nastroju lub utrata zdolności do odczuwania przyjemności.): (1) obniżony nastrój; (2) znaczny spadek zainteresowania lub zdolności do odczuwania przyjemności w związku z wszystkimi lub niemal wszystkimi działaniami; (3) utrata wagi lub zmiana apetytu; (4) bezsenność lub nadmierna senność; (5) pobudzenie lub spowolnienie psychomotoryczne; (6) zmęczenie lub spadek energii (7) poczucie braku własnej wartości lub nadmierne bądź nieadekwatne poczucie winy; (8) zmniejszona zdolność do myślenia lub koncentracji; oraz (9) nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie. W celu postawienia takiej diagnozy symptomy muszą zostać sklasyfikowane jako wyjątkowo niepokojące lub uniemożliwiające normalne funkcjonowanie społeczne lub zawodowe, nie mogą być wynikiem urazów fizycznych oraz nie mogą być stwierdzone w wyniku przeprowadzenia innej diagnozy DSM-IV.

(b) *Zespół stresu pourazowego*

252. Diagnoza najczęściej kojarzona z psychologicznymi następstwami tortur to PTSD. Niezwykle silny związek pomiędzy torturami a tą diagnozą utrwalił się w świadomości osób udzielających pomocy medycznej, organów zajmujących się sprawami imigracyjnymi oraz opinii publicznej. Doprowadziło to do powstania

mylnego przekonania, że PTSD jest głównym psychologicznym następstwem tortur.

253. Definicja PTSD ujęta w DSM-IV bazuje silnie na zaburzeniach pamięci w związku z urazem, w rodzaju natrętnych wspomnień, koszmarów sennych i niezdolności do przypomnienia sobie istotnych aspektów przebytej traumy. Badany może nie być w stanie przywołać w pamięci istotnych szczegółów, dotyczących tortur, ale jest w stanie przypomnieć sobie podstawowe motywy przewodnie, związane z tymi doświadczeniami. Na przykład, ofiara może pamiętać, że została kilkakrotnie zgwałcona, nie jest jednak w stanie podać dokładnych dat, miejsc ani szczegółowych informacji dotyczących otoczenia czy sprawców. W takich okolicznościach, niezdolność do zrekonstruowania szczegółów wydarzenia raczej potwierdza wiarygodność ofiary, zamiast ją dyskredytować. Motywy przewodnie relacji są konsekwentnie powtarzane podczas kolejnych przesłuchań. Diagnoza PTSD wg ICD-10 jest bardzo zbliżona do podanej w DSM-IV. Według DSM-IV, PTSD może występować w postaci ostrej, przewlekłej lub opóźnionej. Objawy muszą utrzymywać się przez ponad miesiąc, a zaburzenia są źródłem silnego niepokoju lub zaburzeń funkcjonowania. Aby można było postawić diagnozę PTSD, pacjent musi spełniać kryterium przebycia traumatycznego wydarzenia, które obejmowało zagrożenie życia dla ofiary lub dla innych osób i spowodowało silny strach, uczucie bezradności lub przerażenia. Doświadczenie to musi być przeżywane w pamięci wielokrotnie na jeden lub wiele z następujących sposobów: natrętne, niepokojące wspomnienia dotyczące zdarzenia, nawracające niespokojne sny o zdarzeniu, działanie lub uczucie, jak gdyby zdarzenie powróciło, włącznie z omamami, przebłyskami pamięci i złudzeniami, silnym niepokojem towarzyszącym konfrontacji z elementami przypominającymi o zdarzeniu oraz reakcje fizjologiczne na kontakt z czynnikami przypominającymi lub symbolizującymi określone aspekty zdarzenia.

254. Ofiara musi konsekwentnie unikać bodźców związanych z traumatycznym przeżyciem lub okazywać ogólne osłabienie reakcji emocjonalnych, przejawiające się

występowaniem co najmniej trzech spośród następujących objawów: (1) próby unikania myśli, uczuć lub rozmów związanych z traumatycznym przeżyciem; (2) próby unikania zajęć, miejsc lub osób, które przypominają ofierze o przebytej traumie; (3) niezdolność do przywołania w pamięci istotnych aspektów zdarzenia; (4) spadek zainteresowania istotnymi działaniami; (5) izolowanie lub separowanie się emocjonalne; (6) spadek afektu; oraz (7) poczucie braku perspektyw na przyszłość. Podstawą dla zdiagnozowania PTSD na podstawie DSM-IV może być także uporczywe występowanie takich objawów, jak zwiększone podniecenie w porównaniu ze stanem ofiary przed traumatycznym zdarzeniem, stwierdzone na podstawie co najmniej dwóch spośród następujących objawów: trudności z zasypianiem lub częste mimowolne budzenie się, skłonność do irytacji i wybuchów złości, trudności z koncentracją, nadmierna podejrzliwość i reagowanie przesadnym przestraszaniem.

255. Objawy PTSD mogą mieć charakter przewlekły lub podlegać wahaniom w dłuższych okresach czasu. W niektórych przedziałach czasowych dominują nadmierne pobudzenie i skłonność do irytacji. W tym czasie, pacjent doświadcza z reguły nasilenia natrętnych wspomnień, koszmarów sennych i przeblysków pamięci. W innych okresach, objawy wydają się ustępować, a pacjent sprawia wrażenie wycofanego lub wyciszonego emocjonalnie. Należy pamiętać, że niespełnienie kryteriów diagnostycznych PTSD nie oznacza, że dana osoba nie padła ofiarą tortur. Wg ICD-10, w części przypadków PTSD przybiera postać przewlekłą, trwającą przez wiele lat, przerażając się stopniowo w trwałą przemianę osobowości.

(c) *Trwała zmiana osobowości*

256. Po przeżyciu katastrofy lub długotrwałego, niezwykle silnego stresu, zaburzenia osobowości osoby dorosłej mogą wystąpić u osoby, u której nigdy wcześniej ich nie zdiagnozowano. Rodzaje stresu, które mogą doprowadzić do zmiany osobowości, to m.in. pobyt w obozie koncentracyjnym,

doświadczenie klęski żywiołowej, długotrwałe przetrzymywanie w odosobnieniu, czemu towarzyszy niebezpieczeństwo utraty życia, sytuacje zagrożenia życia w rodzaju aktów terroryzmu i tortur. Wg ICD-10, diagnoza trwałej zmiany osobowości powinna zostać postawiona wyłącznie, jeśli istnieją dowody na wystąpienie definitywnej, istotnej i trwałej zmiany sposobu, w jaki dana osoba postrzega, traktuje i analizuje otoczenie i siebie samą, związanej z utrwalonymi wzorcami nieadaptacyjnych zachowań, których nie obserwowano przed traumatycznymi doświadczeniami. Diagnoza wyklucza zmiany, które są objawem innych zaburzeń umysłowych lub zaburzeń zdiagnozowanych wcześniej, jak również zmian osobowości i zachowań z powodu dysfunkcji, uszkodzenia lub choroby mózgu.

257. Aby można było postawić diagnozę trwałej zmiany osobowości na podstawie ICD-10, zmiana taka musi utrzymywać się przez okres co najmniej dwóch lat po traumatycznych doświadczeniach. ICD-10 wskazuje, że stres musi być tak silny, że „nie jest konieczne uwzględnienie aspektu osobistej bezradności, aby wyjaśnić jego przemożny wpływ na osobowość”. Zmienioną osobowość cechuje postawa wrogości lub nieufności wobec świata, wycofanie społeczne, uczucie pustki lub beznadziei, utrwalone poczucie „życia na krawędzi”, w ciągłym stanie zagrożenia, i izolacja.

(d) *Uzależnienia*

258. Klinicyści są zdania, że uzależnienie od alkoholu lub narkotyków jest często występującym następstwem u ofiar tortur jako sposób radzenia sobie z traumatycznymi wspomnieniami, tłumienia nieprzyjemnych doznań i lęku. Jakkolwiek współistnienie PTSD i innych zaburzeń to częste zjawisko, w systematycznych badaniach poświęcono jak dotąd niewiele uwagi uzależnieniom ofiar tortur. Literatura dotycząca populacji chorych na PTSD może obejmować ofiary tortur, takie, jak uchodźcy, jeńcy wojenni i weterani konfliktów zbrojnych, a co za tym idzie, przyczynia się do rozwoju wiedzy w tej dziedzinie. Badania dotyczące tych grup wskazują, że wskaźnik uzależnień od alkoholu

i narkotyków jest zróżnicowany w zależności od pochodzenia etnicznego lub kulturowego. Byli jeńcy wojenni z PTSD są bardziej narażeni na uzależnienie, a u weteranów wojennych zaobserwowano wysoki wskaźnik współwystępowania PTSD

i uzależnień.^{105,106,107,108,109,110,111,112} Podsumowując, można stwierdzić że dane dotyczące innych populacji wskazują, iż uzależnienie od alkoholu lub narkotyków może współwystępować z PTSD wśród ofiar tortur.

(e) Inne diagnozy

259. Jak można jednoznacznie stwierdzić na podstawie opisanego w tej sekcji katalogu objawów, obok PTSD należy rozważyć także inne diagnozy takie jak duża depresja i trwałe zmiany osobowości. Inne potencjalne diagnozy to:

- i. zespół lęku uogólnionego, który charakteryzuje się przesadnym lękiem i niepokojem, związanym z szeregiem różnorodnych zdarzeń lub działań, napięciem mięśniowym i zwiększoną aktywnością układu autonomicznego;
- ii. zespół lęku napadowego, objawiający się nawracającymi, nieoczekiwanymi atakami intensywnego lęku lub uczucia dyskomfortu, któremu

towarzyszą takie objawy, jak pocenie się, dławienie, drżenie, zwiększona częstość akcji serca, zawroty głowy, mdłości, dreszcze lub uderzenia gorąca;

- iii. zespół ostrego stresu charakteryzuje się zasadniczo tymi samymi objawami, co PTSD, ale diagnozuje się go w ciągu miesiąca od wystąpienia traumatycznego zdarzenia;
- iv. zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, z objawami fizycznymi, których nie można uznać za spowodowane chorobą;
- v. zaburzenie dwubiegunowe z epizodami maniakalnymi lub hipomaniakalnymi, charakteryzującymi się podwyższeniem nastroju, ekspansywnością lub skłonnością do irytacji, pretensjonalnością, zmniejszoną potrzebą snu, gonitwą myśli, pobudzeniem psychomotorycznym i związanymi z tym objawami psychotycznymi;
- vi. zaburzenia związane z określonym schorzeniem w postaci zaburzeń funkcjonowania mózgu w zakresie orientacji, uwagi, koncentracji, pamięci i funkcjonowania;
- vii. fobie w rodzaju fobii społecznej czy agorafobii.

¹⁰⁵ P. J. Farias, Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample, *Culture, Medicine and Psychiatry*, tom 15 (1991), s. 167-192.

¹⁰⁶ A. Dadfar, The Afghans: bearing the scars of a forgotten war, A. Marsella i inni (red.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, Washington, D.C., American Psychological Association, 1994.

¹⁰⁷ G. W. Beebe, Follow-up studies of World War II and Korean war prisoners: II. Morbidity, disability, and maladjustments, *American Journal of Epidemiology*, tom 101 (1975), s. 400-422.

¹⁰⁸ B. E. Engdahl i inni, Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war, *American Journal of Psychiatry*, tom 155 (1998), s. 1740-1745.

¹⁰⁹ T. M. Keane and J. Wolfe, Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies, *Journal of Applied Social Psychology*, tom 20 (21) (1990), s. 1776-1788.

¹¹⁰ A. Kulka i inni, *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, New York, Brunner/Mazel, 1990.

¹¹¹ B. K. Jordan i inni, Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls, *Archives of General Psychiatry*, tom 48, Nr 3 (1991), s. 207-215.

¹¹² A. Y. Shalev, A. Bleich and R. J. Ursano, Posttraumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance, *Psychosomatics*, tom 31 (1990), s. 197-203.

C. Ocena psychologiczna/psychiatryczna

1. Względy etyczne i kliniczne

260. Ocena psychologiczna może stać się źródłem danych o kluczowym znaczeniu na temat przemocy stosowanej wobec ofiar tortur z różnych powodów: tortury często są przyczyną wystąpienia niezwykle destrukcyjnych objawów psychologicznych, metody stosowanych tortur stosowane są tak, aby nie pozostawić śladów na ciele, w związku z czym badanie fizykalne może prowadzić do wniosków potwierdzających lub wykluczających specyficzność obrażeń.

261. Ocena psychologiczna dostarcza użytecznych informacji w kontekście badań medycznych, wykonywanych dla celów analizy prawnej, w związku z wnioskami o status uchodźcy, ustaleniem warunków, w których mogło dojść do uzyskania fałszywych zeznań, zrozumienia regionalnych praktyk stosowania tortur, identyfikacji potrzeb ofiar w zakresie dalszego leczenia i pozyskania zeznań dla potrzeb dochodzenia w sprawach dotyczących naruszeń praw człowieka. Zasadniczym celem ogólnym oceny psychologicznej jest określenie stopnia zgodności pomiędzy zeznaniami domniemanej ofiary tortur a wynikami analizy psychologicznej, przeprowadzonej w ramach procesu oceny. W tym celu, ocena powinna obejmować szczegółowy opis historii choroby, badanie stanu umysłowego pacjenta, ocenę funkcjonowania społecznego oraz opis kliniczny (patrz rozdział III, sekcja C, i IV, sekcja E). W stosownych przypadkach ocena obejmuje diagnozę psychiatryczną. Ze względu na fakt, że u ofiar tortur występują liczne objawy zaburzeń psychologicznych, zdecydowanie zaleca się, aby badanie pod kątem stosowania tortur obejmowało także ocenę psychologiczną.

262. Ocena stanu psychicznego i diagnoza kliniczna powinny być formułowane z uwzględnieniem kontekstu kulturowego. Świadomość uwarunkowań kulturowych oraz idiomów, funkcjonujących w języku ojczystym ofiary, służących opisaniu objawów, ma zasadnicze znaczenie dla jakości wywiadu i diagnozy klinicznej oraz wniosków. Jeżeli prowadzący przesłuchanie nie zna kultury osoby badanej lub zna ją bardzo słabo, obecność tłumacza jest bezwzględnie konieczna. Tłumacz, pochodzący z tego samego kraju, co ofiara, powinien znać język, obyczaje, tradycje religijne i wierzenia, które trzeba wziąć pod uwagę podczas przesłuchania. Wywiad może wzbudzić strach i nieufność ofiary, przypominając jej o poprzednich przesłuchaniach. Aby złagodzić skutki ponownego przeżywania traumy, lekarz klinicysta powinien zapewnić badanemu, że rozumie jego przeżycia i kulturę. Stosowanie się do zasad „neutralności klinicznej”, która funkcjonuje w psychoterapii (zgodnie z jej założeniami, lekarz klinicysta mówi niewiele i nie wykazuje inicjatywy) jest w tym wypadku

niewłaściwe. Lekarz klinicysta powinien poinformować pacjenta, że jest jego sprzymierzeńcem i zapewnić mu życzliwe wsparcie, pozbawione cech osądu.

2. *Proces wywiadu*

263. Lekarz klinicysta powinien rozpocząć wywiad, wyjaśniając szczegółowo, jakie procedury zostaną wdrożone (pytania na temat historii psychospołecznej, włącznie z historią tortur, oraz na temat bieżącego stanu psychicznego), oraz przygotować pacjenta na fakt, że zadawane pytania mogą obudzić silne reakcje emocjonalne. Badany musi mieć możliwość poproszenia o przerwę, jak również przzerwania wywiadu w dowolnym momencie i opuszczenia pomieszczenia, jeśli stres stanie się zbyt silny oraz mieć możliwość umówienia się na ciąg dalszy wywiadu w innym terminie. Klinicysta musi okazywać wrażliwość i empatię podczas wywiadu, zachowując zarazem zdolność do obiektywnej oceny klinicznej. Jednocześnie prowadzący przesłuchanie musi mieć świadomość faktu, że reakcje ofiary i opisy tortur mogą mieć wpływ na jego percepcję i osąd.

264. Okoliczności wywiadu mogą przypominać badanemu o przesłuchaniach, przeprowadzanych przez sprawców tortur. Dlatego też może on żywić silne, negatywne uczucia w stosunku do przeprowadzającego badanie, w rodzaju strachu, złości, odrazy, bezradności, dezorientacji, paniki lub nienawiści. Lekarz klinicysta powinien pozwolić badanemu na ekspresję i wyjaśnienie tych uczuć i okazać zrozumienie dla jego trudnej sytuacji. Ponadto, należy pamiętać, że badany może być nadal narażony na prześladowanie. Gdy to konieczne, należy unikać zadawania pytań dotyczących niedozwolonych działań. Trzeba mieć na uwadze cel badania psychologicznego, ponieważ determinuje on zakres zobowiązania do zachowania poufności. Jeżeli ocena wiarygodności zeznań domniemanej ofiary tortur została zlecona w ramach postępowania sądowego przez organy państwowe, osobę badaną należy poinformować, że oznacza to zniesienie poufności informacji medycznych, ujętych w sprawozdaniu. Jeśli jednak to domniemana ofiara wystąpiła z wnioskiem

o przeprowadzenie badania, osoba, która je przeprowadza, ma obowiązek zachować poufność informacji.

265. Klinicyści przeprowadzający badania fizykalne lub psychologiczne powinni zdawać sobie sprawę z silnych reakcji emocjonalnych przesłuchiwanego i prowadzącego przesłuchiwanie, związanych z badaniem ofiar poważnych urazów. Reakcje te znane są jako przeniesienie i przeciwprzeniesienie. Uczucie podejrzliwości, strachu, wstydu, złości i poczucia winy to najbardziej typowe reakcje ofiar tortur, w szczególności, gdy są proszone o przedstawienie szczegółowych informacji na temat przebytych urazów. Przeniesienie odnosi się do uczuć ofiary tortur w stosunku do lekarza, związanych z doświadczeniami z przeszłości, które są jednak mylnie interpretowane jako adresowane osobiście do lekarza. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie to zjawiska wzajemnie od siebie zależne i interaktywne.

266. Potencjalny wpływ reakcji przeniesienia na proces oceny staje się jasny, gdy weźmie się pod uwagę fakt, że wywiad lub badanie, w ramach którego wymaga się wspomnienia i opisywania szczegółów traumatycznego przeżycia naraża badanego na stres i niechciane wspomnienia, myśli i uczucia. Dlatego też, pomimo tego, że ofiara tortur może wyrazić zgodę na badanie widząc w tym osobistą korzyść, jego przebieg może doprowadzić do odnowienia traumatycznych przeżyć. W związku z tym mogą wystąpić zjawiska, opisane poniżej.

267. Pytania, które zadaje osoba przeprowadzająca badanie, mogą być odbierane przez ofiarę jako kolejne przesłuchanie. Badany może podejrzewać przeprowadzającego wywiad o voyeuryzm lub zapędy sadystyczne i zastanawiać się: "Dlaczego on każe mi wyjawiać każdy przerażający szczegół dotyczący tego co mnie spotkało? Dlaczego ktokolwiek normalny chciałby słuchać takich historii, jak moja, i zarabiać w ten sposób na życie? Naprawdę nie sposób zrozumieć jego motywacji." Mogą pojawić się uprzedzenia w stosunku do prowadzącego badanie, ponieważ nie został aresztowany i poddany torturom. Może to

sprawić, że badany będzie postrzegał go jako osobę, która przeszła na stronę wroga.

268. Przeprowadzający wywiad jest także postrzegany jako przedstawiciel władzy, co w wielu przypadkach jest też zgodne z prawdą, a co za tym idzie, badany może uznać, że nie należy mu ufać w każdej sprawie. Z drugiej strony, jak to często ma miejsce wśród więźniów, badany może okazywać zbytnie zaufanie przeprowadzającemu przesłuchiwanie, który w rzeczywistości nie jest w stanie zagwarantować mu bezpieczeństwa i ochronić przed ewentualnymi represjami. Należy podjąć wszelkie możliwe kroki, aby upewnić się, że więźniowie nie narażą się niepotrzebnie na niebezpieczeństwo, okazując zbytnią ufność, że osoba z zewnątrz jest w stanie ich obronić. Strach i podejrzliwość mogą być szczególnie silne w sytuacji, gdy w torturach uczestniczył personel medyczny.

269. W wielu przypadkach, przeprowadzający wywiad należy do większości kulturowej i etnicznej, natomiast pacjent jest przedstawicielem mniejszości. Dynamika nierówności może umacniać postrzeganą i faktyczną nierównowagę władzy i potęgować uczucie lęku, nieufności i przymusu u pacjenta. Niekiedy, zwłaszcza w sytuacji, gdy badany nadal przebywa w areszcie lub więzieniu, dynamika ta może przekładać się w większym stopniu na tłumacza, niż na przeprowadzającego wywiad. Dlatego tłumacz powinien być również osoba z zewnątrz, tak, aby był postrzegany jako osoba równie niezależna, jak prowadzący badanie. Oczywiście, nie należy korzystać z usług członka rodziny osoby badanej, na którego władze mogłyby następnie wywierać presję, aby ujawnił treść wywiadu.

270. Jeżeli przeprowadzający wywiad i ofiara tortur są tej samej płci, istnieje większe prawdopodobieństwo, że ofiara będzie postrzegać wywiad jako przypominający sytuację, gdy ją torturowano, niż gdyby przeprowadzający wywiad był osobą płci odmiennej. Na przykład, kobieta, która została zgwałcona lub poddana torturom w więzieniu przez strażnika – mężczyznę, będzie odczuwała większy stres, podejrzliwość i lęk, mając do czynienia z przeprowadzającym

wywiad płci męskiej, niż z osobą płci żeńskiej. Odwrotna sytuacja dotyczy mężczyzn, którzy padli ofiarą przemocy seksualnej. Mogą oni odczuwać wstyd, opowiadając o szczegółach tej sytuacji kobiecie. Doświadczenie wskazuje – w szczególności w odniesieniu do osób, które nie odzyskały dotąd wolności – że we wszystkich społecznościach poza najbardziej tradycyjnymi i fundamentalistycznymi (gdzie nie ma mowy o tym, aby mężczyzna przesłuchiwał, a co dopiero badał, kobietę), dużo istotniejszy jest fakt, że prowadzący wywiad jest lekarzem, któremu ofiara może zadawać precyzyjne pytania, niż to, aby nie był to mężczyzna, jak ma to miejsce w przypadku gwałtu. Zaobserwowano, że ofiary gwałtu odmawiają składania zeznań, gdy przesłuchuje je kobieta, nie mająca nic wspólnego z medycyną, natomiast proszą o możliwość rozmowy z lekarzem, przy czym może to być mężczyzna, ponieważ chcą móc zadać mu konkretne pytania. Z reguły dotyczą one ewentualnych następstw tj. ciąży, możliwości zajścia w ciążę w przyszłości czy też utrzymywania stosunków seksualnych z mężem. W kontekście badań przeprowadzanych dla celów analizy prawnej, niezbędny w tym wypadku stopień szczegółowości i precyzyjne pytania są często odbierane jako dowód braku zaufania lub wątpliwości, wyrażanych w ten sposób przez przeprowadzającego wywiad.

271. Ze względu na presję psychiczną, o której była mowa wcześniej, ofiary są narażone na ponowną traumatyzację i natłok wspomnień, co skutkuje z reguły mobilizacją mechanizmów obronnych, które powodują wycofanie i wyciszenie emocji w trakcie badania lub wywiadu. W kontekście gromadzenia niezbędnej dokumentacji, sytuacja taka może okazać się trudna, ponieważ ofiary tortur mogą nie być w stanie mówić o swoich przeżyciach i cierpieniach, mimo, że złożenie wyczerpujących zeznań jest dla nich najbardziej korzystne.

272. Reakcja przeciwprzeniesienia zachodzi często w sposób nieuświadomiony, co staje się problematyczne. Należy spodziewać się silnej reakcji emocjonalnej w konfrontacji z osobą, która opowiada o zadawanych jej torturach, jednakże uczucia te mogą utrudnić lekarzowi klinicyście pracę; jeśli zostaną rozpoznane

i zrozumiane, mogą poprowadzić go we właściwym kierunku. Lekarze i psychologowie biorący udział w ocenie i leczeniu ofiar tortur są zdania, że świadomość i zrozumienie typowych reakcji przeciwprzeniesienia ma kluczowe znaczenie, ponieważ reakcje te mogą w znacznym stopniu ograniczyć ich zdolność do oceny i udokumentowania fizycznych i psychicznych następstw tortur. Prawidłowe udokumentowanie tortur i innych form okrutnego traktowania wymaga zrozumienia osobistych motywacji, jakimi kieruje się osoba pracująca w tej dziedzinie. Specjaliści są zgodni co do tego, że badania ofiar tortur powinny być prowadzone pod nadzorem i przy wsparciu ze strony doświadczonych kolegów. Do najczęściej spotykanych reakcji przeciwprzeniesienia należą:

(a) unikanie, wycofanie i reakcja obronna w postaci zubożenia na przekazywane informacje. W rezultacie może to prowadzić do zapominania niektórych szczegółów i lekceważenia powagi następstw fizycznych i psychicznych, z którymi boryka się ofiara;

(b) utrata złudzeń, bezradność, poczucie beznadziei i nadmierne identyfikowanie się z ofiarą, co może prowadzić do depresji lub traumatyzacji zastępczej w rodzaju koszmarów sennych, napadów lęku i paniki;

(c) poczucie wszechwładności i mocy, występowania w roli zbawcy, wielkiego eksperta do spraw urazów lub ostatniej nadziei ofiary na powrót do zdrowia i normalności;

(d) uczucie niepewności i braku zaufania do własnych kompetencji w zderzeniu z powagą zarejestrowanej historii cierpień ofiary. Może objawiać się jako utrata pewności siebie i niezdolność do niesienia ofierze wsparcia oraz skupienie się na nierealistycznych, wyidealizowanych standardach medycznych;

(e) poczucie winy z powodu świadomości, że nie dzieli się z ofiarą jej cierpień i bólu, lub też świadomości, że nie podjęto odpowiednich działań na szczeblu politycznym, co może prowadzić do nadmiernego sentymentalizmu lub wyidealizowanego stosunku do ofiary;

(f) złość i wściekłość w stosunku do sprawców tortur i prześladowców to uczucia naturalne, mogą jednak sprawić, że prowadzący badanie utraci zdolność obiektywnej oceny sytuacji, jeżeli uczucia te są spotęgowane przez nieświadomione doświadczenia osobiste i ulegają utrwaleniu lub nadmiernej eskalacji;

(g) złość lub wstręt/odraza wobec ofiary może wystąpić w wyniku narażenia na wyższy niż kiedykolwiek dotąd poziom stresu. Reakcja taka może być również następstwem poczucia, że ofiara wykorzystuje oceniającego, jeśli ma on wątpliwości co do prawdziwości sformułowanych przez nią zarzutów, a ofiara chce odnieść korzyść z oceny, która dokumentuje następstwa rzekomych tortur;

(h) istotne różnice pomiędzy kulturowym systemem wartości oceniającego i domniemanej ofiary tortur, do których może zaliczać się wiara w mity dotyczące grup etnicznych, poczucie wyższości oraz lekceważenie ofiary i jej zdolności do samodzielnego myślenia. Z drugiej strony, lekarze klinicyści, którzy należą do tej samej grupy etnicznej, co ofiara, mogą budować z nią relacje w oparciu o poczucie wspólnoty, co również zaburza obiektywność i bezstronność oceny.

273. Większość lekarzy klinicystów podziela opinię, że reakcje przeciwprzeniesienia są często nie tylko wynikiem wypaczenia, ale również ważnym źródłem informacji na temat stanu psychicznego ofiary tortur. Działając pod wpływem przeciwprzeniesienia, zamiast przeanalizować tę reakcję, lekarz klinicysta naraża się na obniżenie skuteczności swoich działań. Osoby biorące udział w badaniu i leczeniu ofiar tortur powinny przeanalizować swoje odczucia pod kątem tych reakcji i skonsultować się z kolegami, jeśli mają taką możliwość.

274. Okoliczności mogą wymagać, aby wywiady prowadził lekarz klinicysta należący do innej grupy kulturowej lub językowej, niż ofiara tortur. W takim wypadku możliwe jest zastosowanie jednego z dwóch rozwiązań, przy czym każde z nich ma pewne wady i zalety. Przeprowadzający przesłuchanie może

korzystać z dosłownych przekładów „słowo w słowo”, przygotowanych przez tłumacza (patrz rozdział IV, sekcja I). Z drugiej strony, prowadzący wywiad może także zastosować podejście „dwukulturowe”. Zgodnie z tym rozwiązaniem, wywiad przeprowadza zespół złożony z lekarza klinicysty i tłumacza, który przedstawia odpowiednią interpretację treści językowych i objaśnia złożone znaczenia kulturowe, przypisane poszczególnym zdarzeniom, doświadczeniom, objawom i idiomom. Ponieważ lekarz klinicysta często nie zdaje sobie sprawy z istotnych czynników kulturowych, religijnych i społecznych, odpowiednio przygotowany i wykształcony tłumacz jest w stanie zwrócić mu uwagę na te kwestie, przedstawiając zarazem stosowne wyjaśnienia. Jeżeli prowadzący wywiad polega wyłącznie na przekładzie dosłownym, tego rodzaju informacje dodatkowe, będące wynikiem pogłębionej interpretacji, nie są dostępne. Z drugiej strony, jeśli oczekuje się, że tłumacz wskaże istotne czynniki kulturowe, religijne i społeczne, ważne jest, aby nie próbował wpływać w jakikolwiek sposób na odpowiedzi osoby torturowanej na pytania lekarza klinicysty. Gdy lekarz klinicysta nie korzysta z przekładu dosłownego, musi upewnić się, że odpowiedzi badanego, przekazywane za pośrednictwem tłumacza, odzwierciedlają precyzyjnie wyrażone przez niego treści, które tłumacz przekazał, niczego nie pomijając ani nie dodając od siebie. Bez względu na przyjętą strategię, tożsamość tłumacza oraz jego pochodzenie etniczne, kulturowe i przekonania polityczne odgrywają istotną rolę w wyborze odpowiedniej osoby do tej roli. Ofiara tortur musi być przekonana, że tłumacz rozumie jej słowa prawidłowo i jest w stanie precyzyjnie przełożyć je na język prowadzącego wywiad. Pod żadnym pozorem tłumacz nie może być przedstawicielem organów ścigania ani organów rządowych. Nie należy też korzystać z usług członka rodziny osoby badanej, mając na uwadze poszanowanie poufności przekazywanych informacji. Zespół dochodzeniowy musi wybrać niezależnego tłumacza.

3. *Elementy badania psychologicznego/psychiatrycznego*

275. Na wstępie należy określić podstawę skierowania, źródła informacji (takie jak rejestry medyczne, prawne i psychiatryczne) oraz opis zastosowanych metod badania (wywiady, inwentarz objawów, listy kontrolne i testy neuropsychologiczne).

(a) *Historia tortur i okrutnego traktowania*

276. Należy dołożyć wszelkich starań, aby udokumentować pełną historię tortur, prześladowań i innych traumatycznych doświadczeń (patrz rozdział IV, sekcja E). Ta część oceny jest często wyczerpująca dla badanego. Dlatego konieczne może okazać się podzielenie jej na kilka sekcji. Wywiad należy rozpocząć od ogólnego podsumowania zdarzeń, zanim lekarz klinicysta przystąpi do omawiania szczegółów. Prowadzący wywiad musi być obeznany z odpowiednimi kwestiami prawnymi, ponieważ na ich podstawie wyznacza się informacje, które posłużą udokumentowaniu faktów.

(b) *Ocena aktualnego stanu psychicznego*

277. Ocena bieżącego stanu psychicznego pacjenta to kluczowy element procesu ewaluacji. Jako, że PTSD występuje u 80 do 90 procent jeńców wojennych, poddanych okrutnemu traktowaniu, i ofiar gwałtu, należy zadać pytania dotyczące trzech kategorii PTSD według DSM-IV (ponownego przeżywania traumatycznych zdarzeń, unikania lub stępienia reakcji, włącznie z amnezją, i wzmożonego pobudzenia).^{113,114} Objawy afektywne, kognitywne i behawioralne należy opisać szczegółowo, podobnie, jak częstotliwość występowania koszmarów sennych, omamów i reagowania przesadnym przestraszonym. Brak objawów może wskazywać na epizodyczną lub opóźnioną postać PTSD;

¹¹³ B. O. Rothbaum i inni, A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims, *Journal of Traumatic Stress*, tom 5 (1992), s. 455-475.

¹¹⁴ P. B. Sutker i inni, Cognitive deficits and psychopathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict, *American Journal of Psychiatry*, tom 148 (1991), s. 62-72.

ofiara może też zaprzeczać występowaniu objawów, ponieważ się ich wstydzi.

(c) *Stan po zakończeniu stosowania tortur*

278. Ta część wywiadu dotyczy obecnej sytuacji życiowej ofiary. Należy zapytać ją o źródła stresu, takie, jak rozłąka z bliskimi lub ich utrata, ucieczka z ojczyzny i życie na wygnaniu. Prowadzący wywiad powinien również ustalić, czy ofiara jest w stanie pracować, zarabiać na życie, utrzymywać rodzinę, i czy ma dostęp do wsparcia socjalnego.

(d) *Historia okresu poprzedzającego stosowanie tortur*

279. Jeśli ma to znaczenie dla sprawy, należy poprosić badanego, aby opisał swoje dzieciństwo, wiek młodzieńczy, wczesną dorosłość, rodzinę, z której pochodzi, schorzenia rodzinne, a także, by wymienił członków rodziny. Należy również opisać tu historię wykształcenia i zatrudnienia ofiary. Konieczne jest też opisanie urazów doznanych w przeszłości, w rodzaju przemocy, której badany doświadczył jako dziecko, przeżyć wojennych lub przemocy w rodzinie, jak również podanie danych na temat tła kulturowego i religijnego, które dotyczą badanego.

280. Opis okresu poprzedzającego doznanie urazów jest istotny z punktu widzenia oceny stanu psychicznego i poziomu funkcjonowania psychospołecznego ofiary tortur przed traumatycznymi wydarzeniami. W ten sposób przeprowadzający przesłuchanie może porównać obecny stan psychiczny ofiary z jej stanem w okresie poprzedzającym stosowanie tortur. Oceniając te informacje należy pamiętać, że czas i intensywność reakcji na traumatyczne przeżycia kształtują się pod wpływem wielu czynników. Są to między innymi okoliczności zadawania tortur, percepcja i interpretacja tortur przez ofiarę, kontekst społeczny przed, w trakcie i po zastosowaniu tortur, charakterystyka społeczności i grupy rówieśniczej, wartości i postawy wobec traumatycznych doświadczeń, czynniki polityczne i kulturowe, wymiar i czas trwania

traumatycznych zdarzeń, obciążenia genetyczne i biologiczne, faza rozwoju i wiek ofiary, historia wcześniejszych urazów i osobowość przed doznaniem tortur. W wielu sytuacjach, ze względu na ograniczenia czasowe i inne problemy, uzyskanie tych informacji może okazać się trudne w praktyce. Tym niemniej, istotne jest zgromadzenie wystarczającej ilości danych na temat wcześniejszego stanu psychicznego badanego i jego zdolności do funkcjonowania psychospołecznego, aby możliwe było określenie, na ile zastosowanie tortur przyczyniło się do jego problemów natury psychologicznej.

(e) *Wywiad lekarski*

281. Wywiad lekarski zawiera informacje na temat stanu zdrowia przed urazem, obecnego stanu zdrowia, bólu i objawów somatycznych, stosowania leków i ich skutków ubocznych, historii życia seksualnego, przebytych zabiegów chirurgicznych i innych danych medycznych (patrz rozdział V, sekcja B).

(f) *Wywiad psychiatryczny*

282. Należy zadać ofierze pytania dotyczące historii jej zaburzeń psychicznych lub psychologicznych, ich charakteru oraz ewentualnego leczenia bądź niezbędnej hospitalizacji. Należy również ustalić, czy pacjent przyjmował w przeszłości leki psychotropowe.

(g) *Historia uzależnień*

283. Lekarz klinicysta powinien zadać pytania dotyczące ewentualnych uzależnień przed i po doświadczeniu tortur, ewentualnych zmian w tym zakresie, a także, czy pacjent przyjmuje środki odurzające w związku z dręczącą go bezsennością lub problemami natury psychologicznej bądź psychicznej. Chodzi tu nie tylko o alkohol, marihuanę i opium, ale także substancje o zastosowaniu regionalnym w rodzaju orzechów betelu i wielu innych.

(h) *Badanie stanu psychicznego*

284. Ocena stanu psychicznego rozpoczyna się z chwilą, gdy lekarz klinicysta spotyka się z pacjentem. Prowadzący wywiad powinien odnotować wygląd badanego pod kątem oznak niedożywienia, braku higieny, zmian w aktywności motorycznej w trakcie wywiadu, sposobu wysławiania, kontaktu wzrokowego, postawy wobec prowadzącego wywiad i sposobu komunikacji. Należy uwzględnić następujące aspekty oceny stanu psychicznego pacjenta i ująć je w sprawozdaniu: wygląd ogólny, aktywność motoryczna, mowa, nastrój i afekt, formułowanie myśli, proces myślowy, myśli samobójcze i myśli o zabiciu innej osoby, ocena kognitywna (orientacja, pamięć długoterminowa, pamięć bezpośrednia i pośrednia).

(i) *Ocena funkcji społecznych*

285. Traumatyczne przeżycia i tortury mogą mieć wpływ bezpośredni i pośredni na zdolność ofiary do normalnego funkcjonowania. Tortury mogą także wyrządzić skutek pośredni w postaci utraty zdolności do funkcjonowania i niepełnosprawności, jeżeli następstwa psychologiczne traumatycznych doświadczeń sprawiają, że ofiara nie jest w stanie o siebie zadbać, zarobić na swoje utrzymanie, utrzymać rodziny ani uczyć się. Lekarz powinien ocenić bieżący poziom funkcjonowania ofiary, pytając o codzienne zajęcia, role społeczne (pani domu, student, pracownik), aktywność społeczną i rekreacyjną oraz percepcję stanu zdrowia. Prowadzący wywiad powinien poprosić badanego, aby ocenił swój stan zdrowia, określił, czy cierpi z powodu przewlekłego zmęczenia oraz opisał ewentualne zmiany w trybie funkcjonowania.

(j) *Badania psychologiczne i zastosowanie list kontrolnych i kwestionariuszy*

286. Istnieje niewiele danych, dotyczących testów (projekcyjnych i obiektywnych testów osobowości) służących ocenie ofiar tortur. Psychologiczne testy osobowości nie są przystosowane do potrzeb różnorodnych kręgów kulturowych. Z tego powodu, możliwość stosowania testów psychologicznych dla potrzeb badania ofiar

tortur jest bardzo ograniczona. Testy neuropsychologiczne mogą jednak okazać się przydatne w ocenie przypadków urazów mózgu w wyniku tortur (patrz Sekcja C.4 poniżej). Osoba, która doświadczyła tortur, może mieć trudności z wyrażaniem myśli i opisywaniem objawów. W niektórych przypadkach przydatne mogą okazać się listy kontrolne zdarzeń traumatycznych i objawów lub stosowne kwestionariusze. Jeśli prowadzący wywiad jest zdania, że ich wykorzystanie ma sens, można skorzystać z wielu różnych kwestionariuszy, jakkolwiek żaden nie został dostosowany do specyficznych potrzeb ofiar tortur.

(k) *Ocena kliniczna*

287. W ramach oceny klinicznej dla celów badania psychologicznego ofiary tortur, należy zadać następujące istotne pytania:

- i. Czy wyniki oceny psychologicznej są zgodne z zeznaniami domniemanej ofiary tortur?
- ii. Czy wyniki oceny psychologicznej są zgodne z oczekiwaniami lub typowe dla reakcji na bardzo silny stres w kontekście uwarunkowań kulturowych i społecznych ofiary?
- iii. Biorąc pod uwagę zmienny przebieg zaburzeń umysłowych zaistniałych w wyniku traumatycznych zdarzeń, jakie są ramy czasowe w odniesieniu do czasu stosowania tortur? Na jakim etapie procesu zdrowienia znajduje się ofiara?
- iv. Jakie współistniejące czynniki stresu wywierają wpływ na ofiarę (ciągłe prześladowania, przymusowa migracja, wysiedlenie, utrata rodziny i roli społecznej)? Jaki jest ich wpływ na ofiarę?
- v. Jakie dolegliwości fizyczne mają znaczenie dla obrazu klinicznego? Należy zwrócić szczególną uwagę na urazy powstałe w wyniku tortur lub w okresie pozbawienia wolności.

- vi. Czy obraz kliniczny sugeruje fałszywość zeznań dotyczących przebytych tortur?

288. Lekarz klinicysta powinien wyrazić opinię na temat spójności obrazu psychologicznego i zakresu, w jakim ustalenia są zgodne z zarzutami ofiary. Należy opisać takie aspekty, jak stan emocjonalny i zachowanie badanego w trakcie wywiadu, objawy, historia pozbawienia wolności i torturowania oraz historia życia przed zatrzymaniem i torturami. Należy również uwzględnić czynniki w rodzaju okresu wystąpienia określonych objawów związanych z urazem, specyficzny charakter określonych aspektów stanu psychicznego ofiary i wzorców funkcjonowania psychicznego. Trzeba też wziąć pod uwagę czynniki dodatkowe, takie, jak przymusowa migracja, przesiedlenie, trudności z akulturacją, problemy językowe, bezrobocie, utrata domu, rodziny i statusu społecznego. Należy opisać i ocenić związki pomiędzy zdarzeniami i objawami i ich zgodność. Schorzenia fizyczne, w rodzaju urazów głowy czy mózgu, mogą wymagać bardziej szczegółowego zbadania. Należy zalecić metody dalszych badań neurologicznych lub neuropsychologicznych.

289. Jeżeli ofiara ma objawy wskazujące na zgodność z diagnozą psychiatryczną wg DSM-IV lub ICD-10, należy podać tę diagnozę. Zastosowanie może mieć więcej niż jedna diagnoza. Należy przy tym podkreślić, że jakkolwiek zdiagnozowane zaburzenia umysłowe przemawiają za zasadnością zarzutu stosowania tortur, niespełnienie kryteriów diagnozy psychiatrycznej nie oznacza, że dana osoba nie była torturowana. Ofiara tortur może nie mieć objawów wymaganych, aby spełnić kryteria diagnostyczne wg DSM-IV lub ICD-10. W takich przypadkach, jaki we wszystkich innych, objawy ofiary oraz złożone przez nią zeznania należy rozpatrywać całościowo. Stopień zgodności zeznań i objawów podlega ocenie i opisaniu w treści raportu.

290. Należy zauważyć, że niektóre osoby z różnych przyczyn twierdzą, że były torturowane, co jest niezgodne z prawdą, inne natomiast mogą wyolbrzymiać zaistniałe zdarzenia o stosunkowo niewielkim znaczeniu

z przyczyn politycznych lub osobistych. Prowadzący dochodzenie musi mieć świadomość tego faktu i analizować dostępne informacje pod kątem ich przesadnego wyolbrzymienia lub sfalszowania. Należy przy tym pamiętać, że sfalszowanie danych wymaga szczegółowej wiedzy na temat objawów przebytych urazów, której osoby badane na ogół nie posiadają. Niezgodności w zeznaniach mogą mieć szereg różnych przyczyn, takich, jak zaburzenia pamięci spowodowane urazem mózgu, dezorientacja, rozkojarzenie, różnice kulturowe w percepcji czasu lub fragmentacji i tłumienia traumatycznych wspomnień. Efektywne udokumentowanie dowodów psychologicznych w odniesieniu do stosowania tortur wymaga od lekarza klinicysty umiejętności oceny zgodności i niezgodności danych zawartych w raporcie. Jeżeli prowadzący wywiad podejrzewa, że dane zostały sfabrykowane, należy wyznaczyć kolejne wywiady w celu wyjaśnienia niezgodności w raporcie. Dodatkowych informacji mogą dostarczyć krewni lub przyjaciele badanego. Jeżeli lekarz klinicysta przeprowadzi dodatkowe badania i nadal ma podejrzenia, że zeznania sfalszowano, powinien skierować badanego do innego lekarza klinicysty i poprosić go o wydanie opinii. Podejrzenie sfalszowania zeznań powinno być udokumentowane opinią dwóch lekarzy klinicystów.

(l) *Zalecenia*

291. Zalecenia sformułowane na podstawie oceny psychologicznej są uzależnione od celu, w jakim sporządzono raport. Rozważane kwestie mogą dotyczyć zagadnień prawnych i sądowych, wniosku o status uchodźcy, dobrowolne przesiedlenie lub konieczności leczenia. Zalecenia mogą dotyczyć przeprowadzenia dodatkowych badań, np. testów neuropsychologicznych, leczenia medycznego lub psychiatrycznego lub też zapewnienia badanemu ochrony lub udzielenia ochrony międzynarodowej.

4. *Ocena neuropsychologiczna*

292. Neuropsychologia kliniczna to nauka stosowana, dotycząca ekspresji

behawioralnych dysfunkcji mózgu. Ocena neuropsychologiczna dotyczy w szczególności pomiaru i klasyfikacji zaburzeń behawioralnych, związanych z organicznymi zaburzeniami funkcjonowania mózgu. Dyscyplina ta umożliwiła rozróżnienie pomiędzy schorzeniami neurologicznymi a psychologicznymi oraz dostosowanie zasad leczenia i rehabilitacji pacjentów z różnego rodzaju urazami mózgu. Ocenę neuropsychologiczną ofiar tortur przeprowadza się nieczęsto, w związku z czym na dzień dzisiejszy nie istnieją opracowania poświęcone tej grupie pacjentów. W ramach poniższych uwag ograniczyliśmy się więc do omówienia ogólnych zasad takiej oceny, dzięki której pracownicy służby zdrowia będą w stanie zrozumieć użyteczność, jak i wskazania do oceny neuropsychologicznej domniemanych ofiar tortur. W pierwszej kolejności jednakże należy zdać sobie sprawę z ograniczeń oceny neuropsychologicznej w stosunku do tej grupy badanych.

(a) *Ograniczenia oceny neuropsychologicznej*

293. Istnieje szereg czynników ogólnych, które utrudniają ogólną ocenę stanu ofiar tortur, opisanych w innych częściach niniejszego podręcznika. Mają one zastosowanie do oceny neuropsychologicznej tak samo, jak do badań lekarskich czy psychologicznych. Użyteczność oceny tego rodzaju może podlegać dalszemu ograniczeniu przez czynniki dodatkowe, takie, jak brak dostępnych badań na temat ofiar tortur, konieczność polegania na standardach opracowanych dla ogółu populacji, różnice kulturowe i językowe oraz ponowna traumatyzacja ofiar tortur.

294. Jak stwierdzono powyżej, w literaturze można znaleźć bardzo nieliczne odnośniki do neuropsychologicznej oceny ofiar tortur. Dostępna literatura ogranicza się do wyróżnienia różnych rodzajów urazów głowy i oceny neuropsychologicznej osób cierpiących na PTSD. Dlatego też niniejsze omówienie i interpretacja oceny neuropsychologicznej muszą bazować na zastosowaniu zasad ogólnych, opracowanych dla innych populacji.

295. Ocena neuropsychologiczna jako narzędzie opracowane i stosowane w krajach Zachodu bazuje w ogromnym stopniu na podejściu aktuarialnym. Jakkolwiek opracowane w oparciu o standardy interpretacje tej oceny można uzupełnić zasadami podejścia jakościowego Łurii, zwłaszcza, gdy wymaga tego sytuacja kliniczna, podejście aktuarialne pełni tu rolę dominującą.^{115,116} Ponadto, na punktacji testu można polegać przede wszystkim w przypadkach uszkodzeń mózgu łagodnych do umiarkowanych, a nie ciężkich, lub gdy deficyt neuropsychologiczny wydaje się mieć znaczenie drugorzędne w stosunku do zaburzenia psychicznego.

296. Różnice kulturowe i językowe mogą wpłynąć na znaczące ograniczenie użyteczności i możliwości zastosowania oceny neuropsychologicznej u ofiar tortur. Ocena tego rodzaju ma wartość wątpliwą, gdy standardowe przekłady testów nie są dostępne, a przeprowadzający badanie nie włada płynnie językiem ojczystym badanego. Do chwili udostępnienia standaryzowanych przekładów testów i opanowania przez przeprowadzających badane i języka badanych, zadania werbalne nie mogą być wykonywane w ogóle, a co za tym idzie, nie podlegają interpretacji. Oznacza to, że możliwe jest wykorzystanie wyłącznie testów niewerbalnych, co z kolei wyklucza możliwość porównania wyników testów werbalnych i niewerbalnych. Dodatkowo, analiza lateralizacji (lub lokalizacji) deficytów jest także utrudniona. Jest ona często przydatna ze względu na asymetryczną strukturę mózgu ludzkiego, gdzie lewa półkula z reguły odpowiada za funkcję mowy. W przypadku braku dostępności norm dla grupy kulturowej i językowej badanego, rzetelność oceny neuropsychologicznej stoi pod znakiem zapytania. Szacunkowa wartość IQ to jeden z podstawowych punktów odniesienia, umożliwiających przeprowadzającym badanie umieszczenie punktacji testów neuropsychologicznych we właściwej perspektywie. W badaniach dotyczących

populacji Stanów Zjednoczonych, te wartości szacunkowe oblicza się często na podstawie podzestawów werbalnych przy pomocy skal Wechslera, przede wszystkim podskali informacji, ponieważ w przypadku organicznego zaburzenia pracy mózgu, nabyta wiedza w mniejszym stopniu ulega degradacji, niż inne zadania, i jest bardziej reprezentatywna jako miara zdolności uczenia się w przeszłości, niż inne miary. Pomiar może również bazować na historii wykształcenia i zatrudnienia oraz na danych demograficznych. Oczywiście, żaden z tych dwóch wymiarów nie może mieć zastosowania do badanych, dla których nie określono norm dla całej populacji. Dlatego też ocena umożliwia jedynie określenie w bardzo dużym przybliżeniu zdolności intelektualnych w okresie poprzedzającym uraz. W rezultacie, zaburzenia neuropsychologiczne inne niż ciężkie z trudem poddają się interpretacji.

297. Ocena neuropsychologiczna może prowadzić do ponownej traumatyzacji osób, które doświadczyły tortur. Należy dołożyć wszelkich starań, aby zminimalizować prawdopodobieństwo wystąpienia tego zjawiska w wyniku zastosowania procedur diagnostycznych (patrz rozdział IV, sekcja H). Posługując się typowym przykładem, przeprowadzenie testu neuropsychologicznego z zastosowaniem Baterii Testowej Halsteda-Reitana, w szczególności zaś Testu Dotykowej Dyskryminacji Przedmiotów (TPT), w trakcie którego badany ma zasłonięte oczy, miałyby katastrofalne skutki. Dla większości ofiar tortur, których oczy były zasłanianie w trakcie przetrzymywania w detencji i tortur, a nawet dla tych, które tego nie doświadczyły, byłoby to niezwykle traumatyczne przeżycie, zważywszy, że podczas tego testu badany jest całkowicie bezradny i zdany na innych. W gruncie rzeczy, problematyczne może okazać się przeprowadzenie praktycznie każdego testu neuropsychologicznego, bez względu na zastosowane narzędzia. Obserwacja badanego, odmierzanie czasu wykonania zadań, wysiłek związany z wykonaniem nieznanego zadania, zamiast rozmowy, może okazać się zbyt stresujący lub w zbyt dużym stopniu przypominać ofierze o traumatycznych doświadczeniach z przeszłości.

¹¹⁵ A. R. Luria i L. V. Majovski, Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology, *American Psychologist*, tom 32 (11) (1977), s. 959-968.

¹¹⁶ J. Ivnik, Overstatement of differences, *American Psychologist*, tom 33 (8) (1978), s. 766-767.

(b) *Wskazania do oceny neuropsychologicznej*

298. Oceniając deficyty behawioralne domniemyanych ofiar tortur można wyodrębnić dwa podstawowe wskazania do oceny neuropsychologicznej – uraz mózgu i PTSD oraz diagnozy pokrewne. Podczas, gdy właściwości tych schorzeń do pewnego stopnia nakładają się na siebie, tylko pierwsza z nich stanowi typowe, tradycyjne zastosowanie neuropsychologii klinicznej, podczas, gdy ta druga jest stosunkowo nowym zjawiskiem, nie do końca zbadanym i dość problematycznym.

299. Uraz mózgu i związane z nim uszkodzenia mózgu mogą być wynikiem rozmaitych urazów głowy i zaburzeń metabolicznych w okresie prześladowania, pobytu w więzieniu i stosowania tortur. Mogą to być rany postrzałowe, efekt zatrucia, niedożywienia lub przyjmowania szkodliwych substancji, efekt niedotlenienia w wyniku podduszania lub podtapiania a także, co jest najczęstszym przypadkiem, skutek pobicia. Uderzenia w głowę to uraz typowy wśród więźniów i ofiar tortur. Na przykład, w jednej z badanych grup ofiar tortur, uderzenia w głowę były drugim najczęściej zgłaszanym rodzajem przemocy (45 procent), tuż za uderzeniami w inne części ciała (58 procent).¹¹⁷ Uszkodzenia mózgu są często odnotowywanym rodzajem urazu wśród ofiar tortur.

300. Zamknięte urazy głowy, które są przyczyną łagodnych do umiarkowanych zaburzeń długotrwałych to prawdopodobnie najczęstsza przyczyna nieprawidłowości neuropsychologicznych. Jakkolwiek do śladów urazów mogą zaliczać się blizny na głowie, zmiany w mózgu nie są z reguły wykrywalne przy pomocy dostępnych metod obrazowania diagnostycznego. Łagodne lub umiarkowane uszkodzenia mózgu mogą pozostać niezauważone lub zlekceważone przez lekarza, ponieważ objawy depresji i PTSD często wysuwają się na pierwszy plan, w wyniku czego mniej uwagi poświęca się potencjalnym następstwom urazu głowy. Z reguły, ofiary

tortur skarżą się na niemożność skupienia uwagi, problemy z koncentracją i pamięcią krótkotrwałą, które mogą być wynikiem urazu głowy lub PTSD. Jako, że objawy te występują często u ofiar tortur cierpiących na PTSD, pytanie, czy ich przyczyną nie jest uraz głowy, może w ogóle się nie pojawić.

301. Lekarz wystawiający diagnozę musi polegać, w początkowej fazie badania, na zgłoszonej historii urazów głowy oraz na przebiegu symptomatologii. Z reguły, w przypadku osób z uszkodzeniami mózgu, informacje pochodzące od osób trzecich, szczególnie krewnych, mogą okazać się bardzo przydatne. Należy pamiętać, że osoba z takimi uszkodzeniami może mieć trudności z wysławianiem się, często zaś nawet nie zdaje sobie sprawy ze swych ograniczeń. Podczas wstępnej oceny i próby zróżnicowania pomiędzy PTSD a uszkodzeniem mózgu, dobrym punktem wyjścia jest ustalenie, czy objawy mają charakter przewlekły. Jeżeli trudności ze skupieniem uwagi, koncentracją i pamięcią charakteryzują się fluktuacją w czasie i zmieniają się w zależności od nasilenia poziomu lęku i depresji, mają one prawdopodobnie związek z PTSD. Z drugiej strony, jeżeli objawy mają charakter przewlekły, nie podlegają fluktuacjom, co potwierdzają krewni ofiary, należy rozważyć możliwość uszkodzenia mózgu, nawet, jeśli nie stwierdzono jednoznacznie, że ofiara doznała w przeszłości urazu głowy.

302. Gdy pojawi się podejrzenie organicznego uszkodzenia mózgu, pierwszym krokiem jest rozważenie skierowania do lekarza w celu przeprowadzenia dalszych badań neurologicznych. W zależności od wstępnych ustaleń, lekarz może skonsultować się z neurologiem lub zlecić badania diagnostyczne. Należy rozważyć takie opcje, jak zaawansowana diagnostyka medyczna, konsultacja neurologiczna i ocena neuropsychologiczna ofiary. Zastosowanie procedur oceny neuropsychologicznej zaleca się na ogół w przypadkach, gdy nie zaobserwowano poważnych zaburzeń neurologicznych, zgłaszane objawy mają przede wszystkim charakter kognytywny lub konieczne jest sformułowanie diagnozy różnicowej pomiędzy uszkodzeniem mózgu a PTSD.

¹¹⁷ H. C. Traue, G. Schwarz-Langer and N. F. Gurriss, Extremtraumatisierung durch Folter: Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer, *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, tom 18 (1) (1997), s. 41-62.

303. Wybór testów i procedur badań neuropsychologicznych podlega ograniczeniom opisanym powyżej, dlatego też nie jest możliwe zastosowanie standardowej baterii testowej; należy raczej dobrać testy stosownie do potrzeb i charakterystyki przypadku. Elastyczność, niezbędna przy wyborze odpowiednich testów, wymaga dużego doświadczenia, wiedzy i staranności ze strony przeprowadzającego badania. Jak już stwierdzono, zakres dostępnych narzędzi jest często ograniczony wyłącznie do zadań niewerbalnych, a fakt, że normy dla ogółu populacji nie mają zastosowania do osoby badanej, odbija się zapewne na właściwościach psychometrycznych testów standaryzowanych. Brak miar werbalnych jest bardzo poważnym ograniczeniem. Język odgrywa kluczową rolę dla wielu obszarów funkcjonowania kognitywnego, a charakter stwierdzonych deficytów definiuje się na podstawie systematycznych porównań miar werbalnych i niewerbalnych.

304. Sprawę dodatkowo komplikuje fakt, że, jak stwierdzono, istotne różnice pomiędzy grupami w wykonaniu zadań niewerbalnych występują także w wypadku kultur stosunkowo blisko ze sobą spokrewnionych. Na przykład, porównano wyniki osiągnięte przez wybraną losowo ze społeczności lokalnej próbę 118 anglojęzycznych i 118 hiszpańskojęzycznych osób starszych, wykorzystując skróconą baterię testów neuropsychologicznych.¹¹⁸ Próby zostały wybrane losowo i dopasowane pod kątem demograficznym. Jednakże, jakkolwiek wyniki testów werbalnych były zbliżone, grupa hiszpańskojęzyczna osiągnęła znacząco niższą punktację we wszystkich testach niewerbalnych. Wyniki te wskazują, że należy zachować ogromną ostrożność, korzystając z miar werbalnych i niewerbalnych do oceny osób posługujących się językami innymi niż angielski, jeżeli testy zostały opracowane dla populacji anglojęzycznej.

305. Dobór narzędzi i procedur dla potrzeb oceny neuropsychologicznej domniemanych ofiar tortur należy pozostawić lekarzowi

klinicyście który dobierze je zgodnie z potrzebami i możliwościami. Testy neuropsychologiczne nie mogą być zastosowane prawidłowo bez starannego przeszkolenia i wiedzy z dziedziny funkcji behawioralnych mózgu. Wyczerpujące listy procedur neuropsychologicznych i ich prawidłowego zastosowania można znaleźć w odpowiednich opracowaniach.¹¹⁹

(c) Zespół stresu pourazowego

306. Powyższa analiza wskazuje jednoznacznie, że przystępując do oceny neuropsychologicznej uszkodzenia mózgu u domniemanych ofiar tortur należy zachować wielką ostrożność. Tym bardziej, należy postępować ostrożnie, próbując udokumentować u takich osób PTSD przy pomocy oceny neuropsychologicznej. Nawet w przypadku osób, dla których dostępne są normy dla ogółu populacji, przeprowadzenie oceny wiąże się z istotnymi trudnościami. PTSD to schorzenie psychiatryczne, a więc nie należące tradycyjnie do obszaru zainteresowań neuropsychologii. Ponadto, PTSD nie spełnia wymogów klasycznego paradygmatu analizy możliwych do zidentyfikowania zmian w mózgu, których istnienie można potwierdzić metodami diagnostycznymi. Paradygmaty neuropsychologii, kładące szczególny nacisk na mechanizmy biologiczne, leżące u podstaw zaburzeń psychiatrycznych, zyskują dziś na popularności. Jednakże, jak stwierdzono, „stosunkowo niewiele napisano, jak dotąd, o PTSD z perspektywy neuropsychologii”¹²⁰.

307. Próby wykorzystania w badaniu miar neuropsychologicznych stresu pourazowego charakteryzują się ogromną różnorodnością. Być może jest to przyczyną zróżnicowania problemów poznawczych, opisanych w wynikach tych badań. Jak stwierdzono, "badania kliniczne sugerują, że objawy PTSD w największym stopniu nakładają się na obszary neurokognitywne odpowiedzialne za skupienie uwagi, pamięć i funkcje

¹¹⁸ D. M. Jacobs i inni, Cross-cultural neuropsychological assessment: a comparison of randomly selected, demographically matched cohorts of English and Spanish-speaking older adults, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, tom 19, Nr 3 (1997), s. 331-339.

¹¹⁹ O. Spreen i E. Strauss, *A Compendium of Neuropsychological Tests*, wyd. II, New York, Oxford University Press, 1998.

¹²⁰ J. A. Knight, Neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder, [w:] J. P. Wilson i T. M. Keane (red.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, New York, Guilford Press, 1997.

wykonawcze". Jest to zgodne z deklaracjami ofiar tortur, które skarżą się na trudności z koncentracją i niezdolność do zapamiętywania informacji oraz angażowanie się w zaplanowane, celowe działania.

308. Metody oceny neuropsychologicznej wydają się umożliwiać identyfikację deficytów neurokognitywnych w PTSD, jakkolwiek określenie specyficzności tych deficytów jest już trudniejszym zadaniem. W niektórych badaniach udokumentowano deficyty u pacjentów z PTSD w porównaniu z grupą kontrolną bez zaburzeń, nie udało się jednak wprowadzić zróżnicowania pomiędzy tą grupą a dopasowaną grupą kontrolną pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi.^{121,122} Innymi słowy, niewykluczone, że deficyty neurokognitywne w wynikach testów będą ewidentnie widoczne w przypadku PTSD, ale niewystarczające do zdiagnozowania tego zaburzenia. Tak, jak w przypadku wielu innych rodzajów ocen, interpretację wyników należy umieścić w szerszym kontekście danych z wywiadu i ewentualnych testów osobowości. W tym znaczeniu, określone metody oceny neuropsychologicznej mogą przyczynić się do udokumentowania PTSD w taki sam sposób, jak ma to miejsce w wypadku innych zaburzeń psychicznych, związanych ze znanymi deficytami neurokognitywnymi.

309. Mimo istotnych ograniczeń, ocena neuropsychologiczna może okazać się użyteczna w ocenie osób podejrzanych o uszkodzenie mózgu i w odróżnieniu urazu mózgu od PTSD. Ocena neuropsychologiczna może również posłużyć do ewaluacji objawów specyficznych w rodzaju kłopotów z pamięcią, które występują w PTSD i zaburzeniach pokrewnych.

5. Wpływ tortur na dzieci

310. Tortury mogą mieć wpływ bezpośredni lub pośredni na dzieci. Może on być związany

z faktem, że dziecko zostało poddane torturom lub zatrzymane, z faktem torturowania rodziców lub bliskich krewnych lub tym, że dziecko było świadkiem tortur i przemocy. Gdy osoby z otoczenia dziecka są poddawane torturom, fakt ten nieuchronnie odciska piętno na dziecku, jakkolwiek nie bezpośrednio, ponieważ tortury mają wpływ na całą rodzinę i społeczność, w której żyje ofiara. Pełne omówienie skutków psychologicznych tortur w przypadku dzieci i pełne wytyczne oceny dziecka, które zostało poddane torturom, znajduje się poza obszarem tematycznym niniejszego podręcznika. Tym niemniej, przedstawiono tu ogólny zarys tej problematyki.

311. W pierwszej kolejności, przeprowadzając ocenę stanu dziecka poddanego torturom, lekarz klinicysta musi upewnić się, że dziecko może liczyć na opiekę i wsparcie życzliwych dorosłych i że czuje się bezpiecznie podczas badania. Może to wymagać zapewnienia obecności rodzica lub opiekuna podczas badania. Po drugie, lekarz musi mieć świadomość faktu, że dzieci często wyrażają emocje i myśli związane z przebytych urazem nie słownie, ale raczej w formie zachowań.¹²³ Stopień, w jakim dziecko jest w stanie zwerbalizować swoje myśli i uczucia, jest uzależniony od jego wieku, poziomu rozwoju i innych czynników, takich, jak dynamika relacji rodzinnych, osobowość i normy kulturowe.

312. Jeżeli dziecko padło ofiarą przemocy fizycznej lub seksualnej, to ważne jest, jeśli to możliwe, aby zostało ono przebadane przez specjalistę zajmującego się przemocą wobec dzieci. Badanie narządów płciowych dzieci, które z reguły jest odbierane przez nie jako przeżycie traumatyczne, powinno zostać przeprowadzone przez lekarzy dysponujących odpowiednim doświadczeniem z zakresu interpretacji wyników. Niekiedy konieczne jest nagranie badania na taśmie wideo, aby inni eksperci mogli wyrazić opinie na temat wyników bez konieczności ponownego badania dziecka. Pełne badanie genitalno-analne może wymagać podania dziecku narkozy. Ponadto, przeprowadzający badanie

¹²¹ J. E. Dalton, S. L. Pederson and J. J. Ryan, Effects of posttraumatic stress disorder on neuropsychological test performance, *International Journal of Clinical Neuropsychology*, tom 11 (3) (1989), s. 121-124.

¹²² T. Gil i inni, Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress*, tom 3, Nr 1 (1990), s. 29-45.

¹²³ C. Schlar, *Evaluation and documentation of psychological evidence of torture*, tekst niepublikowany, 1999.

powinien mieć świadomość faktu, że samo badanie może przypominać dziecku o okolicznościach, w jakich padło ofiarą przemocy. Dziecko może spontanicznie wybuchnąć lub doznać dekompensacji psychicznej w trakcie badania.

(a) Względy rozwojowe

313. Reakcja dziecka na tortury jest uzależniona od wieku, fazy rozwoju i umiejętności poznawczych. Im młodsze jest dziecko, tym bardziej sposób doświadczania i rozumienia przez nie traumatycznego przeżycia jest kształtowany przez reakcje i postawy opiekunów po zdarzeniu.¹²⁴ W przypadku dzieci poniżej trzeciego roku życia, które padły ofiarą tortur lub były ich świadkiem, niezwykle istotne jest, aby opiekunowie otoczyli dziecko ochroną i zapewнили mu spokój.¹²⁵ Reakcje bardzo małych dzieci na traumatyczne przeżycia obejmują z reguły nadmierne podniecenie, niepokój, zaburzenia snu, skłonność do irytacji, reakcje przesadnego przestachu i unikanie. Dzieci powyżej trzeciego roku życia często wycofują się i odmawiają rozmowy na temat traumatycznych doświadczeń. Zdolność do ekspresji werbalnej rośnie w trakcie rozwoju. Znaczący wzrost można zaobserwować w fazie operacji konkretnych (około 8-9 lat), gdy dziecko zyskuje zdolność budowania wiarygodnej chronologii zdarzeń. Na tym etapie następuje rozwój operacji konkretnych, dzieci zaczynają rozumieć koncepcje czasu i przestrzeni.¹²⁶ Nowe umiejętności pozostają nadal dość słabo wykształcone; z reguły dopiero z początkiem fazy operacji formalnych (12 lat) są w stanie zachować spójność narracji. Dorastanie to burzliwa faza rozwoju. Skutki tortur w tym okresie mogą być bardzo zróżnicowane. Doświadczenie tortur może spowodować niezwykle daleko idące zmiany osobowości

¹²⁴ S. von Overbeck Ottino, Familles victimes de violences collectives et en exil: quelle urgence, quel modèle de soins ? Le point de vue d'une pédopsychiatre, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, tom 14 (1998), s. 35-39.

¹²⁵ V. Grappe, La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés, [w:] M. R. Moro i S. Lebovici (red.), *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*, Paryż, Presses Universitaires de France, 1995.

¹²⁶ J. Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1977.

u nastolatków, w wyniku czego zaczną one przejawiać zachowania antyspołeczne.¹²⁷ Z drugiej strony, następstwa tortur w przypadku nastolatków mogą być zbliżone do tych, jakich doświadczają młodsze dzieci.

(b) Względy kliniczne

314. Objawy PTSD mogą wystąpić u dzieci. Mogą one być zbliżone do obserwowanych u dorosłych, lekarz klinicysta musi jednak polegać w większym stopniu na obserwacji zachowań dziecka, niż na ekspresji werbalnej.^{128,129,130,131} Na przykład, dziecko może wykazywać objawy ponownego przeżywania traumatycznych zdarzeń w formie monotonnej, powtarzalnej zabawy z elementami zdarzenia traumatycznego, wspomnień, przywoływanych w zabawie i poza nią, powtarzających się pytań lub deklaracji, dotyczących tych zdarzeń lub koszmarów sennych. Może wystąpić moczenie nocne, utrata kontroli nad momentem wypróżnienia, wycofanie społeczne, ograniczony afekt, zmiany postaw wobec siebie i innych osób i deklarowanego poczucia braku perspektyw na przyszłość. Dziecko może również wykazywać nadmierne pobudzenie, cierpieć z powodu lęków nocnych, obawiać się kłasek wieczorem do łóżka, mogą u niego wystąpić zaburzenia snu, reakcje przesadnego przestachu, skłonność do irytacji i poważne zaburzenia koncentracji i uwagi. Lęki i zachowania agresywne, które nie występowały przed traumatycznym zdarzeniem, mogą przybrać formę agresji wobec rówieśników, dorosłych lub zwierząt, strachu przed ciemnością, obawy przed samotnym chodzeniem do toalety i fobii. Dziecko może wykazywać zachowania seksualne nieadekwatne do jego wieku oraz reakcje somatyczne. Mogą wystąpić objawy paniki w rodzaju przesadnego strachu przed obcymi, strachu przed rozdzieleniem,

¹²⁷ Patrz przypis 125.

¹²⁸ L. C. Terr, Childhood traumas: an outline and overview, *American Journal of Psychiatry*, tom 148 (1991), s. 10-20.

¹²⁹ National Center for Infants, Toddlers and Families, *Zero to Three*, 1994.

¹³⁰ F. Sironi, On torture un enfant, ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique, *Enfances*, Nr 4 (1995), s. 205-215.

¹³¹ L. Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*, Paryż, ESF, 1996.

pobudzenia, napadów gniewu i niekontrolowanego płaczu. Mogą również pojawić się zaburzenia odżywiania.

(c) *Rola rodziny*

Rodzina odgrywa istotną, dynamiczną rolę w obserwacji objawów u dzieci. Poczucie więzi rodzinnej może prowadzić do zachowań dysfunkcyjnych lub do delegowania ról. Członkowie rodziny, często dzieci, mogą mieć przypisaną rolę pacjenta, u którego występują poważne zaburzenia. Dziecko może być nadmiernie chronione, krewni mogą ukrywać przed nim istotne fakty, dotyczące zdarzenia. Z drugiej strony, dziecko może zostać postawione w roli rodzica, od którego

pozostali członkowie rodziny oczekują opieki. Jeżeli dziecko nie było bezpośrednio ofiarą tortur, ale doświadczyło ich jedynie pośrednio, dorośli często lekceważą przemożny wpływ, jaki fakt ten wywiera na psychikę dziecka i jego rozwój. Gdy dziecko widzi, jak jego najbliżsi są prześladowani, gwałceni i torturowani, lub jest świadkiem poważnych urazów lub tortur, może dojść u niego do wykształcenia dysfunkcyjnych przekonań – na przykład, może uznać, że to ono ponosi odpowiedzialność za złe zdarzenia lub musi dźwigać ciężar, który spadł na jego rodziców. Może to prowadzić do długofalowego poczucia winy, konfliktów lojalności, zaburzeń rozwoju i dojrzewania oraz stawania się niezależną, dorosłą osobą.

ANEKS I

Zasady skutecznego dochodzenia i dokumentowania przypadków stosowania tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*

1. Do celów skutecznego dochodzenia i dokumentowania przypadków stosowania tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej "tortury lub okrutne traktowanie") zalicza się:
 - (a) wyjaśnienie faktów oraz określenie i stwierdzenie odpowiedzialności osób i władz państwowych za ofiary i ich rodziny;
 - (b) identyfikowanie środków zapobiegania ponownemu wystąpieniu tych naruszeń;
 - (c) ułatwienie ścigania i/lub, w stosownych przypadkach, nakładania sankcji dyscyplinarnych na odpowiedzialne osoby, wskazane w wyniku śledztwa oraz wykazanie potrzeby uzyskania pełnego odszkodowania i zadośćuczynienia od Państwa, włącznie ze sprawiedliwym i odpowiednim odszkodowaniem finansowym oraz zapewnieniem dostępu do opieki medycznej i rehabilitacji.
2. Władze państwowe mają obowiązek zapewnić, że skargi i zgłoszenia dotyczące tortur lub okrutnego traktowania były bezzwłocznie i skutecznie badane. Także w przypadkach, gdy nie złożono skargi, należy wszcząć postępowanie jeżeli dostępne informacje wskazują, że mogło dojść do stosowania tortur lub okrutnego traktowania. Prowadzący dochodzenie, którzy mają być w pełni niezależni od domniemych sprawców oraz podmiotów dla, których pracują, mają być kompetentni i bezstronni. Należy zapewnić im możliwość lub prawo zlecenia dochodzenia bezstronnym specjalistom medycyny lub innych dziedzin. Metody prowadzenia takiego dochodzenia mają spełniać najwyższe standardy etyki zawodowej, a jego wyniki podlegają upublicznieniu.
3. (a) Organ prowadzący dochodzenie powinien mieć prawo i obowiązek pozyskania wszelkich informacji niezbędnych dla celów postępowania.^a Osoby prowadzące dochodzenie powinny dysponować niezbędnymi środkami finansowymi i technicznymi w celu jego skutecznej realizacji. Muszą również posiadać stosowne uprawnienia, które umożliwią im doprowadzenie do przesłuchania osób zajmujących stanowiska urzędowe, podejrzanych o stosowanie tortur lub okrutnego traktowania. To samo dotyczy wszystkich świadków. W tym celu, władze prowadzące dochodzenie mają prawo wzywać

* Komisja Praw Człowieka, w rezolucji nr 2000/43, oraz Zgromadzenie Ogólne, w rezolucji nr 55/89, zwracają uwagę Rządów Państw na treść Zasad i zachęcają do korzystania z Zasad jako skutecznego narzędzia w walce z torturami.

^a W określonych przypadkach, zasady etyki zawodowej mogą wymagać zapewnienia poufności informacji. Zasady tej należy przestrzegać.

świadków, w tym również urzędników podejrzanych w sprawie, i żądać przedstawienia dowodów.

(b) Domniemane ofiary tortur lub okrutnego traktowania, świadkowie, osoby prowadzące dochodzenie i ich rodziny podlegają ochronie przed przemocą, groźbami przemocy i innymi formami zastraszania, które mogą pojawić się w związku z prowadzonym dochodzeniem. Osoby, które mogły mieć związek ze stosowaniem tortur lub okrutnego traktowania powinny zostać bezzwłocznie odsunięte od władzy, bezpośredniej czy pośredniej, w odniesieniu do osób składających zawiadomienie, świadków i ich rodzin, jak również osób prowadzących dochodzenie.

4. Domniemane ofiary tortur lub okrutnego traktowania i ich przedstawiciele prawni mają prawo uczestniczenia w przesłuchaniach, a także uzyskania dostępu do informacji istotnych z punktu widzenia dochodzenia oraz przysługuje im prawo do przedstawienia dodatkowych materiałów dowodowych.

5. (a) Jeżeli procedury dotyczące prowadzonego dochodzenia okażą się nieadekwatne z powodu niewystarczającej wiedzy lub podejrzania stronniczości lub ze względu na fakt, że zaobserwowano występowanie określonego wzorca przemocy, lub z innych istotnych przyczyn, władze państwowe mają obowiązek zapewnić, że dochodzenie jest prowadzone przez niezależną komisję śledczą lub w ramach podobnej procedury. Członków komisji powinno wybierać się z uwagi na ich bezstronność, kompetencje i niezależność. W szczególności, muszą oni pozostawać niezależni w stosunku do domniemanych sprawców i instytucji lub podmiotów, dla których sprawcy pracują. Komisja musi mieć prawo do pozyskania wszelkich niezbędnych informacji w ramach dochodzenia oraz do postępowania zgodnie z podanymi tu zasadami^b.

(b) Sprawozdanie pisemne, przygotowane w odpowiednim terminie, musi uwzględniać zakres dochodzenia, procedury i metody zastosowane do oceny dowodów, jak również wnioski i zalecenia, sformułowane na podstawie ustalonych faktów oraz obowiązującego prawa. Sprawozdanie podlega też upublicznieniu. Musi ono opisywać szczegółowo konkretne zdarzenia, które miały miejsce, materiały dowodowe, na których bazują ustalenia, a także zawierać listę świadków, którzy złożyli zeznania, z wyjątkiem tych, których tożsamość została utajona z uwagi na ich bezpieczeństwo. Państwo musi, w uzasadnionym terminie, udzielić odpowiedzi na sprawozdanie z dochodzenia i podjąć odpowiednie kroki.

6. (a) Eksperti w dziedzinie medycyny, zaangażowani w dochodzenie w sprawie stosowania tortur lub okrutnego traktowania, powinni przez cały czas zachowywać się zgodnie z najwyższymi standardami etyki zawodowej, a w szczególności mają obowiązek uzyskania świadomej zgody pacjenta na przeprowadzenie badań. Badanie musi przebiegać zgodnie ze standardami praktyki lekarskiej. W szczególności, musi ono zostać przeprowadzone przy zachowaniu prywatności, pod kontrolą eksperta w dziedzinie medycyny, bez obecności funkcjonariuszy publicznych i przedstawicieli władz.

^b Patrz przypis (a) powyżej.

(b) Ekspert w dziedzinie medycyny powinien bezzwłocznie przygotować stosowne sprawozdanie pisemne z badania. Powinno ono zawierać co najmniej następujące informacje:

(i) Okoliczności wywiadu. Imię i nazwisko osoby badanej oraz imiona, nazwiska i charakter powiązań osób obecnych podczas badania; dokładną godzinę i datę, miejsce, charakter i adres instytucji (w tym, w stosownych przypadkach, numer pokoju), w której przeprowadzane jest badanie (np. areszt, klinika, dom itd.); wszelkie istotne okoliczności towarzyszące badaniu (np. charakter ograniczeń w chwili przybycia lub w trakcie badania, obecność funkcjonariuszy publicznych podczas badania, zachowanie osób towarzyszących więźniowi, groźby pod adresem przeprowadzającego badanie itd.); a także wszelkie inne istotne dane;

(ii) Wprowadzenie. Szczegółowy zapis historii osoby badanej, uzyskany w trakcie wywiadu, włącznie z domniemanymi metodami torturowania lub okrutnego traktowania, czasu, w jakim tortury miały mieć miejsce oraz wszelkimi skargami dotyczącymi objawów fizycznych i psychicznych;

(iii) Badanie fizykalne i psychologiczne. Zarejestrowanie wszelkich informacji na temat badania fizykalnego i psychologicznego, włącznie z wynikami testów diagnostycznych oraz, gdy to możliwe, kolorowymi zdjęciami wszystkich urazów;

(iv) Opinia. Interpretacja ewentualnych związków pomiędzy wynikami badania fizykalnego i psychologicznego a torturami lub okrutnym traktowaniem. Zalecenia co do niezbędnego leczenia urazów fizycznych i psychicznych lub dalszych badań;

(v) Informacje o autorze. W sprawozdaniu należy określić jednoznacznie dane osób przeprowadzających badanie; powinno ono również być podpisane przez te osoby.

(c) Sprawozdanie powinno mieć charakter poufny, należy też poinformować o jego treści osobę badaną lub jej przedstawiciela. Opinie badanego i jej przedstawiciela, dotyczące badania, powinny zostać uwzględnione w treści sprawozdania. Sprawozdanie należy złożyć na piśmie, w stosownych przypadkach, do odpowiednich władz odpowiedzialnych za dochodzenie w sprawie stosowania tortur lub okrutnego traktowania. Władze państwowe mają obowiązek upewnić się, że sprawozdanie zostało bezpiecznie dostarczone wymienionym osobom. Sprawozdania nie należy udostępniać stronom trzecim inaczej niż za zgodą badanego lub na mocy wyroku sądu, uprawnionego do wydania nakazu – polecenia jego przekazania.

ANEKS II

Badania diagnostyczne

Badania diagnostyczne są stale ulepszone i poddawane ocenom. Testy opisane poniżej uważano za użyteczne w okresie, gdy powstawał niniejszy podręcznik. Jeżeli niezbędne jest zgromadzenie dodatkowego materiału dowodowego, prowadzący dochodzenie powinni dążyć do pozyskania najbardziej aktualnych informacji – na przykład, skontaktować się z jednym z wyspecjalizowanych ośrodków, zajmujących się dokumentowaniem tortur (patrz rozdział V, sekcja E).

1. *Obrazowanie radiologiczne*

W przypadku urazów w stanie ostrym, różne techniki obrazowania mogą posłużyć uzupełnieniu dokumentacji urazów tkanki kostnej i miękkiej. Po zagojeniu urazów, ślady następstw tortur przestają być widoczne i nie można potwierdzić ich wystąpienia przy pomocy tych samych technik obrazowania. Bywa tak nawet wtedy, gdy ofiara wciąż odczuwa ból i nie odzyskała dotąd pełnej sprawności po urazie. W rozdziale poświęconym badaniu fizykalnemu omówiono wstępnie różne techniki obrazowania w kontekście poszczególnych metod tortur. Tu natomiast czytelnik znajdzie informacje o zastosowaniu poszczególnych technik diagnostycznych. Trzeba jednakże mieć na uwadze fakt, że najdroższe i najbardziej wyrafinowane urządzenia i tak z reguły nie mogą być zastosowane w przypadku domniemanej ofiary tortur, zwłaszcza, jeśli nadal przebywa ona w więzieniu lub areszcie.

Badania radiologiczne i techniki obrazowania diagnostycznego to m.in. standardowe badanie rentgenowskie, scyntygrafia radioizotopowa, tomografia komputerowa (CT), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) i ultrasonografia (USG). Każda z nich ma wady i zalety. W przypadku badania

RTG, scyntygrafii i CT wykorzystuje się promieniowanie jonizujące, co może być niewskazane w przypadku badania ciężarnych kobiet i dzieci. MRI wykorzystuje pole magnetyczne. Potencjalne skutki biologiczne dla płodu i dzieci teoretycznie występują, uważa się jednak, że są minimalne. USG wykonuje się przy pomocy fal ultradźwiękowych; żadne ryzyka biologiczne, związane z tą metodą, nie są znane.

Jedną z najpowszechniej dostępnych technik jest badanie RTG. Z wyjątkiem czaszki, należy wykonać prześwietlenie wszystkich urazów w ramach badania wstępnego. Rutynowe zdjęcie rentgenowskie pozwoli uzyskać obraz złamań części twarzowej czaszki; lepszą techniką jest CT, która umożliwia dokładniejsze obrazowanie złamań, przemieszczeń fragmentów kości, urazów tkanki miękkiej i związanych z nimi powikłań. Jeżeli podejrzewamy, że doszło do uszkodzenia okostnej albo mikrozłamań, należy wykonać zdjęcie RTG i scyntyografię kości. Zdarza się, że zdjęcie rentgenowskie nie wykazuje nawet ostrych złamań lub wczesnego stadium zapalenia szpiku. Złamana kość może się zrosnąć, nie pozostawiając żadnego śladu, który byłby widoczny na zdjęciu RTG. Dzieje się tak zwłaszcza u dzieci. Rutynowo wykonane zdjęcia RTG nie sprawdzają się zbyt dobrze jako narzędzie diagnostyczne w badaniu tkanki miękkiej.

Scyntygrafia to badanie o wysokiej czułości i niskiej swoistości. To tanie, ale skuteczne badanie służy do obrazowania całego układu szkieletowego pod kątem zmian chorobowych i urazów. Umożliwia ono również ocenę skręcenia jąder, jednak w tym wypadku lepiej sprawdza się ultrasonografia. Scyntygrafia nie służy do identyfikacji urazów tkanki miękkiej. Umożliwia wykrycie ostrego złamania w ciągu 24 godzin, jakkolwiek z reguły staje się ono

widoczne po dwóch lub trzech dniach, a u osób starszych po upływie tygodnia lub więcej. Obraz wraca do normy po upływie około dwóch lat. W przypadku złamań i wyleczonego zapalenia szpiku, ślady mogą być widoczne przez okres wielu lat. Diagnozowanie złamań części przynasadowej lub nasady kości długiej u dzieci jest ogromnie trudne ze względu na wychwyty radioznacznika w tym obszarze. Scyntygrafia umożliwia często wykrycie złamań żeber, które nie są widoczne na zwykłych zdjęciach RTG.

(a) *Zastosowanie scyntygrafii kości do diagnozowania falaki*

Scyntygrafia kości może zostać wykonana jako badanie statyczne lub trójfazowe. Dzieli się ono na: podanie radioznacznika (fazę ukrwienia), fazę tkanek miękkich oraz fazę trzecią – jak w badaniu statycznym. Pacjenci przebadani na krótko po tym, jak byli torturowani przy zastosowaniu *falaki*, powinni mieć scyntyografię wykonaną dwukrotnie w odstępie jednego tygodnia. Negatywny wynik pierwszego badania statycznego i pozytywny wynik drugiego może wskazywać, że *falaka* miała miejsce na kilka dni przed pierwszym badaniem. W przypadkach ostrych, dwa negatywne wyniki w odstępie tygodnia nie muszą oznaczać, że *falaka* nie miała miejsca, ale obrażenia są na tyle umiarkowane, że scyntygrafia nie umożliwi ich zobrazowania. Początkowo, w przypadku badania trójfazowego, zwiększony wychwyty radioznacznika w fazie ukrwienia i w fazie tkanek miękkich oraz brak wzrostu wychwyty w fazie trzeciej wskazuje na przekrwienie typowe dla urazu tkanek miękkich. Uraz kości stopy i tkanki miękkiej można wykryć także przy pomocy MRI.^a

(b) *USG*

USG to tania metoda, nie związana z ryzykiem stosowania. Jakość obrazu zależy od umiejętności operatora. Jeśli badanie CT nie jest dostępne, ostre urazy jamy brzusznej bada się za pomocą USG. Urazy ścięgien także

można oceniać przy pomocy tego badania. Jest to również badanie pierwszego wyboru w przypadku urazów jąder. USG barku wykonuje się w stanach ostrych i przewlekłych urazów w wyniku torturowania przez powieszenie. W stanie ostrym, obrzęk, nagromadzenie płynu w obszarze stawu barkowego, podbiegnięcia krwawe i przekrwienia pasa rotacyjnego barku także można zdiagnozować przy pomocy tego badania. Powtórzone badanie USG, z którego wynika, że zmiany widoczne w stanie ostrym zanikają po pewnym czasie, również potwierdza diagnozę. W takich wypadkach należy wykonać MRI, scyntyografię i inne badania radiologiczne oraz porównać ich wyniki. Nawet, jeśli wyniki innych badań okazały się negatywne, wynik USG wystarczy, aby potwierdzić, że ofiara była wieszana.

(c) *Tomografia komputerowa*

CT nadaje się doskonale do obrazowania tkanki miękkiej i kości. Z drugiej strony, MRI sprawdza się lepiej w przypadku tkanki miękkiej. Przy pomocy MRI można wykryć utajone złamanie, zanim stanie się widoczne na zdjęciu RTG lub w scyntygrafii. Zastosowanie otwartego skanera i środka usypiającego może zmniejszyć lęk i uczucie klaustrofobii, często występujące u ofiar tortur. CT nadaje się również znakomicie do diagnozowania i oceny złamań, szczególnie kości skroniowej i kości twarzoczaszki. Możliwa jest również ocena ułożenia i przemieszczenia kości, szczególnie w wypadku złamań kręgosłupa, kości miednicy, barku lub panewki. Badanie to nie służy natomiast do wykrywania stłuczeń kości. CT z kontrastem lub bez może posłużyć jako badanie wstępne ostrych, podostrych i przewlekłych urazów centralnego układu nerwowego (CNS). Jeśli wynik badania jest negatywny, niejednoznaczny lub nie tłumaczy dolegliwości pacjenta, należy wykonać MRI. CT z oknami kostnymi oraz badanie przed i po podaniu kontrastu powinna być pierwszym badaniem wykonywanym w przypadku złamania kości skroniowej. Okna kostne mogą umożliwić ogląd złamań i naruszenia ciągłości łańcucha kosteczek. Badanie bez kontrastu może wykazać nagromadzenie płynu i obecność perlaka. Podanie kontrastu zaleca się w związku z występującymi w tym obszarze nieprawidłowościami naczyniowymi. W przypadku wycieku wodnistego,

^a Patrz rozdział V, przypisy 76 i 83; patrz także podstawowa literatura w dziedzinie radiologii i medycyny nuklearnej, aby uzyskać więcej informacji.

wprowadzenie kontrastu do kanału kręgowego powinno mieć miejsce przy kości skroniowej. MRI może również wykazać uszkodzenie, które powoduje wyciek wodnisty. W przypadku podejrzenia takiego wycieku, należy wykonać CT z oknami kostnymi i tkanki miękkiej. Następnie wykonuje się CT po podaniu kontrastu do kanału kręgowego.

(d) *Rezonans magnetyczny*

MRI to badanie bardziej czułe, niż CT, w wykrywaniu nieprawidłowości w obrębie CNS. Krwotok w obrębie centralnego systemu nerwowego może mieć przebieg nagły, nadostry, ostry, podosty i przewlekły; zakresy krwotoku są skorelowane z właściwościami obrazu. Dlatego też MRI może umożliwić określenie, kiedy nastąpił uraz głowy, i powiązać te daty z zeznaniami ofiary. Krwotok w obrębie CNS może ustąpić całkowicie lub też pozostałe po nim osady hemosyderyny są widoczne w obrazowaniu CT jeszcze po kilku latach. Krwotok w obrębie tkanki miękkiej, szczególnie mięśni, ustępuje całkowicie i bez śladu. W nielicznych przypadkach może dojść do jego skostnienia. Proces ten określa się mianem *Myositis ossificans* i jest on wykrywalny przy pomocy CT.

2. *Biopsja urazu powstałego w wyniku porażenia prądem*

Porażenie prądem może, ale nie musi powodować zmian mikroskopowych o charakterze wysoce specyficznym. Brak takich zmian w odcinku pobranym do biopsji nie świadczy, że diagnoza w zakresie porażenia prądem jest błędna, dlatego sąd nie może również przyjąć takiego założenia. Niestety, jeśli sąd zażąda wykonania biopsji w celu potwierdzenia, że ofiara była poddawana rażeniu prądem, odmowa udzielenia zgody na przeprowadzenie tej procedury lub jej negatywny wynik ma ogromny wpływ na decyzję sądu. Ponadto, doświadczenie kliniczne w dziedzinie badania skutków porażenia prądem przy pomocy biopsji jest ograniczone, a diagnozę można z reguły postawić na podstawie badania fizykalnego i zeznań świadka.

Procedura ta powinna być wykonywana w warunkach laboratorium badawczego i nie należy zachęcać do jej wprowadzania jako standardu diagnostycznego. W przypadku wydania świadomej zgody pacjenta na biopsję, należy poinformować go o niepewności wyniku i pozwolić mu rozważyć potencjalne korzyści, jako, że badanie może mieć ujemny wpływ na jego psychikę.

(a) *Uzasadnienie dla biopsji*

Skutki porażenia elektrycznego w postaci urazów skórnych badano w warunkach laboratoryjnych na świniach, które w tym celu uśpiono.^{b,c,d,e,f,g} Badanie wykazało, że pewne objawy histologiczne są specyficzne dla porażenia prądem. Możliwe jest stwierdzenie ich przy pomocy badania mikroskopowego pobranego w tym celu odcinka skóry. Dokładny opis badania, które może mieć istotne implikacje kliniczne, pozostaje poza obszarem tematycznym niniejszego podręcznika. Czytelnik może zapoznać się z literaturą cytowaną w przypisach do aneksu, aby uzyskać więcej informacji.

Przeprowadzono również badania histologiczne w kilku przypadkach porażenia prądem ludzi.^{h,i,j,k} Tylko w jednym przypadku,

^b H. K. Thomsen i inni, Early epidermal changes in heat and electrically injured pigskin: a light microscopic study, *Forensic Science International*, tom 17 (1981), s. 133-143.

^c Tamże, The effect of direct current, sodium hydroxide and hydrochloric acid on pig epidermis: a light microscopic and electron microscopic study, *Acta Pathol. Microbiol. Immunol. Scand*, tom 91 (1983), s. 307-316.

^d H. K. Thomsen, *Electrically induced epidermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy*, praca naukowa, University of Copenhagen, F.A.D.L., 1984, s. 1-78.

^e T. Karlsmark i inni, Tracing the use of torture: electrically induced calcification of collagen in pigskin, *Nature*, tom 301 (1983), s. 75-78.

^f Tamże, Electrically induced collagen calcification in pigskin: a histopathologic and histochemical study, *Forensic Science International*, tom 39 (1988), s. 163-174.

^g T. Karlsmark, *Electrically induced dermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low to moderate amounts of electrical energy*, praca naukowa, University of Copenhagen, *Danish Medical Bulletin*, tom 37 (1990), s. 507-520.

^h L. Danielsen i inni, Diagnosis of electrical skin injuries: a review and a description of a case, *American Journal of Forensic Medical Pathology*, tom 12 (1991), s. 222-226.

ⁱ F. Öztöp i inni, Signs of electrical torture on the skin, *Treatment and Rehabilitation Center Report 1994*, Human Rights Foundation of Turkey, tom 11 (1994), s. 97-104.

^j L. Danielsen, T. Karlsmark, H. K. Thomsen, Diagnosis of skinlesions following electrical torture, *Rom. J. Leg. Med.*, tom 5 (1997), s. 15-20.

gdzie zmiany skórne zostały prawdopodobnie nacięte po siedmiu dniach od urazu, uznano, że wskazują one na porażenie elektryczne (osady soli wapiennych na włóknach skóry w tkance wokół warstwy objętej martwicą). W innych przypadkach, po nacięciu zmian po kilku dniach od domniemanego porażenia prądem, stwierdzono występowanie zmian i osadu soli wapiennych na strukturach komórkowych, bardzo zbliżonych do śladów porażenia prądem, nie zdiagnozowano jednakże takiego porażenia, ponieważ nie zaobserwowano osadu soli wapiennych na włóknach skóry. Biopsja wykonana po miesiącu od rzekomego porażenia prądem wykazała powstanie blizny w kształcie stożkowatym o szerokości 1-2 mm, ze zwiększoną ilością fibroblastów i ciasno upakowanych, cienkich włókien kolagenu, umiejscowionych równolegle do powierzchni – obraz wskazujący na porażenie prądem, ale nie w stopniu umożliwiającym postawienie jednoznacznej diagnozy.

(b) *Metoda*

Po otrzymaniu świadomej zgody pacjenta, a przed wykonaniem biopsji, zmiana musi zostać sfotografowana przy pomocy przyjętych metod analizy sądowej. W miejscowym znieczuleniu pobiera się wycinek o szerokości 3-4 mm i umieszcza w roztworze formaliny lub podobnym środku. Biopsję należy przeprowadzić jak najszybciej po wystąpieniu urazu. Obszar zmian jest z reguły ograniczony do warstwy naskórka, a co za tym idzie, zmiana może szybko zniknąć bez śladu. Wycinki można pobrać z więcej niż jednej zmiany, należy jednak brać pod uwagę, że powoduje to dyskomfort pacjenta.¹ Materiał powinien zostać zbadany przez specjalistę – patologa skórnoego.

(c) *Podstawa diagnozy porażenia prądem*

Diagnozę porażenia prądem stawia się, gdy w naskórku znajdują się jądra pęcherzykowe, gruczoły potowe i ścianki naczyniowe (tylko

jedna diagnoza różnicowa: urazy spowodowane przez roztwór zasadowy) oraz osady soli wapiennych na włóknach kolagenowych i sprężystych (diagnoza różnicowa – *Calcinosis cutis* – to rzadka choroba, występująca u 75 na 220,000 osób zbadanych przy pomocy biopsji; osady wapna są z reguły masywne, nie są zlokalizowane konkretnie na włóknach kolagenowych i sprężystych).^m

Typowym, ale nie umożliwiającym postawienia diagnozy objawem są zmiany o kształcie stożkowatym, o szerokości 1-2 mm, z osadami żelaza lub miedzi na naskórku (z powierzchni elektrody) i homogeniczną cytoplazmą w naskórku, gruczołami potowymi i ściankami naczyniowymi. Mogą też wystąpić osady soli wapiennych na strukturach komórkowych w zmianach odcinkowych, może też nie być nieprawidłowości histologicznych.

^k H. Jacobsen, Electrically induced deposition of metal on the human skin, *Forensic Science International*, tom 90 (1997), s. 85-92.

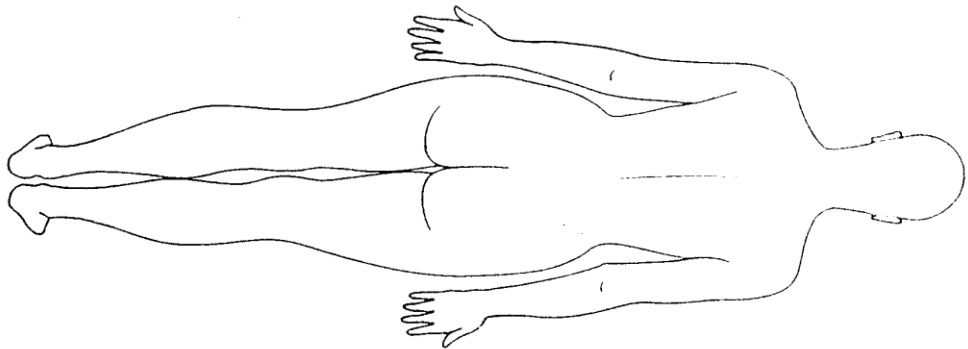
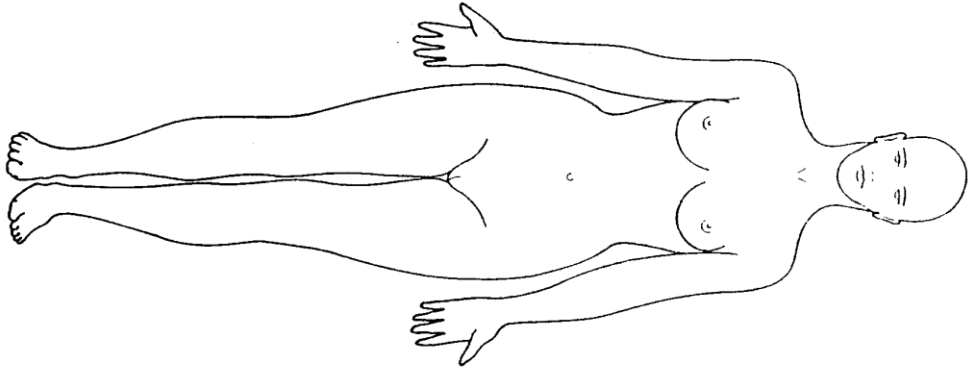
¹ S. Gürpınar and S. Korur Fincancı, İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu (Human rights violations and responsibility of the physician), *Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı* (Handbook of Forensic Medicine for General Practitioners), Ankara, Turkish Medical Association, 1999.

^m Patrz przypis (h) powyżej.

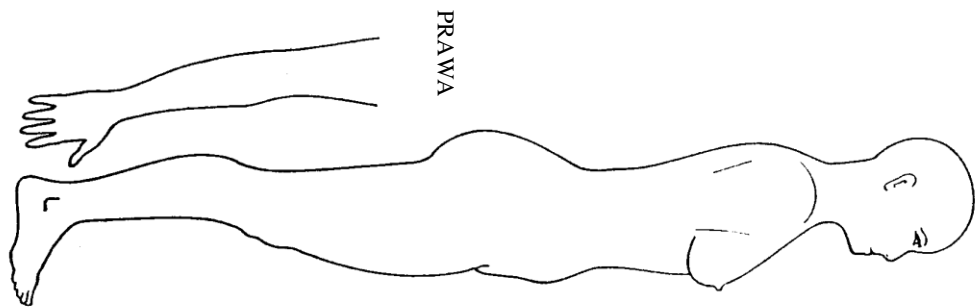
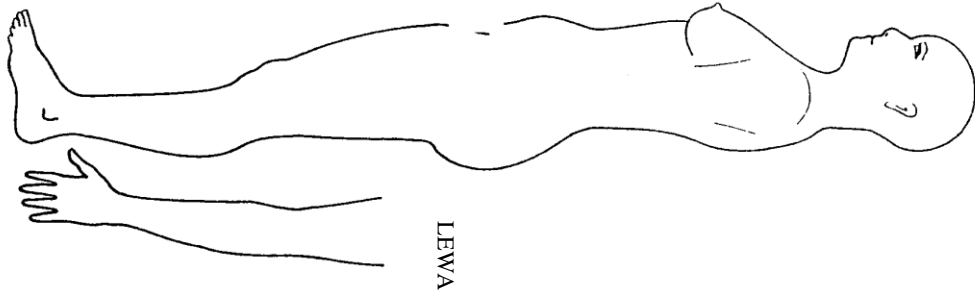
ANEKS III

Rysunki anatomiczne do dokumentacji tortur i okrutnego traktowania

CAŁE CIAŁO, KOBIETA – WIDOK OD TYŁU I OD PRZODU



CAŁE CIAŁO, KOBIETA – WIDOK BOCZNY



Imię i nazwisko

Nr sprawy

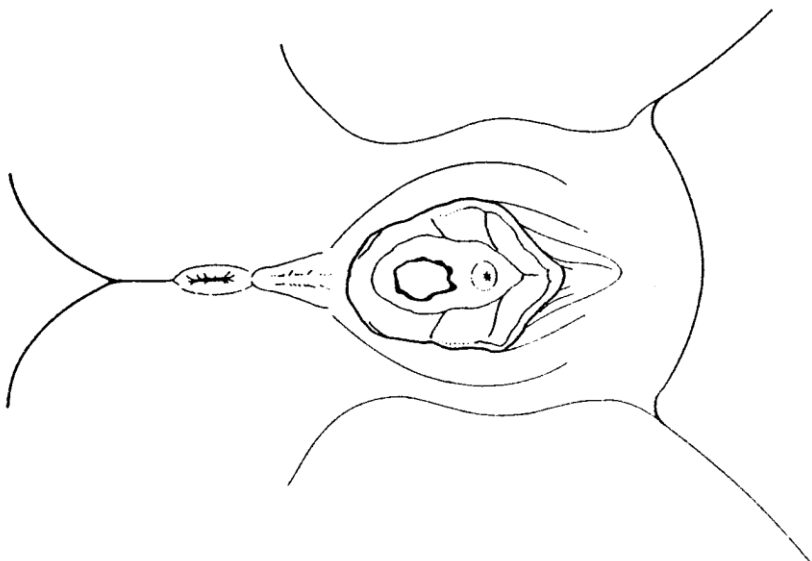
Data

Imię i nazwisko

Nr sprawy

Data

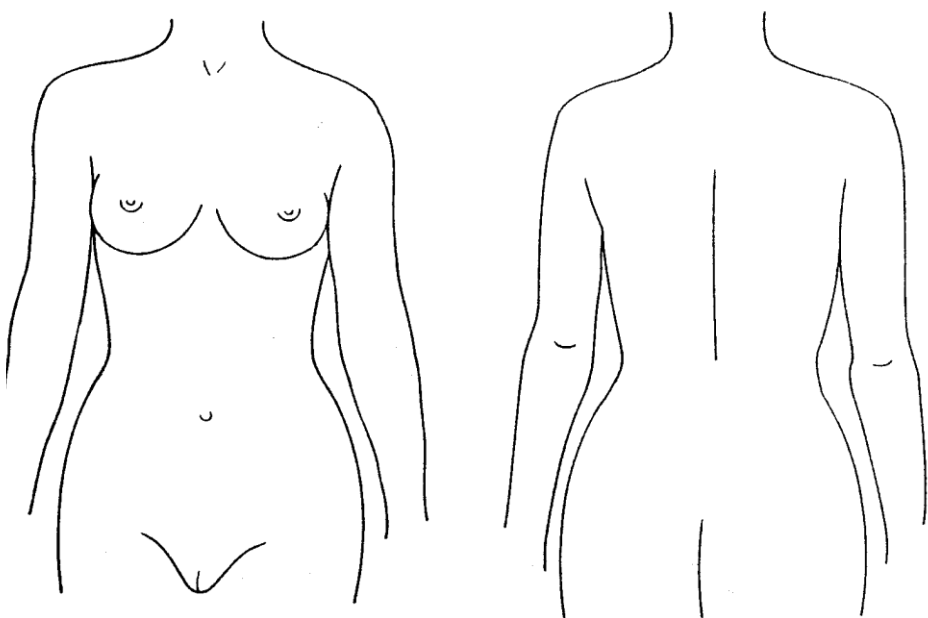
KROCZE – KOBIETA



Imię i nazwisko

Nr sprawy
Data

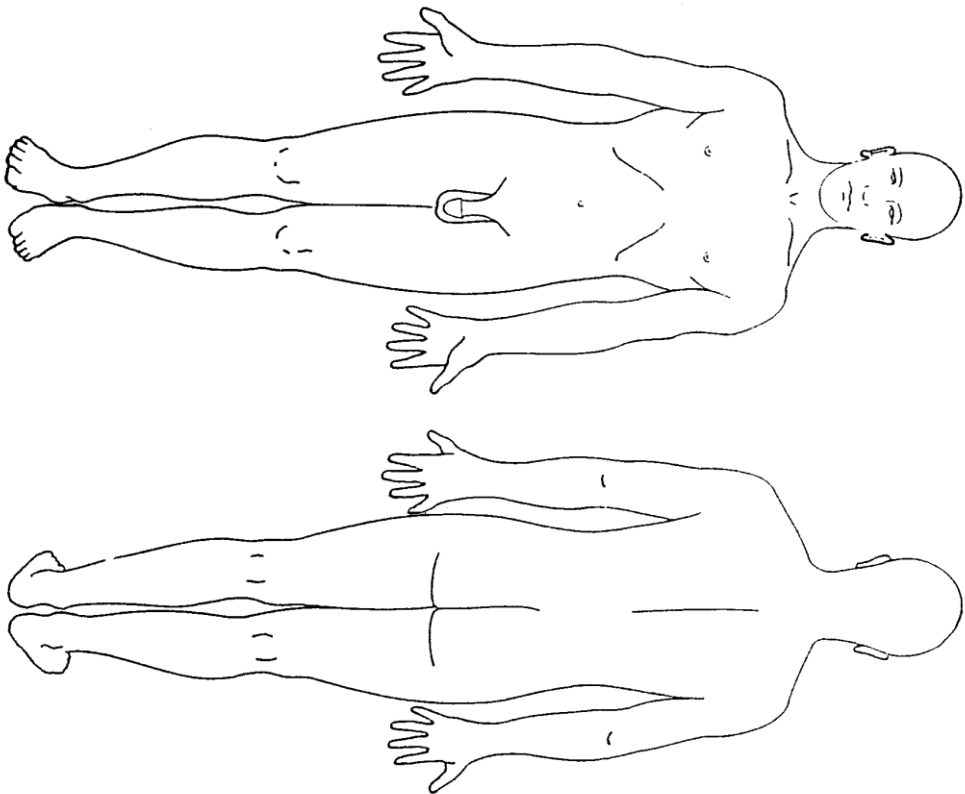
KLATKA PIERSIOWA I BRZUCH KOBIETA – WIDOK OD PRZODU I OD TYŁU



Imię i nazwisko

Nr sprawy
Data

CAŁE CIAŁO, MĘŻCZYŻNA – WIDOK OD PRZODU I OD TYŁU (CZEŚĆ BRZUSZNA I GRZBIETOWA)

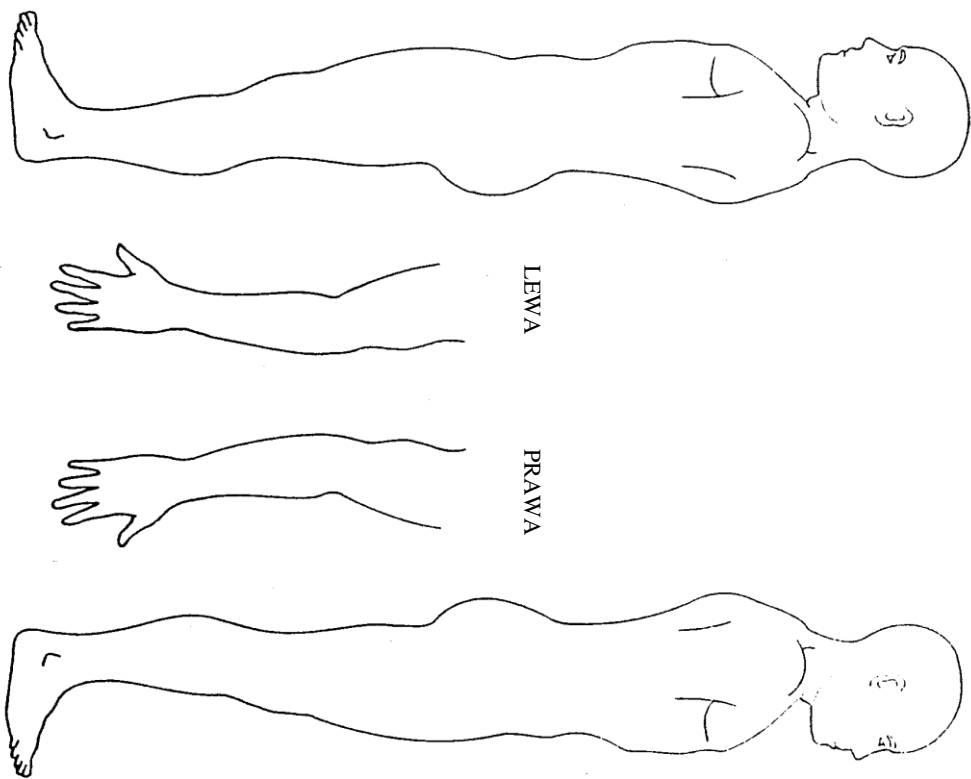


Imię i nazwisko

Nr sprawy

Data

CAŁE CIAŁO, MĘŻCZYŻNA – WIDOK Z BOKU

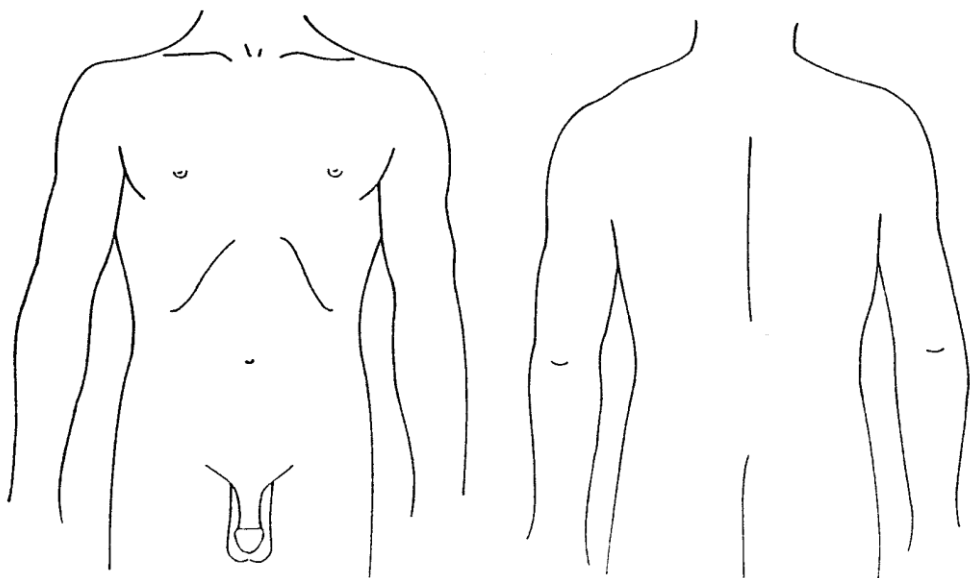


Imię i nazwisko

Nr sprawy

Data

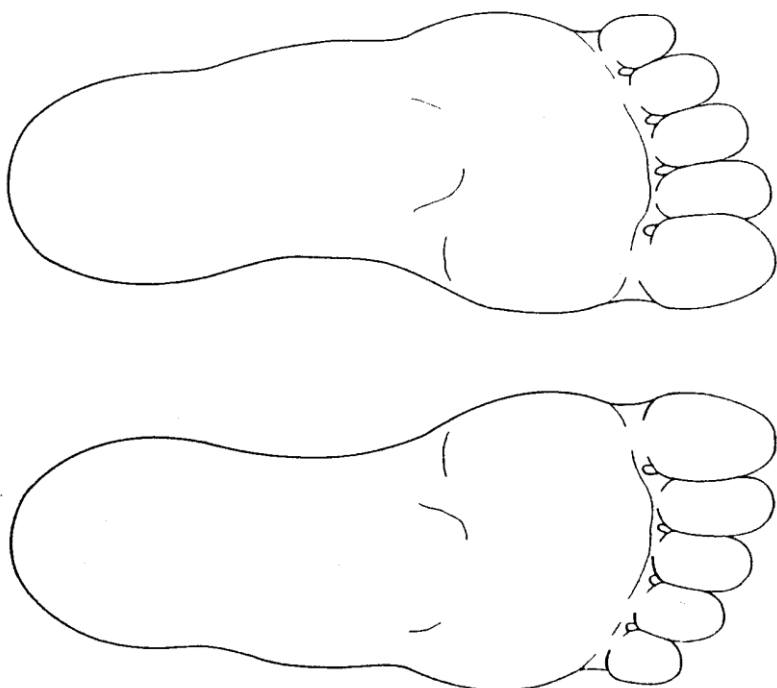
JAMA BRZUSZNA I KLATKA PIERSIOWA, MEZCZYZZNA – WIDOK OD PRZODU I OD TYLU



Imię i nazwisko Nr sprawy

Data

STOPY – LEWA I PRAWA, POWIERZCHNIA PODESZWY

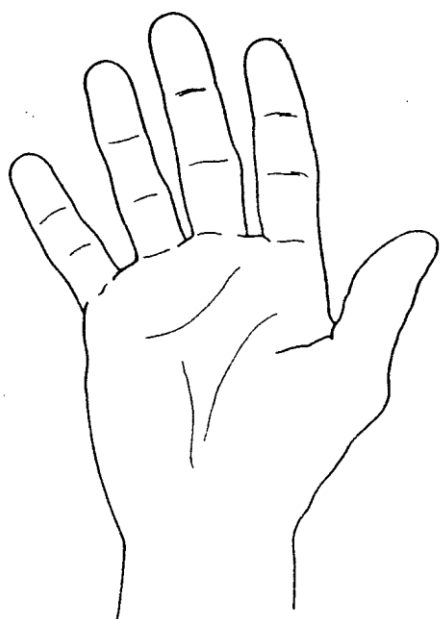
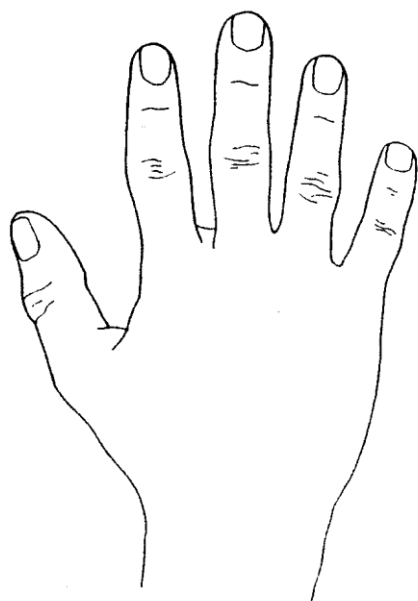


Imię i nazwisko

Nr sprawy

Data

PRAWA DŁOŃ – CZĘŚĆ DŁONIOWA I GRZBIETOWA

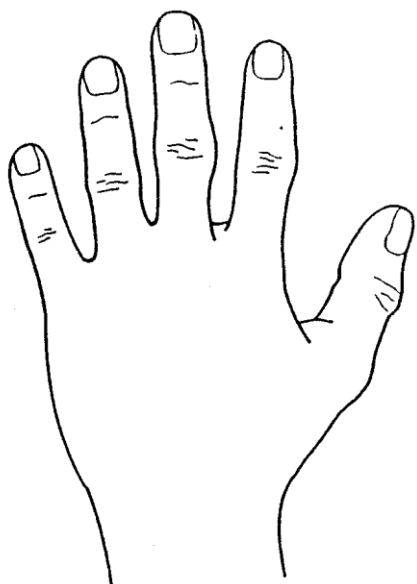
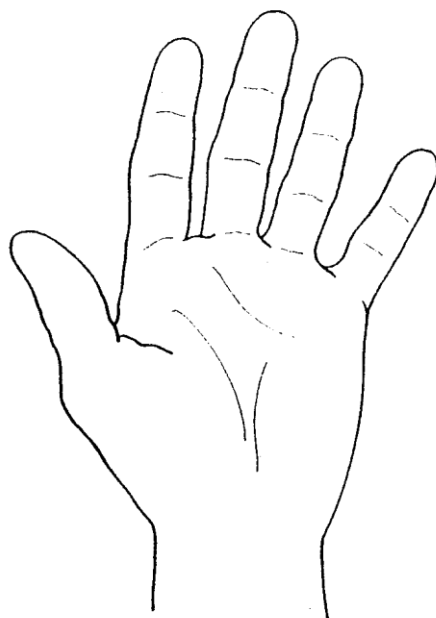


Imię i nazwisko

Nr sprawy

Data

LEWA DŁOŃ – CZĘŚĆ DŁONIOWA I GRZBIETOWA

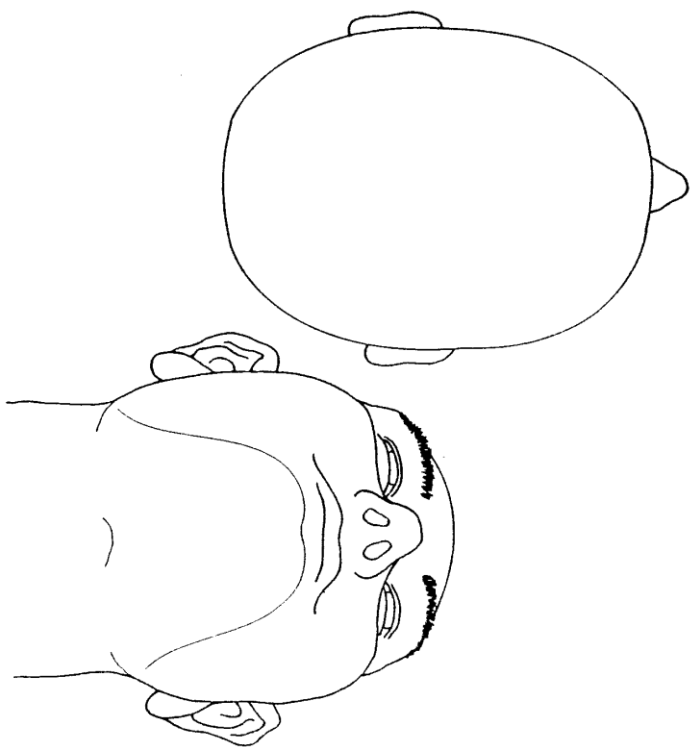


Imię i nazwisko

Nr sprawy

Data

GŁOWA – POWIERZCHNIA I BUDOWA, WIDOK OD GÓRY – WIDOK SZYI OD DOŁU

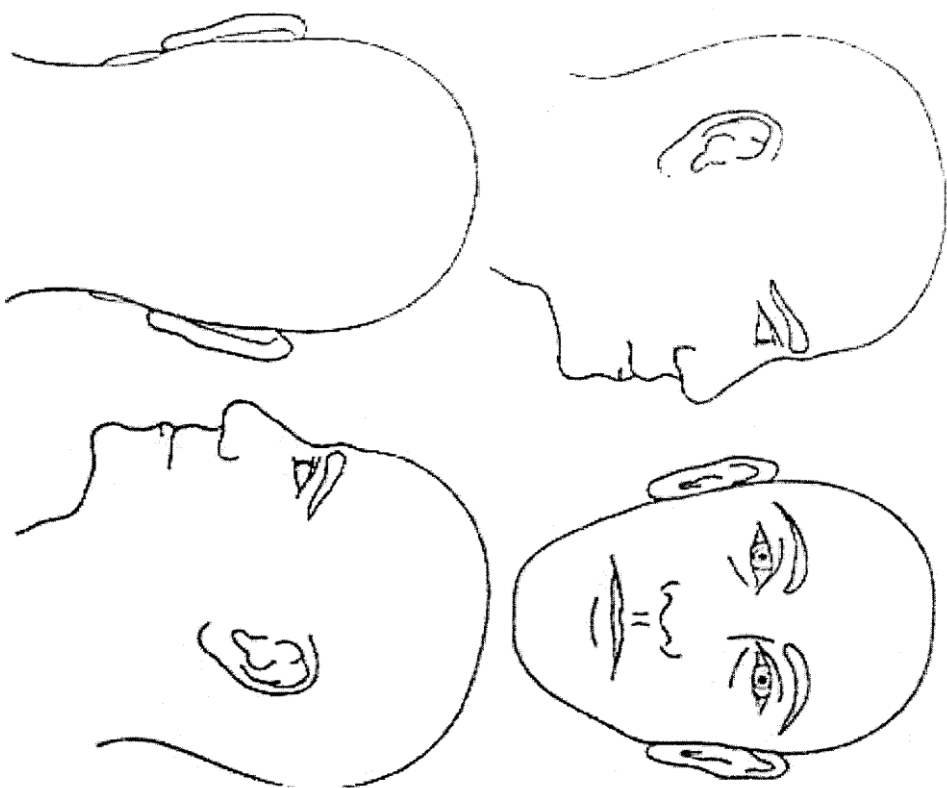


Imię i nazwisko

Nr sprawy

Data

GŁOWA – POWIERZCHNIA I BUDOWA, WIDOK BOCZNY

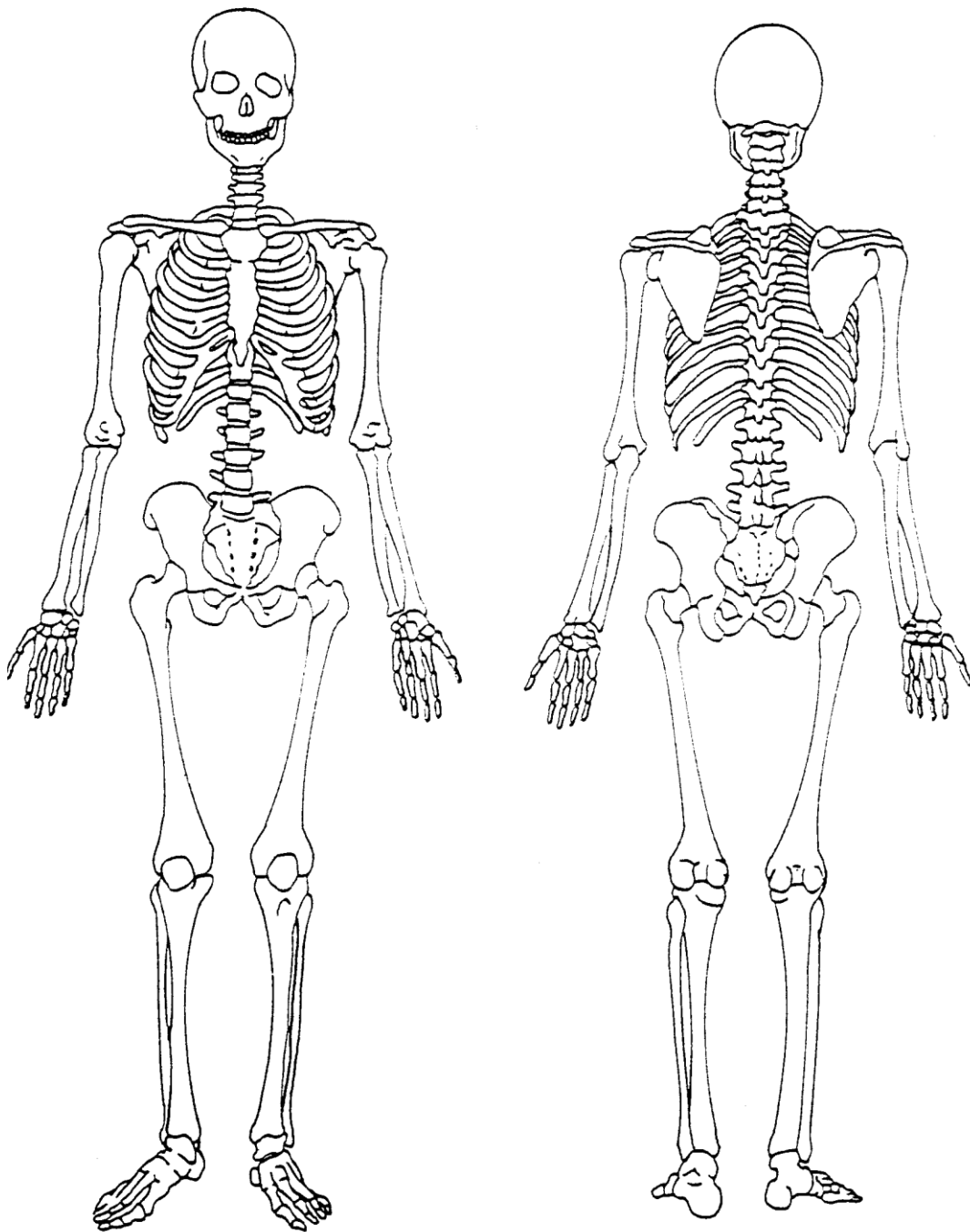


Imię i nazwisko

Nr sprawy

Data

SZKIELET – WIDOK OD PRZODU I OD TYŁU

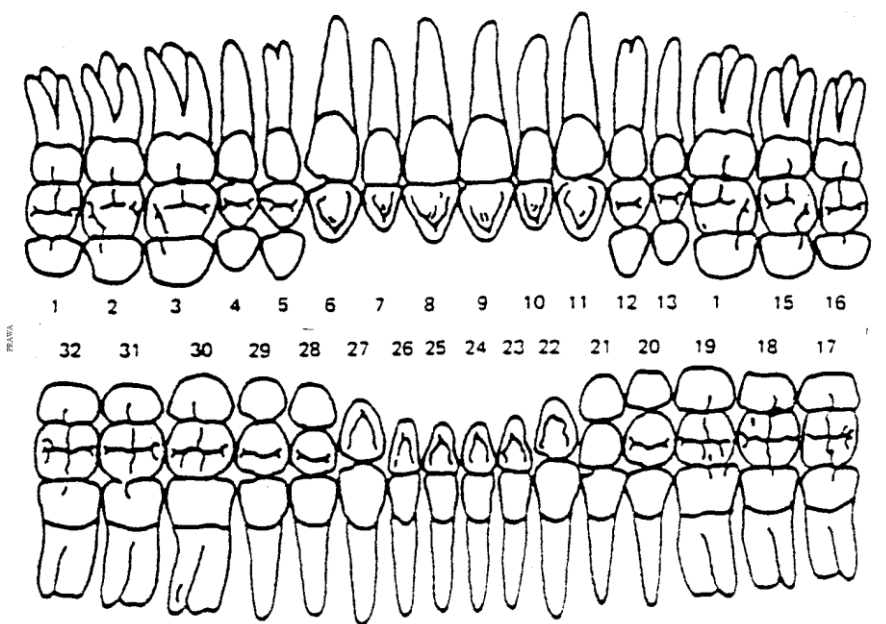


Imię i nazwisko

Nr sprawy

Data

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE BRAKUJĄCE ZĘBY I WYPEŁNIENIA



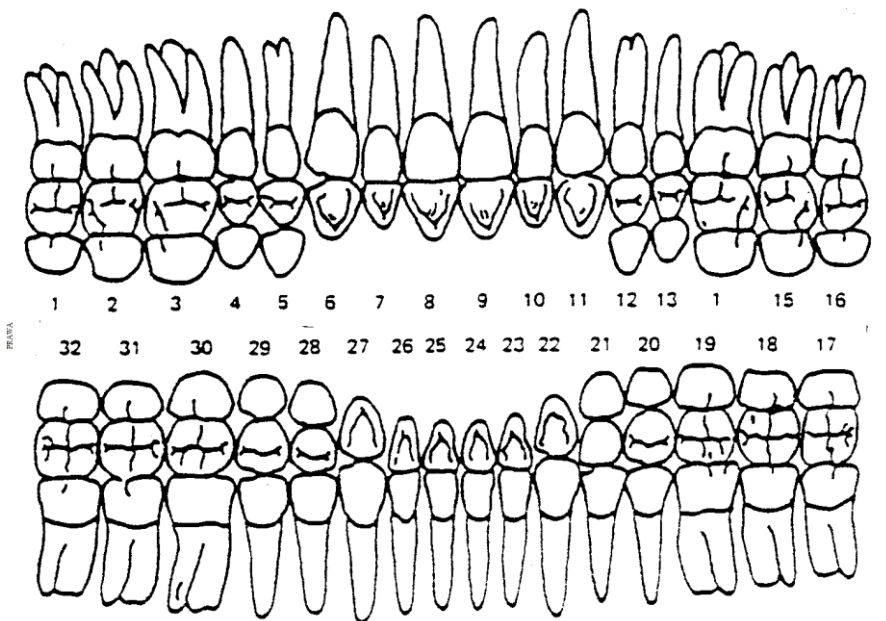
Opisać wszystkie protezy i mosty

.....

.....

ZAZNACZYĆ ZMIANY PRÓCHNICZE NA WYKRESIE

Zakreślić wszystkie zmiany próchnicze i oznaczyć krzyżykiem brakujące zęby



W przybliżeniu
Wiek
Płeć
Rasa

Zakreślić właściwą
opcję

Posiada protezy
zębowe

Szczeka górna

- Pełne uzębienie
- Częściowe
uzębienie
- Most

Szczeka dolna

- Pełne uzębienie
- Częściowe
uzębienie
- Most

Plamy na uzębieniu

- Lekkie
- Umiarkowane
- Silne

Zakreślić właściwą
opcję

Zgryz

- Prawidłowy
- Tyłozgryz
- Przodozgryz

Stan ozębnej

- Doskonały
- Średni
- Zły

Kamień

- Lekki
- Umiarkowany
- Silny

ANEKS IV

Wytyczne w zakresie oceny medycznej tortur i okrutnego traktowania

Poniższe wytyczne sporządzono na podstawie dokumentu „Protokół stambulski: Podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania”. Niniejsze wytyczne nie mają charakteru ścisłej instrukcji. Podczas ich stosowania należy mieć na uwadze cel oceny oraz każdorazowo przeprowadzić ocenę dostępnych zasobów. Ocena dowodów fizycznych i psychologicznych stosowania tortur i okrutnego traktowania może zostać przeprowadzona przez jednego lub kilku lekarzy, w zależności od ich kwalifikacji.

1. Informacje o sprawie

Data badania: Badanie na wniosek (nazwisko/ stanowisko):

Nr sprawy lub raportu: Czas badania: godzin, minut

Imię badanego: Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

Nazwisko badanego: Płeć kobieta/mężczyzna:

Przyczyna badania: Nr dowodu tożsamości badanego:

Nazwisko lekarza: Tłumacz (tak/nie), nazwisko:

Świadoma zgoda: tak/nie Jeśli brak świadomej zgody, dlaczego?

Badanemu towarzyszy (nazwisko/stanowisko):

Osoba obecna w trakcie badania (nazwisko/stanowisko):

Badany skrepowany podczas badania: tak/nie; jeśli „tak”, jak/dlaczego?

Raport z badania przekazany (nazwisko/stanowisko/ nr dowodu tożsamości):

Data przekazania: Godzina przekazania:

Badanie medyczne/ wywiad przeprowadzono bez restrykcji [ze strony organów przetrzymujących, przyp. tłum] (w przypadku osób aresztowanych/więźniów): tak/nie

Szczegółowe informacje o restrykcjach:

II. Kwalifikacje lekarza (dla potrzeb zeznań w sądzie)

Wykształcenie medyczne i przeszkolenie kliniczne

Przeszkolenie w dziedzinie psychologii/ psychiatrii

Doświadczenie w dokumentowaniu objawów stosowania tortur i okrutnego traktowania

Doświadczenie w dziedzinie praw człowieka w regionie istotnym dla dochodzenia

Istotne publikacje, prezentacje i kursy szkoleniowe

Życiorys.

III. Oświadczenie dotyczące prawdziwości zeznania (dla potrzeb postępowania przed sądem)

Na przykład: „Osobiście zapoznałem/am się z faktami przedstawionymi poniżej, z wyjątkiem faktów opierających się na informacjach i przekonaniach, które uważam za prawdziwe. Jestem gotów/a zeznawać w związku z powyższymi informacjami zgodnie z moją wiedzą i przekonaniami.”

IV. Informacje wprowadzające

Informacje ogólne (wiek, zawód, wykształcenie, rodzina itd.)

Wywiad medyczny

Lista wcześniejszych badań dotyczących stosowania tortur i okrutnego traktowania

Stan psychospołeczny przed zatrzymaniem.

V. Zarzuty dotyczące tortur i okrutnego traktowania

1. Informacje o pozbawieniu wolności i stosowaniu przemocy
2. Okoliczności aresztowania i pozbawienia wolności
3. Pierwsze i kolejne miejsca pozbawienia wolności (chronologia, transport, warunki pobytu)
4. Opis okrutnego traktowania lub tortur (w każdym miejscu pozbawienia wolności)
5. Opis metod tortur

VI. Objawy fizyczne i niepełnosprawność

Proszę opisać objawy ostre i przewlekłe oraz charakter niepełnosprawności i proces gojenia.

1. Objawy ostre
2. Objawy przewlekłe

VII. Badanie fizykalne

1. Wygląd ogólny
2. Skóra
3. Twarz i głowa
4. Oczy, uszy, nos i gardło
5. Jama ustna i zęby
6. Klatka piersiowa i brzuch (w tym objawy czynności życiowych)
7. Układ moczowo-płciowy
8. Układ mięśniowo-szkieletowy
9. Ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy

VIII. Wywiad/ badanie psychologiczne

1. Metody oceny
2. Obecne objawy psychologiczne
3. Stan po zakończeniu tortur
4. Stan przed rozpoczęciem tortur
5. Zaburzenia psychologiczne/ psychiatryczne w wywiadzie
6. Uzależnienia i wywiad w tym kierunku

7. Ocena stanu umysłowego
8. Ocena funkcjonowania społecznego
9. Testy psychologiczne (patrz rozdział VI, sekcja C.1 – wskazania i ograniczenia)
10. Testy neuropsychologiczne (patrz rozdział VI, sekcja C.4 – wskazania i ograniczenia)

IX Zdjęcia

X. Wyniki testów diagnostycznych (patrz Aneks II – wskazania i ograniczenia)

XI. Konsultacje

XII. Interpretacje ustaleń

1. Dowody z badania fizykalnego
 - A. Stopień zbieżności pomiędzy urazami ostrymi i przewlekłymi w wywiadzie oraz charakterem niepełnosprawności a zeznaniami domniemanej ofiary.
 - B. Stopień zbieżności pomiędzy wynikami badania fizykalnego a zeznaniami domniemanej ofiary (Uwaga: brak wyników badania fizykalnego nie wyklucza możliwości, że wobec ofiary stosowano tortury lub traktowano w okrutny sposób).
 - C. Stopień zbieżności pomiędzy wynikami a stanem wiedzy na temat metod tortur stosowanych w regionie i ich następstw.
2. Dowody z oceny psychologicznej
 - A. Stopień zbieżności pomiędzy wynikami oceny psychologicznej a zeznaniami domniemanej ofiary.
 - B. Ocena, czy wyniki oceny psychologicznej są zgodne z oczekiwaniami, czy są to typowe reakcje na ogromny stres zgodnie z kontekstem kulturowym i społecznym osoby.
 - C. Wskazanie stanu osoby w zmiennym przebiegu zaburzeń umysłowych w wyniku urazu w czasie, tzn. ram czasowych w odniesieniu do tortur oraz etapu zdrowienia, na jakim znajduje się osoba.
 - D. Zidentyfikowanie współistniejących czynników stresu, oddziałujących na osobę (ciągłe prześladowania, przymusowa migracja, wysiedlenie, utrata rodziny i roli społecznej itd.) i ich wpływu na osobę.
 - E. Podanie schorzeń natury fizycznej, które mogą uzupełnić obraz kliniczny, szczególnie w kontekście ewentualnych dowodów urazu głowy w trakcie stosowania tortur lub zatrzymania.

XIII. Wnioski i rekomendacje

1. Oświadczenie w sprawie zgodności wszystkich źródeł dowodów, powołanych powyżej (wyniki badania fizykalnego i oceny psychologicznej, dane z wywiadu, fotografie, wyniki testów diagnostycznych, wiedza na temat regionalnych praktyk w zakresie stosowania tortur, sprawozdania z konsultacji itd.) oraz zarzutów w sprawie poddania osoby torturom i okrutnemu traktowaniu.
2. Podanie objawów i charakteru niepełnosprawności, które nadal utrzymują się w wyniku domniemanych aktów przemocy.
3. Sformułowanie zaleceń dla potrzeb dalszej oceny i opieki nad domniemaną ofiarą.

XIV. Oświadczenie o prawdziwości zeznań (dla potrzeb postępowania sądowego)

Na przykład: „Niniejszym oświadczam, świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, zgodnie z ustawą... (kraj), że powyższe informacje są prawdziwe, a niniejsze oświadczenie zostało złożone pod przysięgą dnia..... (data) w (miasto) (województwo).”

XV. Oświadczenie o restrykcjach odnośnie badania / dochodzenia (dotyczące więźniów):

Na przykład: „Podpisani niżej lekarze niniejszym zaświadcniają, że umożliwiono im swobodną i niezależną pracę oraz rozmowę z (badanym) i przeprowadzenie badania na osobności, bez jakichkolwiek ograniczeń ani zastrzeżeń, przymusu ze strony organów odpowiedzialnych za detencję” lub „Podpisani niżej lekarze oświadczają, że musieli przeprowadzić badanie przy zachowaniu następujących ograniczeń:”

XVI Podpis lekarza, data, miejsce

XVII. Aneksy dotyczące danej sprawy

W tym: kopia życiorysu lekarza, rysunki anatomiczne ze wskazaniem urazów będących wynikiem stosowania tortur i okrutnego traktowania, fotografie, konsultacje i wyniki badań diagnostycznych.

*W celu uzyskania dalszych informacji należy skontaktować się z Biurem Wysokiego Komisarza
Narodów Zjednoczonych do Spraw Praw Człowieka,
Palais des Nations, 1211 Genewa 10, Szwajcaria*

Tel: (+41-22) 917 91 59

E-mail: infodesk@ohchr.org

Internet: www.ohchr.org