

Înaltul Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului

Seria instruirilor profesionale nr. 8 / rev 1



Protocolul de la Istambul

Manual de investigare efectivă
și documentare asupra torturii
și a altor tratamente crude,
inumane sau degradante sau pedepse



Biroul Națiunilor Unite



Versiune revizuita, 2009

Traducere efectuată cu suportul financiar al Programului de Drept, Fundatia Soros-Moldova, Proiectul "Advocacy pentru Drepturile Omului in contextul crizei legate de alegerile parlamentare din aprilie 2009 din Republica Moldova"

Ludmila Popovici,
Centrul Medical de Reabilitare a Victimelor Torturii "Memoria",
Chisinau, Republica Moldova
www.memoria.md

Acest material a fost tipărit în cadrul proiectului privind Integrarea Locală a Refugiaților în Belarus, Moldova și Ucraina în perioada 2009 -2011. Acest proiect este cofinanțat de Uniunea Europeană și Înalțul Comisariat al Națiunilor Unite pentru Refugiați, și implementat de Înalțul Comisariat al Națiunilor Unite pentru Refugiați.



Această publicație apare grație sprijinului financiar al Uniunii Europene.
Uniunea Europeană nu subscrie și nu-și asumă responsabilitatea pentru conținut.

NOTĂ

Denumirile folosite și forma de prezentare a conținutului acestei publicații nu implică expresia vreunei opinii, oricare ar fi aceea, din partea Secretariatului Națiunilor Unite privind statutul legal al oricărei țări, teritoriu, oraș sau zonă, sau a autorităților acestora, sau privind delimitările frontierelor lor.

*

* *

Materialul conținut de această publicație poate fi citat sau retipărit în mod liber, cu condiția ca o copie a publicației cuprinzând materialul retipărit să fie trimis la Oficiul Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului, Națiunile Unite, 1211 Geneva 10, Elveția.

HR/P/PT/8

Publicație a Națiunilor Unite

Nr. de vânzare E.01.XIV.1

ISBN 92-1-154136-0

ISSN 1020-1688

Manual de investigare efectivă și documentare asupra torturii și a altor
tratamente crude, inumane sau degradante sau pedepse

Protocolul de la Istambul

Propus
Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului

9 August 1999

ORGANIZAȚII PARTICIPANTE

- Action for Torture Survivors (HRFT), Geneva
- Amnesty International, London
- Association for the Prevention of Torture, Geneva
- Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin
- British Medical Association (BMA), London
- Center for Research and Application of Philosophy and Human Rights, Hacettepe
University, Ankara
- Center for the Study of Society and Medicine, Columbia University, New York
- The Center for Victims of Torture (CVT), Minneapolis
- Centre Georges Devereux, University of Paris VIII, Paris
- Committee against Torture, Geneva

- Danish Medical Association, Copenhagen
- Department of Forensic Medicine and Toxicology, University of Colombo, Colombo
- Ethics Department, Dokuz Eylül Medical Faculty, Izmir
- Gaza Community Mental Health Programme, Gaza
- German Medical Association, Berlin
- Human Rights Foundation of Turkey (HRFT), Ankara
- Human Rights Watch, New York
- Indian Medical Association and the IRCT, New Delhi
- Indochinese Psychiatric Clinic, Boston
- Institute for Global Studies, University of Minnesota, Minneapolis
- Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago, Chile
- International Committee of the Red Cross, Geneva
- International Federation of Health and Human Rights Organizations, Amsterdam
- International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), Copenhagen
- Johannes Wier Foundation, Amsterdam
- Lawyers Committee for Human Rights, New York
- The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, London
- Physicians for Human Rights Israel, Tel Aviv
- 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, Istanbul
- Survivors International, San Francisco
- The Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Cape Town
- Turkish Medical Association, Ankara
- Special Rapporteur on Torture, Geneva
- World Medical Association, Ferney-Voltaire

CUPRINS

	Pagina
Autori secunzi și alți participanți	ix
Introducere.....	1-2

Capitol	Paragraf	Pagina
I. Standarde legale internaționale relevante	1-47	2-14
A. Legislație umanitară internațională	2-6	2
B. Legea Națiunile Unite	7-9	3
1. Obligațiile legale pentru prevenirea torturii	10	4
2. Organizațiile Națiunilor Unite și mecanismele lor	11-24	5
C. Organizații regionale	25-46	9
1. Comisia inter-americană pentru Drepturile Omului și Curtea inter-americană a Drepturilor Omului	25-32	9
2. Curtea europeană pentru Drepturilor Omului	33-38	11
3. Comitetul European pentru prevenirea torturii și a tratamentelor inumane sau degradante sau pedepselor	39-43	12
4. Comisia africană pentru Drepturile Omului și al națiunilor și Curtea africană pentru Drepturile Omului și al națiunilor	44-46	13
D. Curtea penală internațională	47	14
II. Coduri etice relevante	48-73	15-23
A. Etica profesiei juridice	49-50	15
B. Etica îngrijirii medicale	51	15
1. Declarațiile Națiunilor Unite relevante pentru profesioniștii din domeniul sănătății	52-53	16
2. Declarații ale organizațiilor profesionale internaționale	54-55	17
3. Coduri naționale ale eticii medicale	56	18
C. Principii comune tuturor codurilor de etică în domeniul sănătății	57	18
1. Datoria de a oferi îngrijire cu compasiune	58-62	18

2. Acordarea consimțământului	63-64	19
3. Confidențialitatea	65	20
D. Profesioniștii din domeniul sănătății cu obligații duble	66	21
1. Principii de bază pentru toți medicii cu obligații duble	67	21
2. Dileme care apar din obligațiile duble	68-73	22
III. Investigarea legală a torturii	74-119	24-37
A. Obiectivele unei investigări asupra torturii	77	24
B. Principii de investigare efectivă și documentare asupra torturii și a altor tratamente crude, inumane și/sau degradante sau pedepse	78-84	25
C. Procedurile unei investigări asupra torturii	85-106	27
1. Determinarea organului de investigație	85-87	27
2. Intervievarea presupusei victime și a altor martori	88-101	27
3. Obținerea și păstrarea în siguranță a dovezilor fizice	102-103	32
4. Dovezile medicale	104-105	33
5. Fotografii	106	33
D. Comisia de anchetă	107-119	34
1. Definirea competențelor anchetei	107	34
2. Împuternicirile comisiei	108	34
3. Criterii pentru alegerea membrilor Comisiei	109-110	34
4. Membrii comisiei	111	35
5. Protecția martorilor	112	35
6. Proceduri	113	35
7. Anunțarea investigației	114	35
8. Primirea probelor	115	35
9. Drepturile părților	116	36
10. Evaluarea dovezilor	117	36
11. Raportul comisiei	118-119	36
IV. Considerente generale pentru interviuri	120-160	38
A. Scopul anchetei, examinarea și documentarea	121-122	38

B. Garanții procedurale cu privire la deținuți	123-126	38
C. Vizitele oficiale în locurile de detenție	127-134	40
D. Tehnici de chestionare	135	42
E. Documentarea asupra trecutului	136-141	42
1. Istoricul psiho-social și perioada de pre-arest	136	42
2. Rezumatul asupra detenției și abuzului	137	42
3. Circumstanțele detenției	138	43
4. Locul și condițiile detenției	139	43
5. Metode de tortură și rele tratamente	140-141	43
F. Evaluarea fundalului	142-143	44
G. Revizuirea metodelor de tortură	144-145	44
H. Riscul de re-traumatizare a intervievatului	146-149	46
I. Folosirea translatorilor	150-153	47
J. Problemele legate de gen	154-155	47
K. Indicații pentru trimiteri externe	156	48
L. Interpretarea constatărilor și concluzii	157-160	48
V. Dovezi fizice ale torturii	161-233	50-69
A. Structura interviului	163-167	50
B. Istoricul medical	168-169	51
1. Simptoame acute	170	52
2. Simptoame cronice	171	52
3. Sumarul unui interviu	172	52
C. Examinarea fizică	173-186	53
1. Pielea	176	53
2. Fața	177-182	53
3. Pieptul și abdomenul	183	55
4. Sistemul scheletic și muscular	184	55
5. Sistemul uro-genital	185	56
6. Sistemul nervos central și periferic	186	56

D. Examinarea și evaluarea în raport cu forme specifice de tortură	187-232	56
1. Lovituri și alte traume cu obiecte boante	189-202	57
2. Bătaia la picioar	203-205	60
3. Suspendarea	206-209	61
4. Alte torturi poziționale	210-211	63
5. Tortura prin șoc electric	212	63
6. Tortura dentară	213	64
7. Asfixierea	214	64
8. Tortura sexuală, inclusiv violul	215-232	64
E. Testele diagnostice specializate	233	69
VI. Dovezi psihologice ale torturii	233-315	70-92
A. Considerente generale	234-239	70
1. Rolul central al evaluării psihologice	234-237	70
2. Contextul evaluării psihologice	238-239	71
B. Consecințele psihologice ale torturii	240-259	72
1. Observații preventive	240	72
2. Răspunsuri psihologice frecvente	241-249	72
3. Clasificarea simptoamelor	250-259	74
C. Evaluarea psihologică și/sau psihiatrică	260-315	78
1. Considerente etice și clinice	260-262	78
2. Procesul de interviu	263-274	78
3. Componentele unei evaluării psihologice/psihiatrice	275-291	82
4. Evaluarea neuropsihologică	292-309	86
5. Copiii și tortura	310-315	90

ANEXE

I.	Principii pentru investigarea efectivă și documentarea asupra torturii și a altor tratamente crude, inumane și/sau degradante sau pedepse	93
II.	Testele diagnostice	95
III.	Schițe anatomice pentru examinarea torturii și a relelor tratamente	99
IV.	Îndrumări pentru evaluarea medicală a torturii și a relelor	107

AUTORI ȘI ALȚI PARTICIPANȚI

Coordonatori de proiect

Dr. Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston
Dr. Önder Özkaliþçi, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul
Ms. Caroline Schlar, Action for Torture Survivors (HRFT), Geneva

Comitetul editorial

Dr. Kathleen Allden, Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, and Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire
Dr. Türkcan Baykal, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir
Dr. Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston
Dr. Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago
Dr. Önder Özkaliþçi, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul
Dr. Michael Peel, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, London
Dr. Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Columbia University, New York
Mr. James Welsh, Amnesty International, London

Raportori

Dr. Kathleen Allden, Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, and Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire
Ms. Barbara Frey, Institute for Global Studies, University of Minnesota, Minneapolis
Dr. Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago
Dr. üebnem Korur Fincanci, Society of Forensic Medicine Specialists, Istanbul
Dr. Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Columbia University, New York
Ms. Ann Sommerville, British Medical Association, London
Dr. Numfondo Walaza, The Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Cape Town

Autori

Dr. Suat Alptekin, Forensic Medicine Department, Istanbul

Dr. Zuhail Amato, Ethics Department, Doküz Eylul Medical Faculty, Izmir

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

Dr. Semih Aytaçlar, Sonomed, Istanbul

Dr. Metin Bakkalci, Human Rights Foundation of Turkey, Ankara

Dr. Ümit Biçer, Society of Forensic Medicine Specialists, Istanbul

Dr. Yelîm Can, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul

Dr. John Chisholm, British Medical Association, London

Dr. Lis Danielsen, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhagen

Dr. Hanan Diab, Physicians for Human Rights Palestine, Gaza

Mr. Jean-Michel Diez, Association for the Prevention of Torture, Geneva

Dr. Yusuf Do»ar, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul

Dr. Morten Ekstrom, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhagen

Professor Ravindra Fernando, Department of Forensic Medicine and Toxicology, University of Colombo, Colombo

Dr. John Fitzpatrick, Cook County Hospital, Chicago

Ms. Camile Giffard, University of Essex, England

Dr. Jill Glick, University of Chicago Children’s Hospital, Chicago

Dr. Emel Gökmen, Department of Neurology, Istanbul University, Istanbul

Dr. Norbert Gurriss, Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin

Dr. Hakan Gürvit, Department of Neurology, Istanbul University, Istanbul

Dr. Karin Helweg-Larsen, Danish Medical Association, Copenhagen

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

Dr. Uwe Jacobs, Survivors International, San Francisco

Dr. Jim Jaranson, The Center for Victims of Torture, Minneapolis

Ms. Cecilia Jimenez, Association for the Prevention of Torture, Geneva

Ms. Karen Johansen Meeker, University of Minnesota Law School, Minneapolis

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

Dr. Cem Kaptano»lu, Department of Psychiatry, Osmangazi University Medical Faculty, Eskiİehir

Professor Ioanna Kuçuradi, Center for Research and Application of Philosophy and Human Rights, Hacettepe University, Ankara

Mr. Basem Lafî, Gaza Community Mental Health Program, Gaza

Dr. Elizabeth Lira, Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago

Dr. Veli Lök, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir

Dr. Michèle Lorand, Cook County Hospital, Chicago

Dr. Ruchama Marton, Physicians for Human Rights-Israel, Tel Aviv

Ms. Elisa Massimino, Lawyers Committee for Human Rights, New York

Ms. Carol Mottet, Legal consultant, Bern

Dr. Fikri Öztop, Department of Pathology, Ege University Medical Faculty, Izmir

Mr. Alan Pa rra, Office of the Special Rapporteur onT orture, Geneva

Dr. Beatrice Patsalides, Survivors International, San Francisco

Dr. Jean Pierre Restellini, Human Rights Awareness Unit, Directorate of Human Rights, Council of Europe, Strasbourg

Mr. Nigel Rodley, Special Rapporteur on Torture, Geneva

Dr. FüsünSayek, Turkish Medical Association, Ankara

Dr. Françoise Sironi, Centre Georges Devereux, University of Paris VIII, Paris

Dr. Bent Sorensen, International Rehabilitation Council for Torture Victims, and Committee against Torture, Geneva

Dr. Nezir Suyugül, Forensic Medicine Department, Istanbul

Ms. Asmah Tareen, University of Minnesota Law School, Minneapolis

Dr. Henrik Klem Thomsen, Department of Pathology, Bispebjerg Hospital, Copenhagen

Dr. Morris Tidball-Binz, Program for the Prevention of Torture, Inter-American Institute of Human Rights, San José, Costa Rica

Dr. Nuray Türksoy, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul

Ms. Hülya Üçpinar, Human Rights Office, Izmir Bar Association, Izmir
Dr. Adriaan van Es, Johannes Wier Foundation, Amsterdam
Mr. Ralf Wiedemann, University of Minnesota Law School, Minneapolis
Dr. Mark Williams, The Center for Victims of Torture, Minneapolis

Participanți

Mr. Alessio Bruni, Committee against Torture, Geneva
Dr. Eyad El Sarraj, Gaza Community Mental Health Programme, Gaza
Dr. Rosa Garcia-Peltoniemi, The Center for Victims of Torture, Minneapolis
Dr. Ole Hartling, Danish Medical Association, Copenhagen
Dr. Hans Petter Hougen, Danish Medical Association, Copenhagen
Dr. Delon Human, World Medical Association, Ferney-Voltaire
Dr. Dario Lagos, Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial, Buenos Aires
Dr. Frank Ulrich Montgomery, German Medical Association, Berlin
Mr. Daniel Prémont, United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture, Geneva
Dr. Jagdish C. Sobti, Indian Medical Association, New Delhi
Mr. Trevor Stevens, European Committee for the Prevention of Torture, Strasbourg
Mr. Turgut Tarhanli, International Relations and Human Rights Department, Bo»azici University, Istanbul
Mr. Wilder Taylor, Human Rights Watch, New York
Dr. Joergen Thomsen, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhagen

Acest proiect a fost finanțat cu sprijinul generos al UNVFVT – Fondul Voluntar al Națiunilor Unite pentru Victimele Torturii, al Diviziei pentru Drepturile Omului și Politici Umanitare al Departamentului Federal pentru Afaceri Externe din Elveția, Oficiul pentru Instituții Democratice și Drepturile Omului al OSCE (Organizația pentru Securitate și Cooperare în Europa), al Crucii Roșii din Suedia, al Fundației pentru Drepturile Omului din Turcia și organizației “Medici pentru Drepturile Omului”. Au mai contribuit Centrul pentru Victimele Torturii, IRCT (International Rehabilitation Council for Torture Victims), secțiunea Amnesty International din Elveția și Asociația Creștină pentru Abolirea Torturii din Elveția.

INTRODUCERE

Tortura este definită în acest manual în termenii Convenției Națiunilor Unite împotriva torturii din 1984:

*„Tortură înseamnă orice act prin care durerea sau suferința acută, fie ea fizică sau mentală, este provocată în mod intenționat unei persoane, pentru scopuri cum ar fi obținerea de la aceasta sau de la o a terță persoană de informații sau mărturisiri, pedepsind-o pentru o faptă pe care aceasta sau o terță persoană a comis-o sau este suspectată de a o fi comis, sau intimidarea sau constrângerea ei sau a unei terțe persoane pentru oricare motiv, ce are la bază discriminarea de orice fel, atunci când această durere sau suferință este produsă de către, la instigarea, cu consimțământul sau acordul tacit al unei oficialități publice sau al altei persoane care acționează în calitate de oficială. Aceasta nu include durerea sau suferința ce apar din sancțiuni juridice inerente sau incidentale.*¹

Tortura prezintă o îngrijorare profundă pentru comunitatea internațională. Scopurile acesteia sunt de a distruge în mod deliberat nu doar starea fizică sau emoțională a persoanelor ci și, în unele cazuri, demnitatea și voința comunităților întregi. Tortura privește pe toți membrii familiei umane, deoarece ea atacă însuși

¹ Din 1982, recomandările privind asistența victimelor torturii de către Națiunilor Unite, efectuate de Consiliul de administrare al Fondului Voluntar al Națiunilor Unite pentru Victimele Torturii (UNVFVT) către Secretarul General al ONU, se bazează pe articolul 1 al Declarației despre Protecția Tuturor Persoanelor de a fi supuse Torturii și altor Tratamente Crude, Inumane sau Degradante sau Pedepse, care spune ca *”Tortura constituie o formă gravă și deliberată de tratament crud, inuman și degradantă sau pedeapsă”* și că *„Aceasta nu include durerea sau suferința care rezultă doar din sancțiuni inerente sau incidentale legale în concordanță cu ”Regulile de Standard Minim pentru Tratamentul Prizonierilor”, precum și cu alte instrumente juridice internaționale .*

scopul existenței noastre și speranțele pentru un viitor mai bun.²

Deși drepturile internaționale ale omului și legislația umanitară interzic în mod consecvent tortura, în orice împrejurare (vezi capitolul I), tortura și relele-tratamente sunt practicate în mai mult de jumătate din țările lumii.^{3,4}

Deosebiri frapante dintre interzicerea absolută a torturii și prevalarea ei în lumea de azi demonstrează necesitatea statelor de a identifica și de a implementa măsuri eficiente pentru protejarea persoanelor contra torturii și relelor tratamente. Acest manual a fost elaborat pentru a permite statelor să se ocupe de una dintre problemele fundamentale în apărarea persoanelor contra torturii – o documentare eficientă. O astfel de documentare oferă dovezi ale torturii și relelor tratamente, astfel, încât vinovații să fie trași la răspundere pentru acțiunile lor și să triume justiția. Metodele de documentare cuprinse în acest manual, pot fi aplicate și în alte contexte, inclusiv în cazurile de investigare și monitorizare a respectării Drepturilor Omului, evaluărilor pentru azilul politic, pentru protejarea victimelor care sunt forțate să „mărturisească” anumite infracțiuni sau crime în timpul torturii, precum și pentru evaluarea nevoilor de asistență ale victimelor torturii. În cazul profesioniștilor din domeniul sănătății, care sunt constrânși să ignore, să relateze greșit sau să falsifice dovezi ale torturii, manualul oferă, de asemenea, un punct de referință atât pentru aceștia, cât și pentru cei, care sunt în măsură să ia decizii. În ultimele trei decenii, s-a studiat și s-a aflat multe despre tortură și consecințele acesteia, dar niciun ghid internațional de referință în ceea ce privește documentarea, nu a fost disponibil până la apariția acestui manual, în 2001. Protocolul de la Istanbul, care este un *Manual de investigare*

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

³ Amnesty International, *Amnesty International Report 1999* (London, AIP, 1999).

⁴ M. Basoglu, “Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach”, *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 270 1993:606–611.

eficientă și documentare a torturii și a altor tratamente crude, inumane sau degradante sau pedepse, și se intenționează de a fi un ghid internațional de referință pentru evaluarea persoanelor care afirmă că au fost torturate sau maltratate, pentru investigarea pretinselor cazuri de tortură și pentru emiterea constatărilor către instanțele de judecată sau către alte organe de investigare. Manualul include îndrumări pentru o investigare eficientă și documentare a torturii și a altor tratamente crude, inumane și/sau degradante, sau pedepse (vezi anexa 1). Aceste principii trasează standarde minime pentru State în scopul de a asigura o documentare eficientă a torturii.⁵ Îndrumările cuprinse în acest manual nu sunt prezentate ca o prescripție fixă. Mai degrabă, ele reprezintă standarde minime, bazate pe principii și trebuie utilizate luând în considerare resursele disponibile. Prezentul manual și principiile, sunt rezultatul a trei ani de analize, cercetări și redactări, întreprinse de mai mult de 75 de experți în domeniul juridic, sănătății și al Drepturilor Omului, care au reprezentat 40 de organizații sau instituții din 15 țări. Conceptualizarea și pregătirea acestui manual reprezintă un efort de colaborare între savanți din domeniul juridic și medici, psihologi, apărători și monitori ai respectării Drepturilor Omului și avocați din Chile, Costa Rica, Danemarca, Franța, Germania, India, Israel, Olanda, Africa de Sud și din teritoriile palestiniene ocupate.

⁵ Principiile Investigării Eficiente și Documentării Torturii și a Altor Tratamente Crude, Inumane sau Degradante sau Pedepse, au fost anexate rezoluției Asambleiei Generale a ONU 55/89 (4 decembrie 2000) și rezoluției Comisiei pentru Drepturile Omului 2000/43 (20 aprilie 2000), ambele adoptate fără un vot.

CAPITOLUL I

STANDARDE LEGALE

INTERNAȚIONALE RELEVANTE

1. Dreptul de a nu fi supus torturii este ferm stabilit de legislația internațională. Declarația universală a Drepturilor Omului, Convenția internațională a Drepturilor Civile și Politice și Convenția împotriva Torturii și a altor tratamente crude, inumane și/sau degradante sau pedepse, interzic în mod expres tortura. De asemenea, mai multe instrumente regionale stabilesc dreptul de a nu fi supus torturii. Convenția Americană a Drepturilor Omului, Carta africană pentru Drepturile Omului și a Națiunilor, precum și Convenția Europeană pentru apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților Fundamentale, conțin în mod expres interzicerea torturii.

A. Legislație umanitară internațională

2. Tratatelor internaționale care reglementează conflictele armate, stabilesc legea umanitară internațională sau legea de război. Interzicerea torturii de către legea umanitară internațională este doar o parte mică, dar importantă a protecției pe care aceste tratate o stabilesc pentru toate victimele de război. Cele patru Convenții de la Geneva din 1949, au fost ratificate de către 188 state. Acestea stabilesc reguli de comportament în cadrul conflictelor armate internaționale și, în special, pentru tratamentul persoanelor care nu iau, sau nu mai iau parte la ostilități, inclusiv răniții, prizonierii și civilii. Toate cele patru convenții interzic aplicarea torturii și a altor forme de maltratare. Două Protocoale din 1977, adiționale Convențiilor de la Geneva, extind protecția și scopul acestor convenții. Protocolul I se referă la conflictele internaționale. Protocolul al II-lea se referă la conflictele non-internaționale.

3. Mai important pentru scopul acestui manual, este totuși ceea, ce este cunoscut sub numele de

„Articolul comun 3”, ce poate fi găsit în toate cele patru convenții. Articolul comun 3 se referă la conflictele armate care „nu au caracter internațional”, fără a fi dată nici o altă definiție. Acest articol este primit pentru a defini obligațiile esențiale care trebuie să fie respectate în cazul tuturor conflictelor armate și nu doar în cadrul războaielor internaționale între țări. Acesta a fost adoptat, pentru a menționa, că indiferent de natura războiului sau conflictului, anumite reguli de bază nu pot fi abrogate. Interzicerea torturii este una dintre acestea și reprezintă un element comun al Legislației umanitare internaționale și legislației din domeniul Drepturilor Omului.

4. Articolul comun 3 prevede ... următoarele acte sunt și vor rămâne interzise oricând și oriunde: ...violența contra vieții și persoanelor, în special crimele de toate tipurile, mutilările, tratamentele cu cruzime și tortura; ...ultragiu al demnității personale, în special tratamentele umilitoare și degradante ...

5. După cum afirma Ex Raportorul Special pentru tortură, Nigel Rodley: „Interzicerea torturii și a altor rele tratamente ar putea fi cu greu formulată în termeni mai categorici. În formularea comentariului oficial al textului de către Comitetul Internațional al Crucii Roșii (ICRC), nu se lasă loc nici unei interpretări; nu poate exista nici o scuză, nici o circumstanță atenuantă.”⁶

6. O altă punte de legătură între Legislația umanitară internațională și cea din domeniul Drepturilor Omului, se găsește în preambulul Protocolului al II-lea, care în sine reglementează conflictele armate non-internaționale (cum ar fi războaiele civile), și care declară că: „...instrumentele internaționale care se referă la

⁶ N. Rodley, *The Treatment of Prisoners under International Law*, 2nd ed. (Oxford, Clarendon Press, 1999:58).

Drepturile Omului oferă o protecție de bază persoanei umane.”⁷

B. Națiunile Unite

7. Națiunile Unite a căutat timp de mai mulți ani să formuleze standarde aplicabile în mod universal, pentru a asigura tuturor persoanelor o protecție adecvată împotriva torturii sau a tratamentelor crude, inumane sau degradante.

Convențiile, declarațiile și rezoluțiile adoptate de către Statele Membre ale Națiunilor Unite stipulează clar, că nu poate exista nicio excepție de la interzicerea torturii și stabilesc obligații pentru a asigura protecția împotriva unor astfel de abuzuri. Printre cele mai importante dintre aceste instrumente se află Declarația Universală a Drepturilor Omului (UDHR),⁸ Convenția Internațională cu privire la Drepturile Politice și Civile (ICCPR),⁹ Regulile Standard Minime privind Tratatamentul Prizonierilor (SMRTP),¹⁰ Declarația Națiunilor Unite pentru Protecția Tuturor Persoanelor de a nu fi Supuse Torturii și altor Tratamente sau Pedepse Crude, Inumane sau Degradante (Declarația pentru Protecția Împotriva Torturii),¹¹ Codul de Conduită cu privire la aplicarea Legii (CCLE).¹² Principiile

⁷ Al doilea paragraph din preambulul Protocolului II (1977), adițional Convențiilor de la Geneva din 1949

⁸ Rezoluția Adunării (Asambleia) Generale ONU 217 A (III) din 10 decembrie 1948, art.5; vezi *Official Records of the General Assembly, Third Session (A/810)*, p. 71.

⁹ intrat în vigoare pe 23 martie 1976; vezi *Official Records of the General Assembly, Twenty-first Session, Supplement No.16 (A/6316)*, pag 52, și *United Nations, Treaty Series, vol. 999, pag. 171*

¹⁰ Adoptat la 30 august 1955 de către Primul Congres al Națiunilor Unite cu privire la Prevenirea Crimei și Tratatamentul Contravenienților.

¹¹ Rezoluția Adunării Generale 3452 (XXX), din 9 Decembrie 1975, anexă articolele 2 și 4; vezi *Official Records of the General Assembly, Thirtieth Session, Supplement No. 34 (A/10034)*, p. 91.

¹² Rezoluția Adunării Generale 34/169, din 17 decembrie 1979, anexă, art. 5; vezi *Official Records of the General Assembly, Thirtyfourth Session, Supplement No. 46 (A/34/46)*, p. 186.

Eticii Medicale Relevante pentru Rolul Personalului Medical, în special a medicilor, în Protecția Prizonierilor și Deținuților Împotriva Torturii și a altor Tratamente Crude, Inumane sau Degradante sau Pedepse (Principiile Eticii Medicale),¹³ Convenția Împotriva Torturii și a altor tratamente crude, inumane sau degradante sau pedepse (Convenția Împotriva Torturii),¹⁴ Corpul de Principii pentru Protecția Tuturor Persoanelor aflate sub oricare formă de detenție sau închisoare (Corpul de Principii Referitoare la Detenție)¹⁵ și Principiile de Bază pentru Tratamentul Prizonierilor (BPTP).¹⁶

8. Convenția Națiunilor Unite împotriva Torturii nu se referă și la durerea sau suferința care apar în mod inherent sau incidental în urma sancțiunilor legale.¹⁷

¹³ Rezoluția Adunării Generale 37/194 din 18 decembrie 1982, anexă, principiile 2-5; vezi *Official Records of the General Assembly, Thirty-seventh Session, Supplement No. 51 (A/37/51)*, p. 211.

¹⁴ intrat în vigoare în data de 26 iunie 1987; vezi General Assembly resolution 39/46 of 10 December 1984, annex, art. 2, *Official Records of the General Assembly, Thirty-ninth Session, Supplement No. 51 (A/39/51)*, p. 197.

¹⁵ Rezoluția Adunării Generale a ONU 43/173, din 9 decembrie 1988, anexă, principiul 6; vezi: *Official Records of the General Assembly, Forty-third Session, Supplement No. 49 (A/43/49)*, p. 298.

¹⁶ Rezoluția Adunării Generale a ONU 45/111 din 14 decembrie 1990, anexă, principiul 1; vezi: *Official Records of the General Assembly, Forty-fifth Session, Supplement No. 49 (A/45/49)*, p. 200.

¹⁷ Pentru o interpretare a ceea ce constituie “sancțiuni legale”, vezi Raportul Raportorului special al ONU pentru tortură la sesiunea a 53-a a Comisiei pentru Drepturile Omului (E/CN.4/1997/7, § 3-11), în care Raportorul Special a exprimat opinia conform căreia administrarea **pedepselor**, ca de exemplu uciderea prin aruncarea cu pietre, biciuirea și amputarea nu pot fi considerate legale pentru simplul motiv că pedeapsa a fost autorizată într-o manieră legală din punct de vedere procedural. Interpretarea înaintată de către Raportorul Special, care este în concordanță cu pozițiile Comitetului pentru Drepturile Omului și altor mecanisme ale Națiunilor Unite, a fost aprobată prin rezoluția 1998/38 a Comisiei pentru Drepturile Omului, care “reamintește Guvernelor că pedepsele corporale se pot ridica (se pot califica) la

9. Alte organisme și mecanisme ale Națiunilor Unite în domeniul Drepturilor Omului au luat măsuri pentru a dezvolta standarde cu privire la prevenirea torturii și a standardelor care implică obligația Statelor membre de a investiga afirmațiile de tortură.

Aceste organisme și mecanisme includ: Comitetul Împotriva Torturii, Comitetul pentru Drepturile Omului, Comisia pentru Drepturile Omului, Raportorul Special al ONU pentru Tortură, Raportorul Special pentru Violența Împotriva Femeilor și Raportori de țară numiți special de către Comisia pentru Drepturile Omului.

1. Obligațiile legale pentru prevenirea torturii

10. Instrumentele internaționale citate mai sus stabilesc anumite obligații pe care Statele trebuie să le respecte, pentru a asigura protecția împotriva torturii. Acestea includ:

(a) Adoptarea de măsuri legislative, administrative și judiciare eficiente sau alte măsuri pentru a preveni actele de tortură. Nici o excepție, inclusiv războiul, nu poate fi invocată ca justificare a torturii (art.2 al Convenției Împotriva Torturii și art.3 al Declarației pentru Protecția Împotriva Torturii);

(b) Să nu expulzeze, deporteze sau extrădeze o persoană către o țară, atunci când există motive întemeiate pentru a crede ca ea sau el ar putea fi torturat (art.3 al Convenției Împotriva Torturii);

(c) Criminalizarea actelor de tortură, inclusiv complicitatea sau participarea la acestea (art. 4 al Convenției Împotriva Torturii, principiul 7 al Corpului de Principii cu privire la Detenție, art. 7 din Declarația pentru Protecția Împotriva Torturii

nivelul tratamentelor crude, inumane sau degradante sau chiar ale torturii”.

și paragrafele 31-33 ale Regulilor Standard Minime pentru Tratamentul Prizonierilor);

(d) Asumarea răspunderii de a considera tortura o infracțiune de extrădare și asistarea altor State parte în ceea ce privește procedurile penale cu privire la tortură (art. 8 și 9 ale Convenției Împotriva Torturii);

(e) Limitarea folosirii detenției necomunicate („incomunicado”); asigurarea că deținuții se află în locuri recunoscute oficial drept locuri de detenție; asigurarea că numele persoanelor responsabile pentru detenția lor sunt ținute în registre ușor accesibile pentru cei îngrijorați sau interesați, inclusiv rude și prieteni; înregistrarea orei și locului tuturor interogatoriilor, împreună cu numele celor prezenți; și acordarea accesului la deținut al medicilor, avocaților și a membrilor familiei (art.11 al Convenției Împotriva Torturii; principiile 11-13, 15-19 și 23 ale Corpului de Principii Asupra Detenției; paragrafele 7, 22 și 37 ale Regulilor Standard Minime pentru Tratamentul Prizonierilor);

(f) asigurarea că educația și informarea cu privire la interzicerea torturii este inclusă în instruirea personalului pentru aplicarea legii (civil și militar), a personalului medical, a demnitarilor publici și a altor persoane corespunzătoare (art.10 a Convenției Împotriva Torturii, art.5 al Declarației pentru Protecția Persoanelor Împotriva Torturii, paragraful 54 al Regulilor Standard Minime pentru Tratamentul Prizonierilor);

(g) asigurarea că orice declarație care se dovedește a fi fost dată în urma torturii să nu fie considerată ca dovadă în nici o procedură, cu excepția contra unei persoane acuzate de tortură, ca dovadă că declarația a fost făcută (art.15 al Convenției Împotriva Torturii, art.12 al Declarației pentru Protecția Împotriva Torturii);

(h) asigurarea că autoritățile competente întreprind o investigație promptă și imparțială,

ori de câte ori există motive întemeiate pentru a crede că a fost comisă tortura (art.12 al Convenției Împotriva Torturii, principiile 33 și 34 ale Corpului de principii cu privire la detenție, art. 9 al Declarației pentru Protecția Împotriva Torturii);

(i) asigurarea că victimele torturii au dreptul la reparatii și compensații adecvate (art. 13 și 14 ale Convenției Împotriva Torturii, art.11 al Declarației pentru Protecția Împotriva Torturii, paragrafele 35 și 36 ale Regulilor Standard Minime pentru Tratamentul Prizonierilor);

(j) asigurarea că pretinsul infractor/infractori sunt subiectul procedurilor penale, în cazul în care în urma unei investigații se stabilește că a fost comis un act de tortură. Dacă o afirmație despre alte forme de tratamente crude, inumane sau degradante sau pedepse, este considerată de a fi bine fondată, presupusul infractor/infractori trebuie să fie supuși unor proceduri penale, disciplinare sau de altă natură, adecvate cu fapta lor (art.7 al Convenției Împotriva Torturii, art.10 al Declarației pentru Protecția Împotriva Torturii).

2. Organizațiile Națiunilor Unite și mecanismele lor

(a) Comitetul Împotriva Torturii

11. Comitetul Împotriva Torturii monitorizează implementarea Convenției Împotriva Torturii și a altor Tratamente Crude, Inumane sau Degradante sau Pedepse. Comitetul este alcătuit din 10 experți numiți datorită „înaltului lor statut moral și competenței recunoscute în domeniul drepturilor omului”. Conform articolului 19 al Convenției Împotriva Torturii, Statele-părți înmânează Comitetului, prin intermediul Secretarului General, rapoarte privind măsurile pe care le-au luat pentru a face eficiente obligațiunile lor în cadrul Convenției. Comitetul examinează modul în care prevederile

Convenției au fost încorporate în legile naționale și monitorizează modul în care acestea funcționează în practică. Fiecare raport este luat în considerație de către Comitet, care poate face comentarii generale și recomandări și care poate include aceste informații în raportul său anual către Statele parte și Adunarea Generală. Aceste proceduri au loc în ședințe publice.

12. Conform articolului 20 al Convenției ONU Împotriva Torturii, în cazul în care Comitetul primește informații credibile, care ar conține indicii bine fondate precum că tortura este practică sistematic pe teritoriul vreunui Stat-parte, Comitetul trebuie să invite acel Stat-parte să coopereze în examinarea informațiilor și, în final, să prezinte observații cu privire la informațiile în cauză. Comitetul poate, dacă decide că este justificat, să desemneze pe unul sau mai mulți membri ai săi pentru a face o anchetă confidențială și care să raporteze de urgență Comitetului. În acord cu acel Stat-parte, ancheta poate include o vizită în teritoriile sale. După examinarea constatărilor membrului sau membrilor săi, Comitetul le transmite Statului-parte în cauză, împreună cu orice comentarii sau sugestii care par a fi adecvate, având în vedere situația. Toate procedurile Comitetului, conform articolului 20, sunt confidențiale și la toate etapele se va căuta cooperarea cu Statul-parte. După finalizarea acestor proceduri, Comitetul poate, după consultări cu Statul-parte în cauză, decide să includă un rezumat al rezultatelor procedurilor în raportul său anual către celelalte State parte și către Asamblia Generală.¹⁸

13. Conform articolului 22 al Convenției Împotriva Torturii, un Stat-parte poate recunoaște oricând competența Comitetului de a primi și lua în considerare reclamații individuale de la sau făcute în numele unor persoane din jurisdicția sa, care pretind a fi victime ale unei violări din partea unui Stat-parte a prevederilor Convenției ONU Împotriva Torturii. Comitetul

¹⁸ Trebuie remarcat că aplicarea articolului 20 poate fi limitată din cauza rezervării din partea unui Stat-parte,, caz în care articolul 20 nu este aplicabil.

consideră aceste comunicări drept confidențiale și va transmite ultei opinia sa către Statul-parte în cauză și către respectiva persoană. Doar 56 din cele 142 State parte care au ratificat Convenția (până în ianuarie 2006) au recunoscut și aplicabilitatea articolului 22.

14. Printre preocupările adresate de Comitet în rapoartele sale anuale către Asamblia Generală este și necesitatea Statelor parte de a se conforma articolelor 12 și 13 ale Convenției Împotriva Torturii, pentru a se asigura că se întreprind investigații prompte și imparțiale ale tuturor reclamațiilor de tortură. De exemplu, Comitetul a declarat că o întârziere de 15 luni în investigarea unei reclamații de tortură se consideră a fi exagerat de lungă și nu corespunde articolului 12.¹⁹ Comitetul a remarcat faptul, că articolul 13 nu prevede o depunere formală a unei plângeri de tortură, dar că „în privința torturii, este suficient doar ca aceasta să fie pretinsă de către victimă, pentru a avea obligația (un Stat parte) de a examina reclamația în mod prompt și imparțial”.²⁰

(b) Comitetul pentru Drepturilor Omului

15. Comitetul pentru Drepturilor Omului a fost înființat în conformitate cu art. 28 al Pactului Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice, precum și obligația de a monitoriza punerea în aplicare a Pactului în Statele părți. Comitetul este compus din 18 experți independenți, care se așteaptă a fi persoane de o înaltă ținută morală și cu o competență recunoscută în domeniul Drepturilor Omului.

16. Statele părți ale Pactului trebuie să depună rapoarte la fiecare cinci ani asupra

¹⁹ Vezi Comunicarea 8/1991, paragraful 185, Raportul Comitetului Împotriva Torturii către Asamblia Generală (A/49/44) din 12 iunie 1994.

²⁰ Vezi Comunicarea 6/1990, paragraph 10.4, Raportul Comitetului Împotriva Torturii către Asamblia Generală (A/50/44) din 26 iulie 1995.

măsurilor pe care le-au adoptat pentru a da efect drepturilor recunoscute în Pact și asupra progresului atins în realizarea acestor drepturi. Comitetul pentru Drepturile Omului examinează rapoartele printr-un dialog cu reprezentanții Statului parte, al cărui raport este în cauză. Ulterior, Comitetul adoptă observații concluzionate prin care rezumă preocupările sale principale și face sugestii și recomandări adecvate Statului parte. De asemenea, Comitetul pregătește comentarii generale de interpretare pe anumite articole din Pact cu scopul de a ghida Statele parte în pregătirea rapoartelor sale și în implementarea prevederilor Pactului. Într-un astfel de comentariu general, Comitetul s-a angajat să clarifice articolul 7 din Pactul Internațional privind Drepturile Civile și Politice, care afirmă că nimeni nu va fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante sau pedeapsă. În comentariile generale cu privire la articolul 7 din Pact, din raportul Comitetului, este special remarcat că interzicerea torturii sau considerarea ei o crimă nu reprezintă o implementare suficientă a articolului 7.²¹ Comitetul a afirmat: „...Statele trebuie să asigure o protecție eficientă prin intermediul unui organ de control. Plângerile despre rele-tratamente trebuie să fie investigate în mod eficient de către autorități competente.”

17. În data de 10 aprilie 1992, Comitetul a adoptat noi comentarii generale ale articolului 7, dezvoltându-le în continuare pe cele precedente. Comitetul și-a reafirmat interpretarea articolului 7 prin declarația că „plângerile trebuie să fie investigate prompt și imparțial de către autoritățile competente astfel încât să facă remediul eficient”. În cazul în care un Stat a ratificat primul Protocol Opțional al Pactului Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice, o persoană poate trimite o comunicare către Comitet prin care să reclame că drepturile sale conform Pactului au fost violate. Dacă plângerea va fi găsită admisibilă, Comitetul

²¹ Documentul Națiunilor Unite A/37/40 (1982)

emite o decizie cu privire la cazul dat, care este făcută public în raportul său anual.

(c) Comisia pentru Drepturile Omului

18. Comisia pentru Drepturile Omului este principala organizație a Națiunilor Unite din domeniul DO. Aceasta este compusă din 53 de State Membre alese de către Consiliul Economic și Social pe un termen de trei ani. Comisia se întrunește anual la Geneva timp de șase săptămâni pentru a dezbate probleme legate de Drepturile Omului. Comisia poate iniția studii și misiuni de constatare a faptelor de tortură, proiecte de convenții și declarații pentru a fi aprobate de către organismele mai înalte ale Națiunilor Unite și poate lua în discuție violări specifice ale Drepturilor Omului în cadrul sesiunilor publice sau private. La data de 6 iunie 1967, Consiliul Economic și Social, prin rezoluția 1235, a autorizat Comisia să examineze afirmații de încălcări grave ale Drepturilor Omului și să „facă un studiu aprofundat al situației care să evidențieze modalități consecvente de încălcări ale Drepturilor Omului”.²² În cadrul acestui mandat, printre alte proceduri, Comisia a adoptat rezoluții care exprimau îngrijorări cu privire la încălcări ale Drepturilor Omului, care se încadrează într-o anumită temă. De asemenea, Comisia a adoptat rezoluții cu privire la tortură și alte tratamente crude, inumane și/sau degradante sau pedepse. În rezoluția sa 1998/38, Comisia a accentuat faptul că „toate acuzațiile de tortură sau tratamente crude, inumane și/sau degradante sau pedeapsă, ar trebui să fie prompt și imparțial examinate de către autoritatea națională competentă”.

(d) Raportorul Special cu privire la problema torturii

19. În 1985, prin rezoluția 1985/33, Comisia a decis să numească un Raportor special cu privire la problema torturii. Raportorul Special este responsabil de căutarea și primirea

²² Documentul Națiunilor Unite E/4393 (1967)

informațiilor credibile despre chestiuni relevante referitor la tortură și necesitatea de a răspunde la acele informații fără întârziere. Comisia a continuat reînnoirea mandatului Raportorului special prin rezoluții ulterioare.

20. Autoritatea Raportorului special de a monitoriza, se extinde asupra tuturor statelor membre ale Națiunilor Unite și a statelor cu statut de observator, indiferent de ratificarea Convenției Împotriva Torturii. Raportorul Special stabilește contactul cu guvernele, le cere informații cu privire la măsurile legislative și administrative pe care le-au luat pentru a preveni tortura, le cere remedierea oricăror consecințe și să răspundă la informații întemeiate, legate de cazuri recente de tortură. De asemenea, Raportorul Special primește solicitări pentru acțiuni de urgență, pe care le va aduce în atenția guvernelor în cauză, pentru a asigura protecția dreptului persoanei la integritate psihică și mentală. În plus, Raportorul special face consultări cu reprezentanții guvernamentali care doresc să se întâlnească cu el sau cu ea și, în concordanță cu poziția mandatului său, face vizite *in site* în unele părți ale lumii. Raportorul Special prezintă rapoarte Comisiei pentru Drepturile Omului și Adunării Generale a ONU. Aceste rapoarte descriu acțiuni pe care Raportorul Special le-a întreprins în timpul mandatului său și atrag atenție în mod persistent asupra importanței investigațiilor prompte în cazul acuzațiilor de tortură. În Raportul Raportorului Special în problema torturii din 12 ianuarie 1995, Raportorul Special, Nigel Rodley, a făcut o serie de recomandări. În paragraful 926 (g) al raportului, el a declarat:

*„În cazul când un deținut, o rudă sau avocat depune o plângere referitoare la tortură, întotdeauna trebuie să aibă loc o anchetă... Trebuie să fie înființate **autorități naționale independente**, cum ar fi comisii naționale sau oficiul ombudsman cu împuterniciri de investigare și prosecutoriale (de urmărire penală), pentru a primi și investiga reclamațiile. Sesizările legate de tortură trebuie tratate*

*imediat și trebuie să fie investigate de către o autoritate independentă care nu are nici o legătură de anchetă sau de urmărire penală împotriva pretinsei victime.*²³

21. Raportorul Special accentuează această recomandare în raportul său din 9 ianuarie 1996.²⁴ Discutând preocuparea sa în privința practicilor torturii, Raportorul Special a subliniat în paragraful 136 că „atât în baza legislației generale internaționale cât și a Convenției Împotriva Torturii și a altor Tratamente Crude, Inumane și/sau Degradante sau Pedepsă, Statele sunt obligate să investigheze acuzațiile cu privire la tortură”.

(e) Raportorul Special pentru violența împotriva femeilor

22. Raportorul Special privind violența împotriva femeilor a fost instituit în 1994 prin rezoluția 1994/45 a Comisiei pentru Drepturile Omului și acest mandat a fost reînnoit prin rezoluția 1997/44. Raportorul Special a stabilit proceduri pentru a cere clarificări și informații din partea guvernelor, într-un spirit umanitar, pe anumite cazuri de presupusă violență, pentru a identifica și de a investiga situațiile specifice ale acuzațiilor de violență împotriva femeilor în orice țară. Aceste comunicări se pot referi la una sau mai multe persoane identificate după nume sau informații de natură mai generală, legate de prevalența situațiilor de violență împotriva femeilor. Definiția pe bază de gender a violenței împotriva femeilor folosită de Raportorul Special este luată din Declarația Națiunilor Unite despre Eliminarea Violenței Împotriva Femeilor, adoptată de Adunarea Generală a ONU prin rezoluția 48/104 din 20 decembrie 1993.

Apelurile de urgență pot fi transmise de către Raportorul Special în cazurile de violență împotriva femeilor, cazuri care implică o amenințare iminentă sau suspiciune de amenințare a dreptului la viață sau integritatea fizică a persoanei. Raportorul Special îndeamnă

²³ Documentul Națiunilor Unite E/CN.4/1995/34

²⁴ Documentul Națiunilor Unite E/CN.4/1996/35

autoritățile naționale competente nu numai să ofere informații detaliate asupra cazului ci și să desfășoare o investigare independentă și imparțială cu privire la caz și să efectueze acțiuni imediate pentru a se asigura că nici o violare a drepturilor omului privind femeile nu vor mai apărea.

23. Raportorul Special raportează anual Comisiei pentru Drepturile Omului cu privire la comunicările trimise guvernelor și răspunsurile primite de la acestea. Pe baza informațiilor primite de la guverne și de la alte surse de încredere, Raportorul Special face recomandări guvernelor în cauză, în vederea găsirii unor soluții durabile pentru a elimina violența împotriva femeilor în orice țară. Raportorul Special poate trimite comunicări ulterioare guvernelor, în cazul în care nu se primește nici un răspuns sau se oferă informații insuficiente. În cazul în care în orice țară, o situație de violență împotriva femeii persistă și informațiile primite de Raportorul Special indică faptul că nu s-a luat nici o măsură de către guvern pentru a asigura protecția Drepturilor Omului în ceea ce privește femeile, Raportorul Special poate lua în considerare posibilitatea de a cere permisiunea de la Guvernul în cauză de a vizita acea țară pentru misiuni de constatare a faptelor la fața locului.

(f) Fondul Voluntar al Națiunilor Unite pentru Victimele Torturii

24. Efectele fizice și psihologice ale torturii pot fi devastatoare și de durată în ani, afectând nu numai victimele, dar și membrii familiilor lor. Asistența de recuperare după traumele suferite poate fi obținută în cadrul unor organizații specializate în asistența victimelor torturii. În decembrie 1981, Adunarea Generală a înființat Fondul Voluntar al Națiunilor Unite pentru Victimele Torturii, care primește contribuții voluntare pentru a fi distribuite organizațiilor neguvernamentale (ONG), care oferă asistență

psihologică, medicală, socială, economică, juridică și alte forme de asistență umanitară victimelor torturii și membrilor familiilor acestora. În funcție de contribuțiile voluntare disponibile, Fondul finanțează în jur de 200 de proiecte ale ONG ce asistă sute de mii de victime și familiile lor în peste 80 de țări ale lumii. Fondul a finanțat redactarea și traducerea prezentului manual și a recomandat publicarea sa în seria de cursuri de instruire profesională al Oficiului Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului, urmând recomandările consiliului său de administrare, care sprijină un număr limitat de proiecte, prin care se instruiesc profesioniști din domeniul sănătății precum și din alte domenii, asupra modului de acordare a asistenței specializate victimelor torturii.

C. Organizații regionale

25. Organismele regionale de asemenea au contribuit la dezvoltarea standardelor de prevenire a torturii. Aceste organizații includ Comisia Inter-Americană pentru Drepturile Omului, Curtea Inter-Americană a Drepturilor Omului, Curtea Europeană a Drepturilor Omului, Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și Comisia Africană pentru Drepturile Omului.

1. Comisia Inter-Americană pentru Drepturile Omului și Curtea Inter-Americană a Drepturilor Omului

26. La 22 noiembrie 1969, Organizația Statelor Americane a adoptat Convenția Americană a Drepturilor Omului, care a intrat în vigoare în data de 18 iulie 1978.²⁵ Articolul 5 al Convenției prevede:

1. Orice persoană are dreptul de a i se respecta integritatea fizică, mentală și morală.

²⁵ Organizației Statelor Americane, Seria de Tratat, nr. 36 și Națiunile Unite *Treaty Series*, vol. 1144, pag. 123, care a intrat în vigoare în data de 18 iulie 1978, retipărită în cadrul „Documentelor de bază ce se referă la drepturile omului în Sistemul inter-american”; OEA/Ser.L.V/II.82, documentul 6, rev.1, 25 (1992).

2. Nimeni nu va fi supus torturii, tratamentelor sau pedepselor crude, inumane sau degradante. Toate persoanele deținute vor fi tratate cu respect datorită demnității inerente a persoanei umane.

27. Articolul 33 al Convenției prevede înființarea Comisiei Inter-Americane pentru Drepturile Omului și a Curții Inter-Americane a Drepturilor Omului. După cum este menționat în regulamente sale, principala funcție a Comisiei este de a promova respectarea și apărarea Drepturilor Omului și de a servi ca un organism consultativ pentru Organizația Statelor Americane în acest domeniu.²⁶ În îndeplinirea acestei funcții, Comisia a cerut Convenției Inter-Americane pentru Prevenirea și Pedepsirea Torturii să ghideze interpretarea asupra a ceea ce înseamnă tortură conform articolului 5.²⁷ Convenția inter-americană pentru prevenirea și pedepsirea Torturii a fost adoptată de către Organizația Statelor Americane la data de 9 decembrie 1985 și a intrat în vigoare la data de 28 februarie 1987.²⁸ Articolul 2 al Convenției definește tortura ca fiind:

„orice act, efectuat în mod intenționat, prin care este cauzată durere fizică sau mentală sau suferință, unei persoane, cu scopul unei investigări penale ca un mijloc de intimidare, ca pedeapsă personală, ca o măsură preventivă, ca o sancțiune sau pentru orice alt scop. Tortura va fi înțeleasă, de asemenea, ca fiind folosirea de metode asupra unei persoane cu intenția de a șterge personalitatea victimei sau de a diminua capacitățile sale mintale sau fizice, chiar dacă acesta nu provoacă suferință sau chinuri fizice.

28. Conform articolului 1, Statele parte la Convenție, întreprind măsuri de a preveni și pedepsi tortura în concordanță cu termenii Convenției. Statelor parte la Convenție, li se cere

²⁶ “Regulamentul Comisiei Inter-Americane pentru Drepturile Omului, OEA/ seria L.V/II.92, documentul 31, rev. 3 din 3 mai 1996, art. (1).

²⁷ Vezi cazul 10.832, raport Nr.35/96, Comisia Inter-Americană pentru Drepturile Omului, Raportul anual 1997, §75.

²⁸ Organizația Statelor Americane, *Treaty Series* Nr. 67

să efectueze o anchetă imediată și corectă pentru orice afirmație, că un act de tortură s-a produs în cadrul jurisdicției lor.

29. Articolul 8 prevede că „Statele parte trebuie să garanteze că orice persoană, care face o acuzație că ar fi fost supus torturii în teritoriul jurisdicției lor, va avea dreptul la o examinare imparțială a cazului său”. De asemenea, dacă există o acuzație sau un motiv bine întemeiat pentru a crede că un act de tortură a fost comis pe teritoriul lor, Statele parte trebuie să garanteze că autoritățile respective din acel stat vor proceda în mod corespunzător și imediat pentru o anchetă a cazului și vor iniția, ori de câte ori este cazul, proceduri penale.

30. Într-unul din rapoartele sale de țară din 1998, Comisia a remarcat că un obstacol în urmărirea penală eficientă a torționarilor este lipsa de independență în cadrul unei anchete în care sunt reclamații de tortură, și în care există cerința ca investigația să fie preluată de către organisme federale susceptibile de a fi în relație cu părțile acuzate de comiterea torturii.²⁹ Comisia a citat articolul 8 pentru a sublinia importanța unei „examinări imparțiale” a fiecărui caz.³⁰

31. Curtea Inter-Americană a Drepturilor Omului a recunoscut necesitatea de a investiga plângerile de violare a Convenției Americane pentru Drepturile Omului. În decizia sa în cazul Velasquez Rodriguez, în hotărârea de judecată din 29 iulie 1998, Curtea a afirmat că:

... statul este obligat să investigheze fiecare situație ce implică o violare a drepturilor protejate de Convenție. Dacă aparatele Statului acționează în așa fel, încât respectiva violare să rămână nepedepsită și drepturile depline ale victimei nu sunt restabilite cât mai curând posibil, statul nu reușește să își respecte obligațiile sale de a asigura persoanelor din

²⁹ Comisia Inter-Americană pentru Drepturile Omului, *Raportul asupra Situației Drepturilor Omului în Mexic*, 1998, § 323.

³⁰ Ibid. la paragraful 324

jurisdicția sa exercitarea deplină și liberă a acestor drepturi.

32. Articolul 5 al Convenției prevede dreptul de a nu fi supus torturii. Deși acesta se referă în mod specific la cazurile de dispariție, unul din aceste drepturi la care se referă curtea ca fiind garantate de către Convenția Americană a Drepturilor Omului este acela de a nu fi supus torturii sau altor forme de rele tratamente.

2. Curtea Europeană pentru Drepturile Omului

33. La 4 noiembrie 1950, Consiliul Europei a adoptat Convenția Europeană pentru Protecția Drepturilor Omului și a Libertăților Fundamentale, care a intrat în vigoare la data de 3 septembrie 1953.³¹ Articolul 3 al Convenției Europene afirmă că *„nimeni nu va fi supus torturii, tratamentelor inumane și/sau degradante sau pedepselor”*.

Convenția Europeană a stabilit mecanisme de control, care constau în Curtea Europeană și Comisia Europeană pentru Drepturile Omului. De la reforma care a intrat în vigoare la data de 1 noiembrie 1998, o nouă Curte permanentă a înlocuit Curtea și Comisia anterioara. Dreptul adresărilor individuale a devenit acum obligatoriu și toate victimele au acces direct la Curte. Astfel, Curtea a luat în considerare necesitatea investigării plângerilor de tortură ca un mijloc de a asigura drepturile garantate de articolul 3.

34. Prima hotărâre judecătorească pe această problemă a fost decizia în cazul *Aksoy v. Turkey*, pronunțată la data de 18 decembrie 1966.³² În acel caz, Curtea a considerat că:

³¹ Națiunile Unite 213 *Treaty Series* 222

³² Ibid. după cum a fost amendat de către Protocoalele 3, 5 și 8, care au intrat în vigoare în data de 21 septembrie 1970, 20 decembrie 1971 și respectiv la 1 ianuarie 1990.

*... Atunci când un individ este luat în custodia poliției într-o stare bună a sănătății, iar în momentul eliberării se identifică careva leziuni, este obligația statului de a oferi o explicație plauzibilă referitoare la cauza leziunilor, în caz contrar aceasta apare ca o problemă în conformitate cu articolul 3 al Convenției.*³³

35. Curtea a reținut că leziunile produse solicitantului au rezultat din tortură și că articolul 3 a fost violat.³⁴ Mai mult, Curtea a interpretat articolul 13 al Convenției, care prevede dreptul la un remediu eficient în fața unei autorități naționale, după cum impune obligația de a investiga plângerile de tortură în mod minuțios.

Luând în considerare „importanța fundamentală a interzicerii torturii” și vulnerabilitatea victimelor torturii, Curtea a considerat că *„articolul 13 impune ca obligație Statelor, fără a aduce prejudicii nici unui alt remediu disponibil conform sistemului intern, desfășurarea unei investigații eficiente și minuțioase a cazurilor de tortură.*³⁵

36. Conform interpretării oferită de Curte, noțiunea de „remedii eficiente” din articolul 13 atrage după sine o investigare amănunțită a fiecărei „plângeri discutabile” de tortură. Curtea a remarcat că, deși Convenția nu prevede expres, cum ar fi articolul 12 al Convenției Împotriva Torturii și a altor Tratamente Crude, Inumane sau Degradante sau Pedeapsă, „o astfel de cerință este implicată în noțiunea de „remedii eficiente” conform articolului 13”.³⁶ Curtea a considerat ulterior că Statul (Turcia) a violat articolul 13 prin lipsa investigației plângerii de tortură a solicitantului.³⁷

37. Într-o hotărâre judecătorească din data de 28 octombrie 1998 în cazul *Assenov și alții v.*

³³ Ibid. la paragraful 61

³⁴ Ibid. la paragraful 64

³⁵ Ibid. la paragraful 98

³⁶ Ibid. la paragraful 98

³⁷ Ibid. la paragraful 100

Bulgaria (90/1997/874/1086), Curtea a mers chiar și mai departe în recunoașterea obligației Statului de a investiga acuzațiile de tortură nu numai în temeiul articolului 13 ci și conform articolului 3. În acest caz, un tânăr rom arestat de poliție, a prezentat un certificat medical din care rezulta că a fost bătut, dar era imposibil de evaluat, pe baza dovezilor disponibile, dacă aceste leziuni au fost provocate de către tatăl său sau de către poliție. Curtea a recunoscut că „gradul vânătăilor găsite de doctorul care l-a examinat pe dl. Assenov indică faptul, că vânătăile victimei, fie ele cauzate de tatăl său sau de poliție, au fost suficient de serioase pentru a se ridica la nivelul de rele-tratamente, după cum prevede articolul 3”.³⁸

Contrar Comisiei care a susținut că nu a avut loc vreo violare a articolului 3, Curtea nu s-a oprit, dar a mers mai departe și a considerat că faptele „au produs o suspiciune suficient de serioasă cum că aceste leziuni ar fi putut fi cauzate de către poliție”.³⁹

De aceea, Curtea a considerat că:

În aceste circumstanțe, în cazul în care o persoană a depus o sesizare discutabilă precum că a fost maltratat în mod serios de către poliție sau de alți astfel de agenți ai statului, în mod ilegal și o încălcare a Articolului 3, această dispoziție, citită în legătură cu obligația generală a Statului în conformitate cu Articolul 1 al Convenției „de a asigura oricărei persoane din cadrul jurisdicției sale dreptul la libertățile prevăzute de Convenție”, presupune implicit că ar trebui să existe un mod eficient de investigație oficială.

Această investigație ar trebui să fie capabilă să conducă la identificarea și pedepsirea celor responsabili. Dacă nu se întâmplă astfel, interzicerea legală generală a torturii și a tratamentelor inumane sau degradante, și a pedepselor în ciuda importanței lor

fundamentale, vor fi ineficiente în practică și va fi posibil ca în unele cazuri agenții statului să abuzeze de drepturile lor asupra celor aflați sub controlul lor, printr-o impunitate virtuală.”⁴⁰

38. Pentru prima dată, Curtea a ajuns la concluzia că a avut loc o violare a Articolului 3, nu prin relele tratamente în sine, dar prin eșecul în realizarea unei anchete oficiale eficiente a plângerii de rele tratamente. În plus, Curtea a reiterat poziția sa în cazul *Aksoy* și a ajuns la concluzia că a avut loc de asemenea o violare a articolului 13. Curtea a considerat că:

„Atunci când o persoană depune o plângere plauzibilă că a fost maltratat, cu încălcarea Articolului 3, noțiunea de „cale de atac eficiente” (sau remedii eficiente) implică în plus o anchetă minuțioasă și eficientă după cum se cere de asemenea de Articolul 3..., accesul eficient al reclamantului la procedura de investigare și achitarea de compensații acolo unde este cazul.”⁴¹

3. Comitetul European Pentru Prevenirea Torturii și a Tratatamentelor Inumane sau Degradante sau Pedepselor

39. În 1987, Consiliul Europei a adoptat Convenția Europeană pentru Prevenirea Torturii și a Tratatamentelor Inumane și/sau Degradante sau Pedepselor, care a intrat în vigoare în data de 1 februarie 1989.⁴² Până la data de 1 martie 1999, toate cele 40 de State membre ale Consiliului Europei au ratificat Convenția. Această Convenție completează mecanismul judiciar al Convenției Europene pentru Drepturile Omului cu un mecanism preventiv. Convenția nu creează în mod intenționat norme independente. Convenția a instituit Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și a Tratatamentelor Inumane sau Degradante sau

⁴⁰ Ibid. la paragraful 102

⁴¹ Ibid. la paragraful 117

⁴² *European Treaty Series* 126

³⁸ Ibid. la paragraful 95

³⁹ Ibid. la paragraful 101

Pedepselor, care este alcătuit din câte o persoană pentru fiecare Stat membru. Membrii aleși în Comitet trebuie să fie de un statut moral înalt, imparțiali, independenți și, de asemenea, disponibili de a desfășura misiuni de teren.

40. Comitetul desfășoară vizite în statele membre ale Consiliului Europei, parțial în mod regulat periodic, iar parțial - ad-hoc. O delegație de vizită din partea Comitetului este alcătuită din membri ai Comitetului, însoțiți de experți din domeniul medical, legal și din alte domenii, traducători și membri ai Secretariatului. Aceste delegații vizitează persoanele lipsite de libertate de către autoritățile țării care este vizitată.⁴³

Competențele fiecărei delegații de vizită sunt destul de vaste: ele pot vizita orice loc în care sunt ținute persoane private de libertate; pot face vizite inopinate în oricare astfel de locuri; pot repeta vizitele în acele loc; pot discuta într-un spațiu privat cu persoanele lipsite de libertate; pot alege să viziteze oricare sau toate persoanele din acele locuri; pot vedea toate clădirile (nu numai perimetrul celulelor), fără restricții. Delegația poate avea acces la toate documentele și dosarele privind persoanele vizitate. Întreaga activitate desfășurată de către Comitet este bazată pe confidențialitate și cooperare.

41. După o vizită, Comitetul scrie un raport. Bazat pe faptele observate în timpul vizitei, raportul face comentarii cu privire la condițiile găsite, face recomandări concrete și solicită orice întrebări care necesită clarificări ulterioare. Statele parte răspund în scris la raport și se stabilește astfel, un dialog între Comitet și Statul parte, care continuă până la următoarea vizită. Rapoartele Comitetului și răspunsurile Statului parte sunt documente confidențiale, dar Statul

⁴³ O persoană privată de libertate este orice persoană lipsită de libertate de către o autoritate publică, cum ar fi, dar nu numai, persoanele arestate sau aflate în orice formă de detenție, deținuții care așteaptă procesul de judecată, deținuții condamnați și persoanele reținute fără consimțământul lor în spitale psihiatrice.

parte (nu Comitetul) poate decide să publice atât rapoartele cât și răspunsurile. Până în prezent, aproape toate Statele parte, au făcut publice atât rapoartele cât și răspunsurile.

42. În cursul activității sale din ultimii zece ani, Comitetul a dezvoltat treptat un set de criterii, care constituie standarde generale pentru tratamentul persoanelor aflate în custodie. Aceste standarde se referă nu numai la condițiile materiale, dar și la garanțiile procedurale. De exemplu, trei dintre măsurile de siguranță sprijinite de către Comitet pentru persoanele reținute în custodia poliției sunt:

- (a) Dreptul persoanei private de libertate, dacă el sau ea dorește, de a informa imediat o terță parte (membru al familiei) despre arestul său;
- (b) Dreptul unei persoane private de libertate de a avea acces imediat la un avocat;
- (c) Dreptul unei persoane private de libertate de a avea acces la un medic, inclusiv, dacă dorește, la un medic ales de el sau ea.

43. Mai mult decât atât, Comitetul a subliniat în repetate rânduri că unul dintre cele mai eficiente mijloace de a preveni relele-tratamente de către reprezentanții instituțiilor de aplicare a legii, este examinarea cât mai rapidă a tuturor plângerilor aduse la cunoștința despre astfel de tratamente de către autoritățile competente și, când este cazul, impunerea penalităților corespunzătoare. Aceasta are un efect puternic de descurajare a comiterii acestor acte.

4. Comisia Africană pentru Drepturile Omului și ale Națiunilor și Curtea Africană pentru Drepturile Omului și ale Națiunilor

44. În comparație cu sistemele European și Inter-American, Africa nu are o Convenție referitoare la tortură și prevenirea ei. Chestiunea torturii este examinată la același nivel cu alte violări ale Drepturilor Omului. Chestiunile legate

de tortură sunt tratate în principal de către Carta Africană a Drepturilor Omului și Națiunilor, care a fost adoptată de către Organizația pentru Unitatea Africană în data de 27 iunie 1981 și care a intrat în vigoare în data de 21 octombrie 1986.⁴⁴ Articolul 5 din Carta Africană prevede: „*Fiecare persoană are dreptul la respectarea demnității inerente ființei umane și la recunoașterea statutului său juridic. Toate formele de exploatare și degradare a omului, în special sclavia, comerțul cu sclavi, tortura, tratamentele crude, inumane sau degradante și pedepsele, trebuie să fie interzise.*”

45. În conformitate cu articolul 30 al Cartei Africane, în iunie 1987 a fost înființată Comisia Africană pentru Drepturile Omului și ale Națiunilor și însărcinată cu „promovarea Drepturilor omului și ale națiunilor pentru a asigura protecția acestora în Africa”. În sesiunile sale periodice, Comisia a analizat mai multe rezoluții de țară cu privire la drepturile omului în Africa, unele dintre acestea având legătură cu tortura, printre alte violări. În unele dintre rezoluțiile de țară, Comisia a exprimat îngrijorări cu privire la degradarea situației Drepturilor Omului, inclusiv practici de tortură.

46. Comisia a stabilit noi mecanisme, cum ar fi Raportorul Special pe închisori, Raportorul Special pe execuțiilor arbitrare și sumare și Raportorul Special privind femeile, al căror mandat este de a raporta în cursul sesiunilor deschise ale Comisiei. Aceste mecanisme au creat oportunități pentru victime și pentru organizațiile non-guvernamentale de a trimite informații direct către Raportorii Speciali. În același timp, o victimă sau ONG poate depune o plângere către Comisie privind acte de tortură conform articolului 5 al Cartei Africane. În timp ce o plângere individuală se află în curs de rezolvare la Comisie, victima sau organizația non-guvernamentală poate trimite aceeași informație Raportorilor Speciali pentru realizarea

⁴⁴ Document al OAU, CAB/LEG/67/3, rev. 5 (21 I.L.M. 58 (1982)).

rapoartelor lor publice pentru sesiunile Comisiei. Pentru asigurarea unui forum pentru judecarea plângerilor de încălcări ale drepturilor garantate de Carta Africană, Adunarea Organizației pentru Unitatea Africană a adoptat în iunie 1998, un protocol pentru instituirea Curții Africane pentru Drepturile Omului și ale Națiunilor.

D. Curtea Penală Internațională

47. Statutul de la Roma, adoptat la data de 17 iulie 1998, a instituit Curtea Penală Internațională permanentă pentru judecarea persoanelor responsabile de genocid, crime împotriva umanității și crime de război (A/CONF.183/9). Curtea are jurisdicție asupra cazurilor întemeiate de tortură, fie ca parte a crimei de genocid sau ca o crimă împotriva umanității, în cazul în care tortura este comisă ca parte a unui atac sistematic sau larg răspândit, sau ca o crimă de război, în conformitate cu Convențiile de la Geneva din 1949.

Tortura este definită în Statutul de la Roma ca fiind „cauzarea intenționată de durere sau suferință severă, fie fizică sau mintală, asupra unei persoane aflate în custodia sau sub controlul părții acuzate”.

Până la 25 septembrie 2000, Statutul de la Roma al Curții Penale Internaționale a fost semnat de 113 țări și ratificat de 21 state. Curtea are sediul la Haga. Această Curte are jurisdicția numai în cazurile în care Statele nu pot sau nu doresc să urmărească în justiție persoanele responsabile de crimele descrise în Statutul de la Roma.

CAPITOLUL AL II - LEA

CODURI ETICE RELEVANTE

48. Toți profesioniștii lucrează în cadrul unor coduri de etică, care furnizează o declarație a valorilor comune, o recunoaștere a obligațiilor profesioniștilor și stabilește standarde morale cu care este de așteptat ca aceștia să se conformeze. Standardele etice sunt stabilite în principal prin două modalități: prin instrumente internaționale elaborate de către organisme cum ar fi Organizațiile Națiunilor Unite și prin coduri de principii propuse de profesioniștii înșiși, prin reprezentării asociațiilor lor naționale și internaționale.

Tezele fundamentale sunt invariabil aceleași și se axează în principal pe obligațiile datorate de către profesioniști clienților lor sau pacienților, societății în general și colegilor pentru a menține onoarea profesiei. Aceste obligații reflectă și completează drepturile la care toți oamenii au dreptul, conform instrumentelor internaționale.

A. Etica profesiei juridice

49. Ca ultiimi arbitri ai justiției, judecătorii joacă un rol special în protecția drepturilor cetățenilor. Standardele internaționale creează o obligație etică din partea judecătorilor de a se asigura că drepturile persoanelor fizice sunt protejate. Principiul 6 al Principiilor de bază ale Națiunilor Unite asupra independenței justiției afirmă că „*principiul independenței sistemului judiciar îndreptățește și cere, în același timp, ca acesta să asigure ca procedurile judiciare să fie desfășurate corect și ca drepturile părților să fie respectate*”.⁴⁵ De asemenea, procurorii au obligația etică de a investiga și de a aduce în fața

⁴⁵ Adoptate la Congresul 7 al Națiunilor Unite pentru Prevenirea a Criminalității și Tratatamentul Contravenienților, care a avut loc la Milano, Italia în perioada 26 august – 6 septembrie 1985 și aprobate de rezoluțiile Adunării Generale 40/32 din 29 noiembrie 1985 și 40/146 din 13 decembrie 1985.

instanței o crimă de tortură comisă de către funcționarii publici.

Articolul 15 al Principiilor Națiunilor Unite despre rolul procurorilor prevede: „*Procurorii vor acorda atenția cuvenită urmăririi penale a crimelor comise de către funcționarii publici, în special pentru corupție, abuz de putere, violări grave ale drepturilor omului și a altor crime recunoscute de legea internațională și, atunci când i se permite prin lege sau de către o practică locală, investigării unor astfel de infracțiuni*”.⁴⁶

50. Standardele internaționale stabilesc, de asemenea, o obligație pentru avocați în îndeplinirea funcțiilor lor profesionale, de a promova și a proteja drepturilor omului și a libertăților fundamentale. Principiul 14 din Principiile de bază ale Națiunilor Unite referitoare la rolul avocaților, prevede: „*Avocații, în protejarea drepturilor clienților lor și în promovarea cauzei justiției, vor căuta să susțină drepturile omului și a libertăților fundamentale recunoscute de către legile naționale și internaționale și vor acționa permanent liber și cu sârguință în conformitate cu legislația și standardele recunoscute și cu etica profesiei juridice*”.⁴⁷

B. Etica îngrijirii medicale

51. Există legături foarte clare între conceptele Drepturilor omului și principiul bine stabilit al eticii îngrijirii medicale. Obligațiile etice ale profesioniștilor din domeniul sănătății, sunt articulate pe trei nivele și se reflectă în documentele Națiunilor Unite în același fel ca și cele ale profesioniștilor din domeniul juridic. Acestea sunt de asemenea incluse în

⁴⁶ Adoptat de al 8-lea Congres al Națiunilor Unite pentru Prevenirea Crimei și Tratatamentul Contravenienților, organizat în Havana, de la 27 august până la 7 septembrie 1990.

⁴⁷ Vezi nota de subsol 46

documentele emise de către organizații internaționale din domeniul sănătății, cum ar fi de exemplu Asociația Medicală Mondială (World Medical Association), Asociația Mondială de Psihiatrie și Consiliul Internațional al Asistenților Medicali.⁴⁸ Asociațiile medicale naționale și organizațiile de asistenți medicali, de asemenea emit coduri de etică pentru membrii lor, care sunt așteptați să le urmeze. Subiectul central al tuturor eticilor de îngrijire medicală, sub orice formă ar fi ele articulate, rămâne datoria fundamentală de a acționa întotdeauna în interesul pacientului, indiferent de constrângeri, presiuni sau obligații contractuale. În unele țări, principiile eticii medicale, cum ar fi confidențialitatea dintre doctor și pacient, sunt incluse în legile naționale. Chiar și în cazul în care Principiile etice nu sunt stabilite prin lege în această formă, toți profesioniștii din domeniul sănătății au obligații morale stabilite de către standarde ale organizațiilor lor profesionale. Ei sunt considerați vinovați în cazul, în care se abat de la standardele profesionale, fără o justificare serioasă.

1. Declarațiile Națiunilor Unite relevante pentru profesioniștii din domeniul sănătății

52. Profesioniștii din domeniul sănătății, la fel ca și toate celelalte persoane care lucrează în sistemele penitenciare de închisori, trebuie să respecte Regulile Standard Minime în Tratarea Deținuților, care cer, ca serviciile medicale, inclusiv cele psihiatrice, să fie disponibile pentru toți deținuții fără discriminare și ca toți deținuții bolnavi, sau care necesită tratament, să fie consultați zilnic.⁴⁹ Aceste cerințe consolidează obligațiile etice ale medicilor, discutate mai jos,

⁴⁸ Există de asemenea numeroase structuri regionale, cum ar fi Commonwealth Medical Association și Conferința Internațională a Asociațiilor Medicale Islamice, care emit pentru membrii ei declarații importante despre etica medicală și drepturile omului.

⁴⁹ Regulile Standard Minime pentru Tratatamentul deținuților și Implementarea Eficientă a Regulilor Standard Minime, adoptate de Națiunile Unite în 1955

de a trata și de a acționa în sensul celor mai bune interese ale pacienților, pe care ei au obligația de a-i îngriji. În plus, Națiunile Unite au subliniat în mod special în Principiile Eticii Medicale, obligațiile etice ale doctorilor și ale altor profesioniști din domeniul sănătății, în special a medicilor, în Protecția prizonierilor și deținuților împotriva torturii și a altor tratamente crude, inumane și/sau degradante sau pedepse.⁵⁰ Din acestea reiese foarte clar, că profesioniștii din domeniul sănătății au datoria morală de a proteja sănătatea fizică și mintală a deținuților. Acestora le este interzis în mod explicit să-și folosească cunoștințele și aptitudinile lor medicale într-o manieră ce contravine declarațiilor internaționale ale Drepturilor Omului.⁵¹ În special, se consideră a fi o contravenție gravă a eticii medicale, acțiunea de a participa, activ sau pasiv, la tortură sau acceptarea acesteia în orice fel.

53. „Participarea la tortură” include: evaluarea capacității unei persoane de a rezista rețelilor-tratamente; prezența, supravegherea sau producerea de maltratări; resuscitarea persoanelor cu scopul de a fi maltratați în continuare sau acordarea de tratament medical imediat înainte, în timpul sau după tortură, conform indicațiilor celor care se fac responsabili de aceasta; furnizarea torționarilor de cunoștințe profesionale sau informații despre sănătatea personală a victimelor; neglijarea intenționată a dovezilor și falsificarea rapoartelor medicale, ca de exemplu a rapoartelor de autopsie și a certificatelor de deces.⁵²

⁵⁰ Adoptate de Adunarea generală în 1982

⁵¹ În mod special, Declarația Universală a Drepturilor Omului, Convențiile Internaționale pentru Drepturile Omului și Declarația de Protecție a Persoanelor Împotriva Supunerii Torturii sau altor Tratamente Crude, Inumane și/sau Degradante sau Pedepse.

⁵² Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să nu uite de datoria confidențialității față de pacienții lor și obligația de a obține consimțământul acestora pentru revelarea de informații, mai ales atunci, când prin aceasta, indivizii pot fi supuși riscului (vezi capitolul II.C.3.).

Principiile Națiunilor Unite includ, de asemenea, unele dintre regulile fundamentale ale eticii îngrijirii medicale, subliniind că, singura relație etică dintre deținuți și profesioniștii din domeniul sănătății, este aceea care evaluează, protejează și îmbunătățește starea lor de sănătate. Astfel, evaluarea stării de sănătate a deținuților, pentru a facilita pedepsirea sau torturarea lor, este în mod evident imorală.

2. Declarații ale organismelor profesionale internaționale

54. Multe declarații ale organismelor profesionale internaționale, se focusează pe principiile relevante pentru protecția Drepturilor Omului și reprezintă un consens medical internațional clar asupra acestor chestiuni. Declarațiile Asociației Medicale Mondiale (World Medical Association) definesc unele aspecte ale obligațiilor etice, convenite la nivel internațional, pe care trebuie să le respecte toți medicii. Declarația de la Tokyo a Asociației Medicale Mondiale, reiterează interzicerea oricărei forme de participare sau prezență medicală la acte de tortură sau la maltratări.⁵³

Acest lucru este accentuat de către principiile Națiunilor Unite, care se referă în mod special la Declarația de la Tokyo. Medicilor le este în mod clar interzis să ofere informații, instrumente medicale sau substanțe, care ar facilita relele tratamente. Aceeași regulă este aplicată în mod special psihiatrilor, prin Declarația din Hawaii a Asociației Internaționale a Psihiatrilor, care interzice folosirea abilităților psihiatrice în scopul de a încălca Drepturile Omului, cu privire la orice persoană sau grup.⁵⁴ Conferința Internațională asupra Medicinii Islamice a enunțat un punct de vedere similar în Declarația de la Kuwait, care interzice medicilor folosirea cunoștințelor lor de specialitate pentru a „răni, distruge sau provoca daune corpului,

⁵³ Adoptată de către Asociația Medicală Mondială în 1975

⁵⁴ Adoptată de către Asociația Medicală Mondială în 1977

minții sau spiritului, oricare ar fi motivele politice sau militare”.⁵⁵

Prevederi similare sunt stabilite pentru asistenții medicali în directiva despre Rolul Asistenților Medicali în Îngrijirea Deținuților și a Prizonierilor”.⁵⁶

55. Profesioniștii din domeniul sănătății au de asemenea, datoria de a susține colegii care se ridică împotriva violărilor Drepturilor Omului. Lipsa susținerii riscă nu numai o încălcare a drepturilor pacienților, dar și o contravenție a Declarațiilor enumerate mai sus, precum și o dezonoare a profesioniștilor din domeniul sănătății. Compromiterea onoarei profesiei este considerată a fi o abatere profesională gravă.

Rezoluția Asociației Medicale Mondiale cu privire la Drepturile Omului invită toate asociațiile medicale naționale să revadă situația Drepturilor Omului din țările lor și să se asigure că medicii nu ascund dovezi de abuz, nici chiar atunci când se tem de represalii.⁵⁷ Este nevoie ca organismele naționale să ofere o orientare clară, în special pentru medicii care muncesc în sistemul penitenciar, să protesteze împotriva pretinselor încălcări ale Drepturilor Omului și să ofere mecanisme eficiente pentru investigarea activităților imorale ale medicilor în domeniul Drepturilor Omului.

Se solicită, de asemenea, ca acestea să sprijine medicii care atrag atenția nivel asupra abuzurilor ce țin de încălcarea Drepturilor Omului. Declarația ulterioară a Asociației Medicale Mondiale de la Hamburg, reafirmă răspunderea persoanelor fizice și a grupurilor medicale organizate din toată lumea, de a încuraja medicii să se opună torturii sau oricărei presiuni de a acționa în mod contrar principiilor etice.⁵⁸ Aceasta cheamă toți medicii, în mod individual, să se exprime împotriva maltratărilor și să

⁵⁵ Adoptată în 1981 (1401 după calendarul islamic)

⁵⁶ Adoptată de către Consiliul Internațional al Asistenților Medicali în 1975

⁵⁷ Adoptată de către Asociația Medicală Mondială în 1990

⁵⁸ Adoptată de către Asociația Medicală Mondială în 1997

îndemne organizațiile medicale naționale și internaționale să sprijine medicii care rezistă unor astfel de presiuni.

3. Codurile naționale ale eticii medicale

56. Al treilea nivel de articulare al principiilor etice este acela realizat prin intermediul codurilor naționale. Acestea reflectă aceleași valori fundamentale, ca cele menționate mai sus, din moment ce etica medicală este expresia valorilor comune a tuturor doctorilor. În aproape toate culturile or coduri, aceleași prezumții fundamentale se regăsesc în ceea ce privește obligația de a evita vătămarea, de a ajuta pe cei bolnavi, de a proteja pe cei vulnerabili și de a nu discrimina pacienții pe nici un motiv, decât acela al urgenței îngrijirii lor medicale. Valori similare sunt exprimate în codurile profesionale a asistenților medicali.

Un aspect problematic al principiilor etice este acela, că ele nu oferă norme definitive pentru toate dilemele, dar necesită anumite interpretări. În cântărirea dilemelor etice, este vital, ca profesioniștii din domeniul sănătății să aibă în vedere obligațiile lor morale fundamentale, exprimate de valorile profesionale împărtășite, dar de asemenea, să le implementeze într-o manieră ce reflectă obligația de bază de a evita vătămarea pacienților lor.

C. Principii comune tuturor codurilor de etică din domeniul ocrotirii sănătății

57. Principiul independenței profesionale cere profesioniștilor din domeniul sănătății să se concentreze întotdeauna asupra scopului principal al medicinei, care este acela de a alina suferința și necazul și de a evita vătămarea, în pofida oricăror presiuni. O serie de alte principii etice sunt atât de importante, încât se găsesc în mod invariabil în toate codurile și declarațiile etice. Cele de bază sunt: prevederea de a oferi îngrijire cu compasiune, de a nu vătăma și de a

respecta drepturile pacienților. Acestea sunt cerințe principale pentru toți profesioniștii din domeniul sănătății.

1. Datoria de a oferi îngrijire cu compasiune

58. Datoria de a oferi îngrijire este exprimată într-o varietate de moduri, în codurile și declarațiile naționale și internaționale. Un aspect al acestei datorii este obligația medicală de a răspunde celor, care au nevoie de îngrijire medicală. Aceasta se reflectă în Codul Internațional al Eticii Medicale al Asociației Medicale Mondiale, care recunoaște obligația morală a medicilor de a oferi îngrijire de urgență, ca o datorie umanitară.⁵⁹ Datoria de a răspunde nevoilor și suferințelor, se regăsește în declarațiile tradiționale, în principiu, din toate culturile.

59. La baza multora dintre eticile medicale moderne, stau principiile stabilite în declarațiile străvechi ale valorilor profesionale, care solicită medicilor să ofere îngrijire, asumându-și chiar riscuri personale. De exemplu, Caraka Samhita, un cod hindus care datează din primul secol Înaintea lui Hristos, instruiește medicii „să se străduiască din toată inima și sufletul lor, să aline durerea pacienților; să nu părăsească sau să dăuneze pacienților de dragul vieții sau al traiului lor”.

Instrucțiuni similare sunt prezente în codurile islamice timpurii, iar actuala Declarație de la Kuwait cere doctorilor să se concentreze pe cei nevoiași, fie ei „aproape sau departe, virtuoși sau păcătoși, prieteni sau dușmani”.

60. Valorile medicale vestice au fost dominate de influența jurământului lui Hipocrate și de promisiuni similare, cum ar fi Rugăciunea lui Maimonides. Jurământul lui Hipocrate reprezintă o promisiune solemnă de solidarizare cu alți medici și un angajament de a îngriji pacienții, evitând cauzarea daunelor. Acesta

⁵⁹ Adoptată de către Asociația Medicală Mondială în 1949

conține, de asemenea, și o promisiune de a păstra confidențialitatea. Aceste patru concepte sunt reflectate în diferite forme, în toate codurile profesionale moderne de etică medicală. Declarația de la Geneva a Asociației Medicale Mondiale este o re-declarare modernă a valorilor hipocratice.⁶⁰ Aceasta este o promisiune, prin care medicii se angajează să considere sănătatea pacienților lor o prioritate și jură devotament serviciilor umanității, cu conștiință și demnitate.

61. Aspecte ale datoriei lor de a oferi îngrijire sunt reflectate în multe din declarațiile Asociației Medicale Mondiale, care spun clar că medicii trebuie să facă întotdeauna ceea ce este mai bine pentru pacienții lor, inclusiv pentru deținuți și presupuși criminali. Această datorie este exprimată adesea prin noțiunea de *independență profesională*, cerând medicilor să adere la practicile medicale cele mai bune în ciuda oricăror presiuni, care ar putea fi aplicate. Codul Internațional de Etică Medicală al Asociației Medicale Mondiale, subliniază datoria medicilor de a oferi îngrijire „în deplină independență tehnică și morală, cu compasiune și respect pentru demnitatea umană”. Accentuează, de asemenea, datoria de a acționa numai în interesul pacientului și spune că medicii datorează pacienților lor o loialitate completă.

Declarația de la Tokyo a Asociației Medicale Mondiale și Declarația despre Independența Medicilor și Libertatea Profesională, clarifică faptul că medicii trebuie să insiste în a fi liberi să acționeze în interesul pacienților, indiferent de alte considerente, inclusiv de indicațiile angajatorilor, autorităților închisorilor, sau a forțelor de securitate.⁶¹

Ultima declarație cere medicilor să asigure faptul că ei „au independența profesională să reprezinte și să apere nevoile medicale ale pacienților, împotriva tuturor celor care ar nega sau restricționa asistența medicală necesară a celor care sunt bolnavi sau răniți”. Principii

⁶⁰ Adoptată de către Asociația Medicală Mondială în 1948

⁶¹ Adoptată de către Asociația Medicală Mondială în 1986

similare sunt prescrise asistenților medicali prin Codul etic al Consiliului Internațional al Asistenților Medicali.

62. Un alt mijloc prin care Asociația Medicală Mondială exprimă datoria de a oferi îngrijire medicală, este acela de a recunoaște drepturilor pacienților. Prin Declarația de la Lisabona cu privire la drepturile pacienților, se recunoaște, că fiecare persoană, fără discriminare, are dreptul la îngrijire medicală adecvată și reiterează faptul că medicii trebuie să acționeze întotdeauna în cele mai bune interese ale pacientului.⁶²

Conform Declarației, pacienților trebuie să le fie garantate autonomie și justiție, iar atât medicii cât și cei care oferă îngrijire medicală, trebuie să respecte drepturile pacientului. „*Ori de câte ori legislația, acțiunea guvernului sau oricare altă administrație sau instituție refuză pacienților aceste drepturi, medicii trebuie să caute mijloace potrivite pentru a le asigura sau restaura*”.

Persoanele fizice au dreptul la îngrijire medicală adecvată, indiferent de factori cum ar fi: originea lor etnică, convingerile politice, naționalitate, sex, religie sau merite individuale. Persoanele acuzate sau condamnate pentru crime, au un drept moral egal la o asistență și îngrijire medicală corespunzătoare. Declarația de la Lisabona a Asociației Medicale Mondiale accentuează faptul că singurul criteriu acceptabil pentru discriminarea între pacienți, este cel al urgenței îngrijirii lor medicale.

2. Acordarea consimțământului

63. În timp ce declarațiile care reflectă datoria de a oferi îngrijire medicală, toate subliniază obligația de a acționa în cele mai bune interese ale persoanelor examinate sau tratate, acestea presupun că profesioniștii din domeniul

⁶² Adoptată de către Asociația Medicală Mondială în 1981; modificată în cadrul celei de a 47-a sesiuni a Asociației Medicale Mondiale în 1983

sănătății, știu care este cel mai bun interes al pacientului.

O normă fundamentală a eticii medicale moderne este acela, că pacienții înșiși sunt cei mai buni judecători a propriilor lor interese. Aceasta cere ca profesioniștii din domeniul sănătății să acorde prioritate doleanțelor unui pacient adult competent, asupra a ceea ce este cel mai bine pentru el, înaintea părerilor oricărei alte persoane autorizate. În cazul în care, pacientul este inconștient sau în alt mod de incapacitate de a-și exprima un consimțământ valid, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să hotărască cum pot fi promovate și protejate cele mai bune interese ale pacientului.

Asistenții medicali și medicii trebuie să acționeze ca niște avocați ai pacienților, iar acest lucru reiese clar din documente, cum ar fi Declarația de la Lisabona a Asociației Medicale Mondiale și din declarații ale Consiliului Internațional al Asistenților Medicali asupra Rolului Asistenților Medicali în Protecția Drepturilor Omului.⁶³

64. Declarația de la Lisabona a Asociației Medicale Mondiale specifică datoria medicilor de a obține consimțământul voluntar și în cunoștință de cauză din partea pacienților, pentru oricare examinare sau procedură. Aceasta înseamnă că persoana trebuie să cunoască implicațiile acceptului și consecințele refuzului. Prin urmare, înaintea examinării pacienților, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să le explice în mod sincer scopul examinării și al tratamentului. Consimțământul obținut prin constrângere sau ca rezultat al unei informări false a pacientului nu este valabil, iar medicii care acționează astfel, încalcă etica medicală. Cu cât mai grave pot fi implicațiile procedurii asupra pacientului, cu atât mai imperativă din punct de vedere moral, este obținerea consimțământului pacientului, în cunoștință de cauză. Altfel spus, acolo unde examinarea sau respectivele proceduri au un efect clar benefic terapeutic asupra persoanelor fizice,

⁶³ Adoptată de către Asociația Medicală Mondială în 1983

consimțământul lor implicit prin cooperarea la realizarea respectivelor proceduri poate fi suficient.

În cazurile, în care examinarea nu se face în primul rând în scopul oferirii de îngrijire medicală, se cere o mare grijă în asigurarea faptului că pacientul știe și este de acord cu aceasta și că nu contravine în nici un fel intereselor individului.

După cum s-a declarat anterior, examinarea realizată pentru stabilirea faptului dacă un individ poate rezista pedepselor, torturii sau presiunilor fizice din timpul interogatoriilor, este imorală și contrară scopului medicinei.

Singura evaluare etică a stării de sănătate a deținuților este aceea, care se face în scopul de a le menține sau îmbunătăți sănătatea, nu pentru a facilita pedepsirea lor. Examinarea fizică în cadrul unei anchete, în scopuri probatorii, necesită consimțământul în cunoștință de cauză, în sensul că pacientul înțelege factorii, cum vor fi folosite de exemplu datele obținute în urma examinării, cum vor fi păstrate și cine va avea acces la ele. Dacă aceste lucruri nu sunt precizate pacientului, anterior deciziei acestuia, examinarea și înregistrarea informațiilor se consideră ca fiind invalide.

3. Confidențialitatea

65. Toate codurile de etică, de la jurământul lui Hipocrate până în prezent, includ obligația confidențialității ca un principiu fundamental, care este de asemenea prezentat în declarațiile Asociației Medicale Mondiale, cum ar fi Declarația de la Lisabona. În unele jurisdicții, obligația de a păstra secretul profesional este considerată atât de importantă, încât este inclusă în legea națională.

Obligativitatea confidențialității nu este absolută și poate fi în mod etic încălcată în circumstanțe excepționale, pentru a evita vătămarea serioasă și previzibilă a persoanelor sau la o încălcare gravă a justiției. În general, obligația confidențialității

cu privire la informațiile despre sănătate ale persoanelor care pot fi identificate, poate fi încălcată numai cu permisiunea avizată a pacientului.⁶⁴ Informațiile pacienților care nu pot fi identificați, pot fi folosite în mod liber pentru alte scopuri și ar trebui folosite în toate situațiile, în care o divulgare a identității pacientului nu este esențială. Acesta de exemplu, poate fi cazul unei colectări de date despre tipuri de tortură sau de maltratare. Dilemele pot apărea în cazul în care profesioniștii din domeniul sănătății sunt sub presiune sau li se cere prin lege să dezvăluie informații identificabile, care ar putea provoca apariția unui risc pentru pacienți.

În astfel de cazuri, obligațiile etice fundamentale sunt de a respecta autonomia și cele mai bune interese ale pacientului, de a-i face bine și de a evita un prejudiciu. Acestea înlocuiește alte considerații. Medicii ar trebui să spună clar în instanțe sau altor autorități care cer informații, că au obligația profesională să respecte confidențialitatea.

Profesioniștii din domeniul sănătății, care răspund în acest fel, au dreptul la sprijinul asociației lor profesionale și al colegilor. În plus, în perioadele de conflict armat, legea umanitară internațională conferă protecții specifice confidențialității doctor-pacient, care impun ca medicii să nu denunțe pe cei care sunt bolnavi sau răniți.⁶⁵ Profesioniștii din domeniul sănătății sunt protejați în sensul, că ei nu pot fi constrânși să dezvăluie informații despre pacienții lor în astfel de situații.

D. Profesioniștii din domeniul sănătății cu obligații duble

66. Profesioniștii din domeniul sănătății au obligații duble, în sensul că ei au o primă

⁶⁴ Cu excepția cerințelor comune de sănătate publică, cum ar fi raportarea numelor pacienților cu boli infecțioase, dependente de droguri, boli mintale, etc.

⁶⁵ Articolul 16 al Protocolului I (1977) și articolul 10 al Protocolului II (1977), adiționale Convențiilor de la Geneva din 1949.

obligație către pacient, de a-i promova interesele cât mai bine și o datorie generală către societate, de a asigura că se va face dreptate și violările Dreptului Omului vor fi prevenite. Dilemele care decurg din aceste obligații duble, sunt deosebit de acute pentru profesioniștii din domeniul sănătății, care lucrează cu poliția, armata sau alte servicii de securitate sau în sistemul penitenciar.

Interesele angajatorilor lor și a colegilor lor care nu sunt din domeniul medical, pot intra în conflict cu interesele pacienților deținuți. Indiferent de circumstanțele angajării lor, toți profesioniștii din domeniul sănătății au datoria fundamentală de a avea grijă de persoanele pe care sunt solicitați să le examineze sau trateze. Ei nu pot fi obligați prin contract sau pe baza altor considerații, să își compromită independența lor profesională. Aceștia trebuie să facă o evaluare obiectivă a intereselor de sănătate a pacientului și să acționeze în conformitate cu acestea.

1. Principii de bază pentru toți medicii cu obligații duble

67. În toate cazurile, în care medicii acționează pentru o altă parte, ei au obligația de a se asigura, că acest lucru este înțeles de către pacient.⁶⁶ Medicii trebuie să se prezinte pacienților și să le explice scopul oricărei examinări sau tratament. Chiar și atunci când doctorii sunt numiți și plătiți de către o a treia parte, ei au o obligație clară de a îngriji pe fiecare pacient pe care îl examinează sau tratează. Ei trebuie să refuze să se conformeze cu orice proceduri care pot dăuna pacienților sau să-i părăsească la greu, aceștea fiind vulnerabili fizic sau psihologic. Ei trebuie să se asigure, că termenii lor contractuali le permit independența profesională de a lua decizii clinice. Medicii trebuie să se asigure, că orice persoană aflată în custodie, are acces la orice investigație medicală, sau tratament necesar. În cazul, în care deținutul

⁶⁶ Aceste principii sunt extrase din "Medici cu obligații duble" publicată de către Asociația Medicală Britanică în 1995.

este un minor sau un adult vulnerabil, medicii au obligația suplimentară de a acționa ca un avocat.

Medicii vor reține o obligație generală a confidențialității astfel, încât informațiile să nu poată fi dezvăluite fără cunoștința pacientului. Ei trebuie să se asigure, că dosarele medicale sunt păstrate confidențial. Medicii au datoria de a monitoriza și de a vorbi deschis atunci, când serviciile în care sunt implicați sunt imorale, abuzive, inadecvate sau reprezintă un potențial pericol pentru sănătatea pacienților. În astfel de cazuri, ei au o obligație etică de a întreprinde acțiuni prompte, deoarece eșecul de a lua o poziție imediată, face mai dificilă o obiecție efectuată la o etapă ulterioară. Ei trebuie să raporteze problema autorităților potrivite sau agențiilor internaționale care o pot investiga, fără să expună pacienții, familiile acestora sau chiar pe ei înșiși la riscuri sau prejudiciu previzibil.

Medicii și asociațiile profesionale trebuie să-și sprijine colegii care întreprind astfel de acțiuni, pe baza unor dovezi rezonabile.

2. Dileme care apar din obligațiile duble

68. Dileme pot apărea atunci când etica și legea sunt în contradicție. Circumstanțe pot apărea în cazul în care obligațiile lor etice determină profesioniștii din domeniul sănătății să nu se supună unei anumite legi, cum ar fi o obligație juridică de a dezvălui informații medicale confidențiale despre un pacient. Există un consens al declarațiilor naționale și internaționale asupra normelor etice, precum că alte imperative, inclusiv juridice, nu pot obliga profesioniștii din domeniul sănătății să acționeze contrar eticii medicale și conștiinței lor. În astfel de cazuri, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie mai degrabă să refuze să se supună legii sau regulamentelor decât să compromită normele etice de bază sau să își expună pacienții unor riscuri serioase.

69. În unele cazuri, pot fi în conflict două obligații etice. Codurile internaționale și

principiile etice cer raportarea informațiilor despre tortură sau rele-tratamente organismelor responsabile. În unele jurisdicții, aceasta este de asemenea o cerință legală. În unele cazuri însă, pacienții pot refuza să își dea consimțământul de a fi examinați pentru astfel de scopuri sau de a se dezvălui către alte persoane informații obținute în urma examinării lor. Aceștia pot fi speriați de riscurile și represalii asupra lor sau a familiilor lor. În astfel de situații, profesioniștii din domeniul sănătății au responsabilități duble: către pacient și către societate în general, care are interesul de a asigura faptul că se face dreptate și că cei ce abuzează sunt aduși în instanță.

Principiul fundamental de a evita dăunarea, trebuie să fie luat în primul rând în considerare în cazul unor astfel de dileme. Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să caute soluții care să promoveze justiția, fără să încalce dreptul persoanei la confidențialitate. În astfel de cazuri e bine să se ceară sfatul unor agenții de încredere; uneori aceasta poate fi asociația medicală națională sau structurile non-guvernamentale. Alternativ, cu o încurajare de susținere, unii pacienții reticenți pot să își dea acordul pentru dezvăluirea informațiilor, în cadrul unor parametri bine stabiliți.

70. Obligațiile etice ale unui doctor pot varia în funcție de contextul întâlnirii dintre doctor și pacient și de posibilitatea pacientului de a exercita libera alegere cu privire la decizia privind dezvăluirea. De exemplu, atunci când un doctor și un pacient sunt într-o situație evident terapeutică, cum ar fi tratamentul spitalicesc, există un imperativ moral puternic pentru medici de a păstra regulile obișnuite de confidențialitate, care în mod normal prevalează în cadrul relațiilor terapeutice. **Raportarea dovezilor** de tortură obținute prin intermediul unor astfel de întâlniri este în mod integral potrivită atâta vreme, cât pacientul nu interzice aceasta. Medicii trebuie să raporteze astfel de dovezi, dacă pacienții solicită acest lucru sau își dau acordul în cunoștință de

cauză. Medicii ar trebui să susțină pacienții în astfel de decizii.

71. Medicii legiști au un alt tip de relație cu persoanele fizice pe care le examinează și, de obicei, au obligația de a raporta observațiile pe care le constată. Pacientul are mai puțină putere și opțiuni de a alege în astfel de situații și e posibil să nu fie în stare să vorbească deschis despre cele întâmplate. Înainte de a începe orice examinare, medicii legiști trebuie să explice pacientului rolul lor și să spună clar că respectarea confidențialității nu este un lucru obișnuit în situația lor, așa cum este în cazul medicului curant. Regulamentele s-ar putea să nu permită pacientului să refuze examinarea, dar pacientul are opțiunea de a alege dacă vrea sau nu să divulge **cauza prejudiciului**. Medicii legiști nu trebuie să falsifice rapoartele lor, ci să producă rapoarte cu dovezi imparțiale, inclusiv cu toate dovezile despre tortură și maltratare.⁶⁷

72. Medicii din închisori sunt în principal prestatori de tratamente medicale, dar au de asemenea, sarcina examinării deținuților care sosesc în închisoare din custodia poliției. În această calitate, sau în cadrul tratamentului persoanelor din închisorii, ei pot descoperi dovezi de violență inacceptabilă, pe care deținuții înșiși nu sunt în măsură să le denunțe. În astfel de situații, medicii trebuie să aibă în vedere reprezentarea celor mai bune interese ale pacienților și obligația confidențialității față de acea persoană. Dar argumentele morale a medicilor de a denunța maltratarea sunt puternice, deoarece pacienții înșiși de cele mai multe ori, nu pot să facă acest lucru în mod eficient. În cazul în care deținuții sunt de acord

⁶⁷ Vezi V. Iacopino et al., "Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in post-detention medical examinations in Turkey", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 276 1996:396-402.

să dezvăluie adevărul, nu apare nici un conflict și obligația morală este clară.

Dacă un deținut refuză să permită o dezvăluire, medicul trebuie să cântărească riscul și pericolul potențial pentru acel pacient, în comparație cu beneficiile aduse în general populației închisorii și intereselor societății de a preveni perpetuarea abuzurilor.

73. Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie de asemenea să aibă în vedere, că raportarea abuzurilor autorităților, în cadrul jurisdicției cărora se presupune că s-au produs, poate cuprinde riscuri pentru pacient și pentru alte persoane, inclusiv cele care oferă informații. Medicii nu trebuie să expună pacienții în mod conștient pericolului de represalii. Ei nu sunt scutiți de a acționa, dar trebuie să fie discreți și să ia în calcul posibilitatea raportării informațiilor unui organ responsabil din afara imediatei jurisdicții sau, acolo unde aceasta nu ar atrage după sine riscuri previzibile pentru profesioniștii din domeniul sănătății sau pentru pacienți, **să raporteze faptul într-o manieră neidentificabilă**.

În mod evident, dacă este adoptată această ultimă soluție, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să ia în calcul posibilitatea presiunii asupra lor pentru a dezvălui date de identificare sau posibilitatea de a le fi sechestrate forțat documentele medicale. Deoarece nu există soluții ușoare, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să fie ghidați de către norma de bază „*de a nu dăuna*” mai mult decât orice altceva și să caute sprijin și consiliere, pe cât posibil, organismelor medicale naționale sau internaționale.

CAPITOLUL AL III-LEA

INVESTIGAREA LEGALĂ A TORTURII

74. În conformitate cu legislația internațională, Statele trebuie să investigheze prompt și imparțial incidentele de tortură raportate. Atunci când dovezile justifică aceasta, Statul pe al cărui teritoriu este prezentă o persoană, care se presupune că a comis sau a participat la tortură, trebuie să extrădeze presupusul tortionar altui stat care are competențe juridice, sau să predea cazul propriilor autorități competente, în scopul de a fi urmărit penal, conform legilor naționale sau locale.

Principiile fundamentale ale oricărei investigații viabile a incidentelor de tortură sunt: **competența, imparțialitatea, independența, promptitudinea și caracterul minuțios.** Aceste elemente pot fi adaptate oricărui sistem juridic și trebuie să ghideze toate investigațiile de presupusă tortură.

75. În cazul în care, procedurile de investigare sunt inadecvate din cauza: lipsei de resurse sau de expertiză, de apariție a părtinirilor, de existența aparentă a unui tip de abuz sau alte motive substanțiale, Statele vor desfășura o investigație printr-o comisie independentă de anchetă sau o procedură similară.

Membrii comisiei trebuie să fie aleși pentru imparțialitatea lor recunoscută, pentru competență și independență ca persoană fizică. În special, acestea trebuie să fie independente față de orice instituție, agenție sau persoană, care poate să fie subiect al anchetei.

76. Secțiunea A descrie în sens larg scopul unei investigări asupra torturii. Secțiunea B stabilește principiile de bază pentru investigarea și documentarea eficientă asupra torturii și a altor tratamente crude, inumane și/sau degradante sau pedepse.

Secțiunea C stabilește procedurile sugerate pentru efectuarea unei anchete în cazurile de pretinsă tortură, luând în considerație mai întâi decizia privind autoritatea competentă de investigare, apoi oferind indicații privind colectarea de mărturii verbale ale victimei și a altor martori și colectarea de dovezi fizice.

Secțiunea D oferă o ghidare pentru stabilirea unei comisii de anchetă speciale și independente. Aceste ghidări sunt bazate pe experiențele mai multor țări care au stabilit comisii independente pentru investigarea pretinselor cazuri de abuzuri asupra Drepturilor Omului, inclusiv asasinatelor extra-judiciare, tortură și disparițiile.

A. Obiectivele unei investigații asupra torturii

77. Scopul larg al unei investigații, este acela de a stabili faptele referitoare la preținsele incidente de tortură, cu scopul de a identifica persoanele responsabile și de a facilita urmărirea lor penală, sau pentru folosirea lor în contextul altor proceduri, destinate obținerii despăgubirilor pentru victime. Problemele abordate aici pot fi de asemenea relevante și pentru alte tipuri de investigații asupra torturii.

Pentru a îndeplini acest scop, cei care efectuează ancheta trebuie, cel puțin, să caute să obțină declarații de la victimele preținsei torturi; să recupereze și să păstreze dovezile, inclusiv cele medicale, legate de presupusa tortură, care ar putea fi de folos într-o posibilă urmărire penală a celor responsabili; să identifice posibili martori și să obțină de la aceștia declarații cu privire la presupusa tortură; precum și pentru a stabili cum, când și unde au avut loc presupusele incidente de tortură, precum și orice model sau practici care ar fi putut cauza tortura.

B. Principii pentru investigare efectivă și documentare asupra torturii și a altor tratamente crude, inumane și/sau degradante sau pedepse

78. Următoarele principii reprezintă un consens între persoane fizice și organizații care au experiență în investigarea torturii. Scopurile unei investigări și documentări eficiente a torturii și a altor tratamente crude, inumane sau degradante sau pedeapsă (numite în continuare tortură sau rele-tratamente) includ următoarele:

(a) Clarificarea faptelor, stabilirea și recunoașterea responsabilității individuale și a Statului față de victime și familiile lor;

(b) Identificarea măsurilor necesare pentru a preveni repetarea acestora;

(c) Facilitarea urmăririi penale sau, după caz, a aplicării sancțiunilor disciplinare pentru cei considerați responsabili în urma anchetei; demonstrația necesității de reparare și compensare din partea Statului, inclusiv compensarea financiară echitabilă, precum și oferirea de mijloace pentru îngrijire medicală și reabilitare.

79. Statele membre trebuie să se asigure, că plângerile și rapoartele de tortură sau rele-tratamente sunt investigate prompt și eficient. Chiar și în absența unei plângeri clare, trebuie să fie întreprinsă o investigație pe tortură sau maltratare, în cazul dacă există alte indicații, că acestea au avut loc. Anchetatorii, care trebuie să fie independenți față de presupușii vinovați, ca și față de agenția în cadrul căreia profesează, trebuie să fie competenți și imparțiali. Ei trebuie să aibă acces sau să fie împuterniciți în comisia de anchetă de către medici sau alți experți imparțiali. Metodele utilizate pentru efectuarea acestor investigații, trebuie să corespundă celor mai înalte standarde profesionale, iar concluziile trebuie să fie făcute publice.

80. Autoritatea care desfășoară investigația trebuie să aibă puterea și obligația de a obține toate informațiile necesare anchetei.⁶⁸ Persoanele care conduc ancheta trebuie să aibă la dispoziția lor toate resursele bugetare și tehnice necesare pentru investigarea eficientă. Ei trebuie să aibă, de asemenea, autoritatea de a obliga pe toți cei care acționează în funcții oficiale și care sunt bănuți de a fi implicați în acte de tortură sau rele-tratamente, să apară și să depună mărturie. Același lucru este valabil pentru orice martor. În acest scop, autoritatea de investigare are dreptul de a emite citații pentru martori, inclusiv pentru orice funcționari care se pretinde că au fost implicați, precum și de a emite cereri pentru producerea probelor.

Presupusele victime ale torturii sau ale maltratărilor, martorii, cei care efectuează ancheta și familiile lor, trebuie să fie protejați împotriva violenței, amenințărilor de violență sau oricărei alte forme de intimidare care poate apărea în temeiul investigației. Acei care sunt implicați în acte de tortură sau maltratări, trebuie să fie eliminați din orice funcție de putere sau de control, fie ea directă sau indirectă asupra reclamațiilor, martorilor sau familiilor lor, precum și a celor care desfășoară ancheta.

81. Presupusele victime ale torturii sau ale relelor tratamente și reprezentanții lor legali, trebuie să fie informați și să aibă acces la orice audiere, precum și la toate informațiile relevante pentru investigație și trebuie să aibă dreptul de a prezenta noi dovezi.

82. În cazurile în care procedurile stabilite de investigare sunt inadecvate din cauza expertizei insuficiente sau a părtinirilor suspectate, sau din cauza existenței aparente a unei forme de abuz, sau pentru alte motive substanțiale, Statele trebuie să se asigure că investigațiile sunt desfășurate de către o comisie independentă de anchetă sau de către alte proceduri similare.

⁶⁸ În anumite circumstanțe ale eticii profesionale, se poate cere ca informațiile să rămână confidențiale. Aceste cerințe ar trebui să fie respectate.

Membrii unei astfel de comisii trebuie să fie aleși în baza imparțialității, competenței și independenței lor personale recunoscute. În mod special, ei trebuie să fie independenți de orice presupus torționar și de instituțiile sau agențiile unde aceștia activează. Comisia trebuie să aibă autoritatea de a obține toate informațiile necesare anchetei și trebuie să desfășoare ancheta conform acestor principii.⁶⁹

Un raport scris, formulat într-o perioadă rezonabilă de timp, trebuie să includă scopul anchetei, procedurile și metodele folosite pentru evaluarea dovezilor, precum și concluziile și recomandările bazate pe constatările de fapt și pe legislația în vigoare. În final, acest raport trebuie făcut public. De asemenea, acesta trebuie să descrie în detalii specifice evenimentele care au avut loc, dovezile pe care s-au bazat constatările și o listă de nume ale martorilor care au depus mărturie, cu excepția acelor a căror identitate rămâne ascunsă, pentru protecția lor. Statul trebuie, într-o perioadă rezonabilă de timp, să răspundă raportului de anchetă și, după caz, să indice măsurile ce trebuie luate ca răspuns.

83. Experții medicali implicați în investigarea torturii sau a relelor-tratamente trebuie să se comporte permanent în conformitate cu cele mai înalte standarde de etică și, în special, trebuie să obțină consimțământul pacienților, înainte de a face orice examinare. Examinarea trebuie să fie conform standardelor stabilite ale practicii medicale. În mod special, examinarea trebuie desfășurată într-un spațiu privat, sub controlul experților medicali și în afara prezenței agenților de securitate sau a altor oficiali guvernamentali. Expertul medical trebuie să pregătească prompt un raport scris și exact. Acest raport trebuie să cuprindă cel puțin următoarele:

(a) **Circumstanțele interviului.** Numele subiectului precum și numele și calitatea celor prezenți la examinare; ora exactă și data, locația, tipul și adresa instituției (inclusiv, dacă este

cazul, camera) în care se desfășoară examinarea (de exemplu, centru de detenție, casă, clinică, etc.); orice altă circumstanță potrivită cu momentul examinării (de exemplu, natura oricăror piedici apărute la sosirea sau în timpul examinării, prezența forțelor de securitate în timpul examinării, atitudinea celor ce însoțesc deținutul, afirmații amenințătoare la adresa examinatorului, etc.) și orice alt factor relevant;

(b) **Fundalul.** O înregistrare detaliată a relatării trecutului subiectului, așa cum figurează în timpul interviului, inclusiv presupusele metode de tortură sau maltratare, timpul în care presupusa tortură sau maltratare s-a petrecut și toate simptomele fizice și psihologice reclamate;

(c) **Examinarea fizică și psihologică.** Înregistrarea tuturor constatărilor fizice și psihologice în urma examinării clinice, incluzând testele diagnostice specifice și, acolo unde este posibil, fotografii color ale leziunilor;

(d) **Opinia.** O interpretare a posibilei corelări dintre constatările somatice și psihologice și posibila tortură sau maltratare. Trebuie dată, de asemenea, o recomandare pentru orice tratament medical și psihologic necesar sau pentru o examinare ulterioară;

(e) **Înregistrarea autorului.** Raportul trebuie să identifice în mod clar pe cei care fac examinarea și care semnează.

84. Raportul trebuie să fie confidențial și să fie comunicat subiectului sau reprezentantului desemnat de acesta. Trebuie solicitată și înregistrată în raport părerea subiectului sau a reprezentanților acestuia, în ceea ce privește procesul de examinare. Raportul trebuie să fie prezentat în scris, dacă este cazul, autorității responsabile pentru investigarea presupusei torturi sau maltratări. Este responsabilitatea Statului să se asigure că raportul este emis în siguranță autorităților respective. Raportul nu trebuie să fie pus la dispoziția oricărei alte

⁶⁹ Vezi nota de subsol 68.

persoane, cu excepția cazului în care subiectul își dă acordul sau atunci când există autorizația din partea unei instanțe judecătorești, împuternicite să pună în aplicare transferul. Pentru considerente generale la întocmirea rapoartelor scrise în urma acuzațiilor de tortură, vezi în capitolul IV. Capitolele V și VI descriu în detaliu evaluările fizice și respectiv cele psihologice.

C. Procedurile unei investigări asupra torturii

1. Determinarea organului de investigare

85. În cazurile în care este suspectată implicarea funcționarilor publici într-un act de tortură, inclusiv posibile ordine din partea unor miniștri, angajați ai ministerelor, ofițeri care acționează cu consimțământul miniștrilor, ofițeri superiori ai Statului din cadrul ministerelor de resort, lideri militari seniori, sau toleranța torturii de către astfel de persoane, nu poate fi posibil de a realiza o anchetă obiectivă și imparțială, cu excepția cazului, în care se stabilește o comisie de anchetă. O comisie de anchetă, de asemenea, poate fi necesară în cazul, în care expertiza sau imparțialitatea anchetatorilor este pusă la îndoială.

86. Factorii care susțin părerea, precum că Statul a fost implicat în acte de tortură sau că există asemenea circumstanțe speciale, care susțin necesitatea creării unui mecanism de investigație special și imparțial, includ:

- (a) În cazul în care victima a fost văzută ultima dată nevătămată în custodia poliției sau în detenție;
- (b) În cazul în care *modus operandi* este în mod evident atribuibil unei torturi comandate de stat;
- (c) În cazul în care persoanele din structurile de Stat sau asociate Statului au încercat să obstrucționeze sau să întârzie ancheta asupra torturii;
- (d) În cazul în care interesul public ar putea fi deservit de către o anchetă independentă;

(e) În cazul în care investigarea reglamentară de către agenția uzuală de investigație, este pusă sub semnul întrebării din cauza lipsei de experiență sau lipsei de imparțialitate sau din alte motive, inclusiv importanța subiectului în cauză, existența aparentă a unui tip de abuz, de plângeri din partea persoanei sau inadecvențele de mai sus, sau alte motive substanțiale.

87. Anumite considerente ar trebui luate în calcul atunci, când un Stat decide să numească o comisie independentă de anchetă. În primul rând, persoanelor care fac subiectul anchetei trebuie să le fie garantate un minim de garanții procedurale, prevăzute de către legislația internațională, la toate etapele de investigație. În al doilea rând, anchetatorii trebuie să aibă sprijinul personalului tehnic și administrativ adecvat, precum și acces la consultanța juridică imparțială și obiectivă, pentru a se asigura că ancheta va produce dovezi admisibile pentru procedurile penale. În al treilea rând, anchetatorii trebuie să primească gama completă de aplicare a resurselor statului și competențelor. În final, anchetatorii trebuie să aibă competența de a solicita ajutor din partea comunității internaționale de experți în drept și medicină.

2. Intervievarea presupusei victime și a altor martori

88. Din cauza caracterului torturii și a consecințelor traumelor suferite de către persoane, care adesea includ un sentiment devastator de neputință, este deosebit de important de arăta sensibilitate presupuselor victime ale torturii și altor martori. Statul trebuie să protejeze presupusele victime ale torturii, martorii și familiile lor de violență, de amenințări cu violența sau de orice alte forme de intimidare, care pot apărea ca urmare a investigației. Anchetatorii trebuie să informeze martorii despre consecințele implicării lor în investigație și despre orice evoluție ulterioară, în cazul în care aceasta i-ar putea afecta.

(a) Consimțământului în cunoștință de cauză și alte forme de protecție ale presupuselor victime

89. Încă de la început, presupusa victimă trebuie să fie informată, acolo unde este posibil, asupra naturii procedurilor, de ce se solicită mărturia sa, dacă și cum pot fi folosite informațiile oferite de către presupusa victimă. Anchetatorii trebuie să explice persoanei, care pârți din cadrul investigației, vor fi făcute publice și care vor fi confidențiale. Persoana are dreptul de a refuza cooperarea cu o anumită parte sau cu toată ancheta. Fiecare efort trebuie să se facă pentru a potrivi programul persoanei și doleanțele. Presupusa victimă a torturii ar trebui să fie informată în mod periodic asupra progresului desfășurării anchetei. Presupusa victimă va fi anunțată, de asemenea, asupra tuturor audierilor cheie din cadrul investigației și a urmăririi în justiție a cazului. Anchetatorii ar trebui să informeze presupusa victimă despre arestarea torționarilor suspectați. Presupoșele victime ale torturii ar trebui să primească informații de contact ale grupurilor de sprijin și de tratament, care ar putea fi de ajutor pentru ei. Anchetatorii ar trebui să colaboreze cu grupurile de advocacy din cadrul jurisdicției lor, pentru a se asigura că există un schimb reciproc de informații cu privire la tortură.

(b) Selectarea anchetatorului

90. Autoritățile care investighează cazul, trebuie să identifice o persoană, care în primul rând să fie responsabilă de chestionarea presupusei victime. Pe câtă vreme presupusa victimă ar putea avea nevoie să discute cazul său atât cu profesioniști din domeniile legal cât și medical, echipa de investigare trebuie să facă toate eforturile pentru a minimaliza repetările inutile ale relatării cazului respectivei persoane. În selectarea unei persoane în calitate de anchetator principal cu responsabilitatea pentru presupusa victimă a torturii, ar trebui să se acorde victimei preferința pentru o persoană de

același sex, cu același fundal cultural sau capacitate de comunicare în limba sa maternă.

Anchetatorul principal ar trebui să aibă o pregătire anterioară sau experiență în documentarea torturii și în lucrul cu victimele traumatizate, inclusiv torturate. În astfel de situații, când un profesionist cu o pregătire anterioară sau experiență nu este disponibil, anchetatorul principal trebuie să depună toate eforturile pentru a se informa cu privire la tortură și asupra consecințelor fizice și psihologice ale acesteia, înaintea interviuării persoanei.

Informații despre tortură sunt disponibile în diverse surse, inclusiv acest manual, din mai multe publicații profesionale și de instruire, cursuri de formare profesională și conferințe. Anchetatorul trebuie să aibă, de asemenea, acces la consultanța experților internaționali și asistența pe tot parcursul investigației.

(c) Contextul investigației

91. Anchetatorii ar trebui să analizeze cu atenție contextul în care lucrează, să ia toate măsurile de precauție necesare și să ofere garanție în consecință. Dacă persoanele intervievate sunt încă încarcerate sau în situații similare, în care sunt posibile represalii, cel care realizează interviul trebuie să aibă grijă să nu-i pună în pericol. În situațiile în care convorbirea cu un anchetator poate pune în pericol pe cineva, poate fi de preferat un „interviu de grup” în locul unui individual. În unele cazuri, cel care realizează interviul, trebuie să aleagă un loc pentru interviul privat, în care martorul să se simtă confortabil și să vorbească liber.

92. Evaluările se realizează într-o varietate de contexte politice. Aceasta rezultă în deosebirile importante în modul cum trebuie desfășurate aceste evaluări. Standardele legale în care se desfășoară ancheta, sunt de asemenea, afectate de context. De exemplu, o investigație care culminează cu un proces al presupusului

torționar, cere cel mai înalt nivel de probe, pe când un raport de sprijin pentru o cerere de azil politic într-o a treia țară, necesită oferirea unui nivel relativ scăzut de dovezi privind tortura.

Anchetatorul trebuie să se adapteze la următoarele îndrumări, în funcție de situația specială și scopului evaluării. Exemple de diferite contexte includ, dar nu se limitează la următoarele:

- (i) aflarea în închisoare sau detenție în țara de origine a persoanei;
- (ii) aflarea în închisoare sau detenție în altă țară;
- (iii) aflarea într-un mediu opresiv și ostil, nu neapărat detenție;
- (iv) aflarea în libertate în țara de origine într-o perioadă de pace și securitate;
- (v) aflarea în altă țară, care poate fi prietenoasă sau ostilă;
- (vi) aflarea într-o tabără de refugiați temporară (de stabilire a statutului);
- (vii) aflarea într-un tribunal pentru crimele de război sau a unei Comisii de adevăr.

93. De exemplu, Contextul politic poate fi ostil victimei și examinatorului, atunci când deținuții sunt intervievați în timp ce sunt ținuti în închisoare de către guvernele lor sau în timp ce sunt deținuți de către guverne străine pentru a fi deportați. În țările în care solicitanții de azil sunt examinați pentru a se stabili dovezile de tortură, refuzul de a recunoaște reclamațiile de traumatizare și tortură, pot fi motivate politic. Posibilitatea punerii ulterioare în pericol a siguranței deținutului este una foarte reală și trebuie să fie luată în calcul pentru fiecare evaluare. Chiar și în cazurile în care persoanele care reclamă tortura, nu sunt într-un pericol iminent, anchetatorii trebuie să fie foarte atenți în contactele cu aceștia. Alegerea limbii și a atitudinii din partea investigatorului, va afecta foarte mult capacitatea și dorința victimei de a fi intervievată. Locația unde se va desfășura interviul trebuie să fie cât mai sigură și mai confortabilă cu putință, inclusiv acces la blocul

sanitar și la băuturi răcoritoare. Pentru interviuarea presupusei victime, ar trebui să fie alocat timp suficient. Investigatorii nu ar trebui să se aștepte să cunoască toate faptele din primul interviu. Întrebările de natură privată ar putea fi traumatizante pentru presupusa victimă. Investigatorul trebuie să fie sensibil la ton, formarea frazelor și succesiunea întrebărilor, având în vedere natura traumatizantă a mărturiei presupusei victime. Martorului trebuie să i se comunice dreptul de a opri interviul în orice moment, de a lua o pauză în cazul în care are nevoie sau de a nu răspunde la oricare din întrebări.

94. Consilierii psihologici sau cei antrenați în asistența victimelor torturii, trebuie să fie accesibili, dacă este posibil, pentru presupoșele victime ale torturii, martori și membrii comisiei de investigare. Relatarea repetată a faptelor de tortură poate cauza persoanei re-trăirea experienței sau să sufere alte simptome legate de traume (vezi capitolul IV, secțiunea H). Audierea detaliilor despre tortură pot duce la simptome de traumă secundară ale celor care iau interviul, de aceea ei trebuie încurajați să-și discute reacțiile lor între ei, respectând cerințele de etică profesională cu privire la confidențialitate. Acolo unde este posibil, aceasta discuție ar trebui să se desfășoare cu ajutorul unui facilitator cu experiență. Există două riscuri de care trebuie să fim conștienți: *în primul rând*, există pericolul ca interviuatorul să se identifice cu cei care pretind ca au fost torturați și să nu fie suficient de provocator pentru relatarea faptelor; *în al doilea rând*, interviuatorul poate deveni atât de obișnuit cu relatarea faptelor de tortură, încât să diminueze în mintea lui experiențele persoanei intervievate.

(d) Protecția martorilor

95. Statul este responsabil pentru protejarea presupuselor victime, a martorilor și a familiilor lor împotriva violenței, amenințărilor de violență

sau orice altă formă de intimidare care poate apărea ca urmare a investigației. Persoanele potențial implicate în actele de tortură, trebuie să fie înlăturați din orice poziție de putere sau control, fie ea directă sau indirectă asupra celor care depun plângerea, a martorilor și a familiilor lor, precum și asupra acelor care efectuează investigația. Anchetatorii trebuie să acorde o atenție permanentă efectului anchetei cu privire la siguranța persoanei care reclamă tortura și a altor martori.

96. Una dintre tehnicile sugerate pentru oferirea unei măsuri de siguranță a participanților la interviu, inclusiv deținuții în țările aflate în situații de conflict, este aceea de a scrie și de a păstra în siguranță identitatea persoanelor vizitate, astfel încât anchetatorii să poată urmări îndeaproape siguranța acelor persoane la o vizită ulterioară. Anchetatorilor trebuie să li se permită să vorbească cu absolut oricine, liber și într-un cadru privat, să li se permită repetarea vizitei către aceleași persoane (ca de exemplu necesitatea urmăririi identităților celor intervievați), în funcție de necesitate. Nu toate țările acceptă aceste condiții, iar investigatorii pot întâmpina dificultăți în obținerea unor garanții similare. În cazurile în care martorii sunt susceptibili de a fi puși în pericol din cauza mărturiei lor, anchetatorul trebuie să caute alte forme de obținere a dovezilor.

97. Deținuții sunt într-un potențial pericol mai mare decât persoanele care nu se află în custodie. Deținuții ar putea avea reacții diferite în situații diferite. Într-o situație, ei se pot pune în pericol inconștient, vorbind prea nesăbuit, crezând că sunt protejați prin simpla prezență a investigatorului „din afară”. Se poate să nu fie astfel. În alte situații, anchetatorii se pot afla în fața unui „zid de tăcere”, deoarece deținuții sunt mult prea intimidați, pentru a avea încredere în oricine, chiar și atunci când li se oferă să vorbească într-un cadru privat. În cele din urmă, poate fi necesar să se înceapă cu „interviurile de grup”, astfel încât să se poată explica clar scopul

și rolul anchetei și să se ofere apoi posibilitatea interviurilor în cadru privat cu acele persoane care doresc să vorbească. Dacă teama de represalii, justificată sau nu, este prea mare, poate fi necesară interviuarea tuturor deținuților într-un anumit loc de custodie, astfel încât să nu poată ieși în evidență nici o persoană în mod deosebit. Acolo unde o investigare conduce către o anchetă penală sau către alt forum de stabilire a adevărului, anchetatorul trebuie să recomande măsuri de siguranță pentru a preveni vre-un rău presupusei victime a torturii, prin ștergerea din arhivele publice a numelor sau a altor informații care pot identifica persoana, sau prin oferirea posibilității de a depune mărturie prin intermediul unor instrumente, care modifică imaginea sau vocea, sau prin intermediul televiziunii cu circuit închis. Aceste măsuri trebuie să fie în concordanță cu drepturile acuzatului.

(e) Folosirea traducătorilor

98. Lucrul prin intermediul unui traducător, atunci când se investighează tortura, nu este ușor, chiar și cu profesioniști. Nu va fi posibil întotdeauna să fie la îndemână traducători pentru toate dialectele și limbile, iar uneori poate fi necesar folosirea ca traducători a unor persoane din cadrul familiei sau grupului cultural al victimei. Acest lucru nu este ideal, deoarece victima nu întotdeauna se poate simți confortabil dacă o să vorbească despre experiențele torturii, prin intermediul persoanelor pe care le cunoaște. În mod ideal, traducătorul trebuie să fie parte a echipei de investigare și informat în privința problemelor legate de tortură (vezi capitolul IV, secț. I și VI, secț. C.2.).

(f) Informații care urmează să fie obținute de la persoană presupusa de a fi fost torturată

99. Anchetatorul trebuie să încerce să obțină cât mai mult posibil din informațiile următoare, din mărturia presupusei victime (vezi cap. IV, secț. E):

(i) Circumstanțele care au condus la tortură, inclusiv arestul sau răpirea și detenția;

(ii) Datele și orele aproximative ale torturii, inclusiv în cazul ultimei torturi care a avut loc. Stabilirea acestor informații poate să nu fie ușoară, deoarece pot exista mai multe locuri și mai mulți torționari (sau grupuri de torționari) implicați. Se pot înregistra relatări separate despre locuri diferite. Este de așteptat că și cronologia ar putea să fie imprecisă și câteodată să ducă la confuzii; pentru cineva care a fost torturat, deseori este greu să se concentreze pe noțiunile legate de timp. Relatările separate despre locuri diferite pot fi utile atunci, când se încearcă să se obțină o imagine globală a situației. De multe ori, supraviețuitorii nu știu exact unde au fost duși, fiind legați la ochi sau semi-conștienți. Punând cap la cap mărturiile convergente, este posibilă trasarea unei „hărți” a locurilor specifice, a metodelor și chiar a torționarilor;

(iii) O descriere detaliată a persoanelor implicate în arest, detenție și tortură, inclusiv faptul dacă el sau ea cunoștea pe careva dintre ei anterior evenimentelor de presupusă tortură, precum și îmbrăcămintea, cicatricile, semnele din naștere, tatuajele, înălțimea, greutatea (persoana poate fi capabilă să descrie torționarul în comparație cu propriile dimensiuni), orice lucru neobișnuit în privința anatomiei torționarului, limbii sau accentului și dacă aceștia erau în stare de ebrietate în acest timp;

(iv) Conținutul a ceea ce i s-a spus persoanei sau a fost întrebat. Aceasta poate oferi informații relevante, atunci când se încearcă de a identifica locurile de detenție neacreditate sau secrete;

(v) O descriere a rutinei (programului zilnic) al locului de detenție și a tipurilor de maltratări;

(vi) O descriere a faptelor de tortură, inclusiv a metodelor de tortură folosite. Este clar,

că aceasta este destul de dificil, iar anchetatorii ar trebui să nu se aștepte să obțină întreaga relatare în cursul unui singur interviu. Este important să se obțină informații precise, dar întrebările legate de umilirea intimă și atacuri sexuale vor fi traumatizante, și deseori într-un mod extrem de puternic;

(vii) Dacă persoana a fost agresată sexual. Majoritatea oamenilor vor înțelege prin atac sexual violul sau sodomia (relații sexuale anormale). Anchetatorii ar trebui să fie atenți la faptul că, atacul verbal, dezbrăcarea, pipăirea, acte umilitoare sau obscene, lovituri sau șocuri electrice în zona genitală, de cele mai multe ori nu sunt considerate de către victimă ca fiind atacuri sexuale. Toate aceste acte violează intimitatea persoanei și trebuie să fie considerate ca fiind parte integrantă a atacurilor sexuale. De foarte multe ori, victimele nu vor spune nimic, sau chiar vor nega existența atacurilor sexuale. Adesea, abia la a doua sau chiar la a treia vizită, în cazul în care contactul stabilit a fost empatic și sensibil față de cultura și personalitatea victimei, vor ieși la iveală mai multe din faptele petrecute;

(viii) Leziunile fizice produse în timpul torturii;

(ix) O descriere a armelor sau altor obiecte folosite;

(x) Identitatea martorilor la evenimente care implică tortura. Anchetatorul trebuie să manifeste grijă pentru protejarea siguranței martorilor și va lua în considerare acest fapt, criptând identitățile acestora sau păstrând numele lor separat de celelalte note din timpul interviului.

(g) Declarația persoanei care pretinde că a fost torturată

100. Investigatorul trebuie să înregistreze pe bandă declarația detaliată din partea persoanei și să o transcrie. Declarația trebuie să fie bazată pe

răspunsurile primite în urma întrebărilor non-sugestive. Acestea sunt întrebări care nu induc ipoteze sau concluzii și permit persoanei să ofere cea mai completă și mai imparțială mărturie. Exemple de întrebări non-sugestive sunt: „*Ce s-a întâmplat cu tine și unde?*” în loc de „Ați fost torturat în închisoare?”. Cea de-a doua întrebare presupune că ceea ce i s-a întâmplat persoanei a fost tortură și limitează locația acțiunilor la închisoare. Trebuie evitate întrebările conform listei, deoarece acestea pot forța individul să ofere răspunsuri inexacte, dacă ceea ce i s-a întâmplat de fapt, nu corespunde întocmai cu una dintre opțiunile din listă. Permiteți persoanei să spună povestea sa, ajutând-o prin întrebări care cresc ca nivel de specificație. Încurajați persoana să își folosească toate simțurile în descrierea a ceea ce i s-a întâmplat. Întrebați-o ce a văzut, a mirosit, a auzit și a simțit. Aceasta este important, de exemplu, în situațiile în care persoana a fost legată la ochi, sau a fost atacată pe întuneric.

(h) Declarația presupusului torționar

101. Acolo unde este posibil, investigatorii trebuie să intervieveze presupușii torționari. Investigatorii trebuie să le ofere protecția legală, garantată de legislația națională și internațională.

3. Obținerea și păstrarea în siguranță a dovezilor fizice

102. În cazul unui incident sau tip de tortură, investigatorul (anchetatorul) trebuie să adune cât mai multe dovezi fizice, pentru a le oferi ca documente probatorii. Unul dintre cele mai importante aspecte ale unei investigații minuțioase și imparțiale a torturii, îl reprezintă colectarea și analizarea probelor fizice. Investigatorii trebuie să documenteze succesiunea custodiei implicate, în vederea descoperirii și păstrării dovezilor fizice, pentru folosirea acestora în viitoarele proceduri legale, inclusiv într-un eventual proces penal. Cele mai multe torturi, se petrec în locuri în care oamenii sunt ținuti într-o formă de custodie, unde

păstrarea dovezilor fizice sau accesul nerestricționat poate fi inițial dificil sau chiar imposibil. Statul trebuie să ofere investigatorilor autoritatea de a obține accesul nerestricționat în orice loc sau locație și să poată securiza locul, în care presupusa tortură s-a produs. Personalul de investigare și ceilalți anchetatori, trebuie să coordoneze eforturile sale în vederea efectuării unei investigații minuțioase a locului, în care s-a petrecut presupusa tortură. Investigatorii trebuie să aibă acces liber la locul faptei. Accesul lor trebuie să includă, dar să nu se limiteze la locuri deschise sau acoperite, inclusiv clădiri, vehicule, birouri, celule de închisoare și alte locații, în care se pretinde că s-a petrecut actul de tortură.

103. Orice clădire sau spațiu aflat sub investigare, trebuie să fie închise și restricționate, pentru a nu pierde orice dovadă posibilă. Numai investigatorii și membrii echipei lor trebuie să poată intra în acel perimetru, odată ce acesta a fost desemnat ca fiind în curs de investigare. Trebuie examinat locul faptei, pentru aflarea oricărei dovezi materiale. Toate probele trebuie să fie colectate, prelucrate, ambalate, etichetate în mod corespunzător și păstrate în locuri securizate, pentru a preveni contaminarea, manipularea frauduloasă sau pierderea lor. În cazul în care se presupune că tortură a avut loc suficient de recent, pentru ca astfel de probe să fie relevante, orice mostră de fluide ale corpului (cum ar fi sânge sau spermă), de păr, fibre sau fire găsite, vor fi colectate, etichetate și conservate în mod corespunzător. Orice instrumente, care ar fi putut fi folosite pentru tortură, fie ele destinate expres acestui scop sau folosite circumstanțial, trebuie să fie ridicate și conservate. În cazul în care sunt suficient de recente, orice amprentă localizată trebuie să fie ridicată și conservată. Trebuie realizată la o anumită scară, o schiță a locațiilor sau locurilor, unde se presupune că a avut loc tortura, în care să se arate toate detaliile relevante cum ar fi: amplasarea etajelor într-o clădire, camerele, intrările, ferestrele, mobila și terenul din jur. Trebuie realizate de asemenea fotografii color

pentru a se înregistra aceste date. Trebuie realizată o listă cu identitatea persoanelor aflate la locul faptei, care să cuprindă numele complet, adresa, numerele de telefon sau orice altă informație de contact. Dacă tortura este suficient de recentă, pentru ca acestea să fie relevante, trebuie realizată și o inventariere a hainelor persoanei care pretinde tortura, dacă sunt disponibile, fluidele corporale sau alte dovezi fizice și testate la un laborator,. Trebuie să se obțină informații de la oricine a fost prezent la fața locului sau în zona aflată sub investigare, pentru a se determina dacă aceștea au fost martori la incidentele de presupusă tortură. Orice hârtii relevante, înregistrări sau documente, trebuie să fie păstrate pentru folosirea lor ca dovezi și expertize grafologice.

4. Dovezile medicale

104. Investigatorul trebuie să dispună o examinare medicală a presupusei victime. Limita de timp a acestei examinări este deosebit de importantă. Examinarea medicală trebuie realizată indiferent de perioada de timp de la actul de tortură. Dar în cazul în care tortura s-a petrecut în ultimele 6 săptămâni, examinarea trebuie să aibă loc urgent, înainte de estomparea semnelor acute. Examinarea trebuie să includă o evaluare a necesității tratamentului rănilor și bolilor, asistența psihologică, consilierea și re-examinări (follow-up). (vezi capitolul V, pentru o descriere a examinării fizice și evaluării medico-legale). O evaluare psihologică a presupusei victime este necesară întotdeauna și poate să fie parte a examinării medicale sau, acolo unde nu există urmări fizice, poate fi făcută separat (vezi capitolul VI, pentru o descriere a evaluării psihologice).

105. În formularea unei păreri clinice, în scopul raportării dovezilor fizice și psihologice ale torturii, există 6 întrebări importante care trebuie puse:

(a) Constatările fizice și psihologice sunt în concordanță cu presupusa tortură raportată?

(b) Ce condiții fizice contribuie la tabloul clinic?

(c) Dacă constatările psihologice sunt reacții tipice sau previzibile la stresul extrem, în cadrul contextului social și cultural al persoanei?

(d) Luând în considerare cursul fluctuant în timp, al tulburărilor mintale cauzate de traumatisme, care este cadrul temporal în corelare cu evenimentele de tortură? La ce moment din perioada de recuperare se află persoana?

(e) Ce alți factori de stres afectează persoana (de ex., persecuții în curs de desfășurare, emigrare forțată, exil, pierderea familiei și al rolului social, etc.)? Ce impact au aceste probleme asupra victimei?

(f) Dacă tabloul clinic sugerează o falsă afirmație de tortură?

5. Fotografiile

106. Trebuie realizate fotografii color ale leziunilor persoanelor care pretind că au fost torturate, ale localurilor (din interior și exterior), unde se presupune că a avut loc tortura precum și a oricărei dovezi fizice găsite acolo. O bandă de măsură sau alte mijloace care arată scara la care s-a realizat fotografierea, este esențială.

Fotografiile trebuie făcute cât mai curând posibil, chiar și cu un aparat foto obișnuit, deoarece unele semne fizice dispar rapid și locația poate fi modificată între timp. Este posibil ca fotografiile dezvoltate instantaneu să se degradeze în timp. Sunt de preferat mai multe fotografii profesioniste, care să fie făcute atunci când devine disponibil echipamentul necesar. Dacă este posibil, ar trebui efectuate fotografii folosind un aparat de 35mm, cu datare automată. Trebuie să fie documentate complet persoanele care au avut în custodie filmul, negativele și pozele.

D. Comisia de anchetă

1. Definirea competențelor anchetei

107. Statele și organismele de stabilire a comisiilor de anchetă, trebuie să definească competențele Comisiei de anchetă, prin includerea unor termeni de referință în autorizarea lor. Definirea termenilor de referință pentru comisie, poate spori foarte mult succesul acesteia, prin acordarea de legitimitate procedurilor, asistând membrii comisiei în vederea ajungerii la un consens cu privire la domeniul de aplicare al anchetei și oferind o măsură prin care poate fi apreciat raportul final.

Recomandările pentru definirea termenilor de referință, după cum urmează:

(a) trebuie să fie formulați în mod neutru, astfel încât să nu sugereze un rezultat predeterminat. Pentru a fi neutri, termenii de referință nu trebuie să limiteze investigațiile în domenii, în care ar putea dezvălui responsabilitatea statului pentru tortură;

(b) ar trebui să specifice în mod exact, care evenimente și chestiuni urmează a fi investigate și prezentate în raportul final al comisiei;

(c) acestea ar trebui să ofere flexibilitate scopului anchetei, pentru a se asigura că o investigare minuțioasă din partea comisiei, nu va fi împiedicată de termeni de referință prea restrictivi sau prea largi. Flexibilitatea necesară poate fi realizată, de exemplu, prin permiterea Comisiei să își modifice termenii de referință, după necesități. Cu toate acestea, este important pentru Comisie, să informeze publicul cu privire la orice amendamente ale mandatului său.

2. Împuternicirile Comisiei

108. Principiile ar trebui să stabilească împuternicirile Comisiei într-un mod general. Comisia are nevoie în special, de următoarele împuterniciri:

(a) de a obține toate informațiile necesare anchetei, de a obliga la depunerea mărturiei sub sancțiune legală, pentru a produce documente, inclusiv rapoarte medicale sau de Stat, și pentru a proteja martorii, familia victimei și alte surse de informație;

(b) de a emite un raport public;

(c) de a efectua vizite la fața locului, inclusiv în locația în care se suspectează că s-a produs actul de tortură;

(d) de a primi probe din partea martorilor și a organizațiilor aflate în afara țării;

3. Criterii pentru alegerea membrilor Comisiei

109. Membrii Comisiei trebuie să fie aleși pentru imparțialitatea lor recunoscută, competența și independența lor ca personalități, care se definesc după cum urmează:

(a) **Imparțialitatea.** Membrii Comisiei nu ar trebui să fie în strânsă legătură cu niciun individ, unitate de Stat, partid politic sau altă organizație, potențial implicate în tortură. Ei nu trebuie să fie în legătură prea strânsă cu nicio organizație sau un grup, din care face parte victima, deoarece aceasta ar putea deteriora credibilitatea Comisiei. Aceasta însă, nu trebuie să fie o scuză pentru excluderea nejustificată din comisie, de exemplu, a membrilor marilor organizații din care victima de asemenea face parte, sau a unui membru sau persoane asociate unor organizații dedicate tratamentului și reabilitării victimelor torturii;

(b) **Competența.** Membrii comisiei trebuie să fie capabili să evalueze și să cântărească probele și să exercite o apreciere rezonabilă. Dacă este posibil, Comisiile de anchetă trebuie să includă experți în drept, medicină și alte domenii de specialitate;

(c) **Independența.** Membrii Comisiei ar trebui să aibă un renume în comunitățile lor, pentru onestitate și corectitudine.

110. Obiectivitatea anchetei și concluziile Comisiei pot să depindă, printre altele, de faptul dacă aceasta are trei sau mai mulți membri, mai degrabă decât doar unul sau doi. În general, o singură persoană (comisar) nu ar trebui să efectueze investigații în cazuri de tortură. Acesta, fiind izolat, va fi limitat în profunzimea anchetei pe care o poate realiza doar de unul singur. În plus, un singur anchetator (comisar) va trebui să ia decizii importante și posibil controversate, fără a putea să le dezbată cu cineva și va fi vulnerabil în mod deosebit în fața presiunilor din afară și din partea Statului.

4. Membrii comisiei

111. Comisiile de anchetă ar trebui să aibă avizul unui expert imparțial. În cazul, în care Comisia investighează acuzații de „purtare rea” a Statului, ar fi recomandabil să fie numit un consilier din afara Ministerului Justiției.

Președintele Comisiei trebuie să fie separat de influențe politice, prin deținerea mandatului serviciului public, sau să fie un membru total independent al baroului. Deseori, ancheta va necesita consultanța experților. Se va pune la dispoziția Comisiei expertiza tehnică în domenii cum ar fi terapia, științele medico-legale, psihiatria, psihologia, ginecologia și pediatria. Pentru a efectua o investigație complet imparțială și amănunțită, Comisia va avea nevoie aproape întotdeauna de anchetatori proprii, pentru urmărirea pistei și punerea în valoare a dovezilor. Prin urmare, credibilitatea unei anchete, ar putea fi îmbunătățită în mod semnificativ, în măsura în care Comisia ar putea să se bazeze pe proprii săi anchetatori.

5. Protecția martorilor

112. Statul îi va proteja pe reclamânți, pe martori, pe cei care desfășoară o investigație,

precum și pe membrii familiilor lor, împotriva violenței, a amenințărilor de violență sau a oricărei alte forme de intimidare (vezi secțiunea C.2. (d) de mai sus). În cazul, în care se ajunge la concluzia, că există un pericol și o teamă rezonabilă de persecuție, hărțuire sau vătămare a oricărui dintre martori sau potențiali martori, Comisia poate găsi de cuviință să audieze cu ușile închise, să păstreze confidențială identitatea unui informator sau martor, să folosească numai acele dovezi, care nu riscă să dezvăluie identitatea martorului și să ia oricare alte măsuri corespunzătoare.

6. Proceduri

113. Din principiile generale de procedură penală, reiese că audierile trebuie să fie desfășurate în public, cu excepția cazului, în care este necesară protecția și siguranța unui martor și se fac audieri numai în cadrul Comisiei. Aceste proceduri trebuie să fie înregistrate și sigilate, iar înregistrările nepublicate să fie păstrate într-un loc cunoscut. Ocazional, se poate cere o discreție totală, pentru a încuraja depunerea mărturiei, iar Comisia poate solicita audierea martorilor în mod privat, neformal sau fără înregistrarea mărturiei.

7. Anunțarea investigației

114. Anunțul despre stabilirea Comisiei și subiectul anchetei, trebuie făcut publicului larg. Anunțul trebuie să includă o invitație de a depune informații relevante și declarații scrise către Comisie și instrucțiuni pentru persoanele care doresc să depună mărturie. Anunțul poate fi difuzat prin intermediul ziarelor, revistelor, radioului, televiziunii, fluturașilor sau posterelor.

8. Primirea probelor

115. Comisiile de anchetă ar trebui să aibă puterea de a obliga mărturii și de a produce documente, la care se adaugă autoritatea de a obliga funcționarii bănuți de a fi parte la tortură,

să depună mărturie. Practic, această autoritate poate avea împuternicirea de a impune amenzi sau condamnări, în cazul în care oficialii guvernamentali sau alte persoane, refuză să se conformeze. Comisiile de anchetă ar trebui să invite persoanele să depună mărturie sau să prezinte declarații în scris, ca un prim pas în colectarea probelor.

Declarațiile scrise pot deveni o sursă importantă de dovezi, atunci când: a) autorilor lor le este teamă să depună mărturie, b) nu pot călători pentru realizarea acestei proceduri sau c) sunt indisponibili din alte cauze. Comisiile de anchetă ar trebui să analizeze și alte proceduri, care ar putea oferi informații relevante.

9. Drepturile părților

116. Toți cei care afirmă că au fost torturați și reprezentanții lor legali, ar trebui să fie informați și să aibă acces la orice audiere și la toate informațiile relevante, referitoare la investigație și trebuie să aibă dreptul de a prezenta dovezi. Acest accent deosebit pe rolul supraviețuitorului ca parte în proces, reflectă în mod special rolul important, pe care interesele victimelor îl au în efectuarea anchetei.

Cu toate acestea, toate celelalte părți interesate trebuie, de asemenea, să aibă posibilitatea de a fi audiate. Organul de anchetă trebuie să aibă dreptul de a emite citații martorilor, inclusiv funcționarilor presupuși de a fi implicați și să ceară furnizarea de dovezi. Tuturor acestor martori trebuie să li se permită asistența juridică în cazul, în care ei sunt susceptibili de a fi lezați de anchetă, de exemplu, atunci când mărturia lor îi poate expune învinuirilor penale sau răspunderii civile.

Martorii nu pot fi constrânși să depună mărturie împotriva lor înșiși. Trebuie să existe o posibilitate pentru interogarea eficientă a martorilor de către Comisie. Părților la anchetă

trebuie să li se permită să prezinte întrebări în scris Comisiei.

10. Evaluarea dovezilor

117. Comisia trebuie să evalueze toate informațiile și dovezile pe care le primește, pentru a determina fiabilitatea și probitate. Comisia ar trebui să evalueze mărturii orale, luând în considerare conduita și, în ansamblu, credibilitatea martorului. Comisia trebuie să fie sensibilă la problemele sociale, de cultură și de gen, care afectează comportamentul. Coroborarea probelor din mai multe surse, va crește valoarea probatorie a unor astfel de probe și a credibilității zvonurilor. Fiabilitatea probelor din „auzite”, trebuie luate în considerare cu atenție, înainte ca și Comisia să le accepte ca fapt. Mărturia care nu se testează de anchetă, trebuie să fie privită cu precauție. Mărturiile făcute în cadrul Comisiei „cu ușile închise”, păstrate într-o înregistrare securizată, sau care nu se înregistrează în nici un fel, de multe ori nu sunt supuse anchetei și, prin urmare, li se poate acorda o valoare mai scăzută.

11. Raportul Comisiei

118. Comisia ar trebui să emită un raport public într-o perioadă rezonabilă de timp. Mai mult decât atât, în cazul în care Comisia nu este unanimă în concluziile sale, membrii aflați în minoritate, trebuie să prezinte o opinie separată. Rapoartele Comisiei de anchetă trebuie să conțină, cel puțin, următoarele informații:

- (a) Competențele (raza de acțiune) a anchetei și termenii de referință;
- (b) procedurile și metodele de evaluare a probelor;
- (c) o listă a tuturor martorilor, care au depus mărturie, inclusiv vârsta și sexul lor, cu excepția celor a căror identitate este ascunsă pentru

protecție sau care au depus mărturie în cadrul Comisiei (cu ușile închise);

(d) data și locul fiecărei ședințe (aceasta poate fi anexată raportului);

(e) fundalul anchetei, cum ar fi: condiții sociale, politice sau economice relevante;

(f) evenimentele specifice care s-au petrecut și dovezile pe care se bazează astfel de concluzii;

(g) legislația pe care se bazează Comisia;

(h) concluziile Comisiei, care au la bază legislația în vigoare și constatări de fapt;

(i) recomandări bazate pe constatările Comisiei.

119. Statul ar trebui să răspundă public la raportul Comisiei și, dacă este cazul, să indice pașii pe care intenționează să-i facă, ca răspuns la raport.

CAPITOLUL AL IV-LEA

CONSIDERENTE GENERALE PENTRU INTERVIURI

120. Atunci când o persoană care se presupune că a fost torturată este interviuată, există o serie de probleme și de factori practici, care trebuie să fie luați în considerare. Acestea se aplică tuturor persoanelor care desfășoară interviuri, indiferent dacă sunt avocați, medici, psihologi, psihiatri, monitori ai drepturilor omului sau membri ai altor grupuri profesionale. Următoarea secțiune ia această "bază comună" și încearcă să o pună într-un context, care poate fi întâlnit în timpul investigării torturii și al interviuării victimelor.

A. Scopul anchetei, examinarea și documentarea

121. Scopul larg al anchetei este acela de a stabili faptele legate de presupusele incidente de tortură (vezi capitolul III, secțiunea D.). Evaluările medicale ale torturii pot fi probe utile în contexte juridice, cum ar fi:

- (a) identificarea celor vinovați de tortură și aducerea lor în instanță;
- (b) susținerea cererilor de azil politic;
- (c) stabilirea condițiilor în care ar fi putut fi obținute mărturii false de către funcționarii de stat;
- (d) stabilirea practicilor de tortură în diferite regiuni.

Evaluările medicale pot fi folosite de asemenea, pentru identificarea nevoilor terapeutice ale supraviețuitorilor și ca mărturie în investigațiile din domeniul Drepturilor Omului.

122. Scopul mărturiilor verbale sau scrise ale medicului este acela, de a furniza o opinie de expert asupra gradului în care constatările medicale se corelează cu afirmațiile pacientului despre abuz și de a comunica în mod eficient

constatările și interpretările medicului către sistemul judiciar sau alte autorități corespunzătoare. În plus, mărturiile medicale adesea servesc pentru instruirea funcționarilor din sistemul juridic sau guvernamentali și a comunității locale și internaționale asupra sechelelor fizice și psihologice ale torturii.

Examinatorul trebuie să fie pregătit să facă următoarele:

- (a) să evalueze posibile leziuni și abuzuri, chiar în absența unor acuzații specifice din partea persoanelor fizice, a funcționarilor din organele executive sau juridice;
- (b) să documenteze dovezile fizice și psihologice ale prejudiciului cauzat și ale abuzului;
- (c) să coreleze gradul de coerență dintre constatările examinării și plângerile specifice de abuz ale pacientului;
- (d) să coreleze gradul de coerență dintre constatările examinării individuale și informația referitoare la metodele de tortură practicate într-o anumită regiune, precum și consecințele lor comune;
- (e) să interpreteze ca expert rezultatele evaluării medico-legale și să prezinte opinia de expert privind posibilele cauze ale abuzului, în cazul audierilor pentru azil, proceselor penale și procedurilor civile;
- (f) să utilizeze într-un mod corespunzător informațiile obținute, pentru a îmbunătăți constatarea faptelor și documentarea ulterioară asupra torturii.

B. Garanții procedurale cu privire la deținuți

123. Evaluările medico-legale ale deținuților ar trebui să fie efectuate ca răspuns la cererile oficiale prezentate în scris de către procurori sau alți funcționari adecvați. Cererile de evaluare medicală din partea funcționarilor din structurile executive (de aplicare a legii) vor fi considerate nule, cu excepția cazului în care sunt solicitate printr-o ordonanță în scris a unui procuror

public. Deținuții, avocații sau rudele lor, au dreptul de a cere evaluarea medicală pentru a căuta dovezi de tortură și de rele tratamente. Deținutul ar trebui să fie dus pentru examinarea medico-legală, de către alți oficiali decât soldați și polițiști, dacă tortura și maltratarea ar fi avut loc în custodia acestor funcționari și, prin urmare, ar putea avea loc o presiune coercitivă (de constrângere) inacceptabilă asupra deținutului sau a medicului, pentru a nu documenta în mod eficient tortura sau maltratarea. Funcționarii care supraveghează transportarea deținuților, ar trebui să fie responsabili în fața procurorilor și nu a altor structuri de aplicare a legii (organe executive).

Avocatul ar trebui să fie prezent în timpul cererii de transportare a deținutului pentru examinare și post-examinare. Deținuții au dreptul de a obține o a doua sau o evaluare medicală de alternativă, din partea unui medic calificat, în timpul și după perioada de detenție.

124. Fiecare deținut trebuie să fie examinat în mod privat. Poliția sau alte structuri de aplicare a legii, nu trebuie să fie prezenți în sala de examinare. Această protecție procedurală poate fi exclusă numai în cazul în care, în opinia medicului care examinează, există o dovadă evidentă precum că deținutul reprezintă un risc serios pentru siguranța personalului medical. În aceste circumstanțe, personalul de securitate al unității medicale și nu poliția sau alți reprezentanți ai forțelor de ordine, ar trebui să fie disponibili, la cererea medicului care examinează deținutul. În astfel de cazuri, personalul de securitate ar trebui să rămână în afara razei auditive (de exemplu, să fie doar în contact vizual față de pacient). Evaluarea medicală a deținuților ar trebui să fie efectuată într-o locație, pe care medicul o consideră cea mai potrivită. În unele cazuri, poate fi cel mai bine să se insiste pe efectuarea evaluărilor în cadrul unităților medicale oficiale și nu în închisoare. În alte cazuri, deținuții pot să prefere să fie examinați în spațiul de siguranță relativă al celei lor, de

exemplu, atunci când consideră că locațiile medicale se pot afla sub supraveghere. Cel mai bun loc va fi dictat de mai mulți factori, dar în toate aceste cazuri, anchetatorii ar trebui să se asigure că deținuții nu sunt forțați să accepte o locație, în care nu se simt confortabil.

125. Prezența ofițerilor de poliție, a soldaților, a ofițerilor închisorii sau a altor funcționari de aplicare a legii în camera de examinare, indiferent de motiv, ar trebui să fie menționată în raportul medical oficial al expertului. Prezența lor în timpul examinării poate constitui un motiv pentru a neglija (a nu lua în considerare) un raport medical negativ. Identitatea și funcțiile altor persoane, care sunt prezenți în camera de examinare în timpul evaluării medicale vor fi indicate în raport. Evaluările medico-legale ale deținuților ar trebui să includă utilizarea unui formular standartizat de raport medical (*vezi anexa IV pentru îndrumări, care pot fi folosite în alcătuirea formularelor standard de rapoarte medicale*).

126. Raportul de evaluare completat în original, va fi transmis direct persoanei care l-a solicitat, de obicei unui procuror. Atunci când un deținut sau un avocat care acționează în numele acestuia solicită un raport medical, acesta trebuie să le fie oferit. Copii ale tuturor rapoartelor medicale efectuate, ar trebui să fie păstrate de către medicul examinator. O asociație medicală națională sau o comisie de anchetă, ar putea decide un audit a rapoartelor medicale, pentru a se asigura că sunt respectate toate procedurile de protecție adecvate și standardele de documentare, în special de către medicii angajați de către Stat. Rapoartele trebuie să fie trimise unei astfel de organizații, cu condiția ca să fie respectate aspectele legate de independență și confidențialitate. În nici un caz nu ar trebui să fie transferată o copie a raportului medical funcționarilor din structurile de forță (de aplicare a legii). Este obligatoriu ca unui deținut să i se facă examinarea medicală în timpul detenției, dar

și o examinare și evaluare la eliberare.⁷⁰ Accesul la un avocat ar trebui să-i fie oferit la momentul examinării medicale. O prezență din afară în timpul examinării, poate fi imposibilă în majoritatea condițiilor de închisoare. În astfel de cazuri, trebuie să fie stipulat faptul, că medicii din închisoare, care lucrează cu deținuții respectă etica medicală și ar trebui să fie lăsați să-și îndeplinească sarcinile lor profesionale, independent de oricare influențe a oricărei terțe părți. În cazul în care examinarea medico-legală sprijină afirmațiile de tortură, deținutul nu ar trebui să fie înapoiat la locul de detenție, ci, mai degrabă va fi dus în fața unui procuror sau judecător, pentru a se stabili dispoziția legală a acestuia.⁷¹

C. Vizitele oficiale în locurile de detenție

127. Vizitele către deținuți nu trebuie să fie considerate ușoare. Acestea pot fi, în unele cazuri, în mod notoriu, extrem de dificile de realizat într-un mod obiectiv și profesional, mai ales în țările în care tortura mai este încă practică. Vizitele solitare, fără a fi urmate de altele, pentru a asigura siguranța persoanelor intervievate, pot fi periculoase. În unele cazuri, o singură vizită, fără a fi urmată de altele, poate să fie chiar mai rea decât a nu-i vizita deloc. Chiar și anchetatorii care sunt bine intenționați, pot cădea în capcana vizitei unei închisori sau secții de poliție, fără să știe exact ce fac. Ei pot obține o imagine falsă sau incompletă a realității. Neintenționat sau din neglijență, ei pot pune în pericol deținuții pe care nu-i vor mai putea vizita din nou. Ei pot oferi astfel un alibi tortionarilor, care pot folosi faptul că vizitatori din afară au vizitat închisoarea și nu au descoperit nimic.

⁷⁰ Vezi Regulile Standarde Minime ale Națiunilor Unite pentru Tratatamentul Deținuților (capitolul I, secț. B.).

⁷¹ "Health care for prisoners: implications of Kalk's refusal", *The Lancet*, 1991 (vol. 337, pag: 647-648).

128. Vizitele trebuie să fie lăsate mai bine în seama investigatorilor, care le pot desfășura și urmări într-un mod profesionist și care au anumite garanții procedurale pentru munca lor. Ideia, precum că unele dovezi sunt mai bune decât nicio dovadă, nu este valabilă atunci când se lucrează cu deținuții care pot fi puși în pericol prin depunerea mărturiei. Vizitarea locurilor de detenție de către persoane bine intenționate, care reprezintă instituții oficiale și neguvernamentale poate fi dificilă și, mai rău, poate fi contraproductivă. În acest caz, trebuie să se facă o distincție între o vizită *bona fide* (cu bună credință), necesară anchetei și care se pune în discuție, și o vizită neesențială, care depășește această limită și care, atunci când e făcută de ne-specialiști, poate cauza mai mult rău decât bine într-o țară, în care se practică tortura. Comisiilor independente, alcătuite din juriști și medici trebuie să li se acorde accesul periodic, pentru vizitarea locurilor de detenție și al închisorilor.

129. Interviuurile cu persoane, care se află încă în custodie și posibil încă în mâinile autorilor de tortură, vor fi în mod evident diferite față de interviurile realizate în condițiile de confidențialitate și securitate, oferite de către o unitate medicală. Importanța obținerii încrederii persoanei în astfel de situații, nu poate fi suficient de accentuată. Cu toate acestea, este chiar și mai important de a nu trăda, chiar și involuntar, această încredere. Trebuie luate toate măsurile de precauție, pentru a se asigura, ca deținuții nu vor fi puși în pericol. Deținuții care au fost torturați, trebuie să fie întrebați dacă informațiile pot fi folosite și în ce mod. Acestora le poate fi mult prea frică, pentru a permite folosirea numelor lor, de exemplu de teama represaliilor. Anchetatorii, medicii și traducătorii, trebuie să respecte ceea ce i s-a promis deținutului.

130. O adevărată dilemă poate apărea dacă, este evident faptul că un mare număr de deținuți au fost torturați într-un anumit loc, dar toți refuză să permită anchetatorilor să folosească relatările

lor, din cauza fricii. Opțiunile sunt: fie trădarea încrederii deținuților, în încercarea de a opri tortura, fie respectarea încrederii și plecarea fără a spune nimic; trebuie găsită o cale potrivită în rezolvarea dilemei. Atunci când se confruntă cu mai mulți deținuți cu semne clare de biciuire, bătaie, schingiuire, etc., pe corpurile lor, dar care toți refuză să relateze cazurile lor de teama represaliilor, este utilă organizarea unei „inspecții de sănătate” a întregului grup, la vedere, posibil în curte. În acest fel, mergând printre rânduri și observând în mod direct semnele de tortură foarte vizibile de pe spatele deținuților, expertul medical poate face un raport asupra a ceea ce a văzut, și nu va trebui să spună, că deținuții s-au plâns de tortură. Acest prim pas asigură încrederea deținuților pentru vizitele următoare.

131. În mod evident, că alte forme mai subtile de tortură, cum ar fi cele psihologice sau sexuale, nu pot fi soluționate în același mod. În aceste cazuri, poate fi necesar ca anchetatorii să se abțină de la orice comentariu pentru una sau câteva vizite, până când circumstanțele permit sau încurajează deținuții să le fie mai puțin teamă și să permită folosirea relatărilor lor. Medicul și traducătorul trebuie să se prezinte pe nume și să explice rolul lor în efectuarea evaluării. Documentarea dovezilor medicale ale torturii necesită cunoștințe specifice din partea practicienilor acreditați în domeniul sănătății.

Cunoștințe despre tortură și consecințele fizice și psihologice ale acesteia, pot fi dobândite prin intermediul publicațiilor, formării profesionale, cursurilor de instruire, conferințelor de specialitate și prin experiență. În plus, cunoștințele despre practicile regionale de tortură și maltratare sunt importante, deoarece o astfel de informație poate fi coroborată cu relatările persoanelor despre tortură sau maltratare. Experiența în intervievarea și examinarea persoanelor fizice, în scopul obținerii dovezilor fizice și psihologice de tortură și documentarea

rezultatelor, ar trebui să fie dobândită sub supravegherea unui medic cu experiență.

132. Cei care se află încă în custodie, uneori pot fi prea încrezători în situații, în care cel care realizează interviul, pur și simplu, nu poate garanta că nu vor fi represalii, în cazul în care nu s-a negociat și nu s-a acceptat de către autorități o vizită ulterioară sau dacă identitatea persoanei nu a fost înregistrată, astfel încât să se poată asigura, de exemplu, o monitorizare. Fiecare măsură de precauție ar trebui să fie luată, pentru a se asigura că deținuții nu se expun unui risc inutil, având o încredere naivă că o persoană din exterior îi va proteja.

133. În mod ideal, atunci când sunt vizitate persoane aflate încă în custodie, interpreții (translatorii) trebuie să fie din afară și nu recrutați pe plan local. Aceasta trebuie realizat, în special, pentru a evita ca interpreții sau familiile lor să fie supuși presiunii din partea autorităților curioase, care doresc să afle ce informații le-au fost date anchetatorilor. Problema poate fi mult mai complexă atunci, când deținuții aparțin unui alt grup etnic, decât temnicerii lor. Ar trebui deci, ca interpretul să aparțină aceluiași grup etnic ca și deținutul, astfel încât să îi câștige încrederea, dar în același timp să sporească neîncrederea din partea autorităților, care pot încerca să-l intimideze. Mai mult decât atât, interpretul poate ezita să lucreze într-un mediu ostil, care îl plasează într-un potențial risc. Sau, ar trebui ca interpretul să fie din același grup etnic ca și temnicerii, dar să piardă încrederea deținutului și să rămână oricum vulnerabil în fața intimidărilor autorităților? În mod evident și ideal, răspunsul nu este nici unul dintre cele de mai sus. Interpreții trebuie să fie din afara regiunii și să fie considerați de către toți, ca fiind independenți, ca și investigatorii.

134. O persoană intervievată la ora 8 dimineata, merită la fel de multă atenție, ca și una văzută la ora 8 seara. Anchetatorii ar trebui să aibă grijă să își aloce timp suficient și să nu se

suprasolicite muncind. Nu este corect față de persoana interviuată la ora 8 seara (care, în plus, a așteptat toată ziua ca să-și spună povestea), să fie grăbită din cauza lipsei de timp. În mod similar, a nouăsprezecea relatare despre *falanga*, merită la fel de multă atenție ca și prima. Deținuții care nu văd adesea persoane din afara închisorii, posibil că nu au avut niciodată ocazia de a vorbi despre tortura lor. Este o presupunere eronată de a crede, că deținuții discută în mod constant între ei despre tortură. Deținuții care nu au nimic nou de oferit anchetatorilor, merită la fel de mult timp, ca și ceilalți.

D. Tehnici de chestionare

135. Câteva reguli de bază trebuie să fie respectate (vezi capitolul III, sect. C.2. (g)). Informațiile sunt cu siguranță importante, dar persoana interviuată este mai importantă, așa că ascultarea ei este mai importantă decât punerea de întrebări. În cazul în care se pun doar întrebări, singurul rezultat vor fi răspunsurile. Pentru deținut, poate fi mai important să vorbească despre familie decât despre tortură. Acest aspect trebuie luat în considerare și trebuie să fie alocat timp și pentru discuții despre probleme personale. Tortura, în special cea sexuală, este un subiect foarte intim și poate să nu fie declarată decât la o vizita următoare sau chiar mai târziu. Persoanele nu ar trebui să fie forțate să vorbească despre orice formă de tortură, dacă se simt incomod să facă aceasta.

E. Documentarea asupra trecutului

1. Istoricul psiho-social și perioada de pre-arest

136. Dacă o presupusa victimă a torturii nu se mai află în custodie, examinatorul trebuie să se intereseze de viața personală zilnică, relațiile cu prietenii sau familia, locul de muncă sau de școală, ocupația, interesele, planurile de viitor și

de consumul alcoolului și a drogurilor. Trebuie obținute de asemenea informații despre aspectele psiho-sociale ale persoanei, în perioada de după detenție. În cazul în care o persoană se află încă în custodie, un istoric psihologic mai limitat, privind ocupațiile și nivelul studiilor, este suficient. Ar trebui de întrebat despre medicamentele prescrise, primite de către pacient; acest lucru este deosebit de important, deoarece astfel de medicamente ar putea fi refuzate persoanei aflate în custodie, cu consecințe nefavorabile asupra sănătății. Trebuie obținute informații asupra activităților politice, credinței și opiniilor, acestea fiind relevante pentru explicarea cauzei reținerii sau torturării unei persoane, dar astfel de informații se vor obține în mod indirect, întrebând persoana ce acuzații i s-au adus sau de ce cred ei că sunt reținuți sau torturați.

2. Rezumatul asupra detenției și abuzului

137. Înaintea obținerii unei relatări detaliate a evenimentelor, se vor obține informații cu caracter sumar, inclusiv date, locuri, durata detenției, frecvența și durata sesiunilor de tortură. Un asemenea rezumat va ajuta la utilizarea mai eficientă a timpului. În unele cazuri, în care supraviețuitorii au fost torturați de mai multe ori, cu diferite motive, ei își pot aminti ce li s-a întâmplat, dar adesea nu își pot aminti exact unde și când s-a petrecut fiecare eveniment. În astfel de circumstanțe, poate fi oportună solicitarea relatărilor diacronice în funcție cu metodele de abuz, mai degrabă decât relatarea unei serii de evenimente din timpul arestărilor specifice. În mod similar, la scrierea relatării, mai des ar putea fi utilă documentarea maxim posibilă a ceea „ce s-a întâmplat și unde”. În locurile de detenție acționează forțe de securitate, ale armatei, sau de poliție, și ceea ce s-a întâmplat în locuri diferite, poate fi de ajutor pentru a avea o imagine de ansamblu asupra sistemului de tortură. Obținerea unei hărți cu locurile unde a avut loc tortura, poate fi de folos la reunirea relatărilor expuse de diferite

persoane. Aceasta se va dovedi a fi foarte utilă pentru investigația generală.

3. Circumstanțele detenției

138. Trebuie luate în considerare următoarele întrebări: la ce oră a fost? Unde erai? Ce făceai? Cine mai era acolo? Descrieți înfățișarea celor care vă țineau în detenție. Erau militari sau civili, în uniformă sau în haine obișnuite? Ce tipuri de arme aveau? Ce s-a spus? Există vreun martor? A fost un arest formal, o detenție administrativă sau o dispariție? S-a folosit violența, s-au spus amenințări? A existat vreo interacțiune cu membrii familiei? Notați utilizarea de restricții sau a legării la ochi, mijloacele de transport, destinația și numele funcționarilor, dacă sunt cunoscute.

4. Locul și condițiile detenției

139. Includeți accesul și descrierea produselor alimentare și a băuturii, a instalațiilor sanitare și a celor de iluminat, a temperaturii și sistemului de ventilație. De asemenea, documentați orice contact cu familia, avocați sau profesioniști din domeniul sănătății, detenția în izolare sau în supraaglomerare, dimensiunile spațiului de detenție și dacă există alți oameni care pot confirma detenția. Luați în considerare următoarele întrebări: - Ce s-a petrecut mai întâi? Unde ați fost dus? A existat vreun proces de identificare (înregistrarea datelor personale, a amprentelor digitale, fotografiere)? - Vi s-a cerut să semnați ceva? Descrieți condițiile celulei sau ale camerei (notați dimensiunile, alte persoane prezente, lumină, ventilație, temperatură, prezența insectelor, a rozătoarelor, descrierea patului și accesul la mâncare, apă și instalațiile sanitare). - Ce ați auzit, văzut sau mirosit? - Ați avut vreun contact cu persoanele din afară sau ai avut acces la îngrijire medicală? - Care a fost amplasarea fizică a locului unde ați fost deținut?

5. Metode de tortură și rele tratamente

140. În obținerea informațiilor de fond cu privire la tortură și rele tratamente, ar trebui să

fie luate măsuri de precauție, referitor la ceea ce ar putea sugera forme de abuz, la care persoana ar fi putut fi supusă. Aceasta poate fi de ajutor în separarea potențialelor exagerări de la experiențele adevărate. Cu toate acestea, provocarea de răspunsuri negative la întrebări despre diverse forme de tortură, poate fi de folos în stabilirea credibilității persoanei. Întrebările ar trebui puse în așa fel, încât să se obțină o relatare coerentă. Luați în considerare următoarele întrebări: - Unde a avut loc abuzul, când și pentru cât timp? Ați fost legat la ochi?

Înainte de a discuta formele de abuz, fiți atenți la cine era de față (nume, funcții). - Descrieți camera sau locul. Ce obiecte ați observat? Dacă se poate, descrieți detaliat fiecare instrument de tortură; pentru tortura electrică: curentul, dispozitivul, numărul și forma electrozilor. Întrebați despre îmbrăcăminte, dezbrăcare și schimbarea hainelor. Notați citate din ceea ce a fost spus în timpul interogatoriului, insultelor la adresa victimei, etc. Ce și-au spus tortionarii între ei?

141. Pentru fiecare formă de abuz, notați: poziția corpului, constrângerile, natura contactului, inclusiv durata, frecvența, localizarea anatomică și zona de corp afectată. S-a produs vreo sângerare, traumă la nivelul capului sau pierderea cunoștinței? S-a datorat pierderea cunoștinței unei traume la nivelul capului, asfixierii sau durerii? Trebuie întrebat, în ce stare se afla persoana la sfârșitul „sesiunii” de tortură. Putea merge? A trebuit să fie ajutată sau dusă de altcineva în celulă? S-a putut ridica a doua zi? Câtă vreme au rămas picioarele umflate? Toate acestea ajută la completarea descrierii, ceea ce doar o listă de metode nu poate realiza. Relatarea trebuie să includă date referitoare la tortura prin poziție forțată, de câte ori și câte zile a durat aceasta, perioada fiecărui episod, modul suspensiei (*invers-liniar, acoperit de o pătură groasă sau legat cu o funie, cu greutatea la picioare sau tras în jos, etc.*) sau poziția. În cazurile de tortură prin suspendare, se

va întreba ce material a fost folosit (funia, sârma și hainele, lasă diferite semne pe piele după suspendare). Examinatorul trebuie să țină cont de faptul, că afirmațiile supraviețuitorului referitoare la durata torturii sunt subiective și pot să nu fie corecte, deoarece constatările generale observate la cazurile de tortură, includ dezorientarea în timp și spațiu (locul torturii). - A fost persoana agresată sexual într-un mod oarecare? Obțineți ce s-a spus în timpul torturii. De exemplu, în timpul torturii prin șocuri electrice asupra organelor genitale, torționarii spun victimelor că acestea nu vor mai avea relații sexuale normale, sau ceva similar. Pentru o discuție detaliată de evaluare a unei afirmații de tortură sexuală, inclusiv violul, vezi capitolul V, secț D.8.

F. Evaluarea fundalului

142. Supraviețuitorii torturii pot avea dificultăți în relatarea detaliilor specifice ale torturii din mai multe motive importante, inclusiv:

- (a) Factori din timpul torturii, cum ar fi legarea la ochi, drogarea, pierderea cunoștinței, etc.;
- (b) Frica de a se expune pe sine sau pe alții la risc;
- (c) Lipsa încrederii în medicul care examinează sau în interpret (translator);
- (d) Impactul psihologic al torturii și traumei, cum ar fi creșterea emotivității și memoria deteriorată, adițional afecțiunilor mentale corelate cu trauma, cum ar fi depresia și tulburarea de stres post-traumatic (PTSD – post traumatic stress disorders);
- (e) Afecțiuni neuropsihice ale memoriei din cauza loviturilor la cap, sufocării, tentative de înecare sau înfometării;
- (f) Mecanisme de protecție sau de coping, cum ar fi negarea sau evitarea;

(g) Sancțiuni culturale, care permit relatarea experiențelor traumatizante, numai în împrejurări de maximă confidențialitate.⁷²

143. Inconsecvențele din relatarea unei persoane, se pot datora oricăror sau tuturor acestor factori. Dacă este posibil, investigatorul trebuie să ceară clarificări ulterioare. Atunci când aceasta nu este posibil, investigatorul trebuie să caute alte dovezi care confirmă sau respinge relatarea. O rețea de detalii consistente pot ajuta și clarifica relatarea persoanei. Deși persoana nu poate fi capabilă să ofere detaliile cerute de investigator, cum ar fi date, ore, frecvența și identitatea exactă a torționarilor, un val vast de evenimentele traumatizante și tortură, poate apărea și rezista în timp.

G. Revizuirea metodelor de tortură

144. După obținerea unei relatări detaliate și coerente a evenimentelor, se recomandă să se facă o recapitulare a altor posibile metode de tortură. Este esențial să se afle despre practicile regionale de tortură și să se modifice, în consecință, indicațiile locale. Chestionarea asupra anumitor metode de tortură este utilă atunci când:

- (a) simptomele psihologice împiedică amintirile;
- (b) trauma a fost asociată cu deteriorarea capacităților senzoriale;
- (c) în cazul unei posibile vătămări organice a creierului;
- (d) atunci când există factori culturali și educaționali diminuați.

145. Distincția dintre metodele fizice și cele psihologice este una artificială. De exemplu, tortura sexuală cauzează în general atât

⁷² R. F. Mollica and Y. Caspi-Yavin, “Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms”, *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, M. Baño», ed. (Cambridge, Cambridge University Press, 1992:38-55).

simptome fizice cât și psihice, chiar și atunci când nu a avut loc niciun atac fizic. Următoarea listă cu metode de tortură este dată pentru a arăta câteva din posibilele categorii de abuz. Aceasta nu este menită de a fi folosită de către investigatori drept o listă pe care se va bifa, sau ca model pentru enumerarea metodelor de tortură într-un raport. O metodă de abordare prin listă, poate să fie contra-productivă, deoarece întregul tablou clinic provocat de tortură este mult mai mult, decât simpla sumă a leziunilor produse de metodele de pe o listă. Într-adevăr, experiența a arătat că atunci când sunt confrunțați cu o astfel de abordare „la pachet” a torturii, vinovații se concentrează adesea pe una dintre metode și discută în contradictoriu asupra faptului, dacă aceasta reprezintă sau nu o formă de tortură. Metodele de tortură care se vor lua în considerare includ, dar nu se limitează la:

- (a) lovituri traumatice, cum ar fi loviturile cu pumnul, cu piciorul, cu palmele, biciuirea, bătaia cu sârmă sau bastonul, sau doborârea la pământ;
- (b) tortură pozițională - folosind suspendarea, întinderea membrelor, restricția îndelungată a mișcării, anumite poziții forțate;
- (c) arsurile cu țigări, instrumente încinse, lichide fierbinți sau substanțe caustice;
- (d) șocul electric;
- (e) asfixierea, prin metode umede sau uscate, înecarea, înăbușirea cu fum, înecarea cu mâncare sau folosirea chimicalelor;
- (f) leziuni prin strivire, cum ar fi strivirea degetelor sau zdrobirea spatelui sau coapselor cu rulouri de hârtie sau alte obiecte grele ;
- (g) rănille penetrante, cum ar fi înjunghiere și rănille cu arma de foc, sârme sau ace sub unghii;
- (h) expunerile chimice la sare, piper iute, benzină, etc. (în răni sau cavități ale corpului);

(i) violența sexuală asupra organelor genitale, molestarea, folosirea instrumentelor, violul;

(j) rănille prin strivire sau îndepărtarea traumatică a degetelor sau membrelor;

(k) amputarea medicală a degetelor sau membrelor, prelevarea chirurgicală a organelor;

(l) tortura farmacologica, prin doze toxice de sedative, neuroleptice, paralitice, etc.;

(m) condițiile de detenție, cum ar fi o celulă mică sau supraaglomerată, detenția în izolare, condițiile neigienice, interzicerea accesului la toaletă, hrană neregulată sau contaminată, expunerea la temperaturi extreme, lipsirea de intimitate sau dezbrăcarea forțată;

(n) privarea de stimularea senzorială normală cum ar fi sunete, lumină, simțul timpului, izolarea, manipularea luminozității celulei, abuz de nevoile fiziologice, restricție de somn, mâncare, apă, a accesului la toaletă, a îmbăierii, a activității motorii, a îngrijirii medicale, a contactelor sociale, izolarea în cadrul închisorii, pierderea contactului cu lumea exterioară (victimele sunt adesea ținute în izolare pentru a se preveni legăturile și identificarea reciprocă și pentru a încuraja legătura traumatică cu torționarul);

(o) umilirea, cum ar fi insulta verbală, efectuarea de acte umilitoare;

(p) amenințările cu moartea, cu dăunarea familiei, cu alte acte de tortură, cu închisoarea, execuțiile false;

(q) amenințări cu atacuri ale animalelor, cum ar fi câini, pisici, șobolani sau scorpioni;

(r) tehnici psihologice de dărâmare a persoanei, inclusiv trădările forțate, accentuarea sentimentului de neajutorare, expunerea la situații ambigue sau mesaje contradictorii;

(s) încălcarea tabu-urilor;

(t) constrângeri comportamentale, cum ar fi angajarea în practici contrare religiei victimei (de exemplu forțarea musulmanilor să mănânce carne de porc), vătămarea forțată a altor persoane prin tortură sau alte abuzuri; forțarea la distrugere a bunurilor, trădarea forțată a altei persoane, expunându-l astfel unui risc sau vătămări;

(u) forțarea victimei să fie martor la tortură sau alte atrocități care se fac asupra altor persoane.

H. Riscul de re-traumatizare a interviuatului

146. Luând în considerare faptul, că în dependență de metodele de tortură practicate, pot apărea leziuni de diferite tipuri și grade, datele obținute în urma unei consultări și examinări medicale complexe, trebuie să fie evaluate împreună cu investigațiile radiologice și de laborator adecvate. Un rol important îl are oferirea de informații și explicarea fiecărui procedeu care va fi aplicat în timpul examinării medicale, precum și asigurarea conștientizării detaliate cu privire la metodele de laborator (vezi capitolul VI, secț. B.2.(a)).

147. Prezența sechelelor psihologice la supraviețuitorii torturii, în special: diferite manifestări ale sindromului PTSD (tulburărilor de stres post-traumatic), le poate provoca frica de re-trăirea experienței de tortură în timpul interviului, a examinării fizice sau a testelor de laborator. O parte importantă a procesului, este de a explica supraviețuitorului torturii, înaintea examinării medicale, la ce ar putea să se aștepte în consecință. Cei care supraviețuiesc torturii și rămân în țara lor, pot avea sentimente de frică intensă și suspiciunea de a fi arestați din nou și adesea ei sunt nevoiți să se ascundă pentru a evita acest lucru. Cei care sunt exilați sau refugiați, pot părăsi ținutul lor natal, limba cultura, familia, prietenii, locul de muncă și tot ce le este familiar.

148. Reacțiile personale ale unui supraviețuitor al torturii față de interviuator (sau față de traducător, în cazurile când acesta este folosit), pot avea un efect asupra procesului de interviu și, în rândul lor, asupra rezultatului investigației. În același timp, reacțiile personale ale investigatorului față de persoană, de asemenea pot afecta procesul de interviu și rezultatul investigației. Este important să se examineze barierele în calea comunicării eficiente și să se înțeleagă faptul, că aceste reacții personale pot să afecteze ancheta. Investigatorul ar trebui să mențină în timp procesul de interviu și examinare, prin consultări și discuții cu colegii familiarizați cu domeniul evaluărilor psihologice și tratamentul supraviețuitorilor torturii. Acest tip de supervizare colegială poate fi un mod eficient de monitorizare a interviului și a procesului de investigare, în pofida prejudecăților și barierelor în comunicarea eficientă și pentru obținerea de informații exacte (vezi capitolul VI, secț. C. 2).

149. În pofida tuturor precauțiilor, examinările fizice și psihologice, prin natura lor, pot re-traumatiza pacientul, prin provocarea sau agravarea simptoamelor de stres post-traumatic odată cu revenirea efectelor și a amintirilor dureroase (vezi capitolul VI, secț. B. 2). Întrebări despre disconfortul psihologic și, în special, despre problemele sexuale, sunt considerate tabu în majoritatea societăților tradiționale, iar punerea unor astfel de întrebări este privită ca fiind nerelevantă sau insultătoare. Dacă tortura sexuală a fost parte a încălcărilor suportate, persoana se poate simți stigmatizată iremediabil și cu integritatea sa morală, religioasă, socială sau psihologică pângărită. Exprimarea unei conștientizări cu respect a acestor condiții, precum și clarificarea confidențialității și a limitelor acesteia, sunt, prin urmare, de o importanță enormă pentru o buna desfășurare a interviului. O evaluare subiectivă trebuie să fie făcută de către evaluator, cu privire la măsura în care este necesară o presiune pentru obținerea de detalii, pentru eficacitatea raportului în instanța de judecată, în special, dacă victima

demonstrează semne evidente de disconfort în timpul interviului.

I. Folosirea translatorilor

150. Pentru mai multe scopuri, este necesară folosirea interpretului (translatorului), pentru a permite interviuatorului să înțeleagă ceea ce este spus. Deși, cel care realizează interviul și interviuatul pot folosi un pic o limbă comună, informația solicitată este adesea mult prea importantă pentru a risca producerea de erori, care apar din înțelegerea reciprocă incompletă. Interpreții trebuie să fie anunțați, că ceea ce aud și traduc în cadrul interviurilor, este strict confidențial. Interpreții sunt cei, care primesc toate informațiile, direct și necenzurat. Victimele trebuie să fie asigurate că, nici interviuatorul și nici interpretul, nu vor abuza în nici un fel de informațiile oferite (vezi capitolul VI, secț. C.2).

151. În cazul în care interpretul nu este un profesionist, există întotdeauna riscul ca investigatorul să piardă controlul interviului. Persoanele pot fi duși de val, vorbind cu o persoană care vorbește în limba lor, și interviul poate devia de la subiect. Există, de asemenea, riscul ca un interpret cu o prejudecată să poată dirija interviul, sau să distorsioneze răspunsurile. Pierderea informațiilor, uneori relevante, alteori nu, este inevitabilă atunci când se lucrează prin intermediul translatorilor. În cazuri extreme, s-ar putea chiar să fie necesar ca anchetatorii să se abțină de a lua notițe în timpul interviului și să efectueze interviul în mai multe sesiuni scurte, astfel încât să aibă timp să noteze între sesiuni punctele principale ale discuției.

152. Anchetatorii trebuie să nu uite să se adreseze persoanei și să păstreze contactul vizual, chiar dacă are, în mod natural, tendința de a se adresa interpretului. Este util de a vorbi la persoana a II-a atunci când se vorbește prin intermediul interpretului, de exemplu „ce ai făcut în continuare?”, în loc de persoana a III-a „întreabă-l ce a făcut în continuare”. Mult prea des, interviuatorii își iau notițe în timpul în care translatorul traduce întrebarea sau atunci când

interviutul răspunde. Unii anchetatori nu par să asculte, deoarece interviul se realizează într-o limbă, pe care ei nu o înțeleg. Nu trebuie procedat astfel, deoarece este esențial ca interviuatorii să observe de asemenea limbajul corpului, expresiile feței, tonul vocii și gesturile interviuatului, pentru a obține o imagine completă. Anchetatorii ar trebui să se familiarizeze înșiși cu cuvinte legate de tortură din limba respectivei persoane, pentru a demonstra că au cunoștință despre această problemă. Reacționarea altfel decât a unei fețe inexpressive, față de un cuvânt legat de tortură cum ar fi *submarino* sau *darmashakra*, vor spori credibilitatea interviuatorului.

153. Atunci când sunt vizitați prizonieri, cel mai bine este a nu folosi interpreți locali, dacă există probabilitatea ca ei să fie considerați ca fiind lipsiți de încredere de către cel interviuat. Aceasta poate fi de asemenea nedrept față de interpreții locali, care pot fi ulterior chestionați de către autoritățile locale după efectuarea vizitei, sau puși în alt fel sub presiune, de a fi implicați cu deținuții politici. Cel mai bine este de a folosi interpreți independenți, care se poate vedea clar că sunt din altă parte. Următorul lucru extrem de important pe lângă vorbirea fluentă a limbii locale, este de a lucra cu un interpret instruit, cu experiență și care este sensibil la problemele legate de tortură și de cultură locală. De obicei, co-deținuții nu trebuie folosiți ca translatori, decât dacă este evident faptul că interviuatul a ales pe cineva în care are încredere. În cazul persoanelor care nu se află în detenție, multe dintre aceste reguli sunt de asemenea aplicabile, dar poate fi mai ușoară aducerea cuiva (a unei persoane locale) din afară, lucru care este rareori posibil în condițiile de închisoare.

J. Problemele de gen

154. În mod ideal, o echipă de investigație va cuprinde specialiști de ambele sexe, care permite persoanei care afirmă că a fost torturată de a alege genul interviuatorului și, dacă este cazul,

al interpretului. Acest lucru este important în mod special atunci când o femeie a fost deținută în situația în care se știe că se practică violul, chiar dacă ea până în acel moment, nu s-a plâns de aceasta. Chiar dacă nu are loc nici un atac sexual, cele mai multe tipuri de tortură au aspecte sexuale (vezi capitolul V, secț. D.8). Re-traumatizarea poate fi adesea mai gravă, dacă femeia simte că trebuie să descrie ceea ce s-a întâmplat unei persoane, care este fizic similară cu cel care a torturat-o, care în mod inevitabil, majoritatea sau toți, au fost, bărbați. În unele culturi, va fi imposibil unui investigator bărbat să chestioneze o victimă care este femeie, iar acest lucru trebuie respectat. Cu toate acestea, în majoritatea culturilor, în cazul în care este doar un medic bărbat disponibil, multe femei ar prefera mai degrabă să vorbească cu acesta, decât cu femei de o altă profesie, pentru a obține informațiile și sfaturile medicale pe care le dorește. Într-un astfel de caz, este esențial ca interpretul, dacă este utilizat, să fie o femeie. Unele persoane intervievate pot, de asemenea, prefera ca interpretul să fie din afara localității lor, atât din cauza pericolului de a-și aminti tortura lor cât și din cauza unei amenințări percepute a confidențialității lor (vezi capitolul IV, secț. I). În cazul în care nu este necesar un translator, atunci o femeie membră a echipei de investigare va fi prezentă drept însoțitoare, cel puțin în cursul examinării medicale și, dacă pacienta dorește, de-a lungul întregului interviu.

155. În cazul în care victima este un bărbat și a fost abuzat sexual, situația este mai complexă deoarece și acesta ar fi fost abuzat sexual în majoritatea cazurilor sau numai de către bărbați. De aceea, unii bărbați ar prefera să descrie experiențele lor femeilor, din cauză că teama lor față de alți bărbați este atât de mare, în timp ce alții nu ar vrea să discute subiecte atât de personale în fața unei femei.

K. Indicații pentru trimiteri externe

156. Ori de câte ori este posibil, din considerente medico-legale, examinările pentru

documentarea actelor de tortură ar trebui să fie combinate cu o evaluare a altor necesități, prin implicarea diferitor specialiști: medici, psihologi, fizioterapeuți sau celor care pot oferi sfaturi sau sprijin social. Anchetatorii ar trebui să fie la curent cu serviciile locale de sprijin și de reabilitare. Medicul clinician trebuie să insiste fără ezitare pentru efectuarea oricăror consultări sau examinări pe care le consideră necesare într-o evaluare medicală. În timpul documentării dovezilor medicale de tortură și maltratare, medicii nu sunt absolviți de obligațiile lor etice. Cei care ulterior ar putea avea nevoie de îngrijire medicală sau ajutor psihologic, trebuie să fie trimiși către servicii adecvate.

L. Interpretarea constatărilor și concluzii

157. Manifestările fizice ale torturii pot varia în funcție de intensitatea, frecvența și durata abuzului, de abilitatea supraviețuitorului de a se apăra, precum și de condiția fizică a acestuia înainte de tortură. Alte forme de tortură pot să nu producă constatări fizice, dar pot fi asociate cu alte manifestări. De exemplu, loviturile peste cap care au dus la pierderea cunoștinței, pot cauza epilepsie post-traumatică sau disfuncții organice ale creierului. De asemenea, igiena săracă și igiena compromisă din detenție, pot cauza sindroame ale deficiențelor de vitamine.

158. Anumite forme de tortură sunt puternic asociate cu anumite sechele. De exemplu, loviturile peste cap, care au dus la pierderea cunoștinței, sunt deosebit de importante pentru diagnosticul clinic al disfuncțiilor organice ale creierului. Traumele organelor genitale sunt adesea asociate cu disfuncții sexuale ulterioare.

159. Este important să realizăm că torționarii pot încerca să ascundă faptele lor. Pentru a evita dovezile fizice ale bătăii, deseori tortura este aplicată cu obiecte mari sau boante, iar victimele torturii sunt acoperite uneori cu un preș sau careva încălțăminte, în caz de *falanga*, pentru a distribui forța loviturilor. Leziunile prin întindere

sau strivire și asfixierea sunt de asemenea forme de tortură, aplicate cu intenția de a produce durere și suferință maxime, cu dovezi minime. Din același motiv, sunt folosite prosoapele umede în cazul șocurilor electrice.

160. Raportul trebuie să menționeze calificările și experiența investigatorului. Acolo unde este posibil, ar trebui să se dea și numele martorului sau al pacientului. Dacă acest lucru expune persoana la un risc semnificativ, poate fi folosit un element de identificare, care permite echipei de investigare să relateze despre acea persoană în raport, dar care nu va permite nimănui să identifice persoana. Raportul trebuie să indice cine mai era în cameră la momentul sau al unei părți al interviului. Acesta ar trebui să prezinte în detalii relatarea relevantă, evitând zvonurile și, după caz, să raporteze constatările. Raportul trebuie să fie semnat, datat și să includă orice declarație necesară, cerută de către jurisdicția pentru care este scris (vezi anexa IV).

CAPITOLUL V DOVEZI FIZICE ALE TORTURII

161. Depoziția martorilor și ale supraviețuitorului sunt componente necesare în documentarea actului de tortură. În măsura în care există dovezi fizice ale torturii, aceasta oferă o dovadă importantă, care confirmă faptul că o persoană a fost torturată. Cu toate acestea, absența unor astfel de dovezi fizice, nu ar trebui să fie interpretat astfel, încât să sugereze că tortura nu a avut loc, din moment ce astfel de acte de violență împotriva persoanelor, nu lasă întotdeauna semne sau cicatrici permanente.

162. O evaluare medicală în scopuri legale, trebuie să fie efectuată cu obiectivitate și imparțialitate. Evaluarea trebuie să se bazeze pe expertiza clinică a medicului și pe experiența sa profesională. Obligația etică de caritate, cere o precizie și imparțialitate fără compromisuri, pentru a stabili și menține credibilitatea profesională. Când este posibil, medicii care efectuează evaluări ale deținuților, ar trebui să aibă o pregătire specifică esențială în documentarea medico-legală a torturii și a altor forme de abuz fizic și psihologic. Ei trebuie să aibă cunoștință despre condițiile din închisori și metodele de tortură utilizate, în special în regiunea unde a fost încarcerat pacientul și despre consecințele comune ale torturii. Raportul medical ar trebui să fie bazat pe fapte și formulat cu atenție. Ar trebui evitate jargoanele. Toată terminologia medicală ar trebui să fie definită astfel, încât să poată fi înțeleasă de persoane care nu sunt din domeniul medical. Medicul nu ar trebui să presupună, că oficialul care a cerut expertiza medico-legală are relatate toate faptele. Este responsabilitatea medicului să descopere și să raporteze orice constatare pe care o consideră relevantă, chiar dacă aceasta poate fi considerată ca fiind nerelevantă sau contrară cazului părții care a cerut examinarea medicală. Constatările care sunt în concordanță cu tortura sau alte forme de maltratare, nu trebuie să fie excluse din raportul medical în nici o circumstanță.

A. Structura interviului

163. Aceste comentarii se referă în special la interviurile efectuate cu persoane care nu mai sunt în custodie. Locația interviului și examinării ar trebui să fie cât mai sigură și confortabilă cu putință. Ar trebui să fie alocat suficient timp pentru a efectua un interviu și o examinare detaliată. Un interviu de 2-4 ore poate fi insuficient pentru a efectua o evaluare de identificare a dovezilor fizice sau psihologice ale torturii. Mai mult, la un moment dat al evaluării, diferite variabile specifice situației, cum ar fi dinamica interviului, sentimentele pacientului de neputință sau de încălcare a intimității, de frica de persecuții viitoare, de rușine din cauza evenimentelor și de vinovăție, pot simula circumstanțele unei experiențe a torturii. Aceasta poate spori anxietatea și rezistența pacientului de a relata informații relevante. Un al doilea, și eventual, al treilea interviu ar putea să fie programate pentru a finaliza evaluarea.

164. Încrederea este o componentă esențială pentru obținerea unei relatări exacte de abuz. Câștigarea încrederii cuiva, care a trecut printr-o experiență de tortură sau alte forme de abuz, necesită o ascultare activă, o comunicare meticuloasă, politețe, o empatie autentică și onestitate. Medicii trebuie să aibă capacitatea de a crea un climat de încredere, în care poate avea loc relatarea unor fapte de o importanță crucială, deși probabil foarte dureroase sau rușinoase. Este important să se conștientizeze faptul, că aceste lucruri sunt uneori secrete intime, pe care persoana le poate dezvălui în acel moment pentru prima dată. Pe lângă oferirea unui cadru confortabil, timp suficient pentru interviuri, băuturi răcoritoare și acces la grupurile sanitare, medicul trebuie să explice pacientului la ce să se aștepte în timpul evaluării. Medicul trebuie să fie atenți la tonul, frazarea și succesiunea întrebărilor (cele mai sensibile trebuie puse numai după ce s-a dezvoltat deja un anumit raport) și trebuie să țină seama de capacitatea

pacientului de a lua o pauză dacă are nevoie sau de dreptul de a nu răspunde la orice întrebare.

165. Medicii și translatorii au datoria de a păstra confidențialitatea informațiilor și de a divulga informații numai cu acordul pacientului (vezi capitolul III, secț. C). Fiecare persoană ar trebui să fie examinată în mod individual, într-un spațiu privat. Aceasta ar trebui să fie informată cu privire la orice limite ale confidențialității evaluării, care pot fi impuse de către Stat sau autoritățile judiciare. Scopul interviului trebuie să fie prezentat în mod clar persoanei. Medicii trebuie să se asigure, că consimțământul dat se bazează pe înțelegerea potențialelor beneficii și consecințe ale evaluării medicale și că acest consimțământ este oferit de bună voie, fără constrângere din partea altora, în special din partea poliției sau a autorităților judiciare. Persoana are dreptul să refuze evaluarea. În astfel de circumstanțe, medicul ar trebui să documenteze motivul de refuz al unei evaluări. Mai mult, dacă persoana este un deținut, raportul ar trebui să fie semnat de avocatul acestuia și de către un alt oficial din domeniul sănătății.

166. Pacienții pot să se teamă, că informațiile revelate în contextul unei evaluări, nu pot fi păstrate în siguranță și că pot fi accesate de către guvernele persecutoare. Frica și neîncrederea pot fi foarte puternice în cazurile în care, medici sau alți lucrători medicali au participat la tortură. În multe circumstanțe, evaluatorul va fi membru al etniei și culturii majoritare, în timp ce pacientul, în situația și locația unde se desfășoară interviul, ar putea să aparțină unui grup sau culturi minoritare. Această dinamică a inegalității poate consolida dezechilibrul real și cel perceput al puterii și poate spori sentimentul de frică, neîncredere și supunere forțată a pacientului.

167. Empatia și contactul uman pot să fie cele mai importante lucruri pe care le primește cel aflat în custodie, din partea investigatorului. Ancheta în sine poate să nu contribuie cu nimic la beneficiul persoanei intervievate, din moment

ce torturarea lor a luat sfârșit. Slaba consolare că informațiile pot servi unui scop viitor, poate fi sporită cu mult, dacă intervievatorul arată empatie corespunzătoare. Deși aceasta poate părea evident, mult prea des în cadrul vizitelor în închisoare, investigatorii sunt preocupați cu obținerea informațiilor și nu reușesc să demonstreze empatie față de deținutul intervievat.

B. Istoricul medical

168. Obțineți un istoric medical complet, care să includă informații despre problemele medicale, chirurgicale sau psihiatrice. Documentați orice istorie și leziuni avute înainte de perioada de detenție și orice consecințe posibile. Evitați întrebările sugestive. Structurați întrebările astfel, încât să aibă răspunsuri deschise și relatări cronologice ale evenimentelor trăite în timpul detenției.

169. Informațiile specifice din istoricul medical pot fi utile în corelarea practicilor regionale de tortură cu acuzațiile individuale de abuz. Exemple de astfel de informații utile includ descrieri ale instrumentelor de tortură, poziții ale corpului, metode de constrângere, descrieri ale durerilor acute sau cronice, dizabilități și informații de identificare a torționarilor și a locurilor de detenție. În timp ce este esențială obținerea de informații exacte cu privire la experiențele supraviețuitorilor actelor de tortură, metodele deschise de intervievare necesită ca pacienții să-și relateze liber istoria cu propriile lor cuvinte. O persoană care a supraviețuit torturii poate întâmpina dificultăți în exprimarea prin cuvinte a experiențelor trăite sau simptoamelor. În unele cazuri, poate fi utilă folosirea unei liste de control pentru evenimentele traumatiche și simptome, sau chestionare. Dacă intervievatorul consideră că poate fi de folos utilizarea acestora, atunci există multe tipuri de chestionare disponibile; Cu toate acestea, nici unul dintre ele nu sunt specifice doar pentru victimele torturii. Toate acuzele

aduse de un supraviețuitor al torturii sunt semnificative. Deși ar putea să nu existe nici o corelare cu constatările fizice, plângerile ar trebui raportate. Simptoamele acute sau cronice și disabilitățile asociate cu forme specifice de abuz, precum și procesul lor de vindecare ulterioară trebuie să fie documentate.

1. Simptoame acute

170. Persoanele ar trebui să fie invitate să descrie orice leziune care ar fi putut rezulta din metodele specifice de presupus abuz. Acestea pot fi, de exemplu: hemoragii, hematoame, edeme, răni deschise, plăgi, fracturi, dislocări, afecțiuni articulare, hemoptizie, pneumotorax, perforație ale timpanului, leziuni ale sistemului uro-genital, arsuri (hiperemie, bule sau necroză, în funcție de gradul de arsură), leziuni provocate de șocurile electrice (dimensiunea și numărul leziunilor, culoarea și caracteristicile de suprafață), leziuni provocate de substanțe chimice (culoare, semne de necroză), dureri, senzație de amorțeală, constipație sau vomă. Ar trebui să fie notată intensitatea, frecvența și durata fiecărui simptom.

Evoluția ulterioară a oricărei leziuni a pielii trebuie să fie descrisă, indiferent dacă au rămas sau nu cicatrici. Se va întreba despre starea sănătății după încetarea torturii: putea să meargă sau trebuia să stea la pat? Dacă da, pentru cât timp? Cât timp a trecut până la vindecarea rănilor? Au fost acestea infectate? Ce tratament a primit? A fost îngrijit de către un medic sau de către un vindecător tradițional? Se va acorda atenție faptului că abilitatea deținutului de a face astfel de observații, se poate să fi fost compromisă de către tortura în sine sau de către efectele sale ulterioare, și ar trebui să fie documentate.

2. Simptoame cronice

171. Se vor obține informații în legătură cu afecțiunile fizice pe care individul le consideră a fi asociate cu tortura sau maltratarea. Se va menționa gravitatea, frecvența și durata fiecărui simptom și orice disabilitate asociată sau necesitatea de îngrijiri medicale sau psihologice. Chiar dacă sechelele leziunilor acute nu se observă după luni sau ani de zile, unele constatări fizice pot să rămână în continuare, cum ar fi cicatricile provocate de curentul electric sau de arsurile termice, deformările osoase, consolidarea incorectă a fracturilor, leziunile dentare, căderea părului și miofibroză. Cele mai frecvente simptoame somatice sunt: cefalee, dureri de spate, tulburări gastro-intestinale, disfuncții sexuale și dureri musculare. Cele mai frecvente simptoame psihologice sunt: depresia, anxietatea, insomnia, coșmarurile, re-trăirile traumeilor și dificultățile de memorie (vezi capitolul VI, secț. B.2.).

3. Sumarul unui interviu

172. Victimele torturii pot avea leziuni care diferă substanțial de alte tipuri de traume. Deși leziunile acute pot fi caracteristice presupuselor vătămări corporale, marea majoritate a acestora se vindecă în aproape șase săptămâni de la aplicarea torturii, nelăsând vreo cicatrice sau, cel mult, vreo cicatrice specifică. Așa se întâmplă deseori când torționarii folosesc diferite metode pentru a preveni sau a limita semnele detectabile de vătămare. În astfel de cazuri, rezultatele examinării fizice pot să se încadreze în limitele normale, dar aceasta nu neagă în nici o formă presupusa tortură. O luare în considerare detaliată a observațiilor pacientului asupra leziunilor acute și a proceselor ulterioare de vindecare, reprezintă adesea o sursă importantă de dovezi, în coroborare cu afirmațiile specifice de tortură sau maltratare.

C. Examinarea fizică

173. În urma obținerii informațiilor de fundal și al consimțământului în cunoștință de cauza al pacientului, ar trebui să fie efectuată o examinare fizică completă de către un medic calificat. Ori de câte ori este posibil, pacientul ar trebui să fie lăsat să-și aleagă în bază de gen medicul și interpretul, dacă are nevoie. Dacă medicul nu este de același sex cu pacientul, se va folosi un supraveghetor de același sex, dacă pacientul este de acord. Pacientul trebuie să înțeleagă că el controlează desfășurarea examinării și că are dreptul de a o limita sau de a o opri în orice moment (vezi capitolul IV, secț. J).

174. În această secțiune, există multe referințe la specialiști și indicații pentru investigații ulterioare. Cu excepția cazului când pacientul se află în detenție, este important ca medicul să aibă acces la locurile de tratament fizic și psihologic, astfel încât orice necesitate care apare, să poată să fie satisfăcută. În multe situații, anumite tehnici de diagnosticare nu vor fi disponibile, iar absența lor nu trebuie să invalideze raportul (vezi anexa II, pentru mai multe detalii legate de posibilele teste diagnostice).

175. În cazurile de presupusă tortură recentă, în care hainele purtate în timpul torturii încă sunt purtate de către supraviețuitor, ele trebuie luate pentru examinare fără a fi spălate și vor fi oferite în schimb altele noi. Ori de câte ori este posibil, camera de examinare ar trebui să fie dotată cu lumină suficientă și echipament medical. Orice deficiențe ar trebui menționate în raport. Examinatorul trebuie să noteze toate constatările pozitive și negative pertinente, folosind scheme ale corpului, pentru a marca locul și natura leziunilor (vezi anexa III). Unele forme de tortură cum ar fi, șocul electric sau loviturile cu obiecte boante, pot să fie inițial invizibile, dar detectabile la examinări ulterioare. Deși rareori va fi posibilă fotografierea leziunilor deținutilor aflați în custodia torționarilor lor, acest tip de documentare ar trebui să constituie o parte de rutină a examinării. Dacă este disponibil doar un

aparat foto simplu, este mai bine de a face fotografii de o calitate joasă, decât a nu le avea deloc. Acestea ar trebui să fie cât mai curând posibil, urmate de fotografii profesionale (vezi capitolul III, secț. C.5).

1. Pielea

176. Examinarea trebuie să includă întreaga suprafață a corpului, pentru a detecta semnele afecțiunilor generalizate ale pielii, cum ar fi avitaminozele A, B, C; leziunile anterioare torturii; leziuni care sunt consecințe ale torturii, cum ar fi zgârieturi, contuzii, laceratii, leziuni punctiforme, arsuri de țigară sau provocate de obiecte fierbinți, arsuri electrice, alopecie, unghii smulse sau strivite, etc. Pentru leziunile asociate torturii trebuie precizate: localizarea, simetria, forma, dimensiunea, culoarea și suprafața (ulcerație, crustă, scuamări), demarcația lor precum și raportul față de pielea din jur. Ori de câte ori este posibil, fotografierea este esențială. În cele din urmă, medicul trebuie să emită o opinie referitoare la originea leziunilor: provocate de alții sau auto-induse, accidentale sau cauze ale unei boli.^{73, 74}

2. Fața

177. Țesuturile feței trebuie să fie palpate pentru a detecta eventuale semne de fractură, crepitație, tumefiere sau durere. Ar trebui să fie examinate componentele motorice și senzoriale ale tuturor nervilor cranieni, inclusiv gustul și mirosul. Tomografia computerizată (TC) este cea mai bună metodă de diagnostic (față de radiografia obișnuită) și de stabilire a caracteristicilor fracturilor faciale, de verificare a vindecărilor, de diagnostic a leziunilor și

⁷³ O.V. Rasmussen, "Medical aspects of torture", *Danish Medical Bulletin* (1990, 37 Supp. 1:1-88).

⁷⁴ R. Bunting, "Clinical examinations in the police context", *Clinical Forensic Medicine*, W.D.S. McLay, ed. (London, Greenwich Medical Media, 1996:59-73).

complicațiilor asociate țesuturilor moi. Leziunile intra-craniene și ale coloanei vertebrale în zona cervicală sunt deseori asociate traumatismelor faciale.

(a) Ochii

178. Există multe forme de leziuni ale ochilor, inclusiv hemoragie conjunctivală și subcorneană, hemoragie retrobulbară și retiniană, dislocarea cristalinului și pierderea câmpului vizual. Având în vedere consecințele grave ale lipsei de tratament sau ale tratamentului neadecvat, ar trebui realizată o consultație oftalmologică ori câte ori există suspiciunea unui traumatism ocular sau ale unei patologii oftalmologice. Tomografia computerizată este cea mai indicată pentru a diagnostica fracturile de orbită și leziunile țesuturilor moi la nivelul bulbar (globului ocular) sau retrobulbar. Rezonanța magnetică (RMN) poate fi utilă pentru completarea examenului tomografic în vederea detectării leziunilor țesuturilor moi. Ultrasonografia de rezoluție înaltă este o bună alternativă pentru evaluarea traumatismelor globului ocular.

(b) Urechile

179. Traumele urechilor, în special ruptura membranei timpanului, sunt consecințe frecvente ale loviturilor violente. Canalele auditive și membranele timpanelor trebuie examinate cu otoscopul, iar leziunile găsite, descrise. O metodă de tortură, cunoscută în America Latină, dar și în Republica Moldova, numită *telefonul*, constă în aplicarea de lovituri violente peste una sau ambele urechi cu palma, ceea ce provoacă o creștere rapidă a presiunii în canalul auditiv, ducând la ruptura membranei timpanului. Este necesară o examinare promptă, pentru a identifica rupturile de timpan mai mici de 2 mm diametru, care se pot vindeca în mai puțin de 10 zile. Se poate observa o scurgere de lichid din

urechea medie sau externă. Dacă otoreea este confirmată de analizele de laborator, atunci trebuie realizat un examen tomografic sau RMN, pentru a determina localizarea unei fracturi. Eventualele pierderi ale acuității auditive, vor putea fi detectate prin teste simple de evaluare. Dacă este necesar, se vor efectua teste audiometrice, de către un tehnician audiometric calificat. Pentru diagnosticarea radiografică a fracturilor de os temporal sau ruptura lanțului de oscioare, se va utiliza de preferință tomografia computerizată, apoi tomografia hipocicloidă și la sfârșit tomografia lineară.

(c) Nasul

180. În examinarea nasului se va observa dacă este corect, se vor evalua crepitațiile și devierea septului nazal. Pentru fracturile nazale simple, radiografiile vor fi suficiente în majoritatea cazurilor. Pentru fracturile complexe și în caz de deviere a septului, se va face o tomografie computerizată. În caz de rinoree, se recomandă o tomografie computerizată sau rezonanța magnetică (RMN).

(d) Maxilarul, orofaringele și gâtul

181. Fracturile sau dislocările de mandibulă pot fi rezultatul loviturilor. Sindromul articulației temporo-mandibulare este o consecință frecventă a loviturilor sub bărbie și la nivelul mandibulei. Pacientul trebuie examinat pentru determinarea semnelor de crepitații ale osului hyoid sau a cartilajului laringelui, care pot fi rezultatul loviturilor peste gât. Constatările privind orofaringele, trebuie notate în detaliu, inclusiv leziunile și arsurile provenite din șocuri electrice sau alte traumatisme. Hemoragia gingivală și starea gingiilor, deasemenea ar trebui să fie notată.

(e) Cavitatea orală și dinții

182. Examenul stomatologic ar trebui să facă parte din examinările medicale periodice a deținuților. Această examinare este adesea neglijată, dar este o componentă importantă a examinării fizice. Îngrijirile dentare pot fi intenționat neglijate, pentru a permite apariția cariilor, gingivitelor sau a agravării abceselor dentare. Ar trebui să fie constituită cu atenție o anamneză dentară și, dacă există înregistrări anterioare, acestea trebuie solicitate. Dinții smulși sau fracturați, plombe dislocate sau protezele rupte, pot fi consecințe ale traumatismelor sau ale șocului electric. Trebuie menționate cariile dentare sau gingivita. Proasta stare a danturii, poate fi cauza condițiilor de detenție sau poate fi precedentă acesteia. Cavitatea bucală trebuie examinată cu atenție. Este posibil ca pacientul să-și fi mușcat limba, gingiile și buzele sub efectul descărcărilor electrice. Introducerea forțată a diferitelor obiecte sau substanțe, precum și aplicarea șocurilor electrice pot produce diverse leziuni. Razele X sau RMN-ul (rezonanța magnetică) pot determina gradul leziunilor la nivelul țesuturilor moi, a mandibulei sau a dinților.

3. Pieptul și abdomenul

183. În afară de eventualele leziuni ale pielii, pe parcursul examinării se va ține seama și de existența zonelor dureroase, sensibile, care ar putea indica leziuni musculare, ale organelor abdominale sau ale coastelor. Medicul trebuie să ia în considerare posibilitatea existenței de hematoame intramusculare, retroperitoneale și intra-abdominale, laceratii sau rupturi de organe interne. Când este posibil, se va recurge la ecografie, la tomografie computerizată și la scintigrafie osoasă, pentru a confirma astfel de leziuni. Examenul de rutină a sistemului cardiovascular, al plămânilor și al abdomenului trebuie efectuat în mod obișnuit. Bolile respiratorii pre-existente se pot agrava pe

parcursul custodiei, iar de cele mai multe ori apar și boli respiratorii noi.

4. Sistemul scheletic și muscular

184. Victimele torturii acuză în mod frecvent dureri musculo-scheletale.⁷⁵ Acestea pot fi rezultatul unor lovituri repetate, ale torturii prin suspensie sau altor torturi poziționale, sau ale condițiilor generale de detenție.⁷⁶ Ele pot fi, de asemenea, de origine somatică (vezi capitolul VI, secț. B.2). Dacă chiar acestea nu sunt specifice, ar trebui să fie documentate. Deseori, fizioterapia dă rezultate bune în tratamentul acestor cazuri.⁷⁷ Examinarea fizică a scheletului, ar trebui să includă un control al mobilității articulațiilor, al coloanei vertebrale și al extremităților. Ar trebui să fie documentate toate senzațiile de durere care apar la mișcare, la contracție și la efort, fracturile cu sau fără deformări și dislocările. De asemenea, ar trebui investigate prin radiografie dislocările, fracturile și osteomielitele suspecte. În cazul osteomielitelor suspecte, radiografiile trebuie completate cu o scintigrafie osoasă în trei faze. Rezonanța magnetică (RMN) este cea mai bună modalitate de evaluare a leziunilor de la nivelul tendoanelor, ligamentelor și mușchilor, dar și artrografia dă rezultate bune. În stadiu acut, aceasta permite detectarea eventualelor hemoragii și rupturi musculare. În general, leziunile musculare se vindecă fără a lăsa cicatrici, iar imagistica medicală va fi negativă dacă examenul este efectuat prea târziu. Prin intermediul RMN și al tomografiei computerizate, mușchii denervați și sindromul cronic de “lojă”, sunt evidențiați sub formă de fibroză musculară. Afectarea și urme de lovituri ale oaselor pot fi detectate prin intermediul RMN

⁷⁵ O.V. Rasmussen, “Medical aspects of torture”, *Danish Medical Bulletin* (37 Supp. 1 1990:1-88).

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

⁷⁷ See footnote 75 above.

sau al scintigrafiei. În general, aceste leziuni se vindecă fără a lăsa urme.

5. Sistemul uro-genital

185. Examenul genital ar trebui să fie efectuat numai cu acordul pacientului și, dacă este necesar, amânat pentru o ședință ulterioară. Trebuie să fie prezent un însoțitor, dacă medicul este de sex opus. Pentru mai multe informații, vezi capitolul IV, secț. J. Pentru mai multe informații legate de examinarea victimelor agresate sexual, vezi secțiunea D. 8 de mai jos,. Pentru detectarea eventualelor traumatisme uro-genitale, se poate recurge la ultrasonografie și la sicientigrafia dinamică.

6. Sistemul nervos central și periferic

186. Examinarea neurologică ar trebui să includă evaluarea nervilor cranieni, organelor de simț și sistemul nervos periferic, în vederea identificării eventualelor neuropatii motorice și senzoriale, legate de posibile traumatisme, precum și a avitaminozelor sau afecțiunilor (maladiilor). De asemenea, este bine să fie evaluate capacitățile cognitive și starea psihică (vezi capitolul VI, secț. C). La pacienții care au fost supuși la tortură prin suspensie, o atenție deosebită trebuie acordată posibilelor simptome de plexopatie brahială (asimetrie a forței manuale, reducerea amplitudei mișcărilor în articulații, slăbire a brațului însoțită de reflexe senzoriale și ale tendoanelor variabile). Ca urmare a traumelor asociate cu tortura, pot apărea diverse patologii, cum ar fi: radiculopatiile și alte neuropatii, deficiențe ale nervilor cranieni, hiperalgii, parestezii, hiperestezii, schimbări ale poziției, senzație de febră, dereglări ale funcției motorii și de coordonare, etc. Pacienților care au în anamneză amețeli și stări de vomă, precum și orice manifestare de nistagmus, li se va efectua o examinare a aparatului vestibular. Examinarea radiologică ar trebui să includă RMN sau

tomografia computerizată. Pentru examinarea radiologică a creierului și a foselor posterioare, este preferabilă RMN.

D. Examinarea și evaluarea în raport cu forme specifice de tortură

187. Următoarele teme nu se pretind a fi o prezentare exhaustivă a tuturor formelor de tortură, dar intenționează de a descrie în detalii aspectele medicale ale celor mai multe sau mai frecvente dintre ele. Pentru fiecare leziune, ca și pentru tabloul general al leziunilor, medicul trebuie să indice gradul de coerență dintre acesta și atribuirea dată de pacient. În general, sunt folosiți următorii termeni:

(a) **nu este în corelație:** leziunea nu putea fi cauzată de către trauma descrisă;

(b) **este în corelație:** leziunea putea fi cauzată de trauma descrisă, dar nu reprezintă o formă specifică a acesteia și poate avea multe alte cauze;

(c) **în strânsă corelație (foarte mult):** leziunea ar fi putut fi cauzate de trauma descrisă, și există și foarte puține alte cauze posibile;

(d) **tipică:** leziunea este un aspect, care este de obicei întâlnit în acest tip de traumă, dar există și alte cauze posibile;

(e) **diagnostică:** leziunea nu putea fi cauzată prin alt mod, decât prin cel descris.

188. În cele din urmă, **pentru evaluarea istoricului torturii, este importantă evaluarea tuturor leziunilor** și nu corelarea fiecărei leziuni cu o anumită metodă de tortură (vezi capitolul IV, secț. G, pentru o listă a metodelor de tortură).

1. Lovituri și alte traume cu obiecte boante

(a) Leziuni ale pielii

189. Leziunile acute sunt adesea caracteristice torturii, deoarece se prezintă sub forme tipice, care le disting de leziunile accidentale (de exemplu prin forma, repetarea și localizarea lor pe corp). Deoarece, cele mai multe leziuni se vindecă în aproximativ șase săptămâni de la tortură, fără a lăsa cicatrici sau alte semne specifice, o descriere convingătoare de către pacient a leziunilor și a evoluției lor până la vindecare, ar putea fi unicul element de probă în sprijinul acuzațiilor de tortură. Modificările permanente ale pielii în urma traumelor cu obiecte contondente sunt rare, nespecifice și de obicei, lipsite de valoare diagnostică. O consecință diagnostică a violenței boante, cu aplicarea legăturilor strânse și de durată, poate fi prezența de zone lineare extinse circular în jurul brațului sau picioarelor, cel mai adesea la nivelul încheieturii mâinii sau a gleznei. Aceste zone ar putea conține puține fire de păr sau foliculi, și aceasta este probabil o formă de alopecie cicatriceală. Din acest punct de vedere, nu există un diagnostic diferențial cu o boală de piele și este destul de greu de imaginat, că în viața de zi cu zi, poate apărea un traumatism cu astfel de sechele.

190. Printre leziunile acute, escoriațiile care rezultă din leziuni răzuitoare superficiale, pot apărea ca zgârieturi, leziuni de tip perie sau zdrelituri mai vaste. Câteodată, conturul escoriațiilor pielii, poate furniza un indiciu în legătură cu instrumentul utilizat sau suprafața care a indus leziunea. Escoriațiile repetate sau profunde, pot crea zone de hipopigmentare, în funcție de tipul de piele. Putem observa, de exemplu, astfel de zone pe partea interioară a încheieturii mâinii, atunci când acestea au fost legate strâns împreună.

191. Contuziile și vânătăile, reprezintă zone de hemoragie în țesuturi moi, datorate ruperii

vaselor de sânge în urma unui traumatism contondent. Extinderea și gravitatea lor depinde nu doar de violența traumatismului, dar și de structura și de vascularizarea țesuturilor contuzionate. Contuziile apar mai ușor în zonele de piele subțire ce acoperă oasele și în zonele cu țesut gras. Numeroase probleme de sănătate, mai ales avitaminozele și carențele nutriționale, pot fi asociate ușor cu hematoame sau purpura. Echimozele și escoriațiile indică faptul că a fost aplicată o forță contondentă violentă asupra anumitor zone. Cu toate acestea, absența lor nu indică faptul, că o astfel de forță nu a existat. Contuziile pot fi tipice, reflectând conturul instrumentului care le-a provocat. De exemplu, echimozele în formă de bare, pot să fie rezultatul utilizării unui instrument, cum ar fi un baston sau o trestie. Forma obiectului poate fi dedusă din forma echimozei. În procesul de vindecare, acestea suferă o serie de modificări de culoare. Majoritatea vânătăilor sunt la început de un albastru închis, purpurii sau de un roșu aprins. Pe măsură ce hemoglobina se descompune, culoarea se schimbă gradual în violet, verde, galben închis sau galben pal și apoi dispăre. Cu toate acestea, este foarte dificil de a data cu precizie apariția contuziei. La unele tipuri de piele, acestea pot duce la o hiperpigmentare, care să dureze mai mulți ani. Contuziile dezvoltate în spațiile subcutanate mai profunde, pot să nu se vadă la suprafață decât la câteva zile de la producerea traumei, atunci când sângele ajunge la suprafață. În caz de o afirmație de tortură, dar lipsa de contuzii, victima trebuie re-examinată după câteva zile. Ar trebui să fie luat în considerare faptul, că poziția și forma finală a vânătăii, nu are nicio legătură cu trauma inițială și că unele leziuni pot să dispară până în momentul examinării.⁷⁸

⁷⁸ 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).

192. Lacerățiile, care prezintă o rupere sau strivire a pielii și a țesuturilor moi subcutanate, datorate presiunii forței de lovire cu obiecte boante, se formează cu ușurință pe părțile proeminente ale corpului, deoarece pielea este comprimată între obiectul contondent și suprafața osoasă de sub țesutul subdermal. Cu toate acestea, orice parte a pielii corpului se poate sfâșia, sub acțiunea unei forțe suficiente. Cicatricile asimetrice, cu localizări neobișnuite și o răspândire difuză de cicatrizare, sugerează o rănire intenționată.⁷⁹

193. Cicatricile care sunt rezultatul biciuirii, sunt sub formă de lacerății vindecate. Aceste cicatrici sunt depigmentate și adesea hipertrofiate, înconjuurate de dungi înguste și hiperpigmentate. Unicul diagnostic diferențiat este dermatita cauzată de plante, dar aceasta este dominată de hiperpigmentare și de cicatrici mai scurte. În mod contrar, modificările lineare, depigmentate, atrofici și simetrice de pe abdomen, axile și picioare, care se pretind a fi sechele ale torturii, reprezintă *striae distensae* și nu sunt în mod normal, legate de tortură.⁸⁰

194. Tortura prin arsură este cea care lasă cel mai frecvent modificări permanente în piele. Uneori, acestea pot avea valoare diagnostică. Arsurile de țigară lasă adesea cicatrici maculare circulare sau ovoidale, de 5-10 mm, cu o zonă hipo sau hiperpigmentată în centru și o zonă periferică hiperpigmentată, cu contururi neclare. Arderea cu țigara a tatuajelor, de asemenea au fost raportate în acte de tortură. Forma caracteristică a cicatricii, precum și rămășițele tatuajului, vor ajuta în diagnosticarea arsurii.⁸¹ Arsurile cu obiecte fierbinți, produc cicatrici atrofici semnificative, care reflectă forma instrumentului și care sunt puternic demarcate cu zone marginale hipertrofice sau

⁷⁹ O.V. Rasmussen, "Medical aspects of torture", *Danish Medical Bulletin* (37 Supp. 1 1990:1-88).

⁸⁰ L. Danielsen, "Skin changes after torture", *Torture* (Supp. 1, 1992:27-28).

⁸¹ Vezi nota de subsol 80.

hiperpigmentate, care corespund zonei inițiale de inflamație. Aceasta, de exemplu, poate fi văzut după o arsură cu o tijă de metal încălzită electric sau la o sursă de gaz. Este dificil de a face un diagnostic diferențiat în cazul în care sunt prezente mai multe cicatrici. Procesele inflamatorii spontane nu au aceste zone marginale caracteristice și doar rareori prezintă o pierdere pronunțată a țesutului. Arsurile pot duce la cicatrici cheloide (lipsite de păr) sau hipertrofice, după cum este cazul în urma unei arsuri produse de cauciuc încins.

195. Atunci când este arsă zona de creștere a unghiei, aceasta va crește cu dungi subțiri, deformată și uneori în segmente longitudinale. Dacă o unghie a fost smulsă, se poate produce o creștere excesivă de țesut la capătul proximal al unghiei, ce duce la formarea unui pterygium (creștere anormală de țesut). Schimbări ale unghiilor cauzate de *Lichen planus* (boală dermatologică) constituie singurul diagnostic diferențiat, dar acestea vor fi, de obicei, însoțite de leziuni pe zone mai mari ale pielii. Pe de altă parte, infecțiile fungice se caracterizează prin unghii îngroșate, galbene sau sfărâncioase, diferite de modificările de mai sus.

196. Rănille traumatiche ascuțite, sunt produse atunci când pielea este tăiată cu un obiect ascuțit, cum ar fi un cuțit, baionetă sau ciob de sticlă și acesta includ rănille prin înjunghiere, incizie, prin tăiere sau înțepare. Aspectul acut al acestora este ușor de deosebit față de cel al plăgilor neregulare și rupte, sau de cicatricile constatate la examinări mai tardive. Structura regulată a cicatricilor incizionale mici, ar putea fi din cauza vindecătorilor tradiționali.⁸² În cazul în care pe rănille deschise, au fost aplicate substanțe nocive cum ar fi piperul, cicatricea poate fi hipertrofică. O structură asimetrică și dimensiuni diferite a cicatricilor, sunt probabil semnificative în diagnosticarea torturii.

⁸² D. Forrest, "Examination for the late physical after effects of torture", *Journal of Clinical Forensic Medicine* (6 1999:4-13).

(b) Fracturile

197. Fracturile produc o pierdere a integrității osoase din cauza efectului unei forțe mecanice contondente pe diferite planuri vectoriale. O fractură directă are loc la nivelul de impact sau în locul, unde acea forță a fost aplicată. Localizarea, conturul și alte caracteristici ale unei fracturi, reflectă natura și direcția forței aplicate. Prin examinarea radiologică, uneori este posibil de a deosebi o fractură accidentală de una rezultată în urma unui act deliberat. Examinarea radiologică a fracturilor relativ recente, trebuie încredințată unui radiolog cu experiență în traumatologie. Ar trebui să fie evitate declarațiile speculative, în evaluarea naturii și vechimii leziunilor traumatiche contondente, deoarece o leziune poate varia în funcție de vârstă, sexul, caracteristicile tisulare, de starea de sănătate a pacientului și de severitatea traumei. De exemplu, persoanele tinere, sănătoase și cu musculatura robustă, rezistă mai bine la lovituri, decât persoanele mai în vârstă sau fragile.

(c) Traumatismele craniene

198. Loviturile la cap sunt dintre cele mai răspândite forme de tortură. În caz de traumatisme repetate la cap, chiar dacă nu întotdeauna de dimensiuni grave, ar putea fi de așteptat o atrofie corticală și o afectare difuză la nivelul axonilor. În cazul traumelor prin cădere sau izbire (de podea, perete, etc.) pot fi observate leziuni cerebrale prin contralovitură (în zonele opuse celei de șoc); în caz de traumatism direct, se vor observa contuzii cerebrale în zona de șoc. Hematoamele pielii capului sunt frecvent invizibile, cu excepția cazurilor când se formează un edem. La cei cu pielea de culoare închisă, acestea sunt greu de distins, dar pot fi detectate prin palpare.

199. Victimele care au suferit lovituri la cap, acuză dureri de cap permanente. Acestea sunt adesea somatice, sau pot proveni din traume în regiunea gâtului (vezi secțiunea C de mai sus).

Victima poate acuza durere când este atins în această regiune. Iar dureri difuze sau locale pot fi observate la palparea scalpului, precum și deformări sau zone de induranță. Vor putea fi observate și cicatrici în urma lacerățiilor pielii capului. Durerile de cap pot fi și un simptom inițial de hematom subdural în expansiune. Ele pot fi asociate cu debutul acut al unei modificări ale stării mintale și este necesar să se efectueze urgent o scanare prin tomografie computerizată. Edemele și hemoragiile țesuturilor moi, pot fi detectate cu ajutorul tomografiei computerizate sau al RMN-ului. De asemenea, este cazul de a se efectua o evaluare psihologică sau examinare neuropsihică (vezi capitolul VI, secț.C.4).

200. Scuturarea violentă ca formă a torturii, poate produce leziuni cerebrale, fără să lase semne externe, deși vânătăile pot apărea în partea de sus a pieptului sau umerilor, de unde a fost apucată victima sau hainele sale. În cel mai rău caz, scuturăturile pot produce leziuni identice cu cele descrise în sindromul copilului zdruncinat: edeme cerebrale, hematoame subdurale și hemoragii ale retinei. De cele mai multe ori, victimele se plâng de dureri de cap frecvente, dezorientare sau schimbări ale stării mintale. Episoadele de scuturătură sunt de obicei scurte, numai pentru câteva minute sau mai puțin, dar pot să fie repetate de multe ori în curs de mai multe zile sau săptămâni.

(d) Traumatisme ale toracelui și abdomenului

201. Fracturile de coaste sunt o consecință frecventă a loviturilor la nivelul toracelui. Deplasarea coastelor poate antrena lacerății ale plămânilor și posibil, un pneumotorax. Fracturi ale pediculilor vertebrali, pot avea loc din cauza folosirii forței contondente directe.

202. În caz de traumatisme abdominale acute, examinarea fizică ar trebui să caute eventuale urme de leziuni ale organelor cavității abdominale și ale aparatului urinar, deși adesea rezultatele sunt negative. O hematurie evidentă

este cea mai semnificativă indicație a unei contuzii renale. Un lavaj peritoneal poate detecta o hemoragie abdominală ascunsă. Lichidul abdominal liber, detectat prin tomografia computerizată după lavaj peritoneal, poate fi de la lavaj sau de la o hemoragie; astfel constatarea se invalidează. La o tomografie computerizată, hemoragia abdominală acută este de obicei iso-intensă sau revelează densitatea apei, contrar hemoragiei acute ale SNC (sistemului nervos central), care este hiperintensă. Leziunile organice se pot manifesta prin: prezența de aer liber, a fluidului extraluminal sau a unor zone atenuate, ce pot indica un edem, o contuzie, hemoragie sau o laceratie. Edemul peripancreatic este unul din semnele pancreatitei acute traumatice și non-traumatice. Ultrasonografia este deosebit de utilă în detectarea hematoamelor subcapsulare ale splinei. Insuficiența renală cauzată de sindromul de zdrobire, poate fi acut după bătăi severe. Hipertensiunea renală poate fi o complicație tardivă a unei leziuni renale.

2. Bătaia la picioare

203. *Falanga* este cel mai răspândit termen pentru aplicarea repetată a loviturilor cu un baston, țeavă sau alte obiecte similare, la tălpile picioarelor (mai rar la mâini și coapse). Cea mai gravă complicație este sindromul de lojă, care poate cauza necroze musculare, obstrucții vasculare și/sau gangrena porțiunii distale a labei piciorului sau degetelor. Deformările permanente ale piciorului sunt mai puțin frecvente, deși se pot produce, la fel ca și fracturi ale oaselor carpiene, metacarpiene și ale falangelor. Deoarece leziunile sunt de obicei limitate la țesuturile moi, tomografia computerizată și RMN-ul sunt metodele preferate de documentare radiologică, dar trebuie de subliniat că acest examen fizic în faza acută, ar trebui să fie de diagnostic. *Falanga* poate produce invaliditate cronică: mers dificil și dureros; mobilitate crescută sau rigiditate (spastică) a oaselor tarsiene; Apăsarea ca și mișcarea de flexie a degetului mare poate fi dureroasă; La palpare,

aponevroza plantară poate fi găsită anormal de moale pe toată lungimea ei, iar prelungirile ei distale pot fi distruse, fie la partea bazală a falangei proximale, fie la nivelul pielii. Aponevroza nu se va consolida în mod normal, contribuind la un mers pe jos dificil și, eventual oboseala musculară. Extensia pasivă a degetului mare poate evidenția distrugerea aponevrozei. Dacă ea este intactă, se va putea simți întinderea ei prin flexiunea dorsală la 20 grade a degetului mare; flexia normală merge până la 70 de grade. Valori mai mari decât acestea sugerează leziuni la nivelul aponevrozei.^{83, 84, 85, 86} Pe de altă parte, un grad limitat de flexiune dorsală și durere la hiperextensia degetului mare, sunt semne de *hallux rigidus*, care rezultă din osteofita dorsală la ambele sau primul capăt metatarsal și/sau la baza falangei proximale.

204. Pot apărea numeroase complicații și sindroame:

- a) **sindromul de lojă (compartiment) închis, care este cea mai severă complicație:** edem într-un compartiment închis, ce poate duce la obstrucție vasculară și necroză musculară, care poate rezulta în fibroză, contractură sau gangrenă a părții distale a piciorului sau degetelor. Acest sindrom este de obicei diagnosticat prin măsurarea presiunii în compartimentul respectiv.
- b) **distrugerea călcâiului și a „pernuțelor” anterioare ale piciorului:** țesuturile moi de sub călcâi și falangele proximale sunt zdrobite în timpul falangei - fie direct, fie ca rezultat al edemului asociat cu trauma. De asemenea, sunt

⁸³ G. Sklyv, “Physical sequelae of torture”, *Torture and its consequences, current treatment approaches*, M. Bafo»lu ed. (Cambridge, Cambridge University Press, 1992:38-55).

⁸⁴ D. Forrest, “Examination for the late physical after effects of torture”, *Journal of Clinical Forensic Medicine* (6 1999:4-13).

⁸⁵ K. Prip, L. Tived, N.Holten, Physiotherapy for Torture Survivors: A Basic Introduction (Copenhagen, IRCT, 1995).

⁸⁶ F. Bojsen-Moller and K.E. Flagstad, “Plantar aponeurosis and plantar architecture of the ball of the foot”, *Journal of Anatomy* (121 1976:599-611).

afectate formațiunile de țesut conjunctiv, care se extind prin țesutul adipos și conectează pielea cu osul. Țesutul adipos este irigat insuficient de sânge și se atrofiază. Dispare efectul de amortizare (“pernuță”) și piciorul nu mai poate diminua stresul produs de mersul pe jos.

- c) **cicatrici rigide și neregulate ale pielii și ale țesutului subcutanat.** La un picior normal, țesuturile cutanate și sub-cutanate sunt fixate de aponevroza plantară prin formațiuni de țesut conjunctiv. Totuși, aceste formațiuni pot fi parțial sau complet distruse după expunerea la falanga, din cauza edemului, care le rupe.

- d) **rupturi ale aponevrozei plantare și ale tendoanelor piciorului.** Un edem în perioada post-falanga, poate rupe aceste structuri. Când funcția de sprijin necesară boltei piciorului dispare, mersul devine mult mai dificil și mușchii piciorului, în special *M.quadratus plantaris longus*, sunt extrem de forțați.

- e) **Fasciitele plantare pot să apară ca și complicații ulterioare ale acestor leziuni.** În cazurile de falangă, iritația este adesea prezentă de-a lungul întregii aponevroze, cauzând inflamație cronică a acesteia. Studiile efectuate prin scanări ale oaselor au evidențiat focare de hiperactivitate la nivelul calcaneum-ului sau a oaselor metatarsiene, la prizonierii eliberați după 15 ani de detenție și care pretindeau că au fost supuși la falanga, când au fost arestați prima dată.⁸⁷

205. Metodele radiologice, cum ar fi RMN (rezonanța magnetică), tomografia computerizată și ultrasonografia pot confirma deseori cazurile de traume, care apar ca urmare a aplicării metodei de tortură *falanga*. De asemenea, constatările radiologice pozitive pot să fie

⁸⁷ V. Lök, M. Tunca, K. Kumanlioglu et al., “Bone scintigraphy as clue to previous torture”, *Lancet* (337(8745) 1991:846-847). See also M. Tunca and V. Lök, “Bone scintigraphy in screening of torture survivors”, *Lancet* (352(9143) 1998:1859).

secundare altor boli sau traumatisme. Radiografiile de rutină sunt recomandate în examinarea inițială. RMN-ul este examinarea radiologică preferată pentru detectarea leziunilor țesuturilor moi. RMN-ul și scintigrafia pot detecta leziunile osoase sub unele vânătași, care nu sunt detectate de către radiografiile obișnuite sau prin tomografia computerizată.⁸⁸

3. Suspendarea

206. Suspendarea este o formă frecventă de tortură, care poate produce dureri extreme, dar care abia dacă lasă vre-o dovadă vizibilă de leziune. O persoană aflată încă în custodie, poate fi reticentă în recunoașterea faptului că a fost torturată, dar constatările deficiențelor neurologice periferice, diagnosticul de plexopatie brahială, practic dovedește diagnosticul de tortură prin suspendare. Suspendarea poate fi aplicată în diverse forme:

- (a) **suspendarea în cruce:** se aplică prin întinderea brațelor și legarea lor de o bară orizontală;

- (b) **suspendarea de tip “măcelărie”,** se aplică prin fixarea mâinilor în sus, fie împreună, fie una câte una;

- (c) **reversul suspendării de tip “măcelărie”,** se aplică prin fixarea picioarelor în sus și cu capul în jos;

- (d) **suspendarea „palestiniană”,** se aplică prin suspendarea victimei cu antebrațele legate împreună la spate, coatele fixate la 90 de grade și antebrațele legate de o bară orizontală. Alternativ, victima este suspendată de o ligatură prinsă în jurul coatelor sau încheieturilor, cu brațele la spate;

⁸⁸ See references 82 and 83 and V. Lök et al., “Bone scintigraphy as aev idence of previous torture, *Treatment and Rehabilitation Center Report of HRFT* (Ankara, 1994:91-96).

(e) **suspendarea „stinghia papagalului”**: se aplică prin suspendarea victimei de genunchii îndoiți de o bară care trece mai jos de regiunea popliteului, de obicei în timp ce încheieturile sunt legate de glezne.

207. Suspendarea poate dura de la 15-20 de minute până la câteva ore. Suspendarea „palestiniană” poate produce lezarea permanentă a plexului brahial, într-o scurtă perioadă de timp. „Stinghia papagalului” poate produce rupturi ale ligamentelor cruciforme din genunchi. Victima va fi adesea bătută în timp ce este suspendată sau va fi abuzată într-un alt mod. De obicei, în faza cronică, chiar peste mai mulți ani, persistă durerea și sensibilitatea din jurul umerilor, iar ridicarea greutateilor și rotirea, mai ales spre interior, cauzează dureri severe. Complicațiile din perioada acută, imediat după suspendări includ: slăbiciunea în mâini sau brațe, durere și paresthesia, amorțeală, insensibilitatea la atingere, durere superficială și pierderea reflexelor tendoanelor. Durerea intensă profundă, poate masca slăbiciunea musculară. În faza cronică, slăbiciunea poate continua și duce la epuizarea musculară. Sunt prezente senzațiile de amorțeală și, mai frecvent, paresthesia. Ridicarea brațelor sau ridicarea greutateilor, poate cauza durere, senzație de amorțeală sau slăbiciune. Pe lângă leziunile neurologice, pot exista rupturi ale ligamentelor articulațiilor umerilor, dislocări ale omoplaților și leziuni musculare în regiunea umerilor. La o inspecție vizuală a spatelui, se poate observa o „aripă de omoplat” (marginea vertebrală proeminentă a scapulei) cu leziunea nervului toracic lung sau cu dislocarea omoplatului.

208. Leziunea neurologică este de obicei asimetrică la brațe. Leziunile de plexus brahial se manifestă prin disfuncția motorie, senzorială și reflexă.

(a) **Examinarea motorie**. Cea mai frecventă constatare este slăbiciunea musculară asimetrică. Durerea acută poate face examinarea puterii

musculare dificilă de interpretat. Dacă leziunea este severă, atrofia musculară poate fi observată în faza cronică;

(b) **Examinarea senzorială**. Este comună lipsa completă a capacității senzoriale sau paresteziei de-a lungul nervului senzorial. Ar trebui să fie testate: percepția poziției, testarea obiectivă (two point discrimination test, CASE IV), testul *pin-prick* (sensibilității la durere cu *neurotips*-ul) și perceperea frigului și a căldurii. În cazul în care, cel puțin trei săptămâni mai târziu, este prezentă deficiența sau pierderea reflexelor sau diminuarea lor, trebuie efectuate studii electro-fiziologice corespunzătoare, de către un neurolog cu experiență în domeniul folosirii și interpretării acestor metodologii;

(c) **Examinarea reflexelor**. Poate fi prezentă pierderea reflexelor, o diminuare a acestora și o diferență între cele două extremități. În suspendarea „palestiniană”, deși ambele plexuri brahiale sunt traumatizate, plexopatia asimetrică se poate dezvolta din cauza modului în care victima torturată a fost suspendată, în funcție de care braț a fost plasat într-o poziție superioară și de modul de legare. Deși cercetările sugerează că plexopatiile brahiale sunt de obicei unilaterale, aceasta este în contradicție cu experiențele în contextul torturii, în care leziunea bilaterală este frecventă.

209. Dintre țesuturile regiunii umerilor, plexul brahial este structura cea mai sensibilă la leziunile de tracțiune. Suspendarea „palestiniană” produce lezarea plexului brahial, datorită extinderii posterioare forțate a brațelor. După cum se observă din tipurile clasice de suspendare „palestiniană”, atunci când corpul este suspendat cu brațele în hiperextensie posterioară, în mod normal sunt vătămate plexul de jos și apoi fibrele plexurilor mijlociu și de sus, dacă forța asupra acestuia este suficient de mare. Dacă suspensia este de tip „crucifix”, dar nu include o hiperextensie, fibrele plexului mijlociu sunt lezate primele, din cauza hiperabducției.

Leziunile plexului brahial pot fi clasificate după cum urmează:

(a) **Leziuni ale plexului inferior**. Deficiențele sunt localizate în mușchii antebrațului și mâinii. Deficiențe senzoriale pot fi remarcate în antebraț și la degetele 4 și 5 în partea mediană a mâinii, într-o ramură a nervului ulnar;

(b) **Leziuni ale plexului median**. Mușchii extensori ai degetului, cotului și antebrațului sunt afectați. Pronația antebrațului (mișcare de răsucire spre interior) și flexiunea radială pot fi slabe. Se constată deficiențe senzoriale ale antebrațului și pe partea dorsală a degetelor 1, 2 și 3 ale mâinii în ramura nervului radial. Reflexele tricepsului se pot pierde.

(c) **Leziuni ale plexului superior**. Sunt afectați în special mușchii umărului. Abducția umărului, rotirea axială și pronația-supinația antebrațului poate fi cu deficiente. Deficiența senzorială apare în regiunea deltoidă și se poate extinde la braț și părțile exterioare antebrațului.

4. Alte torturi poziționale

210. Există multe forme de tortură pozițională, toate cu scop de a lega sau constrânge victima în poziții contorsionate, hiperextinse sau alte poziții nenaturale, care pot provoca dureri grave și pot produce leziuni ale ligamentelor, tendoanelor, nervilor și vaselor de sânge. De obicei, aceste forme de tortură abia dacă lasă vre-un semn exterior sau constatări radiologice, în pofida frecvențelor dizabilități cronice severe, care rezultă din acestea.

211. Toate torturile poziționale au drept țintă tendoanele, încheieturile și mușchii. Există mai multe metode: „suspendarea papagalului”, „poziția bananei” sau clasică „legătura bananei” în jurul unui scaun sau pur și simplu pe pământ, pe o motocicletă; poziția de a sta forțat în picioare, într-un singur picior; de a sta în picioare timp îndelungat, cu brațele întinse și capul drept în sus pe un perete; rămânerea prelungită în

poziția ghemuit și lipsirea forțată de mișcare, fiind închis într-o cușcă de mici dimensiuni. Conform caracteristicilor acestor poziții, victimele acuză dureri într-o regiune a corpului, limitarea mișcării articulațiilor, durere de spate, durere în mâini sau în regiunile cervicale ale corpului și inflamații ale picioarelor în partea de jos. Se vor aplica aceleași principii de examinare neurologică și musculo-scheletală și acestor forme de torturi poziționale, ca și cele folosite în cazul suspendărilor. Pentru evaluarea leziunilor asociate torturilor poziționale, se va prefera RMN-ul.

5. Tortura prin șoc electric

212. Curentul electric se transmite prin electrozi, plasați pe orice parte a corpului. Cele mai frecvente regiuni ale corpului implicate, sunt: mâinile, picioarele, degetele de la mâini și de la picioare, urechile, sfârcurile, gura, buzele și zonele genitale. Sursa de energie poate fi una mecanică cu manivelă sau un generator de ardere, o sursă de energie centrală, sau orice dispozitiv electric. Curentul electric urmează cea mai scurtă cale dintre doi electrozi. Simptomele care apar atunci când se folosește curentul electric, au această caracteristică. De exemplu, dacă electrozii sunt plasați pe un deget de la piciorul drept și în regiunea genitală, se vor produce dureri, contracții musculare și crampe în mușchii coapsei și gambei drepte. Iar în zona genitală se vor resimți dureri cumplite. Din moment ce toți mușchii de-a lungul traseului se contractează tetanic, se pot observa dislocarea umărului, radiculopatii lombare și cervicale, în cazul în care curentul electric este suficient de mare. Oricum, tipul curentului, timpul aplicării și tensiunea utilizată, nu pot fi determinate cu exactitate la examinarea fizică a victimei. Deseori tortionarii utilizează apă sau gel, pentru a spori eficiența torturii, pentru a extinde punctul de intrare al curentului în corp și pentru a preveni arsuri electrice detectabile. De obicei, arsurile electrice provoacă leziuni circulare roșu-maronii

de 1-3 mm în diametru, de obicei fără inflamație, care pot lăsa cicatrici hiperpigmentate. Suprafețele pielii trebuie să fie atent examinate, deoarece deseori leziunile nu sunt ușor de observat. Decizia de a examina leziunile recente prin biopsie, pentru a dovedi originea lor, este controversată. Arsurile electrice pot produce modificări histologice specifice, dar acestea nu sunt prezente întotdeauna, precum și absența lor nu demonstrează că leziunea nu este o arsură electrică. Decizia trebuie să fie luată de la caz la caz, pe baza faptului, dacă durerea și disconfortul asociat unei biopsii a pielii, pot fi justificate de un potențial rezultat al procedurii (vezi anexa II, secț. 2).

6. Tortura dentară

213. Tortura dentară poate fi prin spargerea sau extragerea dinților sau prin aplicarea de curent electric. Aceasta poate avea ca rezultat spargerea dinților, umflarea gingiilor, sângerare, durere, gingivită, stomatită, fracturi de mandibulă sau pierderea plombelor. Sindromul articulației temporo-mandibulare se manifestă cu durere, limitarea mișcării maxilarului și, în unele cazuri, subluxație din cauza spasmelor musculare, care apar în rezultatul curentului electric sau al loviturilor peste față.

7. Asfixierea

214. Sufocarea până aproape de asfixiere, este o metodă de tortură folosită din ce în ce mai des, care nu lasă de obicei nici o urmă, iar recuperarea este rapidă. Această metodă de tortură a fost atât de răspândită în America Latină, încât numele ei în limba spaniolă, *submarino*, a devenit parte a vocabularului din domeniul Drepturilor Omului. Respirația normală poate fi împiedicată prin metode cum ar fi: acoperirea capului cu o pungă de plastic, acoperirea gurii și a nasului, presiune sau ligatură în jurul gâtului sau aspirare forțată de

praf, ciment, ardei iute, etc. Acestea sunt cunoscute sub numele de „*submarino uscat*” („*dry submarino*”) și pot apărea mai multe complicații, cum ar fi: peteșii ale pielii, sângerări nazale și din urechi, congestia feței, infecții ale cavității bucale și probleme respiratorii acute sau cronice. Scufundarea forțată a capului în apă, adesea contaminată cu urină, fecale, mase vomitive sau alte impurități, pot avea ca rezultat înecarea sau starea de a fi aproape de înec. Aspirarea de apă în plămâni poate duce la pneumonie. Această formă de tortură este numită „*submarinul umed*” („*wet submarino*”). În spânzurare sau în altă formă de asfixiere prin ligaturi, pot fi adesea observate în zona gâtului escoriații sau contuzii tipice. Osul hyoid și cartilajul laringelui ar putea fi fracturate prin strangulare parțială sau lovituri la gât.

8. Tortura sexuală, inclusiv violul

215. Tortura sexuală începe cu dezbrăcarea forțată, care în multe țări este un factor constant în situațiile de tortură. O persoană niciodată nu este atât de vulnerabil, ca atunci când este gol și neputincios. Nuditatea sporește teroarea psihologică a fiecărui aspect al torturii, deoarece întotdeauna există pericolul potențial de a fi abuzat, violat sau supus sodomiei. Mai mult decât atât, amenințările sexuale verbale, abuzul și batjocorirea, de asemenea sunt parte a torturii sexuale, deoarece sporesc umilirea și aspectele ei degradante, toate fiind parte integrantă a procedurii. Pipăirea femeilor este traumatizantă în toate cazurile și se consideră a fi tortură.

216. Există câteva diferențe între torturarea sexuală a bărbaților și a femeilor, dar mai multe lucruri sunt aplicabile la ambele grupuri. Violul este adesea asociat cu riscul de a contracta boli cu transmitere sexuală, mai ales a virusului imunodeficienței umane (HIV).⁸⁹ De cele mai

⁸⁹ D. Lunde and J. Ortmann, “Sexual torture and the treatment of its consequences, *Torture and its*

multe ori, singura profilaxie eficientă împotriva acestui virus, trebuie să fie luată la câteva ore de la incident și aceasta nu este, în general, posibil în țările în care tortura ale loc în mod obișnuit. În cele mai multe cazuri, va exista o componentă de indecență sexuală, iar în alte cazuri, tortura țintește organele genitale. Aplicarea curentului electric și a loviturilor sunt de obicei orientate spre organele genitale la bărbați, cu sau fără tortură anală adițională. Abuzul verbal sporește consecințele traumelor fizice. Adesea sunt amenințări la adresa pierderii virilității și la pierderea în consecință, a respectului social. Deținuții pot fi plasați goi în celule împreună cu membri ai familiei, prieteni sau necunoscuți, încălcându-se astfel tabuu-rile culturale. Acest lucru poate fi agravat de lipsa de intimitate în timpul folosirii toaletei. În plus, deținuții pot fi forțați să se abuzeze sexual reciproc, ceea ce poate fi destul de dificil de a suporta, din punct de vedere emoțional. Teama femeilor de un posibil viol, având în vedere stigmatizarea culturală profundă asociată cu acesta, se poate adăuga traumei. Nu este de neglijat nici trauma unei posibile sarcini, lucru care evident nu se întâmplă și bărbaților, teama pierderii virginității sau teama de a nu mai putea avea copii (chiar dacă violul poate fi ascuns față de potențialul soț și de restul societății).

217. Dacă în cazurile de abuz sexual, victima nu dorește ca evenimentul să fie cunoscut, din cauza presiunilor socio-culturale sau din motive personale, medicul care face examinarea, agențiile de investigare și instanțele de judecată au obligația de a coopera în menținerea confidențialității victimei. Stabilirea unui raport cu supraviețuitorii torturii, care au fost agresați sexual recent, necesită o pregătire psihologică specială și sprijin psihologic profesionist. Ar trebui să fie evitat orice tratament, care ar crește trauma psihologică a supraviețuitorului torturii. Înaintea începerii examinării, trebuie obținută

consequences, current treatment approaches, M. Baño» lu, ed. (Cambridge, Cambridge University Press, 1992:310-331).

permisiunea victimei pentru orice fel de testări, și acest lucru trebuie să fie reconfirmat de victimă și înaintea celor mai intime părți al examinării. Victima trebuie să fie informată într-un mod clar și inteligibil despre importanța examinării și de posibilele constatări ale acesteia.

(a) Evaluarea simptoamelor

218. O cronică detaliată a presupusului atac sexual, ar trebui să fie înregistrată după cum s-a descris mai sus în acest manual (vezi capitolul B. de mai sus). Există însă, anumite întrebări specifice, care sunt relevante numai în afirmațiile de abuz sexual. Acestea caută să obțină simptome actuale ale unui atac recent, cum ar fi de exemplu, sângerare, eliminări vaginale sau anale, echimoze sau leziuni și localizarea durerii. În cazurile de atac sexual din trecut, întrebările ar trebui să se îndrepte către simptomele prezente, care sunt urmare a atacului, cum ar fi: frecvența urinării, incontinența sau disuria (dificultăți la urinare), dereglarea ciclului menstrual, sarcini ulterioare, avorturi sau hemoragii vaginale, dereglări sexuale, inclusiv dureri în timpul actului sexual sau în regiunea anală, sângerările, sau constipația.

219. În mod ideal, ar trebui să existe condiții tehnice și fizice adecvate, pentru ca supraviețuitorii abuzului sexual, să poată să fie examinați corespunzător de către o echipă alcătuită din psihiatri, psihologi, ginecologi și asistenți medicali, cu experiență și instruiți în tratarea supraviețuitorilor torturii sexuale. Un alt scop al consultației în cazul abuzurilor sexuale, este acela de a oferi sprijin, consiliere și, dacă este cazul, re-asigurări. Aceasta trebuie să acopere aspecte cum ar fi bolile cu transmitere sexuală, infecția HIV, sarcina, în cazul în care victima este o femeie, și traumele fizice ireversibile, deoarece torționarii adesea spun victimelor lor că nu vor mai putea avea funcții sexuale normale, ceea ce se poate transforma într-o profeție pe care victimele singure o duc la îndeplinire.

(b) Examinarea în urma unui abuz recent

220. Rareori o victimă a unui viol este eliberată în timpul, cât mai pot fi identificate semne acute ale agresiunii. În astfel de cazuri, există multe lucruri de care trebuie să fim conștienți și care ar putea împiedica evaluarea medicală. Victimele agresate recent, pot fi tulburate și confuze în privința solicitării de ajutor medical sau legal, din cauza temerilor lor, relațiilor socio-culturale sau naturii distructive a abuzului. În astfel de cazuri, un medic ar trebui să explice victimei toate opțiunile medicale și judiciare și ar trebui să acționeze în conformitate cu doleanțele victimei. Obligațiile medicului includ: obținerea consimțământului pentru examinare, înregistrarea tuturor constatărilor medicale de abuz și obținerea de probe pentru examinarea medico-legală. Ori de câte ori este posibil, examinarea ar trebui să fie făcută de către un expert cu experiență în documentarea agresiunii sexuale. În caz contrar, medicul care examinează ar trebui să vorbească cu un expert sau să consulte un text standard de medicină legală clinică.⁹⁰ Atunci când medicul este de alt sex decât victima, acesteia trebuie să i se asigure prezența în camera de examinare a unui însoțitor de același sex cu el. În cazul în care este folosit un translator, acesta de asemenea, poate avea rolul de însoțitor. Având în vedere natura sensibilă a investigației abuzurilor sexuale, o rudă a victimei, nu este în mod normal persoana ideală pentru a fi folosită pe un astfel de rol (vezi capitolul IV, secț. I). Pacientul ar trebui să se simtă confortabil și relaxat înaintea examinării. Ar trebui să fie realizată o examinare minuțioasă, inclusiv documentarea detaliată a tuturor constatărilor fizice, inclusiv mărimea, locul și culoarea leziunilor și, acolo unde se poate, acestea ar trebui să fie fotografiate, precum și colectate probe și specimene de la examinare.

⁹⁰ See J. Howitt and D. Rogers, "Adult Sexual Offenses and Related Matters", *Clinical Forensic Medicine*, W.D.S. McLay, ed. (London, Greenwich Medical Media, 1996:193-218).

221. Examinarea fizică nu ar trebui să fie inițial direcționată spre zona genitală. Orice deformare ar trebui să fie notată. Trebuie să se acorde o atenție deosebită pentru asigurarea unei examinări amănunțite a pielii, căutând leziuni cutanate, care ar putea fi rezultatul unei agresiuni. Acestea includ vânătăi, laceratii, echimoze și peteșii cauzate de mușcături sau de la alte acțiuni. Aceasta poate ajuta pacientul să fie mai relaxat pentru o examinare completă. Atunci când leziunile genitale sunt minime, leziunile de pe alte părți ale corpului, pot fi dovada cea mai importantă a unei agresiuni.

Chiar și în timpul examinării organelor genitale al unei femei imediat după viol, leziunile se pot identifica în mai puțin de 50% din cazuri. Examinările anale ale bărbaților și femeilor după violul anal, arată leziuni în mai puțin de 30% din cazuri. În mod evident, acolo unde s-au folosit obiecte relativ mari pentru penetrarea vaginului sau anusului, probabilitatea identificării leziunilor este mult mai mare.

222. În cazul în care este disponibil un laborator medico-legal, acesta ar trebui să fie contactat înainte de examinare, pentru a discuta tipurile de specimene care pot fi testate și, prin urmare, ce probe ar trebui prelevate și cum. Multe laboratoare oferă truse pentru a permite medicilor să ia toate probele necesare de la persoanele, care acuză agresiuni sexuale. Dacă nu este disponibil nici un laborator, merită să se utilizeze tampoane umede de vată, care să fie mai târziu uscate în aer liber. Aceste probe pot fi folosite mai târziu pentru testele ADN. Sperma poate fi identificată într-o perioadă de până la cinci zile din probele prelevate din vagin și până în a treia zi, pentru cele prelevate din rect. Trebuie să fie luate măsuri de precauție, pentru a preveni acuzațiile de contaminare încrucișată a probelor prelevate de la diferite victime, în special dacă acestea sunt prelevate de la presupușii torționari. Trebuie să se asigure protecția totală și documentarea lanțului de custodie, pentru toate probele medico-legale.

(c) Examinarea după perioada imediată

223. În cazul în care presupusa agresiune a avut loc mai devreme, mai mult de o săptămână și nu există nici un semn de lovituri sau laceratii, examinarea pelviană nu mai este atât de necesară, ca în faza imediată. Timpul poate fi utilizat pentru a încerca să se găsească cea mai calificată persoana, care să documenteze constatările și cel mai bun spațiu, în care să fie interviuată victima. Cu toate acestea, ar mai putea fi benefică fotografierea corespunzătoare a leziunilor care au mai rămas, dacă acest lucru este posibil.

224. Trebuie mai întâi înregistrate datele de fond, după cum s-a descris mai sus, și apoi examinarea și documentarea constatărilor fizice generale. La femeile care au născut înainte de viol, și în special la cele care au născut după viol, nu sunt probabile constatările patognomice, deși un medic-femeie, cu experiență, poate confirma suficient de multe din atitudinea și conduita femeii atunci, când aceasta relatează faptele petrecute.⁹¹ Este posibil să dureze ceva timp, până când persoana să fie dispusă să discute acele aspecte ale torturii, pe care el sau ea le consideră cele mai jenante. În mod similar, pacienții pot dori amânarea examinării părților cele mai intime ale examinării, pentru o consultație viitoare, în cazul în care circumstanțele și timpul permit acest lucru.

(d) Re-examinările

225. Multe boli infecțioase pot fi transmise în cazul unei agresiuni sexuale, inclusiv boli cu transmitere sexuală cum ar fi: gonoreea, chlamydia, sifilis, HIV, hepatita B și C, herpes simplex și *Condyloma acuminatum* (condiloame venerice), precum și vulvovaginite asociate cu abuzul sexual cum ar fi trichomoniasa, *candidoza vaginală*, *gardnarella vaginalis* și

⁹¹ G. Hinshelwood, *Gender-based persecution* (Toronto, United Nations Expert Group Meeting on Gender-based Persecution, 1997).

enterobius vermicularis (oxiuri), ca și infecții ale tractului urinar.

226. În toate cazurile de abuz sexual, ar trebui să fie prescrise teste de laborator adecvate și tratamentul respectiv. În cazul gonoreei și chlamydiei, trebuie să se ia în considerare, cel puțin în scopuri de examinare, infectarea concomitentă atât a anusului, cât și a orofaringelui. În cazurile de agresiuni sexuale, ar trebui să se obțină culturi inițiale și să se efectueze teste serologice, pentru a iniția tratamentul adecvat. Disfuncțiile sexuale sunt frecvente la supraviețuitorii torturii, în special printre victimele care au suferit torturi sexuale sau violuri, dar nu numai. Simptoamele pot de origine fizică sau psihologică, sau o combinație a ambelor și pot include:

- (i) aversiune față de membri de sex opus sau interes scăzut pentru activitatea sexuală;
- (ii) teama de activitate sexuală, deoarece un partener sexual își va da seama că victima a fost abuzată sexual, sau teama de a fi fost afectată din punct de vedere sexual. Torționarii poate că ar fi amenințat victimele cu acest lucru și au indus frica de homosexualitate la bărbații, care au fost abuzați anal. Este posibil, ca unii bărbați heterosexuali să fi avut erecție și să fi ejaculat în timpul relației sexuale forțate. Ei ar trebui asigurați că acesta este un răspuns fiziologic;
- (iii) incapacitatea de a avea încredere într-un partener sexual;
- (iv) tulburări ale activității sexuale și disfuncții erectile;
- (v) dyspareunia (act sexual dureros la femei) sau infertilitate cauzate de bolile cu transmitere sexuală, traume directe asupra organelor de reproducere sau avorturi efectuate la un nivel scăzut de calitate, după sarcinile rezultate în urma violurilor.

(e) Examinarea genitală a femeilor

227. În multe culturi, este complet inacceptabilă penetrarea vaginului unei virgine,

fie aceasta realizată cu orice, inclusiv cu un instrument ginecologic, deget sau tampon de vată. În cazul în care o femeie demonstrează dovezi clare de viol la o examinare exterioară, poate fi necesară o examinare internă pelviană. Constatările examinării genitale pot include:

- (i) Laceratii mici sau rupturi ale vulvei. Acestea pot fi acute și sunt cauzate de extinderi excesive. În mod normal, acestea se vindecă complet dar, dacă traumatismul se repetă, pot apărea cicatrici;
- (ii) escoriații ale organelor genitale feminine. Acestea pot fi cauzate de contactul cu obiecte rugoase, cum ar fi unghii sau inele;
- (iii) Laceratiile vaginale. Acestea sunt rare, dar, dacă există, pot fi asociate cu atrofia țesuturilor sau cu intervenții chirurgicale anterioare. Ele nu pot fi diferențiate de incizii cauzate de inserția de obiecte ascuțite.

228. La examinarea aparatului genital feminin la mai mult de o săptămână de la agresiune, foarte rar se pot găsi dovezi fizice. Mai târziu, în cazul în care femeia ar fi putut relua activitatea sexuală, fie cu consimțământul ei sau nu, sau dacă a născut, poate să fie imposibil de atribuit orice constatare unui incident specific de pretins abuz. Prin urmare, cea mai semnificativă componentă a unei evaluări medicale, poate fi evaluarea de către examinator a informației de fond (de exemplu, corelarea dintre acuzațiile de abuz și leziunile acute constatate de persoană) și a conduitei, având în vedere contextul cultural al experienței femeii.

(f) Examinarea organelor genitale a bărbaților

229. Bărbații care au fost supuși torturii în regiunile genitale, inclusiv strivirea, răsucirea sau tragerea scrotului, sau traumatisme directe, de obicei acuză durere și sensibilitate în perioada acută. Se pot observa hiperemie, tumefiere și echimoze. Urina poate conține un număr mare de eritrocite și leucocite. Dacă se detectează o

formațiune proeminentă, ar trebui să se determine dacă este un hidrocel, un hematocel sau o hernie inghinală. În cazul unei hernii inghinale, examinatorul nu poate palpa cordonul spermatic de deasupra formațiunii. În cazul unui hidrocel sau o haematocel, cordonul spermatic normal poate fi palpate deasupra formațiunii.

Un hidrocel este rezultatul unei acumulări excesive de fluid în *tunica vaginalis*, cauzate de inflamații ale testiculelor și ale anexelor sale, sau de diminuarea drenajului secundar, ca urmare a obstrucției venoase sau limfatice a corzii sau a spațiului retroperitoneal. Un hematocel este o acumulare de sânge în *Tunica vaginalis*, ca urmare a unei traume. Spre deosebire de hidrocel, aceasta nu reflectă lumina.

230. Torsiunea testiculelor poate fi, de asemenea, rezultatul traumatizării scrotului. La acest tip de leziune, testiculul se răsuțește la bază, și împiedică astfel fluxul sanguin. Aceasta provoacă dureri puternice și inflamații și constituie o urgență chirurgicală. Imposibilitatea de a reduce imediat torsiunea, va duce la infarctul testiculului. În cazul detenției, unde accesul medicilor poate să fie refuzat, se pot observa mai târziu sechele ale acestei leziuni.

231. Persoanele care au fost supuși torturii scrotului, pot suferi de infecții urinare cronice, disfuncții erectile sau atrofierea testiculelor. Simptoamele PTSD (tulburărilor de stres post-traumatice) sunt destul de frecvente.

În faza cronică, ar putea fi imposibilă distingerea între patologia scrotală cauzată de tortură și cea cauzată de alte boli. Eșecul de a descoperi orice anomalii fizice, la un examen urologic complet, sugerează că simptoamele urinare, impotența sau alte probleme sexuale pot avea explicații de ordin psihologic. Cicatricile pielii scrotului și penisului pot fi foarte dificil de vizualizat. Din această cauză, absența cicatricilor în aceste locuri specifice, nu demonstrează absența torturii. Pe de altă parte, prezența cicatricilor indică de obicei faptul că au avut loc traume substanțiale.

(g) Examinarea regiunii anale

232. După un viol anal sau după inserarea de obiecte în anus, la ambele sexe poate avea loc dureri și sângerări timp de zile sau săptămâni. Aceasta duce deseori la constipare, care poate fi agravată de dieta săracă din multe locuri de detenție. De asemenea, pot apărea simptome gastro-intestinale și urinare. În faza acută, dincolo de inspecția vizuală, orice examinare poate necesita o anestezie locală sau generală, care ar trebui să fie efectuată de către un specialist. În faza cronică, anumite simptome pot persista, iar acestea trebuie să fie investigate. Ar putea exista cicatrici anale de dimensiuni sau poziții neobișnuite, iar acestea trebuie documentate. Fisurile anale pot persista timp de mai mulți ani, dar în mod normal este imposibil de a face diferența între cele cauzate de tortură sau prin alte mecanisme. La examinarea anusului, ar trebui să fie căutate și documentate următoarele constatări:

- (i) Fisurile au tendința de a fi constatări ne-specifice, deoarece ele pot fi rezultatul unor situații „normale” (constipație, igienă neadecvată). Cu toate acestea, atunci când sunt observate într-o situație acută (de exemplu în termen de 72 de ore), fisurile reprezintă o constatare mai specifică și pot fi considerate ca dovezi ale penetrării;
- (ii) Se pot observa rupturi anale cu sau fără sângerare;
- (iii) rupturi ale forme obișnuite a țesuturilor, se pot manifesta ca o cicatrice netedă în formă de evantai. Atunci când aceste cicatrici sunt în afara liniei mediane (de exemplu, nu la „orele 12 sau 6), ele pot fi un indiciu asupra unei traume prin penetrare;
- (iv) fășii mici pe piele, (tag-uri) care pot fi cazul unei traume în proces de vindecare;
- (v) eliminări purulente din anus. Acestea ar trebui să fie prelevate pentru identificarea gonoreei și a chlamydiei din culturi, în toate cazurile de presupusă penetrare rectală, indiferent dacă sunt sau nu remarcate.

E. Testele diagnostice specializate

233. Testele diagnostice nu sunt o parte esențială a evaluării clinice a unei persoane, care pretinde că a fost torturată. În multe cazuri, istoricul medical și examinarea fizică sunt suficiente. Cu toate acestea, există circumstanțe în care astfel de teste sunt documente justificative valoroase. De exemplu, în cazul în care există un proces juridic împotriva membrilor unei autorități sau o cerere de compensare. În astfel de cazuri, un test pozitiv poate să facă diferența între reușita și nereușita cazului. În plus, în cazul în care testele diagnostice se efectuează din motive terapeutice, rezultatele acestora trebuie adăugate la raportul clinic. Trebuie să fie recunoscut faptul că, absența unui rezultat pozitiv la un test diagnostic, ca și în constatările fizice, nu trebuie să fie interpretat ca o dovadă că tortura nu a avut loc. Există foarte multe situații, în care testele diagnostice nu sunt disponibile din motive tehnice, iar absența lor nu trebuie să infirme un altfel de raport, scris în mod corespunzător. Nu este adecvat să se utilizeze instituțiile diagnostice limitat, doar pentru documentarea leziunilor pentru scopuri juridice, atunci când există o nevoie clinică mai mare de acestea (pentru detalii suplimentare, vezi anexa II).

CAPITOLUL VI DOVEZI PSIHOLOGICE ALE TORTURII

A. Considerente generale

1. Rolul central al evaluării psihologice

234. Există o opinie larg răspândită, că tortura este o experiență de viață extraordinar de traumatică, capabilă de a cauza o gamă largă de suferințe fizice și psihologice. Cei mai mulți clinicieni și cercetători sunt de acord că, natura extremă a torturii este suficient de puternică prin ea însăși, pentru a provoca consecințe mentale și emoționale, indiferent de starea psihologică a persoanei din perioada pre-tortură. Cu toate acestea, consecințele psihologice ale torturii apar în contextul atribuirii de semnificație personală, dezvoltarea personalității, precum și de factorii sociali, politici și culturali. Din aceste motive, nu se poate spune că toate formele de tortură au același rezultat. De exemplu, consecințele psihologice ale unei execuții false nu sunt aceleași ca și cele datorate unei agresiuni sexuale, precum și carcera sau detenția în izolare, nu produc aceleași efecte ca și cele provocate de actele fizice de tortură. De asemenea, nu se poate presupune că efectele detenției și torturii asupra unui adult, vor fi aceleași cu cele asupra unui copil. Cu toate acestea, există multe simptome și reacții psihologice, care au fost observate și documentate la supraviețuitorii actelor de tortură cu o anumită regularitate.

235. Tortionarii încearcă adesea să-și justifice actele de tortură și de maltratare, prin nevoia de a aduna informații. Astfel de conceptualizări ascund de fapt scopul torturii și consecințele intenționate. Unul dintre scopurile principale ale torturii, este de a reduce o persoană la o stare de neputință și suferință extremă, care poate duce la deteriorarea funcțiilor cognitive, emoționale și comportamentale.⁹² Astfel, tortura este un mijloc

⁹² G. Fischer and N. F. Gurriss, "Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung", *Praxis der*

de a ataca modurile fundamentale de funcționare psihologică și socială ale unei persoane. În astfel de circumstanțe, tortionarul se străduie nu numai să facă victima incapabilă din punct de vedere fizic, ci și să-i dezintegreze personalitatea.

Tortionarul încearcă să distrugă victimei sentimentul că ar aparține vreunei familii și societății umane ca o ființă umană, care are vise, speranțe și aspirații pentru viitor.

Prin dezumanizare și anihilarea voinței victimelor, tortionarii setează exemple oribile pentru cei, care mai târziu vor intra în contact cu victima. În acest fel, tortura poate distruge și anihila voința și coerența unor comunități întregi. În plus, tortura poate afecta profund relațiile intime dintre soți, părinți, copii, alți membri ai familiei și relațiile dintre victime și comunitățile lor.

236. Este important să recunoaștem că nu toți cei care au fost torturați, dezvoltă o boală mintală diagnosticabilă. Cu toate acestea, multe victime se confruntă cu reacții emoționale profunde și cu simptome psihologice. Cea mai importantă tulburare psihiatrică asociată cu tortura este sindromul Tulburărilor de Stres Post Traumatic (PTSD) și depresia profundă (majoră). Aceste tulburări sunt prezente în general la populație, dar ele se întâlnesc mult mai frecvent la persoanele traumatizate. Implicațiile culturale, sociale și politice unice, pe care le are tortura asupra fiecărei persoane, influențează capacitatea lor de a o descrie și de a vorbi despre tortură. Aceștia sunt factori importanți, care contribuie la impactul pe care tortura îl produce la nivel psihologic și social și care trebuie luat în considerare atunci când se efectuează o evaluare a unei persoane din altă cultură. Cercetările trans-culturale demonstrează că metodele fenomenologice sau descriptive, sunt cele mai raționale abordări, care trebuie utilizate atunci când se încearcă o evaluare a tulburărilor psihologice sau psihiatrice. Ceea ce este

Psychotherapie-Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, W. Sen fän d W. Broda, eds. (Stuttgart, Thieme, 1996).

considerat de a fi tulburare de comportament sau o boală într-o anumită cultură, în o altă cultură aceasta nu este considerată ca fiind patologică.^{93, 94, 95} De la al doilea război mondial, s-au făcut progrese importante către înțelegerea consecințelor psihologice ale violenței. Anumite simptome psihologice și grupuri de simptome au fost observate și documentate printre supraviețuitorii torturii și ai altor tipuri de violențe.

237. În ultimii ani, diagnosticul PTSD (Tulburărilor de Stres Post Traumatic) s-a confirmat la un număr din ce în ce mai mare de persoane, care au suferit de la impactul a foarte multe și diverse tipuri de violențe. Totuși, utilitatea acestui diagnostic în culturile non-vestice nu a fost stabilită. Cu toate acestea, dovezile sugerează că există o rată ridicată de PTSD și simptome de depresie printre populațiile refugiate traumatizate din diferite regiuni și medii etnice și culturale.^{96, 97, 98} Studiul trans-cultural al Organizației Mondiale a

⁹³ A. Kleinman, "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care", paper delivered at the WPA regional symposium on psychiatry and its related disciplines, 1986.

⁹⁴ H. T. Engelhardt, "The concepts of health and disease", *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, H.T. Englehardt and S.F. Spicker, eds. (Dordrecht: D. Reidel Publishing Co., 1975:125-141).

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

⁹⁶ R. F. Mollica, K. Donelan, S. Tor et al., "The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps", *Journal of the American Medical Association (JAMA)* (270 1993:581-586).

⁹⁷ J. D. Kinzie et al., "The prevalence of post-traumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees", *American Journal of Psychiatry* (147(7) 1990:913-917).

⁹⁸ K. Alldene t al., "Burmese political dissidents in Thailand: trauma; and survival among young adults in exile", *American Journal of Public Health* (86 1996:1561-1569).

Sănătății asupra depresiei oferă informații utile.⁹⁹ În vreme ce unele simptome pot să fie prezente la mai multe culturi diferite, acestea pot să nu fie simptome care să preocupe foarte mult persoana.

2. Contextul evaluării psihologice

238. Evaluările se desfășoară într-o varietate de contexte politice. Acest lucru duce la diferențe importante în modul în care ar trebui efectuată o evaluare. Medicul sau psihologul trebuie să adapteze următoarele îndrumări, la situația specială și scopul evaluării (vezi capitolul III, sect. C.2).

239. Dacă pot sau nu pot să fie puse în siguranță anumite întrebări, va varia considerabil și depinde de gradul în care se pot asigura confidențialitatea și securitatea. De exemplu, o examinare într-o închisoare de către un medic în vizită, care este limitată la 15 minute, nu poate cuprinde aceleași etape ca o examinare medico-legală, efectuată într-un birou privat, care poate dura până la câteva ore. Probleme suplimentare apar atunci, când se încearcă evaluarea faptului, dacă simptomele comportamentale sau psihologice sunt patologice sau de adaptare.

Atunci când o persoană este examinată, fiind în detenție sau care trăiește sub amenințări considerabile sau opresiune, unele dintre simptome pot să fie de adaptare. De exemplu, interesul diminuat pentru activitate zilnică și sentimente de detașare sau înstrăinare, sunt ușor de înțeles la o persoană care a fost în detenție izolată. De asemenea, hipervigilența și comportamentul de evitare, pot fi necesare pentru persoanele care trăiesc în societăți represive.¹⁰⁰ Cu toate acestea, limitările impuse

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

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

de anumite condiții pentru interviuri, nu împiedică aplicarea setului de îndrumări expuse în acest manual. În circumstanțe dificile, în care sunt implicate guverne și autorități, este deosebit de important să țină cont de aceste standarde, cât mai mult posibil.

B. Consecințele psihologice ale torturii

1. Observații preventive

240. Înainte de a intra într-o descriere tehnică a simptomelor și a clasificărilor psihice, ar trebui să fie remarcat că clasificările psihice sunt în general considerate a fi concepte medicale vest-europene și că aplicarea lor populațiilor non-vestice prezintă, implicit sau explicit, anumite dificultăți. Se poate afirma, că civilizațiile din vest suferă de medicație nejustificată a proceselor psihologice. Ideea că suferința mintală reprezintă o tulburare a persoanei și care manifestă un set de simptome tipice, poate fi inacceptabilă pentru mulți membri ai societăților non-occidentale. Cu toate acestea, există dovezi considerabile despre modificările biologice, care au loc în cazul Tulburărilor de Stres Post Traumatic și, din acest punct de vedere, sindromul este unul diagnosticabil, care poate fi supus tratamentului biologic și psihologic.¹⁰¹ Medicul sau psihologul evaluator ar trebui să încerce să coreleze cât de mult posibil, suferința mintală a persoanei de contextul credinței și normelor culturale ale acestuia. Aceasta include respectul pentru contextul politic, precum și pentru cel cultural sau confesiunii religioase. Având în vedere gravitatea torturii și a consecințelor sale, atunci când se efectuează o evaluare psihologică, ar trebui să fie adoptată mai degrabă o atitudine de

¹⁰¹ M. Friedman and J. Jaranson, "The applicability of the posttraumatic concept to refugees", *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, T. Marsella et al., eds. (Washington, D. C., American Psychological Association Press, 1994:207-227).

învățare informată, decât una de grabă pentru diagnosticare și clasificare. În mod ideal, această atitudine va comunica victimei că acuzele și suferințele sale sunt recunoscute ca fiind reale și de așteptat în circumstanțele date. În acest sens, o atitudine sensibilă și empatică, poate oferi victimei o anumită alinare față de experiența de înstrăinare.

2. Răspunsuri psihologice frecvente

(a) Re-trăirea traumei

241. Victima poate avea momente de re-trăire (flash back-uri) sau amintiri tulburătoare, în care evenimentul traumatic pare a se întâmpla din nou, chiar și atunci când persoana este trează și conștientă, sau poate să aibă coșmaruri repetate, care să includă elemente din evenimentul traumatizant, în forma lui originală sau simbolică. Pericolul simțit la întâlnirea unor replici care simbolizează sau se aseamănă traumei, se manifestă frecvent prin lipsa de încredere și frica față de persoane cu autoritate, inclusiv medici și psihologi. În țările sau situațiile în care autoritățile participă la încălcări ale Drepturilor Omului, lipsa de încredere și frica de persoanele cu autoritate, nu ar trebui să fie considerată a fi patologică.

(b) Evitarea și amorțeala emoțională

- (i) evitarea oricărui gând, conversație, activitate, loc sau persoane, care provoacă o amintire a traumei;
- (ii) reținere (constricție) emoțională profundă;
- (iii) detașare personală și retragerea socială profundă;
- (iv) incapacitatea de a-și aminti un aspect important al traumei.

(c) Hiperexcitabilitatea (Hyperarousal)

- dificultatea fie de a adormi, fie de a sta treaz;
- iritabilitatea sau izbucniri de furie;
- dificultatea de concentrare;
- hipervigilența, răspuns exagerat de prompt cu tresăriri;
- anxietatea generalizată;
- dificultăți de respirație, transpirația, gura uscată (xerostomie), amețeli sau dereglări gastro-intestinale.

(d) Simptomele depresiei

242. Următoarele simptome ale depresiei pot fi prezente: dispoziție depresivă, anhedonia (diminuarea semnificativă a interesului sau plăcerii în activități), tulburările de apetit sau pierderile în greutate, insomnie sau hipersomnie, agitația psiho-motorie sau răspunsuri întârziate, oboseala și pierderea energiei, sentimentul de inutilitate și de vinovăție excesivă, dificultatea de atenție, concentrare sau de memorie, gândurile de moarte, ideile suicidale sau tentativele de suicid.

(e) Concepția despre sine distorsionată și lipsa perspectivelor de viitor

243. Victima are un sentiment subiectiv de a fi iremediabil deteriorată și de a fi suferit o schimbare ireversibilă a personalității.¹⁰² Victima are un sentiment că nu mai are nici un viitor, nici o perspectivă de carieră, de căsătorie, copii sau a unui curs normal al vieții.

(f) Disociere, depersonalizare și comportament atipic

244. Disocierea reprezintă o întrerupere în integrarea conștiinței, a percepției de sine, a memoriei și a acțiunilor. O persoană poate fi deconectată sau incoștientă de anumite acțiuni,

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

sau se poate simți separată în două, ca și cum s-ar observa de la distanță. Depersonalizarea reprezintă sentimentul detașării persoanei de sine sau de propriul său corp. Problemele controlului de impuls se manifestă prin comportamente pe care victima le consideră foarte atipice față de personalitatea sa de dinaintea traumei. Un individ care era anterior prudent, poate dezvolta un comportament cu un grad înalt de risc.

(g) Acuze somatice

245. Simptomele somatice cum ar fi durerea, fie dureri de cap (cefalea) sau altă durere fizică, cu sau fără constatări obiective, sunt probleme frecvente printre victimele torturii. Durerea poate fi singura problemă manifestată și își poate schimba localizarea sau poate varia în intensitate. Simptomele somatice se pot datora direct consecințelor fizice ale torturii, sau pot avea origine psihologică. De exemplu, durerile de orice tip, pot fi o consecință directă a torturii sau pot fi de origine psihologice. Durerile somatice tipice includ: dureri de spate, dureri mușculo-scheletale și cefalee, provocate adesea de leziunile la cap. Cefalea este foarte frecventă la supraviețuitorii actelor de tortură și adesea duce la cefalee post-traumatică cronică. Aceasta poate fi adesea cauzată sau intensificată de stări de tensiune și stres.

(h) Disfuncția sexuală

246. Disfuncția sexuală se întâlnește adesea la supraviețuitorii torturii, în special la cei care au suferit tortură sexuală sau viol, dar nu exclusiv. (vezi capitolul V, secț. D.8).

(i) Psihozele

247. Diferențele culturale și lingvistice, pot fi confundate cu simptomele psihotice. Înainte de a eticheta pe cineva ca psihotic, simptomele trebuie evaluate în cadrul contextului cultural unic al individului. Reacțiile psihotice pot fi scurte sau prelungite, iar simptomele pot apărea în timp ce persoana este deținută sau torturată sau mai târziu. Sunt posibile următoarele constatări:

- decepții, dezamăgire;
- halucinații auditive, vizuale, tactile și olfactive;
- **ideație** (formare a ideilor) și comportament bizar;
- iluzii sau percepții distorsionate, care pot lua forma unor pseudo-halucinații sau limita stărilor psihotice adevărate. Percepții false și halucinații care apar în momentul adormirii sau la trezire sunt frecvente tuturor oamenilor și nu denotă psihoză. Nu este exclus ca victimele torturii să raporteze strigăte auzite ocazional, faptul că cineva îl cheamă pe nume sau să vadă umbre, dar să nu aibă alte semne sau simptome de psihoză;
- paranoia și iluzii de persecuție (mania persecuției);
- reapariția tulburărilor psihotice sau tulburărilor cu trăsături psihotice, printre cei care au avut antecedente de boli psihice. Persoanele care au avut în trecut tulburări bipolare, depresii majore repetate cu trăsături psihotice, schizofrenie sau tulburări schizofrenice, pot prezenta un episod din această tulburare.

(j) Abuzul de substanțe

248. Abuzul de alcool și de droguri pot apărea secundar la supraviețuirii actelor de tortură, ca o modalitate de a șterge amintirile traumatice, de reglare a proceselor afective și de gestionare a anxietății.

(k) Insuficiență neuropsihologică

249. Tortura poate provoca traume fizice, care conduc la diferite niveluri de insuficiență a creierului. Loviturile la cap, sufocarea și malnutriția prelungită, pot avea consecințe neurologice și neuropsihice pe termen lung, care nu pot fi ușor evaluate în timpul unei examinări medicale. Ca și în toate cazurile de leziuni ale creierului care nu pot fi cercetate prin radiografii ale capului sau alte proceduri medicale, evaluările și testele neuropsihice ar putea fi

singura modalitate de încredere pentru documentarea efectelor acestora. Frecvent, simptomele-țintă pentru astfel de evaluări, se suprapun în mod semnificativ cu simptomatologia tulburărilor de stres post-traumatic și a depresiilor majore. Fluctuațiile sau deficiențele la nivelul cunoștinței, orientării, atenției, concentrării, memoriei și a funcțiilor de execuție, pot apărea ca urmare a tulburărilor funcționale sau pot avea cauze organice. Prin urmare, calificările specializate în evaluarea neuropsihologică și conștientizarea problemelor în validarea trans-culturală a instrumentelor neuropsihice, sunt necesare atunci, când astfel de distincții urmează să fie efectuate (vezi capitolul C. 4, secțiunea de mai jos).

3. Clasificarea simptomelor

250. În timp ce acuzele principale și cele mai importante constatări printre victimele torturii sunt foarte diverse și au legătură cu experiențele unice de viață ale individului și cu contextul său politic, social și cultural, este bine ca evaluatorii să se familiarizeze cu cele mai frecvente tulburări, care au fost diagnosticate la supraviețuitorii traumelor și torturilor. De asemenea, sunt frecvente cazurile cu mai multe tulburări mintale, deoarece există o comorbiditate considerabilă în tulburările mintale cauzate de traume. Diferite manifestări de anxietate și depresie sunt cele mai comune simptome care rezultă din actele de tortură. Nu de puține ori, simptomatologia descrisă mai sus va fi clasificată în cadrul categoriilor de anxietate sau tulburări ale stării sufletești (dispoziției). Cele două sisteme proeminente de clasificare sunt:

1) Clasificarea Internațională a Bolilor-10 (ICD-10), a tulburărilor psihice și de comportament, și 2) „Manualul diagnostic și statistic al tulburărilor psihice IV” (DSM-IV) al Asociației Americane a Psihiatrilor.^{103,104}

¹⁰³ World Health Organization, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders and Diagnostic Guidelines (Geneva, 1994).

Pentru o descriere completă a categoriilor de diagnostic, cititorul ar trebui să se raporteze la ICD-10 și la DSM-IV. Acest rezumat se va axa pe cele mai comune simptome legate de traume: PTSD (Sindromul Stres-ului Post Traumatic), depresia majoră și schimbările de personalitate suferite.

(a) Tulburările depresive

251. Practic toți cei care au fost torturați, prezintă stări depresive. În contextul de evaluare a consecințelor torturii, este problematic de a considera că Sindromul de Stres Post Traumatic și tulburările depresive majore, sunt două entități patologice separate, cu o etiologie distinctă; *Tulburările depresive* includ: tulburările de depresie majoră, cu un singur episod sau cu episoade recurente (mai multe). Tulburările depresive pot fi prezente cu sau fără trăsături psihotice, catatonice, melancolice sau atipice. În conformitate cu clasificarea DSM-IV, pentru a diagnosticarea unui episod de depresie majoră, trebuie să fie prezente cel puțin cinci din simptomele de mai jos, care să se manifeste pe o perioadă de două săptămâni și să reprezinte o schimbare în raport cu starea anterioară a pacientului (cel puțin unul dintre simptome trebuie să fie dispoziție depresivă sau pierderea de interes sau a plăcerii. Acestea sunt:

(1) dispoziție depresivă; (2) diminuare semnificativă a interesului sau a plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile; (3) pierderi în greutate sau schimbări ale apetitului; (4) insomnie sau hipersomnie; (5) agitație psihomotorie sau lentă (încetineală); (6) oboseală și pierderea de energie; (7) sentimente de inutilitate sau culpabilitate excesivă sau necorespunzătoare; (8) capacitatea diminuată de gândire sau concentrare și (9) idei recurente legate de moarte sau suicid.

Pentru a pune un astfel de diagnostic, simptomele trebuie să cauzeze o tristețe

¹⁰⁴ American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (Washington, D.C., 1994).

semnificativă sau să deterioreze viața socială sau profesională, să nu aibă origine fiziologică și să nu poată fi explicate de un alt diagnostic, conform clasificării DSM-IV.

(b) Sindromul de Stres Post Traumatic sau PTSD (Eng: Post Traumatic Stress Disorder)

252. Diagnosticul cel mai frecvent asociat consecințelor psihologice ale torturii, este Stresul Post Traumatic sau Tulburările de Stres Post Traumatic (PTSD). Asocierea dintre tortură și acest diagnostic, a devenit foarte puternică în mintea profesioniștilor din sănătate, a instanțelor care se ocupă de refugiați și alți imigranți, precum și a publicului informat. Acest lucru a creat impresia simplistă și eronată, că PTSD (tulburările de stres post-traumatic) este principala consecință psihologică a torturii.

253. Definiția PTSD (sindromul de stres post-traumatic) conform DSM-IV, se bazează foarte mult pe prezența tulburărilor de memorie asociate unei traume, cum ar fi: amintiri intruzive (pătrunzătoare), coșmaruri și incapacitatea de a-și aminti aspecte importante ale traumei. Astfel, victima poate să nu-și amintească cu precizie detalii specifice ale evenimentelor de tortură, dar poate să-și amintească aspecte mai marcante ale experienței sale traumatice. De exemplu, când e vorba de agresiuni sexuale, victima își va aminti că a fost violată de mai multe ori, însă, fără a putea furniza datele exacte, locațiile și detalii despre tortionari. În astfel de circumstanțe, incapacitatea de a-și reaminti detalii, mai degrabă sprijină decât diminuează credibilitatea victimei, ale cărei declarații, în linii mari, nu vor varia în timpul interviurilor succesive. Diagnosticul de PTSD (sindromul de stres post traumatic) în baza clasificării ICD-10, este foarte asemănător de cel dat de DSM-IV. Conform celui din urmă, tulburările de stress post-traumatic pot fi **acute, cronice sau întârziate**. Simptomele trebuie să persiste mai mult de o lună și trebuie să cauzeze o tristețe semnificativă sau o perturbare a

activității zilnice. Pentru a putea pune un diagnostic de PTSD, subiectul trebuie să fi fost expus unui eveniment traumatizant, care a pus în pericol viața sa sau a altor persoane și a provocat sentimente de frică intensă, de neputință sau de groază. Evenimentul trebuie să fie re-trăit într-o manieră persistentă, în una sau mai multe din următoarele modalități: amintiri intruzive și dureroase ale evenimentului; vise stresante și repetate legate de eveniment; acțiuni sau sentimente, precum că evenimentul se întâmplă din nou, inclusiv halucinații, flash back-uri sau iluzii; o schimbare psihologică intensă la expunerea față de acțiuni care pot re-aminti evenimentul, precum și diverse reacții fiziologice la tot ce îi readuce în memorie sau simbolizează aspecte ale evenimentului traumatic.

254. Subiectul trebuie să manifeste în mod persistent o evitare a stimulilor asociați cu evenimentul traumatic sau să demonstreze în general o amorțeală de receptivitate, astfel cum este indicat de cel puțin trei din următoarele: (1) eforturi de evitare a gândurilor, sentimentelor sau conversațiilor asociate cu trauma; (2) eforturi de evitare a activităților, locurilor sau persoanelor, care îi reamintesc de experiența traumatică; (3) incapacitatea de a-și aminti un aspect important al evenimentului; (4) interes diminuat în activități importante; (5) detașare și înstrăinare față de alții; (6) spectrul afectiv este restrâns; și (7) se simte lipsit de viitor.

Un alt motiv pentru a pune diagnosticul PTSD, conform clasificării DSM-IV, este persistența simptoamelor de *arousal* sporit, care nu existau înainte de trauma, după cum va fi confirmat de cel puțin două din următoarele: dificultăți în adormire sau dereglări de somn; iritabilitate sau accese de furie; dificultăți de concentrare, hipervigilență sau reacții exagerate de înfiorare (de a se speria ușor).

255. Simptoamele PTSD pot fi cronice sau pot fluctua pe perioade lungi de timp. În anumite intervale de timp, simptoamele de *hiperarousal* și iritabilitate vor domina tabloul clinic. În aceste

momente, de obicei, victima va manifesta o creștere a episoadelor de amintiri intruzive, coșmaruri și flashback-uri (alte manifestări recurente). Alteori, supraviețuitorul poate părea relativ asimptomatic, retras sau cu o constricție emoțională. Nu trebuie pierdut din vedere faptul, că *lipsa criteriilor de diagnostic de stres post traumatic, în nici un caz nu înseamnă lipsa torturii*. În conformitate cu ICD-10, într-un anumit număr de cazuri, PTSD poate să urmeze un curs cronic, de mai mulți ani de zile, cu tranziții eventuale spre o schimbare de personalitate durabilă.

(c) Schimbările de personalitate de durată

256. Ca urmare a unei experiențe catastrofice sau a stresului extrem prelungit, se pot dezvolta tulburări ale personalității adultului, la persoane, care anterior, nu au avut nicio tulburare de acest fel. Tipurile de stres extrem, care pot duce la schimbări de personalitate includ: experiențele din lagărele de concentrare sau GULAG; dezastre; captivitatea prelungită cu posibilitatea iminentă de a fi ucis; expunerea la situații, care pun în pericol viața, cum ar fi o victimă a terorismului, și tortura. În conformitate cu ICD-10, diagnosticul de *schimbare durabilă a personalității*, trebuie să fie stabilit numai atunci, când există dovezi ale unei schimbări definite, semnificative și persistente în modul persoanei de a percepe, de a relata sau de gândire asupra mediului înconjurător său, sau asupra lui însuși, asociată cu un comportament inflexibil și neadaptabil, care nu era prezent înainte de experiența traumatizantă. Diagnosticul exclude schimbările care sunt o manifestare a altor tulburări mintale sau simptome reziduale ale tulburărilor mintale anterioare, precum și schimbările de comportament și de personalitate, cauzate de afecțiuni, disfuncții sau leziuni la nivelul creierului.

257. Pentru a pune diagnosticul de *schimbare durabilă de personalitate* ca urmare a unor experiențe catastrofice, în conformitate cu ICD-

10, schimbările de personalitate trebuie să fie prezente timp de cel puțin doi ani de la expunerea la stresul catastrofic. ICD-10 specifică faptul, că stresul trebuie să fie atât de intens, încât „*să nu fie necesar de a lua în considerare vulnerabilitatea persoanei, pentru a explica efectul profund asupra personalității sale*”. Această schimbare de personalitate, este caracterizată printr-o atitudine ostilă sau de neîncredere față de lume, de retragere socială, sentimente de goliciune sau lipsa speranței și un sentiment cronic de „*a fi pe muchie*”, ca în cazul de amenințare continuă, precum și de înstrăinare.

(d) Abuzul de substanțe

258. Medicii au observat, că abuzul de alcool și de droguri, deseori apare secundar la supraviețuitorii torturii, ca o modalitate de a suprima amintirile traumatice, de a controla sentimentele neplăcute și anxietatea. Deși comorbiditatea PTSD-ului cu alte tulburări este comună, cercetările sistematice s-au preocupat rareori de abuzul de substanțe de către supraviețuitorii torturii. Literatura de specialitate cu privire la persoanele care suferă de PTSD, poate include supraviețuitori ai torturii, cum ar fi: refugiați, prizonieri de război și veterani ai conflictelor armate și poate oferi anumite detalii. Studiile efectuate pe aceste grupuri, arată că prevalența abuzului de substanțe variază, în funcție de grupul etnic sau cultural. Foștii prizonieri de război, care suferau de PTSD, au fost expuși la un risc crescut de abuz de substanțe, și astfel, veteranii prezentau un nivel ridicat de co-morbiditate a PTSD și a abuzului de substanțe^{105,106,107,108,109,110,111,112}. În rezumat,

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

¹⁰⁶ A. Dadfar “The Afghans: bearing the scars of a forgotten war”, *Amidst peril and pain*, A.Marsella et al. (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

există dovezi semnificative de la alte populații expuși riscului de PTSD, că abuzul de substanțe este un diagnostic co-morbid potențial pentru victimele torturii.

(e) Alte diagnoze

259. După cum este evident din catalogul simptoamelor descrise în această secțiune, există și alte diagnoze care trebuie luate în considerare, adițional cu PTSD (tulburările de stres post traumatic), cum ar fi: tulburări depresive majore și schimbări durabile de personalitate. Alte diagnoze posibile includ, dar nu se limitează la:

(i) *tulburare de anxietate generalizată*, caracterizată prin anxietate și îngrijorare excesivă în raport cu diverse evenimente sau activități, tensiune motorie și activitate neurovegetativă crescută;

(ii) *tulburare de panică*, care se manifestă prin atacuri recurente și neașteptate de frică intensă sau disconfort, inclusiv simptome cum ar fi: transpirație, sufocare, tremur, accelerarea ritmului cardiac, amețeli, greață, frisoane sau bufeuri.

(iii) *tulburare de stres acut*, care are în esență, simptome similare cu PTSD, dar diagnosticate în termen de o lună de la traumă.

maladjustments”, *American Journal of Epidemiology* (101 1975:400-422).

¹⁰⁸ B. E. Engdahl et al., “The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war”, in review.

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* (20(21, 1) 1990:1776-1788).

¹¹⁰ R. A. Kulka et al., Trauma and the Vietnam War Generation Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study (New York, Brunner/Mazel, 1990).

¹¹¹ K. Jordan et al., “Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls”, *Archives of General Psychiatry* (48(3) 1991:207-215).

¹¹² A. Y. Shalev, A. Bleich, R. J. Ursano, “Post-traumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance”, *Psychosomatics* (31(2) 1990:197-203).

(iv) *tulburări somatoforme*, care se manifestă prin simptome fizice care nu pot fi explicate de o patologie medicală

(v) *tulburări bipolare*, cu episoade maniacale sau hipomaniacale, manifestate cu stări de spirit expansive sau iritabile, idei de grandoare, scăderea nevoii de somn, zbor de idei, agitație psihomotorie și alte fenomene psihotice asociate.

(vi) *tulburări*, determinate de o condiție medicală generală, de multe ori de o disfuncție cerebrală, cu fluctuații sau pierderi ale conștiinței, a orientării, atenției și concentrării, a memoriei și funcțiilor executive;

(vii) *fobii*, cum ar fi fobii sociale și agorafobii (teama de spații deschise).

C. Evaluarea psihologică și/sau psihiatrică

1. Considerente etice și clinice

260. Evaluările psihologice pot oferi dovezi critice ale abuzului în rândul victimelor torturii, din mai multe motive: tortura provoacă adesea simptome psihologice devastatoare; metodele de tortură sunt adesea concepute ca să nu lase urme fizice; Metodele fizice de tortură pot rezulta în constatări fizice, care pot să se resoarbă (rezolve) sau să fie lipsite de specificitate.

261. Evaluările psihologice furnizează dovezi utile pentru: examinările medico-legale; evaluarea cererilor de azil politic; stabilirea condițiilor în care au putut fi obținute mărturii false; înțelegerea practicilor regionale privind tortura; identificarea nevoilor terapeutice ale victimelor și ca mărturii în investigarea respectării Drepturilor Omului. Scopul general al unei evaluări psihologice, constă în a determina gradul de coerență între mărturia unei presupuse victime a torturii și constatările psihologice observate pe parcursul evaluării. În acest scop, evaluarea ar trebui să ofere o descriere detaliată a istoriei persoanei, o examinare a stării mentale, o evaluare a funcționării sociale și formularea unor

impresii clinice, (vezi capitolele III., sect. C. și IV, sect. E). Atunci când este cazul, trebuie să se stabilească și un diagnostic psihiatric. Deoarece simptomele psihologice sunt atât de răspândite printre victimele torturii, este foarte recomandabil ca orice anchetă privind acuzații de tortură, să includă o evaluare psihologică.

262. Evaluarea stării psihologice și formularea unui diagnostic clinic, trebuie să țină întotdeauna cont de o conștientizare a contextului cultural. Pentru a efectua un interviu, a-și forma o impresie și a formula concluzii clinice, evaluatorul trebuie în mod imperativ să fie familiarizat cu sindroamele specifice culturii pacientului și cu modalitățile idiomatiche (dialectice) de exprimare a simptomelor. În cazul în care evaluatorul nu are sau are doar cunoștințe limitate despre cultura pacientului, atunci ajutorul unui interpret este indispensabil.

În mod ideal, un interpret din țara victimei cunoaște limba, obiceiurile, tradițiile religioase și alte credințe, care trebuie luate în considerare în timpul anchetei. Interviul poate induce teamă și neîncredere din partea victimei și, eventual, poate să-i reamintească interogatoriile anterioare. Pentru a reduce efectele de re-traumatizare, medicul clinician trebuie să manifeste o anumită înțelegere a mediului cultural al victimei și o empatie în legătură cu experiența traumatică trăită de acesta. Stricta „neutralitate clinică”, în cursul căreia terapeutul este inactiv și vorbește puțin și care este folosită în diferite forme de psihoterapie, nu este adecvată în acest context. Medicul clinician trebuie să comunice că este un aliat al pacientului și să adopte o abordare de susținere, dar nu de judecător.

2. Procesul de interviu

263. Medicul clinician trebuie să înceapă interviul cu explicarea în detaliu a procedurilor care vor urma (întrebări despre trecutul psihosocial, inclusiv despre tortură și starea psihologică curentă) și aceasta pregătește

persoana pentru reacțiile emoționale dificile, care pot fi provocate de întrebări. Pacientului trebuie să i se ofere oportunitatea de a cere pauze, de a întrerupe interviul în orice moment și să poată pleca, dacă stresul devine de nesuportat, cu opțiunea unei întrevederi mai târziu. Medicii trebuie să arate sensibilitate și empatie în momentul în care pun întrebările, dar trebuie să rămână obiectivi în evaluarea clinică. În același timp, cel care realizează interviul ar trebui să fie conștient de posibile reacții personale ale victimei, precum și faptul că descrierea torturii i-ar putea influența percepțiile și modul lui de a judeca.

264. Procesul de interviu poate să-i amintească victimei de interogatoriul din timpul torturii. Prin urmare, ar putea apărea sentimente negative puternice față de medic, cum ar fi frica, furia, repulsie, sentimentul de neajutorare, confuzia, panica sau ura. Medicul trebuie să permită exprimarea și explicarea unor astfel de sentimente și să arate înțelegere față de situația critică a persoanei. În plus, nu trebuie exclusă posibilitatea ca acea persoană ar putea să fie în continuare persecutată sau oprimată. Atunci când este necesar, întrebările despre activitățile interzise ar trebui evitate. Este important să se ia în considerare motivele pentru evaluarea psihologică, deoarece acestea vor determina nivelul de confidențialitate la care este obligat expertul. Dacă, în cadrul unei proceduri juridice, o autoritate a Statului solicită un raport de evaluare a credibilității relatării persoanei asupra actului de tortură, atunci persoanei evaluate trebuie să i se comunice, că aceasta implică ridicarea confidențialității medicale pentru toate informațiile prezentate în raport. Cu toate acestea, dacă cererea de evaluare psihologică vine din partea persoanei torturate, atunci expertul trebuie să păstreze confidențialitatea medicală.

265. Clinicienii care efectuează evaluări fizice sau psihologice, ar trebui să fie conștienți de posibilele reacții emoționale pe care le pot

provoca evaluările medicale ale traumelor severe, atât interviuatului cât și interviuatorului. Aceste reacții emoționale sunt cunoscute ca *transfer* și *contra-transfer*. Lipsa încrederii, frica, rușinea, furia și sentimentul de vinovăție, se numără printre reacțiile tipice ale victimelor torturii, mai ales atunci când li se cere să relateze sau să-și amintească detalii ale traumelor lor. Transferul se referă la sentimentele unei victime față de medicul căruia îi relatează experiențele traumatiche din trecut, dar care sunt interpretate greșit, ca fiind adresate personal medicului. În plus, răspunsul emoțional al medicului față de victimă, cunoscut sub noțiunea de *contra-transfer*, poate afecta evaluarea psihologică. Transferul și *contra-transferul* sunt reciproc interdependente și interactive.

266. Potențialul impact al reacțiilor de transfer asupra procesului de evaluare, devine evident în momentul în care se consideră că, un interviu sau o examinare care presupune relatarea și re-amintirea detaliilor unei traume, vor avea ca rezultat expunerea la amintiri, gânduri și sentimente dureroase și nedorite. Astfel, chiar dacă o victimă a torturii poate fi de acord cu o evaluare, în speranța de a beneficia din ea, rezultatul expunerii poate să îi reînnoiască experiența traumei în sine. **Aceasta poate include fenomenele următoare:**

267. - **Întrebările evaluatorului pot fi percepute de victimă ca o expunere forțată, asemănătoare cu interogatoriul.** Evaluatorul poate fi suspectat că are motivații *voyeuristice* sau *sadice*, iar cel interviuat poate că își pune întrebări de genul: „De ce vrea să mă facă să povestesc până și ultimul detaliu din ce mi s-a întâmplat? De ce o persoană normală ar alege să asculte istorisiri ca a mea, pentru a putea trăi? Evaluatorul trebuie să aibă o motivație ciudată”. Ar putea să existe prejudecăți față de evaluator, deoarece el/ea nu a fost niciodată arestată sau torturată. Acest lucru poate face

victima să perceapă evaluatorul ca fiind de partea inamicilor săi.

268. - *Evaluatorul este perceput ca o persoană cu autoritate, ceea ce de multe ori este adevărat, și din acest motiv, nu i se pot încredința anumite aspecte ale istoricului traumei.* Alternativ, după cum se întâmplă adesea în cazul persoanelor aflate încă în custodie, subiectul poate fi foarte încrezător în situații în care cel care ia interviul nu poate garanta că nu vor urma represalii. Se vor lua toate măsurile de precauție, pentru a se asigura faptul că deținuții nu se expun riscului în mod inutil, cu o încredere naivă în protecția vizitatorului. Victimele torturii se pot teme, că informațiile revelate în cursul unei evaluări, nu pot fi păstrate în condiții de siguranță față de guvernele persecutoare. Frica și neîncrederea pot fi foarte puternice, mai ales în cazurile în care medici sau alți lucrători medicali au participat la actele de tortură.

269. - *În multe situații, evaluatorul este membru al culturii și etniei majoritare, în timp ce subiectul, în cazul unui interviu, va aparține unui grup sau culturi minoritare.* Această dinamică de inegalitate ar putea agrava dezechilibrul real și perceput al puterii și poate mări potențialul sentiment de teamă, neîncredere și supunere forțată al victimei. În unele cazuri, în special dacă persoanele se află în custodie, această dinamică se poate adresa mai mult interpretului decât evaluatorului. Prin urmare, în mod ideal, interpretul ar trebui să fie adus din afară și nu recrutat pe plan local, astfel încât să poată fi perceput ca fiind la fel de independent ca și interviuatorul. Desigur, un membru al familiei, față de care autoritățile pot exercita mai târziu presiuni pentru a afla ce s-a discutat în cursul evaluării, nu ar trebui să fie folosit pe post de interpret.

270. - *Dacă evaluatorul și victima sunt de același gen, interviul poate fi perceput mai degrabă ca fiind asemănător în mod direct cu*

situația de tortură, decât în cazul în care sunt de genuri diferite. De exemplu, o femeie care a fost violată sau torturată în închisoare de către un bărbat gardian, se poate să arate mai multă neîncredere și teamă față de un evaluator bărbat, decât față de o femeie. Este valabilă și situația inversă, în cazul bărbaților care au fost agresati sexual. Acestora le poate fi rușine să prezinte detaliile torturii lor unei femei, chiar și evaluator. După cum a arătat experiența, mai ales în cazurile în care victima se află încă în custodie, în toate tipurile de societăți, în special în cele tradițional fundamentaliste (în care iese din discuție faptul ca un bărbat să intervieveze, cu atât mai mult să examineze o femeie), poate fi mult mai important, ca cel care realizează interviul, să fie un medic căruia victima să îi poată adresa întrebări precise, decât să nu fie un bărbat, cum ar fi în cazurile de viol. Se știe, că uneori, victimele violurilor nu relatează nimic femeilor-evaluator care nu sunt medici, dar solicită să vorbească cu un medic, chiar și bărbat, pentru a le putea adresa întrebări medicale specifice. Întrebări tipice sunt cele legate de posibilele sechele, cum ar fi sarcina, posibilitatea de a mai avea copii în viitor sau legate de viitoarele relații sexuale între soți. În contextul evaluărilor efectuate în scopuri juridice, atenția acordată detaliilor și întrebările precise despre actul de tortură, sunt adesea percepute ca fiind semne de neîncredere sau îndoială din partea examinatorului.

271. - Din cauza presiunilor psihologice menționate anterior, *victimele pot fi re-traumatizate* și copleșite de amintiri și, ca urmare, afectează sau mobilizează mecanisme puternice de apărare, care se manifestă prin rezistență, retragere și indiferență în timpul interviului. În scopul documentării, retragerea și aplatizarea afectivă reprezintă dificultăți speciale, deoarece victimele torturii pot fi incapabile de a comunica povestea și suferința lor, deși aceasta le-ar ajuta cel mai mult.

272. - *Reacțiile de contra-transfer sunt adesea inconștiente. Iar în cazul în care o persoană nu este conștientă de contra-transfer, acesta devine o problemă.* Este de așteptat, ca evaluatorul să manifeste unele sentimente în timpul audierii relatărilor despre actul de tortură la care a fost supus interviuatul, deși aceste sentimente pot interfera cu eficacitatea medicului. Dar atunci când acestea sunt înțelese, ele pot ghida medicul. Medicii și psihologii implicați în evaluarea și tratarea victimelor torturii sunt de acord că, conștientizarea și înțelegerea reacțiilor tipice de contra-transfer sunt cruciale, deoarece contra-transferul poate limita în mod semnificativ capacitatea de a evalua și de a documenta consecințele fizice și psihologice ale torturii. Documentarea eficientă a torturii și a altor forme de maltratare, necesită o înțelegere a motivațiilor personale de a lucra în acest domeniu. Există un consens, că profesioniștii care efectuează continuu acest tip de examinări, ar trebui să aibă sprijinul profesional și să fie supravegheat de către alți profesioniști, cu experiență în acest domeniu.

Cele mai frecvente reacții de contra-transfer includ:

(i) Reacțiile de evitare, de retragere și de indiferență defensivă față de expunerea la un material tulburător (cum ar fi relatările victimelor). Aceasta poate duce la uitarea anumitor detalii și la subestimarea gravității consecințelor fizice și psihice;

(ii) deziluzie, neputință, disperare și super-identificare (cu victima), care pot duce la simptome ale depresiei sau ale traumatizării secundare („mandatate”), cum ar fi coșmaruri, anxietate și frică;

(iii) Omnipotență (atotputernicie) și grandoare, sub forma sentimentului de salvator, de expert minunat în domeniul traumelor sau ca fiind ultima speranță de recuperare și bunăstare a victimei;

(iv) Sentimente de nesiguranță cu privire la competențele profesionale, atunci când se confruntă cu gravitatea suferințelor și istoriilor raportate. Aceasta se poate manifesta sub forma lipsei de încredere în capacitatea cuiva de a face dreptate victimei și preocupări nerealiste cu norme medicale idealizate;

(v) Sentimente de vinovăție de a nu împărtăși durerea și experiența victimei torturii, sau asupra gradului de conștientizare a acțiunilor care nu au fost realizate la un nivel politic, pot duce la o abordare sentimentală sau idealizată a victimei;

(vi) Furia și mânia față de torționari și persecutori sunt de așteptat, dar acestea pot submina capacitatea de a fi obiectiv atunci când acestea sunt conduse de o experiență netrăită personal și pot să devină astfel, cronice și excesive;

(vii) Furia sau aversiunea față de victimă, pot apărea ca rezultat al sentimentului expunerii la nivele de neobișnuite de anxietate. Aceasta poate apărea de asemenea ca rezultat al sentimentului de a fi folosit de victimă atunci când medicul pune sub semnul întrebării veridicitatea relatării acestuia și că victima încearcă să primească beneficii din evaluarea care documentează consecințele presupusului act de tortură;

(viii) Diferențele semnificative dintre sistemele de valori culturale ale medicului și ale individului care acuză acte de tortură, pot să includă credințele în mituri despre grupuri etnice, atitudini de condescendență sau de subestimare a rafinamentului individului sau a capacității lui de introspecție, sau invers, medicii care sunt membri ai aceluiași grup etnic ca și victima pot forma o alianță non-verbalizată, care poate afecta obiectivitatea evaluării.

273. Majoritatea medicilor sunt de acord, că multe reacții de contra-transfer nu sunt pur și simplu niște exemple de denaturare, dar sunt

importante surse de informare asupra stării psihologice a victimei torturii. Eficacitatea medicului poate fi compromisă atunci când contra-transferul acționează, mai degrabă decât se reflectează asupra acestuia. Medicii implicați în evaluarea și tratamentul victimelor torturii sunt sfătuiți să examineze contra-transferurile dintre ei și pacienți și să obțină supervizarea și consultări din partea unui coleg, dacă este posibil.

274. Circumstanțele pot cere ca interviurile să fie desfășurate de către un medic dintr-un grup cultural sau lingvistic diferit de cel al victimei. În astfel de cazuri, există două posibile abordări, fiecare cu avantaje și dezavantaje. Cel care realizează interviul poate folosi translarea literală, a fiecărui cuvânt, oferită de un interpret (vezi capitolul IV.I); sau poate avea o abordare biculturală a procesului de interviu. Acesta din urmă constă în folosirea unei echipe de interviu, alcătuită din medicul evaluator și interpret, care oferă traducerea lingvistică și care ușurează înțelegerea sensurilor culturale care însoțesc evenimentele, experiențele, simptomele și expresiile. Deoarece medicul adesea nu poate recunoaște factori importanți cum ar fi cei culturali, religioși sau sociali, un interpret experimentat poate fi capabil de a sublinia și de a explica acestea medicului. Dacă cel care ia interviul are în vedere doar sensul strict literal (o interpretare cuvânt cu cuvânt) acest tip de interpretare mai profundă a informațiilor nu va fi posibilă. Pe de altă parte, dacă interpreții se așteaptă să sublinieze factorii culturali, religioși și sociali relevanți pentru medic, este de asemenea extrem de important ca ei să nu încerce să influențeze în nici un fel răspunsurile persoanei torturate la întrebările medicului.

Atunci când nu este folosită traducerea literală, medicul trebuie să se asigure că răspunsurile victimei, așa cum sunt ele comunicate de către interpret, reprezintă exclusiv ceea ce a spus persoana fără adăugări sau abrevieri din partea interpretului. Indiferent de modul de abordare,

identitatea, etnia, afilierea culturală și politică a interpretului rămân considerente importante în alegerea acestuia.

Victima trebuie să aibă încredere în interpret că acesta înțelege ceea ce spune și că transmite informațiile cu precizie medicului care investighează cazul. În niciun caz, interpretul nu va fi un oficial al organelor de forță sau un angajat al guvernului. Un membru al familiei, nu trebuie folosit niciodată ca interpret, pentru a se respecta intimitatea. Echipa de investigație trebuie să aleagă un interpret independent.

3. Componentele unei evaluări Psihologice / psihiatrice

275. Introducerea ar trebui să conțină mențiunea sursei de referință, un rezumat al surselor colaterale (cum ar fi fișe medicale, legale și psihiatrice) și o descriere a metodelor și a evaluărilor folosite (interviuri, un inventar al simptomelor, liste de verificare (chestionare) și teste neuropsihice).

(a) Relatări privind tortura și maltratarea

276. Se vor depune toate eforturi pentru documentarea relatărilor complete de tortură, persecuție sau alte experiențe traumatice relevante (vezi capitolul IV.E.). Această parte a evaluării este adesea epuizantă pentru persoana evaluată. De aceea, poate fi necesar de a se realiza în cursul mai multor sesiuni. Interviul trebuie să debuteze cu un rezumat general al evenimentelor, înainte de evidențierea detaliilor experiențelor de tortură. Cel care realizează interviul trebuie să știe chestiunile legale care vor determina natura și cantitatea informațiilor necesare pentru a obține documentarea faptelor.

(b) Acuze psihologice actuale

277. O evaluare a funcționării psihologice actuale, constituie centrul evaluării. Deoarece

prizonierii de război brutalizați în mod sever și victimele violurilor au în spate o viață care a fost dominată de Sindromul de Stres Post Traumatic, în proporție de 80-90%, trebuie să fie puse întrebări specifice din cele trei categorii, conform clasificării DSM-IV (retrăirea evenimentului traumatic, evitarea sau ambiguitatea răspunsurilor, inclusiv amnezia sau excitabilitatea exagerată).^{113, 114}.

Trebuie descrise în detaliu simptomele afective, cognitive și comportamentale, frecvența, și trebuie menționate de asemenea coșmarurile, halucinațiile și răspunsurile prin tresăriri. Absența simptomelor se poate datora naturii episodice sau adesea întârziate a Sindromului de Stres Post Traumatic sau negării lor din cauza rușinii.

(c) Istoricul evenimentelor post-tortură

278. Această componentă a evaluării psihologice caută informații despre circumstanțele din viața curentă. Este important să se pună întrebări despre sursele actuale de stres, cum ar fi: continuarea persecuțiilor, separarea sau pierderea celor dragi, plecarea din țară sau viața în exil. Cel care realizează interviul trebuie să se intereseze de asemenea despre capacitatea individului de a fi productiv, de a-și câștiga singur existența, grija pentru familie și disponibilitatea mijloacelor de susținere socială.

(d) Istoricul evenimentelor pre-tortură

279. Dacă este relevant, se descrie copilăria victimei, adolescența, perioada de tinerețe, familia, boli de familie și componența. Trebuie efectuată o descriere a trecutului educațional și ocupațional al victimei. Descrieți orice

¹¹³ B. O. Rothbaum et al., "A prospective examination of posttraumatic stress disorder rape victims", *Journal of Traumatic Stress* (5 1992:455-475).

¹¹⁴ P. B. Sutker, D. K. Winstead, Z. H. Galina, "Cognitive deficits and psycho-pathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict", *American Journal of Psychiatry* (148 1991: 62-72).

întâmplare traumatizantă din trecut, cum ar fi abuzul în timpul copilăriei, traumele de război sau violența domestică, și de asemenea fundalul cultural și religios al victimei.

280. Descrierea evenimentelor pre-traumatice este importantă pentru evaluarea sănătății mintale și a nivelului funcționării psiho-sociale al victimei, înainte de evenimentele traumatizante. În acest fel, cel care realizează interviul poate compara starea actuală de sănătate mintală a individului cu cea dinaintea torturii. În evaluarea informațiilor de fond, cel care realizează interviul trebuie să aibă în vedere faptul că durata și gravitatea răspunsurilor la traume sunt influențate de mai mulți factori. Aceștia includ, dar nu se limitează la: circumstanțele torturii, perceperea și interpretarea torturii de către victimă, contextul social de dinaintea, în timpul și după producerea acesteia, comunitatea, valorile și atitudinile acesteia față de experiențele traumatice, factorii culturali și politici, severitatea și durata evenimentelor traumatice, vulnerabilitățile genetice și biologice, stadiul de dezvoltare și vârsta victimei, trecutul persoanei și personalitatea dinaintea traumei. În multe situații de interviu, datorită limitărilor și altor probleme, poate fi dificilă obținerea de astfel informații. Este important să se obțină date suficiente despre starea de sănătate și modul anterior de funcționare psihologică al individului pentru crearea unei impresii generale asupra gradului în care tortura a contribuit la problemele psihologice.

(e) Istoricul medical

281. Istoricul medical rezumă condițiile pre-traumatice, starea de sănătate actuală, durerile din corp, acuzele somatice, folosirea medicației și efectele colaterale ale acesteia, trecutul sexual relevant, procedurile chirurgicale din trecut și alte date medicale (vezi capitolul V.B.).

(f) Trecutul psihiatric

282. Se vor cerceta tulburările mintale și psihologice, natura acestora și dacă acestea au fost tratate sau au necesitat spitalizare psihiatrică. Se va cerceta de asemenea folosirea anterioară în scop terapeutic a medicației psihotrope.

(g) Folosirea și abuzul de substanțe în trecut

283. Medicul va pune întrebări despre folosirea de substanțe înainte sau după tortură, schimbări ale modului de a le folosi sau dacă acestea sunt folosite pentru a rezolva problema insomniei sau altor probleme de ordin psihologic/ psihiatric. Termenul de „substanțe” nu se referă numai la alcool, canabis și opium ci și la abuzul de substanțe regionale cum ar fi nuca *betel* și multe altele.

(h) Examinarea stării mentale

284. Examinarea stării mentale începe din momentul în care medicul întâlnește persoana. Cel care realizează interviul trebuie să fie atent la înfățișarea persoanei, cum ar fi semnele de malnutriție, lipsa curățeniei, schimbări ale activității motorii în timpul interviului, limbajul, prezența contactului vizual, capacitatea de a relata și mijloacele pe care victima le folosește în comunicare. Următoarele componente trebuie să fie observate și toate aspectele examinării stării de sănătate mintală trebuie să fie incluse în raportul de evaluare psihologică; Aspecte cum ar fi: înfățișarea, activitatea motoare, vorbirea, starea și afectele, conținutul gândurilor, procesele de gândire, ideile de sinucidere și de omucidere și o examinare cognitivă (orientare, memorie pe termen lung, mediu și scurt).

(i) Evaluarea funcției sociale

285. Trauma și tortura pot afecta direct și indirect capacitatea unei persoane de a funcționa. Tortura poate determina de asemenea pierderea funcționalității și dizabilitate, în cazul în care

consecințele psihologice ale experienței deteriorează capacitatea individului de a-și purta de grijă, de a-și câștiga existența, de a sprijini o familie și de a urma o educație. Medicul trebuie să evalueze nivelul actual de funcționalitate al individului prin punerea de întrebări cu privire la activitatea zilnică, rolul social (precum ar fi: casnică, student, muncitor, etc.), activitățile sociale, de recreare și perceperea stării de sănătate. Cel care realizează interviul, trebuie să solicite persoanei să își evalueze starea de sănătate, să precizeze absența sau prezența stării de oboseală cronică și să raporteze potențiale schimbări la nivelul funcționării în general.

(j) Testarea psihologică, precum și folosirea listelor de verificare și a chestionarelor

286. Există puțină literatură publicată despre folosirea testelor psihologice (teste de personalitate proiective și obiective) în evaluarea victimelor torturii. De asemenea, testelor psihologice de personalitate le lipsește valabilitatea trans-culturală. Acești factori combinați limitează serios utilitatea testelor psihologice în evaluarea victimelor torturii. Testarea neuropsihologică poate fi totuși folosită în evaluarea cazurilor de leziuni cerebrale, rezultate în urma torturii (vezi secțiunea C.4. de mai jos). O persoană, care a supraviețuit unui act de tortură poate întâmpina probleme în exprimarea prin cuvinte a simptoamelor și experiențelor sale traumatice. În unele cazuri, poate fi de ajutor folosirea listelor de verificare a traumei și a simptoamelor (e.g. Hopkins Symptom Check List 25 /HSCL-25) sau a chestionarelor de evaluare a traumei (Harward Trauma Questionnaire /HTQ). Dacă cel care realizează interviul consideră că poate fi de ajutor folosirea acestora, există multe chestionare disponibile, deși nici unul dintre ele nu este specific doar victimelor torturii și pot fi utile pentru evaluarea diverselor traume.

(k) Impresiile clinice

287. În formularea unei impresii clinice în scopul raportării constatărilor psihologice ale torturii, trebuie puse următoarele întrebări importante:

(i) Sunt constatările psihologice în concordanță cu pretinsa tortură?

(ii) Sunt constatările psihologice reacții scontate sau tipice la stres-ul extrem în cadrul contextului cultural și social al individului?

(iii) Având în vedere cursul fluctuant al tulburărilor mintale legate de traume în timp, care este cadrul temporal în raport cu actul de tortură? În ce moment al perioadei de recuperare se află persoana?

(iv) Care sunt factorii colaterali de stres care influențează individul (de exemplu, persecuții în curs, migrare forțată, exil, pierderea familiei și a rolului social)? Ce impact au aceste chestiuni asupra individului?

(v) Ce condiții fizice contribuie la tabloul clinic? A se acorda atenție specială leziunilor la nivelul capului din timpul torturii sau detenției;

(vi) Tabloul clinic sugerează cumva o afirmație falsă de tortură?

288. Medicii trebuie să realizeze comentarii asupra relevanței constatărilor psihologice în măsura în care acestea se corelează cu pretinsul abuz. Trebuie să fie descrise: starea emoțională și expresia persoanei în timpul interviului, simptomele curente, istoria perioade de detenție și tortură, precum și trecutul personală de dinaintea torturii. Trebuie observați factori cum ar fi: instalarea simptoamelor specifice legate de traume, specificitatea oricărei constatări psihologice și modul de funcționare psihologică. Trebuie luați în considerare factori adiționali, cum ar fi migrarea forțată, dislocarea,

difficultățile legate de adaptarea la o nouă cultură, problemele de limbaj, șomajul, pierderea locuinței, statutul social și familia. Ar trebui să fie evaluate și descrise relația și coerența între evenimente și simptome. Condițiile fizice, cum ar fi traumatismele craniene sau leziunile cerebrale, pot necesita evaluări ulterioare. Pot fi recomandate evaluarea neurologică și neuropsihică.

289. Dacă nivelurile simptoamelor victimei sunt în conformitate cu diagnosticele psihiatrice DSM-IV sau ICD-10, acestea trebuie precizate. Ar putea fi aplicabile mai multe diagnostice. Din nou, trebuie subliniat faptul că deși un diagnostic al tulburărilor mintale legate de traume susțin o plângere de tortură, neîntrunirea criteriilor corespunzătoare unui diagnostic psihiatric, nu înseamnă că persoana nu a fost torturată. Un supraviețuitor al torturii poate să nu aibă nivelul simptomatic necesar pentru a satisface integral criteriile de diagnostic pentru DSM-IV sau ICD-10. În astfel de cazuri, ca și în toate celelalte, trebuie luate în considerare ca un tot întreg, simptomele pe care le prezintă victima și relatarea istoriei pretensei torturi. Gradul de coerență dintre relatarea torturii și simptomele prezente la o persoană, trebuie să fie evaluate și descrise în raport.

290. Este important să recunoaștem că unele persoane reclamă în mod fals acte de tortură pentru un număr variat de motive și că alții pot să exagereze un eveniment relativ minor din considerente politice sau personale. Intervievatorul trebuie să fie permanent conștient de existența acestor posibilități sau falsuri și să încerce să identifice potențialele motive pentru exagerare sau fabricație. Medicul trebuie să aibă în vedere, că astfel de fabricații necesită cunoștințe detaliate despre simptomele legate de traume, pe care persoanele le posedă arareori. Pot apărea neconcordanțe în mărturii din motive întemeiate, cum ar fi deteriorarea memoriei din cauza leziunilor cerebrale, confuzia, disocierea, diferențele culturale de percepere a timpului,

precum și fragmentarea sau reprimarea amintirilor traumatice.

Documentarea eficientă a dovezilor psihologice ale torturii, necesită ca medicii să fie în drept să evalueze concordanțele și incoerențele în raport. Dacă medicul care realizează interviul suspectează o fabricație, ar trebui planificate interviuri adiționale, pentru clarificarea incoerențelor din raport. Familia și prietenii pot fi capabili să coroboreze detalii din relatările făcute. Dacă medicul a efectuat examinări adiționale și încă mai suspectă falsul, el trebuie să facă o referință către un alt medic și să ceară opinia colegului. Suspiciunea de fabricație trebuie să fie susținută de opiniile a doi medici.

(I) Recomandări

291. Recomandările ce rezultă din evaluarea psihologică, depind de întrebările puse în timpul evaluării care a fost solicitată. Problemele luate în considerare s-ar putea referi la aspectele legale sau juridice, la cererea de azil, dislocarea sau nevoia de tratament. Recomandările pot fi făcute în vederea unei evaluări ulterioare, cum ar fi testarea neuropsihologică, tratamentul medical sau psihiatric, sau nevoia de securitate sau azil.

4. Evaluarea neuropsihologică

292. Neuropsihologia clinică este o știință aplicată, care se preocupă de expresia comportamentală a disfuncțiilor creierului. Evaluarea neuropsihologică, în special, se preocupă de măsurarea și clasificarea tulburărilor de comportament asociate cu afecțiuni organice a creierului. Această disciplină a fost mult timp recunoscută pentru utilitatea ei în discernerea între stările neurologice și psihologice, precum și în ghidarea tratamentului și reabilitării pacienților, care suferă de consecințe ale diverselor nivele de leziuni ale creierului. Evaluările neuropsihologice ale supraviețuitorilor actelor de tortură sunt efectuate rareori și nu există studii neuropsihologice asupra victimelor

torturii disponibile în literatura de specialitate. Următoarele observații sunt, prin urmare, limitate la o discuție a principiilor generale care pot ghida personalul medical în înțelegerea utilității și indicațiilor pentru evaluarea neuropsihologică a persoanelor suspectate de a fi fost torturați. Înainte de discutarea problemelor legate de utilitate și indicații, este esențial să recunoaștem care sunt limitările evaluării neuropsihologice la această categorie de persoane.

(a) Limitările evaluării neuropsihologice

293. Există un număr de factori comuni care complică evaluarea victimelor torturii în general și care sunt menționați în altă parte în acest manual. Acești factori sunt aplicabili evaluărilor neuropsihologice în aceeași măsură ca și unei examinări medicale sau psihologice. Evaluările neuropsihologice pot fi limitate de un număr de factori adiționali, inclusiv lipsa cercetărilor asupra victimelor torturii, dependența de norme bazate pe această categorie de persoane, diferențe culturale și lingvistice și re-traumatizarea celor care au trecut prin acte de tortură.

294. După cum am menționat mai sus, în literatură există foarte puține referințe privind evaluarea neuropsihologică a victimelor torturii. Secțiunile pertinente din literatura de specialitate se referă la diferite tipuri de traumatisme la nivelul capului și evaluarea neuropsihologică a Sindromului de Stres Post Traumatic în general. Prin urmare, următoarea discuție și interpretările ulterioare ale evaluărilor neuropsihologice sunt în mod necesar bazate pe aplicarea principiilor generale folosite și la alte categorii de populație.

295. Evaluarea neuropsihologică, așa cum a fost dezvoltată și practică în țările vestice se bazează foarte mult pe o abordare actuarială. Aceasta implică în mod tipic compararea rezultatelor unui baterii de teste standardizate pentru norme bazate pe populație. Cu toate că

interpretările evaluărilor neuropsihologice în funcție de norme, pot fi completate de o abordare Luriană de analiză calitativă, în special atunci când situația clinică o cere, predomină o încredere în abordarea de tip actuarial¹¹⁵,¹¹⁶. Mai mult decât atât, o încredere în rezultatele unui test este mai mare acolo unde deteriorarea creierului este mai degrabă ușoară sau moderată, mai degrabă decât gravă, sau atunci când deficiențele neuropsihologice se consideră a fi secundare unei tulburări psihice.

296. Diferențele culturale și lingvistice pot limita în mod semnificativ utilitatea și aplicabilitatea evaluărilor neuropsihologice în rândul victimelor torturii. Evaluările neuropsihologice au o validitate discutabilă atunci când nu sunt disponibile traduceri standard ale testelor și când evaluatorul clinic nu este vorbitor fluent al aceleiași limbi ca și victimele. Cu excepția cazului când sunt disponibile traduceri standard ale testelor și evaluatori care vorbesc fluent limba victimei, sarcinile verbale nu se pot administra deloc și nu pot fi interpretate într-un mod semnificativ. Aceasta înseamnă că pot fi folosite doar testele non-verbale, iar aceasta înlătură comparațiile dintre aptitudinile verbale și non-verbale. În plus, este mai dificilă o analiză a localizării deficiențelor. Această analiză este adesea utilă, cu toate acestea, datorită organizării asimetrice a creierului, cu emisfera stângă fiind de obicei dominantă în vorbire. În cazul în care normele bazate pe populație nu sunt disponibile pentru grupul cultural și lingvistic al subiectului, evaluarea neuropsihologică are de asemenea o validitate contestabilă. O estimare a IQ este unul din obiectivele de referință centrale, care permite evaluatorilor să plaseze rezultatele testelor neuropsihologice în perspectivă corectă. În cadrul populației Statelor Unite, de exemplu,

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

¹¹⁶ R. J. Ivnik, "Overstatement of differences", *American Psychologist* (33(8) 1978:766-767).

aceste estimări sunt de multe ori derivate de la subseturile verbale folosind scalele Wechsler, în special subscala informațiilor, deoarece în prezența deteriorării organice a creierului, este mai puțin probabil ca cunoștințele factuale dobândite să sufere o deteriorare mai mare, decât alte sarcini și pot fi mai reprezentative pentru evaluarea capacității de învățare din trecut decât alte tipuri de măsuri. Măsurarea se poate baza de asemenea pe trecutul educațional și de muncă și pe datele demografice. În mod evident, nici una dintre aceste două considerente nu se aplică subiecților pentru care normele care au la bază populația, nu au fost stabilite. Prin urmare, se pot face doar estimări foarte puțin probabile în privința funcționării intelectuale pre-traumatice. În consecință, tulburarea neuropsihologică minoră sau moderată, poate fi dificil de interpretat.

297. Evaluările neuropsihologice pot re-traumatiza pe cei care au fost supuși actelor de tortură. Trebuie avută mare grijă pentru a reduce la minim orice re-traumatizare potențială a subiectului, în orice formă sau procedură de diagnostic (vezi capitolul IV.H.). Pentru a cita doar un exemplu evident specific pentru testările neuropsihologice, ar putea fi foarte dăunător de a continua cu administrarea standard a bateriei de teste Halstead-Reitan Batterz, și mai ales a Testului Capacității Tactile (Tactual Performance Test – TPT), și în mod obișnuit, să legăm pacientul la ochi. Pentru cea mai mare parte a victimelor, care au fost legate la ochi în timpul torturii, ar fi foarte traumatizant de a introduce sentimentul de neajutorare inerent acestei proceduri. De fapt, orice formă de testare neuropsihologică în sine poate fi problematică, indiferent de instrumentul utilizat. Fiind observat, cronometrat și solicitat să depună efort maxim pe o sarcină necunoscută, pe lângă faptul de a fi solicitat să efectuezi ceva, în loc să porți un dialog, poate să se dovedească a fi prea stresant sau care amintește experiența trăită în timpul torturii.

(b) Indicații pentru o evaluare neuropsihologică

298. În evaluarea deficiențelor comportamentale la presupusele victime ale torturii, există două indicații esențiale pentru evaluarea neuropsihologică: traumatisme cerebrale și Sindromul de Stres Post Traumatic, plus diagnosticele adiționale. În timp ce ambele seturi de condiții se suprapun în unele aspecte, sau vor coincide de multe ori, primul set este o aplicare tipică și tradițională a neuropsihologiei clinice, în timp ce al doilea este relativ nou, nu foarte bine studiat și destul de problematic.

299. Leziunile cerebrale și consecințele acestora, pot fi rezultatul mai multor tipuri de traume la cap și de tulburări metabolice produse în timpul persecuției, detenției și torturii. Acestea pot include: rănilor provocate de gloanțe, efectele otrăvirii, malnutriției, ca efect al lipsei mâncării sau a ingerării forțate de substanțe dăunătoare, efecte ale hipoxiei sau ale anoxiei, care rezultă în urma asfixierii sau a tentativei de înecare și, cel mai frecvent, ale loviturilor la cap produse în timpul bătăilor. Loviturile la cap sunt frecvent provocate în timpul perioadei de detenție și tortură. De exemplu, într-un eșantion de supraviețuitori ai torturii, loviturile la cap au fost a doua formă de abuz ca frecvență (45%), prima fiind loviturile aplicate pe corp (58%).¹¹⁷ Riscul potențial al leziunilor creierului este mare printre victimele torturii.

300. Traumatismele cranio-cerebrale închise care duc la deteriorări minore sau moderate pe termen lung, sunt probabil cele mai des evaluate cauze ale patologiilor neuropsihologice. În timp ce semnele leziunilor pot include cicatrici pe cap, leziunile creierului nu pot fi detectate de obicei prin radiografierea creierului. Leziunile minore

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

sau moderate ale creierului, pot fi trecute cu vederea sau subestimate de către profesioniștii din sănătate, deoarece simptomele de depresie sau cele ale Sindromului de Stres Post Traumatic, sunt de așteptat să proemineze în tabloul clinic, având ca rezultat atenția scăzută ce se acordă potențialului efect al traumei la nivelul capului. Destul de frecvent, acuzele subiective ale victimelor includ dificultăți de atenție, de concentrare, de memorie pe termen scurt, care pot fi rezultatul fie a unei leziuni a creierului, fie a Sindromului de Stres Post Traumatic (PTSD). Din moment ce aceste acuze sunt uzuale printre victimele care suferă de Sindromul de Stres Post Traumatic, nu se mai pune întrebarea dacă ele sunt de fapt rezultatul leziunilor la cap.

301. Într-o fază inițială de examinare, cel care pune diagnosticul, trebuie să se bazeze pe relatarea istoricului traumatismului cranio-cerebral și cursul simptomatologiei. După cum este de obicei, în cazul subiecților cu leziuni ale creierului, informațiile de la terțe persoane, mai ales de la rude, pot fi de ajutor. Trebuie de reamintit faptul, că subiecții cu leziuni ale creierului au adesea probleme de articulare sau chiar de apreciere a limitelor lor din cauză că se află, ca să spunem așa, „înăuntrul” problemei lor. În colectarea primelor impresii cu privire la diferența dintre deteriorările organice ale creierului și Sindromul de Stres Post Traumatic, este de ajutor, ca punct de pornire, o evaluare a cronicizării simptomelor. Dacă se observă fluctuarea în timp a simptomelor de atenție, concentrare și memorie scăzută, și varierea acestora în funcție de nivelurile de anxietate și depresie, acest fapt se datorează cel mai probabil naturii fazice a Sindromului de Stres Post Traumatic. Pe de altă parte, dacă deteriorările sunt cronice, lipsesc fluctuațiile și sunt confirmate de membrii familiei, posibilitatea leziunii creierului trebuie menținută, chiar și în cazul absenței inițiale a unui istoric clar al respectivei traume la nivelul capului.

302. Odată ce există suspiciunea unei deteriorări organice a creierului, primul pas al unui profesionist din domeniul sănătății mintale este să ia în considerare posibilitatea examinării din partea unui medic neurolog. În funcție de constatările inițiale, medicul poate apoi solicita consultația unui neurolog sau efectuarea unor teste diagnostice. Trebuie luate în considerare o paletă largă de proceduri medicale, printre care o consultație la un neurolog și o evaluare neuropsihologică. Utilizarea procedurilor de evaluare neuropsihologică este indicată de obicei în cazul când există o lipsă evidentă a tulburărilor neurologice, iar simptomele raportate sunt de natură predominant cognitivă sau dacă trebuie efectuat un diagnostic diferențiat între deteriorările creierului și Sindromul de Stres Post Traumatic.

303. Selectarea testelor neuropsihologice și procedurilor este supusă restricțiilor specificate mai sus și, prin urmare, nu se poate urma un format standard de baterii, ci, mai degrabă, trebuie să fie specifică pentru caz și sensibilă la caracteristicile individuale. Flexibilitatea necesară în selectare testelor și procedurilor necesită o experiență considerabilă, cunoștințe și atenție din partea examinatorului. După cum s-a menționat mai sus, gama instrumentelor care ar putea fi folosite, va fi adesea limitată la sarcini non-verbale, iar caracteristicile psihometrice ale oricărui test standardizat se vor modifica atunci, când normele bazate pe populație nu se aplică unui anumit subiect. O absență a unor măsuri verbale reprezintă o limitare foarte serioasă. Multe zone ale funcționării cognitive sunt mediate prin intermediul limbajului, iar comparațiile sistematice între diferitele măsuri verbale și non-verbale, se folosesc în general pentru a se ajunge la concluzii cu privire la natura deficitelor.

304. Ceea ce complică problemele în continuare este o dovadă că s-au constatat diferențe semnificative în realizarea sarcinilor non-verbale, în grupuri de culturi strâns înrudite.

De exemplu, cercetătorii au comparat nivelul de performanță al unei comunități aleator selectate, alcătuită din 118 vorbitori de limbă engleză și 118 vorbitori de limbă spaniolă, la un scurt set (baterie) de teste neuropsihologice.¹¹⁸ Subiecții au fost selectați aleator și potriviți demografic. Cu toate acestea, în timp ce rezultatele la testele verbale au fost similare, subiecții vorbitori de limbă spaniolă au avut un punctaj mult mai scăzut la aproape toate testele non-verbale. Aceste rezultate sugerează faptul, că este justificată prudența atunci când se utilizează testele verbale și non-verbale în evaluarea non-vorbitorilor de limbă engleză, atunci când testele sunt făcute pentru subiecții vorbitori de limbă engleză.

305. Alegerea instrumentelor și procedurilor în evaluarea neuropsihologică a presupuselor victime ale torturii, trebuie lăsată în seama unui clinician, care va trebui să le selecteze în funcție de cerințele și posibilitățile situației. Testele neuropsihologice nu pot fi utilizate în mod corespunzător, fără o formare profesională bună și cunoștințe vaste a relațiilor de comportament legate de creier. O listă cuprinzătoare de proceduri și teste neuropsihologice și aplicarea lor adecvată pot fi găsite în referințele standard.¹¹⁹

(c) Tulburarea de Stres Post Traumatic (Post-traumatic stress disorder -PTSD)

306. Considerentele de mai sus ar trebui să facă clar faptul, că este nevoie de mare prudență atunci când se încearcă evaluarea neuropsihologică a deteriorării creierului la presupusele victime ale torturii. Acest lucru

¹¹⁸ D. M. Jacobs and others, "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* (19(3) 1997:331-339).

¹¹⁹ O. Spreen and E. Strauss, *A Compendium of Neuropsychological Tests* (New York, Oxford University Press).

trebuie să fie chiar mai puternic în încercarea de a documenta PTSD la presupusele victime ale torturii prin evaluări neuropsihologice. Chiar și în cazul evaluării PTSD la subiecți din rândul populației, pentru care normele sunt disponibile, există dificultăți considerabile, care trebuie luate în calcul. PTSD este o tulburare psihiatrică și în mod tradițional, nu a fost în centrul unei evaluări neuropsihologice. Mai mult, PTSD nu se conformează cu o paradigmă clasică al unei analize a leziunilor identificabile a creierului, care pot fi confirmate cu ajutorul tehnicilor medicale. Cu un accent crescut și înțelegerea mecanismelor biologice implicate în tulburările psihiatrice în general, paradigmele neuropsihologice au fost invocate mai des decât în trecut. Cu toate acestea, după cum s-a remarcat, „...până acum, s-a scris comparativ puțin despre PTSD, din perspectivă neuropsihologică”.¹²⁰

307. Există o mare variabilitate în eșantioanele utilizate pentru studierea unor măsurări neuropsihologice în stres-ul post-traumatic. Aceasta poate explica variabilitatea problemelor cognitive raportate în aceste studii. A fost subliniat faptul că „observațiile clinice sugerează că simptomele PTSD prezintă cea mai mare suprapunere cu domeniile neurocognitive ale atenției, memoriei și funcționarea executivă”. Acest lucru corespunde cu acuzele frecvente ale victimelor torturii. Subiecții se plâng de dificultăți în concentrare și sentimentul de a nu fi în stare să rețină informațiile și să se angajeze în activități planificate și cu un scop bine determinat.

308. Metodele de evaluare neuropsihologice apar capabile să identifice prezența deficitelor neurocognitive în PTSD, chiar dacă specificitatea acestor deficite este mai greu de stabilit. Unele studii au documentat prezența

¹²⁰ J. A. Knight, “Neuropsychological assessment in post-traumatic stress disorder”, *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, J. P. Wilson and T. M. Keane, eds. (New York, Guilford, 1997).

deficitelor în subiecții cu PTSD, în comparație cu grupurile de control normale, dar ele nu au reușit să deosebească acești subiecți de grupurile de control psihiatrice.^{121, 122} Cu alte cuvinte, este probabil ca deficitale neurocognitive la testele de performanță, să fie evidente în cazurile de PTSD, dar nu și suficiente pentru diagnosticarea acestuia. Ca și în multe alte tipuri de evaluări, interpretarea rezultatelor testelor trebuie să fie integrată în contextul mai larg al informației din interviuri și eventual, al testelor de personalitate. În acest sens, metodele specifice evaluării neuropsihologice, pot avea o contribuție în documentarea PTSD în același mod în care o fac pentru alte tulburări psihiatrice asociate cu deficitale neurocognitive cunoscute.

309. În ciuda limitărilor semnificative, evaluarea neuropsihologică poate fi utilă în evaluarea persoanelor suspectate că ar avea leziuni ale creierului și în diferențierea acestora de PTSD.

De asemenea, evaluarea neuropsihologică poate fi utilizată pentru evaluarea simptomelor specifice cum ar fi probleme cu memoria, care apar în PTSD și altor tulburări adiționale.

5. Copiii și tortura

310. Tortura poate afecta un copil direct sau indirect. Impactul se poate datora faptului că acel copil este torturat sau deținut, sau că părinții sau alți membri apropiați ai familiei sunt torturați, sau pentru că au fost martori la acte de tortură sau violență. Atunci când persoane din anturajul copiilor sunt torturate, tortura va avea inevitabil un impact asupra lui, chiar dacă indirect, deoarece tortura afectează întreaga familie și

¹²¹ J. E. Dalton, S. L. Pederson, J. J. Ryan, “Effects of post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance”, *International Journal of Clinical Neuropsychology* 11(3) 1989:121-124.

¹²² T. Gil et al., “Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder”, *Journal of Traumatic Stress* 3(1) 1990:29-45).

comunitate a victimelor torturii. O discuție completă asupra impactului psihologic al torturii asupra copiilor și un ghid complet de îndrumări pentru desfășurarea unei evaluări a copilului care a fost torturat, depășește scopul acestui manual. Cu toate acestea, mai multe aspecte importante, pot fi rezumate.

311. În primul rând, atunci când se evaluează unui copil, care se presupune că a fost supus sau a asistat la tortură, medicul trebuie să se asigure că acel copil primește sprijin din partea persoanelor care îl îngrijesc și că se simte în siguranță pe durata evaluării. Acest lucru poate necesita prezența unui părinte sau a unei persoane de încredere. În al doilea rând, medicul nu trebuie să uite că adesea copiii nu își exprimă verbal gândurile și emoțiile cu privire la o traumă, ci mai degrabă comportamental.¹²³ Gradul în care copiii sunt în stare să verbalizeze gândurile și stările afective, depinde de vârsta acestora, de nivelul de dezvoltare și de alți factori, cum ar fi dinamica familiei, caracteristicile personalității și normele culturale.

312. În cazul în care un copil a fost agresat fizic sau sexual, este important, dacă este posibil ca acel copil să fie consultat de un expert în abuzuri asupra copiilor. Examinarea genitală a copiilor, foarte probabil de a fi traumatizantă, trebuie efectuată de medici experimentați în interpretarea constatărilor. Uneori este indicată înregistrarea video a examinării, astfel încât și alți experți să poată emite opinii asupra constatărilor, fără ca acel copil să fie examinat din nou. Ar putea fi inadecvată efectuarea unei examinări genitale și anale complete, fără o anestezie generală. Mai mult, examinatorul trebuie să fie conștient de faptul că, examinarea în sine, poate aminti de agresiune și că este posibil ca în timpul examinării, acel copil să strige spontan sau să se decompenseze psihologic în timpul examinării.

¹²³ C. Schlar, “Evaluation and documentation of psychological evidence of torture”, unpublished paper, 1999.

(a) Considerente de dezvoltare

313. Reacțiile unui copil la tortură depind de vârstă, stadiul de dezvoltare și de abilitățile cognitive. La copii mai mici, experiența și înțelegerea evenimentului traumatizant este influențat de reacțiile și atitudinile imediate ale celor care îi oferă ajutor după eveniment.¹²⁴ Pentru copiii sub trei ani, care au supraviețuit sau au fost martori ai actelor de tortură, rolul protector al îngrijitorilor este crucial.¹²⁵ Reacțiile unui copil foarte mic față de experiențele traumatice presupun în mod obișnuit hiperexcitabilitate, cum ar fi agitație, tulburări de somn, iritabilitate, reacții de tresărire și evitare. Copiii peste trei ani, adesea au tendința de a se retrage și de a refuza să vorbească direct despre experiențele traumatizante. Capacitatea de exprimare verbală crește odată cu dezvoltarea. O creștere semnificativă are loc în jurul perioadei concret-operaționale (8-9 ani), atunci când copiii își dezvoltă capacitatea de a furniza o relatare cronologică credibilă a evenimentelor. În timpul acestei faze, se dezvoltă operațiile concrete și noțiunile de timp și de spațiu.¹²⁶ Aceste noi competențe sunt încă fragile, și de obicei abia la începutul perioadei formal-operaționale (12 ani), copiii sunt în mod constant capabili de a construi o relatare coerentă. Adolescența este o perioadă de dezvoltare turbulentă. Efectele torturii pot varia foarte mult. Experiențele de tortură pot cauza schimbări profunde de personalitate în adolescență, având ca rezultat comportamente antisociale.¹²⁷ Alternativ, efectele torturii asupra

¹²⁴ Ottino S. von Overbeck, “Familles victimes de violences collectives et en exil: quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d’une pédopsychiatre”, *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* (14 1998:35-39).

¹²⁵ M. Grappe, “La guerre en ex -Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés”, *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*, M.R. Moro and S. Lebovici, eds. (Paris, PUF, 1995).

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

¹²⁷ Vezi nota de subsol 125.

adolescenților pot fi similare cu cele observate la copii mai mici.

(b) Considerente clinice

314. Simptoamele PTSD (tulburărilor de stres post-traumatic) pot apărea și la copii. Acestea pot fi similare cu cele observate la adulți, dar medicii trebuie să se bazeze mai mult pe observațiile comportamentului copilului decât pe exprimarea sa verbală.^{128, 129, 130, 131} De exemplu, copilul poate demonstra simptome ale re-trăirii experienței, ca manifestate prin jocul monoton, repetitiv, reprezentând aspecte ale evenimentului traumatizant, amintiri vizuale ale evenimentelor, întrebări repetate sau afirmații despre traumă sau coșmaruri. Copilul poate să înceapă să facă în pat, să piardă controlul tranzitului intestinal, să fie retras social, să nu își mai manifeste afecțele, să își schimbe atitudinea față de sine și față de ceilalți și să aibă sentimentul că nu mai are viitor. Copilul poate avea un hiperarousal sporit (hiperexcitabilitate) și teroare nocturnă, frică de întuneric, probleme de a merge la culcare, tulburări de somn, tresărire sporită de răspuns, iritabilitate și tulburări semnificative de atenție și concentrare. Pot apărea teama și comportamentul agresiv, care nu existau înaintea evenimentului traumatic, cum ar fi agresivitatea față de supraveghetori, adulți sau animale, teamă de întuneric, teamă de a merge la toaletă singuri și fobii. Copilul poate demonstra un comportament sexual nepotrivit pentru vârsta sa și reacții somatice. Pot apărea simptome de anxietate, cum ar fi teama exagerată față de străini, anxietatea de separare, panica, agitația, *temper tantrums* (temperament isterical) și plânsul

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

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* (4 1995:205-215).

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

necontrolat. Copilul poate avea și probleme legate de mâncare.

(c) Rolul familiei

315. Familia are un rol dinamic important în persistența simptomatologiei la copii. Pentru a păstra coeziunea în familie, pot să apară comportamente disfuncționale și schimburi de roluri. Membrii familiei, adesea copii, le poate fi atribuit rolul de pacient și se pot dezvolta tulburări severe. Un copil poate fi excesiv de protejat sau se pot ascunde factori importanți ai traumei. Sau alternativ, un copil poate lua rolul de părinte și se așteaptă să aibă grijă de părinți. În cazul în care copilul nu este victima directă a torturii, dar este afectat doar indirect, de multe ori adulții au tendința de a subestima impactul asupra psihicului copilului și dezvoltării sale. Atunci când cei dragi din jurul copilului au fost persecutați, violați sau torturați, sau copilul a fost martorul unei traume grave sau torturi, acesta poate dezvolta convingeri nefuncționale cum ar fi faptul că el sau ea este responsabil(ă) pentru evenimentele rele sau că el sau ea trebuie să poarte povara părinților. Acest tip de convingeri pot duce la probleme pe termen lung, cum ar fi vinovăție, conflictele de loialitate, dezvoltarea personală și maturizarea într-un adult independent.

ANEXA I

Principii cu privire la Investigarea Efectivă și Documentarea Torturii și a altor Tratamente Crude, Inumane sau Degradante, sau Pedepse,¹³²

1. Scopul investigării efective și documentării asupra torturii și a altor tratamente crude, inumane sau degradante (la care ne vom referi în continuare cu numele de tortură sau alte rele-tratamente) includ următoarele:
(a) clarificarea faptelor, stabilirea și confirmarea responsabilității individuale și a statului, față de victime și familiile lor;
(b) identificarea măsurilor necesare prevenirii repetării acestor acte;
(c) facilitarea urmăririi penale și/sau după caz, a sancțiunilor disciplinare pentru cei indicați în timpul anchetei ca fiind responsabili și
(d) demonstrarea necesității de reparare integrală din partea statului, inclusiv compensarea financiară adecvată și oferirea de fonduri pentru îngrijire medicală și reabilitare.

2. Statele membre se asigură că plângerile și rapoartele de tortură sau rele-tratamente vor fi investigate în mod prompt și eficient. Chiar și în absența unei plângeri expres, se va desfășura o anchetă în cazul când există indicii că s-ar fi putut petrece un act de tortură sau de maltratare. Anchetatorii, care trebuie să fie independenți de responsabilii suspecti, precum și de agențiile pe care le deservesc aceștia, trebuie să fie competenți și imparțiali. Ei trebuie să aibă acces la, sau vor fi împuterniciți să ceară investigații din partea unor experți medicali imparțiali sau ai altor experți. Metodele utilizate pentru desfășurarea unor astfel de anchete trebuie să întrunească cele mai înalte standarde profesionale, iar constatările vor fi făcute publice.

¹³² Comisia pentru Drepturile Omului, în rezoluția sa 200/43 și Adunarea Generală în rezoluția 55/89 au atras atenția guvernelor asupra Principiilor și le-au încurajat în a considera aceste Principii ca fiind folositoare în combaterea torturii.

3. (a) Autoritatea de investigare va avea puterea și obligația de a obține toate informațiile necesare anchetei.¹³³ Acele persoane care conduc ancheta trebuie să aibă la dispoziția lor toate resursele tehnice și bugetare necesare pentru o investigare eficientă. Ei vor avea de asemenea, autoritatea de a obliga pe cei aflați într-o funcție oficială și care sunt presupuși a fi implicați într-un act de tortură sau de maltratare să vină și să depună mărturie. Aceeași prevedere se va aplica oricărui martor. În acest scop, autoritatea de anchetă trebuie să aibă dreptul de a emite citații martorilor, adresate inclusiv oricărui oficial presupus de a fi implicat, și să ceară oferirea de probe.

(b) Presupusele victime ale torturii sau maltratării, martorii, sau cei care conduc investigația și familiile lor, vor fi protejate împotriva violenței, amenințărilor de violență sau a oricărei alte forme de intimidare care poate apărea, ca urmare a investigației. Acei care sunt potențial implicați în tortură sau rele-tratamente, vor fi îndepărtați din orice poziție de control sau putere asupra reclamanților, martorilor sau a familiilor lor, fie ea directă sau indirectă, ca și asupra celor care conduc investigația.

4. Presupusele victime ale torturii sau relelor-tratamente și reprezentanții lor legali vor fi informați despre și vor avea acces la orice audiere ca și la toate informațiile relevante pentru investigație și vor avea dreptul de a oferi alte dovezi.

5. (a) În cazurile în care procedurile stabilite de investigare sunt inadecvate din cauza expertizei insuficiente sau a suspiciunilor de parțialitate, sau din cauza existenței aparente a unui tip de abuz sau din alte motive substanțiale, statele trebuie să se asigure că investigațiile sunt efectuate de către o comisie de anchetă independentă sau prin procedură similară.

¹³³ În unele circumstanțe, etica profesională poate cere ca informațiile să fie păstrate confidențiale. Aceste cerințe trebuie respectate.

Membrii unei astfel de comisii trebuie să fie aleși pentru imparțialitatea și competența lor recunoscută, și independenței ca persoane. În mod special, ei vor fi independenți față de orice autori suspectați de tortură și față de instituțiile sau agențiile pe care aceștia le deserveșc. Comisia va avea autoritatea de a obține toate informațiile necesare anchetei și va desfășura ancheta conform acestor Principii.¹³⁴

(b) Un raport scris, realizat într-un termen rezonabil, trebuie să includă domeniul de aplicare a anchetei, procedurile și metodele utilizate pentru evaluarea probelor, precum și concluzii și recomandări bazate pe constatările de fapt și în baza legii în vigoare. După finalizare, raportul va fi făcut public. Acesta va descrie în detaliu evenimentele specifice care au fost constatate precum că au avut loc și dovezile pe care se bazează aceste constatări, liste cu numele martorilor care au depus mărturie, cu excepția celor a căror identitate rămâne ascunsă, pentru protecția lor. Statul va răspunde raportului de anchetă într-o perioadă rezonabilă de timp și, după caz, va indica pașii care trebuie făcuți.

6. (a) Experții medicali implicați în cadrul investigației de tortură sau relelor tratamente, se vor comporta permanent în conformitate cu cele mai înalte standarde etice și în mod special vor obține consimțământul informat înaintea efectuării oricărei examinări. Examinarea trebuie să respecte standardele stabilite ale practicii medicale. Examinările trebuie să se desfășoare într-un spațiu privat, sub controlul experților medicali și în afara prezenței agenților de securitate și a altor oficiali guvernamentali.

(b) Experții medicali vor pregăti cu promptitudine un raport scris, care trebuie să cuprindă cel puțin următoarele:

(i) **Circumstanțele interviului:** Numele subiectului și numele și afilierea celor prezenți la examinare; data și ora exactă, locația, natura și adresa instituției (inclusiv, acolo unde este cazul,

camera) în care se desfășoară examinarea (de exemplu centru de detenție, casă, clinică); circumstanțe ale subiectului în momentul examinării (de exemplu natura oricăror restricții la sosire sau în timpul examinării, prezența forțelor de securitate în timpul examinării, conduita celor care însoțesc persoana reținută, amenințările formulate la adresa examinatorului), precum și oricare alți factori relevanți;

(ii) **Istoricul:** o înregistrare detaliată a relatării subiectului, așa cum este dată în timpul interviului, inclusiv metodele de presupusă tortură sau de maltratare, data și ora la care s-a petrecut tortura sau maltratarea, precum și toate manifestările fizice și simptomele psihologice;

(iii) **Examinarea fizică și psihologică:** o înregistrare a tuturor constatărilor examenului clinic, inclusiv testele diagnostice corespunzătoare și, acolo unde este posibil, fotografii color ale tuturor leziunilor;

(iv) **Opinia:** o interpretare a posibilei relații probabile dintre constatările fizice și psihologice și posibila tortură sau maltratare. Se va acorda o recomandare pentru orice tratament medical sau psihologic necesar și/ sau examinări ulterioare;

(v) **Autorii:** Raportul trebuie să îi identifice în mod clar pe cei care desfășoară examinarea și acesta trebuie semnat.

(c) Raportul trebuie să fie confidențial și să fie comunicat subiectului sau reprezentantului legal. Trebuie să fie solicitate și înregistrate în raport, punctele de vedere ale subiectului sau ale reprezentantului său, cu privire la procesul de examinare. Dacă este cazul, raportul trebuie oferit în scris autorității responsabile cu investigarea afirmațiilor de tortură sau de maltratare. Este responsabilitatea statului de a asigura faptul, că raportul este transmis în siguranță acestor persoane. Raportul nu trebuie să fie pus la dispoziția a nici unei persoane, decât cu consimțământul subiectului sau cu autorizația unei instanțe împuternicită să pună în aplicare un astfel de transfer.

¹³⁴ Vezi nota de subsol 133.

ANEXA II Testele diagnostice

Testele diagnostice sunt dezvoltate și evaluate permanent. Următoarele teste au fost considerate a fi de valoare la momentul scrierii acestui manual. Cu toate acestea, acolo unde se cer dovezi adiționale de sprijin, investigatorii trebuie să încerce să găsească surse de informare veridice și actuale, de exemplu prin consultarea centrelor specializate pentru documentare asupra torturii (vezi capitolul V, secț.E.).

1. Imagistica radiologică

În fazele acute ale traumei, diferite metode de imagistică medicală (radiologie) ar putea fi destul de folositoare pentru oferirea de date suplimentare privind leziunile țesuturilor moi sau ale scheletului. Odată ce leziunile fizice ale torturii s-au vindecat, sechelele rămase nu mai sunt, în general, detectabile prin aceleași metode imagistice. Aceasta este adesea valabil chiar și atunci când supraviețuitorul continuă să acuze dureri mari sau dizabilități cauzate de acele leziuni. S-a făcut deja referințe la diferite studii radiologice în cursul discuției despre examinarea pacientului sau în contextul diferitelor forme de tortură. Ceea ce urmează este un rezumat al aplicării acestor metode. Cu toate acestea, cele mai sofisticate și mai scumpe tehnologii nu sunt disponibile peste tot sau cel puțin nu pentru o persoană aflată în custodie.

Examinările diagnostice de imagistică și radiologice includ: radiografia de rutină cu raze X (x-rays), scintigrafia radio-izotopică, tomografia computerizată (TC), rezonanța magnetică nucleară (RMN) și ultrasonografia (USG). Fiecare metodă prezintă avantaje și dezavantaje. Razele X, scintigrafia și tomografia computerizată utilizează radiații ionizante care pot fi contraindicate la femeile însărcinate și la copii. În RMN se utilizează un câmp magnetic, iar efectele biologice potențiale asupra fătus-ului și copiilor sunt teoretice, dar considerate ca fiind

minime. Ultrasonografia utilizează unde sonore și nu se cunoaște vreun risc biologic.

Razele X sunt ușor accesibile. Cu excepția craniului, toate celelalte zone traumatice ar trebui să facă obiectul investigației prin radiografie convențională. În timp ce radiografiile de rutină vor demonstra existența fracturilor faciale, tomografia computerizată oferă un tablou mai complet din acest punct de vedere și evidențiază eventualele deplasări de fragmente osoase, precum și leziuni și complicații ale țesuturilor moi asociate acestor fracturi. Atunci când se suspectează leziuni periostale sau fracturi mici, radiografia ar trebui completată de o scintigrafie osoasă. Un procent al razelor X va fi negative chiar și atunci când există o fractură acută sau un debut de osteomielită. Este posibil ca o fractură să se vindece, nelăsând nici o dovadă radiologică a leziunii anterioare. Aceasta este valabil în special la copii. Radiografiile de rutină nu reprezintă examenul ideal pentru evaluarea țesuturilor moi.

Scintigrafia este o examinare de mare sensibilitate, dar cu o specificitate redusă. Ea reprezintă o examinare accesibilă și eficientă, folosită pentru a scana întregul schelet, pentru identificarea unui proces inflamator, cum ar fi osteomielita sau trauma. Se poate evalua și torsiunea testiculară, dar ultrasunetele sunt mai potrivite pentru acest scop. Scintigrafia nu se folosește pentru a identifica traume ale țesuturilor moi. Scintigrafia poate detecta o fractură acută în termen de 24 de ore, dar în general este nevoie de două sau trei zile iar, ocazional, poate dura o săptămână sau chiar mai mult, mai ales în cazul persoanelor în vârstă. În general, rezultatele scanării revin la parametrii normali după doi ani. Oricum, aceasta poate rămâne pozitivă în cazul fracturilor și a osteomielitelor vindecate de ani de zile. Folosirea scintigrafiei osoase pentru detectarea fracturilor de epifiză sau metadiaphiză (capetele oaselor lungi) la copii, este foarte dificilă din cauza absorbției normale a substanței radioactive

la nivelul epifizei. Scintigrafia are adesea capacitatea de a detecta fracturile de coaste, care nu apar la radiografiile de rutină cu raze X.

(a) Aplicarea scintigrafiei osoase în diagnosticul de *Falanga*

Scanarea oaselor poate fi efectuată fie prin imagini întârziate la aproximativ trei ore, fie printr-o examinare în trei faze: angiograma radionucleică (faza arterială), imagini ale sângelui (faza venoasă, care reprezintă țesutul moale) și faza întârziată (faza osoasă). Pentru pacienții examinați la scurt timp după ce au suferit *falanga*, ar trebui efectuate două scintigrafii la interval de o săptămână. O primă scanare întârziată negativă și o a doua scanare pozitivă, indică expunerea la falanga cu câteva zile înainte de prima scanare.

În cazurile acute, două scanări negative ale oaselor la un interval de o săptămână nu presupun în mod necesar că *falanga* nu ar fi avut loc, ci doar că falanga a fost aplicată sub limita de sensibilitate a scintigrafiei. Inițial, dacă se realizează o scanare în trei faze, absorbția crescută a fazei angiogramei radionucleice, imaginile venoase și nu sporește absorbția în faza osoasă indică hiperemie, compatibile cu leziunile țesutului moale. Trauma oaselor piciorului și a țesutului moale poate fi de asemenea detectată prin intermediul rezonanței magnetice.¹³⁵

(b) Ultrasonetele

Ultrasonografia este puțin costisitoare și nu implică riscuri biologice. Calitatea unei examinări depinde de calificarea operatorului. Acolo unde tomografia computerizată nu este disponibilă, putem utiliza ultrasunete pentru evaluarea unui traumatism abdominal acut. Ultrasonografia este indicată și pentru tendonopatii și este extrem de performantă în cazul anomaliei testiculare. De asemenea, poate fi utilă la examinarea umerilor în faza acută și

¹³⁵ Vezi notele de subsol 82-84; pentru mai multe informații, consultați lucrările standard de medicină nucleară și radiologie.

cronică, după tortura prin suspensie. În faza acută permite detectarea edemelor și acumulărilor de lichid în articulațiile umerilor și proximităților, și de asemenea a lacerățiilor și hematoamelor provocate de rotirea cătușelor în jurul mâinilor la suspendare. Dispariția semnelor la un examen ulterior, tinde să confirme diagnosticul. În astfel de cazuri se recomandă efectuarea de examene comparative cu RMN, scintigrafie și alte procedee. Chiar în absența unor rezultate pozitive în urma examinării prin alte metode, indiciile obținute prin ultrasunete, sunt suficiente pentru a confirma tortura prin suspensie.

(c) Tomografia computerizată

Tomografia computerizată reprezintă un mijloc excelent de investigare atât pentru țesutul moale cât și pentru os. Totuși, RMN-ul este mai indicat pentru țesuturile moi decât pentru oase. Rezonanța magnetică poate detecta o fractură ascunsă înainte de a putea fi vizualizată prin intermediul radiografiilor obișnuite sau a scintigrafiei. Folosirea scannerelor deschise și a sedării poate reduce anxietatea și claustrofobia, care prevalează printre supraviețuitorii torturii. Tomografia computerizată este excelentă pentru diagnosticarea și evaluarea fracturilor, în special a celor de oase temporale și faciale. Controlul alinierii și depistarea deplasării de fragmente osoase, în special în cazul fracturilor de coloană, bazin și umăr, sunt extrem de eficiente în cazul folosirii tomografiei computerizate. Aceasta nu poate identifica leziunile osoase. Tomografia computerizată, cu și fără perfuzie intravenoasă, a unui agent de contrast poate reprezenta examinarea inițială a leziunilor acute, sub-acute și cronice ale sistemului nervos central (SNC). Dacă examinarea este negativă, echivocă sau nu explică acuzele victimei referitoare la SNC sau simptomele acestuia, se va trece la procedeul rezonanței magnetice.

O tomografie computerizată cu ferestre osoase și o examinare pre- și post-contrast ar trebui să reprezinte examinarea inițială pentru fracturile de os temporal. Ferestrele osoase pot demonstra

fracturi și discontinuități osoase. Examinarea pre-contrast ar putea evidenția prezența lichidelor și a cholesteatomelor. Contrastul se recomandă din cauza anomaliilor comune vasculare care au loc în această zonă. Pentru rinoree, injectarea unui agent de contrast în canalul spinal ar trebui să urmeze traseul unui os temporal. RMN-ul ar putea arăta de asemenea ruptura responsabilă de pierderea fluidului. Acolo unde există suspiciune de rinoree, trebuie să se facă o tomografie computerizată a suprafeței cu țesut moale și cu ferestre osoase. Ulterior mai trebuie făcută o tomografie computerizată după ce se injectează agentul de contrast în canalul spinal.

(d) Imagistica prin rezonanță magnetică

În comparație cu tomografia computerizată, RMN este mai sensibilă pentru a depista patologiiile sistemului nervos central. O hemoragie a SNC decurge în faze imediate, hiperacute, acute, subacute și cronice, iar hemoragia sistemului nervos central are dispuneri care se pot corela cu caracteristicile imagistice ale hemoragiei. Astfel, constatările imagistice pot permite aproximarea momentului leziunii la cap și corelarea acestuia cu presupusele incidente. O hemoragie a sistemului nervos central se poate resorbi complet sau poate lăsa depozite de hemosiderine în cantitate suficientă pentru a avea o imagine pozitivă la scanner după mulți ani. Hemoragiile țesuturilor moi, inclusiv ale mușchilor, se resorb în general complet. Totuși, câteodată se poate produce un fenomen de osificare heterotrofică, sau „*Myositis ossificans*”, detectabilă prin tomografia computerizată.

2. Biopsia leziunilor provocate de șoc electric

Leziunile de șoc electric prezintă uneori modificări microscopice specifice, a căror absență într-un specimen de biopsie, nu permite totuși a concluziona că tortura electrică nu a avut loc, iar autoritățile juridice nu trebuie să permită afirmarea unor astfel de presupuneri. Din păcate,

dacă o instanță de judecată cere ca presupusa victimă a unei torturi prin șoc electric să depună o probă prin biopsie, pentru confirmarea plângerii, refuzul de a-și da consimțământul pentru efectuarea acesteia sau un rezultat negativ, are impactul negativ asupra curții. Mai mult decât atât, în cazurile de tortură prin șoc electric, experiența clinică în privința diagnosticelor pe bază de biopsie este limitată, iar diagnosticele pot fi de obicei pronunțate cu încredere numai pe baza istoricului și examinării fizice.

De aceea, această procedură trebuie să se desfășoare într-o clinică de cercetare și nu efectuată ca un diagnostic standard. Orice persoană căreia i se cere consimțământul pentru un astfel de examen, trebuie clar informată despre incertitudinea rezultatelor și să i se permită cântărirea unui potențial beneficiu față de impactul asupra psihicului deja traumatizat.

(a) Raționamente pentru biopsie

Există vaste cercetări de laborator care măsoară efectele șocurilor electrice asupra pielii porcilor anesteziați.^{136 137 138 139 140 141} Acestea

¹³⁶ Thomsen et al., “Early epidermal changes in heat and electrically injured pig skin: a light microscopic study”, *Forensic Science International* (17 1981:133-43).

¹³⁷ Thomsen et al., “The effect of direct current, sodium hydroxide, and hydrochloric acid on pig epidermis: a light microscopic and electron microscopic study”, *Acta path microbiol. immunol. Scand* (sect. A 91 1983:307-16).

¹³⁸ H. K. Thomsen, “Electrically induced epidermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy”, dissertation (University of Copenhagen, F.A.D.L. 1984:1-78).

¹³⁹ T. Karlsmark et al., “Tracing the use of torture: electrically induced calcification of collagen in pig skin”, *Nature* (301 1983:75-78).

¹⁴⁰ T. Karlsmark et al., “Electrically-induced collagen calcification in pig skin. A histopathologic and histochemical study”, *Forensic Science International* (39 1988:163-74).

¹⁴¹ T. Karlsmark, “Electrically induced dermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low to moderate amounts of electrical energy”, dissertation, University of Copenhagen, *Danish Medical Bulletin* (37 1990:507-520).

au arătat că există semne histologice specifice leziunilor electrice care pot fi stabilite prin examinarea microscopică a punctatelor de biopsie ale leziunilor. Totuși, discutarea mai detaliată a acestei cercetări depășește scopul prezentei publicații. Cititorului îi sunt oferite la subsol referințe, pentru informații adiționale. Puține cazuri de tortură prin șoc electric la oameni au fost studiate histologic.^{142, 143, 144, 145} Doar într-un singur caz, unde leziunile au fost excizate la probabil șapte zile de la traumatism, s-a crezut că alterările pielii au valoare diagnostică pentru leziunile electrice observate (depozite de săruri de calciu pe fibrele dermice în diferite țesuturi localizate în jurul țesutului necrozat). În alte cazuri de presupusă tortură prin șoc electric, leziunile excizate la câteva zile prezentau modificări segmentare și depozite de săruri de calciu pe structurile celulare corespunzătoare influenței curentului electric, dar acestea nu sunt diagnostice atâta timp cât nu au fost observate depozite de săruri de calciu pe fibrele dermice. O biopsie luată la o lună de la tortura prin șoc electric ce prezenta o cicatrice conică, largă de 1-2 mm, avea un număr crescut de fibroblaste strâns unite, fibre fine de collagen, dispuse paralel cu suprafața care corespundeau cu, dar nu erau diagnostice pentru leziunile electrice.

(b) Metoda

După primirea consimțământului din partea unui pacient și înaintea biopsiei, leziunea trebuie să fie fotografiată folosind metodele

¹⁴² L. Danielsen et al., "Diagnosis of electrical skin injuries: a review and a description of a case", *American Journal of Forensic Medical Pathology* (12 1991:222-226).

¹⁴³ F. Öztö et al., "Signs of electrical torture on the skin", *Treatment and Rehabilitation Centers Report 1994* (Human Rights Foundation of Turkey, HRFT Publication, 11 1994:97-104).

¹⁴⁴ L. Danielsen, T. Karlsmark, H. K. Thomsen, "Diagnosis of skin lesions following electrical torture", *Rom J. Leg. Med* (5 1997:15-20).

¹⁴⁵ H. Jacobsen "Electrically induced deposition of metal on the human skin", *Forensic Science International* (90 1997:85-92).

medico-legale acceptate. Sub anestezie locală, se va obține o biopsie de 3-4 mm care se va plasa în formol sau într-un alt fixativ tamponat. Biopsia de piele trebuie să fie efectuată cât mai curând posibil de la momentul producerii leziunii. Cum traumele electrice sunt limitate de obicei la epidermă și stratul superficial al dermei, leziunile pot dispărea rapid. Se pot lua biopsii din mai mult de o leziune, dar trebuie luat în considerare deranjul provocat pacientului.¹⁴⁶ Materialul biopsiei trebuie să fie examinat de către un medic patolog cu experiență în dermatologie.

(c) Constatările diagnostice pentru leziunile șocurilor electrice

Constatările diagnostice pentru leziunile electrice includ nucleii veziculari de la nivelul epidermei, glandelor sudoripare și pereții vaselor (singurul diagnostic diferențial: leziuni datorate soluțiilor bazice), și depozite de săruri de calciu clar localizate pe fibrele colagene și elastice (diagnostic diferențial: *Calcinosis cutis*, este o tulburare extrem de rară, observată în 75 de biopsii dintr-un total de 220 000 de biopsii consecutive, iar depozitele sunt în general masive și difuze, fără o localizare distinctă a fibrelor elastice și a collagenului).¹⁴⁷

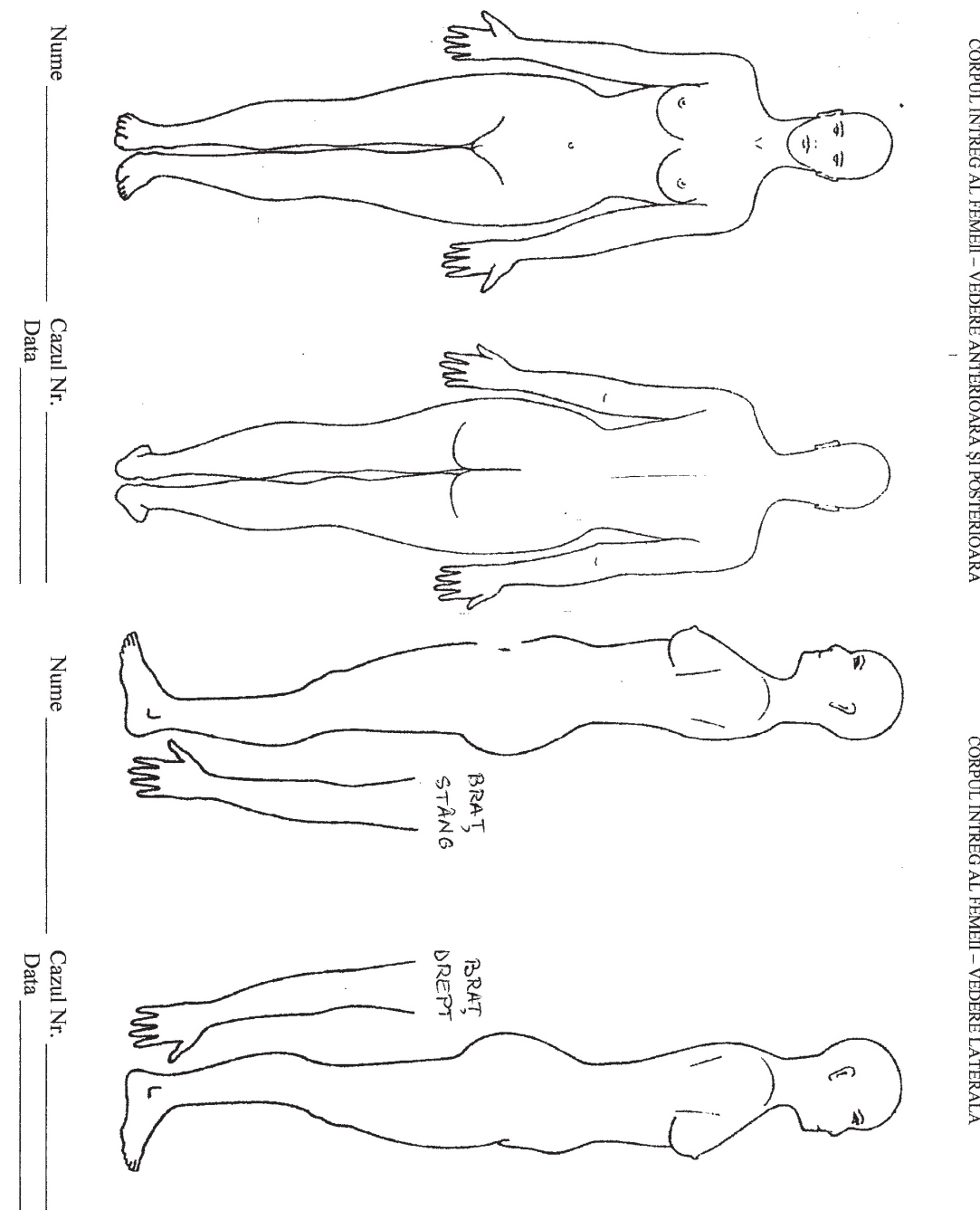
În mod tipic, dar nu diagnostic, în leziunile electrice se găsesc formațiuni sub forma unor segmente conice, adesea largi de 1-2 mm, depozite de fier sau cupru pe epidermă (de la electrod) și o citoplasmă omogenă în epidermă, glandele sudoripare și pereții vaselor. Pot exista de asemenea depozite de săruri de calciu pe structurile celulare în leziunile segmentate sau se poate să nu existe nici o observație histologică anormală.

¹⁴⁶ S. Gürpınar, "Korur Fincanci ü, İnsan Hakları İhlalları 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).

¹⁴⁷ Danielsen et al. (1991).

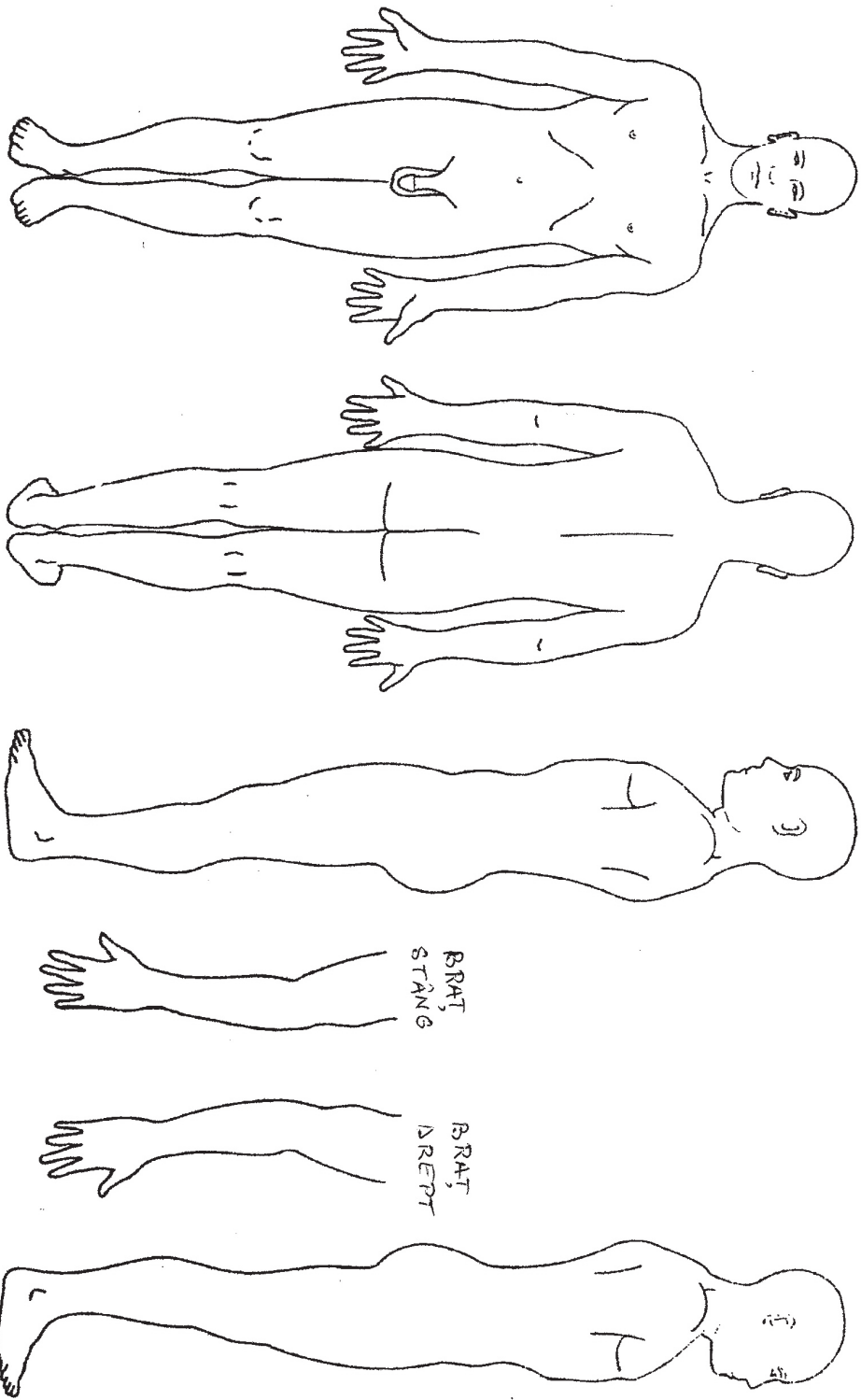
ANEXA III

Schițele anatomice pentru examinarea torturii și a relelor tratamente



CORPUL ÎNTEG AL BĂRBATULUI - VEDERE ANTERIOARĂ ȘI POSTERIOARĂ (VENTRALĂ ȘI DORSALĂ)

CORPUL ÎNTEG AL BĂRBATULUI - VEDERE LATERALĂ

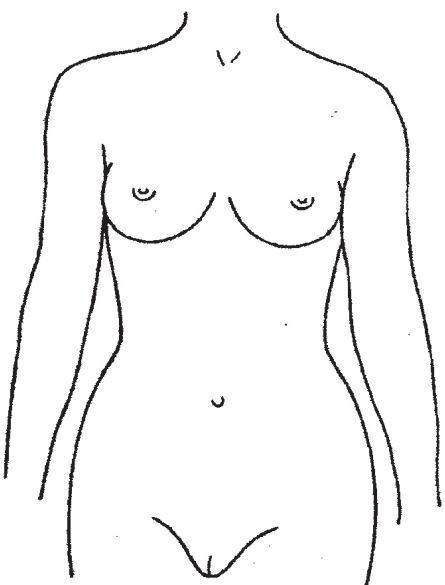
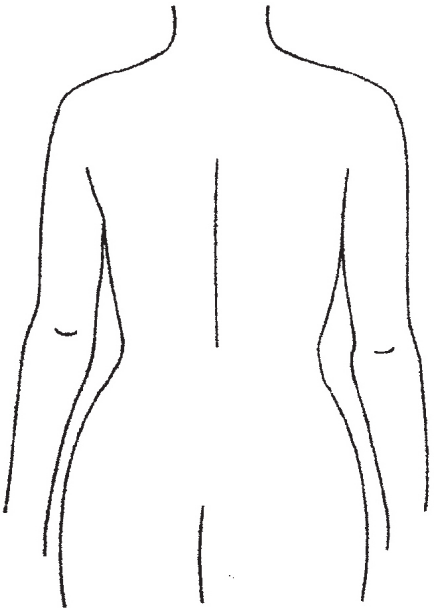
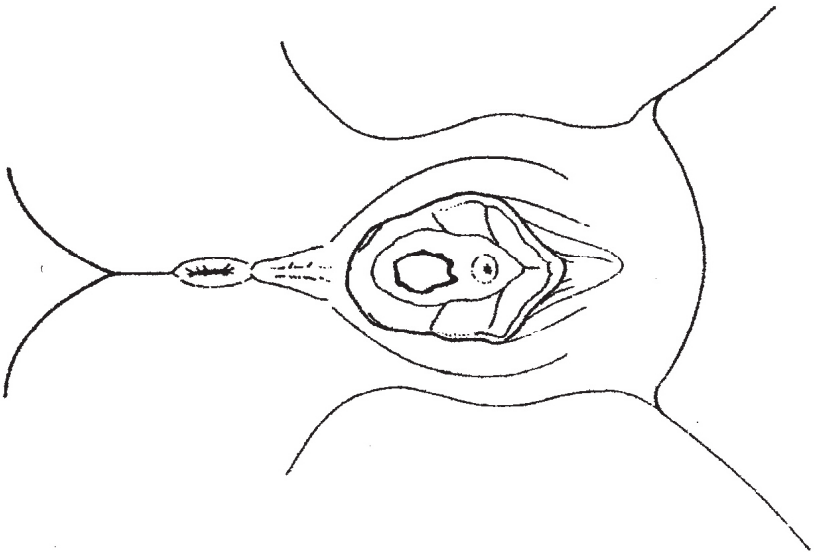


Nume _____ Cazul Nr. _____
Data _____

Nume _____ Cazul Nr. _____
Data _____

PERINEU - FEMEIE

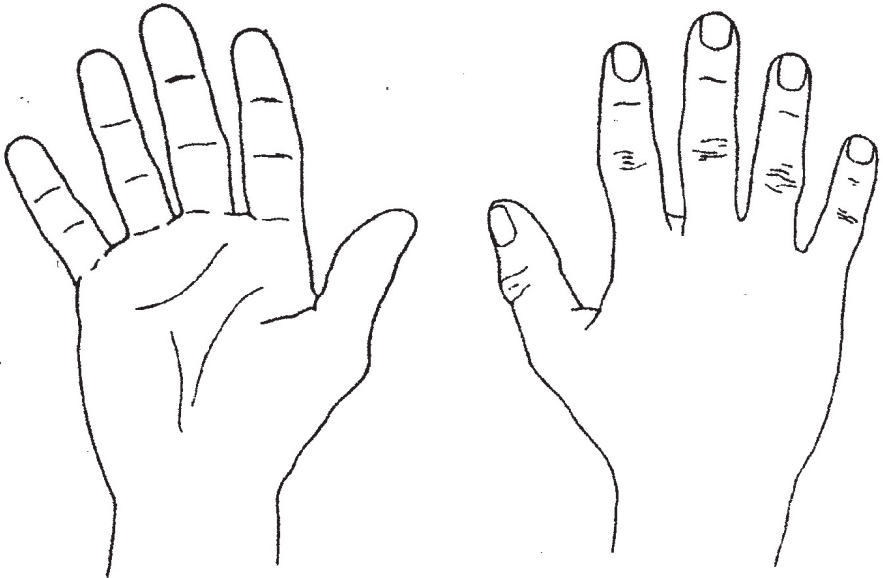
TORACELE ABDOMINAL AL FEMEII - VEDERE ANTERIOARĂ ȘI POSTERIOARĂ



Nume _____ Cazul Nr. _____
Data _____

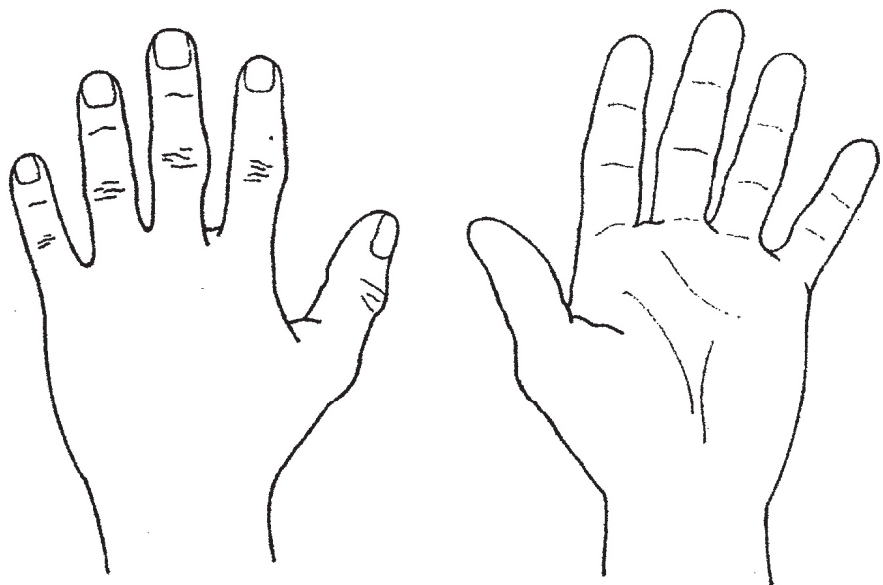
Nume _____ Cazul Nr. _____
Data _____

MÂNA DREAPTĂ – PALMARĂ ȘI DORSALĂ



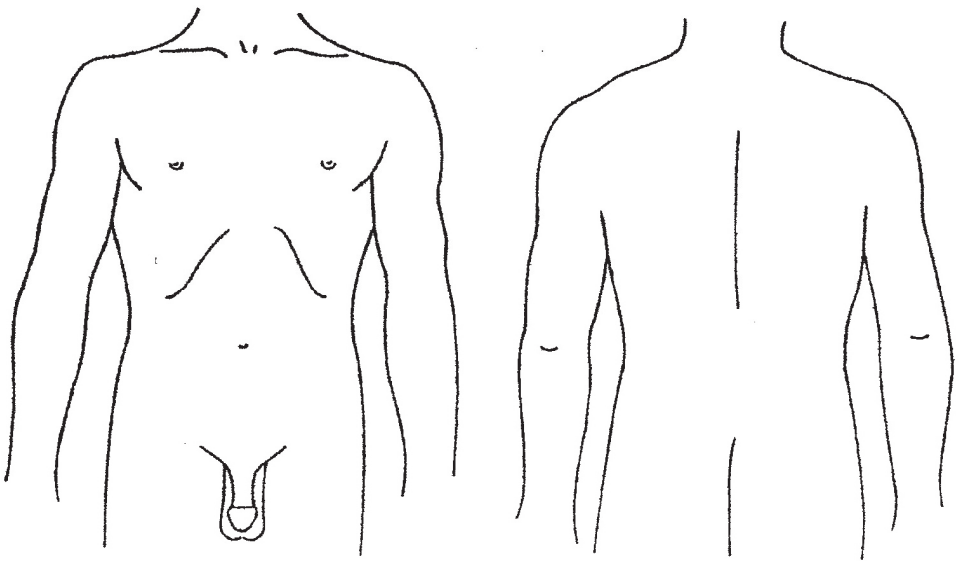
Nume _____ Cazul Nr. _____
Data _____

MÂNA STÂNGĂ – PALMARĂ ȘI DORSALĂ



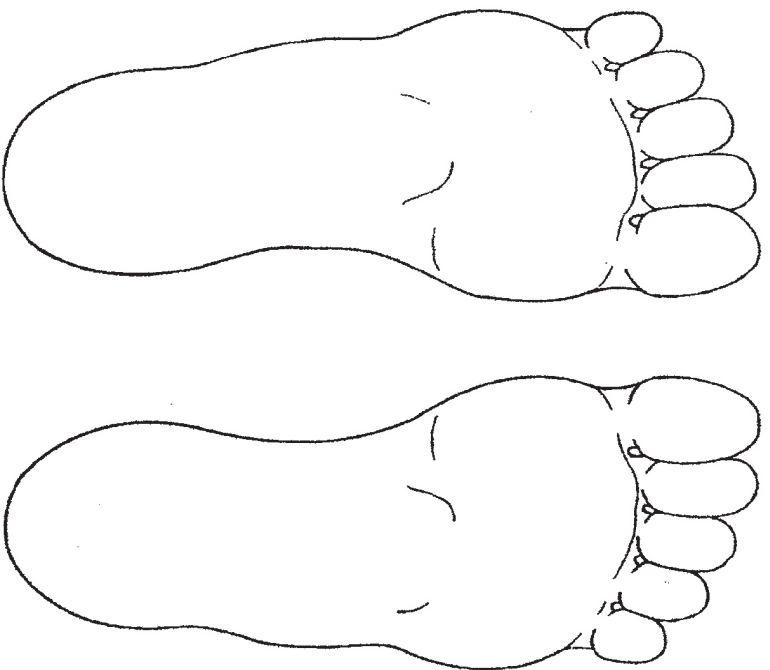
Nume _____ Cazul Nr. _____
Data _____

TORACELE ABDOMINAL AL BĂRBATULUI – VEEDERE ANTERIOARĂ ȘI POSTERIOARĂ



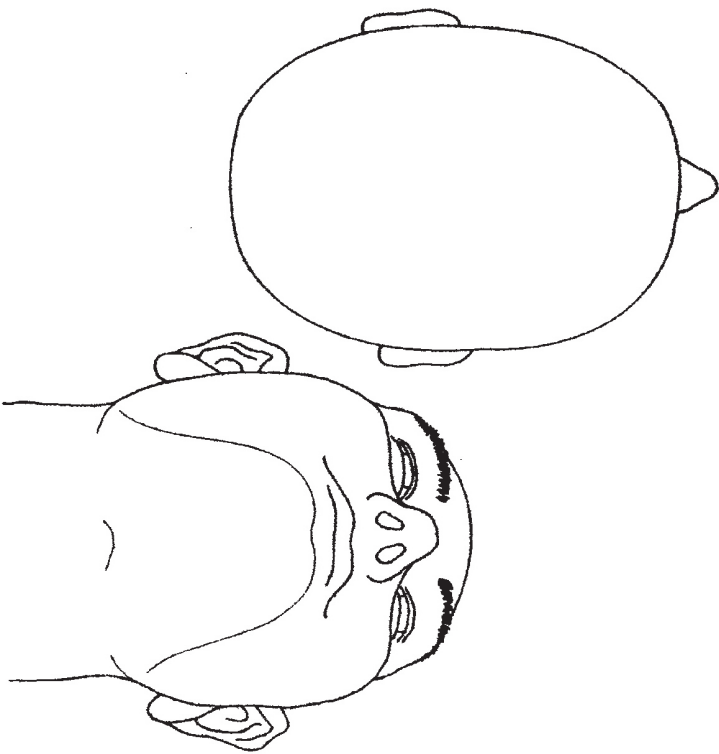
Nume _____ Cazul Nr. _____
Data _____

PICIOARELE – SUPRAFEȚELE PLANTARE DREAPTĂ ȘI STÂNGĂ



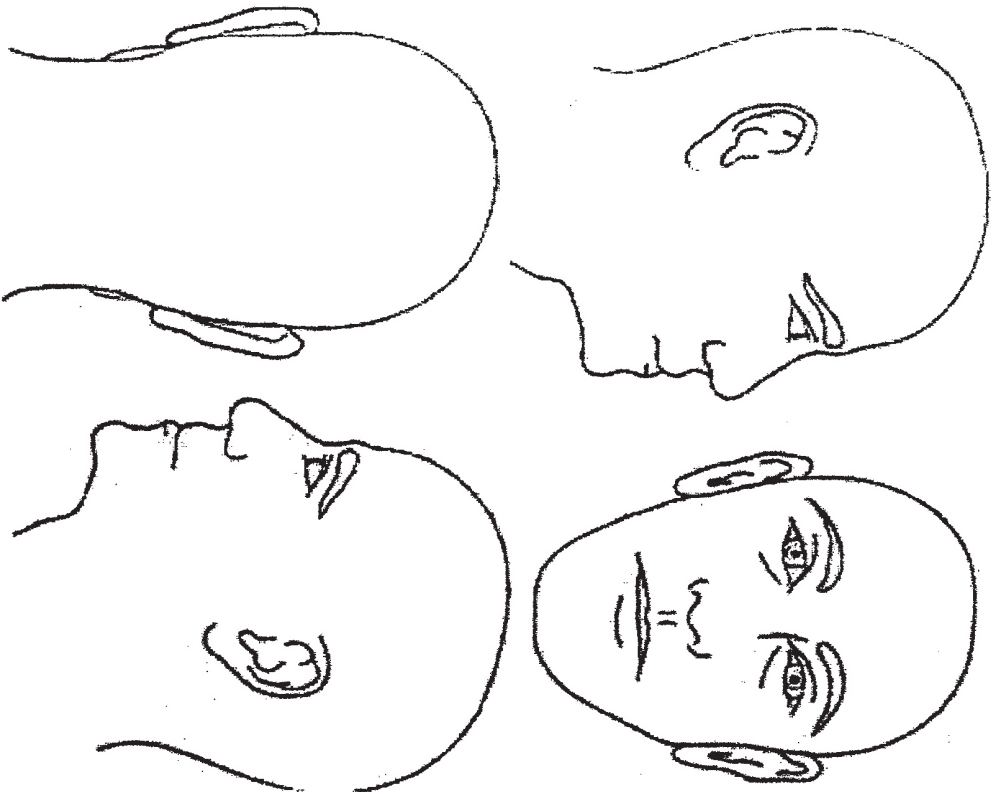
Nume _____ Cazul Nr. _____
Data _____

Nume _____
Cazul Nr. _____
Data _____



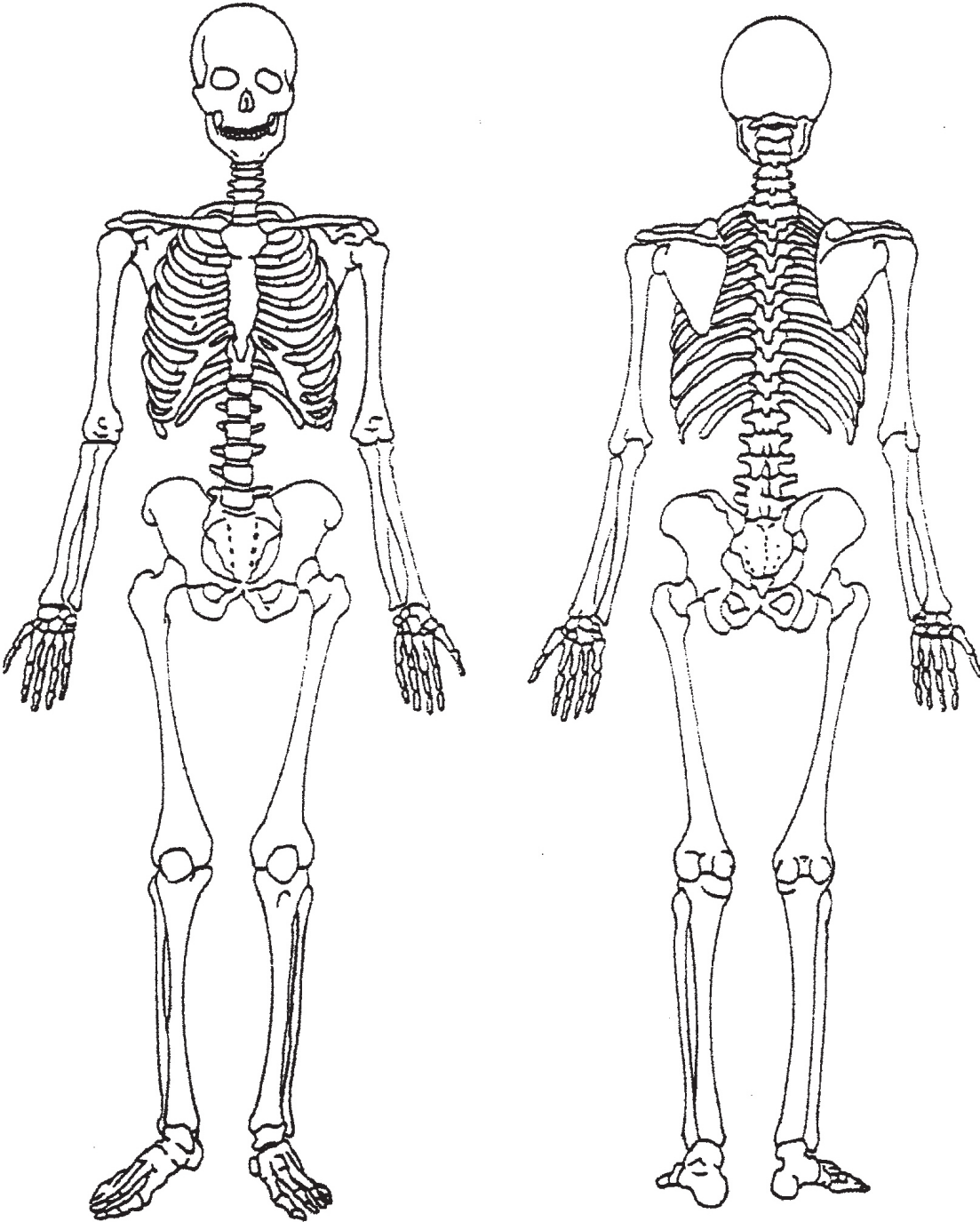
CAPUL – SUPRAFAȚA ȘI ANATOMIA SCHELETULUI,
VEDERE DE SUS – VEDERE INTERIOARĂ A GĂTULUI

Nume _____
Cazul Nr. _____
Data _____



CAPUL – SUPRAFAȚA ȘI ANATOMIA SCHELETULUI, VEDERE LATERALĂ

SCHELETUL – VEDERE ANTERIOARĂ ȘI POSTERIOARĂ



Nume _____ Caz Nr. _____
Data _____

MARCAȚI PE SCHIȚĂ TOATE LUCRĂRILE SAU DINȚII LIPSĂ

Dreapta

Stânga

Dreapta

Stânga

Descrieți complet toate protezele sau punțile fixe

Estimați Vârsta _____
Sexul _____
Rasa _____

Încercuiți termenul potrivit
Este prezentă proteză
Maxilar
Dantură completă
Dantură parțială
Punte fixă

Mandibulă
Dantură completă
Dantură parțială
Punte fixă

Pete pe dinți
Ușoare
Moderate
Severe

MARCAȚI PE SCHIȚĂ TOATE CARIILE

Dreapta

Stânga

Dreapta

Stânga

Încercuiți termenul potrivit
Relația
Normală
Ieșită în afară
Trasă spre interior

Condiția prezentă
Excelentă
Medie
Proastă

Calculi
Puțini
Moderați
Mari

ANEXA IV
Îndrumări pentru evaluarea medicală a torturii și a relelor-tratamente

Următoarele îndrumări au la bază *Protocolul de la Istambul, Manual pentru Investigarea Eficientă și Documentarea Asupra Torturii și a Altor Tratamente Crude, Inumane și/sau Degradante sau Pedepse*. Aceste îndrumări nu se vor a fi o prescripție fixă, ci ele trebuie aplicate avându-se în vedere scopul evaluării și resursele disponibile. Evaluarea dovezilor fizice și psihologice ale torturii și a relelor-tratamente se poate desfășura de către unul sau mai mulți medici, în funcție de specialitatea lor.

I. Informațiile legate de caz:
Data examinării: _____ Examen cerut de (nume/funcția) _____
Raport de caz nr. _____ Durata evaluării _____ ore, _____ minute.
Prenumele subiectului _____ Data nașterii _____ Locul nașterii _____
Numele de familie al subiectului _____ Sexul: _____
Motivul examinării _____ ID al subiectului Nr. _____
Numele medicului _____ Translator (da/nu), nume: _____
S-a dat consimțământul: da/nu.
Dacă nu, de ce?: _____
Subiectul este însoțit de (nume/funcție): _____
Persoane prezente în timpul examinării (nume/funcția): _____
Subiectul este constrâns în timpul examinării: da/nu; Dacă „da”, cum/de ce? _____
Raport medical transferat către (nume/funcția/Nr. ID): _____
Data transferului _____ Ora transferului _____
Evaluarea/investigarea medicală se desfășoară fără restricții (pentru subiecții aflați în custodie): da/nu
Oferiți detalii despre orice constrângeri: _____

II. Specializările medicului (pentru dovezile necesare în instanță)

Studiile de medicină și pregătirea clinică
Pregătirea psihologică/psihiatrică
Experiența în cercetarea dovezilor torturii și a relelor-tratamente
Expertiza regională în domeniul Drepturilor Omului relevantă pentru investigație
Publicații relevante, prezentări și cursuri de pregătire
Curriculum vitae

III. Declarații privind autenticitatea mărturiei (pentru dovezile necesare în instanță)

De exemplu: „Cunosc personal faptele afirmate mai jos, cu excepția celor afirmate pe baza relatării pe care o consider adevărată. Voi fi pregătit să depun mărturie în instanță referitor la afirmațiile de mai jos, bazate pe cunoștințele mele personale și pe convingeri.”

IV. Informații de fond

Informații generale (vârstă, ocupație, educație, componența familiei, etc.)

Trecutul medical

Trecerea în revistă a evaluărilor medicale anterioare asupra torturii și a relelor-tratamente

V. Afirmările de tortură și rele-tratamente

- 1. Rezumat despre perioada de detenție și abuz
- 2. Circumstanțele arestului și ale detenției
- 3. Locul inițial și cele ulterioare de detenție (cronologie, transport și condițiile de detenție)
- 4. Relatarea torturii sau a relelor tratamente (în fiecare loc de detenție)
- 5. Trecerea în revistă a metodelor de tortură

VI. Simptoame fizice și dizabilități

Descrieți evoluția simptoamelor acute și cronice, dizabilitățile și procesele ulterioare de vindecare.

- 1. Simptoame și dizabilități acute
- 2. Simptoame și dizabilități cronice

VII. Examinarea fizică

- 1. Condiția generală
- 2. Pielea
- 3. Fața și capul
- 4. Ochii, urechile, nasul și gâtul
- 5. Cavitatea orală și dinții
- 6. Pieptul și abdomenul (inclusiv semnele distinctive sau din naștere)
- 7. Sistemul uro-genital
- 8. Sistemul muscular
- 9. Sistemul nervos central și periferic

VII. Examenul/trecutul psihologic

- 1. Metode de evaluare
- 2. Simptoame psihologice actuale
- 3. Perioada post-tortură
- 4. Perioada pre-tortură
- 5. Trecutul psihologic/psihiatric
- 6. Istoricul privind folosirea substanțelor și abuzul
- 7. Examinarea stării mintale
- 8. Evaluarea funcționării din punct de vedere social
- 9. Testarea psihologică (vezi capitolul VI.C.1. pentru indicații și limitări)
- 10. Testarea neuro-psihologică (vezi capitolul VI.C.4. pentru indicații și limitări)

IX. Fotografii

X. Rezultatul testelor diagnostice (vezi anexa II pentru indicații și limite)

XI. Consultații

XII. Interpretarea constatărilor

1. Constatările fizice

A. Se va corela gradul de consistență între reclamațiile de abuz, pe de o parte și istoricul simptoamelor fizice acute și cronice și dizabilități, pe de alta.

B. Se va corela gradul de conformitate dintre constatările efectuate în urma examenului fizic și reclamațiile de abuz. (Notă: Absența constatărilor fizice nu exclude posibilitatea ca tortura sau relele-tratamente să fi avut loc.)

C. Se va corela gradul de conformitate dintre constatările efectuate în urma examinării individului, pe de o parte și cunoștințele locale despre metode de tortură, cu efectele lor frecvente, pe de alta.

2. Constatările psihologice

A. Se va corela gradul de conformitate dintre constatările psihologice și presupusa tortură.

B. Se va oferi o evaluare dacă constatările psihologice reprezintă reacții tipice sau de așteptat pentru stresul extrem, în contextul social și cultural al individului.

C. Precizați starea individului pe parcursul fluctuant al tulburărilor mintale provocate de traume; de exemplu care este relația cadrului temporal cu tortura și în ce moment al procesului de recuperare se află individul?

D. Identificați factorii de stres co-existenți care pot influența individul (de exemplu persecuții continue, migrare forțată, exil, pierderea familiei și a rolului social, etc.) și posibilul impact al acestora asupra individului

E. Menționați condițiile fizice care pot contribui la tabloul clinic, în special cu privire la posibilele dovezi ale traumatismului cranian, care se susțin a fi urmări ale perioadei de detenție sau ale torturii.

XIII. Concluzii și recomandări

- 1. Afirmarea opiniei cu privire la gradul de coerență dintre toate sursele de dovezi menționate mai sus (constatățile fizice și psihologice, informațiile despre trecut, fotografii, rezultatele testelor diagnostice, cunoașterea practicilor locale de tortură, rapoartele de consultare, etc.), precum și acuzațiile de tortură sau rele-tratamente.
- 2. Prezentarea simptoamelor și a dizabilităților de care individul continuă să sufere ca urmare a presupusului abuz.

3. Recomandări pentru evaluarea ulterioară și pentru asistența individului.

XIV. Declarația de veridicitate (pentru dovezile necesare în instanță)

De exemplu: „Declar, cunoscând consecințele mărturiei false, în conformitate cu legile din... (țara), precum că informațiile de mai sus sunt corecte și că această declarație scrisă a fost scrisă la (data), în (orașul), (statul sau provincia).”

XV. Declarație asupra restricțiilor referitoare la evaluarea/ investigarea medicală (pentru subiecții aflați în custodie)

De exemplu: „noi, subsemnații medici, certificăm personal faptul că ni s-a permis să ne desfășurăm activitatea în mod liber și independent și ni s-a permis să vorbim și să examinăm (subiectul) într-un cadru privat, fără nici o restricție și fără nici o formă de presiune din partea autorităților”, sau
„noi subsemnații medici, a trebuit să ne desfășurăm activitatea cu următoarele restricții:”.

XVI. Semnătura medicului (medicilor), data și locul

XVII. Anexe relevante

Schițe anatomice pentru identificarea torturii și a relelor-tratamente, fotografii, consultații și rezultate ale testelor diagnostice, o copie a curriculum-ului vitae al medicului, alte documente.