

IV. FEJEZET

A MEGHALLGATÁSOK ÁLTALÁNOS SZEMPONTJAI

120. Egy állítólag megkínzott személy meghallgatása alkalmával számos kérdéskört és gyakorlati tényezőt kell figyelembe venni. E szempontok vonatkoznak a meghallgatást lefolytató minden személyre, akár jogász, orvos, pszichológus, pszichiáter, emberi jogi megfigyelő vagy bármilyen szakma képviselője is az illető. A következő fejezet ezt a „közös nevezőt” próbálja azokba az összefüggésekbe helyezni, amelyek a kínzás vizsgálatakor és a kínzás áldozatainak meghallgatásakor merülhetnek fel.

A. A vizsgálat, a szakvélemény és a dokumentáció célja

121. A vizsgálat tág célja az állítólagos kínzásokkal kapcsolatos tények megállapítása (lásd 3. fejezet D. szakasz). A kínzás tényének orvosi vizsgálata például az alábbi jogi összefüggésekben szolgálhat hasznos bizonyítékkal:

- (a) A kínzásért felelős elkövetők azonosítása és az igazságszolgáltatás elé állítása;
- (b) Politikai menedékjogi védelemre vonatkozó kérés alátámasztása;
- (c) Azon körülmények meghatározása, amelyek között állami tisztségviselők hamis vallomásokhoz juthattak;
- (d) Regionális kínzási gyakorlat meghatározása. Az orvosi szakvélemény továbbá a túlélők terápiás igényeinek meghatározásában, valamint az emberi jogi vizsgálatokban tanúvallomásként is fel lehet használni.

122. Az orvos írásbeli vagy szóbeli tanúsítványának célja egyrészt szakvéleményt adni arról, hogy az orvosi megállapítások milyen mértékben korrelálnak a páciensért állítólagos bántalmazással, másrészt az orvosi megállapítások és azok értelmezésének összegzését eredményesen kommunikálni az

igazságügyi vagy egyéb szakhatóságok felé. Emellett az orvosi szakvélemény gyakran nyújt tájékoztatást a kínzás fizikai és pszichológiai folyamányairól az igazságügyi, és egyéb kormányzati tisztviselőknek, valamint a helyi és nemzetközi közösségnek. A vizsgálatot végző orvosnak a következőkre kell felkészülnie:

(a) Az esetleges sérülések és bántalmazás vizsgálata még akkor is, ha az egyén, a rendfenntartási vagy igazságügyi hivatalos személyek erre vonatkozó konkrét kérést nem tesznek;

(b) A sérülés és bántalmazás fizikai és pszichológiai bizonyítékainak dokumentálása;

(c) A szakvélemény megállapításai és a páciens által a bántalmazásra vonatkozóan tett konkrét állítások közötti konzisztencia mértékének meghatározása;

(d) Az egyéni vizsgálati megállapítások és az adott térségben alkalmazott kínzási módszerekre és általános utóhatásaikra vonatkozó konkrét ismeretek közötti konzisztencia megállapítása;

(e) Az orvosi-jogi szakvélemények megállapításainak szakértői értelmezése és a dokumentáció benyújtása a menekültügyi meghallgatások, büntetőjogi perek bírósági szakaszában és a polgári eljárások során a bántalmazás lehetséges okaira vonatkozóan;

(f) A megfelelő módon megszerzett információk felhasználása a tényfeltárás és a kínzás bővebb dokumentációja érdekében.

B. Fogvatartottakra vonatkozó eljárási biztosítékok

123. Az ügyészek vagy más megfelelő tisztségviselők hivatalos írásos kérelmére el kell végezni a fogvatartottak igazságügyi szakorvosi vizsgálatát. A rendészeti hivatalos személyek orvosi szakvéleményre vonatkozó kérései csak akkor érvényesek, ha azt írásos ügyészi utasításban kérik. A fogvatartottak, ügyvédjük vagy rokonaik azonban kérhetnek orvosi szakvéleményt a kínzás és rossz bánásmód bizonyítékainak feltárása érdekében. A fogvatartottat a katonáktól és rendőroktól eltérő hivatalos személyeknek kell az igazságügyi orvosszakértői vizsgálatra elszállítani, mivel az előbbieket őrizetében előfordulhatott kínzás és rossz bánásmód, és

ezért elfogadhatatlan kényszerítő nyomást gyakorolnának a fogvatartottra vagy az orvosra a célból, hogy ne megfelelően és eredményesen dokumentálja a kínzást vagy rossz bánásmódot. A fogvatartott szállítását felügyelő hivatali személyeknek az ügyészség alá, nem pedig más rendészeti hivatalos személyek alá rendelt személyeknek kell lenni. A fogvatartott vizsgálatára irányuló kérelem benyújtása, valamint a fogvatartott vizsgálatot követő szállítása során a fogvatartott ügyvédjének is jelen kell lenni. A fogvatartottak a fogvatartás időtartama alatt és azt követően jogosultak más szakorvostól második vagy alternatív orvosi szakértőtől vizsgálatot kérni.

124. Minden egyes fogvatartottat négy szemkötést kell megvizsgálni. A vizsgálóban soha nem lehet jelen a rendőrséget vagy bármilyen más rendészeti szervet képviselő hivatalos személy. Ezen eljárási biztosítékot csak abban az esetben lehet kizárni, amennyiben a vizsgáló szakorvos véleménye szerint arra utaló bizonyíték áll fenn, hogy a fogvatartott komoly biztonsági kockázatot jelent az egészségügyi szakszemélyzetre nézve. Ilyen körülmények között a vizsgáló orvos kérésére az egészségügyi létesítmény biztonsági személyzetének, nem pedig a rendőrség vagy egyéb rendészeti szervek hivatalos személyeinek kell rendelkezésre állnia. Ilyen esetekben a biztonsági személyzetnek is a betegről hallótávolságon kívül kell maradnia (azaz csak vizuális kapcsolatban állhatnak). A fogvatartottak orvosi vizsgálatát az orvos által leginkább megfelelőnek ítélt helyszínen kell végezni. Egyes esetekben a eredményesebb lehet a börtön vagy a fogda helyett, a hivatalos egészségügyi létesítményekben folytatott orvosi vizsgálatokhoz való ragaszkodás. Más esetekben előfordulhat, hogy a rabok inkább cellájuk viszonylagos biztonságában szeretnék lefajtatni a vizsgálatot, amennyiben úgy érzik, hogy az orvosi létesítmény például megfigyelés alatt állhat. A legjobb hely kijelölését számos tényező befolyásolja, de a vizsgálóknak minden esetben gondoskodni kell arról, hogy a fogvatartottakat nem kényszerítik olyan hely elfogadására, ahol kényelmetlenül érzik magukat.

125. Az orvos a hivatalos szakorvosi véleményében köteles megemlíteni, ha a

vizsgálóban bármilyen okból rendőrök, katonák, büntetés-végrehajtási alkalmazottak vagy bármely más rendészeti szerv részéről valamilyen hivatalos személy jelen van. A vizsgálat alatti jelenlétük alapul szolgálhat egy negatív orvosi vélemény figyelmen kívül hagyására. A szakvéleményben fel kell tüntetni az orvosi vizsgálat során a vizsgálóban jelen lévő bármely személy személyazonosságát és beosztását. A fogvatartottak orvosi-jogi értékelését egy általánosan elfogadott szabványszerű orvosi szakvélemény-nyomtatvány formájában kell megjeleníteni (a szabványszerű orvosi jelentési formanyomtatványának kialakításában alkalmazandó iránymutatásokat lásd a IV. Mellékletben).

126. Az eredeti kitöltött vizsgálati eredményt közvetlenül a jelentést kérő személyhez, általában az ügyészhez kell továbbítani. Amennyiben a fogvatartott vagy a nevében eljáró ügyvéd kér orvosi szakvéleményt, a jelentést neki kell átadni. A vizsgáló orvos köteles az összes orvosi szakvélemény másolatát megőrizni. Egy nemzeti orvosi testület vagy vizsgálóbizottság dönthet az orvosi jelentések felülvizsgálata mellett annak biztosítása érdekében, hogy a megfelelő eljárási biztosítékokat és dokumentációs standardokat betartják, különösen az állami alkalmazásban álló orvosok esetén. A szakvéleményeket továbbítani kell az említett szervezetnek, különösen, ha a pártatlanság vagy titoktartás megsértésének kérdése merül fel. Az orvosi jelentés semmilyen körülmények között nem kerülhet rendészeti hivatalos személyek kezébe. A fogvatartottak a fogvatartás kezdetekor kötelező orvosi vizsgálaton esnek át, melyet a szabadon bocsátásukkor megismételnek, az eredményeket pedig szakvélemény formájában kötelesek rögzíteni.⁷⁰ Az orvosi vizsgálat idején biztosítani kell ügyvédhez való hozzáférést. A börtönökben előforduló legtöbb helyzetben előfordulhat, hogy a vizsgálat során nincs mód külső személy jelenlétére. Ilyen esetekben ki kell kötni, hogy a rabokkal dolgozó börtönorvosok tartsák be az orvosi etika szabályait és harmadik fél befolyásától mentesen, függetlenül legyenek képesek ellátni szakmai feladataikat. Amennyiben az

⁷⁰ Lásd az Egyesült Nemzetek foglyok kezelésére vonatkozó standard minimum szabályait (I. fejezet B szakasz)

igazságügyi orvosi vizsgálat alátámasztja a kínzásra vonatkozó állításokat, a fogvatartottat nem lehet a fogvatartás helyére visszazállítani, hanem ügyész vagy bíró előtt kell megjelennie, hogy megállapítsák a fogvatartott jogi helyzetét.⁷¹

C. Büntetés-végrehajtási intézetekben tett hivatalos látogatások

127. A rabok látogatása nem egy egyszerű kérdés. Egyes esetekben jelentős nehézségbe ütközhet a látogatás objektív és szakszerű lebonyolítása, különösen olyan országokban, ahol a kínzást a gyakorlatban még mindig alkalmazzák.

Veszélyesek lehetnek az egyszeri látogatások, amelyeket nem követ utógondozás a meghallgatottak biztonságának biztosítása érdekében. Egyes esetekben az ismételt látogatás nélkül megejtett egyszeri látogatás rosszabb lehet, mint ha egyáltalán nem keresnék fel a fogvatartottat. Jószándékú vizsgálók abba a csapdába eshetnek, hogy úgy keresik fel a börtönt vagy rendőrőrsöt, hogy nincsenek tudatában annak, hogy látogatásukkal mit is okoznak. A valóságról nem teljes vagy hamis képet formálhatnak. Akaratlanul is veszélyt hozhatnak azokra a rabokra, akiket aztán később soha nem látogatnak meg. Alibit szolgáltathatnak a kínzások elkövetőinek, akik felhasználhatják azt a tényt, hogy kívülállók felkeresték a börtönt, és semmit nem láttak.

128. A látogatásokat legjobb olyan vizsgálókra hagyni, akik azt és az utógondozást szakszerűen tudják elvégezni, és akik munkájukban rendelkeznek kipróbált és bevált eljárási biztosítékokkal. Az a gondolat, hogy valamennyi bizonyíték jobb, mintha egyáltalán nincs bizonyíték, nem érvényes az olyan rabokkal folytatott munkában, akiket a vallomástétel veszélybe sodorhat. A hivatalos és nem kormányzati intézményeket képviselő jószándékú emberek büntetés-végrehajtási intézetekben tett látogatásai nehézségeket okozhatnak, de ami még ennél is rosszabb,

kontraproduktívak is lehetnek. A szóban forgó esetben különbséget kell tenni a vizsgálathoz valóban szükséges látogatás – amely esetében kérdés nem merül fel – és az ezen túlmenő nem létfontosságú látogatások között, amely a kínzást a gyakorlatban alkalmazó országokban több kárt jelenthet, mint amennyi hasznot hozhat, ha nem szakértők bonyolítják le. A jogászokból és orvosokból álló független bizottságoknak időszakos bejutást kell biztosítani a fogvatartási helyekre és börtönökbe.

129. A még mindig őrizetben lévő, esetleg a kínzások elkövetőinek keze között lévő emberek meghallgatása nyilvánvalóan nagyon eltérhet a külső, biztonságos orvosi létesítmény magányában és biztonságában lefolytatott meghallgatásoktól. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, milyen fontos ilyen helyzetekben megszerezni az adott személy bizalmát. Még ennél is lényegesebb azonban, hogy ezzel a bizalommal még akaratlanul sem szabad visszaélni. Minden elővigyázatossági intézkedést meg kell tenni annak biztosítására, hogy a fogvatartottakat bármilyen veszélytől megóvjuk. A megkínzott fogvatartottakat meg kell kérdezni arról, fel lehet-e használni a kínzás körülményeivel kapcsolatos információkat, és ha igen, milyen módon. Lehet, hogy túlságosan rettegnek nevük használatának engedélyezésétől, például megtorlástól tarthatnak. A vizsgálók, klinikai szakemberek és tolmácsok kötelesek tiszteletben tartani a fogvatartottak tett ígéreteiket.

130. Egyértelmű dilemma merülhet fel, ha például nyilvánvaló, hogy az adott helyen nagy számú rabot kínoztak meg, de a félelem miatt egyikük sem hajlandó megengedni a vizsgálónak, hogy felhasználja történetüket. Az egyik lehetőség, a kínzás leállítására érdekében a rabok bizalmával való visszaélés, a másik pedig a bizalom tiszteletben tartása és a szó nélküli távozás; erre a dilemmára mihamarabb hasznos megoldást kell találni. Ha a vizsgáló több olyan rabbal találkozik, akik testén a korbácsolás, ütlegelés, vagy nádpálcával való verés által okozott vérálfutások stb. egyértelmű nyomai láthatók, de a megtorlás miatt egyikük sem hajlandó az ügyről beszélni, hasznos lehet a teljes részlegben az udvaron látványos és nyilvános „egészségügyi inspekción” szervezni. Ily módon a rabok

⁷¹ “Health care for prisoners: implications of Kalk’s refusal” („Rabok egészségügyi ellátása: Kalk tagadásának vetületei”) *The Lancet*, vol. 337 (1991), 647-648. old.

között sétáló, a rabok hátán a kínzás igen jól látható jeleit észlelő szakorvos jelentésében arról számolhat be, amit látott, és nem kell azt mondania, hogy a rabok panaszkodtak kínzásra. Ez az első lépés biztosítja a rabok bizalmát a későbbi látogatások esetére.

131. A kínzás egyéb, finomabb formái, például a pszichológiai vagy szexuális kínzás egyértelműen nem kezelhetők ily módon. Ilyen esetekben arra lehet szükség, hogy a vizsgálók egy vagy több látogatás alkalmával tartózkodjanak a megjegyzésektől mindaddig, míg a körülmények lehetővé teszik a fogvatartottak számára, vagy arra ösztönzik őket, hogy ne féljenek annyira és engedélyezzék történetük felhasználását. Az orvosnak és a tolmácsnak meg kell mondania a nevét, és ismertetni kell a vizsgálat lebonyolításában betöltött szerepüket. A kínzás orvosi bizonyítékainak dokumentálásához engedéllyel rendelkező gyakorló egészségügyi szakemberek konkrét ismereteire van szükség. A kínzásra, valamint annak fizikai és pszichológiai következményeire vonatkozó ismereteket a különböző kiadványokból, képzésekből, szakmai konferenciákból és tapasztalatból lehet összegyűjteni. Emellett fontos a kínzás és rossz bánásmód adott térségre jellemző gyakorlatára vonatkozó ismeretek megszerzése is, mivel az ilyen információ alátámaszthatja az egyén ezekről szóló beszámolóját. Az egyének meghallgatásában és a kínzásra vonatkozó fizikai és pszichológiai bizonyítékokra irányuló vizsgálatban, a megállapítások dokumentálásában a gyakorlatot tapasztalt klinikai szakemberek felügyelete alatt kell megszerezni.

132. Akik még mindig őrizetben vannak, időnként túl nagy bizalmat mutathatnak olyan helyzetekben, amelyekben a meghallgatást lefolytató személy egyszerűen nem garantálhatja a megtorlás elmaradását, ha például a hatóságokkal nem tárgyalták meg a látogatás megismétlését és azt a hatóságok nem fogadták el teljes egészében, vagy az adott személy személyazonosságát nem rögzítették az utógondozás céljából. Minden óvintézkedést meg kell tenni annak biztosítására, hogy a rabok szükségtelenül ne hozzák magukat kockázatos helyzetbe azzal, hogy naiv módon egy külső személy által nyújtandó védelemben bíznak.

133. Ideális esetben a még őrizetben tartott személyek felkeresése során a tolmácsokat nem helyben kell toborozni, kívülállónak kell lenniük. Ennek célja főleg annak elkerülése, hogy a tolmácsokra vagy családjukra a kíváncsiskodó hatóságok bármilyen nyomást gyakorolhassanak, így próbálják kideríteni, hogy a vizsgáló milyen információk birtokába jutott. A kérdés még összetettebb lehet, ha a fogvatartottak a fogvatartóktól eltérő etnikai csoporthoz tartoznak. Vajon a helyi tolmácsnak a rabbal azonos etnikai csoporthoz kellene tartoznia, hogy elnyerje a rab bizalmát, ugyanakkor kiváltva a hatóságok bizalmatlanságát, aminek eredményeképpen a hatóság esetleg megpróbálja megfélemlíteni a tolmácsot? Ezen túlmenően a tolmács esetleg nem hajlandó olyan ellenséges környezetben dolgozni, ami potenciálisan kockázatot jelenthet számára. Vagy tartozzon a tolmács a fogvatartók etnikai csoportjához, így elnyerve azok bizalmát, viszont elvesztve a rab bizalmát, miközben ez a megoldás még mindig nem zárja ki a tolmács felülről jövő megfélemlítésének lehetőségét? A válasz ideális esetben nyilvánvalóan az, hogy a fenti lehetőségek egyike sem elfogadható. A tolmácsoknak a térségen kívülről kell származnia, és mindenki számára ugyanolyan függetlennek kell látszania, mint a vizsgálók.

134. Az este 8-kor meghallgatott személy ugyanannyi figyelmet érdemel, mint a reggel 8-kor meghallgatott. A vizsgálók szervezzék úgy munkájukat, hogy elegendő idejük legyen és ne dolgozzák túl magukat. Az este 8-kor meghallgatott személlyel szemben (aki ráadásul egész nap várta, hogy elmondhassa történetét) nem tisztességes a meghallgatást az idő miatt röviden lezárni. Hasonlóképpen a falanga-ról szóló 19. történet ugyanannyi figyelmet érdemel, mint az első. A kívülállókkal ritkán találkozó raboknak esetleg soha nem nyílt lehetőségek a kínoztatásukról beszélni. Hibás feltevés lenne azt gondolni, hogy a rabok egyfolytában a kínzásról beszélnek egymás közt. Azok a rabok, akik nem tudnak újdonságot hozzátenni a vizsgálatához, ugyanannyi időt érdemelnek, mint a többi fogvatartott.

D. Kérdezési technikák

135. A vizsgálat során számos alapvető szabályt kell betartani (lásd 3. fejezet, C2 (g) szakasz). Természetesen az információ fontos, de még annál is fontosabb a meghallgatott személy, azon túl, hogy az odafigyelés még a kérdésnél is lényegesebb. Ha csak kérdéseket tesznek fel, csak válaszokat kaphatnak. A fogvatartott számára fontosabb lehet a családról beszélni, mint a kínzásról. Ezt megfelelően figyelembe kell venni, és időt kell hagyni a személyes ügyek megbeszélésére is. A kínzás, különösen a szexuális kínzás nagyon intim téma és esetleg csak a következő vagy egy még annál is későbbi látogatás során merül csak fel. Az egyéneket nem lehet semmilyen formájú kínzásról való beszédre kényszeríteni, ha ettől kényelmetlenül érzik magukat.

E. A háttér dokumentálása

1. A pszichoszociális múlt és az őrizetbe vétel előtti események

136. Amennyiben az állítólagos kínzás áldozata már nincs őrizetben, a vizsgálónak ki kell térnie az adott személy napi életére, a családdal és a barátokkal, a munkahellyel vagy iskolával fennálló kapcsolatára, foglalkozására, érdeklődésére, a jövőre vonatkozó terveire, valamint az alkohol- és droghasználati szokásaira. Emellett a személy fogvatartást követő pszichoszociális környezetére vonatkozó információkat is lényeges azonosítani. Ha az egyén továbbra is őrizetben van, elegendő a foglalkozásra és képzettségre vonatkozó szűkebb pszichoszociális előtörténet felderítése. Rá kell kérdezni a beteg által korábban szedett, orvos által felírt gyógyszerekre; mely azért is különösen fontos, mert az őrizetben tartottaktól esetleg megtagad-hatják az ilyen gyógyszereket, ami súlyos egészségkárosító következményekkel járhat. A politikai tevékenységre, beállítottságra és véleményre vonatkozó érdeklődés annyiban releváns, amennyiben segít magyarázattal szolgálni az adott személy fogvatartásának vagy kínzásának okára, de ezeket a kérdéseket legjobb közvetett módon feltenni oly módon, hogy a vele szemben emelt vádakra, illetve fogvatartásuk vagy kínzásuk okára kérdeznek rá.

2. A fogvatartás és a bántalmazás összefoglalása

137. Az események részletes ismertetése előtt összefoglaló információt kell szerezni, ami magába foglalja a fogvatartás dátumát, helyét és időtartamát, a kínzások gyakoriságát és időtartamát. Az összefoglaló segít az idő hatékony struktúrálásában. Egyes esetekben, ha a túlélőket többször kínozták, esetleg fel tudják idézni, mi történt velük, de gyakran nem tudják pontosan megmondani, hogy az egyes eseményekre pontosan hol és mikor került sor. Ilyen körülmények között tanácsos lehet a történeti elbeszélést a bántalmazások módja szerint felderíteni, a konkrét letartóztatások során lezajlott eseménysor elmondatása helyett. Az életesemények leírásakor hasonlóan hasznos lehet a „mi történt hol” kérdésre adott válaszokat a lehető legnagyobb mértékben dokumentálni. A fogvatartási helyeket különböző biztonsági, rendőri vagy fegyveres erők üzemeltetik, és a különböző helyeken zajló cselekmények felderítése hasznos lehet a kínzó rendszerről formált kép teljesebb megfogalmazásához. Ha lehetséges térképet szerezni a kínzás helyszínéről, ez hasznos lehet a különböző emberek történeteinek összeállításában. Ez a megoldás gyakran az átfogó vizsgálatban is hasznos eszköznek bizonyul.

3. A fogvatartás körülményei

138. A következő kérdéseket kell figyelembe venni: Mikor történt? Hol volt? Éppen mit csinált? Ki volt ott? Írja le az Önt elfogó személyeket. Katonai vagy civil személyek voltak, egyenruhában vagy utcai ruhában voltak? Milyen fajta fegyvert viseltek? Mi hangzott el? Volt-e szemtanú? Formális letartóztatás, adminisztratív őrizetbevétel vagy eltűnés történt? Alkalmaztak-e erőszakot, hangzottak-e el fenyegetések? Családtaggal került-e valamilyen közjátékra? Fel kell jegyezni a korlátozó eszközök vagy szembekötés alkalmazását, a szállítóeszközt, a célállomást és a hivatalos személyek nevét, amennyiben ez ismert.

4. A fogvatartás helye és feltételei

139. Szerepeltetni kell az ételhez és italhoz, mosdóhoz, világításhoz, hűtés-fűtéshez és szellőzéshez való hozzáférés lehetőségeit és ezek leírását. Emellett dokumentálni kell a családdal, az ügyvédekkel vagy egészségügyi szakemberekkel történt kapcsolatfelvételt, a zsúfoltságot vagy magánelzárás feltételeit, a fogvatartás helyének méreteit és azt, vannak-e más személyek, akik a fogvatartás tényét alá tudják támasztani. A következő kérdéseket kell vizsgálni: Mi történt először? Hova vitték? Került-e sor személyazonosító eljárásra (személyes információk rögzítése, ujjnyomat vétel, fényképezés)? Kérték-e, hogy bármit írjon alá? Ismertesse a cella vagy helyiség állapotát (fel kell jegyezni a méretet, a többi jelenlévő jelenlétét, a világítást, a szellőzést, a hőmérsékletet, a rovarok, rágcsálók jelenlétét, a hálóhelyet és az ételhez, vízhez és WC-hez való hozzáférést). Mit hallott, látott, milyen szagot érzett? Került-e kapcsolatba kinti emberekkel, orvosi ellátáshoz hozzáfért-e? Milyen volt a fogvatartás helyének fizikai elrendezése?

5. A kínzás és kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmód módszerei

140. A kínzásra és kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmódra vonatkozó háttér-információk beszerzése során nagyon óvatosan kell bánni az adott személyt esetlegesen ért bántalmazási formákra való utalásokkal, sugallmazásokkal. Ez segíthet elválasztani az esetleges szépítéseket a tényleges tapasztalatoktól. A kínzás különféle formáira vonatkozó kérdésekre kapott negatív válaszok azonban segíthetnek az adott személy szavahihetőségének megállapításában. A kérdéseket olyan sorrendben kell feltenni, hogy az azokra adott válaszok összefüggő narratív elbeszéléssé álljanak össze. A következő kérdéseket kell megfontolni. Hol, mikor került sor a bántalmazásra és meddig tartott? Bekötötték a szemét? A bántalmazás formáinak megbeszélése előtt fel kell jegyezni a kínzás során jelenlévő személyeket (nevükkel, beosztásukkal együtt). Ismertetni kell a helyiséget vagy helyet. Milyen tárgyakat figyelt meg? Ha lehet, minden kínzóeszközt részletesen jellemezzen; az elektromos

kínzások esetében az elektromos áram milyenségét, az eszközt, az elektródák számát és formáját. Kérdéseket kell feltenni az öltözetről, a vetkőztetésről és a ruhaváltásról. Fontos feljegyezni a kihallgatás során elhangzottakat, az áldozathoz vágott sértéseket, stb. Az elkövetők egymás közt mirő beszéltek?

141. Mindegyik bántalmazási forma esetén fel kell jegyezni: a testhelyzetet, a korlátozás jelegét, a testet ért kínzás jellegét annak időtartamával, gyakoriságával, anatómiai elhelyezkedésével, és a test konkrétan érintett területével együtt. Előfordult-e vérzés, koponyasérülés vagy eszméletvesztés? Az eszméletvesztés a koponyasérülés, fojtogatás vagy fájdalom miatt következett be? A vizsgálónak arra is kérdezzen rá, hogy a személy milyen állapotban volt az „esemény” végén? Tudott-e járni? Támogatni kellett vagy vissza kellett-e vinni a cellájába? Másnap fel tudott-e kelni? Mennyi ideig volt dagadt a lábfeje? A kérdésekre adott válaszok olyan teljessé tehetik a kínzás jellemzését, melyet egy, a csak kínzási módszereket tartalmazó lista soha nem lenne képes megadni. A kínzás történeti összefoglalójában szerepelnie kell a testhelyzettel operáló kínzás dátumának, a kínzás ismétlődésének és időtartamának, az egyes epizódok hosszának, a felfüggesztés módjának (fejfelé lefelé függőlegesen, vastag pokróccal letakarva vagy közvetlenül kötéllel megkötözve, a lábakon súllyal vagy húzva), valamint a testhelyzetnek. A felfüggesztéses kínzás esetén fontos rákérdezni, a felfüggesztéshez használt anyagra (a kötél, a drót és a textil különböző nyomokat hagy a bőrön a felfüggesztést követően, ha egyáltalán marad nyom). A vizsgálónak szem előtt kell tartania, hogy a kínzás túlélője által a kínzás hosszának megítélése szubjektív, esetleg nem helytálló, hiszen általánosan megfigyelt tény, hogy a kínzás során a tér- és időérzék elvész. A személyt bármilyen módon bántalmazták-e szexuálisan? Lényeges felderíteni, hogy mi hangzott el a kínzás során. Például, a nemi szerveket ért elektrosokkos kínzás során az elkövetők gyakran azt állítják a kínzás áldozatának, hogy innentől kezdve szexuális funkciózavaraik lesznek. Az állítólagos szexuális kínzás – beleértve a nemi erőszakot – felmérésének részletes tárgyalását lásd az V. fejezet D.8. szakaszában.

F. A háttér feltérképezése

142. A kínzás túlélőinek számos fontos okból nehézséget okozhat a kínzás konkrét részleteinek felidézése és elmondása, ezek közé tartoznak:

(a) a kínzás során felmerülő tényezők, pl. a szembekötés, elkábítás, eszméletvesztések, stb.;

(b) az a félelem, hogy magukra vagy másokra nézve veszélyt hoznak;

(c) a vizsgáló orvos vagy tolmács iránti bizalom hiánya;

(d) a kínzás és a trauma pszichológiai hatása, pl. a felfokozott érzelmi állapot és a emlékezetkiesések, amelyek az olyan traumával társuló mentális betegség mellett fordulhatnak elő, mint a depresszió és a Poszttraumás Stressz Zavar (PTSD);

(e) a koponyát ért ütések, fulladás, a vízbefulladás közeli élmény vagy éhezés következményeként felmerülő neuro-pszichiátriai memóriazavar;

(f) a helyzettel való megközdésre használt védekező mechanizmusok, pl. a tagadás és a elkerülés;

(g) az adott kultúra előírásai, melyek a traumatikus élményeket csak rendkívül bizalmas körülmények között engedik feltárni⁷².

143. Az adott személy történetében tapasztalható következetlenségek háttérében a fenti tényezők valamelyike vagy mindegyike is állhat. A vizsgáló kérjen további tisztázásra való alkalmat, amennyiben lehetséges. Ha ez nem megoldható, a vizsgálónak olyan egyéb bizonyítékot kell keresnie, ami a történetet alátámasztja vagy cáfolja. A konzekvens támogató részletek összessége alátámaszthatja és tisztázhatja a személy történetét. Bár az egyén esetleg nem képes a vizsgáló által kért részleteket megadni – pl. dátumok, időpontok, gyakoriság és az elkövetők pontos személyazonossága – idővel azonban ettől

⁷² R. F. Mollica és Y. Caspi-Yavin, „Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms” („Áttekintés: a kínzási események és tünetek felmérése és diagnózisa”), a *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches* (Kínzás és következményei: aktuális kezelési megközelítések), c. műben, szerk.: M. Başoglu, (Cambridge, Cambridge University Press, 1992), 38-55. oldal

függetlenül is kirajzolódik a traumatikus események és a kínzás menetének forgatókönyve.

G. Kínzási módszerek áttekintése

144. Az események részletes narratív elbeszélésének rögzítését követően tanácsos egyéb lehetséges kínzási módszereket is áttekinteni. Lényeges megismerni a térségben alkalmazott kínzási módszereket, és ennek megfelelően módosítani a helyi irányelveket. A kínzás konkrét formáira vonatkozó kérdések akkor segítenek, ha:

(a) a pszichológiai tünetek elhomályosítják az események felidézését;

(b) a trauma érzékszervi károsodásokhoz vezetett;

(c) felmerül az organikus agykárosodás lehetősége;

(d) mérséklő nevelési és kulturális tényezők állnak fenn.

145. A kínzás fizikai és pszichológiai módszerei közötti különbségtétel mesterséges. Például, a szexuális kínzás általában fizikai és pszichológiai tüneteket egyaránt okoz még akkor is, ha konkrét fizikai bántalmazásra nem került sor. A kínzási módszerek alábbi felsorolásának célja bemutatni a lehetséges bántalmazások néhány kategóriáját. Nem célja, hogy a vizsgálók a kategóriarendszert a jelentésben a kínzási módszerek felsorolására szolgáló ellenőrző listaként vagy modellként használják fel. A módszereket felsoroló megközelítés kontraproduktív lehet, mivel a kínzás által okozott teljes klinikai kép jóval több, mint egy felsorolásban szereplő módszerek által okozott sérülések egyszerű összessége. A tapasztalatok éppen azt mutatják, hogy ha a kínzás ilyen „vázlatos csoportosításával” kerülnek szembe, az elkövetők gyakran a módszerek egyikére összpontosítva arról vitatkoznak, hogy az adott konkrét módszer a kínzás egy formája-e vagy sem. A figyelembe veendő kínzási módszerek közé tartoznak, korlátozás nélkül, a következők:

(a) Tompa tárgyval elkövetett testi sértés, mint például ökölcsapás, rúgás, pofon, korbácsolás, drótokkal vagy gumibottal végzett

verés vagy esés;

(b) testhelyzettel operáló kínzás, felfüggesztés alkalmazása, végtagok szétfeszítése, mozgás tartós korlátozása, kikényszerített test-helyzetek;

(c) cigarettával, felforrósított eszközökkel, forró folyadékkal vagy vegyianyaggal végzett égetés;

(d) elektrosokk;

(e) fojtogatás, például nedves és száraz módszerekkel, vízbefojtás, légutak elzárása, nyakszorítás vagy vegyszerek használata;

(f) zúzódások, törések, például ujjak összetörése vagy nehéz hengerrel a comb vagy a hát sérülésének előidézése;

(g) szúrt, metszett, vágott sérülések, például döfések és lőfegyverrel okozott sebek, köröm alá szúrt drótok;

(h) só, erőspaprika, gázolaj, stb. és egyéb vegyi anyagok alkalmazása (sebekben vagy testnyílásokban);

(i) nemi szerveken alkalmazott szexuális erőszak, molesztálás, bármilyen eszköz erőszakos alkalmazása, nemi erőszak;

(j) ujjperceken és végtagokon okozott zúzódásos sérülések vagy azok amputációja;

(k) ujjpercek vagy végtagok orvosi amputálása, szervek sebészeti eltávolítása;

(l) farmakológiai kínzás nyugtatók, neuroleptikumok, paralitikumok, stb. mérgező dózisának felhasználásával;

(m) a fogvatartás körülményei, például kicsi vagy zsúfolt cella, magánzárka, nem higiénikus körülmények, mosdólehetőségekhez való hozzáférés megtagadása, nem rendes vagy szennyezett étel és víz, szélsőséges hőmérsékletnek való kitettség, egyedüllét megtagadása és kényszermezteletenség;

(n) a normál érzékelési ingerektől való megfosztás – például hang, fény, időérzék, elszigeteltség –, a cellában tapasztalható fény manipulálása, fiziológiai szükségletekkel való visszaélés, alvás, étel, víz, testi funkciók, tisztálkodás, mozgásos tevékenységek, orvosi ellátás, szociális kapcsolatok korlátozása, börtönön belüli elszigetelés, külvilággal fennálló kapcsolat elvesztése (az áldozatokat gyakran elszigetelik, hogy megakadályozzák a kötődések és a csoportidentitás kialakulását, és ösztönözzék a kínzóhoz való traumatikus kötődést);

(o) megalázás, például szóbeli bántalmazás,

megalázó cselekmények végrehajtása;

(p) halálra, a családot érő ártalomra, további kínzásra, bebörtönzésre vonatkozó fenyegetések, kivégzés eljátszása;

(q) állati támadásra vonatkozó fenyegetés, például kutya, macska, patkány vagy skorpió;

(r) az egyén megtörésére használt pszichológiai módszerek, ezen belül árulás kikényszerítése, tanult tehetetlenség, kétértelmű helyzetek előidézése vagy ellentmondó üzenetekkel való befolyásolás;

(s) tabuk megsértése;

(t) magatartási kényszer, például az áldozat vallásával ellenkező gyakorlat kikényszerítése (például muzulmánok disznóhúsvésére kényszerítése), kínzás vagy más bántalmazás révén kikényszerített, másokat érő ártalom, tulajdon megsemmisítésének kikényszerítése, valamely személy elárulásának kikényszerítése, amely rájuk az ártalom kockázatát hozza;

(u) az áldozat rákényszerítése a másra kirótt kínzás vagy atrocitások végignézésére.

H. A meghallgatott ismételt traumatizálódásának kockázata

146. Figyelembe véve, hogy az alkalmazott kínzási módszereknek megfelelően más és más fajtájú és mértékű sérülések fordulhatnak elő, az átfogó kórtörténet és fizikális vizsgálat következtében összegyűjtött adatokat megfelelő laboratóriumi és röntgen vizsgálatokkal együtt kell értékelni. Fontos szerepet játszik az orvosi vizsgálat során alkalmazandó mindegyik eljárásról nyújtott tájékoztatás és magyarázat valamint a laboratóriumi módszerek részletes ismeretének biztosítása (lásd VI. fejezet B2 (a) szakasz).

147. Meghallgatás, fizikális vizsgálat vagy laboratóriumi vizsgálat során a kínzás túlélője, a túlélőket érintő pszichológiai következmények, különösen a PTSD különféle tünetei miatt, tarthat a kínzás rekonstruálásának emocionális következményeitől. Az eljárásnak az orvosi vizsgálatot megelőző fontos lépése annak ismertetése, hogy a kínzás túlélője mire számíthat. A kínzást túlélők, akik saját országukban maradnak, intenzív félelmet és gyanakvást érezhetnek, hogy újból őrizetbe veszik őket, és gyakran bujkálni kényszerülnek, hogy az újbóli

örizetbe vételt elkerüljék. Akiket száműznek, vagy akik elmenekülnek, maguk mögött hagyhatják anyanyelvüket, kultúrájukat, családjukat, barátaikat, munkájukat és mindent, ami számukra ismerős és megszokott.

148. A meghallgatás folyamatát és ebből következően a vizsgálat eredményét befolyásolhatja a kínzás túlélőjének a meghallgatóra adott személyes reakciója (valamint tolmács igénybevétele esetén a tolmácsra adott személyes reakció). Hasonlóan, a vizsgálónak az adott személlyel szembeni személyes reakciója is befolyásolhatja a meghallgatás menetét és a vizsgálat eredményét. Fontos megvizsgálni az eredményes kommunikáció akadályait és megérteni, hogy az ilyen személyes reakciók mit jelenthetnek a vizsgálat szempontjából. A vizsgálónak a kínzások túlélőinek pszichológiai felmérése és kezelése területén jártas kollégákkal folytatott egyeztetés és megbeszélések révén folyamatosan figyelemmel kell kísérnie a meghallgatás és a vizsgálat folyamatát. Ez a fajta kollegiális szakmai szupervízió eredményes eszközt biztosíthat a meghallgatás és a vizsgálati folyamat figyelemmel kísérésében az elfogultságok és az eredményes kommunikáció akadályainak felderítése, valamint a pontos információk megszerzése szempontjából (lásd VI. fejezet C2 szakasz).

149. Minden elővigyázatossági intézkedés ellenére a fizikális és pszichológiai vizsgálatok természetüknél fogva újra traumatizálhatják a beteget azért, hogy a fájdalmas hatások és emlékek felidézésével a poszttraumás stressz zavar tüneteit erősítik, illetve súlyosbítják (lásd VI. fejezet B2 szakasz). A legtöbb hagyományos társadalomban a pszichológiai nehézségekre és különösen a szexuális ügyekre vonatkozóan feltett kérdések tabunak minősülnek, az ilyen kérdések feltevését tiszteletlennek vagy sértőnek tekintik. Ha a felmerült erőszakos cselekményeknek a szexuális kínzás is részét képezte, az erre hivatkozott személy úgy érezheti, vissza-vonhatatlanul megbélyegződik és erkölcsi, vallási, társadalmi vagy pszichológiai integritásában sérül. A megfelelően moderált meghallgatás szempontjából ezért rendkívül fontos kifejezni az ilyen körülmények tiszteletteljes ismeretét, továbbá tisztázni a feltárt információk bizalmas jellegét és azok bizalmas kezelésének lehetséges korlátait. Az értékelőnek

szubjektívan kell felmérnie, hogy milyen mértékben szükséges a részletek feltárásának erőltetése a jelentés bíróság előtti érvényesítéséhez, különösen, ha a meghallgatás során az elbeszélő a distressz nyilvánvaló jeleit mutatja.

I. Tolmácsok alkalmazása

150. Számos szempontból szükséges tolmácsot igénybe venni, annak érdekében, hogy a meghallgató megérthesse az elhangzottakat. Bár a meghallgató és a meghallgatott esetleg egy kicsit értenek valamilyen közös nyelven, a keresett információ azonban gyakran túl fontos az egymás nem teljes megértéséből fakadó hibák kockázatához. A tolmácsokat kötelező tájékoztatni, hogy a meghallgatások során általuk hallott és tolmácsoló információ szigorúan bizalmas. A tolmács az a személy, aki az összes információt első kézből, cenzúra nélkül kapja meg. Az embereket biztosítani kell afelől, hogy a megszerzett információkkal sem a vizsgáló, sem a tolmács nem fog semmilyen módon visszaélni (lásd VI. fejezet C2 szakasz).

151. Amennyiben nem hivatásos tolmáccsal dolgozunk, mindig fennáll a kockázata annak, hogy a vizsgáló elveszti az ellenőrzést a meghallgatás felett. A meghallgatottak elragadtathatják magukat, hogy valaki olyannal beszélhetnek, aki beszél a nyelvüket, és a meghallgatás elkalandozhat a szóban forgó kérdésektől. Annak a kockázata is felmerül, hogy egy elfogult tolmács félrevezetheti a meghallgatottat, vagy eltorzíja a válaszokat. A tolmáccsal folytatott munka során óhatatlanul elvész információ, amely hol releváns, hol nem. Szükséges esetekben még arra is szükség lehet, hogy a vizsgálók a meghallgatások során ne jegyzeteljenek, a meghallgatásokat több rövid részletben bonyolítsák le, hogy legyen idejük az egyes alkalmak között leírni az elhangzottak főbb pontjait.

152. A vizsgálóknak szem előtt kell tartani, hogy az adott személyhez beszéljenek és tartsanak szemkontaktust még akkor is, ha a meghallgatott természetes módon hajlamos a tolmácshoz beszélni. A tolmács segítségével végzett munka során hasznos az egyes szám második személy alkalmazása, például

célszerű azt kérdezni, „és utána mit csinált?“, ahelyett, hogy egyes szám harmadik személyben fogalmazza: „kérdezze meg, mi történt ezután”. A vizsgálók gyakran hajlamosak azalatt jegyzetelni, hogy a tolmács a kérdést vagy a meghallgatott választ tolmácsolja. Egyes vizsgálók úgy tűnik, nem figyelnek a beszélgetésre, mivel a meghallgatás egy számukra érthetetlen nyelven folyik. Ennek nem szabad megtörténnie, mivel a vizsgáló számára lényeges nem csak a meghallgatott szavainak, hanem testbeszédének, arckifejezésének, hanghordozásának és gesztusainak megfigyelése is, ha teljes képet kívánnak alkotni. A vizsgálók ismerkedjenek meg a meghallgatott nyelvben a kínzáshoz kapcsolódó szavakkal, hogy megmutathassák, ismerik a témát. A vizsgáló hitelességét fokozza, ha rezzenéstelen arc helyett kifejezi érzéseit az olyan kínzáshoz kapcsolódó szavak hallatán, mint a *submarino* vagy a *darmashakra*.

153. A fogvatartottak látogatása során, amennyiben felmerül annak a lehetősége, hogy a meghallgatottak megbízhatatlannak tartják, „soha ne a helyi tolmáccsal dolgozzunk. Emellett tisztességtelen lehet a helyi tolmácsokat politikai foglyokkal kapcsolatba hozni, akiket a látogatás után a helyi hatóságok „kikérdezhetnek” vagy más módon nyomást gyakorolhatnak rájuk. A legjobb olyan független tolmácsokat alkalmazni, akik egyértelműen láthatóan valahonnan más-honnan jönnek. A helyi nyelv folyékony ismeretén túl, a második legfontosabb dolog olyan tapasztalt, képzett tolmáccsal dolgozni, aki érzékeny a kínzás és a helyi kultúra témájára. Az egyéb fogvatartottakat szabályként csak akkor szabad tolmácsolásra igénybe venni, ha nyilvánvaló, hogy a meghallgatott olyan valakit választott, akiben megbízik. Nem fogvatartott személyek meghallgatása esetén e szabályok többsége ugyancsak érvényes, ugyanakkor ilyen helyzetekben könnyebben lehet kívülről behozott (egy helyi személlyel) tolmácsoltatni, ami börtönhelyzetekben csak ritkán lehetséges.

J. Nemi szerepekkel kapcsolatos kérdések

154. Ideális esetben a vizsgáló csoportban mindkét nemhez tartozó szakértőknek is szerepelnie kellene, hogy a kínzásra hivatkozó személy megválaszthassa a vizsgáló és szükség

esetén a tolmács nemét. Ez különösen akkor fontos, ha egy nőt olyan helyzetben tartanak fogva, amelyben nemi erőszak tudottan előfordult, még akkor is, ha eddig erre nem panaszkodott. A legtöbb kínzásnak még akkor is van szexuális vetülete, ha tényleges szexuális bántalmazás nem kerül sor (lásd V. fejezet, D8 szakasz). A re-traumatizálódás gyakran súlyosabb, ha a nő úgy érzi, olyan valakinek kell elmesélnie a történetet, aki fizikailag hasonlít kínzóihoz, akik óhatatlanul leginkább vagy szinte kizárólag férfiak. Egyes kultúrákban férfi vizsgáló nem kérdezhet ki női áldozatot, és ezt tiszteletben kell tartani. A legtöbb kultúrában azonban, ha csak férfi orvos áll rendelkezésre, sok nő inkább a férfi orvossal beszél más szakmát képviselő nő helyett, annak érdekében, hogy megkaphassák az őket érdeklő orvosi információt és tanácsokat. Ilyen esetben lényeges, hogy amennyiben tolmácsot alkalmaznak, ő nő legyen. Egyes meghallgatottak előnyben részesíthetik továbbá, ha a tolmács nem a közvetlen környékükről származik, egyrészt mivel fennáll a veszély, hogy a kínzásra emlékeztetik őket, másrészt pedig a titoktartást fenyegető vélt veszély miatt (lásd IV. fejezet I szakasz). Ha nincs szükség tolmácsra, legalább a szomatikus kivizsgálás során, amennyiben pedig a beteg úgy kívánja, akár a teljes meghallgatás ideje alatt is jelen kell lennie a vizsgáló csoport egy női tagjának garde-dámként.

155. A helyzet összetettebb, ha az áldozat, akit szexuálisan bántalmaztak, férfi, mivel őt is zömében vagy teljes egészében férfiak bántalmazták szexuálisan. Ezért egyes férfiak inkább nővel ismertetik tapasztalataikat, mivel túlságosan félnek más férfiktól, mások viszont az ilyen személyes ügyeket nem kívánják egy nő előtt megvitatni.

K. Beutalás szükségességére utaló jelek

156. A kínzást orvosi/jogi okból dokumentálni kívánó vizsgálatokat minden lehetséges esetben össze kell kötni az egyéb igények felmérésével, akár szakorvoshoz, pszichológushoz, fizioterapeutához vagy olyan szakemberhez való beutalásról van szó, akik szociális tanácsot és támogatást tudnak nyújtani. A vizsgálóknak ismerniük kell a helyi rehabilitációs és szociális intézményeket. A klinikai szakember az orvosi értékelés során ne

habozzon ragaszkodni az általa szükségesnek tartott egyéb szakemberekkel való konzultációhoz és vizsgálatokhoz. A kínzás és rossz bánásmód orvosi bizonyítékainak dokumentálása során az orvosok nem mentesülnek etikai kötelezettségeik alól. A vizsgáló a további orvosi vagy pszichológiai ellátást igényelőket a megfelelő szolgálatokhoz köteles irányítani.

L. Megállapítások és következtetések értelmezése

157. A kínzás fizikális tünetei a bántalmazás intenzitásának, gyakoriságának és időtartamának, a kínzást túlélő önvédelmi képességének, valamint a fogvatartott kínzás előtti fizikai állapotának függvényében változhatnak. A kínzás más formái lehet, hogy nem okoznak konkrét testi sérüléseket, egyéb állapotokat azonban előidézhettek. Például az eszméletvesztéssel járó koponyát ért ütés poszttraumás epilepsziát vagy organikus agykárosodást okozhat. Továbbá, a fogvatartás során a nem megfelelő táplálkozás és elégtelen higiéniai feltételek vitaminhiányos állapotot okozhat.

158. A kínzás egyes formái bizonyos következményektől szétválaszthatatlannak tűnnek. Az eszméletvesztést eredményező, fejre mért ütések különösen fontosak az organikus agykárosodás klinikai diagnosztikájában. A nemi szerveket ért trauma pedig gyakran összefügg a későbbi szexuális funkciózavarral.

159. Fontos tudatosítani, hogy a kínzók megpróbálhatják tetteiket leplezni. A verés fizikai jeleinek elkerülése érdekében a kínzást gyakran széles, tompa tárgyakkal végzik, a kínzás áldozatait néha szőnyeggel vagy *falanga* esetén cipőkkel borítják, hogy megosszák az egyes ütések erejét. A nyújtás, a zúzósos sérülések és a fojtogatás is a kínzás olyan formáit jelentik, ahol a cél a maximális fájdalom és szenvedés kiváltása minimális bizonyítékkal. Ugyanezen okból az elektrosokk során nedves törölközőt használnak.

160. A jelentésben fel kell tüntetni a vizsgáló képesítéseit és szakmai tapasztalatát. Amennyiben lehetséges, a tanú vagy a beteg nevét is meg kell adni. Ha ez jelentős kockázatot jelentene az adott személy számára, célszerű személyi azonosítót alkalmazni, amelynek segítségével a vizsgáló team felismerheti a nyilvántartásban szereplő személyt, más számára azonban nem teszi lehetővé az adott egyén azonosítását. A jelentésben kötelező feltüntetni, ki más volt jelen a helyiségben a meghallgatás vagy annak bármely része során. A jelentésben részletesen ismertetni kell a vonatkozó történetet a hallomásból szerzett értesülések kerülésével, megfelelő esetben pedig be kell számolni a megállapításokról. A jelentést a vizsgáló köteles aláírni, és keltezni, abban szerepeltetnie kell az illetékes joghatóság által esetleg előírt szükséges nyilatkozatokat (lásd IV. melléklet).

V. FEJEZET

A KÍNZÁS FIZIKAI BIZONYÍTÉKAI

161. A kínzás dokumentálásához szükségesek a tanúk és a túlélők vallomásai. Amennyiben a kínzásnak léteznek fizikai bizonyítékai, azok az adott személyt ért kínzás tényének fontos megerősítő bizonyítékát adják. A fizikai bizonyítékok hiányát azonban nem lehet a kínzás hiányára utaló jelként értelmezni, mivel a személyek ellene elkövetett erőszakos cselekmények gyakran nem hagynak nyomot vagy megmaradó heget.

162. A jogi szempontú orvosi vizsgálatot objektívan és pártatlanul kell lebonyolítani. A szakvéleménynek az orvos klinikai szakértelmén és szakmai tapasztalatán kell alapulnia. A beteg érdekében végzett munka etikai szempontból megalkuvás nélküli pontosságot és pártatlanságot követel, mely a szakmai hitelesség kialakításának és fenntartásának nélkülözhetetlen feltételét képezi. Amennyiben lehetséges, a fogvatartottak vizsgálatát végző klinikai szakembereknek a kínzás igazságügyi orvosszakértői dokumentációját, valamint a fizikai és pszichológiai bántalmazás egyéb formáit tárgyaló speciális képzésben kell részesülnie. Ismerniük kell a beteg bebörtönzésének konkrét területén alkalmazott kínzási módszereket és börtönkörülményeket, valamint a kínzás általános utóhatásait. Az orvosi szakvéleményt tényszerűen és körültekintően kell megfogalmazni, a szakzsargont célszerű kerülni. Az orvosi szakkifejezéseket lényeges a laikusok számára is érthető módon megfogalmazni. Az orvosnak nem szabad feltételeznie, hogy az orvosi-jogi szakvéleményt kérő hivatalos személy az összes lényeges tényt feltárta. Az orvos felelőssége felderíteni az általa relevánsnak tartott minden lényeges megállapítást, és erről beszámolni még akkor is, ha az orvosi vizsgálatot kérő fél ügye szempontjából az irrelevánsnak vagy épp kedvezőtlennek minősülhet. Az orvosi-jogi szakvéleményből semmilyen körülmények között nem lehet

kihagyni a kínzással vagy a rossz bánásmód egyéb formáival egybevető megállapításokat.

A. A meghallgatás szerkezeti felépítése

163. A fenti megjegyzések különösen az olyan személyek meghallgatására vonatkoznak, akiket már nem tartanak őrizetben. A meghallgatás és a vizsgálat helyének a lehető legbiztonságosabbnak és legkényelmesebbnek kell lennie. Elegendő időt kell biztosítani a részletes meghallgatás és vizsgálat lebonyolításához. Előfordulhat, hogy a kínzás fizikai vagy pszichológiai bizonyítékainak értékeléséhez nem elég egy 2-4 órás meghallgatás. Ezen túlmenően az értékelés során bármikor előfordulhat, hogy az olyan helyzetspecifikus változók, mint a meghallgatás dinamikája, a páciens tehetetlenség érzése, mivel intim szférájába hatolnak, a későbbi üldöztetéstől való félelem, az eseményekkel kapcsolatos szégyenérzet és a túlélők büntudata mind-mind a kínzásélmény körülményeit szimulálhatják. Ez fokozhatja a beteg szorongását és a releváns információk feltárásával szembeni ellenállását. Az értékelés befejezéséhez így szükség lehet egy második, esetleg egy harmadik meghallgatás kitűzésére.

164. A bizalom lényeges elem a bántalmazás pontos felidézésének kiváltásában. A kínzáson vagy egyéb bántalmazáson átesett személyek bizalmának elnyeréséhez aktív figyelemre, körültekintő kommunikációra, udvariasságra, valódi empátiára, őszinteségre van szükség. Az orvosoknak képesnek kell lenniük egy olyan bizalmi légkör kialakítására, amell lehetővé teszi a létfontosságú, bár esetleg igen fájdalmas vagy szégyenteljes tények feltárását. Fontos annak tudatában lenni, hogy e tények néha olyan bensőséges titkok, amiket az adott személy első alkalommal tár fel az adott pillanatban. A kényelmes környezet, a meghallgatásokra fordított elégséges idő, a frissítők és a mosdóhoz való hozzáférés biztosítása mellett a klinikai szakembernek azt is el kell magyaráznia, hogy a beteg mire számíthat az értékelés során. A klinikusnak oda kell figyelnie a kérdések hangnemére, megfogalmazására és sorrendjére (az érzékeny kérdéseket célszerű a bizalmi kapcsolat

kialakulása után feltenni) és nyugtázni kell, hogy a beteg szükség esetén szünetet tarthat, vagy dönthet úgy, hogy valamely kérdésre nem válaszol.

165. Az orvosok és tolmácsok kötelesek az információkat titkosan kezelni és azokat csak a beteg beleegyezésével tárhatják fel mások számára (lásd III. fejezet C szakasz). Minden személyt egyénileg, privát körülmények között kell vizsgálni. A páciens tájékoztatni kell az értékelés titkosságára bármilyen állami vagy igazságügyi hatóság által kirótt korlátról. A meghallgatottat egyértelműen tájékoztatni kell a meghallgatás céljáról. Az orvosoknak gondoskodni kell arról, hogy az informált beleegyezés az orvosi vizsgálat lehetséges előnyeinek és hátrányos következményeinek megfelelő bemutatását és megértését követően szülessen meg, továbbá lehetővé kell tenni, hogy a páciens a beleegyezést önkéntesen, bármilyen más fél, különösen rendészeti vagy igazságügyi szervek kényszerítő befolyása nélkül adja meg. Az adott személy jogosult az értékelést visszautasítani. Ilyen körülmények között a klinikai szakembernek dokumentálnia kell az értékelés megtagadásának indokát. Ezen túlmenően, amennyiben az adott személy fogvatartott, a jelentést ügyvédjének és egy másik egészségügyi hivatalos személynek is alá kell írnia.

166. A páciensek attól tarthatnak, hogy a vizsgálat során feltárt információkat nem lehet biztonságban megóvni attól, hogy az üldöző kormányzati szervek ahhoz hozzáférjenek. A félelem és bizalmatlanság különösen erős lehet olyan esetekben, amelyeknél a kínzásban orvosok vagy egyéb egészségügyi dolgozók is részt vettek. A vizsgáló számos helyzetben a többségi kultúra és etnikai csoport tagja, míg a páciens a meghallgatási helyzetet és a meghallgatás helyét tekintve, valószínűleg kisebbségi csoporthoz vagy kultúrához tartozik. Ez az egyenlőtlen dinamika megerősítheti a vélt és valós hatalmi egyensúlytalanságot és fokozhatja a vizsgált személy félelem, bizalmatlanság és kényszerű alávetés érzetét.

167. A még őrizetben lévő emberek számára a legfontosabb dolog, amit a vizsgálótól kaphatnak, az empátia és az emberi kapcsolat. A vizsgálat maga esetleg semmilyen konkrét előnnyel nem jár a meghallgatott személy

számára, mivel az esetek zömében az ő kínzásuk véget ért. Azonban amennyiben a vizsgáló megfelelő empátiát tanúsít, fokozhatja annak a csekély vigasznak a súlyát, hogy meghallgatott tudja: az információ valamilyen jövőbeni célt szolgál. Bár ez magától értetődőnek tűnhet, a börtönök felkereső vizsgálók túlságosan gyakran annyira az információk megszerzésére összpontosítanak, hogy elmulasztják a meghallgatottal szemben empátiát gyakorolni.

B. Kórtörténet

168. Teljes körű kórtörténetet kell dokumentálni, beleértve a korábbi orvosi, sebészeti vagy pszichiátriai problémákra vonatkozó információkat is. Gondoskodni kell arról, hogy a fogvatartás időszaka előtt előfordult esetleges sérüléseket és azok utóhatásait is rögzítsék. Kerülni kell a rávezető kérdéseket. A vizsgálatokat úgy kell alakítani, hogy a fogvatartás során átélt események nyílt végű, kronológiai beszámolóját szerezzék meg.

169. A konkrét történeti információk hasznosak lehetnek a térségben gyakorolt kínzásokra vonatkozó információk az egyéni bántalmazásra vonatkozó állításokkal való összekapcsolásához. A hasznos információkra példa lehet a kínzóeszközök, testhelyzetek, a korlátozó módszerek leírása, az akut vagy krónikus sebesülések és fogyatékoságok ismertetése, valamint az elkövetőket és a fogvatartás helyét azonosító adatok. Miközben a kínzás túlélőinek élményeire vonatkozó pontos információ rögzítése igen lényeges, a nyitott meghallgatási módszerek megkövetelik, hogy a kérdezettek élményeiket saját szavaikkal, saját visszaemlékezésük alapján mondják el. A kínzást túlélő személynek gondot okozhat a tapasztalatok és tünetek szavakba öntése. Egyes esetekben segítséget nyújthat a traumás eseményekkel kapcsolatos tünetlisták vagy ezekre vonatkozó kérdőívek használata. Amennyiben az interjú készítője úgy véli, hogy ezen eszközök használata segítséget nyújthat, számos kérdőív közül választhat; azonban ezek egyike sem konkrétan a kínzások áldozataira vonatkozik. A kínzás túlélőjének minden panasa jelentős. Bár a fizikai megállapításokhoz ezek esetleg nem kapcsolódnak, mindről be kell számolni. Dokumentálni kell a bántalmazások konkrét

formáihoz fűződő akut és krónikus tüneteket és diszfunkciókat, valamint az azokat követő gyógyulási folyamatokat.

1. Akut tünetek

170. A vizsgált személyt meg kell kérni, hogy ismertesse az állítólagos bántalmazás konkrét módszerei eredményeképpen keletkezett sérüléseit. Ezek között lehet például vérzés, zúzódás, duzzadás, nyílt seb, nyálkahártya felmaródása, törés, ficam, ízületi ártalom, vérköpés, légmell, a dobhártya perforációja, a húgy és ivarszervek sérülése, égés (az égés fokának megfelelően elszíneződés, bulla vagy nekrozis) elektromos sérülések (a léziók mérete és száma, színe és felületi jellemzői), vegyszer okozta sérülések (színe, nekrozis jele), fájdalom, érzéketlenség, székrekedés és hányás. Az egyes tünetek intenzitását, gyakoriságát és időtartamát is rögzíteni kell. A későbbi bőrléziók kialakulását is ismertetni kell, annak megjelölésével, hogy maradt-e utánuk sebhely. Az elbocsátáskori egészségi állapotra is rá kell kérdezni; a beteg tudott járni vagy ágyba kényszerült? Ha igen, mennyi időre? Mennyi idő alatt gyógyultak be a sebek? Elfertőződtek? Milyen kezelést kapott? Orvostól vagy hagyományos gyógyítótól kapott kezelést? Tudni kell arról, hogy maga a kínzás vagy annak utóhatásai elhomályosíthatták a fogvatartottnak az ilyen megfigyelésre való képességét, és ezt dokumentálni kell.

2. Krónikus tünetek

171. Információt kell szerezni azokról a fizikai betegségekről, amelyek az egyén véleménye szerint a kínzással vagy a rossz bánásmóddal függenek össze. Fel kell jegyezni az egyes tünetek súlyosságát, gyakoriságát és időtartamát, az esetleges járulékos fogyatékoságot vagy orvosi illetve pszichológiai ellátás szükségességét. Egyes fizikai tünetek, például az elektromos áram vagy nagy hőfokú égés okozta sebhelyek, a csontozat deformálódása, a törések rossz gyógyulása, fogászati sérülések, hajvesztés és az izom kötőszövetes átalakulása fennmaradhat még akkor is, ha az akut léziók utóhatásai hónapok vagy évek múlva nem azonosíthatók. Az általános szomatikus panaszok között

szerepel a fejfájás, hátfájás, emésztő-bélrendszeri tünetek, szexuális diszfunkciók és izomfájdalom. Az általános pszichológiai tünetek közé tartoznak a depresszív szimptomák, szorongás, inszomnia, rémálmok, emlékvillanások (flashback) és visszaemlékezési nehézségek (lásd VI. fejezet, B2 szakasz).

3. A meghallgatás összefoglalása

172. A kínzás áldozatai olyan sérüléseket szenvedhetnek, amelyek lényegesen eltérnek a trauma egyéb formáitól. Bár az állítólagos sérülések esetén jellegzetesek lehetnek az akut léziók, a léziók zöme a kínzástól számított mintegy 6 héten belül nyom nélkül gyógyul, vagy legfeljebb nem specifikus sebhelyet hagy. Ez gyakran előfordul, amikor a kínzók olyan módszereket alkalmaznak, melyek megakadályozzák vagy csökkentik a sérülés azonosítható jeleit. Ilyen körülmények között a fizikai vizsgálat az egészséges határértékeken belül lehet, ez azonban semmiképpen sem cáfolja a kínzásra vonatkozó állítást. A kínzásra vagy rossz bánásmódról vonatkozó konkrét állítások alátámasztásának gyakran fontos forrását képezi a beteg által megfigyelt akut léziók részletes ismertetése és az ezt követő gyógyulási folyamat.

C. Testi vizsgálat

173. A háttér-információk beszerzését és a beteg tájékozott beleegyezésének megszerzését követően képesített orvosnak kell elvégezni a teljes körű fizikai kivizsgálást. A páciens számára minden lehetséges esetben biztosítani kell, hogy megválaszthassa az orvos és – amennyiben szükséges – a tolmács nemét. Amennyiben az orvos neme eltér az alanyétól, a vizsgált személlyel azonos nemű kíséretet kell bevonnani, ha csak a páciens nem tiltakozik ellene. Fontos, hogy a páciens tisztában legyen azzal, hogy ő irányítja az eseményeket, azaz jogosult a vizsgálatot korlátozni, vagy azt bármikor leállítani (lásd IV. fejezet, J szakasz).

174. Ebben a szakaszban számos esetben hivatkozunk a szakorvoshoz történő beutalásra és a további vizsgálatokra. Amennyiben a páciens nem fogvatartott, lényeges, hogy a szakorvos egészségügyi és pszichológiai

ellátóintézményekhez való kapcsolata biztosított legyen, mely lehetővé teszi a vizsgálat során felismert szükségletek kielégítését. Számos helyzetben előfordul, hogy bizonyos diagnosztikai eszközök nem állnak rendelkezésre, ezek hiánya azonban nem érvénytelenítheti a jelentést (a lehetséges diagnosztikai vizsgálatok további részletei a 2. Mellékletben szerepelnek).

175. Állítólagos, közelmúltban történt kínzást követően, ha a kínzás túlélője még mindig viseli a kínzás során viselt ruháját, a ruhákat mosás nélkül kell vizsgálatra küldeni, majd tiszta öltözetet kell biztosítani. A vizsgáló helyiséget minden lehetséges esetben a vizsgálathoz elégséges orvosi felszereléssel és világítással kell ellátni. Minden hiányosságot fel kell jegyezni a jelentésben. A vizsgálónak fel kell jegyeznie minden vonatkozó pozitív és negatív megállapítást az összes sérülés helyének és jellegének rögzítésére szolgáló testábrák alkalmazásával (lásd 3. Melléklet). A kínzás egyes formái, például az elektrosokk vagy a tompa tárgyakkal okozott trauma kezdetben nem észlelhetők, egy későbbi vizsgálat során azonban ezekre is fény derülhet. Bár a kínzóik fogságában lévő rabok lézióit ritkán lehetséges fényképen rögzíteni, a fényképezésnek a vizsgálatok rutinszerű részét kell képeznie. Amennyiben fényképezőgépet rendelkezésre áll, még mindig jobb rossz minőségű fényképeket készíteni, mint egyáltalán nem készíteni fotókat. Ezeket a lehető leghamarabb professzionális fényképekkel kell lecserélni (lásd III. fejezet, C5 szakasz).

1. Bőr

176. A vizsgálatnak a teljes testfelületre ki kell terjedni, hogy lehetőség legyen azonosítani az általános bőrbetegségek, például az A-, B- és C-vitamin hiányt, a kínzás előtt fennállt léziók vagy a kínzás által okozott léziók jeleit, például horzsolások, vérömlenyek, véraláfutások, szúrt sebek, cigaretta vagy felhevített eszközök okozta égések, elektromos sérülések, alopecia és körömeltávolítás. Kínzás okozta léziókat azok helye, szimmetriája, alakja, mérete, színe és felülete (például pikkelyes, kérges, fekélyesedő) szerint, valamint a környező bőrfelülethez képesti körülhatároltságuk és szintjük szerint kell körülírni. Minden

lehetséges esetben lényeges fényképet készíteni. A vizsgálónak végső soron véleményt kell mondania a lézió eredetéről: idegenkezűség vagy önkezűség okozta, a véletlen vagy betegség folyamatának eredménye.^{73 74}

2. Arc

177. Az arc szöveteit tapintással kell megvizsgálni, mely lehetővé teszi a törés, sercegés, duzzanat vagy fájdalom azonosítását. Az összes kraniális ideg mozgató és érzékelő komponensét, köztük a szaglást és ízlelést is vizsgálni kell. Az arctörések diagnosztizálásához és jellemzéséhez, az illeszkedés meghatározásához, valamint a kapcsolódó lágyszöveti sérülések és szövödmények diagnosztizálásához a rutinszerű röntgen helyett a legjobb a komputertomográfiás (CT) vizsgálat. A koponyán belüli és a nyakszirti gerincsérülések gyakran arctráumával párosulnak.

(a) Szem

178. A szemet számos különböző trauma érheti, például a kötőhártya bevérvése, a lencse elmozdulása, a subhyaloideális bevérvés, a szemgolyó mögötti bevérvés, a retinabevérvés, vagy a látómező elvesztése. Ha a szemet ért trauma vagy betegség gyanúja felmerül, szemészeti konzultációt kell kérni, tekintve a kezelés hiányának vagy a helytelen kezelés komoly következményeit. A szemüregi törések, a szemgolyó és a szemgolyó mögötti képleteket ért lágyszöveti sérülések diagnosztizálásához a CT a legjobb vizsgálati módszer. A lágyszöveti sérülések azonosítását kiegészítheti a mágneses rezonancia (MRI) vizsgálat. A szemgolyót ért trauma értékelésére alternatív módszert kínál a nagy felbontású ultrahang.

(b) Fül

179. A súlyos verés gyakori következménye a fület ért trauma, különösen a dobhártya szakadása. A hallójáratot és a dobhártyát

⁷³ O. V. Rasmussen, "Medical aspects of torture" („A kínzás orvosi vetületei”), *Danish Medical Bulletin*, vol. 37, 1. sz. melléklet (1990), 1-88. old.

⁷⁴ R. Bunting, "Clinical examinations in the police context" („Klinikai vizsgálatok rendőrségi összefüggésben”), *Clinical Forensic Medicine*, szerk.: W. D. S. McLay, (London, Greenwich Medical Media, 1996), 59-73. old.

otoszkóppal kell megvizsgálni, a sérüléseket le kell írni. A Latin-Amerikában *telefono* néven ismert gyakori kínzási forma keretében az egyik vagy mindkét fülre kemény pofont mérnek, ez gyorsan növeli a nyomást a hallójáratban és a dobhártya szakadását okozza. A 2 milliméternél kisebb átmérőjű dobhártya szakadások felderítéséhez azonnali vizsgálat szükséges, ezek 10 napon belül gyógyulhatnak. A középfülben vagy a külső fülben folyadék jelenhet meg. Ha a laboratóriumi elemzés fülváladékozást állapít meg, a törés elhelyezkedését MRI vagy CT segítségével kell meghatározni. Egyszerű szűrési módszerek segítségével vizsgálni kell a hallásvesztés lehetőségét. Szükség esetén fül-orr-gégész szakorvos végezze el a hallásvizsgálatot. A halántékcsontrését vagy a hallócsontocskák zavarát legjobban CT, ezután hypocylois mozgással végzett tomográfia, végső soron lineáris tomográfia segítségével lehet meghatározni.

(c) Orr

180. Az orrsövény állását, sercegését és ferdülését vizsgálni kell. Az egyszerű orrtöréshez elegendő lehet a szabványos orr röntgen. Összetett orrtörés esetén, ha az orrsövény porcos állománya elmozdult, CT vizsgálatot kell végezni. Orrfolyás esetén ajánlott a CT vagy az MRI alkalmazása.

(d) Áll, száj- és garatüreg, és a nyak

181. A verés állcsonttörést vagy diszpozíciót eredményezhet. Az arc alsó részére és az állra mért verés gyakran eredményezi az rágóizület szindrómáit. Vizsgálni kell, hogy a páciensnél megjelenik-e a nyelvcsont vagy a gégeporc recsegése, ami a nyakat ért ütések eredménye. A garatra vonatkozó megállapításokat részletesen fel kell jegyezni, köztük az elektrosokkból vagy egyéb traumából származó égéseknek megfelelő léziókat. Fel kell jegyezni továbbá az ínyvérzést és az íny állapotát.

(e) Szájüreg és fogak

182. A fogorvosi vizsgálatot fogvatartás során az időszakos egészségügyi vizsgálat részének kell tekinteni. Ezt a vizsgálatot gyakran elhanyagolják, azonban a fizikai vizsgálat fontos részét képezi. Előfordulhat, hogy a fogápolást szándékosan megtagadják,

hogy a fogszuvasodás, az ínsorvadás vagy a lyukas fogak állapota romoljon. Gondos fogászati kórtörténetet kell fölvenni és amennyiben létezik fogászati nyilvántartás, azt el kell kérni. A közvetlen trauma vagy elektrosokkos kínzás a fogideg szakadását, fogtörést, a tömések elmozdulását és protézistörést okozhat. Fel kell jegyezni a fogszuvasodást és az ínsorvadást. A rossz állapotú fogazat lehet a fogvatartás körülményeinek következménye, de a fogvatartás előtt is fennállhatott már. A szájüreget gondosan meg kell vizsgálni. Elektromos árammal való kínzás során a páciens elharaphatja nyelvét, ínyét vagy ajkát. A különböző tárgyak vagy anyagok szájba kényszerítése és az elektromos áram alkalmazása is sérüléseket okozhat. A röntgen és az MRI képes meghatározni a lágyszövetek, az állkapocs és a fogak traumájának mértékét.

3. Mellkas és hasi terület

183. A törzs vizsgálatának a bőrsérülések megállapításán kívül a fájdalmas, érzékeny vagy kényelmetlenséget okozó területek felderítésére kell irányulnia, amelyek az izomzat, a bordák vagy a hasüregi szervek sérülését mutathatja. A vizsgáló köteles figyelembe venni az izmon belüli, a hashártyán és a hasüregen belüli vérzés, valamint valamely belső szerv zúzódásának vagy sérülésének lehetőségét. Az ilyen sérülések megerősítésére ultrahangos, CT vizsgálatot illetve csontszcintigráfias vizsgálatot kell alkalmazni, amennyiben az eszközök reálisan rendelkezésre állnak. A szív és érrendszer, a tüdő és a hasüreg rutinszerű vizsgálatát a szokásos módon kell elvégezni. Fogságban a korábban meglévő légzési rendellenességek valószínűleg súlyosbodnak, gyakran új légzési rendellenességek alakulnak ki.

4. Vázizom rendszer

184. A vázizomzati fájdalmakra vonatkozó panaszok igen gyakran előfordulnak a kínzások túlélőinél.⁷⁵ Ezek származhatnak ismételt verésből, felfüggesztésből, egyéb testhelyzeti kínzásból vagy a fogvatartás

⁷⁵ Lásd a 73-as lábjegyzetet.

általános fizikai környezetéből.⁷⁶ Lehetnek továbbá szomatikus fájdalmak (lásd VI. fejezet, B2 szakasz). Ugyan nem specifikusak, viszont dokumentálni kell őket. Gyakran jól reagálnak a fizioterápiára.⁷⁷ A csontváz fizikai vizsgálatának ki kell terjednie az ízületek, a gerinc és a végtagok mobilitásának vizsgálatára. Fel kell jegyezni az összes mozgással, összehúzódással, erőkifejtéssel járó fájdalmat, a keringési elégtelenségre utaló jeleket, deformitással járó vagy azzal nem járó töréseket és diszpozíciókat. A diszpozícióra, törésre és csontvelőgyulladásra vonatkozó gyanút röntgen segítségével kell értékelni. Csontvelőgyulladás gyanúja esetén rutin röntgenfelvételt kell készíteni, amelyet háromfázisú csontszcintigráfia követ. Az ín-szalagokat, inakat és izmokat ért sérüléseket legjobb MRI-vel értékelni, de ízületi vizsgálatot is lehet végezni. Ez a vizsgálat az akut stádiumban felderítheti a bevérzést és az esetleges izomszakadást. Az izmok általában teljesen meggyógyulnak hegesezés nélkül; így a későbbi képalkotó eljárások negatív eredményt mutatnak. Az olyan izmok, amelyeknél az idegi összeköttetés megszakadt, valamint a keringési elégtelenséggel működő izmok az MRI és a CT alatt izomfibrozisként jelennek meg. A csontzúzódásokat MRI vagy szcintigráfia segítségével lehet felderíteni. A csontzúzódás általában nyom nélkül gyógyul.

5. Húgyivarszervi rendszer

185. A nemi szervek vizsgálatát csak a beteg beleegyezésével lehet elvégezni, szükség esetén egy későbbi vizsgálatra kell halasztani. Ha a vizsgáló orvos neme eltér a páciensétől, kísérlőnek kell jelen lennie. Bővebb tájékoztatás a IV. fejezet J szakaszában található. A szexuális támadások áldozatainak vizsgálatára vonatkozó bővebb információ az alábbi D8 szakaszban található. A nemi szerveket és a húgyutakat ért trauma felderítésére ultrahangos vizsgálatot vagy dinamikus scintigráfiát lehet végezni.

⁷⁶ D. Forrest, "Examination for the late physical after-effects of torture" („A kínzás kései fizikai utóhatásainak vizsgálata"), *Journal of Clinical Forensic Medicine*, vol. 6 (1999), 4-13. old.

⁷⁷ Lásd a 73-as lábjegyzetet

6. Központi és perifériás idegrendszer

186. A neurológiai vizsgálat során a koponyaidegeket, az érzékszerveket és a perifériás idegrendszert kell értékelni, ellenőrizve az esetleges traumához, vitaminhiányhoz vagy betegséghez kapcsolódó motoros és szenzoros neuropátia fennállásának lehetőségét. A kognitív képességet és a mentális státuszt is értékelni kell (lásd VI. fejezet, C szakasz). A függesztéses kínzásról beszámoló személyek esetében külön figyelmet kell fordítani a kar ideg-és érhálózatának vizsgálatára (aszimmetrikus kézerősség, a csukló lógása, kargyengeség változó érzékeléssel és ínreflexszel). A kínzással összefüggő traumából fakadhat ideggyökér-bántalom, egyéb neuropátia, az agyidegek deficitje, fokozott fájdalom-érzékenység, érzékvesztés, túlérzékenység, testhelyzet változtatás, hőérzékelés, motoros-funkciók, járás és koordináció változása. Akiknél szédülés és hányás lépett fel, vizsgálni kell a vestibuláris rendszert, és fel kell jegyezni a nystagmusra utaló jeleket. A radiológiai értékelés keretében MRI vagy CT vizsgálatot kell végezni. Az agy és a hátsó koponyaárkok radiológiai értékelését CT helyett lehetőleg MRI-vel kell végezni.

D. A speciális kínzási formákat követő vizsgálat és értékelés

187. Az alábbiakban nem célunk a kínzás összes formáinak kimerítő felsorolását szerepeltetni, viszont részletesebben kívánjuk ismertetni a kínzás általánosabban elterjedt formái közül több forma orvosi vetületeit. Az orvosnak minden egyes sérülésre és a sérülések átfogó mintájára vonatkozóan meg kell állapítani azon összeállítás fokát, mely a sérülések megjelenése, valamint azok páciens által megnevezett okai között állnak fenn. Általában a következő kifejezéseket alkalmazzák:

(a) nem konzekvens: a sérülést nem okozhatta az ismertetett trauma;

(b) konzekvens: a sérülést okozhatta az ismertetett trauma, azonban nem specifikus, számos egyéb oka lehet;

(c) nagyon konzekvens: a sérülést okozhatta az ismertetett trauma és kevés egyéb lehetséges oka van;

(d) tipikus: a sérülés megjelenése általában előfordul ilyen jellegű traumánál, de vannak más lehetséges okok;

(e) diagnosztikai jellemző: e sérülés megjelenését az ismertetetten kívül más nem okozhatta.

188. Végső soron a kínzásról szóló történet felmérésben nem az a fontos, hogy az egyes sérülések mennyiben vágnak egybe valamelyik konkrét kínzási formával, hanem az összes sérülés átfogó értékelése (a kínzási módszerek felsorolását lásd a IV. fejezet G szakaszában).

1. Verés és más tartós nyomot nem hagyó trauma

(a) Bőrkárosodás

189. A kínzásra gyakran jellemzőek az akut sérülések, mivel olyan idegen kezű sérülések mintáját mutatják, ami eltér a nem idegen kezű sérülésektől, például alakjuk, ismétlődésük és a testen való elhelyezkedésük szerint. Mivel a legtöbb sérülés a kínzástól számított mintegy 6 héten belül begyógyul és nem vagy csak nem-specifikus sebhelyet hagy, a kínzásra vonatkozó állítást az akut sérülések jellegzetes története és a gyógyulásig tartó folyamat támaszthatja csak alá. A bőrön ütéssel okozott tartós elváltozás nem gyakori, nem specifikus és általában diagnosztikai jelentőséggel sem bír. A szorítókötések tartós alkalmazását diagnosztikailag igazoló jel a kar vagy a láb - általában a csukló vagy a boka körül - körkörös kiterjedő lineáris terület, mely a tompa tárggyal okozott erőszak következménye. Ez a terület kevés szőrszálat vagy szőrtüszőt tartalmaz, mely valószínűleg a sebhelyes kopaszodás (cicatricial alopecia) egy formája. Nem létezik spontán bőrbetegség formájában megjelenő differenciáldiagnózis, amellyel, hogy a mindennapi életben is nehezen elképzelhető az ilyen jellegű trauma előfordulása.

190. Az akut sérülések közül a bőr felületi horzsolásos sérülései megjelenhetnek horzsolás, karcolás, súrlódásos-égéses típusú vagy nagyobb felületi sebek formájában. A horzsolások mintázata néha megmutatja a sérülést okozó eszköz vagy felület körvonalait. Az ismételt vagy mély horzsolások bőrtípustól függően alul- vagy túlpigmentált felületeket

hozhatnak létre. Ez rendszerint a csukló belső oldalán szokott előfordulni, ha az illető kezét szorosan összekötötték.

191. A vérömlenyek és zúzódások a lágy szövetben a tompa tárggyal okozott trauma miatt az erek sérülése hatására kialakuló bevezett területek. A vérömleny kiterjedése és súlyossága nem csak az alkalmazott erő nagyságától, hanem az érintett szövet szerkezetétől és érellátásától is függ. Vérömleny könnyebben alakul ki csont felett található vékony bőrszöveten vagy zsírosabb területeken. A zúzódások vagy purpura kialakulásához számos egyéb egészségügyi körülmény, köztük a vitamin vagy egyéb tápanyaghiány is hozzájárulhat. A vérömlenyek, és horzsolások arra utalnak, hogy adott bőrfelületen nagy erőhatást alkalmaztak. A zúzódás vagy egyéb horzsolások hiánya azonban nem jelenti azt, hogy az adott területet nem érte nagy bántalmazás. A vérömlenyek mintát alkothatnak, amelyek az azokat okozó eszköz körvonalait rajzolhatják ki. Például a sín alakú zúzódás akkor jöhet létre, ha például gumibotot vagy nádpálcát alkalmaztak. A zúzódás alakjáról következtetni lehet a tárgy alakjára. A vérömlenyek felszívódásuk során folyamatos színváltozáson esnek át. A legtöbb zúzódás kezdetben sötétkék, lila vagy bíborszínű. Ahogy a zúzódásban található hemoglobin lebomlik, a szín fokozatosan lilára, zöldre, sötétsárgára, világossárgára vált, majd eltűnik. Nagyon nehéz azonban a vérömlenyek megjelenésének pontos időpontját megállapítani. Egyes bőrtípusoknál a zúzódások gyógyulást követően olyan hiperpigmentációhoz vezethet, ami több éven át fennáll. A mélyebb szubkután szövetekben kialakuló vérömlenyek csak a sérülés után több nappal jelenhetnek meg, amikor a vér eléri a felszínt. Amennyiben a páciens állítólagosan elszenvedett zúzódásokról számol be, azonban a vérömleny nem azonosítható, az áldozatot több nap elteltével újból meg kell vizsgálni. Figyelembe kell venni, hogy a zúzódások végleges pozíciója és alakja nem áll kapcsolatban az eredeti traumával valamint, hogy az ismételt vizsgálat idejére egyes léziók kifakulhatnak.⁷⁸

⁷⁸ S. Gürpınar and S. Korur Fıncancı, "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluđu" (Human rights violations and responsibility of the physician) ("Az emberi jogok megsértése és az orvos

192. A test kiálló részein könnyen kialakulnak véraláfutások, a bőr és az alatta található lágy szövetek szakadása vagy zúzódása könnyen létrejöhet az ütés erejének nyomása miatt, mivel a bőr összenyomódik a tompa tárgy és a bőr alatti szövetek alatt található csont felülete között. Ha azonban elegendő erőt alkalmaznak, a bőrt a test bármely részén fel lehet szakítani. Az aszimmetrikus hegek, a szokatlan helyen található hegek és sebhelyek diffúz elterjedése mind szándékos megsebesítésre utal.⁷⁹

193. A korbácsolás nyomai gyógyult zúzódások formájában jelentkezhetnek. Ezek a sebhelyek pigment-hiányosak és gyakran hipertrófiásak, keskeny, hiperpigmentált csíkok veszik körül őket. Az egyetlen differenciáldiagnózis a növényi eredetű bőrgyulladás, ezt azonban a hiperpigmentáció és nagyságukat tekintve rövidebb sebhelyek jellemzik. Ezzel szemben a szimmetrikus, atrófiás, pigmenthiányos lineáris elváltozások a hason, a testhajlatokban és a lábszáron, amelyekre esetenként a kínzás következményeként hivatkoznak, tulajdonképpen striák és általában nem a kínzáshoz kapcsolódnak.⁸⁰

194. A bőrön leggyakrabban tartós elváltozást okozó kínzási forma az égetés. Ezen elváltozások néha diagnosztikus értékűek. A cigarettával okozott égések gyakran 5-10 milliméter hosszú, kör alakú vagy ovális elszíneződött hegek, amelyek közepe túl- vagy alulpigmentált, kerülete pedig hiperpigmentált, viszonylag nem körülhatárolható. A kínzással kapcsolatban a tetoválások cigarettával történő kiégetéséről is beszámoltak. A diagnózist segíti a keletkező heg jellegzetes alakja és a tetoválás bármilyen maradványa.⁸¹ A forró tárgyakkal végzett égetés jellegzetesen atrófiás sebhelyeket okoz, amelyeken látszik az eszköz alakja, és a gyulladás kezdeti területének megfelelő

keskeny, hipertrófiás vagy hiperpigmentált szélek rajzolják körül őket. Ez látható például, az elektromosan felhevített fémpálcával vagy gázöngyújtóval végzett égetést követően. Ha sok a sebhely, nehéz differenciáldiagnózist felállítani. A spontán jelentkező gyulladással folyamatoknál nincs meg a jellegzetes határfelület, és ezek csak ritkán mutatnak súlyos szövetkárosodást. Az égetés hipertrófiás vagy keloidos hegeket is okozhat, például az égő gumival okozott égetést követően.

195. A körömágy égetését követő körömnövekedés során csíkos, vékony, deformálódott köröm nő, ami néha hosszában töredezett lehet. Ha a körömöt letépték, a proximális körömrétegben a szövetek túlbujánzása jelenhet meg, ami kúszóhátya kialakulását eredményezi. Az egyetlen releváns differenciáldiagnózis a *Lichen planus* által okozott körömelváltozás, ezt azonban általában nagy kiterjedésű bőrsérülés kíséri. Másrészt viszont a gombás fertőzéseket a fenti elváltozásoktól eltérő megvastagodott, sárgás, töredezett körömök jellemzik.

196. Éles traumás sebek akkor keletkeznek, ha a bőrt éles tárggyal, például késsel, bajonettel vagy üvegcsereppel megvágják, melyek közé tartozik a döfött, metszett vagy vágott, valamint a pontszerű szúrt seb. Az akut megjelenést általában könnyű megkülönböztetni a későbbi vizsgálatok során talált, esetleg jól megkülönböztethető zúzódások és sebhelyek szabálytalan, szaggatott megjelenésétől. Az apró, rendezett mintában megjelenő vágott sebhelyeket a hagyományos gyógyítók is okozhatták.⁸² A sebhely hipertrófiássá válhat, ha a nyílt sebbe borsot vagy egyéb ártalmas anyagot helyeznek. A sebhelyek aszimmetrikus mintája és eltérő mérete a kínzás diagnosztizálása során valószínűleg nagy jelentőséggel bír.

(b) Törések

197. A törések különféle vektorsíkokban jelentkező mechanikai erő hatására jelentkező csontfolytonossági hiányt okoznak. Nyílt törés közvetlenül erőhatás kifejeződésének helyén vagy az erőhatás alkalmazásának helyén jelentkezik. A törés helye, körvonala és egyéb jellemzői tükrözik az alkalmazott erő jellegét és irányát. Néha a törés radiológiai meg-

felelőssége”) , *Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı* (Handbook of Forensic Medicine for General Practitioners) (Igazságügyi orvostani kézikönyv háziorvosok számára) (Ankara, Turkish Medical Association, 1999)

⁷⁹ Lásd a 73-as lábjegyzetet.

⁸⁰ L. Danielsen, “Skin changes after torture” (“A bőr elváltozásai kínzást követően”), *Torture*, vol. 2, supplement 1 (1992), 27-28. oldal

⁸¹ *Ibid*

⁸² Lásd a fenti 76. lábjegyzetet.

jelenéséből lehet megkülönböztetni a véletlen sérülés révén keletkezett törést. A viszonylag friss törések röntgenes azonosítását tapasztalt, traumában jártas radiológusnak kell elvégeznie. Az ütés következtében kialakult traumás léziók jellegének és korának értékelésében kerülni kell a spekulatív ítéleteket, mivel a sérülés a beteg korának, nemének, szöveti jellemzőinek, kondíciójának, egészségi állapotának, illetve a trauma súlyosságának megfelelően eltérhet. Például a jó kondícióban lévő, izmos, fiatalabb egyének jobban ellenállnak a zúzódásnak, mint a törékenyebb, idősebb személyek.

(c) Fejsérülés

198. A fejre ért trauma a kínzás egyik leggyakoribb formája. A fejre ért ismétlődő trauma esetén még akkor is lehet számítani agykéreg-sorvadásra és diffúz axonkárosodásra, ha a trauma nem súlyos mértékű. Esés okozta sérülés esetén az agyi területek trauma helyével szemközti oldalán található sérüléseket is meg lehet figyelni. Ezzel szemben közvetlen trauma esetén az agyi vérömlenyeket közvetlenül a bántalmazott terület alatt lehet megfigyelni. A koponya zúzódása kívülről gyakran csak akkor látható, ha az meg is dagad. Sötét bőrű egyéneken a zúzódásokat nehéz lehet meglátni, azok azonban tapintásra érzékenyek.

199. Az olyan kínzás túlélője, akinek a fejét ütötték, folyamatos fejfájásról panaszkodhat. Ezek gyakran szomatikus panaszok vagy a nyaktól felderíthetők (lásd a fenti C szakaszt). Az áldozat a szóban forgó terület érintésekor fájdalomra panaszkodhat, a fejbőr tapintásos vizsgálatával pedig szórt vagy lokális telítettség vagy fokozott keményedés figyelhető meg. Sebhelyek csak a fejbőr sérülése esetén azonosíthatók. A fejfájás a terjedő szubdurális hematóma kezdeti tünete is lehet. A fejfájás összefügghet a mentális állapot hirtelen változásával, ilyenkor sürgősen CT vizsgálatot kell végezni. A lágy szövetek duzzadását vagy a vérzést általában CT-vel vagy MRI-vel lehet felderíteni. Emellett szükséges lehet pszichológiai vagy neuro-pszichológiai vizsgálatok elrendelése (lásd VI. fejezet C.4 szakasz).

200. A kínzás egy formájaként alkalmazott erőszakos rázás külső nyomok nélkül okozhat agyi sérülést, bár zúzódások jelenhetnek meg a mellkas felső részén vagy a vállon, ahol az

áldozatot vagy ruháját megragadták. A legszükségesebb esetben a rázás ugyanolyan sérüléseket okozhat, mint amelyek a megrázott csecsemő-szindrómánál láthatóak: agyi ödémát, szubdurális hematómát és retina-bevérzést. Az áldozatok gyakrabban panasz-kodnak visszatérő fejfájásról, tájékozódási nehézségekről vagy mentális állapotuk változásáról. A rázás általában rövid ideig, néhány percig vagy akár addig sem tart, viszont több napon vagy héten át többször megismételhetik.

(d) Mellkasi és hasüregi trauma

201. A mellkast ért verés gyakori következménye a bordatörés. Ha a borda el is mozdul, tüdőszérülést, esetleg légmellel okozhat. A nagy erőhatás közvetlen alkalmazása a csigolyanyúlványok törését eredményezheti.

202. Akut hasüregi trauma esetében a fizikai vizsgálat során a hasi szervek és a húgyutak sérülésének bizonyítékát kell keresni. A vizsgálat azonban gyakran negatív. A vesezúzódás legjelentősebb jele a véres vizelet. A rejtett hasüregi vérzés felderítését segíti a peritoneális átmosás. A peritoneális átmosást követően CT-n látható szabad hasüregi folyadék a mosás vagy vérzés eredménye lehet; így ez a megállapítást megfosztja érvényességétől. CT felvételen az akut hasüregi vérzés általában azonos sűrűségű vagy víz sűrűségű jelet ad, eltérően az akut központi idegrendszeri vérzéstől, amely magas jelintenzitású. A szervek sérülése megjelenhet szabad levegőben, az üregeken kívüli folyadék vagy alacsony jelintenzitású területek formájában, amelyek ödémára, zúzódásra, vérzésre vagy szakadásra utalhatnak. Az akut traumás és nem traumás hasnyálmirigy-gyulladás egyik jele a hasnyálmirigy körüli ödéma. A lép burka alatti hematómák felderítésében különösen hasznos az ultrahang. A súlyos veréseket követően akuttá válhat a harántcsíktal izom roncsolódása miatti veseelégtelenség. A vesesérülések később jelentkező szövődménye lehet a vesét ellátó erekben tapasztalható magasvérnyomás.

2. Talpverés

203. A lábfejen (ritkábban a kézfejen vagy a csípőn) okozott trauma ismételt alkalmazását leggyakrabban *falanganak* nevezik, ezt általában gumibottal, csődarabbal vagy hasonló fegyverrel hajtják végre. A *falanga*

leg-súlyosabb szövődménye a kompartment szindróma, amely izomelhalást, érelzáródást vagy a lábfej illetve lábujjak disztális részének üszkösödését okozhatja. A lábfej tartós deformálódása nem gyakori, de előfordul, hasonlóan a kéztőcsont, kézközépcsont és az ujjcsontok töréséhez. Mivel a sérülések általában a lágyszövetre korlátozódnak, a sérülés radiológiai dokumentációját lehetőleg CT vagy MRI segítségével kell végezni, azonban hangsúlyozni kell, hogy az akut fázisban a fizikai vizsgálat diagnosztikai jelentőségű. A *falanga* krónikus funkcióképtelenséget okozhat. Fájdalmas és nehéz lehet a járás. A lábtő csontjai (görcsösen) rögzülhetnek vagy épp ellenkezőleg, mozgásuk fokozódhat. A talp megszorítása, valamint a nagylábujj dorzális hajlítása fájdalmat okozhat. Tapintásra a talpi izombőnye teljes hosszában érzékeny lehet, a bőnye távolabbi kötődései elszakadhatnak, részben az ujjcsontok alapjánál, részben a bőrnél. A bőnye nem feszül meg normálisan, ez megnehezíti a járást, és izomkimerülés követheti. A nagylábujj passzív nyújtása segítségével lehet felderíteni, hogy a bőnye elszakadt-e. Ha érintetlen, tapintásos vizsgálat során feszültség keletkezését kell érezni a bőnyében, ha a lábujjat 20 fokkal hátrafelé hajlítják; a maximális normál nyúlás mintegy 70 fok. Az ennél nagyobb érték a bőnye kapcsolódásainak sérülésére utal.^{83 84 85 86} A korlátozott hátrahajítás és a nagylábujj túlnyújtására jelentkező fájdalom azonban a *Hallux rigidus* (nagylábujj-merevség) jelenlétét mutatja, ami az első lábtőcsont fejnél illetve az ahhoz csatlakozó ujjcsont alapjánál fennálló hátsó csontlerakódás eredménye.

204. Számos szövődmény és szindróma fordulhat elő:

(a) Kompartment szindróma. Ez a leg-

súlyosabb szövődmény. Egy zárt részben felmerülő ödéma az erek elzáródását és az izom elhalását eredményezi, ami a láb távolabbi részében vagy a lábujjakban fibrózist, görcsös összehúzódást vagy üszkösödést okozhat. Általában az adott területben fennálló nyomás mérésével diagnosztizálják;

(b) Összenyomódott sarok és talp. A *falanga* során vagy közvetlenül, vagy a traumával összefüggő ödéma eredményeként a sarokcsont és a közeli ujjperccsontok alatti elasztikus területek összehúzódhatnak. A csontot a bőrrel összekötő, zsírszöveten áthaladó szövetállomány is elszakad. A zsírszövet elveszti vérellátását és elszorvad. A kipárnázó hatás elvész, a lábfej pedig már nem nyeli el a járás által okozott terhelést;

(c) A *falanga* alkalmazását követően a lábfej bőrét és szubkután szöveteit érintő merev és szabálytalan sebhelyek láthatók. Egy normális lábfejben a bőr-és bőr alatti szöveteket szoros szövetszalak kötik a talp izombőnyéjéhez. Ezek a szövetszalagok azonban részben vagy teljesen megsemmisülhetnek a *falangát* követően a szalagokat megszakító ödéma miatt;

(d) A talpi izombőnye és a láb inainak szakadása. Ezeket a szöveteket a *falangát* követő időszakban jelentkező ödéma elszakíthatja. Ha a talp boltívének fenntartásához szükséges alátámasztó funkció eltűnik, nehezebbé válik a járás, a lábfej izmaira, különösen a *quadratus plantaris longus*-ra túlzott erő hárul;

(e) Talpi fascia gyulladás. Ez a sérülés további szövődményeként jelenhet meg. *Falanga* esetében az irritáció gyakran a teljes talpi izombőnyében megjelenik és krónikus aponeurositist okoz. A témában készült tanulmányok kimutatták, hogy a 15 év fogvatartást követően szabadon bocsátott raboknál, akiken - állításuk szerint - őrizetbe végtelülkór *falangát* alkalmaztak, a sarok-csontban vagy a lábközépcsontokban a pozitív csontvizsgálatokon hiperaktív pontokat lehetett megfigyelni.⁸⁷

⁸³ G. Sklyv, "Physical sequelae of torture" („A kínzás fizikai következményei”), in *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches* (Kínzás és következményei: aktuális kezelési megközelítések), M. Başoglu, ed. (Cambridge, Cambridge University Press, 1992), 38-55. old.

⁸⁴ Lásd a fenti 76. lábjegyzetet.

⁸⁵ K. Prip, L. Tived, N. Holten, *Physiotherapy for Torture Survivors: A Basic Introduction* („Fizioterápia a kínzás túlélői részére: Bevezetés”) (Koppenhága, A Kínzás Áldozatainak Nemzetközi Rehabilitációs Tanácsa, 1995).

⁸⁶ F. Bojsen-Møller és K. E. Flagstad, "Plantar aponeurosis and internal architecture of the ball of the foot" („A talpi izombőnye és a talp belső felépítése”), *Journal of Anatomy*, vol. 121 (1976), 599-611. old.

⁸⁷ V. Lök és mások, "Bone scintigraphy as clue to previous torture" („Csontscintigráfia mint a korábbi kínzásokra utaló jel”), *The Lancet*, vol. 337, No. 8745 (1991), 846-847. old. Lásd még M. Tunca és V. Lök, "Bone scintigraphy in screening of torture survivors" („Csontscintigráfia a kínzás túlélőinek szűrésében”), *The Lancet*, vol. 352, No. 9143 (1998), 1859. old.

205. Az olyan radiológiai módszerek, mint az MRI, a CT és az ultrahang gyakran igazolja a *falanga* nyomán jelentkező traumákat. A pozitív radiológiai leletek egyéb betegségek vagy traumák másodlagos megerősítését is szolgálják. Kezdő vizsgálatként a rutinszerű röntgenvizsgálat ajánlott. A lágyszövetek sérülésének felderítése lehetőleg MRI-vel történjen. A zúzódásos csontsérüléseket, amelyeket a rutin röntgenfelvételek vagy a CT nem mutatnak ki, MRI vagy szcintigráfia segítségével lehet felderíteni.⁸⁸

3. Függesztés

206. A függesztés a kínzás olyan gyakori formája, amely rendkívüli fájdalmat okozhat, de mint a sérülés bizonyítéka alig hagy - ha egyáltalán - látható nyomot. A továbbra is őrizetben tartott személyek esetleg nem szívesen ismerik el, hogy kínozzák őket, de a perifériás neurológiai deficitek, a kar plexopátiájának diagnózisa szinte bizonyítja a függesztéses kínzás diagnózisát. A függesztés különféle formákban alkalmazható:

(a) Függesztés kereszt alakban. Ennek során a kart kifeszítik, és egy vízszintes rúdhoz kötik;

(b) „Hentes” függesztés. A kezeket fent rögzítik egyenként vagy együtt;

(c) „Fordított hentes” függesztés. A lábat fent, a fejet pedig lent rögzítik;

(d) „Palesztin” függesztés. Az áldozat alkarjait háta mögött összekötözik, a könyököt 90 fokban behajlítják és az alkart vízszintes rúdhoz kötik, az áldozatot így függesztik fel. Alternatív módszerként a foglyot a két könyök vagy csukló köré kötött kötélről lógatják úgy, hogy a kar a test mögött van;

(e) „Papagájruj” függesztés. Ilyenkor az áldozatot behajtott térdel a térdhajlat mögött átvezetett rúdra függesztik, miközben a csuklót gyakran a bokához kötik.

207. A függesztést 15-20 perctől akár több órán át is alkalmazhatják. A „Palesztin” függesztés rövid időn belül a karfonat tartós

sérülését okozhatja. A „Papagájruj” a térdizület ín-szalagjainak szakadását eredményezheti. Az áldozatokat függesztés közben gyakran verik, vagy más módon bántalmazzák. Krónikus lefolyás esetén általában tartóssá válik a vállizület körüli fájdalom és érzékenység, súly emelése vagy forgás, különösen a belső elfordulás akár évekkal később is komoly fájdalmakat okoz. A függesztést követő akut időszakban felmerülő szövőd-mények között szerepel a kar vagy a kéz gyengesége, a fájdalom és paresztézia, zsibbadás, tapintásra való érzéketlenség, felületi fájdalom és reflexkiesés. Az izomgyengeséget intenzív, mély fájdalom fedheti el. A krónikus fázisban a gyengeség továbbra is fennállhat, és akár izomsorvadássá fejlődhet. Megjelenik a zsibbadás, és ennél gyakrabban fordul elő a paresztézia. A kar felemelése vagy súly emelése fájdalmat, zsibbadást vagy gyengeséget okozhat. A neurológiai sérülésen túlmenően a vállizület inai elszakadhatnak, a lapocka elmozdulhat és a váll területén izomsérülés merülhet fel. A hát vizuális vizsgálata során „szárnyszerű lapocka” (a lapocka gerinc felőli határának kiállása) figyelhető meg a nervus thoracicus longus sérülésével vagy a lapocka elmozdulásával.

208. A karban általában aszimmetrikus a neurológiai sérülés. A karfonat sérülése motoros, szenzoros és reflex-diszfunkciókban jelenik meg.

(a) Motoros vizsgálat. A leginkább várható tünet a disztális területeken erőteljesebben jelentkező aszimmetrikus izomgyengeség. Az akut fájdalom megnehezítheti az izomerő vizsgálati eredményének értelmezését. Ha a sérülés súlyos, a krónikus fázisban izom-sorvadás jelenhet meg;

(b) Szenzoros vizsgálat. Gyakori az érzékelés teljes elvesztése vagy az érzékelő idegek mentén megjelenő paresztézia. Vizsgálni kell a testhelyzet érzékelést, a különböző pontok megkülönböztetésére való képességet, a szúrásérzékelést és a hideg-meleg érzékelést egyaránt. Ha legalább 3 héttel később reflexkiesés vagy -csökkenés van jelen, az elektrofiziológiai módszerek alkalmazásában és értelmezésében tapasztalattal rendelkező neurológusnak kell vizsgálatokat végeznie;

(c) Reflexvizsgálat. A reflexek kiesése, a reflexek csökkenése vagy kettő közötti különbség figyelhető meg. A „Palesztin”

⁸⁸ Lásd: 76. és 83. lábjegyzet, továbbá V. Lök és mtsai.: „A korábbi kínzás bizonyítékaként szolgáló csont szcintigráfia” („Bone scintigraphy as an evidence of previous torture”), a Törökországi Emberi Jogi Alapítvány Terápiás és Rehabilitációs Központjának jelentése (*Treatment and Rehabilitation Center Report of the Human Rights Foundation of Turkey*) (Ankara, 1994), 91-96. old.

függesztésnél aszimmetrikus plexus működési zavar alakulhat ki amiatt, hogy a kínzás áldozatának melyik karját helyezték feljebb, vagy milyen módon kötözték meg, bár mindkét karfonatot trauma érte. Bár a kutatások arra utalnak, hogy a kari plexusok funkciózavara általában egyoldali, ez eltér a kínzás kontextusában tapasztaltaktól, ahol gyakori a kétoldali sérülés.

209. A váll szövetei közül a karfonat a húzásos sérülésekre leginkább érzékeny. A „Palesztin” függesztés a kar erőltetett hátranyújtása miatt károsítja a karfonatot. A „Palesztin” függesztés klasszikus eseténél, amikor a testet a kar túlzott hátranyújtásával függesztik fel, megfigyelhető, hogy általában a karfonat lejjebb lévő szálai, majd a karfonat középső és felső szálai károsodnak, ha a karfonatra ható erő elég súlyos. Ha a felfüggesztés „keresztre feszítés” jellegű, de nem terjed ki a túlzott nyújtásra, a túlnyújtás miatt valószínűleg a karfonat középső szálai károsodnak. A karfonat sérülését a következő kategóriákba lehet sorolni:

(a) A karfonat alsó részének károsodása. A működési zavar az alkar és a kézfej izmaiban lokalizálható. Az alkaron, valamint a kézfej középvonali részénél a negyedik és ötödik ujjnál a singcsonti ideg működésekor hiányos érzékelés figyelhető meg;

(b) A karfonat középső részének károsodása. Ez az alkar, a könyök és az ujjak feszítőizmait érinti. Gyenge lehet az alkar fordítása és a kézfej orsócsonti hajlítása. Az alkaron, valamint a kézfej első, második és harmadik ujján a kéz hátán a singcsonti ideg működése miatt érzékszavar jelentkezhet. A tricepsz reflexek elveszhetnek;

(c) A karfonat felső részének károsodása. Ez különösen a váll izmait érinti. Hiányos lehet a váll nyújtása, tengely körüli forgatása, valamint az alkar befelé-kifelé fordítása. A deltoid területen érzékszavar figyelhető meg, ez kiterjedhet a karra és az alkar külső részeire.

4. Egyéb testhelyzeti kínzás

210. A testhelyzeti kínzásnak számos formája létezik, ezek mindegyikében kicsavarodott, túlnyújtott vagy egyéb természetellenes helyzetben kötözik meg vagy korlátozzák az áldozatot, ami súlyos fájdalmat okoz és sérüléseket okozhat a szalagokban, az inakban, az idegekben és a véredényekben. A

kínzás formái jellegzetesen csekély külső nyomot vagy radiológiai úton felderíthető nyomot hagynak, ha ugyan egyáltalán, annak ellenére, hogy gyakran súlyos krónikus funkcióvesztéssel járnak.

211. Minden testhelyzeti kínzás az inakra, az ízületekre és az izmokra irányul. Különböző módszerek ismeretesek: „papagáj függesztés”, „banán állás”, vagy a klasszikus „gúzsba kötözés” széken vagy egyszerűen a földön, vagy motorbiciklin, kényszerített állás, kényszerített egy lábon állás, tartós fal mellett állás a falon magasra nyújtott kézzel, tartósan kikényszerített guggolás illetve tartós mozdulatlanság egy kis ketrecben. Ezeknek a testhelyzeteknek megfelelően a panaszokat általában valamelyik testtáj fájdalomával, az ízületi mozgás korlátozásával, hátfájdalommal, a kéz vagy a test nyaki részeinek fájdalomával és a lábszár duzzadásával jellemzik. A testhelyzeti kínzások e formáira a függesztéssel azonos neurológiai és vázi-zomzati vizsgálati alapelvek vonatkoznak. A testhelyzeti kínzás összes formájával összefüggő sérülések értékelésére lehetőleg a radiológiai módszerek közül az MRI vizsgálatot kell alkalmazni.

5. Kínzás elektrosokkal

212. Az elektromos áramot a test bármely részére helyezett elektródákon vezetik be. A leggyakoribb területek a kézfej, a lábfej, az ujjak, a lábujjak, a fül, a mellbimbók, a száj, az ajkak és a nemi szervek területe. Az áramforrás lehet kézzel hajtott vagy belső égésű generátor, fali hálózat, sokkolópuska, elektromos szarvasmarha-terelő vagy egyéb elektromos eszköz. Az áram a két elektróda közötti legrövidebb utat követi. Az elektromos áram alkalmazásakor felmerülő tüneteknek a következő a jellegzetessége: ha például a jobb láb egy lábujjára és a nemi szervek területére helyeznek elektródákat, a jobb comb és lábszár izmaiban jelenik meg fájdalom, izomösszehúzódság és görcs. A nemi szervek területén gyötrelmes fájdalom jelentkezik. Mivel az elektromos áram útvonalán található összes izom tetániásan összehúzódszik, mérsékelt magas áramszint esetén a váll, a csípő és a nyak idegyök-károsodása figyelhető meg. Az áldozat fizikai vizsgálata azonban nem teszi lehetővé az alkalmazás típusának, idejének, az alkalmazott áram-erősségnek és feszültségnek

pontos meghatározását. A kínzók gyakran alkalmaznak vizet vagy géleket a kínzás hatékonyságának fokozása, az elektromos áramnak a testbe történő belépési pontjának kiterjesztése, valamint a felfedezhető elektromos égések megelőzése érdekében. Az elektromos égések nyomai általában 1-3 milliméter átmérőjű vörösesbarna, kerek, általában nem gyulladt léziók amelyek hiperpigmentált sérülést okozhatnak. A bőr felületét óvatosan kell átvizsgálni, mivel a léziók gyakran nehezen észlelhetők. Ma is vitatott a friss sérülések biopsziája azok eredetének bizonyítása érdekében. Az elektromos égések specifikus szövettani változásokat okozhatnak, azonban ezek nem mindig fordulnak elő és az elváltozás hiánya semmiképpen nem jelenti azt, hogy a sérülés nem elektromos égéstől származik. A döntést eseti alapon kell meghozni annak alapján, hogy a bőrbopsziával járó fájdalmat és kellemetlen érzést az eljárás lehetséges eredményei indokolják-e (lásd II. melléklet, 2. szakasz).

6. Fogazatot érintő kínzás

213. A fogazattal kapcsolatos kínzások közé soroljuk a fogak törését vagy kihúzását, illetve elektromos áram alkalmazását a fogakon. A fog elvesztését vagy törését, az íny duzzadását, vérzését, fájdalmát, ínysorvadást, szájnyálkahártya-gyulladást, állcsont-törést vagy a fogtömések elvesztését eredményezheti. A rágóizület szindrómája az izület fájdalmát, az állkapocs mozgás korlátozását, egyes esetekben az izület részleges ficamát okozhatja az elektromos áram vagy az arcot ért ütések eredményeként megjelenő izomgörcsök miatt.

7. Fojtogatás

214. A fojtogatás miatti fulladásos állapot a kínzás egyre inkább terjedő módszere. Általában nem hagy nyomot, a gyógyulás pedig gyors. Ezt a kínzási módszert olyan széles körben alkalmazták latin-Amerikában, hogy spanyol megnevezése, a *submarino*, az emberi jogi szótárakba is bekerült. A normál légzést gátolhatják például úgy, hogy a fejet nejlonzacskóval lefedik, a szájat és az orrot elzárják, a nyak körül nyomást vagy kötést alkalmaznak, port, cementet, borsot, stb. lélegeztetnek be. Ez „száraz *submarino*” néven is ismert. Különböző szövödmények

alakulhatnak ki, például pont nagyságú bőrvérzés, orrvérzés, fülvérzés, vértolulás az arcban, szájüregi fertőzések, illetve akut vagy krónikus légzésproblémák. A fej gyakran vizelettel, széklettel, hányással vagy egyéb szennyező dolgokkal szennyezett vízbe nyomása vízbe fulladáshoz közeli állapotot vagy vízbe fulladást eredményezhet. A tüdőbe lélegeztetett víz tüdőgyulladáshoz vezethet. A kínzás-e formáját „vizes *submarino*”-nak nevezik. Akasztásnál vagy egyéb, kötéllel végzett fojtogatásnál a nyakon gyakran megjelennek egy határozott mintát követő horzsolások vagy zúzódások. A részleges fojtogatás vagy a nyakat ért ütések miatt a nyelvcsonk és a gégeporc eltörhet.

8. Szexuális kínzás, nemi erőszak

215. A szexuális kínzás a kényszerített meztelenséggel kezdődik, ami számos országban a kínzási helyzetek állandó tényezője. Az ember soha nem sebezhetőbb, mint amikor meztelen és tehetetlen. A meztelenség a kínzás minden vetületének pszichológiai terrorját fokozza, hiszen a háttérben mindig ott áll a potenciális bántalmazás, nemi erőszak vagy szodómia lehetősége. Ezen túlmenően a szexuális kínzás részét képezik a szóbeli szexuális fenyegetések, a molesztálás és a csúfot üzés, mivel fokozzák a megalázást és annak minden megalázó vetületét, ami mind az eljárás részét képezi. A nők tapogatása minden esetben traumatikus, és kínzásnak minősül.

216. A férfiak és a nők szexuális kínzása között vannak eltérések, számos dolog azonban mindkettőre vonatkozik. A nemi erőszak mindig összefüggésben áll a nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos fertőzéssel, különösen az emberi immunhiány vírus (HIV) általi fertőzés kockázatával.⁸⁹ A HIV ellen jelenleg rendelkezésre álló jelenleg hatásos profilaxisát az esemény után órákon belül kell alkalmazni, és általában nem áll rendelkezésre azokban az országokban, ahol a kínzás rutinszerűen előfordul. A legtöbb esetben fennáll egy szexuális kényelmetlenséget okozó tényező, egyéb

⁸⁹ I. Lunde and J. Ortmann, “Sexual torture and the treatment of its consequences” („Szexuális kínzás és következményeinek kezelése”), *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches* („Kínzás és következményei, aktuális kezelési megközelítések), szerk. M. Başoglu, (Cambridge, Cambridge University Press, 1992), 310-331. old.

esetekben a kínzás a nemi szervekre irányul. A férfiak nemi szerveire általában elektromosságot és ütések mérnek, ehhez kapcsolódó anális kínzással vagy anélkül. Az ebből keletkező fizikai traumát fokozza a szóbeli bántalmazás. Gyakran fenyegetik a férfiakat férfiasságuk elvesztésével és ebből következően a társadalom megbecsülésének elvesztésével. A rabokat esetleg meztelenül zárják egy cellába családtagokkal, barátokkal vagy idegenekkel, így a kulturális tabukat törik meg. A helyzetet ronthatja, ha a WC használata során nem lehet elkülönülni. Emellett a rabokat arra kényszeríthetik, hogy szexuálisan molesztálják egymást, amivel különösen nehéz lehet érzelmileg megbirkózni. A traumát fokozhatja a nők körében a lehetséges nemi erőszaktól való félelem, tekintve a nemi erőszakhoz fűződő mélyeséges kulturális megbélyegzésre. Nem hanyagolható el az esetleges terhesség traumája, amelyet a férfiak nyilvánvalóan nem élnek át, a szüzesség elvesztésétől, valamint a meddővé válástól való félelem (még ha a nemi erőszakot a potenciális férj és a társadalom többi része elől el is lehet rejtteni).

217. Ha szexuális bántalmazás esetén az áldozat szociokulturális nyomás vagy személyes ok miatt nem kívánja az eseményt nyilvánosságra hozni, az orvosi vizsgálatot végző orvos, a vizsgáló szervek és a bíróságok kötelesek az áldozat titoktartásának fenntartásában együttműködni. A nemrégiben szexuális támadáson átesett túlélőkkel kialakított kapcsolathoz különleges pszichológiai képzettségre és megfelelő pszichológiai támogatásra van szükség. A kínzás túlélőjének pszichológiai traumáját esetleg növelő bármilyen kezelést kerülni kell. A vizsgálat megkezdése előtt meg kell szerezni az egyén engedélyét mindenféle vizsgálatához, és az áldozatnak az engedélyt meg kell erősítenie a vizsgálat intímebb részei előtt. Az egyént világosan és érthetően kell tájékoztatni a vizsgálat és a lehetséges megállapítások fontosságáról.

(a) Tünetek áttekintése

218. Az állítólagos támadás alapos ismertetését ebben a kézikönyvben leírtaknak megfelelően kell rögzíteni (lásd a fenti B szakaszt). Vannak azonban olyan konkrét

kérdések, amelyek csak a szexuális bántalmazásra vonatkozó állítás esetén relevánsak. Ezek - ha a közelmúltban lezajlott támadás eredményeként jelenleg fennálló tüneteket vesszük - például vérzést, hüvelyi vagy anális folyást, a fájdalom, zúzódások vagy sebek elhelyezkedését próbálják felderíteni. A múltban történt szexuális támadások esetén a kérdéseket a támadás eredményeként felmerült, folyamatos tünetekre kell irányítani, például vizelés gyakorisága, inkontinencia vagy zavart/fájdalmas vizelés, menstruáció rendszertelensége, későbbi terhesség, abortusz vagy hüvelyi vérzés, szexuális tevékenység - ezen belül közösülés - problémái és végbélfájdalom, vérzés, székrekedés vagy inkontinencia.

219. Ideális esetben a szexuális erőszak túlélőinek vizsgálatához megfelelő fizikai és műszaki eszközöknek kell a tapasztalt pszichiáterekből, pszichológusokból, nőgyógyászokból és ápolókból álló csoport rendelkezésére állni, akik jártasak a szexuális kínzások túlélőinek kezelésében. A szexuális támadást követő konzultáció további célja támogatással, tanáccsal és megerősítéssel szolgálni. Ide tartoznak olyan témák, mint a nemi úton terjedő betegségek, a HIV, a terhesség – amennyiben az áldozat nő -, valamint a tartós fizikai károsodás, mivel a kínzók gyakran azt állítják, hogy az áldozatok soha többet nem tudnak szexuálisan normálisan működni, ami önbeteljesítő jóslattá válhat.

(b) Támadást követő azonnali vizsgálat

220. Ritkán fordul elő, hogy a kínzás során a nemi erőszak áldozatát szabadon bocsátják, amíg a támadás akut jelei még észlelhetők. Ilyen esetekben tudni kell, hogy számos dolog hátráltathatja az orvosi értékelést. A nemrégiben bántalmazott áldozatok zavartak lehetnek, félelmeik, szocio-kulturális aggályok vagy a bántalmazás destruktív jellege miatt összezavarodhatnak abban, hogy kérnek-e orvosi vagy jogi segítséget. Ilyen esetekben az orvos magyarázza el az áldozatnak az összes orvosi és igazságügyi lehetőséget, és az áldozat kívánságának megfelelően járjon el. Az orvos kötelezettségei közé tartozik a vizsgálatához a tájékoztatás alapján és önként adott beleegyezés megszerzése, a bántalmazás összes orvosi megállapításának rögzítése és a minta-

vétel az igazságügyi vizsgálatokhoz. A vizsgálatot minden lehetséges esetben a szexuális támadások dokumentálásában jártas szakértőnek kell elvégeznie. Egyéb esetben a vizsgáló orvosnak konzultálnia kell egy szakértővel, vagy tanulmányoznia kell az igazságügyi klinikai orvostanról szóló szabványszöveget.⁹⁰ Ha az orvos és az áldozat neme eltér, az áldozatnak lehetőséget kell adni arra, hogy vele azonos nemű felügyelő legyen jelen a helységben. Ha tolmácsot vesznek igénybe, a tolmács is játszhatja a felügyelő szerepét. Tekintettel a szexuális támadások vizsgálatának érzékeny jellegére, ilyen szerepre ideális esetben nem alkalmas az áldozat rokona (lásd IV. fejezet, I. szakasz). A beteg a vizsgálat előtt nyugodjon meg, érezze kellemesen magát. Alapos fizikai vizsgálatot kell végezni az összes fizikai megállapítás aprólékos dokumentálásával, beleértve a színt, méretet, elhelyezkedést, és - amennyiben lehetséges - a megállapításokat fényképpel kell illusztrálni, és a vizsgálatról bizonyítékot kell gyűjteni.

221. A fizikai vizsgálat kezdetben ne irányuljon a nemi szervek területére. Bármilyen deformációt fel kell jegyezni. Különös figyelmet kell fordítani a bőr alapos vizsgálatára, amely során az esetleg a támadásból eredő bőrsérüléseket kell keresni. Ezek közé tartoznak a zúzódások, véraláfutások, a szívásból vagy harapásból származó kék-zöld foltok és pont nagyságú bőrvérzések. Ez segítséget nyújthat abban, hogy a beteg ellazuljon a teljes vizsgálat előtt. Ha a nemi szerveken található sérülések minimálisak, a test más részén található sérülések lehetnek a támadás legjelentősebb bizonyítékai. Ha a női nemi szerveket közvetlenül a nemi erőszak után vizsgálják meg, az esetek kevesebb, mint 50%-ban lehet károsodást észlelni. A férfiak és nők anális megerőszakolását követő végbélvizsgálata az esetek kevesebb, mint 30%-ban mutat sérülést. Az azonosítható károsodás valószínűsége egyértelműen jelentősen nagyobb, ha a hüvelybe vagy a végbélnyílásba hatolásra viszonylag nagy tárgyat használtak.

⁹⁰ J. Howitt és D. Rogers, "Adult sexual offences and related matters" („Felnőtt szexuális bűncselekmények és kapcsolódó ügyek”), *Journal of Clinical Forensic Medicine*, szerk.: W. D. S. McLay, (London, Greenwich Medical Media, 1996), 193-218. old.

222. Ha igazságügyi laboratórium rendelkezésre áll, a vizsgálat előtt kapcsolatba kell lépni a laboratóriummal, hogy kiderüljön, milyen fajta mintákat tudnak vizsgálni, hogy milyen mintát kell venni és milyen módon. Számos laboratórium ad készleteket, amelyek segítségével az orvosok a szexuális támadásra hivatkozó egyénektől az összes szükséges mintát levehetik. Amennyiben nem áll rendelkezésre laboratórium, még mindig érdemes lehet kenetet venni és később a levegőn megszáritani. Ezeket a mintákat később DNS-vizsgálatra lehet felhasználni. A hüvely mélyéből vett mintákból maximum 5 napig, a végbélből vett mintákból maximum 3 napig lehet azonosítani a spermát. Szigorú elővigyázatossági intézkedéseket kell hozni annak érdekében, hogy több különböző áldozatból vett minta esetén megakadályozzák a minták keresztbe szennyezésére való hivatkozást, különösen, ha azokat az állítólagos elkövetőktől vették. Minden igazságügyi mintát teljes körű védelemben kell részesíteni és az őrzés láncolatát teljes körűen dokumentálni kell.

(c) *Nem azonnali vizsgálat*

223. Abban az esetben, ha az állítólagos támadás több mint egy héttel megelőzően történt, és nincs jele zúzódásnak és sérülésnek, kevésbé sürgős a kismencedei vizsgálat. Időt lehet fordítani arra, hogy megpróbálják a megállapítások dokumentálására legjobban képzett személyt és az egyén meghallgatásához a legmegfelelőbb környezetet biztosítani. Ha azonban lehetséges, még mindig hasznos lehet a megmaradó sérülések megfelelő lefényképezése.

224. A háttérrel a fentiek szerint kell rögzíteni, ezt követően kerül sor a vizsgálatra és az általános fizikai megállapítások dokumentálására. Azokban a nőkben, akik a nemi erőszakot megelőzően szültek, és különösen, akik a nemi erőszakot követően szültek, nem valószínű, hogy a diagnózist megalapozó egyedi megállapításokra kerülhet sor, bár egy tapasztalt nőgyógyász sok mindenre rájöhet abból, hogy egy nő milyen módon adja elő történetét.⁹¹ Időbe telhet, mire az egyén hajlandó a kínzásnak a számára

⁹¹ G. Hinshelwood, *Gender-based persecution* (Nemi alapú üldöztetés) (Toronto, Az ENSZ nemi alapú üldöztetéssel foglalkozó szakértői csoportjának ülése, 1997).

leginkább zavarba ejtő vetületeit megbeszélni. Hasonlóképpen a betegek esetleg későbbi konzultációra szeretnék hagyni a vizsgálat intimebb részeit, amennyiben az idő és a körülmények ezt lehetővé teszik.

(d) *Utánkövetés*

225. A szexuális támadás számos fertőző betegség továbbadására ad lehetőséget, köztük olyan nemi úton terjedő betegségek, mint a gonorrhoea, chlamydia, szifilisz, HIV, hepatitis B és C, herpes simplex és *Condyloma acuminatum* (vírusos szemölcs a nemi szerveken), a szexuális bántalmazással összefüggő hüvelygyulladás és szeméremtestgyulladás, mint például a trichomoniasis, *Moniliasis vaginitis*, *Gardnerella vaginitis* és az *Enterobius vermicularis* (galandféreg), valamint húgyúti fertőzések.

226. A szexuális bántalmazás minden esetben megfelelő laboratóriumi vizsgálatokat és kezelést kell előírni. Gonorrhoea és chlamydia esetében legalább a végbélnyílás vagy a szájgarat kísérelő fertőződését figyelembe kell venni, legalábbis a vizsgálat szempontjából. Szexuális támadás esetén friss kultúrákat és szerológiai vizsgálatokat kell biztosítani, és kezdeményezni kell a megfelelő terápiát. A kínzások túlélői, különösen a nem kizárólag szexuális kínzáson vagy nemi erőszakon átesettek körében gyakran előfordul rendellenes szexuális működés. A tünetek eredete lehet fizikai, pszichológiai, vagy a kettő kombinációja, és a következőkre terjedhetnek ki:

- (i) A másik nem tagjaival szembeni averzió vagy a szexuális aktivitás iránti csökkent érdeklődés;
- (ii) Félelem a szexuális aktivitástól, nehogy a szexuális partner felismerje, hogy az áldozatot szexuálisan bántalmazták, vagy félelem az újabb szexuális sérüléstől. A kínzók ezzel fenyegetőzhetnek és az analízis bántalmazott férfiakba beülte-thették a homoszexualitástól való félelmet. Egyes heteroszexuális férfiak a beleegyezésük nélkül folytatott analízis közösülés során merevedést, esetenként ejakulációt élhettek át. Őket biztosítani kell arról, hogy ez fiziológiai reakció;
- (iii) Szexuális partner iránti bizalomra való képtelenség;

- (iv) Szexuális izgalom zavara és erekciós zavarok;
- (v) A kapott nemi úton terjedő betegség, a szaporítószerveket ért közvetlen trauma vagy a nemi erőszakot követő terhességek rosszul végzett abortusza miatti fájdalom közösülés során nők esetében.

(e) *Női nemi szervek vizsgálata*

227. Számos kultúrában teljességgel elfogadhatatlan az, hogy a szűz nő hüvelyébe bármivel, akár spekulummal, ujjal vagy kenetvevő pálcával behatoljanak. Ha a nő külső vizsgálata egyértelműen bizonyítja a nemi erőszakot, szükségtelen lehet a belső medencei vizsgálat elvégzése. A nemi szerveken fellelhető jelek közé tartozhatnak a következők:

- (i) A szeméremtest kis sérülései vagy szakadásai. Ezek lehetnek akutak, a túlzott nyújtás okozza őket. Általában teljesen begyógyulnak, ismételt trauma esetén azonban hegesedés jelentkezhet.
- (ii) A női nemi szervek horzsolása. Horzsolásokat okozhat az olyan kemény tárgyakkal előforduló kontaktus, mint a köröm vagy gyűrű.
- (iii) Hüvelyi sérülések. Ezek ritkák, amennyiben azonban jelen vannak, a szövetek atrófiájával vagy korábbi műtéttel hozhatók összefüggésbe. Nem lehet megkülönböztetni őket a behelyezett éles tárgyakkal okozott metszésektől.

228. Ha a támadás után több mint egy héttel vizsgálják a női nemi szerveket, ritkán lehet bármilyen fizikai bizonyítékot találni. Később, ha a nő – akár konszenzuálisan, akár máshogyan – szexuális tevékenységet folytatott vagy gyermeket szült, szinte lehetetlen bármilyen megállapítást az állítólagos bántalmazás konkrét eseményének tulajdonítani. Ezért az orvosi értékelés legfontosabb össze-tevője lehet a vizsgáló részéről a háttér-információk feltérképezése (például az állítólagos bántalmazás és az egyén által megfigyelt akut sérülések közötti kapcsolat) és az egyén magatartásának felmérése, figyelembe véve a nő által átéltek kulturális összefüggéseit.

(f) Férfiak nemi szerveinek vizsgálata

229. A nemi szervek területén folytatott kínzásnak, ezen belül a herezacskó zúzásán, csavarásán vagy húzásán átesett, vagy a területet ért közvetlen traumán átesett férfiak általában az akut időszakban fájdalomra és érzékenységre panaszkodnak. Vérbőséget, jelentős duzzadást és elszíneződéseket lehet megfigyelni. A vizeletben nagyszámú erithrocyta és leucocyta lehet. Ha valamilyen duzzanatot észlelnek, meg kell határozni, hogy az nyirokgyülem (hydrocele), vérgyülem (haematocoele) vagy lágyéksérv. Lágyéksérv esetén a vizsgáló az adott duzzanat fölött nem tudja kitapintani az ondóvezetékét. Hydrocele vagy haematocoele esetén a gyülem fölött általában kitapinthatók az ondóvezeték képletei. A hydrocele a here és függelékeinek gyulladás miatt a hereburkon belüli folyadékgyülem a vezetékben vagy a hashártya mögötti területen jelentkező nyirok- vagy vérkeringési elzáródás miatti csökkent ürülés miatt jelenik meg. A haematocoele a traumát követően a hereburkon belül felgyülemlett vért jelenti. A hydrocelétől eltérően ez nem átvilágítható

230. A herezacskót ért trauma herecsavarodást is eredményezhet. Ilyen sérülés esetén a here alapjánál megcsavarodik, így elzáródik a herébe érkező vér útja. Ez súlyos fájdalmat és duzzadást okoz, sürgős sebészeti ellátást igényel. Ha a csavarodást nem csökkentik azonnal, ez a here infarktushoz vezet. A fogvatartás körülményei között, ahol megtagadhatják az orvosi ellátást, az ilyen sérülés kései következményei alakulhatnak ki.

231. A herezacskót ért kínzást átélő személyek krónikus húgyúti fertőzéstől, erekciós zavaroktól vagy heresorvadástól szenvedhetnek. Nem ritka a PTSD tünete. Krónikus fázisban előfordulhat, hogy nem lehet különbséget tenni a kínzás és más betegség lefolyása által okozott patológiás állapotoktól a herezacskóban. Amennyiben a teljes körű urológiai vizsgálat során nem találnak semmilyen fizikai abnormitást, ez arra utal, hogy a vizeletési tüneteket, impotenciát vagy más szexuális problémát pszichológiai alapon lehet magyarázni. A herezacskó és a pénisz bőrén található sebhelyeket nagyon nehéz lehet vizuálisan észlelni. Emiatt ezeken a helyeken a hegek hiánya nem igazolja a kínzás hiányát. A hegek jelenléte viszont általában jelentős trauma átélésére utal.

(g) Anális terület vizsgálata

232. Bármely nem esetében az anális erőszakot vagy a különböző tárgyak végbélnyílásba vezetését követően napokig vagy hetekig jelentkezhet fájdalom vagy vérzés. Ez gyakran székrekedéshez vezet, amit súlyosbíthat a sok fogvatartási helyen biztosított gyenge étrend. Bélrendszeri és vizeletési tünetek is jelentkezhetnek. Az akut fázisban a vizuális vizsgálaton túlmenően bármilyen vizsgálatához helyi vagy általános anesztéziára lehet szükség, amelyet szakorvosnak kell végeznie. A krónikus fázisban számos tünet állhat fenn, ezeket ki kell vizsgálni. Felmerülhetnek szokatlan méretű vagy elhelyezkedésű hegek a végbélben, ezeket dokumentálni kell. Az anális repedések több évig fennállhatnak, általában azonban lehetetlen megkülönböztetni a kínzás által okozottakat a más mechanizmus által okozottaktól. A végbél vizsgálata során a következő jelenségeket kell keresni és dokumentálni:

- (i) A repedések nem specifikus megállapítások, mivel számos „normál” helyzetben előfordulhatnak (székrekedés, rossz higiénia). Akut helyzetben (azaz 72 órán belül) azonban specifikusabb megállapításnak minősülnek és a behatolás bizonyítékának minősülhetnek;
- (ii) Fel lehet jegyezni a vérző vagy nem vérző szakadásokat a végbélben;
- (iii) A redős hámmintázat zavara sima, legyező alakú hegként jelenhet meg. Ha az ilyen heget a középvonaltól eltérően (azaz nem 12 vagy 6 óránál), ez a behatolási traumára utaló jel lehet;
- (iv) Bőrkinövések, amelyek a gyógyulás traumás eredményei lehetnek;
- (v) A végbél gennyes váladékozása. Az állítólagos végbélbe hatolás esetében mindig tenyésztést kell végezni gonorrhoeára és chlamydiára, attól függetlenül, hogy váladékozást feljegyeztek-e.

E. Speciális diagnosztikai vizsgálatok

233. A diagnosztikai vizsgálatok nem képezik lényeges részét az olyan személyek klinikai felmérésének, akiket állításuk szerint megkínoztak. Számos esetben elegendő a kórtörténet és a fizikai vizsgálat. Vannak azonban olyan körülmények, amelyek között az ilyen vizsgálatok értékes, a tényeket alátámasztó

bizonyítékkal szolgálnak. Ilyen például a hatóságok valamelyik tagja ellen indított eljárás vagy kártérítési követelés. Ilyen esetekben az ügy sikere vagy kudarca múlhat a megfelelő vizsgálaton. Emellett, ha terápiás okból végeznek diagnosztikai vizsgálatot, az eredményt a klinikai jelentésben szerepeltetni kell. Fel kell ismerni, hogy a fizikai megállapításokhoz hasonlóan, a pontos diagnosztikus vizsgálati eredmény hiányát nem lehet annak alátámasztására felhasználni, hogy kínzásra nem került sor.

Számos olyan helyzet létezik, amelyben technikai okokból nem lehet diagnosztikus vizsgálatot végezni, azonban ezek hiánya sosem érvénytelenítheti az egyébként megfelelően megírt jelentést. Nem helyénvaló kizárólag jogi okok miatt a sérülések dokumentálására felhasználni a korlátozottan rendelkezésre álló diagnosztikai létesítményeket, ha ezekre nagyobb klinikai igény áll fenn (részletek a II. mellékletben találhatóak).

VI. FEJEZET

A KÍNZÁS PSZICHOLÓGIAI BIZONYÍTÉKAI

A. Általános szempontok

1. A pszichológiai értékelés központi szerepe

234. Széles körben elterjedt az a nézet, hogy a kínzás olyan rendkívüli esemény az életben, ami a fizikai és a pszichológiai szenvedések széles skáláját okozhatja. A legtöbb klinikai szakember és kutató egyetért abban, hogy a kínzás szélsőséges jellege önmagában is elég erőteljes ahhoz, hogy mentális és érzelmi következményekkel járjon, függetlenül az egyén kínzás előtti pszichológiai állapotától. A kínzás pszichológiai következményei azonban személyes jelentéstulajdonítás, személyiség-fejlődés, valamint szociális, politikai és kulturális tényezők összefüggésében merülnek fel. Ennél fogva nem lehet feltételezni, hogy a kínzás minden formája azonos eredménnyel jár. A tettett kivégzés pszichológiai következményei például nem azonosak a szexuális támadás miatt felmerülőkkel, és a magánzárkába zárás és elszigetelés valószínűleg nem ugyanolyan hatással jár, mint a fizikai kínzási cselekmények. Hasonlóképpen nem lehet feltételezni, hogy a fogvatartás és kínzás ugyanolyan hatást gyakorol a felnőttekre, mint a gyerekekre. Ezzel együtt léteznek olyan tünetegyüttesek és pszichológiai reakciók, amelyeket bizonyos rendszerességgel figyeltek meg és dokumentáltak kínzások túlélőinél.

235. Az elkövetők a kínzást és az embertelen bánásmódot gyakran az információgyűjtés szükségességével próbálják indokolni. Az ilyen koncepciók gyártása elhomályosítja a kínzás célját és a következményeit. A kínzás egyik központi célja az egyént a szélsőséges tehetetlenség és lesújtottság állapotába hozni, ami a kognitív, az érzelmi és a viselkedési funkciók romlásához vezethet.⁹² Így a kínzás az egyén

alapvető pszichológiai és szociális működési módja ellen intézett támadás eszköze. Ilyen körülmények között a kínzó nem csak arra törekszik, hogy az áldozatot fizikailag cselekvőképtelenné tegye, hanem az egyén személyiségének lebontására is törekszik. A kínzó megkísérli lerombolni az áldozatot az elképzelését, hogy egy családban és társadalomban gyökeredző emberi lény, akinek a jövőre vonatkozóan álmái, reményei és törekvései vannak. A kínzók az áldozatok elembertelenítésével és akaratuk megtörésével elrettentő példát állítanak azoknak, akik a későbbiekben kerülnek kapcsolatba az áldozattal. Ily módon a kínzás teljes közösségek akaratát és összetartását tudja megtörni, illetve lerombolni. A kínzás emellett alapjaiban károsíthatja a házastársak, szülők, gyermekek, egyéb családtagok közötti bensőséges viszonyt, illetve az áldozatok és közösségeik közötti relációkat.

236. Fontos felismerni, hogy nem minden kínzáson átesett személynél alakul ki diagnosztizálható mentális betegség. Sok áldozat azonban mély érzelmi reakciókat és pszichológiai jelenségeket él át. A kínzással összefüggő főbb pszichiátriai rendellenességek a PTSD és a major depresszió. Miközben e rendellenességek a népesség körében általában is megjelennek, sokkal gyakrabban fordulnak elő traumatizált populációkban. Az egyének a kínzás leírására és megvitatására való képességét befolyásolják a kínzásnak az egyén számára egyedi kulturális, szociális és politikai implikációi. Ezek olyan fontos tényezők, amelyek a kínzás pszichológiai és társadalmi szempontból kifejtett hatásához járulnak hozzá, és amelyeket egy más kultúrából származó egyén értékelése során figyelembe kell venni. A kultúrák közti kutatás rávilágított, hogy a pszichológiai vagy pszichiátriai rendellenességek értékelése során a leg-racionálisabb megközelítés a fenomenológiai vagy a leíró módszer. Ami az egyik kultúrában zavart viselkedésnek vagy betegségnek minősül, egy másikban esetleg nem patológiás.^{93,94,95} A második világháború óta

Einintegratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, szerk.: W. Senf és M. Broda, (Stuttgart, Thieme, 1996).

⁹³ A. Kleinman, "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care" („Antropológia és pszichiátria: A kultúra szerepe a betegség és ellátáskultúrák közti kutatásában”), a *Pszichiátriai Világszövetség*

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

előrelépés történt az erőszak pszichológiai követ-kezményeinek megértésében. Bizonyos pszichológiai tüneteket és tünetegyütteseket figyeltek meg és dokumentáltak a kínzások és egyéb erőszakos cselekmények túlélőinek körében.

237. Az elmúlt években a PTSD diagnózisát a széles körben változó erőszaktípusok hatásaitól szenvedő személyek egyre szélesebb körére alkalmazták. Nem állapították meg azonban, hogy ez a diagnózis mennyire használható a nem nyugati kultúrákban. Ezzel együtt a bizonyítékok arra utalnak, hogy a számos különböző etnikai és kulturális háttérrel rendelkező, traumatizált menekült populációk körében magas a PTSD és a depresszió tüneteinek előfordulási aránya.^{96 97 98} Az Egészségügyi Világszervezet depresszióról kiadott interkulturális tanulmánya hasznos információkat tartalmaz.⁹⁹ A különböző kultúrákban bizonyos tünetek jelenléte esetleg nem tűnik patológiásnak.

2. A pszichológiai értékelés kontextusa

238. Az értékelés különféle politikai kontextusban történhet. Ennek eredményeként fontos különbségek állhatnak fenn az értékelés elvégzésének módjában. Az orvos vagy a pszichológus az alábbiakban ismertetett irányelveket az adott helyzethez és az értékelés céljához köteles igazítani (lásd III. fejezet, C.2 szakasz).

239. Az, hogy bizonyos kérdéseket biztonsággal lehet vizsgálni, jelentősen változhat, és attól függ, mennyire lehet biztosítani a bizalmat és a biztonságos légkört. A látogató orvos által a börtönben végzett, 15 percre korlátozott vizsgálat menete nem lehet ugyanolyan, mint egy magánrendelőben végzett igazságügyi vizsgálat, amely több órát is igénybe vehet. További problémák merülnek fel annak megítélésében, hogy a pszichés tünetek vagy bizonyos magatartásformák patológiásak vagy felvettek-e. Ha a személyt a fogvatartása során, vagy akkor vizsgálják, amikor jelentős fenyegetettség vagy elnyomás alatt él, egyes tünetek felvettek lehetnek. Például egy magánzárkában élő személy részéről érthető, ha a különféle tevékenységek iránti érdeklődése csökken és elszakítottágot, vagy elidegenültséget érez. Ehhez hasonlóan az elnyomó társadalmakban élők esetében túlzott éberségre és kerülő magatartásra lehet szükség.¹⁰⁰ A meghallgatások bizonyos feltételeinek korlátozása azonban nem zárja ki a jelen kézikönyvben szereplő irányelvek alkalmazására való törekvést. Különösen nehéz körülmények esetén fontos, hogy az érintett kormányokkal és hatóságokkal a lehető legnagyobb mértékben betartassák ezeket a normákat.

pszichiátriáról és a kapcsolódó tudományágakról szóló regionális szimpóziumán tartott előadás, 1986

⁹⁴ H. T. Engelhardt, "The concepts of health and disease" („Az egészség és a betegség fogalma”), *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences (Értékelés és magyarázat az orvosi biológiai tudományokban)*, szerk.: H. T. Engelhardt és S. F. Spicker, (Dordrecht, D. Reidel Publishing Co., 1975), 125-141. old.

⁹⁵ J. Westermeyer, "Psychiatric diagnosis across cultural boundaries" („A kultúrák határát átlépő pszichiátriai diagnózis”), *American Journal of Psychiatry*, vol. 142 (7) (1985), 798-805. old.

⁹⁶ R. F. Mollica és mások, "The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps" („A trauma és a bezártság Thaiföldi és Kambodzsai határ táborában élő kambodzsaiak funkcionális egészségügyi és mentál-egészségügyi állapotára gyakorolt hatásai”), *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 270 (1993), 581-586. old.

⁹⁷ J. D. Kinzie és mások "The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees" („A poszttraumás stressz-rendellenesség előfordulási gyakorisága és klinikai jelentősége a dél-kelet ázsiai menekültek körében”), *American Journal of Psychiatry*, vol. 147 (7) (1990), 913-917. old.

⁹⁸ K. Allden és mások, "Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile" („Burmai politikai disszidensek Thaiföldön: trauma és túlélés a száműzetésben élő fiatal felnőttek körében”), *American Journal of Public Health*, vol. 86 (1996), 1561-1569. old.

⁹⁹ N. Sartorius, "Cross-cultural research on depression" („A depresszió kultúrák közti kutatása”), *Psychopathology*, vol. 19 (2) (1987), 6-11. old.

¹⁰⁰ M. A. Simpson, "What went wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa" („Mi romlott el? Diagnosztikai és etikai problémák a dél-afrikai kínzás és elnyomás hatásainak kezelésében”), *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*, szerk.: R. J. Kleber, C. R. Figley, B. P. R. Gersons, (New York, Plenum Press, 1995), 188-210. old.

B. A kínzás pszichológiai következményei

1. Figyelmeztető megjegyzések

240. A tünetek technikai leírásának és pszichiátriai besorolásának megkezdése előtt meg kell jegyezni, hogy a pszichiátriai besorolások általában a nyugati orvoslás fogalmainak felelnek meg, és a nem nyugati népekre történő alkalmazásuk kifejezetten vagy nem kifejezetten nehézségeket okoz. Egyes érvelések szerint a nyugati kultúrák a pszichológiai folyamatok túlzott medikalizálásától szenvednek. A nem nyugati társadalmak számára elfogadhatatlan lehet az a gondolat, hogy a mentális szenvedés az egyénben lévő zavart jelent, amelynek számos tipikus tünete van. Ezzel együtt a PTSD-ben előforduló biológiai változásokra jelentős bizonyítékok állnak rendelkezésre, ebből a szemszögből a PTSD biológiailag és pszichológiailag kezelhető, diagnosztizálható szindróma.¹⁰¹ Az értékelő orvosnak vagy a pszichológusnak a lehető legjobb tudása szerint kell megpróbálni a mentális szenvedést az egyén hitének és kulturális normáinak összefüggésébe helyezni. Ide tartozik a politikai kontextus, valamint a kulturális és a vallásos hit tiszteletben tartása. A kínzás és következményeinek súlyosságát tekintve a pszichológiai értékelés során a gyors diagnosztizálás és besorolás helyett inkább a tájékozódáson alapuló ismeretszerzés szerint kell eljárni. Ez az attitűd ideális esetben azt jelzi az áldozatnak, hogy panaszait és szenvedését a körülmények között valóságosként és várhatóként ismerik el. Ebben az értelemben az érzékeny, empatikus hozzáállás megkönnyeb- bülést hozhat az áldozat elidegenedés érzé- sében.

¹⁰¹ M. Friedman és J. Jaranson, "The applicability of the posttraumatic stress disorder concept to refugees" („A poszttraumás stressz rendellenesség fogalmának alkalmazhatósága a menekültekre”), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees* (Veszélyek közt, fájdalomban: a világ menekülteinek mentális egészsége és jól-léte), szerk.: A. Marsella mások, (Washington, D. C., American Psychological Association, 1994), 207-227. old.

2. Általános pszichológiai reakciók

(a) A trauma újraélése

241. Az áldozat emlékei bevillanhatnak, vagy betolakodhatnak a gondolatai közé, a traumás eseményt újból átélheti éber és tudatos állapotban, de lehetnek visszatérő rémálmai, amelyekben a traumás esemény elemei eredeti vagy szimbolikus formában jelennek meg. A traumát jelképező vagy arra emlékeztető hívószavak válaszaként megjelenő veszély- érzet gyakran a bizalom hiányában és a tekintélyszemélyektől, például az orvosoktól és a pszichológusoktól való félelem formájában jelenik meg. Azokban az országokban vagy olyan helyzetekben, ahol az emberi jogok megsértésében a hatóságok is részt vesznek, a tekintélyszemélyektől való félelem és a bizalom hiánya nem minősül patológiásnak.

(b) Elkerülő magatartás és érzelmi beszűkülés

- (i) a trauma felidézését kiváltó bármilyen gondolat, beszélgetés, tevékenység, hely vagy személy kerülése;
- (ii) súlyos érzelmi beszűkülés;
- (iii) súlyos személyes távolságtartás és visszahúzódás;
- (iv) képtelenség a trauma egy fontos elemének a felidezésére.

(c) Túlzott izgatottság

- (i) az elalvás vagy az átalvás nehézsége;
- (ii) ingerlékenység vagy dühkitörések;
- (iii) koncentrációs nehézség;
- (iv) túlzott éberség, hyperarousal;
- (v) általános szorongás;
- (vi) légszomj, verítékezés, szájszárazság vagy szédülés-érzet és emésztési zavarok.

(d) A depresszió tünetei

242. A depresszió következő tünetei jelenhetnek meg: nyomott hangulat, anhedonia (érezhetően csökkent érdeklődés vagy öröme való képtelenség a különböző tevékeny- ségekben), étvágyzavar vagy súlyvesztés, álmatlanság vagy aluszékonyság, pszicho- motoros nyugtalanság vagy meglassultság, fáradtság és energiavesztés, értéktelenség érzése és túlzott büntudat, nehézség a figyelem fenntartásában, koncentrációban vagy az

emlékek visszaidézésében, halál és haldoklás körüli gondolatok, öngyilkossági gondolatok vagy öngyilkossági kísérletek.

(e) Sérült ékép és negatív jövőkép

243. Az áldozat azt érezheti, hogy visszafordíthatatlan károsodást szenvedett és visszafordíthatatlan személyiségváltozáson esett át.¹⁰² Úgy érzi, a jövője kilátástalan, nem számít sem karrierre, sem házasságra, gyermekekre vagy normál élettartamra.

(f) Disszociáció, deperszonalizáció és atipikus magatartás

244. A disszociáció a tudatosság, az énkép, a memória és a cselekvés integrációjának zavara. A személy bizonyos cselekvésektől távolinak érzi magát, vagy nincs tudatában, esetleg úgy érezheti, kettéhasadt, mintha bizonyos távolságról kívülről figyelné magát. A deperszonalizáció azt jelenti, hogy valaki magától vagy a testétől különállónak érzi magát. A spontán ötletek megvalósításának szabályozási problémái olyan viselkedést eredményeznek, amelyeket a túlélő a traumát megelőző személyiségéhez képest jelentősen atipikusnak tart. Aki korábban például óvatos volt, nagy kockázatot hordozó viselkedést mutathat.

(g) Szomatikus panaszok

245. A kínzás áldozatainál gyakran észlelhetők olyan szomatikus tünetek, mint a fájdalom, a fejfájás vagy más fizikaális panaszok, amik vagy objektíválhatók vagy nem. Előfordulhat, hogy az egyetlen megjelenő panasz a fájdalom, amelynek helye és intenzitása változó. A szomatikus tünetek lehetnek közvetlenül a kínzás fizikai következményei vagy pszichés eredetűek. Például minden fajta fájdalom lehet a kínzás közvetlen fizikai következménye is, és lehet pszichés eredetű is. A típusos szomatikus panaszok közé tartozik a hátfájás, a vázizomzat fájdalma és a fejfájás, amit gyakran a fejet ért

sérülés okoz. A kínzás túlélői között igen gyakori a fejfájás, amely gyakran krónikus poszttraumás fejfájáshoz vezet. Ezt a feszültség vagy stressz is okozhatja, illetve súlyosbíthatja.

(h) Rendellenes szexuális működés

246. A kínzás túlélői között különösen gyakori a szexuális diszfunkció, de nem csak azok között, akik szexuális kínzáson vagy nemi erőszakon estek át. (lásd V. fejezet, D.8 szakasz).

(i) Pszichózis

247. A kulturális és nyelvi különbségek megtévesztők lehetnek a pszichotikus tünetek értékelésénél. A tüneteket az egyén egyedi kulturális összefüggésében kell értékelni, mielőtt pszichotikusnak bélyegeznénk. A pszichotikus reakciók lehetnek rövidek vagy elhúzódóak, a tünetek felmerülhetnek a fogvatartás és kínzás során vagy azt követően is. A következő tünetek fordulhatnak elő:

- (i) Téveszmék.
- (ii) Hallási-, látási-, tapintási- és szaglási hallucinációk.
- (iii) Bizarr gondolatok és viselkedés.
- (iv) Pszeudo- hallucinációk formájában megjelenő, a valódi pszichotikus állapotok határán álló illúziók vagy érzékcsalódások. Az elalváskor vagy ébredéskor előforduló kóros érzékelés és hallucináció a népszerűség körében általánosan elterjedt és nem utal pszichózisra. Nem ritka, hogy a kínzások áldozatai arról számolnak be, hogy sikolyokat hallanak, a nevükön szólítják őket vagy árnyakat látnak, viszont nem mutatnak florid jeleket illetve a pszichotikus tüneteket.
- (v) Paranoia és üldöztetési téveszme.
- (vi) Akik korábban mentális betegségen estek át, azoknál visszatérő pszichotikus rendellenességek vagy pszichotikus jellegű hangulatváltozások alakulhatnak ki. Akik korábban bipoláris rendellenességtől, pszichotikus tünetekkel járó visszatérő major depressziótól, szkizo-fréniától és szkizoaffektív zavartól szenvedtek, ennek a zavarának az egyik epizódját mutathatják.

¹⁰² N. R. Holtan, "How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care" („Hogyan kapcsolódik a kínzás áldozatainak orvosi felmérése a pszichiátriai ellátáshoz”), *Caring for Victims of Torture (A kínzás áldozatainak gondozása)*, szerk.: J. M. Jaranson and M. K. Popkin, (Washington, D. C., American Psychiatric Press, 1998), 107-113. old.

(j) Szerfüggőség

248. A kínzás túlélőiben a traumás emlékek elhomályosításának, az utóhatások és a szorongás kezelésének egyik módja a másodlagos jelenségeként gyakran kialakuló alkohol- és kábítószer használat.

(k) Neuropszichológiai sérülés

249. A kínzás olyan fizikai traumát okozhat, ami különböző szintű agyi sérüléshez vezet. A fejet ért ütések, a fulladás és a tartós alultápláltság olyan hosszú távú neurológiai és neuropszichológiai következményekkel járhat, amiket az orvosi vizsgálat során nem könnyű azonnal felmérni. A fejről képzelt eljárással vagy más orvosi eljárásokkal nem dokumentálható agyi sérülésekhez hasonlóan a hatások dokumentálását esetleg kizárólag neuropszichológiai felméréssel és vizsgálatokkal lehet megbízhatóan elvégezni. Az ilyen tesztekkel feltárható tünetek gyakran jelentős átfedést mutatnak a PTSD és a major depresszió tüneteivel. A tudat éberségének, az orientáció, a figyelem, a koncentráció, az emlékezet és a végrehajtó funkciók szintjének ingadozása vagy hiányai mind funkcionális zavarokból, mind szervi okból egyaránt létrejöhetnek. Ezért ha ilyen elkülönítésre szükség van, külön tudást igényel a neuropszichológiai felmérés és a neuropszichológiai eszközök kultúrák közötti validitási problémáinak ismerete (lásd az alábbi C.4 szakaszt).

3. Diagnosztikai besorolások

250. Míg a kínzás túlélőinek fő panaszai és lényegi megállapításai nagyon eltérőek és az egyén egyedi életpaszatához, kulturális, szociális és politikai környezetéhez kapcsolódnak, az értékelők számára tanácsos megismernedni a traumák és kínzások túlélői között leggyakrabban diagnosztizált rendellenességekkel. Emellett nem ritka az egynél több mentális rendellenesség fennállása, mivel a traumával kapcsolatos mentális rendellenességek körében jelentős a komorbiditás. A kínzásból eredő leggyakoribb tünetek a szorongás és a depresszió különféle megjelenési formái. A fent leírt tünetegyüttest nem ritkán a szorongás és a hangulati rendellenességek kategóriájába sorolják. A két fő

besorolási rendszer a Betegségek Nemzetközi Osztályozásában (BNO-10)¹⁰³ mentális és magatartási rendellenességekre vonatkozó besorolása, valamint az Amerikai Pszichiátriai Szövetség *Mentális Rendellenességek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve* (DSM-IV)¹⁰⁴. A diagnosztikai kategóriák teljes leírását a BNO-10 és a DSM-IV tartalmazza. Ez az áttekintés a traumával kapcsolatos leggyakoribb diagnózisokra összpontosít: ezek a PTSD, a Major depresszió és a Személyiségzavarok.

(a) Depressziós zavarok

251. A kínzások túlélőinek körében szinte mindenkinél észlelhető depressziós tünet. A kínzás következményeinek értékelésével összefüggésben problémát jelenthet annak feltételezése, hogy a PTSD és a súlyos depressziós rendellenesség két különálló, egyértelműen elkülöníthető etiológiával rendelkező betegség. A depressziós zavarok közé tartozik a Súlyos depressziós zavar, az egyszeri vagy major depressziós zavar (Depressziós epizód) és az Ismétlődő (egynél többször előforduló) depressziós zavar. A depressziós zavarokat kísérhetik pszichotikus, katatón, melankólikus vagy atipikus jellemzők, de előfordul, hogy nem kísérik őket. A DSM-IV szerint a Major depressziós epizód diagnosztizálásához egy két hetes időszakon belül a következő tünetek közül legalább ötnek egyidejűleg fenn kell állnia és a korábbi működéshez képest változást kell jelentenie (legalább az egyik tünetnek a nyomott hangulatnak vagy az érdeklődés vagy öröm elvesztésének kell lennie):

- (1) nyomott hangulat;
- (2) minden vagy szinte minden tevékenység iránt kifejezetten csökkent érdeklődés illetve öröm;
- (3) súlycsökkenés vagy étvágyváltozás;
- (4) álmatlanság vagy aluszékonyság;
- (5) pszichomotoros izgalom vagy késlekedés;
- (6) fáradtság vagy energiavesztés;
- (7) értéktelenség érzése, vagy túlzott vagy nem helyénvaló büntudat;
- (8) csökkent képesség a gondolkodásra vagy koncentrálásra;

¹⁰³ Egészségügyi Világszervezet, *A mentális és viselkedési rendellenességek BNO-10 osztályozása* (Genf, 1994).

¹⁰⁴ Amerikai Pszichiátriai Szövetség, *Mentális rendellenességek diagnosztikai és statisztikai kézikönyve: DSM-IV-TR*, 4. kiadás (Washington, D.C., 1994).

és (9) visszatérő végezetes vagy öngyilkossági gondolatok. A diagnózis felállításához a tüneteknek jelentős szenvedést vagy kórosan megváltozott társadalmi vagy foglalkozási funkciót kell okozniuk, okuk nem lehet fiziológiai rendellenesség és más DSM-IV diagnózis ezeket nem indokolhatja.

(b) Poszttraumás Stressz Zavar

252. A kínzás pszichológiai következményeivel leggyakrabban összefüggő diagnózis a PTSD. A kínzás és a diagnózis közötti kapcsolat az egészségügyi szolgáltatók, a bevándorlással foglalkozó bíróságok és a tájékozott laikus közönség körében egyre elfogadottabb. Ez azt a téves és leegyszerűsítő benyomást alakította ki, hogy a PTSD a kínzás fő pszichológiai következménye.

253. A PTSD DSM-IV szerinti meghatározása erősen támaszkodik a traumával kapcsolatos memóriazavarok meglétére, mint amilyenek a betörő emlékképek, a rémálmok és a trauma fontos vonatkozásainak felidézésére való képtelenség. Az egyén esetleg nem képes pontosan visszaidézni a kínzási események konkrét részleteit, a kínzás során átélt élmények fő témáit azonban fel tudja idézni. Például az áldozat vissza tud emlékezni arra, hogy többször megerőszkolták, de nem tudja megadni a pontos dátumot, helyet és a környezet vagy az elkövetők részletes leírását. Ilyen körülmények között a pontos részletek felidézésére való képtelenség inkább alátámasztja, mint gyengíti a túlélő történetének hitelességét. A történet fő témái az ismételt meghallgatások során konzisztensek. A PTSD BNO-10 szerinti diagnózisa nagyon hasonlít a DSM-IV szerintihez. A DSM-IV szerint a PTSD lehet akut, krónikus vagy késleltetett. A tüneteknek több mint egy hónapig fenn kell állniuk és a zavarnak jelentős szenvedést vagy funkcionális csökkenést kell okoznia. Ahhoz, hogy PTSD-t lehessen diagnosztizálni, az egyénnek olyan traumás eseményt kellett átélnie, amelynek során az áldozat vagy mások életét fenyegető tapasztalatot élt át, és amely intenzív félelmet, tehetetlenséget vagy rémületet okozott. Az eseményt az alábbi módok közül egy vagy több módon újra át kell élni: az esemény betörő, gyötrelmes felidézése, az eseményre vonatkozó visszatérő gyöttrő álmok, az egyén úgy viselkedik vagy érez, mintha az esemény

újából megtörténne, ideértve hallucinációkat, emlékvillanásokat és illúziókat, az eseményre emlékeztető dolgok esetén intenzív pszichológiai veszélyérzet és az esemény aspektusaira emlékeztető vagy azokat szimbolizáló hívószavak esetén pszichológiai reakciók figyelhetők meg.

254. Az egyénnek a traumás eseménnyel összefüggő ingerek kerülését vagy a reakciókészség általános megbénulását kell tartósan tanúsítania, amelyet az alábbi jelenségek közül legalább három jelez: (1) a traumával összefüggő gondolatok, érzések vagy beszélgetések elkerülésére irányuló erőfeszítés; (2) az áldozatot a traumára emlékeztető tevékenységek, helyek vagy emberek kerülésére irányuló erőfeszítés; (3) az esemény egy fontos vonatkozásának felidézésére való képtelenség; (4) jelentős tevékenységek iránti érdeklődés csökkenése; (5) elszakadás vagy elidegenedés másoktól; (6) korlátozott érzelemnyilvánítás; és (7) csökkent életkilátás. A PTSD DSM-IV szerinti diagnózisának felállítására szolgáló további ok a trauma előtt nem tapasztalt fokozott izgatottság tüneteinek megléte, amelyet a következők közül legalább két dolog jelez: az elalvás vagy az átalvás nehézsége, inger-lékenység vagy dühkitörések, koncentrációs nehézség, túlzott éberség és túlzott megriadás.

255. A PTSD tünetei lehetnek krónikusak vagy hosszabb időn át ingadozhatnak. Bizonyos időszakokban a klinikai képek a túlzott izgatottság és ingerlékenység tünete uralja. Ilyenkor a túlélő általában fokozottan jelentkező betörő emlékekről, rémálmokról és emlékvillanásokról számolt be. Máskor viszont a túlélő viszonylag tünetmentesnek vagy érzelmileg beszűkültnek vagy visszahúzódnak tűnhet. Nem szabad elfelejteni, hogy amennyiben a beteg a PTSD diagnosztikai kritériumait nem teljesíti, ez nem jelenti azt, hogy kínzásra nem került sor. A BNO-10 szerint az esetek bizonyos százalékban a PTSD sok éven át krónikus lefolyású lehet, és végül tartós személyiség-változásba megy át.

(c) Tartós személyiségváltozás

256. Katasztrófák vagy tartós szélsőséges stresszt követően a felnőtt személyiség zavarai alakulhatnak ki olyan személyeknél, akiknek korábban nem volt személyiségzavaruk. A

személyiség megváltoztatására képes szélsőséges stressz típusai közé tartoznak a koncentrációs táborban szerzett tapasztalatok, természeti csapások, az elhúzódo fogvatartás, amelyben fennáll az erőszakos halál lehetősége, életveszélyes helyzetek - például terrorista cselekmény áldozatává válás – és a kínzás. A BNO-10 szerint a tartós személyiségváltozás diagnózisát csak akkor lehet felállítani, ha az egyén környezetére és saját magára irányuló észlelése, kapcsolata vagy az arról folytatott gondolkodásmintája határozott, jelentős és tartós változására van bizonyíték és ezek a traumás élmény előtt nem álltak fenn, rugalmatlan és rosszul alkalmazkodó viselkedéshez fűződnek. A diagnózis nem tartalmazza azokat a változásokat, amelyek más mentális zavar manifesztációi vagy bármilyen korábbi mentális rendellenesség maradványtünetei, továbbá az agyi betegség, diszfunkció vagy károsodás miatt a személyiségben és a viselkedésben bekövetkező változásokat.

257. Ahhoz, hogy a katasztrórára élményét követő tartós személyiségváltozás BNO-10 szerinti diagnózisát fel lehessen állítani, a személyiségváltozásnak a stresszt követően legalább két évig fenn kell állnia. A BNO-10 meghatározza, hogy a stressznek olyan mértékűnek kell lennie, hogy „a személyiségre gyakorolt mélyes hatásának magyarázatához nem szükséges a személyes sebezhetőséget figyelembe venni”. Ezt a személyiségváltozást a világgal szembeni ellenséges vagy bizalmatlan attitűd, társadalmi visszahúzódo, üresség vagy reménytelenség érzése, a kitaszítottág krónikus érzése jellemzi, mintha az egyént folyamatosan fenyegetnék, továbbá az elidegenedés érzése jellemzi.

(d) Alkohol- és drogfogyasztás

258. A klinikai szakemberek megfigyelték, hogy a kínzás túlélőiben a traumás emlékek elnyomásának, a kellemetlen hatások szabályozásának és a szorongás kezelésének egy módjaként gyakran kialakul az alkohol- és kábítószer fogyasztás. Bár a PTSD és egyéb rendellenességek komorbiditása gyakori, az ilyen szereknek a kínzások áldozatai általi használatát alig tanulmányozták szisztematikus kutatás keretében. A PTSD-től szenvedő populációkról szóló szakirodalomban szerepelhetnek kínzások túlélői, például menekültek, hadifoglyok és fegyveres konfliktust túlélő

veteránok, akik némi betekintést nyújthatnak ebben a témában. E csoportok tanulmányozása arra vet fényt, hogy az alkohol- és drogfogyasztás előfordulása etnikai vagy kulturális csoport szerint változik. A PTSD-s volt hadifoglyoknál fokozottan felmerül az alkohol- és drogfogyasztás kockázata, a harcteret megjárt veteránok körében pedig a PTSD és az alkohol- és drogfogyasztás komorbiditása nagyarányú.^{105 106 107 108 109 110 111 112}

Összefoglalásként, a PTSD által veszélyeztetett egyéb népesség körében is jelentős bizonyíték áll fenn arra, hogy a kínzás túlélői esetén az alkohol- és drogfogyasztás potenciális komorbid diagnózis.

¹⁰⁵ P. J. Farias, “Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample” („Az érzelmi szenvedés és annak szociális-politikai vetületei Salvadori menekültek körében: klinikai minta elemzése”), *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15 (1991), 167-192. old.

¹⁰⁶ A. Dadfar, “The Afghans: bearing the scars of a forgotten war” („Az Afgánok: egy elfeledett háború hegeivel”), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, A. Marsella és mások (Washington, D. C., American Psychological Association, 1994).

¹⁰⁷ G. W. Beebe, “Follow-up studies of World War II and Korean war prisoners: II. Morbidity, disability, and maladjustments” („A második világháború és a koreai háború foglyainak tanulmányozása: II. morbiditás és rokkantság és rossz alkalmazkodás”), *American Journal of Epidemiology*, vol. 101 (1975), 400-422. old.

¹⁰⁸ B. E. Engdahl és mások, “Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war” („Pszichiátriai rendellenességek komorbiditása és lefolyása volt hadifoglyokból álló közösségi mintában”), *American Journal of Psychiatry*, vol. 155 (1998), 1740-1745. old.

¹⁰⁹ T. M. Keane és J. Wolfe, “Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies” („Posztraumás stressz zavar komorbiditása: közösségi és klinikai tanulmányok elemzése”), *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20 (21) (1990), 1776-1788. old.

¹¹⁰ R. A. Kulka és mások, *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study* (A trauma és a vietnámi háború generációja: beszámoló a vietnámi veteránok visszaailleszkedéséről szóló országos tanulmány megállapításairól) (New York, Brunner/Mazel, 1990).

¹¹¹ B. K. Jordan és mások, “Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls” („Konkrét pszichiátriai rendellenességek az aktuális illetve életfogytig tartó előfordulás a vietnámi veteránok és a kontrollcsoport között”), *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, No. 3 (1991), 207-215. old.

¹¹² A. Y. Shalev, A. Bleich és R. J. Ursano, “Posttraumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance” („Posztraumás stressz zavar: szomatikus komorbiditás és az erőltetett tolerancia”), *Psychosomatics*, vol. 31 (1990), 197-203. old.

(e) Egyéb diagnózisok

259. Ahogyan az az e szakaszban leírt tünetek katalógusából is nyilvánvaló, a PTSD-n kívül más olyan diagnózisokat is figyelembe kell venni, mint például a Súlyos depressziós zavar és a Tartós személyiségváltozás. Az egyéb lehetséges diagnózisok közé tartoznak korlátozás nélkül a következők:

- (i) A Generalizált szorongás esetén a beteg túlzottan szorong, különböző események vagy tevékenységek sokasága miatt aggódik, motoros feszültség és fokozott autonóm tevékenység jellemzi.
- (ii) A Pánikbetegség intenzív félelem vagy kellemetlen érzés visszatérő, váratlan rohamaiban jelenik meg, tünetei közé tartozik a verejtékezés, fulladás-érzés, remegés, szapora szívverés, szédülés érzés, hányinger, hidegrázás vagy hőhullámok.
- (iii) Az Akut stressz zavar tünetei lényegében megegyeznek a PTSD-ével, azonban a traumás esemény átélését követő egy hónapon belül diagnosztizálják.
- (iv) Az egészségügyi állapotnak be nem tudható fizikai tünetekkel járó szomatiform rendellenességek.
- (v) Mániás vagy hipomán epizódokat mutató Bipoláris zavar emelkedett, fokozódó vagy ingerlékeny hangulattal, nagy-lelkűséggel, csökkent alvásigénnyel, az ötletek cikázásával, pszichomotoros izgatottsággal és a kapcsolódó pszichotikus jelenségekkel.
- (vi) Gyakran agyi funkciózavar formájában megjelenő általános egészségügyi állapot miatti rendellenességek, amelyek a tudatosság, orientáció, figyelem, koncentráció, memória és végrehajtó funkciók ingadozását vagy hiányosságait eredményezik.
- (vii) Fóbiák, például Szociális fóbia és Agora-fóbia.

C. A pszichológiai / pszichiátriai értékelés**1. Etikai és klinikai megfontolások**

260. A pszichológiai értékelések több okból szolgálhatnak kritikus fontosságú bizonyítékkal a kínzások áldozatainál fellépő bántalmazásról: a kínzás gyakran pusztító pszicho-

lógiai tüneteket okoz, a kínzási módszereket gyakran úgy alakítják ki, hogy fizikai sérülést ne hagyjanak, és a kínzás fizikai módszerei olyan fizikai megállapításokhoz vezethetnek, amelyek vagy elmúlnak, vagy nem specifikusak.

261. A pszichológiai értékelés hasznos bizonyítékokkal szolgál az orvosi-jogi vizsgálatokhoz, a politikai menedékjogra irányuló kérelmekhez, az esetleges hamis vallomások körülményeinek megállapításához, a regionális kínzási gyakorlat megismeréséhez, az áldozatok terápiás igényeinek meghatározásához és emberi jogi vizsgálatok során tett tanvallomásokhoz. A pszichológiai értékelés átfogó célja az egyén kínzásról adott beszámolója és az értékelés során megfigyelt pszichológiai megállapítások közötti konzisztencia mértékének megállapítása. E célból az értékelésben meg kell adni az egyén élettörténet részletes leírását, a mentális állapot vizsgálatának, a szociális működés felmérésének, valamint a klinikai benyomások kialakításának részletes leírását (lásd III. fejezet C szakasz és IV. fejezet E szakasz). Megfelelő esetben pszichiátriai diagnózist kell felállítani. Mivel a kínzások túlélői körében igen gyakran előfordulnak pszichés tünetek, bármilyen kínzás érzékelése során fokozottan szükséges pszichológiai felmérést alkalmazni.

262. A pszichés státusz felvételét és a klinikai diagnózis kialakítását mindig a kulturális összefüggés tudatában kell kialakítani. A meghallgatás lebonyolítása, a klinikai benyomás és következtetés kialakítása szempontjából fokozottan fontos a kultúr-specifikus szindrómák és az olyan nyelvhez kötött, a szenvedés kifejezésére használt idiómák ismerete, amikkel a tüneteket kommunikálják. Ha a meghallgató alig vagy egyáltalán nem ismeri az áldozat kultúráját, fontos a tolmács segítsége. Ideális esetben az áldozat országából származó tolmács ismeri a nyelvet, a vizsgálat során figyelembe veendő szokásokat, vallási hagyományokat és egyéb hiedelmeket. A meghallgatás az áldozatban félelmet és bizalmatlanságot kelthet, esetleg korábbi kihallgatásokra emlékeztetheti. Az ismételt traumatizálás hatásának csökkentése érdekében a klinikai szakembernek azt az érzést kell keltenie, hogy az egyén élményeit és kulturális hátterét érti. Nem helyénvaló a pszichoterápia egyes formáiban alkalmazott

szigorú, „klinikai neutralitás” betartása, amelynek keretében a szakember nem aktív és keveset beszél. A szakembernek azt kell kommunikálnia, hogy az egyén szövetségese, és támogató, ítélettől mentes megközelítést kell alkalmaznia.

2. A meghallgatás folyamata

263. A klinikai szakembernek úgy kell bevezetnie a meghallgatást, hogy részletes magyarázatot adhasson a következő eljárásokra (a pszicho-szociális kórtörténetre, ezen belül az átélt kínzásokra és a jelenlegi pszichés működésre vonatkozóan feltett kérdések (és felkészíti az egyént a kérdések által esetleg kiváltott nehéz érzelmi reakciókra). A személynek lehetőséget kell adni arra, hogy szünetet kérjen, bármikor megszakítsa a meghallgatást és elmeessen, ha a stressz tűrhetetlenné válik, egy későbbi találkozó lehetőségével. A klinikai szakemberek részéről a kérdezés során érzékenységre és empátiára van szükség, ugyanakkor a klinikai felmérést objektíven kell végezniük. Mindeközben a meghallgatónak tudatában kell lennie, hogy milyenek a személyes reakciói a túlélőre, továbbá az észlelését és ítéletalkotását esetleg befolyásoló, a kínzásokról szóló leírásra adott reakciói.

264. A meghallgatás a túlélőt a kínzás során átélt kihallgatásra emlékeztetheti. Ezért a szakemberrel szemben olyan erőteljes negatív érzések alakulhatnak ki, mint a félelem, düh, hirtelen ellenérzés, tehetetlenség, zavartság, pánik vagy gyűlölet. A szakembernek lehetővé kell tennie az ilyen érzelmek kifejezését és közlését, és ki kell fejeznie megértését az egyén nehéz helyzete iránt. Emellett szem előtt kell tartani, hogy az egyén esetleg még mindig üldöztetés vagy elnyomás alatt áll. Szükség esetén el kell kerülni a tiltott tevékenységekre vonatkozó kérdéseket. Fontos a pszichológiai értékelés okait vizsgálni, mivel ezek határozzák meg, hogy a szakértő milyen szinten köteles a titoktartásra. Ha valamely állami hatóság igazságügyi eljárás keretében kéri az egyén kínzásról szóló beszámolója hitelességének értékelését, az értékelendő személyt kötelező tájékoztatni, hogy ez a jelentésben szereplő összes információra vonatkozó orvosi titoktartás alóli mentességet jelent. Ha azonban a pszichológiai értékelésre vonatkozó kérés a kínzott személytől érkezik, a szakértő köteles

az orvosi titoktartási kötelezettséget betartani.

265. A fizikai vagy pszichológiai vizsgálatot végző klinikai szakembereknek tudatában kell lenniük, hogy a súlyos trauma értékelése milyen potenciális érzelmi reakciót válthat ki a meghallgatottban és a meghallgatóban egyaránt. Ezeket az érzelmi reakciókat áttételnek és viszont áttételnek hívjuk. A kínzások túlélői által adott típusos reakciók közé tartozik a bizalmatlanság, félelem, szégyenérzet, düh és büntudat, különösen, ha a trauma részleteinek elmesélésére vagy vissza-idézésre kérjük őket. Az áttétel arra az érzésre utal, amelyet a túlélő a klinikai szakemberrel szemben érez, múltbéli tapasztalatokhoz kapcsolódik, de amelyeket tévesen a szakemberrel szembeni érzésként él meg. Emellett a pszichológiai értékelést a szakember által a kínzás túlélőjével kapcsolatos érzelmi válasz is befolyásolhatja, ez a viszont áttétel. Az áttétel és a viszont áttétel kölcsönösen összefüggnek és hatnak egymásra.

266. A vizsgálatra adott áttételi reakció lehetséges hatása akkor válik nyilvánvalóvá, ha figyelembe vesszük, hogy a traumás történet részleteinek elmesélésével és visszaidézésével foglalkozó meghallgatás vagy vizsgálat gyötrő és nem kívánt emlékekkel, gondolatokkal és érzésekkel jár. A kínzás áldozata abban a reményben egyezhet belea vizsgálatba, hogy abból haszna lesz, a vizsgálat eredményeként megújuló emlékek magát a traumás élményt isfelidézhetik. Ide tartozhatnak a következő jelenségek.

267. A vizsgáló kérdéseit a meghallgatott a kihallgatáshoz hasonló lkényszerkérdézként élheti át. Arra gyanakodhat, hogy az értékelő motivációja voyeur-szerű vagy szadista jellegű, és a meghallgatottban a következő kérdések merülhetnek fel: „Miért akarja, hogy a legutolsó borzalmas részletét is elmondjam annak, mi történt velem? Normális ember miért él abból, hogy az enyémhez hasonló történeteket hallgat? Biztos, hogy valamilyen furcsa motiváció vezérli.” A vizsgálóval szemben előítélet állhat fenn, hiszen őt nem vették őrizetbe és nem kínozták meg. Ennek hatására az alany a vizsgálatot végző személyt az ellenség oldalán állónak tarthatja.

268. A vizsgálatot tekintély helyzetben lévő személyként érzékeli a meghallgatott – és ez gyakran így is van, ezért a traumás kórtörténet bizonyos vonatkozásait nem bízzák rá. Egy

másik lehetőség, ami gyakran előfordul a még őrizetben lévők esetén, hogy az alany túlságos bizalmat tanúsíthat olyan helyzetekben, amelyekben a meghallgatás nem tudja garantálni a megtorlás elmaradását. Minden elővigyázatossági intézkedést meg kell tenni annak biztosítására, hogy a rabok szükségtelen kockázatot ne vállaljanak azzal, hogy naivan bíznak a kívülálló védelmében. A kínzás áldozatait attól félhetnek, hogy a vizsgálat keretében felfedett információkat nem tudják biztonságban tartani az üldöző kormány előtt. A félelem és a bizalmatlanság különösen erős lehet olyan esetekben, ha a kínzásban orvosok vagy más egészségügyi dolgozók is részt vettek.

269. Az értékelő számos esetben a többségi kultúrához és etnikumhoz tartozik, míg a meghallgatási helyzetben a vizsgált személy a kisebbségi csoporthoz vagy kultúrához. Az ilyen egyenlőtlenség dinamikája megerősítheti a vélt és valós erőegyensúly hiányát, és a vizsgált személyben fokozhatja a félelem, a bizalmatlanság és kényszerű vallatás érzését. Egyes esetekben, különösen a még őrizetben tartott személyeknél ez a dinamika inkább a tolmácshoz és nem az értékelőhöz kapcsolódhat. Ezért - ideális esetben - a tolmácsnak is kívülállónak kell lennie, akit nem helyben „toboroztak”, hogy mindenki ugyanolyan függetlennek tekinthesse, mint a vizsgáltot. Természetesen nem szabad tolmácsként alkalmazni olyan családtagot, akire később a hatóságok nyomást gyakorolva megpróbálhatják kideríteni, miről volt szó az értekezés során.

270. Ha az értékelő és az áldozat neme megegyezik, a meghallgatás könnyen úgy értékelhető, mint ami közvetlenül emlékeztet a kínzási helyzetre. Például az a nő, akit a börtönben egy férfi őr megerősszakolt vagy megkínzott valószínűleg nagyobb distresszt, bizalmatlanságot és félelmet él át egy férfi értékelővel szemben, mint egy női meghallgató esetében érezne. Ennek az ellenkezője igaz a szexuálisan bántalmazott férfiakra. Esetleg szégyellhetik a kínzás részleteinek ismertetését egy női értékelő előtt. A tapasztalatok különösen a még őrizetben lévő áldozatok esetében azt mutatták, hogy - a hagyományosan fundamentalista társadalmak kivételével (ahol szóba sem jöhet, hogy egy nőt egy férfi hallgasson meg, vagy esetleg

megvizsgáljon) – nem a meghallgató neme a fontos, – ami nemi erőszak esetén nem kívánatos, hogy férfi legyen -, hanem jóval fontosabb, hogy a vizsgáló orvos legyen, akinek az áldozat pontos kérdéseket tehet fel. Előfordult, hogy nemi erőszak áldozatai semmit nem mondtak női, de nem egészségügyi vizsgálóknak, viszont kérték, hogy egy orvossal beszélhessenek és konkrét orvosi kérdéseket tehesse fel, még akkor is, ha az orvos férfi. A kérdések típusos esetben a lehetséges következményekre vonatkoznak, például teherbe esésre, későbbi termékenységre vagy a házastársak közötti szexuális kapcsolat jövőjére. A jogi célból folytatott értékelések összefüggésében a részletekre fordított – szükséges – figyelmet és a kórtörténetre vonatkozó pontos kérdéseket könnyen a vizsgáló bizalmatlanságának vagy kétségeinek értékelik.

271. A korábban már említett pszichológiai nyomás miatt a túlélők újra traumatizálódhatnak, az emlékek eláraszthatják őket és ezek erőteljes visszahúzóást és érzelmi ellenállást mobilizálhatnak a vizsgálat vagy meghallgatás során. A dokumentálás szempontjából a visszahúzóás és az érzelmentelenítés speciális nehézséget jelent, hiszen a kínzások áldozatai esetleg nem tudják hatásosan közölni a történetüket és a jelen szenvedésüket, pedig számukra ez lenne a legfontosabb.

272. A viszont áttételi reakciók gyakran tudattalanok, és problémávt okozhatnak, ha valaki nem ismeri fel azokat. A kínzásokról mesélők meghallgatása közben érzelmek megjelenése várható, bár ezek az érzések, zavarhatják a klinikai szakember eredményességét, ha azonban megérti őket, vezérfonalként is szolgálhatnak. A kínzások áldozatainak értékelésébe és kezelésébe bevont orvosok és pszichológusok egyetértének abban, hogy létfontosságú a típusos viszont áttételes reakciók megértése és az is, hogy ezt tudatosan kezeljék, mert az jelentősen korlátozhatja a kínzás fizikai és pszichológiai következményeinek értékelését és dokumentálására való képességüket. A kínzás és az embertelen bánásmód egyéb formáinak eredményes dokumentálásához meg kell érteni, mi a szakértő személyes motivációja arra, hogy ezen a területen dolgozzon. Egyetértének abban, hogy a folyamatosan ilyenfajta

vizsgálatot végző szakembereknek az ezen a területen járatos kollégák felügyeletére és szakmai támogatására kell hagyatkoznia. Gyakori viszont áttételes reakciók például a következők:

(a) A zavart keltő beszámolókra reagálva elkerülés, visszahúzóds és defenzív közömbösség. Ez ahhoz vezethet, hogy a szakember egyes részleteket elfelejt és alábecsüli a fizikai és pszichológiai következmények súlyosságát.

(b) Az illúzióvesztés, tehetetlenség, reménytelenség és a túlzott azonosulás depresszióhoz vagy vikarizáló traumatizációhoz vezethet, és például rémálmok, szorongás és félelem jelentkeznek.

(c) Omnipotencia és grandiozitás érzés, ami úgy jelenik meg, hogy a szakértő megmentőnek, a trauma nagy szakértőjének tartja magát vagy úgy érzi, hogy a túlélő gyógyulásában és jó közérzetének elérésében az utolsó reményt ő adja.

(d) Az előadott történet vagy szenvedés súlyosságával szembekerülve a szakértő bizonytalannak érezheti a saját szalmasságát. Ez úgy nyilvánulhat meg, hogy megrendül a vizsgáló önbizalma abban, hogy igazságot tud szolgáltatni a túlélőnek. Irreális, idealizált orvosi normák közelíti meg a helyzetet.

(e) Büntudat amiatt, hogy a szakember nem osztozik a kínzás túlélőjének élményében és fájdalmában, vagy az a tudat, hogy mi nem realizálódhatott politikai szinten, ez pedig a túlélővel szemben túl szentimentális vagy idealizált megközelítést eredményezhet.

(f) A kínzókkal és üldözőkkel szembeni harag és düh várható, viszont ha ezt az érzést fel nem ismert személyes tapasztalatok vezérlik krónikussá vagy túlzott mértékűvé válnak, ami aláaknázhatja az objektivitás fenntartására való képességet.

(g) A szakértő szokatlan mértékű szorongást érez az áldozattal szemben, ami dühöt vagy taszítást eredményezhet. Ugyanez merülhet fel, ha a szakértő úgy érzi, hogy az áldozat kihasználja, ha az állítólagos kínzás történetének igazságtartalmával kapcsolatban kétségei merülnek fel, és az áldozat az állítólagos incidens következményeit dokumentáló értékelésből várhatólag elő-nyhöz jut.

(h) A klinikai szakember és a kínzásra hivatkozó személy kulturális értékrendje közti jelentős eltérések között szerepelhetnek az

etnikai csoportokról szóló mítoszokba vetett hit, a leereszkedő hozzáállás és az egyén fejlettségi szintjének vagy belátási képességének alábecsülése. Ezzel szemben viszont az áldozattal azonos etnikai csoporthoz tartozó klinikai szakemberek non-verbális szövetségre léphetnek az áldozattal, ami szintén befolyásolhatja az értékelés objektivitását.

273. A legtöbb klinikai szakember egyetért abban, hogy sok viszont áttételes reakció nem csupán a torzítást szolgálja, hanem a kínzás áldozatának pszichológiai állapotára vonatkozó információ fontos forrása is lehet. A klinikai szakember munkájának eredményességét veszélyeztetheti, ha a viszont áttételen nem gondolkodik el, hanem annak alapján cselekszik. A kínzás áldozatainak értékelésével és kezelésével foglalkozó klinikai szakemberek számára tanácsos a viszont áttételt megvizsgálni és - ha erre lehetőség van - egy kollégától konzultációt és szupervíziót kérni.

274. Bizonyos körülmények szükségessé teszik, hogy a meghallgatásokat a túlélő kulturális vagy nyelvi csoportjától eltérő nyelvi csoportból származó szakember folytassa le. Ilyen esetben két megközelítés lehetséges; mindegyiknek megvannak a maga előnyei és hátrányai. A meghallgató alkalmazhat a tolmács által nyújtott szó szerinti fordításokat (lásd IV. fejezet I. szakasz). A másik megoldás, hogy a meghallgató bikulturális megközelítést alkalmaz a meghallgatáson. Ez utóbbi megközelítés szerint a vizsgáló klinikai szakemberből és egy tolmácsból álló meghallgató csoportot alkalmaznak, a tolmács nyelvi tolmácsolást biztosít és segíti az eseményekhez, élményekhez, tünetekhez és idiómákhoz kapcsolódó kulturális jelentések megértését. Mivel a klinikai szakember gyakran nem ismeri fel a releváns kulturális, vallási és szociális tényezőket, a gyakorlott tolmács ezekre rá tud mutatni és el tudja magyarázni őket a szakembernek. Ha a meghallgató szigorúan a szó szerinti tolmácsolásra hagyatkozik, az információk ilyenfajta mélységi interpretációja elmarad. Másrészt viszont, ha a tolmácsról várják el, hogy rámutasson a releváns kulturális, vallási és szociális tényezőkre, létfontosságú, hogy semmilyen módon ne próbálja befolyásolni a megkínzott személy válaszait a szakember. Ha nem alkalmaznak szó szerinti fordítást, a

klinikai szakembernek meg kell bizonyosodnia arról, hogy a meghallgatott személy tolmács által közölt válaszai kizárólag a meghallgatott személy mondandóját fogalmazzák meg, a tolmács kiegészítései vagy törlései nélkül. A megközelítéstől függetlenül a tolmács kiválasztása során fontos szempont a tolmács identitása, etnikai, kulturális és politikai kötődése. A kínzás áldozatának bíznia kell a tolmácsban, hogy az megérti a mondandóját és pontosan fogja kommunikálni a vizsgáló klinikai szakembernek. A tolmács semmilyen körülmények között nem lehet rendészeti hivatalos személy vagy kormányalkalmazott. A magánélet tisztelőben tartása érdekében soha nem szabad családtagot tolmácsként használni. A vizsgáló csoportnak független tolmácsot kell választania.

3. A pszichológiai / pszichiátriai értékelés összetevői

275. A bevezetőben említést kell tenni a beutalás adatairól, össze kell foglalni a kiegészítő adatokat (például orvosi, jogi és pszichiátriai adatok), továbbá ismertetni kell az alkalmazott felmérési módszereket (meghallgatások, tünet jegyzőkönyvek tesztek és neuropszichológiai vizsgálat).

(a) A kínzás és az embertelen bánásmód története

276. Minden erőfeszítést meg kell tenni a kínzások, üldöztetések és egyéb releváns traumás élmények teljes történetének dokumentálására (lásd IV. fejezet E szakasz). Az értékelésnek ez a része gyakran kimerítő a vizsgált személy számára. Ezért többszöri vizsgálatra lehet szükség. A meghallgatásnak az események általános összefoglalásával kell kezdődnie, ezt követően kerül sor a kínzás élmények részleteinek ismertetésére. A meghallgatónak ismernie kell a szóban forgó jogi kérdéseket, mivel ez határozza meg a tények dokumentálásához szükséges információk jellegét és mennyiségét.

(b) Aktuális pszichológiai panaszok

277. Az értékelés lényegét az aktuális pszichológiai állapot felmérése képezi. Mivel a súlyosan bántalmazott hadifoglyok és nemi erőszak áldozatai körében 80-90 százalékuknál áll fenn egész életük során PTSD, a PTSD

DSM-IV szerinti kategóriájára vonatkozó három konkrét kérdést kell feltenni (traumás esemény ismételt átélése, elkerülő reakció vagy reakcióképesség megmerevedése, ideértve az emlékezetkiesést és a fokozott arousal szintet is).^{113 114} Az affektív, a kognitív és a magatartási tüneteket részletesen kell leírni, és fel kell tüntetni a rémálmok, hallucinációk és a félelmi reakciók gyakoriságát, néhány példával illusztrálva azokat. A tünetek hiánya a PTSD epizodikus vagy gyakran késleltetett jellege vagy a tünetek tagadása a szégyenérzés miatt fordulhat elő.

(c) Kínzás utáni kórtörténet

278. A pszichológiai értékelésnek ez az összetevője a jelenlegi életkörülményekre vonatkozóan kíván tájékozódni. Fontos rákérdezni az aktuális stresszforrásokra, például a szeretettől való különélésre vagy a szerettek elvesztésére, a származási országból való menekülésre és a száműzetésben folytatott életre. A meghallgató emellett érdeklődjön az egyén produktivitására, megélhetésre, családjának ellátására való képességére, illetve a szociális támogatás rendelkezésre állására vonatkozóan.

(d) A kínzást megelőző kórtörténet

279. Amennyiben releváns, ismertetni kell az áldozat gyermekkorát, tinédzserkorát, fiatal felnőttkorát, családi hátterét, a családban előfordult betegségeket és a család összetételét. Emellett ismertetni kell az áldozat képzettségét és a korábbi foglalkozását. Le kell írni bármilyen anamnesztikus traumát, például gyermekbántalmazás, háborús trauma vagy családi erőszak, valamint az áldozat kulturális és vallási hátterét.

280. A traumát megelőző kórtörténet ismertetése azért fontos, hogy fel lehessen mérni, hogy a kínzás áldozata a traumás

¹¹³ B. O. Rothbaum és mások, "A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims" („A poszttraumás stressz rendellenesség előretéteknő vizsgálata nemi erőszak áldozatai körében”) („Journal of Traumatic Stress”, vol. 5 (1992), 455-475. old.

¹¹⁴ P. B. Sutker és mások, "Cognitive deficits and psychopathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict" („Kognitív hiányosságok és pszichopatológia a korai koreai konfliktus volt hadifoglyai és veteránjai körében”) („American Journal of Psychiatry”, vol. 148 (1991), 62-72. old.

események előtt milyen lelki egészségi állapotban lehetett, és hogy milyen színvonalú volt a pszicho-szociális működése. Ilyen módon a meghallgató összehasonlíthatja a jelenlegi lelki egészségi állapotot az egyén kényszer megelőző állapotával. A háttér információk értékelése során a meghallgatónak szem előtt kell tartania, hogy a traumára adott reakciók tartamát és súlyosságát számos tényező befolyásolja. E tényezők közé tartoznak többek között a kényszer körülményei, az, hogy az áldozat hogyan éli át és hogyan értelmezi a kényszt, a kényszt megelőző, a kényszer alatti és a kényszt követő szociális kontextus, a közösségben és kortársak körében rendelkezésre álló erőforrások, valamint a traumás élményekkel kapcsolatos értékrend és attitűdök, politikai és kulturális tényezők, a traumás események súlyossága és időtartama, genetikai és biológiai sérülékenysége, az áldozat fejlődési fázisa és életkora, a korábbi traumák és a korábban létezett személyisége. Számos meghallgatási helyzetben nehéz lehet ezeket az információkat beszerezni az időkorlátok és más problémák miatt. Ezzel együtt fontos azonban ahhoz elegendő adatot szerezni az egyén korábbi mentális egészségéről és pszicho-szociális működéséről, hogy véleményt lehessen formálni arról, a kényszer milyen mértékben járult hozzá a pszichológiai problémákhoz.

(e) Orvosi kórtörténet

281. Az orvosi kórtörténet foglalja össze a traumát megelőző egészségi állapotot, a jelenlegi egészségi állapotot, a testi fájdalmat, a szomatikus panaszokat, a gyógyszerfogyasztást és annak mellékhatásait, a vonatkozó szexuális kórtörténetet, korábbi sebészeti beavatkozásokat és egyéb orvosi adatokat (lásd V. fejezet, B. szakasz).

(f) Pszichiátriai kórtörténet

282. Ki kell kérdezni a mentális vagy pszichológiai zavarok kórtörténetét, az aktuális problémákat, azok, esetleges kezelését vagy hogy pszichiátriai kórházi kezelésre volt-e szükség. A kérdéseknek ki kell terjednie a pszichotróp gyógyszerek korábbi terápiás használatára is.

(g) Alkohol- és kábítószerhasználatra és ezzel való visszaélésre vonatkozó kórtörténet

283. A klinikai szakembernek kérdéseket kell feltenni a kényszer előtti és utáni alkohol- és kábítószerhasználatra vonatkozóan, a szerek használatában bekövetkezett változásokat illetően és arra vonatkozóan, hogy ezeket az anyagokat az alvászavarok vagy a pszichológiai/pszichiátriai problémák kezelésére használja-e a beteg. Ide nem csak az alkohol, a kannabisz és az ópium tartozik, hanem olyan regionálisan használt anyagok, mint például a bétel és egyebek.

(h) A mentális állapot vizsgálata

284. A mentális állapot vizsgálata akkor kezdődik, amikor a klinikai szakember találkozik a vizsgált személlyel. A vizsgálónak dokumentálnia kell a személy megjelenését, például az alultápláltság jeleit, a tisztálkodás hiányát, a meghallgatás során a motoros tevékenység változását, a nyelvhasználatot, a szemkontaktus meglétét, a vizsgáló személyhez való kapcsolódási képességét és az vizsgált személy által a kommunikáció kialakítására használt eszközöket. A pszichológiai értékelésről szóló jelentésnek ki kell terjednie a következő összetevőkre, és a mentális állapot vizsgálatának összes vetületének szerepelnie kell a jelentésben; olyan aspektusok, mint az általános megjelenés, motoros tevékenység, beszéd, hangulat és érzelemnyilvánítás, a gondolkodás tartalma, a gondolkodási folyamat, öngyilkossági és gyilkossági gondolatok, valamint kognitív vizsgálat (orientáció, hosszú távú memória, középtávú és rövid távú memória).

(i) A szociális funkció felmérése

285. A trauma és a kényszer közvetlenül és közvetve is befolyásolhatja a személy működőképességét. Emellett a kényszer közvetett módon a működés hiányosságait és fogyatékoságot is okozhat, ha az élmény pszichés következményei csorbítják az egyén képességét saját maga ellátására, megélhetése biztosítására, a család eltartására és az oktatásban való részvételre. A klinikai szakembernek a napi tevékenységekre, a társadalmi szerepre (háztartásbeli, tanuló, dolgozó), a társadalmi és a rekreációs

tevékenységekre és az egészségi állapot észlelésére vonatkozó kérdésekkel kell felmérnie az egyén aktuális működési szintjét. A vizsgálónak meg kell kérnie a személyt, hogy becsülje fel a saját egészségi állapotát, nyilatkozzon a krónikus fáradtság érzéséről vagy annak hiányáról, valamint számoljon be az általános működésében bekövetkezett esetleges változásokról.

(j) *Pszichológiai vizsgálatok, az ellenőrző listák és kérdőívek használata*

286. A pszichológiai vizsgálatoknak (projektív és objektív személyiségtesztek) a kénzés túlélőinek felmérésében történő alkalmazására nézve kevés adatot tettek közzé. A pszichológiai személyiségtesztek emellett kultúrák között nem érvényesek. E tényezők kombinációja súlyosan korlátozza a pszichológiai vizsgálatok hasznosságát a kénzés áldozatainak értékelésében. A neuro-pszichológiai vizsgálatok azonban segítséget nyújthatnak a kénzésből fakadó agysérülések felmérésében (lásd az alábbi C.4 szakaszt). A kénzást túlélő egyénnek gondot okozhat az élmények és tünetek szóban történő kifejezése. Egyes esetekben segítséget nyújthat a traumás eseményeket és tüneteket felsoroló ellenőrző listák vagy kérdőívek használata. Ha a meghallgató úgy véli, ezek használata segítséget nyújthat, számos kérdőív áll rendelkezésre, bár egyik sem konkrétan a kénzások áldozataira vonatkozóan készült.

(k) *Klinikai benyomások*

287. A kénzés pszichológiai bizonyítékairól történő beszámolás céljából kialakított klinikai benyomás megformálása során a következő fontos kérdéseket kell feltenni:

- (i) A pszichológiai megállapítások egybevágnak az állítólagos kénzésről szóló beszámolóval?
- (ii) A pszichológiai megállapítások az egyén kulturális és szociális környezetében a rendkívüli stresszre adott várható vagy tipikus reakcióknak minősülnek?
- (iii) Tekintettel a traumához kapcsolódó mentális rendellenességek időben hullámzó jellegére, a kénzéshez képest milyen az időtáv? Hol tart az egyén a gyógyulás menetében?

- (iv) Milyen egyidejűleg fennálló stressztényezők nehezednek az egyénre (például folytatódó üldöztetés, kényszerkivándorlás, száműzetés, család és társadalmi szerep elvesztése)? Ezek milyen hatást gyakorolnak az egyénre?
- (v) A klinikai képhez milyen fizikai állapotok járulnak hozzá? Különös figyelmet kell fordítani a kénzés vagy fogvatartás során elszenvedett fejsérülésekre.
- (vi) A klinikai kép a kénzésra vonatkozó állítás hamisságára utal?

288. A klinikai szakértőknek észrevételezni kell a pszichológiai megállapítások konzisztenciáját, valamint azt, hogy e megállapítások mennyiben függenek össze az állítólagos bántalmazással. Ismertetni kell a személy meghallgatás során tanúsított érzelmi állapotát és érzelmi kifejezését, tüneteit, a fogvatartás és kénzés történetét, valamint a kénzást megelőző élettörténetet. Fel kell jegyezni az olyan tényezőket, mint a traumához kapcsolódó konkrét tünetek beállása, bármilyen konkrét pszichológiai megállapítás specifikussága és a pszichológiai működés mintái. Olyan további tényezőket is figyelembe kell venni, mint a kényszerkivándorlás, áttelepülés, a koldurális beilleszkedés nehézsége, nyelvi problémák, munkanélküliség, az otthon, a család és a társadalmi állás elvesztése. Értékelni és ismertetni kell az események és tünetek közötti kapcsolatot és összefüggést. A fizikai állapot, például a fejet ért trauma vagy agysérülés további értékelést igényelhet. Ajánlatos lehet a neurológiai vagy neuro-pszichológiai felmérés.

289. Ha a túlélő tüneteinek megfelelnek a DSM-IV vagy BNO-10 szerinti pszichiátriai diagnózisnak, a diagnózist meg kell nevezni. Egnél több diagnózist is lehet alkalmazni. Megint csak hangsúlyozni kell, hogy bár a traumához kapcsolódó mentális rendellenesség diagnózisa alátámasztja a kénzésra vonatkozó állítást, ha valamely pszichiátriai diagnózis kritériumai nem teljesülnek, ez nem jelenti azt, hogy az adott személyt nem kínozták meg. A kénzés túlélőinél esetleg nem olyan szintűek a tünetek, amelyek a DSM-IV vagy BNO-10 szerinti diagnózis teljes körű teljesítéséhez szükségesek. Ilyen esetekben, hasonlóan az összes többi esethez, a túlélő tüneteit és az állítása szerint átélte kénzásokról szóló történetet egységes egészként kell vizsgálni. A

jelentésben értékelni és ismerni kell a kínzásról szóló történet és az egyén által ismertett tünetek közötti konzisztencia mértékét.

290. Fontos felismerni, hogy egyesek számos különféle okból hamisan állítják, hogy megkínozták őket, mások viszont személyes vagy politikai okból egy viszonylag kisebb jelentőségű tapasztalatot eltúlozhatnak. A vizsgálónak mindig tudatában kell lennie a lehetőségeknek és meg kell próbálnia a túlzás vagy hamis állítás lehetséges okait meghatározni. A klinikai szakértőnek azonban azt is szem előtt kell tartania, hogy az ilyen történetek kitalálása a traumával kapcsolatos tünetek olyan részletes ismeretét igényli, amivel az egyének ritkán rendelkeznek. A vallomásokban számtalan valós okból előfordulhatnak következtelenségek, ilyenek például az agysérülés miatti memóriacsorbulás, zavartság, disszociáció, az időérzékelésben fennálló kulturális különbségek vagy a traumás emlékek töredezettsége és elnyomása. A kínzás pszichológiai bizonyítékainak eredményes dokumentálásához a klinikai szakembernek képesnek kell lennie a jelentésben szereplő konzisztenciák és inkonzisztenciák értékelésére. Ha a meghallgató kitalált történetre gyanakszik, további meghallgatásokat kell szervezni a jelentésben szereplő inkonzisztenciák tisztázása érdekében. A történet részleteit családtagok vagy barátok alátámaszthatják. Ha a klinikai szakember további vizsgálatokat végez, de továbbra is a történet valótlanosságát gyanítja, utalja be az egyént egy másik klinikai szakemberhez és kérje ki a kolléga véleményét. A kitalált történetek gyanúját két klinikai szakember véleményével kell dokumentálni.

(l) Ajánlások

291. A pszichológiai értékelésből előálló ajánlások az értékelés kérésekor feltett kérdéstől függenek. A szóban forgó kérdések jogi vagy igazságügyi, menedékjogi, áttelepülési ügyekkel vagy a kezelés szükséges-ségével függhetnek össze. Az ajánlás vonatkozhat további felmérésre, például neuro-pszichológiai vizsgálatra, orvosi vagy pszichiátriai kezelésre, vagy biztonság, vagy menedék nyújtására vonatkozó igényre.

4. Neuro-pszichológiai felmérés

292. A klinikai neuro-pszichológia az agy viselkedésben kifejeződő rendellenes működésével foglalkozó alkalmazott tudomány. A neuro-pszichológiai felmérés konkrétan a szervi agysérüléssel összefüggő viselkedési zavarok mérésével és besorolásával foglalkozik. Ezt a tudományágat régóta a neurológiai és pszichológiai állapotok közötti különbségtétel és a különböző szintű agykárosodás következményeitől szenvedő betegek kezeléséhez és rehabilitációjához irányítást nyújtó hasznos eszközként ismerik el. A kínzás túlélőinek neuro-pszichológiai értékelésére ritkán kerül sor, mindaddig a szakirodalomban nem található a kínzás túlélőire vonatkozó neuro-pszichológiai tanulmány. Ezért az alábbi megjegyzések az általános alapelvek tárgyalására szorítkoznak, így kívánnak iránymutatást nyújtani az egészségügyi szolgáltatóknak a gyaníthatóan kínzáson átesett alanyok neuro-pszichológiai felmérése hasznosságának és indikációinak megértéséhez. A hasznosság és az indikáció kérdéseinek megvitatása előtt azonban lényeges felismerni a neuro-pszichológiai felmérés korlátait a populációban.

(a) A neuro-pszichológiai felmérés korlátai

293. A kínzás túlélőinek felmérését több gyakori tényező komplikálja általánosságban, amelyeket a kézikönyv máshol tárgyal. Ezek a tényezők a neuro-pszichológiai felmérésre ugyanúgy vonatkoznak, mint az orvosi vagy pszichológiai vizsgálatra. A neuro-pszichológiai felmérést számos további tényező korlátozhatja, köztük a kínzás túlélőire vonatkozó kutatások hiánya, a populáción alapuló normák alapul vétele, a kulturális és nyelvi különbségek és a kínzáson átesettek újra traumatizálódása.

294. A fent már említettek szerint a szakirodalomban nagyon kevés a hivatkozás a kínzás áldozatainak neuro-pszichológiai felmérésére. A szakirodalom vonatkozó része különféle fejet ért traumákkal és a PTSD általános neuro-pszichológiai felmérésével foglalkozik. Ezért az alábbi diszkusszió és a neuro-pszichológiai felmérések ezt követő értelmezései szükségszerűen a más populációknál használatos általános alapelvek alkalmazásán alapul.

295. A nyugati országokban kialakított és gyakorolt neuro-pszichológiai felmérés nagyban támaszkodik az aktuárius megközelítésre. Ez a megközelítés tipikusan a standardizált vizsgálatok eredményeit veti össze a populáción alapuló normákkal. Bár a neuro-pszichológiai felmérések norma alapú értelmezését a kvalitatív elemzés luria szerinti megközelítése egészítheti ki, különösen, ha a klinikai helyzet ezt igényli, túlsúlyban van az aktuárius megközelítés alkalmazása.¹¹⁵, ¹¹⁶ Ezen túlmenően, a teszteredményekre leginkább akkor hagyatkoznak, ha az agy sérülése nem súlyos, hanem az enyhe és a mérsékelt között mozog, vagy ha a neuro-pszichológiai hiányosságokat a pszichiátriai rendellenesség másodlagos jelenségének gondolják.

296. A kulturális és nyelvi eltérések jelentősen korlátozhatják a neuro-pszichológiai felmérés hasznosságát és alkalmazhatóságát a kínzások gyanított áldozatai esetén. A neuro-pszichológiai felmérések érvényessége megkérdőjelezhető, ha a tesztek szabványos fordításai nem állnak rendelkezésre és a klinikai vizsgáló nem beszéli folyékonyan az alany nyelvét. Verbális feladatokat egyáltalán nem lehet elvégezni, és nem lehet értelmesen interpretálni, ha a tesztekéről nincsenek standardizált fordítások, és a vizsgálók nem beszélnek folyékonyan az alany nyelvét. Ez azt jelenti, hogy csak non-verbális vizsgálatokat lehet alkalmazni, ez pedig kizárja a verbális és non-verbális képességek összevetését. Ezen túlmenően nehezebb a hiányosságok lateralizálásának (vagy elhelyezkedésének) elemzése. Ez az elemzés azonban gyakran hasznos, hiszen az agy aszimmetrikus szervezésű, tipikus esetben a bal féltéke dominál a beszédben. Ha az alany kulturális és nyelvi csoportjára vonatkozó populáció alapú normák nem állnak rendelkezésre, a neuro-pszichológiai felmérés érvényessége is megkérdőjeleződik. Az IQ becslése az egyik központi benchmark, ami lehetővé teszi a vizsgáló számára, hogy a neuro-pszichológiai vizsgálat eredményét megfelelő perspektívába helyezze. Az Egyesült Államok népességén

belül például ezeket a becsléseket gyakran a Wechsler skálák használatával, verbális feladatsorokból vezetik le, különösen a tájékozódási skálából, mivel a szervi agysérülés fennállása esetén a szerzett tényyszerű ismeretek valószínűleg kevésbé romlanak az egyéb feladatoknál, és egyéb mércéknél jobban reprezentálják a múltbéli tanulási képességet. A mérés visszamenőleges oktatási és munkavégzési adatokon, valamint demográfiai adatokon is alapulhat. Nyilvánvalóan a fentiek közül egyik szempont sem vonatkozik olyan alanyokra, akikre nézve nem állapítottak meg populáció alapú normát. Ezért a traumát megelőző szellemi működésre vonatkozóan csak nagyon durva becsléssel lehet élni. Ennek eredményeképpen nehéz lehet értelmezni a súlyos vagy mérsékelt szintnél alacsonyabb szintű neuro-pszichológiai sérülést.

297. A neuro-pszichológiai felmérések újra traumatizálhatják a kínzást átélt személyeket. Nagy figyelmet kell fordítani arra, hogy az alany a diagnosztikai eljárások bármilyen formája keretében csak minimális potenciális újra traumatizálódást éljen át (lásd IV. fejezet, H szakasz). Hogy egy nyilvánvaló, a neuro-pszichológiai vizsgálatra specifikus példát mondjunk, potenciálisan nagy kárt okozhat a Halstead-Reitan tesztcsoomag standard alkalmazása, különösen az érintéses teljesítményvizsgálat (Tactual Performance Test - TPT) lefolytatása során rutinszerűen bekötni az alany szemét. A kínzás legtöbb áldozata számára, akik a fogvatartás és kínzás során átélték a szembekötést, sőt, még azok számára is, akiknek nem kötötték be a szemét, nagy traumát jelent az eljárásban rejlő tehetetlenség megtapasztalásának bevezetése. Voltaképpen a neuro-pszichológiai vizsgálatok bármilyen formája problémát okozhat függetlenül az alkalmazott eszköztől. Az alany számára az, hogy figyelik, stopperrel mérik az idejét és egy ismeretlen feladat ellátásban maximális erőfeszítést kérnek tőle, sőt, még teljesíteni is kell a párbeszéd helyett, túlságosan stresszesnek bizonyulhat vagy a kínzás élményét idézheti fel.

¹¹⁵ A. R. Luria és L. V. Majovski, "Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology" („Az amerikai és szovjet klinikai neuro-pszichológiában alkalmazott alapvető megközelítések”), *American Psychologist*, vol. 32 (11) (1977), 959-968. old.

¹¹⁶ R. J. Ivnik, "Overstatement of differences" („Az eltérések túlhangsúlyozása”), *American Psychologist*, vol. 33 (8) (1978), 766-767. old.

(b) Neuro-pszichológiai felmérés indikációi

298. A gyaníthatóan kínzás áldozatává vált személyek viselkedési hiányosságainak értékelése során a neuro-pszichológiai felmérésnek két elsődleges indikációja van: az agysérülés, valamint a PTSD és kapcsolódó diagnózisok. Bár bizonyos vonatkozásokban a két állapot átfedésben van és gyakran egybe is esik, csak az első tartozik a klinikai neuro-pszichológiai tipikus és hagyományos alkalmazási körébe, az utóbbi viszonylag új, alapos kutatások még nem folytak a tárgyban és meglehetősen problémás.

299. Az agy sérülése és az ebből fakadó agykárosodás az üldöztetés, fogvatartás és kínzás időszaka alatt kirótt különféle típusú fejet ért trauma és metabolikus zavar eredménye lehet. Ide tartozhatnak a lött sebek, a mérgezés hatása, az éheztetés vagy ártalmas anyagok kényszerű fogyasztásából fakadó alultápláltság, a fulladozásból vagy vízbe fulladás közeli állapotból fakadó hypoxia vagy anoxia hatásai, és leggyakrabban a verések során elszenvedett fejet ért ütések. Fogvatartás és kínzás során gyakran mérnek ütest a fejre. A kínzás küllőinek egy mintáján belül például a testi bántalmazás második leggyakrabban említett formája (45%) volt a fejre mért ütés a testre mért ütések követően (58%).¹¹⁷ A kínzások áldozatai körében magas az agykárosodás lehetősége.

300. Az abnormális neuro-pszichológiai jelenségek talán leggyakrabban felmért oka az enyhétől mérsékeltig terjedő szintű hosszú távú sérülést eredményező zárt fejsérülés. Miközben a sérülés jelei közé tartozhatnak a fejen található hegek, az agyi léziókat általában az agyi képalkotó diagnosztikai eljárások nem fedezik fel. Az agykárosodás enyhe illetve mérsékelt szintjét a mentál-egészségügyi szakemberek figyelmen kívül hagyhatják, vagy alábecsülhetik, mivel a klinikai képben valószínűleg előkelő szerepet játszanak a depresszió és a PTSD tünetei, aminek eredményeképpen kevesebb figyelmet fordítanak a feji trauma potenciális hatására. A

túlélők szubjektív panaszai között gyakran szerepel az odafigyelés, a koncentráció, és a rövid távú memória zavara, ami lehet agysérülés vagy PTSD eredménye egyaránt. Mivel e panaszok gyakoriak a PTSD-től szenvedő túlélők körében, előfordulhat, hogy meg sem kérdezik tőlük, hogy a panaszok fejsérülés miatt állnak-e fenn.

301. A vizsgálat kezdeti fázisában a diagnosztizáló szakember kénytelen a feji traumáról szóló beszámolóra és a szimptomatológia folyamatára támaszkodni. Ahogy az az agyi sérülést szenvedett alanyoknál általában előfordul, segítséget nyújthat a harmadik felektől, különösen rokonoktól kapott információk. Nem szabad elfelejteni, hogy az agysérült alanyoknak gyakran nagy nehézséget okoz saját korlátaik megfogalmazása vagy akár felmérése, mivel úgymond a problémán „belül” állnak. A szervi agysérülés és a PTSD közötti különbségre vonatkozó első benyomás kialakítása során hasznos kiindulópontot nyújt a tünetek krónikus voltának felmérése. Ha a gyenge odafigyelés, koncentrációs és memória-problémák tüneteinek időbeni ingadozását és a szorongásos depresszió szintjével együttes változását figyelik meg, ez valószínűleg inkább a PTSD fázisos jellege miatt fordul elő. Másrészt viszont, ha a sérülés krónikusnak tűnik, nem ingadozik és azt a családtagok is megerősítik, foglalkozni kell az agysérülés lehetőségével még akkor is, ha kezdetben a fejet ért traumáról nincs egyértelmű kórtörténet.

302. Ha felmerül a szervi agysérülés gyanúja, a mentál-egészségügyi szakember számára az első lépés megfontolni, hogy a beteget további neurológiai vizsgálatokra beutalja egy orvoshoz. Az első megállapítások függvényében az orvos ezt követően konzultálhat neurológussal, vagy diagnosztikai vizsgálatokat rendelhet el. A megfontolandó lehetőségek közé tartozik a kiterjedt orvosi vizsgálat, a konkrét neurológiai konzultáció és a neuro-pszichológiai értékelés. A neuro-pszichológiai értékelési eljárások alkalmazása általában akkor indikált, ha a nagy neurológiai zavar nem áll fenn, az elmondott tünetek zömében kognitív jellegűek vagy az agysérülés és a PTSD közötti differenciáldiagnózist kell felállítani.

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

303. A neuro-pszichológiai vizsgálatok és eljárások kiválasztására fent meghatározott korlátok vonatkoznak, és ezért azok nem követhetik egy standard tesztsomag formáját, hanem eset specifikusnak kell lenniük, az egyéni jellemzők figyelembe vételével. A vizsgálatok és eljárások kiválasztásában szükséges rugalmassághoz jelentős tapasztalatra, ismeretanyagra és körültekintésre van szükség a vizsgáló részéről. Ahogy a fentiekben már rámutattunk, az alkalmazandó eszközök skálája gyakran a non-verbális feladatokra korlátozódik, és ha az egyéni alanyra nem vonatkoznak a populáción alapuló normák, a legnagyobb valószínűséggel a standardizált vizsgálatok pszichometriai jellemzői szenvednek csorbát. A verbális mérések hiánya roppant komoly korlátot jelent. A kognitív működés számos területét a nyelv közvetíti, és a hiányok jellegére vonatkozó következtetések levonásához tipikus esetben a különféle verbális és nem verbális mérések szisztematikus összevetését alkalmazzák.

304. A dolgot tovább bonyolítja, hogy a viszonylag szoros kapcsolatban álló kultúrák között is jelentős csoportok közti eltérésekre találtak bizonyítékot a non-verbális feladatok elvégzésében. Egy kutatás például összehasonlította 118 angolul beszélő 118 spanyolul beszélő idősebb személyből álló, véletlenszerűen kiválasztott, közösségen alapuló mintájának teljesítményét a rövid neuro-pszichológiai tesztsomag elvégzésében.¹¹⁸ A mintákat véletlenszerűen választották ki és demográfiai szempontból megfeleltették. Azonban miközben a verbális méréseken elért pontok hasonlóak voltak, a spanyolul beszélők jelentősen alacsonyabb pontszámot értek el szinte az összes non-verbális mérésen. Körültekintően kell eljárni, ha a non-verbális és verbális méréseket nem angolul beszélő egyének felmérésére használják.

305. A gyaníthatóan kínzás áldozatává vált személyek neuro-pszichológiai felmérésére szolgáló eszközök és eljárások kiválasztását az

adott klinikai szakemberre kell hagyni, aki ezek közül a helyzet igényeinek és lehetőségeinek megfelelően köteles választani. A neuro-pszichológiai vizsgálatok az agyiviselkedési kapcsolatokra vonatkozó kiterjedt képzés és ismeretek hiányában nem alkalmazhatók megfelelően. A neuro-pszichológiai eljárások és vizsgálatok átfogó listája, valamint ezek helyes alkalmazása a standard referenciákban található.¹¹⁹

(c) Poszttraumás Stressz Zavar

306. A fenti megfontolások alapján egyértelmű, hogy a gyaníthatóan kínzás áldozatává vált személyek agysérülésének neuro-pszichológiai felmérése során nagy körültekintésre van szükség. Még inkább így kell eljárni, ha a vélt túlélők PTSD-jét próbálják neuro-pszichológiai felméréssel dokumentálni. Még olyan PTSD-s alanyok felmérése során is jelentős különbségeket kell figyelembe venni, akikre nézve populáción alapuló normák rendelkezésre állnak. A PTSD pszichiátriai rendellenesség, és hagyományosan nem került a neuro-pszichológiai felmérés középpontjába. Ezen túlmenően a PTSD nem felel meg az orvosi technikákkal megerősíthető, azonosítható agyi léziók elemzésére vonatkozó klasszikus paradigmának. A pszichiátriai rendellenességekben érintett biológiai mechanizmusok megértésére helyezett növekvő hangsúly mellett a neuro-pszichológiai paradigmákra egyre gyakrabban hivatkoznak. Ahogy azonban már rámutattunk „(...) a PTSD-ről mindeddig viszonylag keveset írtak neuro-pszichológiai szempontból”.¹²⁰

307. A neuro-pszichológiai mérések poszttraumás stresszben történő tanulmányozására használt minták igen változatosak. Ez a tanulmányok keretében felmerülő kognitív problémák változatosságát is indokolhatja. Rámutattak, hogy „a klinikai megfigyelések arra utalnak, hogy a figyelem, memória és végrehajtó funkció neuro-kognitív területével a

¹¹⁸ D. M. Jacobs és mások, “Cross-cultural neuropsychological assessment: a comparison of randomly selected, demographically matched cohorts of English and Spanish-speaking older adults” („Kültúrák közti neuro-pszichológiai felmérés: angolul és spanyolul beszélő, véletlenszerűen kiválasztott, demográfiailag megfeleltetett idősebb felnőttek mintájának összevetése”), *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, vol. 19 (No. 3) (1997), 331-339. old.

¹¹⁹ O. Spreen és E. Strauss, *A Compendium of Neuropsychological Tests (A neuro-pszichológiai vizsgálatok kompendiuma)*, 2. kiadás (New York, Oxford University Press, 1998).

¹²⁰ J. A. Knight, “Neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder” („Neuro-pszichológiai felmérés a poszttraumás stressz rendellenesség esetében”), *Assessing Psychological Trauma and PTSD (A pszichológiai trauma és a PTSD felmérése)*, szerk.: J. P. Wilson és T. M. Keane, (New York, Guilford Press, 1997).

legnagyobb átfedést a PTSD tünetei mutatják”. Ez egybeesik a kínzások túlélői által gyakran hangoztatott panaszokkal. Az alanyok a koncentráció nehézségére és arra panaszkodnak, hogy nem képesek az információkat fejben tartani, tervezett, valamilyen célra irányuló tevékenységet folytatni.

308. Úgy tűnik, a neuro-pszichológiai felmérési módszerek meg tudják határozni a neuro-kognitív hiányok fennállását a PTSD esetén, bár e hiányok specifikusságát nehezebb megállapítani. Egyes tanulmányok dokumentálták a PTSD alanyokban a hiányok megjelenését normál kontroll személyekkel való összehasonlításban, azonban ezeket az alanyokat nem különböztették meg a megfeleltetett pszichiátriai kontrolloktól.¹²¹¹²² Más szóval a PTSD esetében valószínűleg megjelennek a neuro-kognitív hiányok a vizsgálat elvégzése során, de nem elegendők a PTSD diagnosztizálásához. Számos más típusú felméréshez hasonlóan a vizsgálati eredmények értelmezését a meghallgatásokból származó információk és esetleg a személyiségtesztek bővebb összefüggésébe kell helyezni. Ebben az értelemben a konkrét neuro-pszichológiai felmérési módszerek ugyanolyan módon járulhatnak hozzá a PTSD dokumentálásához, ahogyan az ismert neuro-kognitív hiányokkal összefüggő egyéb pszichiátriai rendellenességek dokumentálásához.

309. A jelentős korlátok dacára a neuro-pszichológiai felmérés hasznos lehet a gyaníthatóan agysérüléssel rendelkező egyének értékelésében és az agysérülés és a PTSD megkülönböztetésében. A neuro-pszichológiai felmérés használható továbbá az olyan konkrét tünetek értékelésére, mint a PTSD és kapcsolódó rendellenességek estén felmerülő memóriaproblémák.

5. A gyermekek és a kínzás

310. Kínzás közvetett vagy közvetlen hatást gyakorolhat a gyermekekre. A hatás oka lehet a gyermek kínzása vagy fogvatartása, a szülők vagy közeli családtagok kínzása, vagy az, hogy a gyermek kínzás és erőszak tanúja volt. Ha a gyermek környezetében élőket kínozzák, ez óhatatlanul, bár közvetetten hat a gyermekre, mivel a kínzás a kínzás áldozatainak teljes családját és közösségét érinti. A jelen kézikönyv terjedelmének határait meghaladja a kínzásnak a gyermekekre gyakorolt pszichológiai hatásának teljes körű tárgyalása és a megkínzott gyermekek értékelésére vonatkozó iránymutatások. Számos fontos pontot azonban összegezni lehet.

311. Először is, olyan gyermek értékelése esetén, aki gyaníthatóan kínzást élt át vagy annak tanúja volt, a klinikai szakembernek gondoskodnia kell arról, hogy a gyermek az értékelés során olyan öt gondozó személyek támogatását élvezze, akikkel biztonságban érzi magát. Ehhez szükség lehet egy szülő vagy olyan gondozó jelenlétére az értékelés során, akiben a gyermek megbízik. Másodszor, a klinikai szakembernek számon kell tartania, hogy a gyermekek a traumával kapcsolatos gondolataikat és érzelmeiket gyakran nem verbálisa, hanem viselkedésükkel fejezik ki.¹²³ Az, hogy a gyermek mennyiben képes gondolatait és érzelmi megnyilvánulásait verbalizálni, a gyermek korától, fejlettségi szintjétől és más tényezőktől, például a családi dinamikától, személyiségjegyeitől és kulturális normáktól függ.

312. Ha a gyermeket fizikailag vagy szexuálisan bántalmazták, fontos, ha ugyan egyáltalán lehetséges, hogy a gyermeket egy gyermekbántalmazási szakértő lássa. A gyermekek nemi szerveinek vizsgálatát – amely valószínűleg traumás élményt jelent – a megállapítások értelmezésében járatos klinikai szakembereknek kell elvégeznie. Néha helyénvaló a vizsgálat rögzítése videón, hogy más szakemberek is véleményt mondhassanak a fizikai megállapításokról a gyermek újbóli vizsgálata nélkül. Előfordulhat, hogy nem helyénvaló általános anesztézia nélkül

¹²¹ J. E. Dalton, S. L. Pederson és J. J. Ryan, “Effects of posttraumatic stress disorder on neuropsychological test performance” („A poszttraumás stressz rendellenesség hatása a neuro-pszichológiai vizsgálatok teljesítésére”), *International Journal of Clinical Neuropsychology*, vol. 11 (3) (1989), 121-124. old.

¹²² T. Gil és mások, “Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder” („Kognitív működés a poszttraumás stressz rendellenesség során”), *Journal of Traumatic Stress*, vol. 3, No. 1 (1990), 29-45. old.

¹²³ C. Schlar, “Evaluation and documentation of psychological evidence of torture” („A kínzás pszichológiai bizonyítékainak értékelése és dokumentálása”), kiadatlan anyag, 1999.

elvégezni a teljes körű genitális és anális vizsgálatot. Ezen túlmenően a vizsgálónak tudnia kell, hogy maga a vizsgálat is emlékeztetheti a gyermeket a támadásra és a gyermek a vizsgálat során spontán felkiálthat vagy pszichológiailag dekompenzálhat.

(a) *Fejlődési szempontok*

313. A gyermek kínzásra adott reakciója az életkorától, fejlettségi szakaszától és kognitív készségeitől függ. Minél fiatalabb a gyermek, a traumás esemény átélését és megélését annál jobban befolyásolják az eseményt követően a gondozói által tanúsított azonnali reakciók és attitűdök.¹²⁴ A gondozók óvó és megerősítő szerepe létfontosságú olyan három év alatti gyermekek számára, akik kínzáson estek át vagy tanúi voltak.¹²⁵ A nagyon fiatal gyermekek traumás élményre adott reakciója általában valamiféle túlzott izgatottságot jelent, például nyugtalanság, alvászavarok, ingerlékenység, fokozottan riadt reakciók és elkerülés. A három év feletti gyerekek gyakran visszahúzódnak és nem hajlandók közvetlenül beszélni a traumás élményekről. A fejlődés során fokozódik a verbális kifejezés képessége. Markáns növekedés következik be a konkrét operatív szakaszban (8-9 éves korban), amikor a gyerekekben kialakul az események megbízható kronológiájának meghatározására való képesség. Ebben a szakaszban fejlődnek ki a konkrét operációs, valamint az idő- és térbeli képességek.¹²⁶ Ezek az új készségek még törékenyek, és általában a gyerekek csak a formális operatív szakasz kezdetétől (12 éves kortól) képesek konzekvensen összeállítani egy összefüggő narratívát. A pubertás zaklatott fejlődési időszak. A kínzás hatásai széles körben változhatnak. A kínzás élmény mély személyiségváltozást okozhatnak a kamaszokban, ami antiszociális viselkedést eredményez.¹²⁷ Egy másik lehetőség, hogy a

kínzás kamaszokra gyakorolt hatása a fiatalabb gyerekeknél láthatókhöz hasonlít.

(b) *Klinikai szempontok*

314. A PTSD tünetei megjelenhetnek gyerekekben. A tünetek hasonlóak lehetnek a felnőtteknél megfigyeltékhez, de a klinikai szakembernek jobban kell támaszkodnia a gyermek viselkedésének megfigyelésére, mint a verbális kifejezésre.^{128, 129, 130, 131} A gyermeknél az újbóli átélés tünetei megjelenhetnek a traumás esemény vetületeit képviselő monoton, ismétlődő játék formájában, a játék közben és a játékon kívül vizuális emlékek felidézésével, a traumás eseményekre vonatkozó ismételt kérdések vagy nyilatkozatok és rémálmok formájában. A gyermek esetleg ágybavizelővé válhat, bélmozgásait nem tudja többé szabályozni, társadalmilag visszahúzódik, érzeleminyilvánítása korlátozott, önmagával és másokkal szembeni attitűdje változhat, és úgy érezheti, nincs jövő. Túlzott izgatottságot élhet át, éjszakai riadalmaktól, elalvási zavaroktól, alvászavaroktól, fokozott riadt reakcióktól, ingerlékenységtől szenvedhet, jelentős zavarok merülhetnek fel az odafigyelésben és a koncentrációban. A traumás esemény előtt nem létezett félelmek és agresszív viselkedés a kortársak, felnőttek vagy állatok felé megnyilvánuló agresszió formájában, az egyedüli WC-re menéstől való félelem, vagy fóbiák formájában jelenhet meg. A gyermek korának nem megfelelő szexuális viselkedést és szomatikus reakciókat tanúsíthat. Megjelenhetnek a szorongás tünetei, például fokozott félelem az idegenektől, szorongás az elkülönüléstől, pánik, izgatottság, dührohamok és kontrollálatlan sírás. A gyermeknél továbbá evési problémák is kialakulhatnak.

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

¹²⁵ V. Grappe, "La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés", *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*, szerk.: M. R. Moro and S. Lebovici, (Paris, Presses universitaires de France, 1995).

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

¹²⁷ Lásd a 125. lábjegyzetet

¹²⁸ L. C. Terr, "Childhood traumas: an outline and overview" („Gyermekkori traumák: vázlat és áttekintés”), *American Journal of Psychiatry*, vol. 148 (1991), 10-20. old.

¹²⁹ Nemzeti csecsemő, kisgyermek és családközpont, nullától háromig (1994).

¹³⁰ F. Sironi, "On torture un enfant, ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique", *Enfances*, No. 4 (1995), 205-215. old.

¹³¹ . Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant* (Paris, ESF, 1996).

(c) A család szerepe

315. A család fontos dinamikus szerepet játszik a gyermekek tartósan fennálló szimptomatológiájában. A családi összetartás megőrzése érdekében előfordulhat diszfunkcionális viselkedés és a szerepek átruházása. A családtagok, gyakran a gyermekek, kaphatják a beteg szerepét, és súlyos rendellenességeket fejleszhetnek ki. Előfordulhat, hogy a gyermeket túlságosan védik vagy a traumára vonatkozó fontos tényeket eltitkolják. Egy másik lehetőség, hogy a gyermeket szülősitik és elvárják, hogy gondozza a szülőket.

Ha a gyermek nem a kínzás közvetlen áldozata, csak közvetetten érintett, a felnőttek gyakran alulbecsülik a gyermek pszichéjére és fejlődésére gyakorolt hatásmértékét. Ha a gyermek szeretteit üldözték, megerőszakolták és kínozták vagy a gyermek súlyos trauma vagy kínzás tanúja volt, olyan tévhitek alakulhatnak ki nála, hogy például ő a felelős a rossz eseményekért vagy neki kell viselnie a szülők terheit. Ez a fajta hit hosszú távú büntudati problémákat, lojalitási konfliktusokat, és problémákat okozhat a személyiségfejlődésben és az önálló felnőtté érésben.

I. MELLÉKLET

A KÍNZÁS VAGY MÁS KEGYETLEN, EMBERTELEN VAGY MEGALÁZÓ BÁNÁSMÓD VAGY BÜNTETÉS EREDMÉNYES KIVIZSGÁLÁSÁNAK ÉS DOKUMENTÁLÁSÁNAK ALAPELVEI*

1. A kínzás és egyéb kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmód vagy büntetés (továbbiakban: „kínzás vagy egyéb rossz bánásmód”) eredményes kivizsgálásának és dokumentálásának céljai közé tartoznak a következők:
 - (a) A tények tisztázása, az áldozatokért és családjukért fennálló egyéni és állami felelősség meghatározása és tudomásul vétele;
 - (b) Az újbóli előfordulás megelőzéséhez szükséges intézkedések meghatározása;
 - (c) A vizsgálat által a felelősként megjelölt személyek elleni eljárás illetve megfelelő esetben fegyelmi szankciók megkönnyítése, az állam részéről a teljes körű kártalanítás és elmarasztalás szükségességének bemutatása, beleértve a méltányos és megfelelő pénzügyi kompenzációt, valamint az orvosi ellátásra és rehabilitációra szolgáló eszközök biztosítása.
2. Az államoknak biztosítaniuk kell a kínzásra vagy rossz bánásmódra vonatkozó panaszok és beszámolók haladéktalan és eredményes kivizsgálását. Vizsgálatot kell indítani még kifejezett panasz hiányában is, ha más jelek arra utalnak, hogy kínzásra vagy rossz bánásmódra kerülhetett sor. Az ezzel gyanúsítottaktól és az általuk szolgált szervektől független vizsgálóknak szakszerűnek és pártatlannak kell lenni. Számukra hozzáférést kell biztosítani pártatlan orvosi vagy egyéb szakértőkhöz, vagy fel kell hatalmazni őket arra, hogy ilyen szakértők általi vizsgálatot elrendeljenek. A vizsgálatok elvégzésére alkalmazott módszereknek meg kell felelni a legmagasabb szintű szakmai normáknak, a megállapításokat pedig közzé kell tenni.
3. (a) A vizsgáló hatóságot fel kell jogosítani és számára kötelezővé kell tenni a vizsgálathoz szükséges összes információ megszerzésére. A vizsgálatot lebonyolító személyek rendelkezésére kell bocsátani az eredményes vizsgálathoz szükséges össze költségvetési és technikai erőforrást. Emellett fel kell jogosítani őket arra, hogy a kínzásban vagy rossz bánásmódban állítólagosan hivatalos minőségben érintett összes személyt kötelezhessék a megjelenésre és a vallomástételre. Ugyanez vonatkozik az esetleges tanukra. E célból a vizsgáló hatóságot fel kell jogosítani a tanuk, köztük bármilyen állítólagosan érintett hivatalos személy beidézésére és a bizonyítékok bemutatásának követelésére.
 - (b) A kínzás vagy rossz bánásmód állítólagos áldozatait, a tanukat, a vizsgálatot lefolytatott személyeket és családjaikat védeni kell a vizsgálatból fakadóan esetleg felmerülő erőszakkal, erőszakra vonatkozó fenyegetésekkel vagy a megfélemlítés bármilyen más formájával szemben. A kínzásba vagy rossz bánásmódba potenciálisan belekeveredett személyeket el kell távolítani a panasztevők, tanuk és családjaik, valamint a vizsgálatot folytató személyek fölött akár közvetlen, akár közvetett ellenőrzést vagy hatalmat biztosító pozíciókból.
4. A kínzás vagy rossz bánásmód állítólagos áldozatait és jogi képviselőjüket tájékoztatni kell minden meghallgatásról, a vizsgálat szempontjából releváns minden információról, ehhez hozzáférést kell számukra biztosítani, és jogosultak más bizonyítékok bemutatására.

* Az Emberi Jogi Bizottság 2000/43 sz. határozatában és a Közgyűlés 55/89 sz. határozatában felhívta a kormányok figyelmét az alapelvekre, és arra biztatta őket, hogy fontolják meg az alapelveknek a kínzás elleni küzdelmet szolgáló hasznos eszközként történő alkalmazását.

^a Bizonyos körülmények között a szakmai etika előírhatja az információ bizalmas kezelését. Ezeket az előírásokat be kell tartani.

5. (a) Olyan esetekben, mikor a meghatározott vizsgálati eljárások a szakértelem elégtelen volta vagy gyanítható elfogultság miatt, vagy valamilyen bántalmazási minta látszólagos fennállása vagy egyéb lényeges ok miatt nem megfelelő, az államoknak gondoskodni kell arról, hogy a vizsgálatokat független vizsgáló bizottság keretében vagy hasonló eljárással végezzék. Az ilyen vizsgáló bizottság tagjait elismert pártatlanságuk, szakértelmük és személyes függetlenségük szerint kell kiválasztani. Különösen függetlennek kell lenniük a gyanúsított elkövetőktől és az általuk szolgált intézményektől vagy szervektől. A bizottságot fel kell jogosítani a vizsgálatához szükséges össze információ megszerzésére, a vizsgálatot pedig a jelen alapelvekben meghatározottak szerint kötelesek lebonyolítani.^b

(b) Az ésszerű időn belül benyújtott írásbeli jelentésben szerepelnie kell a vizsgálat terjedelmének, a bizonyítékok értékelésére használt eljárásoknak és módszereknek, valamint a tényfeltáráson és a vonatkozó jogszabályokon alapuló következtetéseknek és ajánlásoknak. A jelentést befejezését követően nyilvánosságra kell hozni. A jelentésben részletesen ismertetni kell a megállapítottan megtörtént konkrét eseményeket és a megállapítások alapjául szolgáló bizonyítékokat, fel kell sorolni a vallomást tett tanukat azok kivételével, akik személyazonosságát saját védelmük érdekében nem tárják fel. Az állam ésszerű időn belül köteles a vizsgálati jelentésre válaszolni és a megfelelő esetben jelezni a válaszként megteendő lépéseket.

6. (a) A kínzás vagy rossz bánásmód kivizsgálásában érintett orvosi szakértők mindenkor kötelesek a legmagasabb szintű etikai normáknak megfelelően viselkedni, különösen kötelesek bármilyen vizsgálat elvégzése előtt az alany tájékoztatáson alapuló beleegyezését megszerezni. A vizsgálatnak meg kell felelnie az orvosi gyakorlat bevezetett normáinak. A vizsgálatokat különösen magánjelleggel, az orvosszakértő ellenőrzése alatt, biztonsági ügynökök, és egyéb kormánytisztviselők jelenléte nélkül kell végezni.

(b) Az orvosszakértő haladéktalanul elkészít egy pontos írásos beszámolót, amelyben legalább a következő szerepel:

- (i) A meghallgatás körülményei: az alany neve, a vizsgálaton jelenlévők neve és hovatarozása; a pontos dátum és időpont; a vizsgálat lebonyolításának helye, jellege és a helyszíni szolgáló intézmény (megfelelő esetben a helyiség megjelölésével) címe (például büntetés-végrehajtási intézet, klinika vagy épület); az alany körülményei a vizsgálat idején (például bármilyen korlátozó tényező jellege a vizsgálatra való megérkezéskor vagy a vizsgálat során, biztonsági erők jelenléte a vizsgálat során, a foglyot kísérők magatartása vagy a vizsgálónak címzett fenyegető kijelentések); valamint egyéb releváns tényezők.
- (ii) Körtörténet: az alany által meghallgatás során elmondott történet pontos rögzítése beleértve a kínzás vagy rossz bánásmód állítólagos módszerét, a kínzás vagy rossz bánásmód állítólagos bekövetkeztének időpontjait, valamint az összes fizikai és pszichológiai tünetre vonatkozó panaszt.
- (iii) Fizikai és pszichológiai vizsgálat: a klinikai vizsgálat során tett összes fizikai és pszichológiai megállapítás rögzítése, beleértve a megfelelő diagnosztikai vizsgálatokat és lehetőség szerint az összes sérülésről készült színes fényképet.
- (iv) Félelemény: a fizikai és pszichológiai megállapítások és a lehetséges kínzás vagy rossz bánásmód közötti kapcsolat valószínűségére vonatkozó értelmezés. Szerepeltetni kell az esetleg szükséges orvosi és pszichológiai kezelésre, illetve további vizsgálatokra vonatkozó ajánlást.
- (v) Szerző megjelölése: a jelentésben egyértelműen meg kell jelölni a vizsgálatot végző személyeket és aláírásuknak is szerepelni kell.

(c) A jelentés bizalmas, az alannal vagy az általa megnevezett képviselővel közölni kell. Ki kell kérni az alany és képviselője véleményt a vizsgálati folyamatról és ezt a véleményt a jelentésben is szerepeltetni kell. Emellett megfelelő esetben a kínzásra vagy rossz bánásmódra vonatkozó állítás kivizsgálásáért felelős hatóságnak is írásban kell átadni a jelentést. Az állam felelőssége gondoskodni arról, hogy e címzettek biztonsággal megkapják a jelentést. A jelentést csak a jelentés átadására felhatalmazott bíróság engedélyével vagy az alany beleegyezésével lehet bármilyen más személy rendelkezésére bocsátani.

^b Lásd a fenti (a) lábjegyzetet.

II. MELLÉKLET

DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK

A diagnosztikai vizsgálatok folyamatos fejlesztés és értékelés alatt állnak. E kézikönyv szövegezők az alábbi vizsgálatok minősültek értékesnek. Ugyanakkor, amennyiben további alátámasztó bizonyítéka van szükség, a vizsgálóbiztosok kötelesek naprakész információk beszerzésére törekedni, például úgy, hogy a kínzás dokumentálására szakosodott központok (lásd az V. fejezet E. szakaszát) egyikéhez fordulnak.

1. Radiológiai képalkotás

Egy sérülés akut szakaszában többféle képalkotó módszer bizonyulhat igen hasznosnak a csontokon, illetve a lágyszöveti területeken szenvedett sérülések kiegészítő dokumentációjának biztosításához. Miután azonban a kínzás testi sérülései begyógyultak, a visszamaradó következmények általában a továbbiakban már nem észlelhetők ugyanazokkal a képalkotó módszerekkel. Ez gyakran még akkor is igaz, ha a túlélő továbbra is jelentős fájdalmat, vagy gyengeséget érez a sérüléseiből fakadóan. A beteg kivizsgálásával kapcsolatos vita, illetve a kínzás különböző formáinak vonatkozásában már esett szó különféle radiológiai tanulmányokról. Az alábbiakban ezen módszerek alkalmazásának összefoglalója olvasható. A magasabb színvonalú, és drágább technológiák ugyanakkor nem mindenki számára elérhetők, vagy legalábbis őrizetben lévő személy számára nem.

A radiológiai és képalkotó diagnosztikai vizsgálatok magukban foglalják a rutin radiográfokat (röntgenfelvételeket), a radioaktív izotópos szcintigráfiát, a komputerizált tomográfiát (CT), a nukleáris mágneses rezonanciával történő képalkotást (MRI), valamint az ultrasonográfiát (USG). Mindegyiknek vannak előnyei és hátrányai. A röntgen, a szcintigráfia és a CT ionizáló sugárzást használ, mely terhes nők, és gyerekek esetében gondot okozhat. Az MRI mágneses mezővel működik. Elméletileg léteznek a magzatokra és a gyermekekre gyakorolt potenciális biológiai hatások, ám ezeket minimálisnak vélik. Az ultrahang hanghullámokat használ, és nincs ismert biológiai kockázata.

A röntgen könnyedén elérhető. A koponyát kivéve minden sérült terület esetén elsődleges kivizsgálásként rutin radiográfokra van szükség. Míg a rutin radiográfok az arctöréseket mutatják meg, a CT egy magasabb szintű vizsgálatként jobban kimutatja a töréseket, az elmozdult tört részeket, valamint a kapcsolódó lágyszöveti sérüléseket és komplikációkat. A perioszteum károsodása, vagy kisebb törések gyanúja esetén a röntgenfelvételeket csontszcintigráfiának kell kiegészítenie. A röntgenfelvételek egy hányada még akut törés vagy korai csontvelőgyulladás esetén is negatív eredményt mutat. Lehetséges, hogy a törés meggyógyul, és így egy korábbi sérülésnek nincs radiográfiai bizonyítéka. Különösen igaz ez gyermekek esetében. A lágyszövet felmérésére nem a rutin radiográfok jelentik az ideális vizsgálati módszert.

A szcintigráfia magas szintű szenzitivitással, ám alacsony specificitással rendelkező vizsgálat. A teljes csontváz átvilágításának olyan kórok megállapítására használt olcsó és hatékony vizsgálati módja, mint a csontvelőgyulladás, vagy a trauma. A herecsavarodás is megállapítható, bár erre a feladatra az ultrahang jobban megfelel. A szcintigráfia nem alkalmas módszer a lágyszöveti trauma megállapítására. A szcintigráfia akut törést 24 órán belül tud kimutatni, ám általában két vagy három napot vesz igénybe, esetenként akár egy hetet vagy annál többet, különösen idősebbek esetében. A méréssel kimutatható eredmény általában két év múltán vált vissza a normális állapotra. Törések és meggyógyított csontvelőgyulladás esetén azonban évekig pozitív maradhat. A csontszcintigráfia használata az epifízisnél vagy metadiáfízisnél (a hosszú csontok végei) keletkezett törés kimutatására gyermekek esetén nagyon nehéz, a radiológyszerészeti anyagoknak az epifízisre jellemző normál felvétele miatt. A szcintigráfia gyakran képes olyan bordatörések kimutatására, amelyek a szokásos röntgenfelvételen nem láthatók.

(a) Csontszcintigráfia alkalmazása a talpak kínzásának megállapítására

Csont-szkenet egyrészt körülbelül három óra elteltével elkészülő képekkel, másrészt háromfázisú vizsgálatként lehet előállítani. A három fázis a radionuklid angiográfia (artériás fázis), vérpool képek (vénás fázis, azaz lágyszöveti), és a késleltetett fázis (csont fázis). A talpak kínzása után nem sokkal megvizsgált betegekről egy hét eltéréssel két csont-szkenet kell készíteni. Ha az első késleltetett szken negatív, és a második pozitív, az arra utal, hogy az első szken előtti napokban az egyént talpkínzásnak tették ki. Akut esetekben az egyhetes különbséggel készített két negatív csont-szken nem szükségszerűen azt jelenti, hogy nem történt kínzás, hanem azt, hogy az alkalmazott talpkínzási módszer súlyossága a szcintigráf érzékenységi szintje alatt maradt. Először is, a háromfázisú szkennelés elvégzése esetén a radionuklid angiográf fázisban és a vérpool képeknél – nem megnövekedett szintű csontfázisú felvétellel – a megnövekedett adszorpció vérbőségre utalhat, amely lágyszöveti sérüléssel áll összhangban. A lábcsonti és a lágyszöveti trauma MRI-vel is kimutatható.⁷⁰

(b) Ultrahang

Az ultrahang nem drága, és nincs biológiai kockázata. A vizsgálat minősége a vizsgálatot végző szakértelmétől függ. Amennyiben CT nem áll rendelkezésre, az akut hasi traumát az ultrahang méri fel. A tendinopátia kimutatása is történhet ultrahanggal, és a here rendellenességeinek esetében is választható módszer. A felfüggesztéses kínzást követő akut és krónikus szakaszokban vállultrahang használatos. Az akut szakaszban ödéma, a vállízületben és körülötte jelentkező folyadékgyülem, szakadások és a rotátorköpenyen vérömlenyek észlelhetők az ultrahanggal. Egy ismételt ultrahangos vizsgálat, mely azt állapítja meg, hogy az akut szakaszban észlelt nyom idővel eltűnik, megerősíti a diagnózist. Ilyen esetekben MRI, szcintigráfia és egyéb radiológiai vizsgálat együttes elvégzése, és az azok közötti korrelációk vizsgálata szükséges. Még ha a többi vizsgálat nem is jár pozitív eredménnyel, az ultrahanglelet önmagában elégséges a felfüggesztéses kínzás bizonyítására.

(c) Komputerezált tomográfia

A CT kiválóan alkalmas képalkotásra lágyszövet és csont esetében. Az MRI ugyanakkor jobban alkalmazható lágyszövetre, mint csontra. Az MRI feltárhat rejtett törést azelőtt, hogy ez akár rutin radiográfokkal, akár szcintigráfiával láthatóvá válna. A nyitott szkennerek és a szedálás alkalmazása enyhítheti a kínzás túlélői körében gyakori szorongást és klausztrofóbiát. A CT emellett tökéletes törések megállapítására és felmérésére, különösen a temporális és faciális csontokon. További előnyei között szerepel a törések kiegyenesítése és kimozdítása, különösen a gerinc-, a medence-, a váll- és a csípőízületi törések esetén. Csontzúzódások megállapítására nem képes. Akut, szubakut, és krónikus központi idegrendszeri károsodások esetén a kontrasztanyag intravénás befecskendezésével vagy anélkül elvégzett CT kell, hogy legyen a kezdeti vizsgálati mód. Ha a vizsgálati eredmény negatív, nem egyértelmű, vagy nem ad magyarázatot a túlélő idegrendszeri panaszaira vagy tüneteire, MRI használatára kell áttérni. Temporális csonttörések esetén a csontablakos CT, valamint a kontrasztanyag beadása előtti és utáni vizsgálatoknak kell a kezdeti vizsgálatnak lenniük. A csontablakok kimutathatnak töréseket, illetve a fülcsontokban bekövetkezett károsodásokat. A kontrasztanyag beadása előtti vizsgálat folyadékot és cholesteatomát mutathat ki. A kontraszt használatára az erre a területre jellemző vaszkuláris anomáliák miatt van szükség. Orrfolyás esetén a gerinccsatornába fecskendezett kontrasztanyagnak kell a temporális csontot követnie. Az MRI emellett a folyadék szivárgásáért felelős szakadást is kimutathatja. Az orrfolyás megállítása után lágyszöveti és csontablakos arc CT-nek kell következnie. Ezt követően, a kontrasztanyag gerinccsatornába fecskendezése után, CT-t kell készíteni.

⁷⁰ Lásd az V. fejezet 76. és 83. lábjegyzetét, valamint további információk találhatók a sztenderd radiológiai és nukleáris orvoslással kapcsolatos szövegekben.

(d) Mágneses rezonanciával történő képalkotás

A központi idegrendszeri rendellenességek kimutatása területén az MRI érzékenyebb a CT-nél. A központi idegrendszeri vérzés időbeli alakulása alapján azonnali, hiperakut, akut, szubakut és krónikus szakaszokra bontható, és az ilyen vérzés egyes szakaszai összefüggésben állnak a vérzésről alkotott képek jellemzőivel. Így, a leletek alapján megbecsülhetővé válhat a fejsérülések ideje és az állítólagos esetekkel való összefüggésük. A központi idegrendszeri vérzés teljesen felszívódhat, vagy elégséges hemosziderin tartalmat állíthat elő ahhoz, hogy a CT akár évekkel később is pozitív eredményt mutasson. A lágyszöveti vérzés, különösen az izmokban, általában teljesen felszívódik, és így nem hagy nyomot, ám vannak ritka esetek, amikor csontosodásra képes. Ezt heterotróf csontalakulásnak, vagy *myositis ossificans*-nak nevezik, és CT-vel kimutatható.

2. Biopszia áramütés okozta sérülések esetén

Az áramütés okozta sérülések esetleg, de nem szükségszerűen, olyan mikroszkopikus változásokkal járhatnak, amelyek rendkívül diagnosztikusak és jellemzőek az elektromos áram által kiváltott traumára. Ezeknek a jellemző változásoknak a biopsziás mintában való hiánya nem cáfolja meg az elektromos árammal való kínzás diagnózisát, és az igazságügyi hatóságok számára nem megengedhető, hogy ilyen feltevésre jussanak. Sajnálatos módon, ha valamely bíróság egy elektromos áram okozta kínzásról jelentést tevő panaszost arra kér, hogy biopsziának vesse alá magát, az eljárásához való hozzájárulás megtagadása, vagy egy negatív eredmény előítéletet kelt a bíróságban. Ezen túlmenően a kínzással összefüggő elektromos sérülések biopszia-diagnózisa területén a klinikai tapasztalatok korlátozottak, biztonsággal általában csak a kórtörténetből és a fizikális vizsgálatból állítható fel a diagnózis.

Ezt az eljárást tehát klinikai kutatási környezetben kell lefolytatni, és nem szabad diagnosztikai előírásnak tekinteni. A tájékozott beleegyezés megadásakor az egyént tájékoztatni kell az eredmények bizonytalanságáról, és meg kell engedni számára, hogy mérlegelje a potenciális hasznot, valamint a vizsgálat által a már traumatizált pszichére kifejtett hatást.

(a) A biopsziát indokló tényezők

Átfogó laboratóriumi kutatások folynak az elektromos áram által, elaltatott malacok bőrén okozott hatások felmérése területén.^{71 72 73 74 75 76} A kutatás megállapította, hogy léteznek olyan elektromos sérülésekre jellemző szövettani leletek, amelyek a sérülés tüvel végzett biopsziájának mikroszkopikus vizsgálatával kimutathatók. Ennek az esetlegesen jelentős klinikai alkalmazásra kerülő kutatásnak a további tárgyalása azonban túlmutat a jelen kiadvány hatáskörén. További információk a lábjegyzetekben található referenciákban olvashatók.

Néhány, emberek elektromos árammal történő kínzásával járó esetet szövettani szempontból vizsgáltak meg^{77 78 79 80}

⁷¹ H. K. Thomsen et al, 1981. „Early epidermal changes in heat and electrically injured pigskin: a light microscopic study”, *Forensic Science International*, 17.szám, 133-143. 133-143.

⁷² Uo., 1983. „The effect of direct current, sodium hydroxide and hydrochloric acid on pig epidermis: a light microscopic and electron microscopic study”, *Acta Pathol. Microbiol. Immunol. Scand*, 91. szám, 307-316. 307-316.

⁷³ H. K. Thomsen, 1984. "Electrically induced epidermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy", disszertáció (University of Copenhagen, F.A.D.L.), 1-78. 1-78.

⁷⁴ T. Karlsmark et al.1983., „Tracing the use of torture: electrically induced calcification of collagen in pigskin”, *Nature*, 301. szám, 75-78. 75-78. 75-78.

⁷⁵ Uo. 1988. "Electrically induced collagen calcification in pigskin: a light microscopic study", *Forensic Science International*, 39.szám, 163-174. 163-174.

⁷⁶ T. Karlsmark, 1990. „Electrically induced dermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy”, disszertáció (University of Copenhagen, F.A.D.L.), *Danish Medical Bulletin*, 37.szám, 507-520. 507-520.

⁷⁷ L. Danielsen et al, 1991. „Diagnosis of electrical skin injuries: a review and a description of a case”, *American Journal of Forensic Medical Pathology*, 12. szám, 222-226. 222-226.

⁷⁸ F. Oztop et al, 1994. „Signs of electrical torture on the skin”, *Treatment and Rehabilitation Center Report 1994* (Human Rights Foundation of Turkey), 11.szám, 97-104. 97-104.

⁷⁹ L. Danielsen, T. Karlsmark, H. K. Thomsen, 1997. „Diagnosis of skin lesions following electrical torture”, *Rom. J. Leg. Med.*, 5. szám, 15-20. 15-20.

⁸⁰ H. Jacobsen, 1997. „Electrically induced deposition of metal on the human skin”, *Forensic Science International*, 90. szám, 85-92. 85-92.

A bőrön észlelt elváltozásokat csak abban az egy esetben vélték az elszennvedett elektromos sérülésekre vonatkozóan diagnosztikusnak, amikor a vágásokat a sérülés után valószínűleg hét nappal ejtették (kalciumsó lerakódás a dermális rostokon az elhalt szövet körül elhelyezkedő élő szövetekben).

A többi esetben az állítólagos elektromos kínzás után pár nappal ejtett vágások eseti változásokat, és a sejtszerkezeteken kalciumsó-lerakódásokat mutattak ki, amelyek – bár megegyeznek az elektromos áram okozta hatásokkal – nem diagnosztikusak, mivel a dermális rostokon nem volt kimutatható kalciumsó-lerakódás. Egy, az állítólagos elektromos kínzás után egy hónappal végzett biopszia kúp alakú, 1-2 milliméter széles heget mutatott ki, megnövekedett számú fibroblaszt sejttel, és szorosan összetorlódtott, vékony, a felszínnel párhuzamosan elhelyezkedő kollagén rostokkal, melyek megegyeznek az elektromos sérülések jellemzőivel, de nem diagnosztikusak azokra nézve.

(b) Módszer

Miután a beteg tájékozott beleegyezését adta a biopsziához, a vizsgálat előtt a sebről fényképet kell készíteni, az elfogadott törvényszéki módszerek használatával. Helyi érzéstelenítés mellett 3-4 milliméternyi vágással biopsziát kell készíteni, és azt formalin pufferoldatba vagy hasonló fixatívba kell helyezni. A sérülés után, amilyen gyorsan lehet, bőrbopsziát kell végezni. Mivel az elektromos trauma általában a felhámra és a felszíni bőrrétegre korlátozódik, a sebek gyorsan eltűnhetnek. Biopsziát több sebből is lehet venni, de a betegre gyakorolt potenciális fájdalom figyelembe veendő⁸¹. A biopsziás anyagot egy, a dermatopatológia területén tapasztalattal rendelkező patológusnak kell megvizsgálnia.

(c) Diagnosztikai leletek elektromos sérülés esetén

Az elektromos sérülés diagnosztikai leletei közé tartozik a vezikuláris mag a felhámiban, a verejtékmirigyekben és véredényfalakon (csak egy differenciál-diagnózis: bázikus oldatok okozta sérülések), valamint kalciumsó-lerakódás tisztán a kollagén és elasztikus rostokon (a differenciál-diagnózis, a *Calcinosis cutis* egy ritka rendellenesség, melyet 220 000 egymást követő emberi bőrbopsziából mindössze 75-ben találtak, a számottevő kalcium-lerakódások pedig általában a kollagén és elasztikus rostokon való tisztán érzékelhető elhelyezkedés nélkül mutathatók ki).⁸²

Az elektromos sérülés tipikus, de nem diagnosztikus, leletei a kúp alakú cikkelyekben látható sebek, gyakran 1-2 mm szélesek, vas- vagy vörösréz-lerakódás a felhámiban (az elektróda miatt) és homogén citoplazma a felhámiban, a verejtékmirigyekben és a véredényfalakon. Kalciumsó-lerakódás is lehet a sejtszerkezetekben, cikkelyes sebekben, illetve előfordulhat, hogy semmilyen rendellenes szövettani lelet sem észlelhető.

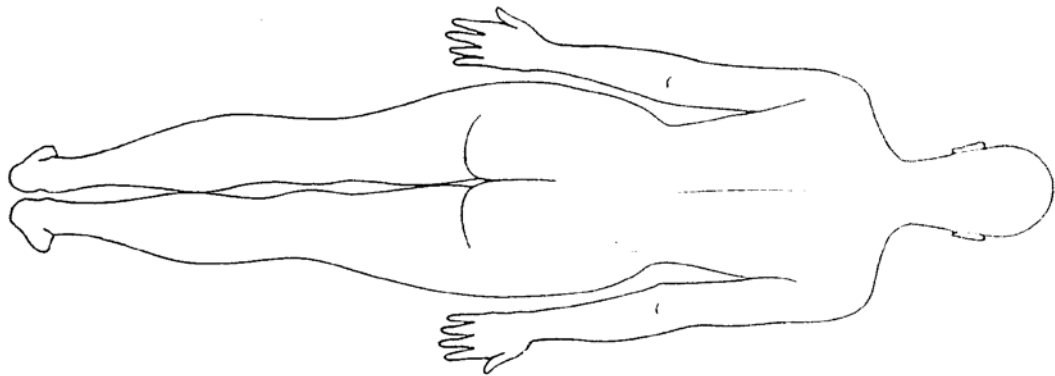
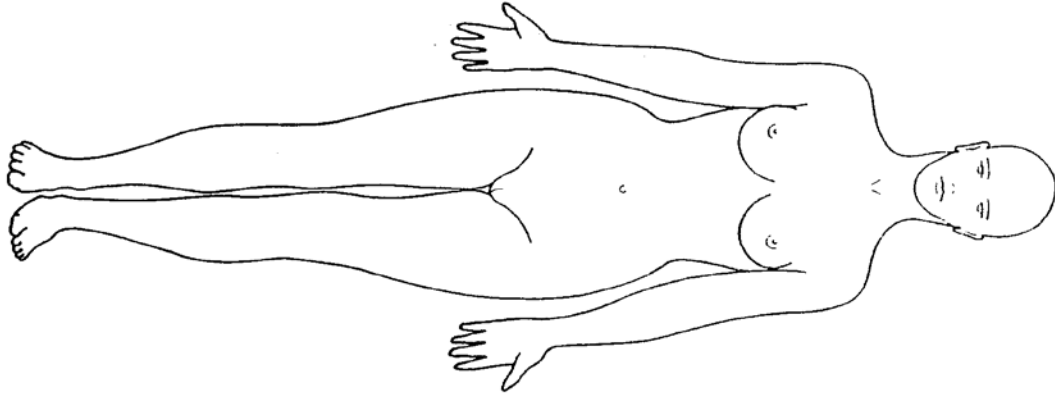
⁸¹ S. Gürpınar and S. Korur Fincancı, 1999. "Insan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu" (Human rights violations and responsibility of the physician), Birinci Basamak İqin Adli Tip El Kitabı (Handbook of Forensic Medicine for General Practitioners), Ankara, Turkish Medical Association.

⁸² Lásd a fenti (h) lábjegyzetet.

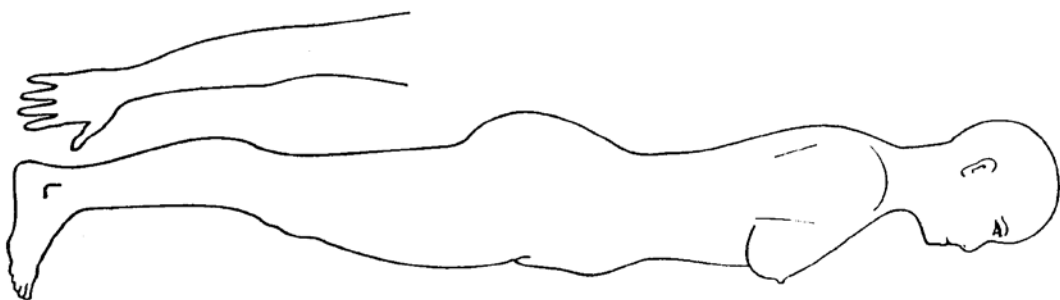
III. MELLÉKLET

Anatómiai ábrák a kínzás és más kegyetlen bánásmódok dokumentálásához

Női test - elől- és hátulnézet



Női test - oldalnézet



Név

.....

Eset azonosító száma:

Dátum:

.....

Név

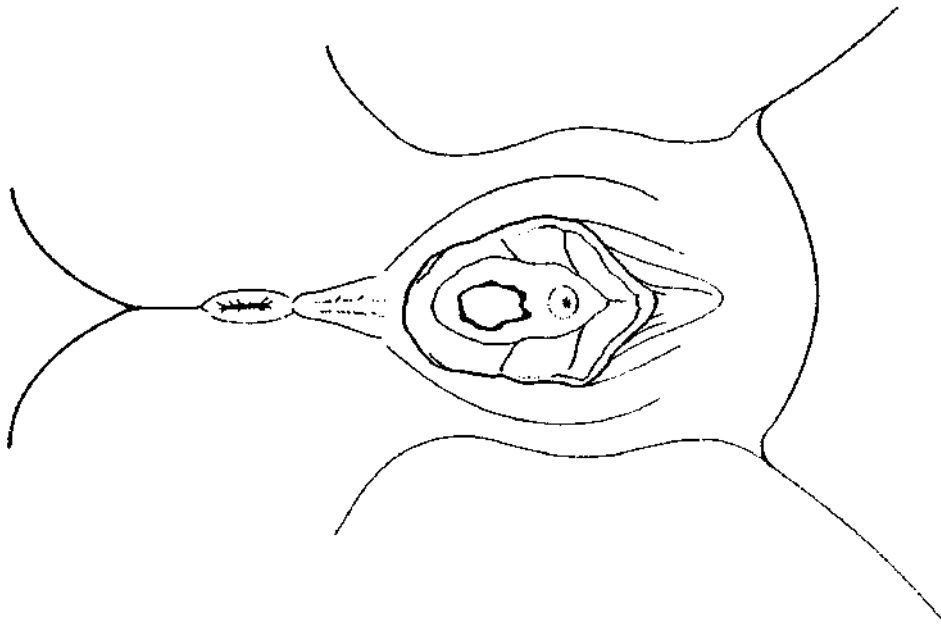
.....

Eset azonosító száma:

Dátum:

.....

Női nemi szerv



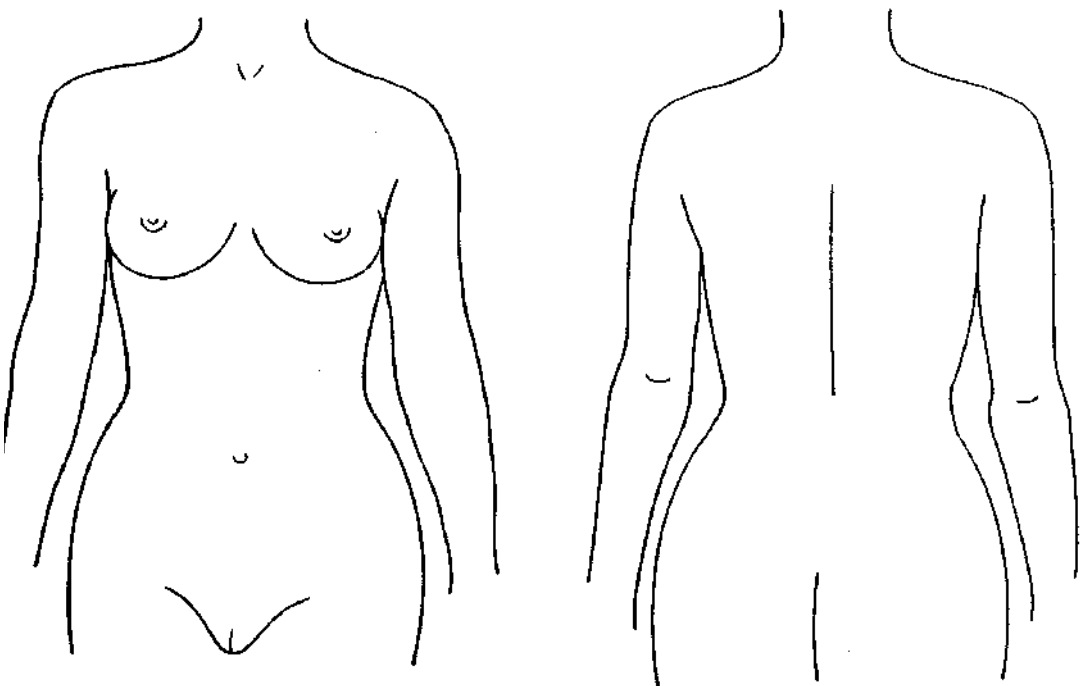
Név

.....

Eset azonosító száma:

Dátum:

Női felsőtest elől- és hátulnézet



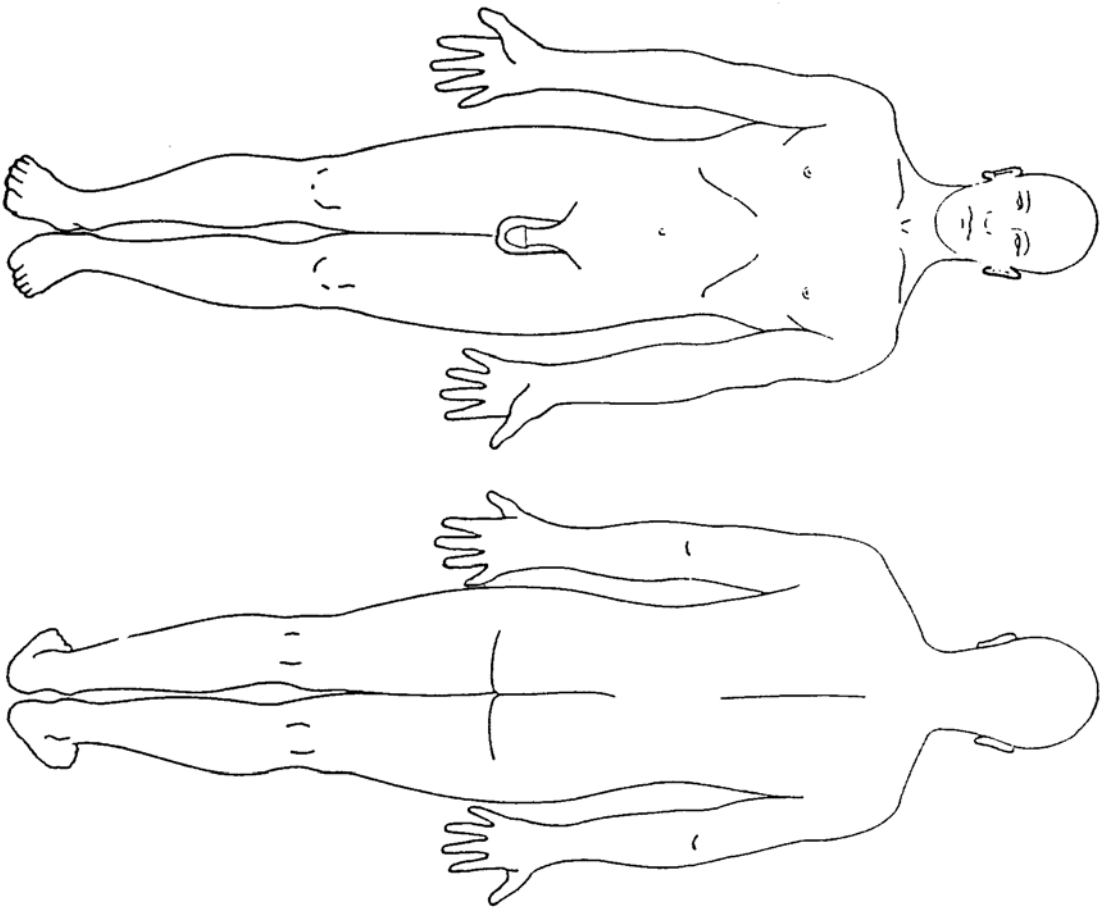
Név

.....

Eset azonosító száma:

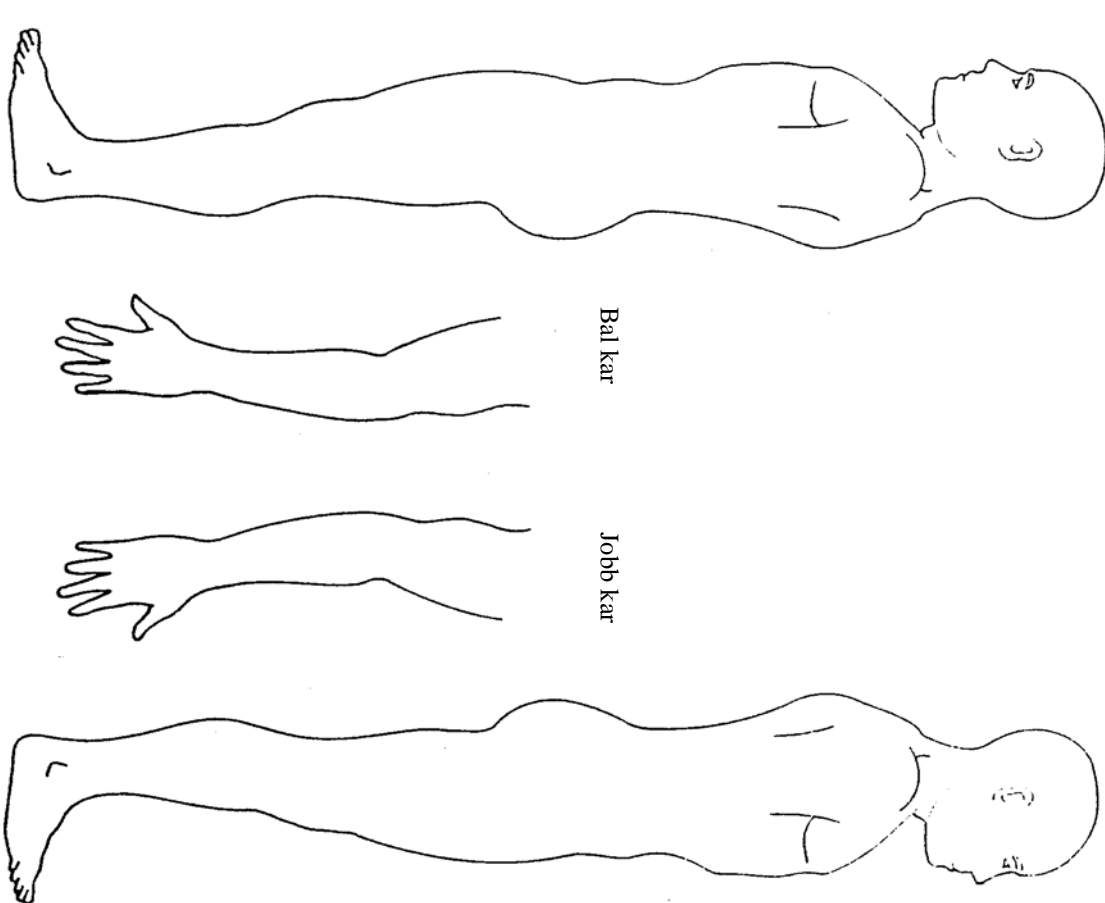
Dátum:

Férfi test - elői- és hátulnézet



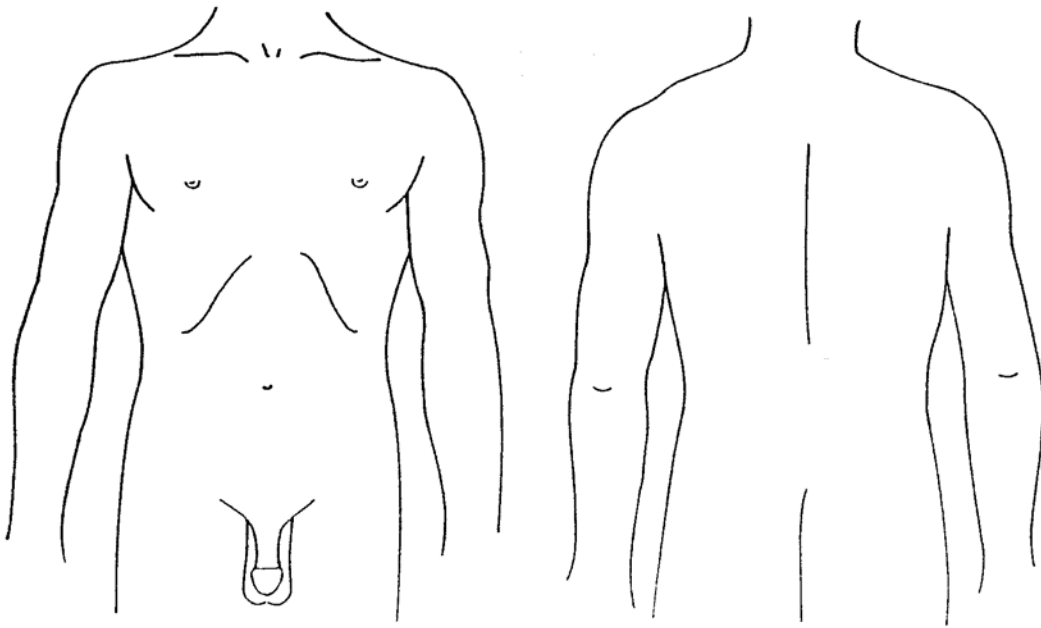
Név
Eset azonosító száma:
Dátum:

Férfi test - oldalnézet

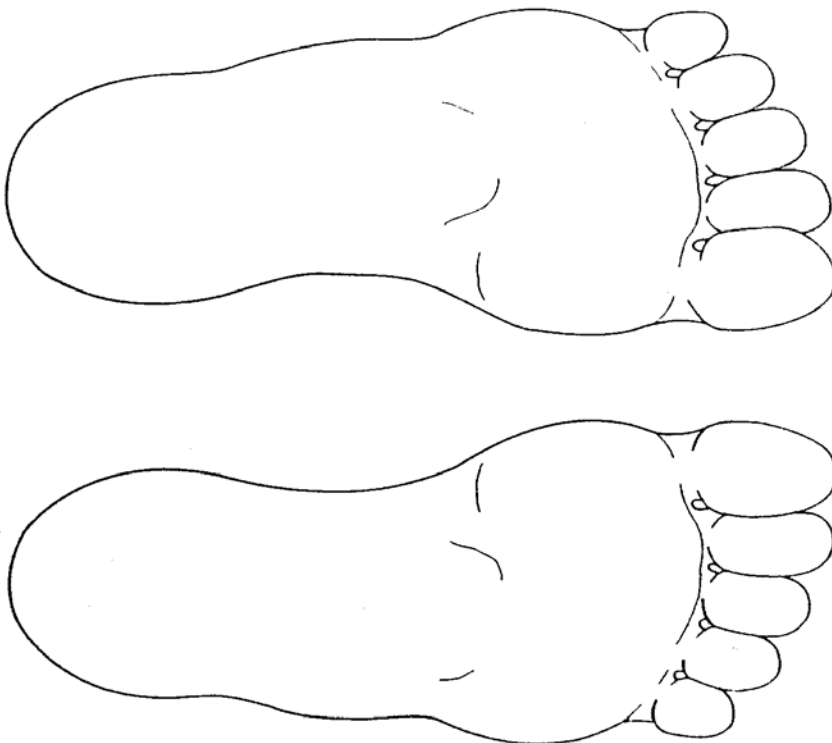


Név
Eset azonosító száma:
Dátum:

Férfi felsőtestet elől- és hátulnézet



Lábak – a bal és jobb talp felszíne



Név
Eset azonosító száma:
Dátum:

Név
Eset azonosító száma:
Dátum: