

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

# İSTANBUL PROTOKOLÜ

*İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı,  
Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde  
Soruşturulması ve Belgelendirilmesi  
İçin Kılavuz*



## **İngilizceden Çevirenler**

*Hale Eryılmaz, Şebnem Korur Fincancı, Önder Özkalıpçı, Murat Paker*

## **Metin Düzenleme**

Adli Tıp Uzmanı Olmayan Hekimler, Savcı ve Hakimlerin İstanbul Protokolü Eğitimleri kapsamında yapılan bu basım için İstanbul Protokolü'nün TIHV tarafından yapılan Mart 2003 tarihli Türkçe 2. Baskısı'nın redaksiyonunu yapanlar:

Yrd. Doç. Dr. Kerem Altıparmak, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, İnsan Hakları Merkezi, Ankara

Dr. Gürcan Altun, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Edirne

Dr. Nadir Arıcan, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Dr. Türkcan Baykal, Türk Tabipleri Birliği, İzmir

Dr. Şebnem Korur Fincancı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul,

Pınar Önen, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ruhsal Travma Bölümü, Kocaeli

Dr. Alper Tecer, Türkiye İnsan Hakları Vakfı

Av. Hülya Üçpınar, Türkiye İnsan Hakları Vakfı

Dr. Ümit Ünüvar, Türk Tabipleri Birliği, İstanbul

## **Yayına Hazırlık**

*Ümit Ünüvar ATILMIŞ*

## **Baskı Hazırlık:**

Mucize Reklam

Matbaacılık Tasarım Hizmetleri

Tel: (0312) 417 10 56



## **Baskı:**

Başak Matbaacılık Ltd. Şti. • Tel: (0312) 397 16 17

**Baskı Tarihi:** 19 Şubat 2009

ISBN : 978-605-5867-11-9

Türk Tabipleri Birliği

TC Anayasası ve 6023 sayılı yasaya göre kurulmuş

Kamu Kurumu Niteliğinde Meslek Örgütü olup

Hükümet dışı ve bağımsız bir kuruluştur.

İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkin Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi için Kılavuzu

### **İstanbul Protokolü**

9 Ağustos 1999 tarihinde Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği'ne sunulmuştur  
KATILIMCI KURULUŞLAR

Action for Torture Survivors (HRFT), Cenevre  
Amnesty International, Londra  
Association for the Prevention of Torture, Cenevre  
Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, Berlin  
British Medical Association, Londra  
Center for Victims of Torture, Minneapolis  
Center for the Study of Society and Medicine, Columbia University, New York  
Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,  
İnsan Hakları Felsefesi ve Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara  
Centre G. Devereux, University of Paris, Paris  
Committee Against Torture, Cenevre  
Danish Medical Association, Kopenhag  
Department of Forensic Medicine and Toxicology, University of Colombo, Colombo  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Anabilim Dalı, İzmir  
Gaza Community Mental Health Programme, Gazze  
German Medical Association  
Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV), Ankara  
Human Rights Watch, New York  
Indian Medical Association and the IRCT, Yeni Delhi  
Indochinese Psychiatric Clinic, Boston  
Institute for Global Studies, University of Minnesota, Minneapolis  
Institute Latinoamericano de Salud Mental, Santiago  
Inter-American Institute of Human Rights  
Program for the Prevention of Torture, San Jose  
International Committee of the Red Cross, Cenevre  
International Federation of Health and Human Rights Organizations, Amsterdam  
International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), Kopenhag  
Johannes Wier Foundation, Amsterdam  
Lawyers Committee for Human Rights, New York  
Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londra  
Physicians for Human Rights-Israel, Tel Aviv  
Physicians for Human Rights-Palestine, Filistin  
Physicians for Human Rights-USA, Boston  
Adli Tıp Uzmanları Derneği, İstanbul  
Survivors International, San Francisco  
Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Cape Town  
Türk Tabipleri Birliği, Ankara  
United Nations Special Rapporteur on Torture, Cenevre  
World Medical Association, Femey-Voltaire

## **TÜRKÇE ÜÇÜNCÜ BASKIYA ÖNSÖZ**

İnsanlığa karşı işlenmiş en büyük suçlardan biri olarak kabul ettiğimiz işkencenin, birçok hayvan türünde gördüğümüz şiddet uygulamalarından farklı olarak düpedüz insan icadı olduğunu, hem de insanlaşmanın epey ileri aşamalarında, örgütlü topluma geçişle birlikte pratiğe girdiğini ve teknolojik gelişmeye paralel olarak , amaca daha iyi hizmet edecek şekilde gelişme gösterdiğini düşündükçe , yanlış çağrışımlara yol açmamak için işkenceden her söz edişimizde kullandığımız “ insanlık suçu” nitelemesi yerine “insan suçu”, yada sadece “suç” dememiz daha mı doğru olur diye düşünüyorum.

İstanbul Protokolü'nün, gelişmişlik düzeyine bağlı olmayarak hemen her insan toplumunda hala uygulandığını bildiğimiz bu ağır suçun ortaya çıkarılması, belgelenmesi, kovuşturulması ve önlenmesi adına gösterilen çabalar arasında özel bir yere sahip olduğunu çok iyi biliyoruz. Bu onurlu çabaya katkı sunan, başta Türkiye İnsan Hakları Vakfı ve Adli Tıp Uzmanları Derneği olmak üzere bütün kurumlara, başta sevgili dostum Prof.Dr. Şebnem Korur Fincancı olmak üzere, insan hakları için uğraş vermeyi mesleklerinin temel ekseni haline getirmiş olan bütün bilim insanlarına ve insan hakları aktivistlerine Türk Tabipleri Birliği adına şükranlarımızı sunuyorum

**Prof. Dr. Gencay Gürsoy**

**Türk Tabipleri Birliği**

**Merkez Konseyi Başkanı**

## **Türkçe İkinci Baskıya Önsöz**

İşkencenin araştırılması ve dokümantasyonu açısından ilk uluslararası kılavuz olan ve Birleşmiş Milletler Belgesi olarak kabul edilen “İstanbul Protokolünün (İP) ilk baskısı Ocak 2001 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

Uygulayıcılar ve konu ile ilgili çalışmalar yapanların yoğun talepleri sonucu ilk baskının tükenmesi üzerine, Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV) ikinci baskının gerçekleştirilmesini sağlamıştır.

Birinci baskıdan bugüne İstanbul Protokolünün öyküsünü kısaca paylaşmak isteriz.

Ocak 2001 tarihinden itibaren öncelikle sağlıkçılar ve hukukçular olmak üzere ilgili kurum ve kişilere İP'nin Türkçe baskısının yaygın dağıtımını gerçekleştirilmiştir.

Türk Tabipleri Birliği (TTB), Adli Tıp Uzmanları Derneği (ATUD) ve Türkiye İnsan Hakları Vakfı'nın organize ettiği ve yaklaşık 150 sağlıkçı ve hukukçunun katılımı ile beş ilde (Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, İzmir) İP eğitim programları başarı ile tamamlanmıştır.

TTB, ATUD ve TİHV, İzmir Barosu ile birlikte 150 avukatın katıldığı bir eğitim programını İzmir'de gerçekleştirmiştir.

İzmir Tabip Odası, İzmir Sağlık Müdürlüğü ile birlikte 40 hekimin katıldığı bir eğitim programını tamamlamıştır.

Bunların yanı sıra, farklı katılımcılara yönelik düzenlenen bazı eğitim programlarında İP'ye yer verilmiş, konuyla ilgili pek çok tanıtım konuşmaları ve sunuşlar yapılmıştır.

Başta sağlıkçı ve hukukçuların gündelik uygulamalarında İP önemli bir yol gösterici olmuş, pek çok durumda referans alınmıştır.

TİHV'nin de üye olarak katıldığı İnsan Hakları Eğitimi On Yılı Ulusal Komitesi İP'nin yaygın eğitimini yapma karar almış, proje hazırlıkları başlatılmıştır.

Ülkemizde kısa sürede gündelik yaşamda karşılık bulan bu çalışmaların yanısıra dünyadaki gelişmeleri özetlemekte de yarar olacaktır.

İP, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği Ofisinde hazırlanan “Mesleki Eğitim Serisi” içinde 8 numaralı yayın olarak Birleşmiş Milletlerin resmi dilleri olan 6 dilde (Arapça, Çince, Fransızca, İngilizce, İspanyolca ve Rusça) yayınlanmış ve dünyada dağıtımını gerçekleştirilmiştir.

Meksika Hükümeti İP'nin yaygın eğitimi için bir proje başlatmıştır. İşkence Görenler için Uluslararası Rehabilitasyon Konseyi'nin (IRCT) katkısı ile başlatılan bu çalışma, daha sonra PHR-USA tarafından TİHV'nin de katkısı ile uygulamaya sokulmuştur,

Başta Finlandiya, Almanya olmak üzere çeşitli ülkelerde İP yaygın olarak uygulanmaya başlamıştır.

Sonuç olarak, hepimizin katkısı ile giderek yaygınlaşan İP uygulamalarını elinizdeki 2. baskısı yapılan kitapçığın daha da yaygınlaştıracağına ve kolaylaştıracağına inanıyoruz. Fark edileceği gibi ikinci baskının biçimi Birleşmiş Milletler'in 6 resmi dilde yaptığı baskı göz önüne alınarak yeniden düzenlenmiştir.

İşkence ve şiddetin zihinleri teslim alma çabalarına karşın, işkencenin zihinlerden kazınması için hepimize son derece zor, ama bir o kadar da onurlu bir sorumluluk düştüğü bilinci ile,

Saygılarımızı sunuyoruz.

Metin Bakkalcı

TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Koordinatörü

## **Türkçe Birinci Baskıya Önsöz**

Ülkemiz sahip olduğu eğitilmiş insan potansiyeli ile, tarihsel kültür birikimi ile yüzyıllar öncesinden barış ve sevginin simgesi olmuş evrensel değerleri ile hiç bir zaman bugün sahip olduğu “kötü” insan hakları karnesini haketmemiştir.

On yıl önce TİHV’ni kurarken, yani 5000’den fazla işkence mağduruna tedavi desteği vermeden, işkence konulu 100’e yakın bilimsel toplantı yapmadan, insan hakları ihlalleri ile ilgili binlerce günlük rapor ve insan hakları ihlalleri konulu onlarca kitap yayınlamadan önce de inandığımız bir şey vardı; işkence bir gün ama mutlaka bir gün yeryüzünden silinip kaybolacak. Bu inancımızın dayanaklarından biri, sadece 100 yıl önce dünyanın birçok yerinde insanlar renklerinden ya da ırklarından ötürü ayaklarından kelepçelenip zorla köle olarak çalıştırılırken, 1990’lı yıllarda yaşanan tüm insanlık dramı savaflara ve vahşetlere karşın prangalı kölelik sistemine yeryüzünde rastlanmamasıydı.

İşte elinizde bulunan İstanbul Protokolü, işkencenin tıpkı prangalı kölecilik sistemi gibi yeryüzünden kaldırılması yolunda atılan önemli adımlardan biridir.

On yıl önce TİHV’ni kurarken yaşanan insan hakları ihlalleri neticesinde yaşadığımız acılardan dolayı “birşeyler yapmalı” diyerek yola koyulduk. On yılın sonunda gerek yayınladığımız insan hakları ihlalleri bültenleri ile, gerek çıkardığımız titiz çalışma ürünü raporlarımızla, gerek tedavi ettiğimiz ve işkence bulgularını dokümante ettiğimiz mağdurlarla, hem ülkemizde hem uluslararası planda büyük saygınlık gördük. Bugün temsilciliklerimiz tarafından ya da TTB’ne bağlı tabip odaları alternatif rapor komisyonları ile işbirliği içinde hazırlanan tıbbi raporlar, mahkemelerimiz tarafından kabul görerek suçluların cezalandırılmasında dayanak olarak kullanılmaya başlamıştır.

TİHV’nin tüm imkanlarını seferber ederek ve bu alanda ülkemizin saygın birçok bilim insanı ile işbirliği içinde oluşumuna önemli katkılarda bulunduğu İstanbul Protokolü, yapılan çalışmaların kalitesinin ulusal ve uluslararası planda kabul görmesinin bir ifadesidir.

Dünyanın 15 ülkesinden 40 örgüt mensubu 75 hukukçu, felsefeci, hekim ve sağlık çalışanı, psikolog ve insan hakları aktivistlerinin bilgi ve deneyim birikimlerinin bir ifadesi de olan ve bu uzmanların acılı deneyimlerinden yoğun olarak birlikte oluşturdukları İstanbul Protokolü, bugün sadece ülkemizin değil, dünyadaki tüm işkence mağdurlarının, bu kişilerin avukatlarının, insan hakları aktivistlerinin ve “gerçeği” arayan hakim ve savcılarının başvuracakları Birleşmiş Milletler patentli hukuki ve tıbbi bir kılavuzdur.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı insan hakları alanında Birleşmiş Milletler düzeyinde böylesi bir tarihsel kılavuzun oluşmasına katkıda bulunmaktan ve bu eserin Türkçe metnini orijinal İngilizce metninden önce basıp yayınlamaktan sevinç duyuyor.

İstanbul Protokolü referans gösterilerek işkence iddiaları daha hızlı, daha tarafsız, daha bilimsel olarak soruşturulduğunda, dolayısı ile bir işkence iddiası daha dünyanın herhangi bir ülkesindeki herhangi bir mahkemede ispatlanıp suçlular cezalandırıldığında bu eseri yayınlarken duyduğumuz sevincimize işkence mağdurunun ve ailesinin sevinci eklenecektir.

Bu kılavuz kitabın okuru olan sizler herhangi bir işkence iddiasında tüm hukukî ve tıbbi soruşturmanın İstanbul Protokolü önerileri doğrultusunda yapılması için çabaladığımızda demokratik hukuk devleti ve işkencesiz bir dünya rüyamıza ortak olacaksınız. Bu rüya aslında tüm insanlığın rüyasıdır ve İstanbul Protokolüne ne kadar çok sahip çıkılıp uygulanırsa insanlık bu rüyaya daha çabuk yaklaşacaktır.

Yavuz Önen

TİHV Yönetim Kurulu Başkanı

## ÇİNDEKİLER

		Sayfa
Giriş		10
Protokolün yazımına katkıda bulunanlar ve diğer katılımcılar		11
Bölüm	Paragraflar	
I. KONUYLA İLGİLİ ULUSLARARASI HUKUK STANDARTLARI	1-47	15
A. Uluslararası İnsancıl Hukuk	2-6	15
B. Birleşmiş Milletler	7-24	16
1. İşkencenin önlenmesine ilişkin hukuksal yükümlülükler	10	17
2. Birleşmiş Milletler organları ve mekanizmaları	11-24	17
C. Bölgesel Kuruluşlar	25-45	21
1. Amerikalılararası İnsan Hakları Komisyonu, Amerikalılararası İnsan Hakları Mahkemesi	25-32	21
2. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi	33-38	22
3. Avrupa İşkenceyi ve İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezayı Önleme Komitesi	39-43	23
4. Afrika İnsan ve Halkların Hakları Komisyonu ve Afrika İnsan ve Halkların Hakları Mahkemesi	44-46	24
D. Uluslararası Ceza Mahkemesi	47	25
II. KONUYLA İLGİLİ ETİK DEĞER VE KURALLAR	48-72	27
A. Hukuk mesleği etiği	49-50	27
B. Sağlık hizmeti etiği	51-56	27
1. Sağlık çalışanlarıyla ilgili Birleşmiş Milletler açıklamaları	52-53	28
2. Uluslararası meslek kuruluşlarının açıklamaları	54-55	28
3. Ulusal sağlık hizmeti etiği kuralları	56	29
C. Tüm sağlık hizmeti etiği kurallarında yer alan ortak ilkeler	57-65	29
1. Müşfik bakım ve tedavi sağlama görevi.	58-62	29
2. Aydınlatılmış onam	63-64	31
3. Gizlilik	65	31
D. Sağlık çalışanlarının çifte yükümlülüğü	66-73	32
1. Çifte yükümlülüğü olan tüm doktorlara rehberlik eden ilkeler	67	32
2. Çifte yükümlülüğün getirdiği ikilemler	68-73	32
III. İŞKENCENİN HUKUKİ AÇIDAN SORUŞTURULMASI	74-118	35
A. İşkence soruşturmasının amacı	77	35
B. İşkence ve diğer zalimane, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamele veya cezanın etkin soruşturulması ve betgelenirilmesine ilişkin ilkeler	78-84	35
C. İşkence soruşturmasında usuller	85-106	37
1. Uygun soruşturma biriminin belirlenmesi	85-87	37
2. İşkence gördüğü iddia edilen kişi ve diğer tanıklarla görüşme	88-101	38

3. Fiziksel delillerin elde edilmesi ve korunması	102-103	41
4. Tıbbi deliller	104-105	42
5. Fotoğraflama	106	43
D. Soruşturma komisyonu	107-119	43
1. Soruşturma kapsamının tanımlanması	107	43
2. Komisyonun yetkileri	108	43
3. Üyelik ölçütleri	109-110	43
4. Komisyon çalışanları	111	44
5. Tanıkların korunması	112	44
6. Usul	113	44
7. Soruşturma duyurusu	114	44
8. Delillerin toplanması	115	44
9. Tarafların hakları	116	45
10. Delillerin değerlendirilmesi	117	45
11. Komisyon raporu	118-119	45
IV. GÖRÜŞME İLE İLGİLİ GENEL DEĞERLENDİRMELER	120-160	47
A. Soruşturma, İnceleme ve belgelemenin amacı	121-122	47
B. Alıkonulara ilişkin usuli önlemler	123-126	47
C. Alıkonulma merkezlerine yapılan resmi ziyaretler	127-134	48
D. Soru sorma teknikleri	135	50
E. Öykünün raporlanması	136-141	50
1. Yakalanma öncesi ve psiko-sosyal öykü	136	50
2. Alıkonulma ve kötü muamele öyküsünün özeti	137	50
3. Alıkonulma koşulları	138	51
4. Alıkonulma yer ve koşulları	139	51
5. İşkence ve kötü muamele yöntemleri	140-141	51
F. Öykünün değerlendirilmesi	142-143	52
G. İşkence yöntemlerinin gözden geçirilmesi	144-145	52
H. Görüşülen kişinin yeniden travmatize edilme riski	146-149	53
I. Çevirmen kullanımı	150-153	54
J. Cinsiyetle ilgili konular	154-155	55
K. Sevk gerektiren durumlar	156	55
L. Bulguların yorumlanması ve sonuçları	157-160	55
V. İŞKENCENİN FİZİKSEL DELİLLERİ	161-233	57
A. Görüşme şekli	163-167	57
B. Tıbbi öykü	168-172	57
1. Akut belirtiler	170	58
2. Kronik belirtiler	171	58
3. Görüşmenin özeti	172	59



C.	Fizik muayene	173-186	59
1.	Deri	176	59
2.	Yüz	177-182	60
3.	Göğüs ve karn	183	61
A.	Kas iskelet sistemi	184	61
5.	Ürogenital sistem	185	61
6.	Merkezi ve periferik sinir sistemi	186	61
D.	Özel işkence yöntemleri sonrası muayene ve değerlendirme	187-232	62
1.	Kaba dayak ve künt travmanın diğer formları	189-202	62
2.	Ayağa darbe uygulaması (Falaka, falanga, bastinado)	203-205	64
3.	Askı	206-209	66
4.	Diğer pozisyonel işkenceler	210-211	67
5.	Elektrik şoku işkencesi	212	67
6.	Diş işkencesi	213	68
7.	Boğma (havasız bırakma)	214	68
8.	Tecavüz ve cinsel işkence	215-232	68
E.	Tanısal özel testler (tanı koydurucu özel testler)	233	72
VI.	İŞKENCENİN PSİKOLOJİK KANITLARI	234-315	73
A.	Genel değerlendirmeler	234-239	73
1.	Psikolojik değerlendirmenin merkezi rolü	234-237	74
2.	Psikolojik değerlendirme ortamı	238-239	74
B.	İşkencenin psikolojik etkileri	240-259	74
1.	Dikkat edilmesi gereken hususlar	240	75
2.	Yaygın olarak görülen psikolojik tepkiler ve belirtiler	241-249	75
3.	Tanısal sınıflandırmalar	250-259	77
C.	Psikolojik/psikiyatrik değerlendirme	260-315	80
1.	Etik ve klinik ilkeler	260-262	80
2.	Görüşme süreci	263-274	80
3.	Psikolojik/psikiyatrik değerlendirmenin bileşenleri	275-291	83
4.	Nöropsikolojik değerlendirme	292-309	86
5.	Çocuklar ve işkence	310-315	90
EKLER			
I.	İşkence ve diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya cezaların etkili biçimde soruşturulması ve belgelendirilmesine ilişkin ilkeler		93
II.	Tanısal testler		95
III.	İşkence ve kötü muamelenin belgelendirilmesi için anatomik çizimler		99
IV.	İşkence ve kötü muamelenin tıbbi değerlendirilmesine kılavuzluk eden ilkeler		109
KAYNAKLAR			113

## GİRİŞ

Kılavuzda *işkence*, Birleşmiş Milletlerin 1984 tarihli *İşkenceye Karşı Sözleşme*'sinde (*United Nations Convention Against Torture-1984*) tanımlandığı anlamda kullanılmıştır:

“Bir kişiden veya üçüncü bir şahıstan bilgi almak, o kişinin veya üçüncü bir şahsın itiraf etmesini sağlamak, o kişiyi veya üçüncü bir şahsı işlediği veya işlediğinden şüphelenilen herhangi bir eylemden dolayı cezalandırmak, her tür ayırimcılıktan kaynaklanan herhangi bir nedenle söz konusu kişiyi veya üçüncü bir şahsı korkutmak veya zorlamak amacıyla, kamu görevlisi veya resmi görevli olarak hareket eden herhangi bir şahsın rızası, emri veya göz yummasıyla, söz konusu kişiye acı vermek veya canını yakmak kastıyla yapılan zihinsel ve/veya fiziksel herhangi bir hareket işkencedir. Yasal müeyyidelerin doğal veya arızî sonucu olarak çekilen acı, işkence kapsamına dahil değildir”.<sup>1</sup>

İşkence, uluslararası toplum için ciddi bir endişe konusudur. İşkencenin amacı, sadece bireylerin fiziksel ve duygusal yapılarına zarar vermek değildir; kimi durumlarda bütün bir toplumun iradesini ve onurunu da yok etmeyi amaçlar. İnsan olarak varoluşumuzun anlamına ters düştüğü ve daha aydınlık bir gelecek için umutlarımıza gölge düşürdüğü için işkence, insanlık ailesinin bütün üyelerini ilgilendirir.<sup>2</sup>

Uluslararası insan hakları hukuku ve insanlı hukukun işkenceyi her koşulda yasaklamış olmasına karşın (Bkz. Bölüm II), dünya ülkelerinin yarısından fazlasında, kötü muamele ve işkence yapılmaktadır.<sup>3-4</sup> Koşulsuz şartsız yasaklanmış olmasına karşın, işkencenin bütün dünyada bu kadar yaygın olarak uygulanması, yasaklama ve uygulama arasındaki bu çarpıcı karşıtlık, bireyleri işkence ve kötü muameleden korumak için, devletlerin etkin önlemleri tanımlayıp, uygulamaya koymaları gerektiğini de sergilemektedir. Bu kılavuz, devletlerin bireyleri işkenceden korumanın en temel unsurlarından birine yani etkili belgelendirme konusuna eğilmesini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Etkili belgelendirme sayesinde işkence ve kötü muamelenin kanıtları gün yüzüne çıkartılarak, suçluların işledikleri fiillerden sorumlu tutulması ve adaletin yerini bulması sağlanabilir. Kılavuzda anlatılan belgelendirme yöntemleri, insan hakları izleme ve soruşturmaları, siyasi iltica başvurusu değerlendirmeleri, işkence altında suçunu “itiraf” eden kişilerin savunulması, işkence görenlerin tedavisinde gereksinimlerin değerlendirilmesi de dahil olmak üzere başka koşullarda da kullanılabilir. Kılavuz ayrıca, işkence kanıtlarını göz ardı etmeye, farklı göstermeye veya tahrif etmeye zorlanan sağlık çalışanlarının durumlarında, sağlık çalışanları ve onlar hakkında hüküm verecek olanlar için de uluslararası bir başvuru kaynağı niteliğindedir.

Son yirmi yıl içinde işkence ve sonuçlarına ilişkin çok şey öğrenildi, ancak bu Kılavuz geliştirilmeden önce işkencenin belgelendirilmesi konusunda uluslararası kurallar mevcut değildi. *İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi İçin Kılavuz'un* (İstanbul Protokolü) amacı, işkence ve kötü muamele gördüğünü öne süren bireylerin değerlendirilmesi, işkence iddialarının incelenmesi ve bu tür bulguların yargı mercilerine, soruşturma yapmakla yükümlü diğer kurumlara raporlanması için uluslararası kuralları belirleyen bir başvuru kaynağı olmaktır. Kılavuz, *İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ve Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesine Kılavuzluk Eden İlkeleri de içermektedir* (Bkz. Ek I). Bu ilkeler, işkencenin etkili bir biçimde belgelendiril-

---

<sup>1</sup> Birleşmiş Milletler İşkence Mağdurları Gönüllü Fonu Mütevelli Heyeti tarafından, BM'in işkence mağdurlarına yardımı ile ilgili olarak, herkes için İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlıkdışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezalandırmadan Korumak için Deklarasyonu'un 1. maddesi ve diğer ilgili uluslararası belgeler temelinde 1982 yılından bu yana yapılan tavsiyeleri, “İşkence; zalimane, insanlıkdışı veya aşağılayıcı muamelenin ağırlaştırılmış ve kastlı biçimidir.” ve “Mahpuslara Uygulanacak Asgari Standart Kurallara aykırı olmadığı sürece yasal müeyyidelerin doğal veya arızî sonucu olarak çekilen acı, işkence kapsamına dahil değildir” demektir.

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

<sup>3</sup> Uluslararası Af Örgütü, 1999 Raporu (Londra: AIP, 1999).

<sup>4</sup> M. Başoğlu, “Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach”, *The Journal of American Medical Association (JAMA)* 1993; 270:606-611.

mesini sağlamak için Devletlerin uyması gereken asgari standartları belirlemektedir.<sup>5</sup> Kılavuzun içerdiği kurallar, statik bir metin, statik bir protokol olarak algılanmamalıdır. Kılavuz'da yer alan kurallar, İlkeler bölümünün içerdiği minimum standartların ayrıntılı bir biçimde ele alınmasıyla oluşturulmuştur ve bu kurallar, eldeki kaynaklar makul bir biçimde değerlendirilerek uygulanmalıdır.

Kılavuz ve İlkeler, 15 ülkeye dağılmış olan 40 örgüt veya kurumu temsil eden, hukuk, sağlık ve insan hakları alanında çalışan 75'ten fazla uzmanın üç yıllık araştırma, analiz ve taslak metin yazımı çalışmalarının ürünüdür. Bu kılavuz; Şili, Kosta Rika, Danimarka, İngiltere, Fransa, işgal altındaki Filistin toprakları (Gazze), Almanya, Hindistan, İsrail, Hollanda, Güney Afrika, Sri Lanka, Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'nden gelen adli tıp uzmanları, hekimler, psikologlar, insan hakları gözlemcileri ve avukatların ortak çalışmasıyla tasarlanıp hazırlanmıştır.

## **PROTOKOLÜN YAZIMINA KATKIDA BULUNANLAR VE DİĞER KATILIMCILAR**

Proje Koordinatörleri:

Dr. Vincent Iacopino, İnsan Hakları için Hekimler (Physicians for Human Rights PHR), ABD, Boston

Dr. Önder Özkalıpçı, Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TIHV), İstanbul

Ms. Caroline Schlar, İşkence Kurbanları için Eylem Örgütü (Action for Torture Survivors HRFT), İsviçre, Cenevre  
Yayına Hazırlama Komitesi:

Dr. Kathleen Alden, Hindişin Psikiyatri Kliniği, Boston; ve Dartmouth Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, Lebanon, New Hampshire

Dr. Türkcan Baykal, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İzmir

Dr. Vincent Iacopino, İnsan Hakları için Hekimler ABD, Boston

Dr. Robert Kirschner, İnsan Hakları için Hekimler ABD, Chicago

Dr. Önder Özkalıpçı, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İstanbul

Dr. Michael Peel, İşkence Kurbanlarının Bakımı için Tıp Vakfı, Londra

Dr. Hernan Reyes, Toplum ve Tıp Çalışmaları Merkezi, Columbia Üniversitesi, New York

Mr. James Welsh, Uluslararası Af Örgütü, Londra

Raportörler:

Dr. Kathleen Alden, Hindişin Psikiyatri Kliniği, Boston ve Dartmouth Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Lebanon, New Hampshire

Ms. Barbara Frey, Küresel Çalışmalar Enstitüsü, Minnesota Üniversitesi, Minneapolis

Dr. Robert Kirschner, İnsan Hakları için Hekimler ABD, Chicago

Dr. Şebnem Korur Fincancı, Adli Tıp Uzmanları Derneği, İstanbul

Dr. Hernan Reyes, Toplumsal Araştırma ve Tıp Merkezi, Columbia Üniversitesi, New York

Ms. Ann Sommerville, İngiltere Tabipler Birliği, Londra

Dr. Numfondo Walaza, İşkence ve Şiddet Kurbanları için Travma Merkezi, Cape Town

---

<sup>5</sup> İşkence ve Zalimane, İnsanlık Dışı ya da Aşağılayıcı Muamele veya Cezanın Etkin Belgelendirilmesi İlkeleri 55/89 sayılı ve 4 Aralık 2000 tarihli BM Genel Kurul kararı ve 2000/43 sayılı ve 20 Nisan 2000 tarihli İnsan Hakları Komisyonu kararına eklenmiş ve her ikisinde de onaylanmadan kabul edilmiştir.

Katkıda Bulunan Yazarlar:

Dr. Suat Alptekin, Adli Tıp Bölümü, İstanbul

Dr. Zuhâl Amato, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Etik Anabilim Dalı, İzmir

Dr. Alp Ayan, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İzmir

Dr. Semih Aytaçlar, Sonomed Görüntüleme Merkezi, İstanbul

Dr. Metin Bakkalcı, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, Ankara

Dr. Ümit Biçer, Adli Tıp Uzmanları Derneği, İstanbul

Dr. Yeşim Can, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İstanbul

Dr. John Chisholm, İngiltere Tabipler Birliği, Londra

Dr. Lis Danielsen, İşkence Kurbanları için Uluslararası Rehabilitasyon Konseyi, Kopenhag

Dr. Hanan Diab, İnsan Hakları için Hekimler, Filistin, Gazze

Dr. Jean-Michel Diez, İşkenceyi Önlemek için Birlik, Cenevre

Dr. Yusuf Doğar, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İstanbul

Dr. Morten Ekstrom, İşkence Kurbanları için Uluslararası Rehabilitasyon Konseyi, Kopenhag

Prof. Ravindra Fernando, Colombo Üniversitesi, Adli Tıp ve Toksikoloji Bölümü, Colombo

Dr. John Fitzpatrick, Cook County Hastahanesi, Chicago

Ms. Camille Giffard, Essex Üniversitesi, İngiltere

Dr. Jill Glick, Chicago Üniversitesi Çocuk Hastanesi, Chicago

Dr. Emel Gökmen, İstanbul Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Dr. Norbert Gurrus, Berlin İşkence Kurbanları Tedavi Merkezi, Berlin

Dr. Hakan Gürvit, İstanbul Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Dr. Karin Helweg-Larsen, Danimarka Tabipler Birliği, Kopenhag

Dr. Gill Hinshelwood, İşkence Kurbanlarının Tedavi ve Bakımı için Tıp Vakfı, Londra

Dr. Uwe Jacobs, Uluslararası İşkence Kurbanları, San Francisco

Dr. Jim Jaranson, İşkence Kurbanları Merkezi, Minneapolis

Ms. Cecilia Jimenez, İşkencenin Önlenmesi için Birlik, Cenevre

Ms. Karen Johansen Meeker, Minnesota Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Minneapolis

Dr. Emre Kapkın, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İzmir

Dr. Cem Kaptanoğlu, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir

Prof. Ioanno Kuçuradi, Hacettepe Üniversitesi Felsefe ve İnsan Hakları Araştırmaları ve Uygulamaları Merkezi, Ankara

Mr. Basem Lafi, Gazze Akıl Sağlığı Programı, Gazze

Dr. Elizabeth Lira, Latin Amerika Akıl Sağlığı Enstitüsü, Santiago

Dr. Veli Lök, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İzmir

Dr. Michele Lorand, Cook County Hastahanesi, Chicago

Dr. Ruchama Marton, İnsan Hakları için Hekimler-İsrail, Tel Aviv  
Ms. Elisa Massimino, İnsan Hakları için Avukatlar Komitesi, New York  
Ms. Carol Mottet, Hukuk Danışmanı, Bern  
Dr. Fikri Öztop, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir  
Mr. Alan Parra, Birleşmiş Milletler İşkence Özel Raportörü Ofisi, Genevre  
Dr. Beatrice Patsalides, Uluslararası İşkence Kurbanları, San Francisco  
Dr. Jean Pierre Restellini, Avrupa Konseyi İnsan Hakları Bölümü, İnsan Hakları Konusunda Bilinçlendirme Birimi, Strasbourg  
Mr. Nigel Rodley, Birleşmiş Milletler İşkence Özel Raportörü, Genevre  
Dr. Füsün Sayek, Türk Tabipleri Birliği, Ankara  
Dr. Françoise Sironi, Centre G. Devereux, Paris Üniversitesi, Paris  
Dr. Bent Sorensen, İşkence Kurbanları için Uluslararası Rehabilitasyon Konseyi ve İşkenceye Karşı Komite, Genevre  
Dr. Nezir Suyugül, Adli Tıp Kurumu, İstanbul  
Ms. Asmah Tareen, Minnesota Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Minneapolis  
Dr. Henrik Klem Thomsen, Bispebjerg Hastanesi, Patoloji Bölümü, Kopenhag  
Dr. Morris Tidball-Binz, İşkencenin Önlenmesi Programı, Inter-Amerikan İnsan Hakları Enstitüsü, San Jose, Costa Rica  
Dr. Nuray Türksoy, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İstanbul

Ms. Hülya Üçpınar, İzmir Barosu İnsan Hakları Bürosu, İzmir

Dr. Adriaan van Es, Johannes Wier Vakfı, Amsterdam

Mr. Ralf Wiedemann, Minnesota Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Minneapolis

Dr. Mark Williams, İşkence Kurbanları Merkezi, Minneapolis

Katılımcılar

Mr. Alessio Bruni, İşkenceye Karşı Komite, Genevre

Dr. Eyad El Sarraj, Gazze Akıl Sağlığı Programı, Gazze

Dr. Rosa Garcia-Peltoniemi, İşkence Kurbanları Merkezi, Minneapolis

Dr. Ole Hartling, Danimarka Tabipler Birliği, Kopenhag

Dr. Hans Petter Hougen, Danimarka Tabipler Birliği, Kopenhag

Dr. Delon Human, Dünya Tabipler Birliği, Ferney-Voltaire

Dr. Dario Lagos, Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial, Buenos Aires

Dr. Frank Ulrich Montgomery, Alman Tabipler Birliği, Berlin

Mr. Daniel Premont, Birleşmiş Milletler İşkence Kurbanları Gönüllü Fonu, Genevre

Dr. Jagdish C. Sobti, Hindistan Tabipler Birliği, New Delhi

Mr. Trevor Stevens, Avrupa İşkenceyi Önleme Komitesi, Strasbourg

Mr. Turgut Tarhanlı, Boğaziçi Üniversitesi, Uluslararası İlişkiler ve İnsan Hakları Departmanı, İstanbul

Mr. Wilder Taylor, İnsan Hakları İzleme Örgütü, New York

Dr. Joergen Thomsen, İşkence Kurbanları için Uluslararası Rehabilitasyon Konseyi, Kopenhag

Bu proje, Birleşmiş Milletler İşkence Kurbanları Gönüllü Fonu, İsviçre Dışişleri Bakanlığı İnsan Hakları ve İnsan Dostu Politikalar Birimi, Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Teşkilatı Demokratik Kurumlar ve İnsan Hakları Ofisi, İsveç Kızılhaçı, Türkiye İnsan Hakları Vakfı ve İnsan Hakları için Hekimler'in sağladığı fonlarla gerçekleştirilmiştir. İşkence Kurbanları Merkezi, Türk Tabipleri Birliği, İşkence Kurbanları Uluslararası Rehabilitasyon Konseyi, Af Örgütü İsviçre Şubesi ve İsviçre İşkenceye Son Vermek için Hristiyan Birliği projeye ek fonlarla katkıda bulunmuşlardır.

# BÖLÜM I

## KONUyla İLGİLİ ULUSLARARASI HUKUK STANDARTLARI

1. “İşkence görmeme hakkı” uluslararası hukukun temel kurallarındandır. *Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi, Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme, İşkenceye ve Diğer Zalimane, İnsanlıkdışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezaya Karşı Sözleşme* işkenceyi açıkça yasaklamaktadır. Benzer şekilde birçok bölgesel sözleşme de “işkence görmeme hakkı”nı düzenlemektedir. *Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesi, Afrika İnsan ve Halkların Hakları Şartı* ile *İnsan Haklarını ve Temel Özgürlüklerini Korumaya Dair Avrupa Sözleşmelerinin* hepsi, işkenceye ilişkin açık yasaklar içermektedir.

### A. Uluslararası insancıl hukuk

2. Silahlı çatışmaları düzenleyen uluslararası antlaşmalar, uluslararası insancıl hukuk (UİH) veya “savaş hukuku”nu oluşturur. Uluslararası insancıl hukukun getirdiği işkence yasağı, bu antlaşmaların tüm savaş kurbanlarına sağladığı geniş kapsamlı korumanın küçük ama önemli bir parçasıdır. 1949 tarihli dört Cenevre Sözleşmesi, 188 devlet tarafından onaylanmıştır. Cenevre Sözleşmeleri, uluslararası silahlı çatışmaların yürütülmesine ilişkin kuralları ve özellikle yaralılar, esirler ve siviller de dahil çatışmalara katılmamış veya halihazırda artık katılmayan kişilere yapılacak muameleyi düzenler. Dört Cenevre Sözleşmesi de, işkence ve diğer kötü muamelelerin kullanımını yasaklar. Cenevre Sözleşmelerine ek 1977 tarihli iki Protokol, bu Sözleşmelerin kapsamı ve sağladığı korumayı genişletmiştir. Şimdiye kadar 153 devletin onayladığı I. Protokol uluslararası çatışmaları kapsamaktadır. 145 devletin onayladığı II. Protokol ise uluslararası nitelikte olmayan silahlı çatışmalara ilişkindir.

3. Kılavuzun amaçları açısından daha önemli olan husus ise, dört Sözleşmede de yer alan “ortak 3. madde” olarak bilinen hükümdür. Ortak 3. madde, ayrıntılı bir tanımı verilmeyen “uluslararası nitelik arz etmeyen” silahlı çatışmalara uygulanır. Bu hükmün, sadece ülkeler arasındaki uluslararası savaşlarda değil tüm silahlı çatışmalarda saygı gösterilmesi gereken temel ödevleri tanımladığı kabul edilir. Bunun anlamı da savaşın ya da çatışmanın doğası ne olursa olsun, bazı temel kuralların çiğnenemeyeceğidir. İşkence yasağı da bu temel kurallardan biridir ve uluslararası insancıl hukuk ile insan hakları hukukunun ortak amaçlarından birini ifade eder.

4. 3 Numaralı ortak madde şöyle der:

...aşağıda açıklanan davranışlar yasaktır, her zaman ve her yerde koşullar ne olursa olsun yasak kalacaktır ...

herhangi bir kişiye ve kişinin hayatına karşı şiddet uygulamak, özellikle her tür cinayet, sakatlama, zalimce muamele ve işkence;...insan onuruna tecavüz, özellikle aşağılayıcı ve onur kırıcı davranışlar...

5. BM İşkence Özel Raportörü Nigel Rodley’in ifade ettiği gibi:

İşkence ya da diğer kötü muamele yasağı bundan daha açık ve mutlak bir şekilde ifade edilemezdi. Uluslararası Kızılhaç Komitesi’nin (ICRC) Sözleşme hakkındaki resmi yorumunda geçen ifadeyle, “hiç bir boşluk bırakılmamıştır; işkencenin hiç bir mazereti, mazur gösterecek hiç bir gerekçesi olamaz.”<sup>6</sup>

6. Uluslararası İnsancıl Hukuk (UİH) ile insan hakları hukuku arasındaki başka bir bağlantı da, uluslararası nitelikte olmayan silahlı çatışmaları düzenleyen II. Protokol’ün başlangıç bölümünde yer alır: “...uluslararası insan hakları belgeleri, kişiye tam bir korunma sağlar”.<sup>7</sup>

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

<sup>7</sup> 1949 Cenevre Sözleşmesine Ek II. Protokol Giriş Kısmı ikinci paragraf (1977).

## B. Birleşmiş Milletler

7. Birleşmiş Milletler yıllardır insanlara, işkence ve diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamelelere karşı yeterli koruma sağlayabilmek için evrensel düzeyde uygulanabilir standartlar ortaya koymaya çalışmaktadır. Birleşmiş Milletlere üye olan Devletlerin kabul ettiği sözleşmeler, bildirgeler ve kararlar, işkence yasağının istisnası olamayacağını açıkça beyan eder, ayrıca bu ihlallere karşı koruma sağlamak amacıyla başka yükümlülükler de getirirler. Bu belgelerin en önemlileri arasında, *Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi*<sup>8</sup>, *Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme*<sup>9</sup>, *Mahpuslara Uygulanacak Muamele Hakkında Asgari Standart Kurallar*<sup>10</sup>, *Herkesin İşkenceye ve Diğer Zalimane, İnsanlıkdışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezaya Karşı Korunmasına dair Bildirge (İşkenceye Karşı Bildirge)*<sup>11</sup>, *Kolluk Güçlerinin Davranışlarına İlişkin Kurallar*<sup>12</sup>, *Mahkûm ve Alıkonulan Kişilerin İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlıkdışı veya Aşağılayıcı Muamele ve Cezalardan Korunmasında Sağlık Çalışanlarının özellikle Hekimlerin Rolüne İlişkin Tıbbi Etik İlkeleri (Tıbbi Etik İlkeleri)*<sup>13</sup>, *İşkenceye ve Diğer Zalimane, İnsanlıkdışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezaya Karşı Sözleşme (İşkenceye Karşı Sözleşme)*<sup>14</sup>, *Herhangi Bir Şekilde Alıkonulan ya da Hapsedilen Kişilerin Korunması için İlkeler Bütünü (Alıkonmaya İlişkin İlkeler Bütünü)*<sup>15</sup> ve *Mahpuslara Uygulanacak Muamele Hakkında Temel İlkeler*<sup>16</sup> sayılabilir.

8. Birleşmiş Milletler İşkenceye Karşı Sözleşme, sadece yasal yaptırımlardan kaynaklanan, yasal yaptırımlara içkin veya yasal yaptırımların arzı sonucu olarak çekilen acı ve ıstırapı kapsamaz.<sup>17</sup>

9. Birleşmiş Milletlerin diğer insan hakları organları ve mekanizmaları da işkencenin önlenmesi ve devletlerin işkence iddialarını soruşturma yükümlülüğü konusunda standartlar geliştirmek üzere harekete geçmişlerdir. Bu organ ve mekanizmalar arasında, İşkenceye Karşı Komite, İnsan Hakları Komitesi, İnsan Hakları Komisyonu, İşkence Sorunu Hakkında Özel Raportör, Kadınlara Yönelik Şiddet Özel Raportörü ile İnsan Hakları Komisyonu'nun herhangi bir ülke için atadığı özel raportörler bulunur.

---

<sup>8</sup> Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 217 A (III), BM belgesi. A/810, s 71, madde 5. 10 Aralık 1948.

<sup>9</sup> 16 Aralık 1966 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 2200 A (XXI), bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, yirmibirinci oturum*, Ek bekte 7 makale, belge No. 16, (A/6316), s 52. UNTS sayı 999, s 171, yürürlüğe giriş tarihi 23 Mart 1976.

<sup>10</sup> 30 Ağustos 1955 tarihinde Birleşmiş Milletler Birinci Suçların Önlenmesi ve Suçluların Tedavisi Kongresinde kabul edilmiştir.

<sup>11</sup> 9 Aralık 1975 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 3452 (XXX), bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Otuzuncu oturum*, Ek belge No. 34 (A/10034), s 91, madde 2 ve 4, 1975.

<sup>12</sup> 17 Aralık 1979 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 34/169, ek, madde 5, bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Otuz dördüncü Oturum*, Ek no. 46 (A/34/46), s. 186, 1979.

<sup>13</sup> 18 Aralık 1982 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 37/194, ek, İlke 2-5; bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Otuz yedinci Oturum*, Ek no. 51 (A/37/51), s. 211, 1982.

<sup>14</sup> 26 Haziran 1987 tarihinde yürürlüğe girmiştir; bkz. Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 39/46, ek, madde 2; bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Otuz dokuzuncu Oturum*, Ek no. 51 (A/39/51), s.197, 1984.

<sup>15</sup> 9 Aralık 1988 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 43/173, ek, İlke 6; bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Kırk üçüncü Oturum*, Ek no. 49 (A/43/49), s.298, 1988.

<sup>16</sup> 14 Aralık 1990 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 45/111, ek, İlke 1; bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Kırk beşinci Oturum*, Ek no. 49 (A/45/49), s.200, 1990.

<sup>17</sup> Neyin “yasal yaptırım” oluşturacağına ilişkin bir yorum için İşkence Özel Raportörü'nün recm, kırbaç ve bir uzvun kesimi gibi cezaların sadece yasal olarak usule uygun bir biçimde belirlendiği için “yasal” sayılmayacağı görüşünü ifade ettiği İnsan Hakları Komisyonu'nun 53. Oturumuna sunduğu rapora bkz. (E/CN.4/1997/7, paragraf 3-11). Özel Raportörün, İnsan Hakları Komisyonu ve diğer Birleşmiş Milletler mekanizmalarının duruşlarıyla tutarlı olan bu yorum “bedensel cezalandırmanın, zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve hatıta işkence oluşturabileceğini hükümetlere hatırlatan” 1998/38 sayılı İnsan Hakları Komisyonu kararıyla da desteklenmiştir.



## 1. İşkencenin önlenmesine ilişkin hukuksal yükümlülükler

10. Yukarıda sıralanan uluslararası hukuk belgeleri, Devletlerin işkenceye karşı koruma sağlamak için saygı göstermesi gereken belirli yükümlülükleri düzenlerler. Bu yükümlülükler:

- (a) İşkence yapılmasını önlemek için etkin yasal, idari, yargısal veya diğer tedbirleri almak. Savaş dahil, hiç bir gerekçe işkenceyi meşru kılacak bir istisna olarak öne sürülemez (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 2; İşkenceye Karşı Bildirge madde 3);
- (b) Bir kişiyi, işkence göreceğini düşünmek için esaslı gerekçelerin olduğu bir ülkeye sınır dışı etmemek, göndermemek ve iade etmemek (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 3);
- (c) İşkence fiilini, iştirak veya katılma dahil ceza hukukunda bir suç haline getirmek (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 4; Alıkonmaya İlişkin İlkeler Bütünü İlke 7; İşkenceye Karşı Bildirge madde 7; *Mahpuslara Uygulanacak Muamele Hakkında Asgari Standart Kurallar* paragraf 31-33).
- (d) İşkenceyi sınır dışı etmeye neden teşkil edebilecek bir suç haline getirmek ve sözleşmeye taraf olan diğer Devletlere işkenceyle ilgili olarak yürütülen ceza muhakemesi sürecinde destek olmak (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 8 ve 9);
- (e) Alıkonulmada tecrit (*incommunicado detention*) uygulamasını sınırlandırmak; alıkonuların resmi alıkonu merkezleri olarak kabul edilen yerlerde tutulmalarını sağlamak; alıkonulan kişilerin alıkonulmalarından sorumlu olanların adlarını, alıkonulan kişinin akrabaları ve arkadaşları da dahil konuyla ilgili kimselerin kolayca erişebileceği, elde edebileceği şekilde kayıtlara geçirilmesini sağlamak; bütün sorgulamaların zamanlarını ve yerlerini sorgulamada bulunan kişilerin adlarıyla birlikte kaydetmek; hekimlere, avukatlara ve aile üyelerine alıkonulan kişiye erişme hakkı tanımak (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 11; Alıkonmaya İlişkin İlkeler Bütünü İlke 11,12, 13, 15, 16, 17, 18, 19 ile 23; *Mahpuslara Uygulanacak Muamele Hakkında Asgari Standart Kurallar*, paragraf 7, 22 ve 37);
- (f) Sivil veya askeri kolluk güçleri, tıbbi personel, kamu personeli ve diğer ilgili kişilerin eğitimine işkence yasığı eğitimi ve bilgisinin dahil edilmesini sağlamak (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 10; İşkenceye Karşı Bildirge madde 5; *Mahpuslara Uygulanacak Muamele Hakkında Asgari Standart Kurallar* paragraf 54);
- (g) İşkence nedeniyle verildiği kanıtlanmış herhangi bir ifadenin, işkence yapmakla suçlanan bir kişiye karşı açılan davada ifadenin alınmış olmasının kanıt olduğu durumlar hariç, hiç bir davada delil olarak kullanılmamasını sağlamak (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 15; İşkenceye Karşı Bildirge madde 12);
- (h) İşkence suçunun işlendiğine inanmak için makul nedenler bulunduğunda, yetkili makamların, hemen ve tarafsız soruşturma yürütmesini sağlamak (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 12; Alıkonmaya İlişkin İlkeler Bütünü İlke 33 ile 34; İşkenceye Karşı Bildirge madde 9);
- (i) İşkence görenlerin, durumun telafi edilmesini talep ve yeterli miktarda tazminat alma haklarını güvence altına almak (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 13 ile 14; İşkenceye Karşı Bildirge madde 11; *Mahpuslara Uygulanacak Muamele Hakkında Asgari Standart Kurallar* paragraf 35 ve 36);
- (j) Yapılan soruşturma sonucunda işkence yapıldığı izlenimi ortaya çıkarsa, işkencenin faili olduğu iddia edilen kişi veya kişiler hakkında cezai işlem yapılmasını sağlamak. Diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza iddiasının sağlam gerekçelere dayandığı düşünülüyorsa, fail olduğu iddia edilen kişi ya da kişiler ceza, disiplin veya uygun diğer süreçlere tabi kılınacaktır (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 7; İşkenceye Karşı Bildirge madde 10)

## 2. Birleşmiş Milletler organları ve mekanizmaları

### (a) İşkenceye Karşı Komite (CAT)

11. İşkenceye Karşı Komite, İşkenceye ve Diğer Zalimane, İnsanlık dışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezaya Karşı Sözleşme'nin uygulamasını izler. Komite, "yüksek ahlaki değerlere sahip ve insan hakları alanında yetkinli-

ği tanınmış” oldukları için göreve atanmış 10 uzmandan oluşur. İşkenceyi Önleme Sözleşmesi'nin 19. maddesi gereği Taraf Devletler, Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri aracılığıyla, Komite'ye, Sözleşmenin getirdiği yükümlülükleri hayata geçirmek için aldıkları önlemler konusunda rapor verirler. Komite, Sözleşme maddelerinin iç hukuka nasıl dahil edildiğini ve bunun nasıl uygulandığını izler. Tüm raporlar Komite tarafından incelenir, Komite genel yorum ve tavsiyelerde bulunabilir ve bu bilgileri Taraf Devletlere ve BM Genel Kurulu'na yıllık raporunda sunar. Bütün bu süreçler, kamuya açık toplantılarda gerçekleşir.

12. İşkenceye Karşı Sözleşme'nin 20. maddesine göre bir Taraf Devletin ülkesinde sistematik olarak işkence uygulandığına ilişkin sağlam belirtiler içerdiği görünen güvenilir bir bilgi alırsa Komite o devleti, bu bilginin incelenmesi konusunda işbirliği yapmak ve bu amaçla söz konusu bilgi hakkında gözlemlerini sunmak üzere davet etmelidir. Komite gerekli görürse bir veya birkaç üyesini gizli bir soruşturma yapmak ve acilen Komite'ye rapor vermekle görevlendirebilir. İnceleme, Taraf Devletle anlaşarak söz konusu devletin ülkesine ziyareti de içerebilir. Üye ya da üyelerinin ulaştığı bulguları inceleyen Komite, bulgularını söz konusu durumda uygun bulunan yorum ve tavsiyelerle birlikte Taraf Devlete iletir. Komite'nin 20. madde uyarınca yürüttüğü tüm usul gizlidir ve usulün her aşamasında Taraf Devletin işbirliği aranır. Soruşturmanın bütün aşamalarının tamamlanmasının ardından, Komite, Sözleşme'ye Taraf Devletle istişarede bulunduktan sonra, incelemeler sonucunda elde edilen sonuçlara ilişkin özet bilgiyi diğer Taraf Devletlere ve BM Genel Kurulu'na sunduğu yıllık raporuna eklemeye karar verebilir.<sup>18</sup>

13. İşkenceye Karşı Sözleşme'nin 22. maddesi uyarınca, Taraf Devletlerden biri, herhangi bir zamanda, İşkenceye Karşı Sözleşme hükümlerinin bir Taraf Devletçe gerçekleştirilen bir ihlalinin mağdurları olduklarını iddia eden, kendi yetkisine tabi bireylerin ya da onlar adına hareket edenlerin yaptığı başvuruları alma ve inceleme konusunda Komite'nin yetkisini tanıdığını beyan edebilir. Komite bu başvuruları gizli olarak değerlendirir ve görüşlerini ilgili Taraf Devlet ve kişiye iletir. Sözleşmeyi onaylayan 112 Taraf Devletten sadece 39'u, 22. maddenin uygulanmasını kabul etmiştir.

14. Komite'nin BM Genel Kurulu'na sunduğu yıllık raporlarda değindiği endişe noktalarından biri, Taraf Devletlerin, İşkenceye Karşı Sözleşme'nin 12. ve 13. maddesi uyarınca bütün işkence iddialarını derhal ve tarafsız biçimde soruşturulmasını sağlama yükümlülüğünü yerine getirmeleri gereğidir. Örneğin Komite, işkence iddialarını soruşturmada 15 aylık bir gecikmenin makul kabul edilemeyecek kadar uzun olduğu ve bu gecikmenin 12. maddeyle uyumadığı şeklinde görüş bildirmiştir.<sup>19</sup> Komite ayrıca, Sözleşme'nin 13. maddesinin işkence yapıldığına dair resmi bir başvuru sunulmasını gerektirmediğini ve fakat “mağdurun işkence yapıldığını iddia etmesinin, [Taraf Devletin] iddiayı derhal ve tarafsız olarak incelemesi için yeterli olduğunu” ifade etmiştir.<sup>20</sup>

#### (b) İnsan Hakları Komitesi

15. İnsan Hakları Komitesi, Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin 28. maddesi uyarınca, Taraf Devletlerin Sözleşme'yi uygulamasını izlemek üzere kurulmuştur. Komite, yüksek ahlaki değerlere sahip olduğu kabul edilen ve insan hakları alanındaki yetkinliği bilinen 18 bağımsız uzmandan oluşur.

16. Sözleşme'ye Taraf Devletler, Sözleşme'de tanınan hakların gerçekleştirilmesini sağlamak üzere aldıkları tedbirler ve bu hakların kullanılmasında kaydedilen gelişmeler konusunda her beş yılda bir rapor sunmakla yükümlüdürler. İnsan Hakları Komitesi bu raporları, raporu görüşülen Taraf Devletin temsilcileriyle diyalog içinde inceler. Komite, daha sonra endişe uyandıran temel hususları özetleyen ve Taraf Devlete uygun tavsiye ve önerilerde bulunan nihai gözlem raporunu hazırlar. Komite, ayrıca Taraf Devletlere hem rapor hazırlamada hem de Sözleşme'nin hükümlerini uygulamada yol gösterecek, sözleşmenin belirli maddeleriyle ilgili açıklamalar içeren genel yorumlar hazırlar. Komite hazırladığı genel yorumlarından birinde Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleş-

<sup>18</sup> Bununla birlikte 20. maddenin uygulanamayacağı durumlarda 20. maddenin uygulanması Taraf Devletin koyduğu çekince sebebiyle sınırlanabilir.

<sup>19</sup> Bkz. Başvuru No, 8/1991, paragraf 185, İşkenceye Karşı Komite'nin Genel Kurul'a 12 Haziran 1994 tarihli raporu (A/49/44).

<sup>20</sup> Bkz. Başvuru No, 6/1990, paragraf 10.4, İşkenceye Karşı Komite'nin Genel Kurul'a 26 Temmuz 1995 tarihli raporu (A/50/44).

me'nin hiç kimsenin işkenceye ya da zalimane, insanlık dışı veya küçük düşürücü muamele ya da cezalandırmaya maruz bırakılmayacağını düzenleyen 7. maddesine açıklık getirmeye çalışmıştır. Sözleşme'nin 7. maddesine ilişkin Genel Yorum Raporunda, Komite, işkenceyi yasaklamanın veya ceza gerektiren bir suç saymanın, 7. maddenin<sup>21</sup> yeterince uygulandığı anlamına gelmediğini özellikle belirtmiştir. Komite, "...Devletler belli bir kontrol mekanizması aracılığıyla etkili koruma sağlamak zorundadırlar. Kötü muamele şikayetleri yetkili makamlar tarafından etkili bir biçimde soruşturulmalıdır" ifadesini kullanmıştır.

17. İnsan Hakları Komitesi 10 Nisan 1992 tarihinde, 7. madde hakkındaki daha önceki yorumlarını geliştiren yeni Genel Yorumları kabul etmiştir. Komite, "yetkili makamlar iç hukuk yolunu etkin kılabilmek için şikayetleri derhal ve tarafsız bir biçimde soruşturmalıdır" ifadesiyle 7. madde yorumunu daha da güçlendirmiştir. Bir Devletin Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'ye Ek 1 Numaralı Seçmeli Protokolü onaylaması durumunda, bireyler Komite'ye Sözleşme'yle belirlenen haklarının ihlal edildiği şikayetiyle başvuruda bulunabilirler. Kabul edilebilir bulunması halinde, Komite esasa ilişkin bir karar verir, karar yıllık raporunda kamuya açıklanır.

#### (c) İnsan Hakları Komisyonu

18. İnsan Hakları Komisyonu, Birleşmiş Milletlerin ana insan hakları organıdır. Komisyon, Ekonomik ve Sosyal Konseyin üç senelik dönemler için seçtiği 53 üye ülke temsilcisinden oluşur. Komisyon her sene, altı hafta süreyle Cenevre'de bir araya gelerek, insan hakları konularını görüşür. Komisyon, çalışma ve olgu saptama misyonlarını harekete geçirebilir, daha üst Birleşmiş Milletler organlarının onayı için taslak sözleşmeler ve bildirgeler hazırlar, kamuya açık veya kapalı olarak yapılan oturumlarda belirli insan hakları ihlallerini tartışır. Ekonomik ve Sosyal Konsey, 6 Haziran 1967 tarihli ve 1235 sayılı karar ile<sup>22</sup>, Komisyon'a ağır insan hakları ihlalleri iddialarını incelemek ve "sürekli bir nitelik arz eden insan hakları ihlali durumları hakkında kapsamlı bir araştırma yapmak" yetkisini vermiştir. Komisyon bu yetkiye dayanarak, diğer işlerinin, yanı sıra belli insan hakları ihlalleri konusunda endişelerini dile getiren kararlar almış ve belli bir temaya bağlı insan hakları ihlallerini araştırmak için özel rapor-törler atamıştır. Komisyon, işkence ve diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve cezalar hakkında da kararlar almıştır. 1998/38 sayılı kararında Komisyon, "yetkili ulusal makamın, bütün işkence ve diğer zalimane, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamele ve ceza iddialarını derhal ve tarafsız bir biçimde incelemesi gerektiğini" vurgulamıştır.

#### (d) İşkence Konusunda Özel Raportör

19. Komisyon, 1985 yılında aldığı 1985/33 numaralı kararla, işkence konusunda özel bir raportör atamaya karar vermiştir. İşkence Özel Raportörü, işkenceyle ilgili konularda güvenilir ve inandırıcı bilgi aramak ve almak, toplanan bilgiye gecikmeksizin cevap vermekle görevlendirilmiştir. Komisyon daha sonra aldığı kararlarla, Özel Raportörün görev süresini yenilemeyi sürdürmüştür.

20. Özel Raportör, İşkenceye Karşı Sözleşme'ye taraf olsun olmasın Birleşmiş Milletlere üye ve gözlemci statüsünde bulunan bütün devletleri izleme yetkisine sahiptir. Özel Raportör, hükümetlerle temasa geçerek, hükümetlerin işkenceyi önlemek için aldığı yasal ve idari tedbirler hakkında bilgi alır, işkenceden kaynaklanan sonuçları giderecek önlemler almalarını ister, işkence yapıldığına dair iddialara ilişkin bilgilere yanıt vermelerini talep eder. Özel Raportör, işkenceyle ilgili acil eylem başvurularını alır, bu istemleri söz konusu eylemin konusu olan kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünün korunmasını temin etmesi için ilgili hükümetin dikkatine sunar. Bu görevlerine ek olarak, kendisiyle görüşmek isteyen hükümet temsilcileriyle müzakereler yapar ve görevinin kendisine tanıdığı yetki çerçevesinde dünyanın çeşitli bölgelerine yerinde ziyaretler yapar. Özel Raportör, raporlarını İnsan Hakları Komisyonu'na ve BM Genel Kurulu'na sunar. Bu raporlarda, Özel Raportörün yetkileri dahilinde gerçekleştirdiği faaliyetler bir arada sunulur ve işkence iddialarının geciktirilmeden hemen soruşturulması gereğine ısrarla dikkat çekilir. 12 Ocak 1995 tarihli İşkence Özel Raportörü Raporunda, Özel Raportör Nigel Rodley bir dizi tavsiyede bulunmuştur. Raporun 926 (g) bendinde şöyle denilmektedir:

<sup>21</sup> Birleşmiş Milletler, Belge A/37/40 (1982).

<sup>22</sup> A.g.e, E/4393 (1967).

Alıkonulmuş bir kişi veya yakını ya da avukatı, işkence iddiasında bulunursa, iddia mutlaka soruşturulmalıdır... Şikayet başvurularını almak ve soruşturmak için, soruşturma ve/veya kovuşturma yetkisi olan ulusal komisyon veya ombudsman gibi bağımsız ulusal makamlar oluşturulmalıdır. İşkence şikayeti, işkence mağduru olduğu iddia edilen kişinin yargılandığı davayı soruşturan veya kovuşturan kurumla hiçbir ilişkisi olmayan, bağımsız bir kurum tarafından gecikmeksizin soruşturulmalıdır.<sup>23</sup>

21. İşkence Özel Raportörü, bu tavsiyesini, 9 Ocak 1996 tarihli Raporunda vurgulayarak tekrarlamıştır.<sup>24</sup> Özel Raportör, işkence uygulamasıyla ilgili kaygılarını dile getirdiği 136 numaralı paragrafta, "Devletlerin hem uluslararası genel hukuk hem de İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık dışı veya Aşağılayıcı Muameleyi ya da Cezayı Önleme Sözleşmesine göre işkence iddialarını soruşturmakla yükümlü olduklarına" dikkati çekmiştir.

#### (e) Kadınlara Yönelik Şiddet Özel Raportörü

22. Kadınlara Yönelik Şiddet Özel Raportörlüğü, 1994 yılında İnsan Hakları Komisyonu'nun 1994/45 sayılı kararıyla kurulmuş ve 1997/44 sayılı karar ile yenilenmiştir. Özel Raportör, insani bir anlayış içinde, herhangi bir ülkede kadınlara yönelik belli tür şiddet durumlarını ve iddialarını saptamak ve soruşturmak amacıyla şiddet iddiası olan belli vakalara ilişkin hükümetlerden bilgi ve açıklama talep etmek için yöntemler geliştirmiştir. Söz konusu temaslar, ismen teşhis edilmiş bir veya birden çok kişi hakkında olabileceği gibi kadınlara yönelik şiddette bulunan veya göz yuman daha genel nitelikli durumlar için de söz konusu olabilir. Özel Raportör tarafından kullanılan, kadınlara yönelik cinsiyete bağlı şiddet tanımı, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 20 Aralık 1993 tarihinde aldığı 48/104 karar numaralı *Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması Bildirgesi*'nden alınmaktadır. Kadınlara yönelik, cinsiyete bağlı şiddet, bireyin yaşam hakkına veya fiziksel bütünlüğüne yönelik çok yakın bir tehdit veya tehdit korkusu içeriyorsa Özel Raportöre acil eylem çağrısı gönderilebilir. Özel Raportör yetkili ulusal makamlara sadece olayla ilgili bilgi verme konusunda değil, aynı zamanda söz konusu olayla ilgili bağımsız ve tarafsız soruşturma yürütme ve kadınların temel insan haklarının daha fazla ihlal edilmemesini sağlamak için acil eylemde bulunma konusunda da baskı yapar.

23. Özel Raportör İnsan Hakları Komisyonu'na, Hükümetlere yaptığı başvurular ve aldığı cevaplar hakkında yıllık rapor sunar. Hükümetlerden ve diğer güvenilir kaynaklardan alınan bilgilere dayanarak, herhangi bir ülkede kadınlara yönelik şiddetin ortadan kaldırılmasına yönelik uzun soluklu çözümler bulunması amacıyla ilgili Hükümetlere tavsiyelerde bulunur. Hükümetlerin yanıt vermemesi veya yeterince bilgi vermemesi durumunda, Özel Raportör ilgili Hükümetlere izleme mektupları gönderebilir. Herhangi bir ülkede kadınlara yönelik şiddetin sürmesi ve Özel Raportörün aldığı bilgiler, Hükümetin kadınların insan haklarını korumak için hiçbir önlem almadığına ve almamakta olduğuna işaret ediyorsa, Özel Raportör ilgili hükümetten, yerinde olgu tespit misyonunu gerçekleştirmek için ülkeyi ziyaret etme izni almayı düşünebilir.

#### (f) İşkence Mağdurları için Birleşmiş Milletler Gönüllü Fonu

24. Sadece kurbanları değil aynı zamanda aile üyelerini de etkileyen işkence sonrası fiziksel ve ruhsal etkiler yıkıcı olabilir ve uzun yıllar sürebilir. Uğranılan travmanın tedavisi için yardım işkence kurbanlarını destekleme alanında uzmanlaşmış organizasyonlardan sağlanabilir. Aralık 1981'de, Genel Kurul, işkence kurbanlarına ve kurbanların aile üyelerine psikolojik, tıbbi, sosyal, ekonomik, hukuksal ve diğer insani yardımları sağlayan hükümet dışı örgütlere (HDÖ) dağıtılmak için gönüllü katkıları toplamak üzere İşkence Mağdurları için Birleşmiş Milletler Gönüllü Fonu'nu kurmuştur. Mevcut gönüllü katkılara bağlı olarak, Fon, dünya çapında 80 ülkedeki 80,000 işkence kurbanı ve aile üyelerini destekleyen 200 HDÖ projesine kaynak sağlayabilmektedir. Fon, sağlık çalışanları ve diğerlerini işkence kurbanlarına uzmanlaşmış destek sağlama konusunda eğiten sınırlı sayıda projeye destek veren Mütevelli Heyeti'nin bir tavsiyesi üzerine, bu el kitabının hazırlanmasına ve tercüme edil-

<sup>23</sup> A.g.e, E/CN.4/1995/34.

<sup>24</sup> A.g.e, E/CN.4/1996/35.

mesine kaynak sağlamış ve Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği Bürosu'nun Mesleki Eğitim Serisi'nde yayımlanmasını tavsiye etmiştir.

### C. Bölgesel kuruluşlar

25. Bölgesel Kuruluşlar da işkencenin önlenmesi için standartlar geliştirilmesine katkıda bulunmuşlardır. Bu bölgesel kuruluşlar arasında Amerikalılararası İnsan Hakları Komisyonu, Amerikalılararası İnsan Hakları Mahkemesi, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, Avrupa İşkenceyi Önleme Komitesi ile Afrika İnsan Hakları Komisyonu sayılabilir.

#### 1. Amerikalılararası İnsan Hakları Komisyonu, Amerikalılararası İnsan Hakları Mahkemesi

26. Amerika Devletleri Örgütü (OAS), 22 Kasım 1969 tarihinde Amerika İnsan Hakları Sözleşmesini kabul etmiş<sup>25</sup> ve bu sözleşme 18 Temmuz 1978 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sözleşmenin 5. maddesine göre:

1. Her insan, bedensel, ruhsal ve ahlaki bütünlüğüne saygı gösterilmesi hakkına sahiptir.

2. Hiç kimse, işkence ya da zalimane, insanlık dışı ya da aşağılayıcı ceza ya da muameleye maruz bırakılamaz. Özgürlüğünden alıkonulan her insana, insan olmanın getirdiği onura saygı ile davranılmalıdır.

27. Sözleşmenin 33. maddesi, Amerikalılararası İnsan Hakları Komisyonu ve Amerikalılararası İnsan Hakları Mahkemesinin kurulmasını öngörmektedir. Komisyonun temel işlevi, tüzüğünde de belirtildiği gibi, insan haklarına uyulmasını ve savunulmasını teşvik etmek ve Amerikan Devletler Örgütü'ne bu alanda danışman kuruluş olarak hizmet sunmaktır.<sup>26</sup> Komisyon, bu işlevini yerine getirirken, 5. maddede belirtilen işkenceden ne anlaşılması gerektiğine ilişkin yorumuna yol göstermesi için Amerikalılararası İşkenceyi Önleme ve Cezalandırma Sözleşmesi'ne bakmıştır.<sup>27</sup> Amerikan Devletler Örgütü 9 Aralık 1985 tarihinde Amerikalılararası İşkenceyi Önleme ve Cezalandırma Sözleşmesi'ni<sup>28</sup> kabul etmiş, sözleşme 28 Şubat 1987 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmenin 2. maddesine göre işkence şöyle tanımlanmıştır:

...ceza soruşturması amacıyla, korkutmak için, kişisel cezalandırma veya suç önleme aracı olarak, ceza olarak veya herhangi başka bir nedenle, bir kişiye kasıtlı olarak fiziksel veya zihinsel acı veya ızdırap vermek amacıyla yapılan her türlü hareket. Fiziksel veya zihinsel acıya sebep olmasa bile, kurbanın kimliğini yok etmek, fiziksel veya zihinsel kapasitesini azaltmak amacıyla bir insan üzerinde uygulanan yöntemler de işkence olarak anlaşılır.

28. Sözleşmenin I. maddesine göre Taraf Devletler sözleşme şartları gereği, işkenceyi önlemek ve cezalandırmakla yükümlüdür. Sözleşmeye göre Taraf Devletler, kendi yetki alanlarında işkence yapıldığına dair her iddiayı derhal ve tam bir biçimde soruşturmakla yükümlüdür.

29. 8'inci maddelye göre: "Taraf Devletler, kendi yargı alanları dahilinde işkenceye maruz bırakıldığı suçlamasında bulunan herkesin iddiasının tarafsız biçimde araştırılması hakkını sağlamayı garanti altına alır". Aynı şekilde Taraf Devletler, kendi yetkileri dahilinde işkence yapıldığına inanmak için bir suçlama veya sağlam temelli gerekçeler varsa, olayla ilgili soruşturma yürütmek için ilgili kurumlarının derhal ve gerektiği gibi harekete geçmesini ve gerektiği takdirde uygun cezai kovuşturma başlatılmasını da garanti altına almakla yükümlüdür.

30. 1998 yılı ülke raporlarından birinde, Komisyon, işkencecilerin etkin biçimde yargılanmasının önündeki engellerden birinin, soruşturmanın işkence yapmakla suçlanan kesimlerle tanışık olması şiddetle muhtemel federal bi-

---

<sup>25</sup> Amerikan Devletleri Örgütü, Sözleşme Serisi No. 36 ve Birleşmiş Milletler, *Sözleşme Serisi*, Seri 1144, s. 123, "Basic Documents Pertaining to Human Rights in the Inter-American System" (OEA/Ser. L.V/II.82, doc.6, rev. I-25(1992) içinde yeniden basılmıştır.

<sup>26</sup> Amerikalılar Arası İnsan Hakları Komisyonu Yönetmeliği, Amerikan Devletleri Örgütü, (Ser. L.V/II.92), 31. belge 3. gözden geçirme, madde 1, 3 Mayıs 1996.

<sup>27</sup> Bkz. Amerikalılar Arası İnsan Hakları Komisyonu, 1997 yıllık raporu, olgu 10.832, rapor No. 35/96, 75. paragraf.

<sup>28</sup> Amerikan Devletleri Örgütü, Sözleşme Serisi . 67

rimlerce yürütülmesi gerektiği için, işkence iddialarının bağımsız olarak soruşturulamaması olduğunu belirtmiştir.<sup>29</sup> Komisyon, her vakanın “tarafsızca incelenmesinin” önemini altını çizmek için 8. maddeye atıfta bulunmuştur.<sup>30</sup>

31. Amerikalılararası İnsan Hakları Mahkemesi, Amerika İnsan Hakları Sözleşmesinin ihlal edildiği iddialarının soruşturulması gerektiğinden söz etmiştir. 29 Temmuz 1988 tarihli Velasquez Rodriguez davasında Mahkeme şu ifadeleri kullanmıştır:

Devlet, Sözleşme hükümleriyle korunan hakların ihlalini içeren her durumu incelemekle yükümlüdür. Eğer Devlet aygıtı ihlali cezası bırakacak ve mağdurların haklarından tam olarak yararlanmasını mümkün olduğunca çabuk sağlayamayacak şekilde işlerse, Devlet kendi yetkisi altındaki kişilerin bu haklarını serbestçe ve tam olarak kullanmalarını sağlama görevini yerine getirmemiş demektir.

32. Sözleşmenin 5’inci maddesi işkence görmeme hakkını düzenler. Söz konusu dava, özellikle kayıplar konusuna ilişkin olsa da, Mahkeme tarafından atıfta bulunulan Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesince garanti altına alınan haklardan biri de işkence veya diğer kötü muamele biçimlerine maruz kalmama hakkıdır.

## 2. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi

33. Avrupa Konseyi, 4 Kasım 1950 tarihinde *İnsan Haklarını ve Temel Özgürlüklerini Korumaya Dair Avrupa Sözleşmesi*’ni kabul etmiş ve Sözleşme 3 Eylül 1953<sup>31</sup> tarihinde yürürlüğe girmiştir. Avrupa Sözleşmesinin 3’üncü maddesine göre: “Kimse, işkence, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da cezaya tabi tutulamaz”. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Avrupa Mahkemesi ve Avrupa İnsan Hakları Komisyonundan oluşan bir denetleme sistemi kurmuştur. 1 Kasım 1998’de yürürlüğe giren reformla, daimi Mahkeme, eski Mahkemenin ve Komisyonun yerini almıştır. Şu anda bireysel başvuru hakkı zorunlu olup tüm mağdurların doğrudan Mahkemeye erişebilmesi mümkündür. Mahkeme, işkence iddialarının soruşturulması gereğinin 3. madde ile garanti altına alınan haklarının sağlanmasının zorunlu bir yolu olduğunu değerlendirme fırsatını da elde etmiştir.

34. Bu konuda verilen ilk hüküm 18 Aralık 1996 tarihinde *Türkiye/Aksoy*<sup>32</sup> davasında alınan karardır. Bu davada Mahkeme şu görüşe varmıştır:

Polis tarafından gözaltına alındığında sağlıklı olan bir kişinin salıverilme anında yaralı olduğu saptanırsa, yaralanmanın nedeni konusunda mantıklı bir açıklama getirme sorumluluğu Devlet’e aittir; bu yükümlülüğün yerine getirilmemesinin Sözleşmenin 3. maddesi uyarınca incelenmesi gereken bir konu olduğu açıktır.<sup>33</sup>

35. Mahkeme, kararın daha sonraki bölümünde, başvuru sahibinde oluşan yaralanmaların işkenceden kaynaklandığı ve 3. maddenin ihlal edildiği sonucuna varmıştır.<sup>34</sup> Dahası Mahkeme, yetkili ulusal makamlar önünde etkili bir hukuki yola başvurma hakkını getiren Sözleşmenin 13. maddesini, işkence iddialarını kapsamlı olarak soruşturma yükümlülüğü getirir şekilde yorumlamıştır. “İşkencenin yasaklanmasının hayati önemini” ve işkence mağdurlarının hassasiyetini dikkate alan Mahkeme, “13. madde, Devletlere, ulusal sistem dahilinde yer alan diğer hukuki yollara engel teşkil etmeksizin, işkence vakalarını etkili ve kapsamlı biçimde soruşturma yükümlülüğü de getirir” şeklinde karar vermiştir.<sup>35</sup>

<sup>29</sup> Amerikalılararası İnsan Haklar Komisyonu “1998 Meksika’da İnsan Haklarının Durumu Raporu” 323. paragraf.

<sup>30</sup> A.g.e paragraf 324.

<sup>31</sup> Birleşmiş Milletler, *Sözleşme Serisi*, Seri 213, sayfa 222.

<sup>32</sup> Bkz. 21 Eylül 1970, 20 Aralık 1971 ve 1 Ocak 1990 tarihlerinde yürürlüğe giren 3, 5 ve 8 No.lu Ek Protokoller, *Avrupa Sözleşme Serisi*, sırasıyla Seri 45, 46 ve 118.

<sup>33</sup> Bkz. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, *Reports of Judgements and Decisions*, 1996-VI, paragraf 61.

<sup>34</sup> A.g.e. paragraf 64.

<sup>35</sup> A.g.e. paragraf 98.

36. Mahkeme'nin yorumuna göre, 13. maddedeki "etkili hukuk yolu" kavramı, tüm "tartışmalı işkence iddia"larının kapsamlı soruşturulmasını gerektirmektedir. Mahkeme, Sözleşmenin, *İşkenceye ve Diğer Zalimane, İnsanlıkdışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezaya Karşı Sözleşme'nin* 12. maddesindeki gibi açık bir hüküm içermemesine karşın, "böyle bir gerekliliğin, 13. maddede yer alan etkili hukuk yolu kavramına içkin olduğunu" belirtmiştir.<sup>36</sup> Mahkeme, başvuruda bulunan kişinin işkence iddiasını soruşturmadığı gerekçesiyle, Devletin Sözleşmenin 13. maddesini ihlal ettiğine karar vermiştir.<sup>37</sup>

37. Mahkeme, *Assenov ve diğerleri/Bulgaristan* davasında verilen (90/1997/874/1086) 28 Ekim 1998 tarihli kararında daha da ileri giderek, Devletin sadece Sözleşmenin 13. maddesine göre değil, 3. maddesine göre de işkence iddialarını soruşturmakla yükümlü olduğu sonucuna varmıştır. Bu davada, polis tarafından tutuklanan genç bir Roman, dayak yediğine ilişkin tıbbi veriler sunmuş, ancak mevcut delillere dayanarak gencin babası mı, yoksa polis tarafından mı dövüldüğünü değerlendirmek mümkün olmamıştır. Mahkeme "Bay Assenov'u muayene eden doktorun saptadığı çürüklerin düzeyinin, ister polis, ister babası tarafından yapılmış olsun, "3. maddenin kapsamına giren kötü muameleyle ulaşacak derecede ciddi" olduğuna işaret ettiğine hükmetmiştir.<sup>38</sup> 3. maddenin ihlal edilmediğine karar veren Komisyonun aksine Mahkeme, bu noktada durmamıştır. Daha da ileri giderek vakaların, "yaralanmalara polisin sebep olduğuna ilişkin makul bir şüphe yarattığı" görüşünü de belirtmiştir.<sup>39</sup> Sonuç olarak Mahkeme şöyle hükmetmiştir:

Bu şartlar altında, bir kişi, yasalara aykırı olarak ve 3. maddeyi ihlal eder şekilde, polis veya Devletin diğer yetkilileri tarafından ciddi bir biçimde kötü muamele gördüğüne ilişkin tartışılabilir bir iddia dile getirdiğinde, bu hükmün, Sözleşme'nin 1. maddesinde yer alan "Devletlerin kendi yetkileri altında bulunan herkese, Sözleşmede yer alan hak ve özgürlükleri sağlaması" gerektiğini belirten genel ilke ile birlikte okunması etkili resmi bir soruşturma yapılmasını gerektirir. Bu soruşturma, sorumluların belirlenmesi ve cezalandırılmasına yol açacak düzeyde olmalıdır. Bu yapılmazsa, işkence ve insanlıkdışı ve aşağılayıcı muamelenin veya cezanın genel olarak hukuken yasaklanmış olması, temelde çok önemli olmasına rağmen pratikte etkisiz kalacak ve kimi durumlarda, Devlet görevlilerinin zimnen cezadan muaf kalarak, kendi denetimleri altındaki kişilerin haklarını çiğnemesi mümkün olacaktır.<sup>40</sup>

38. Mahkeme bu davayla ilk kez tek başına kötü muamelenin yapılmış olmasından değil, kötü muamele iddiaları hakkında etkili bir resmi soruşturmanın yapılmamış olmasından dolayı 3. maddenin ihlal edildiği sonucuna varmıştır. Ayrıca Mahkeme, Aksoy davasındaki tutumunu yineleyerek 13. maddenin de ihlal edildiğine karar vermiştir. Mahkemeye göre:

Bir kişi, kötü muamele gördüğü ve dolayısıyla 3. maddenin çiğnendiğine dair tartışılabilir bir iddia sahibi olduğunda, etkili hukuk yolu kavramı, 3. maddenin öngördüğü gibi kapsamlı ve etkili soruşturmanın yanı sıra, şikayetçinin etkili bir biçimde soruşturma usulüne ulaşabilmesini ve uygunsuz tazminat ödenmesini de gerektirir.<sup>41</sup>

### 3. Avrupa İşkenceyi ve İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezayı Önleme Komitesi

39. Avrupa Konseyi 1987 yılında İşkencenin ve İnsanlıkdışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezanın Önlenmesine Dair Avrupa Sözleşmesi'ni kabul etmiş, Sözleşme, 1 Şubat 1989 tarihinde yürürlüğe girmiştir.<sup>42</sup> 1 Mart 1999 itibarıyla Sözleşme, Avrupa Konseyine üye olan 40 Devletin tamamı tarafından onaylanmıştır. Bu sözleş-

<sup>36</sup> A.g.e. paragraf 98.

<sup>37</sup> A.g.e. paragraf 100

<sup>38</sup> A.g.e. *Reports of Judgements and Decisions*, 1998-VIII, paragraph 95.

<sup>39</sup> A.g.e. paragraf 101

<sup>40</sup> A.g.e. paragraf 102.

<sup>41</sup> A.g.e. paragrafı 117.

<sup>42</sup> *Avrupa Sözleşme Serisi*, No. 126.

me, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin yargı mekanizmasını, önleyici bir sistemle tamamlar niteliktedir. Sözleşmenin, bağımsız hukuk normları yaratmak gibi bir amacı yoktur. Sözleşme, her bir Taraf Devletten bir üye bulunan Avrupa İşkenceyi ve İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezayı Önleme Komitesi'ni kurmuştur. Komiteye seçilen üyelerin yüksek ahlaki değerlere sahip, tarafsız, bağımsız ve alan çalışması yapmaya uygun vasıfta kişiler olması gereklidir.

40. Komite, Avrupa Konseyi üyesi ülkelere kısmen düzenli aralıklarla, kısmen de kısa süreli ve özel amaçlı ziyaretler yapar. Komite ziyaretinde, heyette Komite üyeleri, tıp, hukuk veya diğer alanlarda uzman kişiler, çevirmenler ve Komite Sekreterliği'nin üyeleri bulunur. Heyetler, ziyaret ettikleri ülkenin Yetkili Makamlarınca özgürlüklerinden mahrum bırakılmış kişileri<sup>43</sup> ziyaret ederler. Her heyetin yetkileri oldukça geniştir: Özgürlüklerinden mahrum edilen kişilerin tutulduğu herhangi bir yeri ziyaret edebilir; bu yerlere önbildirimde bulunmadan ziyaret yapabilir; bu yerlere tekrar ziyaretleri yapabilir; özgürlüklerinden mahrum bırakılmış kişilerle özel görüşme yapabilir; bu mekanlarda seçtiği herhangi birini veya herkesi ziyaret edebilir; bu tür mekanlarda, sadece hücreleri veya koşulları değil, herhangi bir kısıtlamaya tabi olmaksızın tüm tesisi görebilir. Heyet ziyaret edilen kişilerle ilgili tüm belgelere ve dosyalara erişebilir. Komite'nin bütün çalışması işbirliği ve gizlilik esasına dayanır.

41. Komite ziyaretin ardından raporunu hazırlar. Ziyaret sırasında izlenen bulgulara dayalı olarak rapor, mevcut koşulları yorumlar, somut önerilerde bulunur ve açıklama gerektiren konular hakkında sorular sorar. Taraf Devlet rapora yazılı olarak yanıt verir, böylelikle Komite ile Taraf Devlet arasında bir sonraki ziyarete kadar sürecek bir diyalog başlar. Komite'nin raporları ve Devletlerin yanıtları gizli belgelerdir. Ancak Taraf Devlet (ama Komite değil) hem raporları hem de yanıtları yayınlamaya karar verebilir. Şu ana kadar, aşağı yukarı Taraf Devletlerin tümü hem raporları hem de yanıtları kamuya açıklamışlardır.

42. Komite on yıldır devam eden faaliyetleri süresince, alıkonulan kişilere yapılacak muamelenin genel standartlarını belirleyen bir dizi ölçüt geliştirmiştir. Bu standartlar maddi gözetim koşullarının yanı sıra, usul hakkındaki güvenceleri de belirler. Örneğin Komite'nin polis gözetimi altında tutulan kişiler için savunduğu güvencelerden üçü şunlardır:

- (a) Özgürlüğünden mahrum edilen kişinin, arzu ettiği takdirde derhal üçüncü bir kişiyi (bir aile üyesini) alıkonma halinden haberdar etme hakkı;
- (b) Özgürlüğünden yoksun bırakılan kişinin hemen avukata erişebilme hakkı;
- (c) Özgürlüğünden yoksun bırakılan kişinin arzu ettiği takdirde kendi istediği dahil, derhal bir hekime erişebilme hakkı.

43. Komite ayrıca, kolluk güçlerinin kötü muamelede bulunmasını engellemenin en etkin yollarından birinin, yetkili makamların kendilerine iletilen her tür kötü muamele iddiasını özenle araştırması ve gerekli olduğunda uygun cezayı uygulaması olduğunu defalarca vurgulamıştır. Bu tür bir tavrın caydırıcı etkisi güçlü olacaktır.

#### 4. Afrika İnsan ve Halkların Hakları Komisyonu ve Afrika İnsan ve Halkların Hakları Mahkemesi

44. Avrupa ve Amerikalılararası sistemlerle karşılaştırıldığında, Afrika'nın işkence ve işkencenin önlenmesi konulu bir sözleşmesi olmadığı görülür. İşkence sorunu diğer insan hakları ihlalleriyle aynı düzeyde incelenmektedir. İşkence sorunu esas olarak Afrika Birliği Örgütü'nün 27 Haziran 1981 tarihinde kabul ettiği ve 21 Ekim 1986'da yürürlüğe giren *Afrika İnsan ve Halkların Hakları Şartında* ele alınmıştır.<sup>44</sup> Afrika Şartının 5. maddesine göre: Her bireyin, insan olmanın getirdiği onura uygun bir biçimde saygı görmeye ve insan olarak yasal statüsünün kabul edilmesine hakkı vardır. İnsanın her biçimde sömürüsü ve aşağılanması özellikle esaret, esir ticareti, işkence, zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı ceza ve muameleler yasaktır.

<sup>43</sup> Özgürlüğünden mahrum bırakılan kişi: gözaltı ya da özgürlüğünden herhangi bir biçimde yoksun bırakılanlar, tutuklular, hükümlüler ve istekleri dışında psikiyatri hastanelerine kapatılmış kişiler de dahil olmak üzere ama bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, kamu otoritesi tarafından özgürlüğünden mahrum bırakılan herhangi bir kişidir.

<sup>44</sup> Afrika Birliği Örgütü, belge CAB/LEG/67/3, rev. 5 21, Uluslararası Hukuk Belgeleri (*International Legal Materials*),58 (1982).



45. Afrika Şartı'nın 30. maddesi uyarınca 1987 Haziran ayında "insan hakları ve halkların haklarını tanıtmak ve Afrika'da bu hakların korunmasını sağlamakla" görevlendirilen Afrika İnsan ve Halkların Hakları Komisyonu kurulmuştur. Dönemsel olarak yapılan oturumlarında, diğer ihlaller yanında zaman zaman işkence konusunu da ele alan Komisyon, Afrika'daki insan haklarıyla ilgili konularda birkaç ülke kararı almıştır. Afrika Komisyonu ülkelerle ilgili kararlarında, işkence uygulaması da dahil olmak üzere insan haklarında durumun kötüleşmesinden duyduğu endişeyi dile getirilmiştir.

46. Afrika Komisyonu, görevi Komisyonun açık oturumlarında rapor vermek olan Cezaevleri Özel Raportörü, Keyfi ve Yargısız İnfazlar Özel Raportörü, Kadınlar Özel Raportörü gibi yeni mekanizmalar oluşturmuştur. Bu mekanizmalar özel raportörlere doğrudan bilgi gönderebilen mağdurlar ve hükümet dışı kuruluşlar için yeni fırsatlar doğurmuştur. Hem mağdur, hem de hükümet dışı kuruluş aynı anda Komisyona, Kurucu Sözleşmenin 5. maddesinde tanımlandığı biçimiyle, işkence uygulamasıyla ilgili şikayetlerini iletebilirler. Bireysel şikayet başvurusu Komisyon'da değerlendirilmeyi beklerken mağdur veya hükümet dışı kuruluş, aynı bilgiyi özel raportöre komisyon oturumlarında sunacağı kamuya açık raporlarda yer vermesi için gönderebilirler. Afrika Birliği Örgütü 1998 Haziran ayının başvurusu Komisyon'da değerlendirilmeyi beklerken mağdur veya hükümet dışı kuruluş, aynı bilgiyi Özel raportöre komisyon oturumlarında sunacağı kamuya açık raporlarda yer vermesi için gönderebilirler. Afrika Birliği Örgütü 1998 Haziran ayında, Afrika Şartıyla garanti altına alınan hakların ihlal edildiğine ilişkin iddiaları değerlendirecek ve bu konuda hüküm verecek bir platform oluşturmak amacıyla, Afrika İnsan ve Halkların Hakları Mahkemesi'nin kurulmasını öngören bir Protokolü kabul etmiştir.

#### **D. Uluslararası Ceza Mahkemesi**

47. 17 Temmuz 1998 tarihinde kabul edilen Roma Uluslararası Ceza Mahkemesi Statüsü soykırım, insanlığa karşı suçlar ve savaş suçlarından sorumlu kişileri yargılayacak daimi bir Uluslararası Ceza Mahkemesi kurmuştur (A/CONF.183/9). Uluslararası Ceza Mahkemesi'nin, soykırımın veya yaygın ya da sistematik bir saldırının bir bölümü olarak işlendiğinde insanlığa karşı suçun bir parçası olarak veya 1949 tarihli Cenevre Sözleşmesine göre bir savaş suçu olarak, işkence iddiaları üzerinde yetkisi vardır. Roma Statüsüne göre işkence "alıkonulan, suçlananın veya kontrolü altında bulunan bir kişiye, kasıtlı olarak fiziksel veya ruhsal acı verilmesi" olarak tanımlanmaktadır. 25 Eylül 2000 tarihi itibarıyla Roma Uluslararası Ceza Mahkemesi Statüsü 113 ülke tarafından imzalanmış ve 21 Devlet tarafından onaylanmıştır. Mahkeme merkezi Hollanda'nın Lahey kentinde olacaktır. Mahkeme sadece Devletlerin Roma Statüsünde işlenen suçlardan sorumlu olan bireyleri yargılayamadıkları veya yargılamak istemedikleri davalarda yetkili olacaktır.



## BÖLÜM II

### KONUyla İLGİLİ ETİK DEĞER VE KURALLAR

48. Her meslek belli etik kurallara göre icra edilir. Bu kurallar belli bir meslek grubuna ait olan bireylerin, hangi ahlaki standartlarla uyum içinde çalışmalarının beklendiğini ortaya koyar; meslek sahiplerinin ortak değerlerini ve yapılmasını gerekli gördükleri görevleri ifade eder. Etik standartlar iki temel yol ile; Birleşmiş Milletler gibi kurumlar tarafından oluşturulan uluslararası araçlar ve meslek sahiplerini ulusal ve uluslararası düzlemde temsil eden meslek kuruluşları aracılığıyla oluşturulur. Temel esaslar hep aynıdır ve meslek sahibi profesyonelin, mesleğinin onurunu korumak için tek tek başvuranlara veya hastalarına, bütün olarak topluma ve diğer meslektaşlarına karşı yükümlülükleri üzerinde durulur. Bu yükümlülükler, uluslararası mekanizmalar ve hukuki araçlara göre bütün insanların sahip oldukları hakları yansıtır ve onları tamamlar.

#### A. Hukuk mesleği etiği

49. Adalet hakkında karar veren son makam olan hakimler, vatandaşların haklarının korunmasında özel bir rol oynar. Uluslararası standartlara göre, bireylerin haklarının korunduğunu güvenceye almak yargıçların etik görevidir. Birleşmiş Milletler Yargı Bağımsızlığının Temel İlkelerinin<sup>45</sup> 6. maddesi şöyle der: “yargının bağımsızlığı ilkesi, yargı kurumlarına, yargılama sürecinin adil olmasını ve bütün tarafların haklarına saygı gösterilmesini sağlama yetkisi ve görevini verir”. Aynı şekilde, savcıların etik sorumluluk ve görevlerinden biri de kamu görevlilerinin işledikleri işkence suçlarını soruşturmak ve yargılamaktır. Birleşmiş Milletler Savcılarının Rolüne Kılavuzluk Eden Kurallardan 15. madde şöyle der: “Savcılar hukuken yetkili oldukları veya ulusal hukuk geleneğine uygun olduğu durumlarda, kamu görevlilerince işlenen suçların, özellikle yolsuzluk, yetkinin kötüye kullanımı, ağır insan hakları ihlalleri ve uluslararası hukukun tanıdığı diğer suçların soruşturulması için gereken özeni göstermelidirler”.<sup>46</sup>

50. Uluslararası standartlara göre avukatların da mesleki görevi, insan haklarını korumak ve geliştirmektir. BM Avukatların Görevlerine İlişkin Temel İlkelerinin 14. maddesine göre:<sup>47</sup> “Avukatlar başvuranların hakkını korurken ve adaletin yerine getirilmesi için uğraşırken, ulusal ve uluslararası hukukun tanıdığı insan hakları ve temel özgürlükleri gözetmek, her zaman hukuka ve hukuk mesleğinin standartlarına ve etik anlayışına uygun biçimde özürce ve özenle davranmakla yükümlüdür”.

#### B. Sağlık hizmeti etiği

51. İnsan hakları kavramıyla, sağlık hizmeti etiğinin oturmuş ilkeleri arasındaki bağlantılar açıktır. Sağlık çalışanlarının etik yükümlülükleri üç düzeyde ifade edilmiştir; bu ilkeler, hukuk mesleğinde olduğu gibi Birleşmiş Milletler belgelerinde de ele alınmıştır. Ayrıca Dünya Tabipler Birliği, Dünya Psikiyatri Birliği, Uluslararası Hemşireler Konseyi gibi sağlık çalışanlarını temsil eden uluslararası kuruluşların açıklamalarında da bu ilkelere yer verilir.<sup>48</sup>

Ulusal Tabip Birlikleri ve hemşirelik kuruluşları da, üyelerinin uyması beklenen etik kuralları yayınlar. Ne şekilde ifade edilirse edilsin, sağlık hizmeti etik kurallarının ana kuralı, kısıtlamalar, baskılar ve yasal sözleşmelere bağlı yükümlülüklerden bağımsız olarak, sağlık hizmeti veren kişinin daima hastanın iyiliğini gözeterek ve yararını düşün-

---

<sup>45</sup> 26 Ağustos-6 Eylül 1985 tarihleri arasında Milano’da yapılan BM Yedinci Suçun Önlenmesi ve Suçluların Tedavisi Kongresi tarafından kabul edilmiş, 29 Kasım 1985 tarih ve 40/32 numaralı ve 13 Aralık 1985 tarihli ve 40/146 numaralı kararlarla BM Genel Kurulu tarafından desteklenmiştir.

<sup>46</sup> 27 Ağustos - 7 Eylül 1990 tarihleri arasında Havana, Küba’da yapılan BM Sekizinci Suçun Önlenmesi ve Suçluların Tedavisi Kongresi tarafından kabul edilmiştir.

<sup>47</sup> Bkz. 46. numaralı dipnot.

<sup>48</sup> Commonwealth (İngiliz Uluslar Topluluğu) Tabipler Birliği ve Uluslararası İslami Tıp Birlikleri Konferansı gibi bölgesel örgütler de mevcuttur. Bu kuruluşlar üyeleri için tıbbi etik ve insan hakları konusunda önemli açıklamalar yayınlamaktadırlar.

rek davranmakla görevli olduğudur. Bazı ülkelerde doktor-hasta ilişkisinin gizliliği gibi tıbbi etik ilkeler ulusal hukukun bir parçası haline gelmiştir. Ulusal hukukun parçası olmasa bile, bütün sağlık çalışanları ahlaki olarak profesyonel meslek kuruluşlarının koyduğu standartlara uymakla yükümlüdürler, ahlaken bu kurallarla bağlıdırlar. Makul bir mazeretleri olmadan, mesleki standartlara uymaz, bu standartlardan saparlarsa yetkilerini kötüye kullanmaktan suçlu bulunurlar.

### 1. Sağlık çalışanlarıyla ilgili Birleşmiş Milletler açıklamaları

52. Cezaevi sistemi içerisinde çalışan diğerleri gibi sağlık çalışanları da, Mahpuslara Uygulanacak Muamele Hakkında Asgari Standart Kurallar'ına<sup>49</sup> uymakla yükümlüdür. Bu kurallara göre, ayırım yapılmaksızın bütün mahpuslara psikiyatri hizmetleri de dahil olmak üzere bütün tıbbi hizmetler sunulmalı; hasta olan veya tedavi görmeyi talep eden mahpuslar her gün görülmelidir. Bu tür gereklilikler, doktorların bakmakla görevli oldukları hastaları tedavi etme ve hastanın yararına uygun şekilde davranmalarını gerektiren etik yükümlülüklerini pekiştirir. Birleşmiş Milletlerin '*Mahpus ve Alıkonulan Kişilerin İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlıkdışı veya Aşağılayıcı Muamele ve Cezalardan Korunmasında Sağlık Çalışanlarının özellikle Hekimlerin Rolüne İlişkin Tıbbi Etik İlkeleri*'<sup>50</sup> özellikle hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının etik yükümlülükleri konusunu ele almaktadır. Bu belgelerde, gözaltındakilerin fiziki ve ruhsal sağlığını korumanın sağlık çalışanlarının ahlaki bir görevi olduğu açıkça belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının tıbbi bilgi ve yeteneklerini kişilerin uluslararası platformlarda dile getirilen haklarını çiğneyecek bir şekilde kullanmaları özellikle yasaktır.<sup>51</sup> İşkenceye aktif veya pasif bir biçimde katılmak veya herhangi bir biçimde işkenceye göz yummak tıbbi etikle tamamen çelişir.

53. Kişinin kötü muameleye dayanma kapasitesini değerlendirmek, kötü muamelenin yapıldığı yerde bulunmak, kötü muameleyi yönetmek veya bizzat uygulamak, kötü muamelenin devam etmesi amacıyla kişileri hayata döndürmek veya işkenceden sorumlu olması muhtemel kişilerin talimatları doğrultusunda işkence öncesinde, işkence esnasında veya sonrasında tıbbi bakım yapmak, işkencecilerle kişilerin sağlık durumu hakkında veya tıp mesleğine ilişkin bilgi vermek, kasıtlı olarak kanıtları göz ardı etmek, otopsi raporu veya ölüm belgesi gibi gerçeğe uygun olmayan yalan raporlar hazırlamak, işkenceye "katılmak" olarak addedilir.<sup>52</sup> Birleşmiş Milletler ilkeleri, tutuklular ve sağlık personeli arasındaki tek etik ilişki biçiminin tutukluların sağlığını değerlendirmek, onların sağlığını korumak ve iyileştirmek olduğunu vurgulayarak sağlık hizmeti etiğinin ana kurallarından birini benimsemiştir. Cezalandırma veya işkenceyi kolaylaştırmak için tutukluların sağlıklarını değerlendirmek etik olmayan bir davranıştır.

### 2. Uluslararası meslek kuruluşlarının açıklamaları

54. Uluslararası meslek kuruluşlarının birçok açıklamasında, insan haklarının korunması için gerekli ilkeler üzerinde durulmaktadır. Bu kuruluşların açıklamaları, uluslararası tıp kuruluşlarının insan hakları konusunda fikir birliği içinde olduklarını açık ve net bir biçimde ortaya koyar. Dünya Tabipler Birliği'nin (DTB) beyanatları, doktorların uluslararası düzeyde kabul edilen etik görevlerini tanımlar. DTB *Tokyo Bildirgesi*<sup>53</sup>, sağlık çalışanlarının işkence veya kötü muameleye katılmasının ya da işkence veya kötü muamele esnasında mevcut bulunmasının yasak olduğunu bir kere daha dile getirmiştir. DTB Tokyo Bildirgesine özel atıfta bulunan BM ilkeleri de bu yasağı pekiştirir. Doktorların kötü muameleyi kolaylaştıracak bilgi, tıbbi araç veya tıbbi malzeme sağlaması açık bir biçimde yasaklanmıştır. Dünya Psikiyatri Birliği'nin *Hawai Bildirgesi*<sup>54</sup> ile aynı kural psikiyatrye de uygulanmıştır. Bu bil-

<sup>49</sup> Mahpuslara Uygulanacak Muamele Hakkında Asgari Standart Kurallar ve Asgari Standart Kuralların Etkin Biçimde Uygulanması İçin Usuller, BM tarafından 1955 yılında kabul edilmiştir.

<sup>50</sup> 1982 yılında BM Genel Kurulu tarafından kabul edilmiştir.

<sup>51</sup> Özellikle Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi, Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmeleri ve Bütün İnsanları İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya aşağılayıcı Muamele ya da Cezalardan Korumak için Bildirge.

<sup>52</sup> Sağlık çalışanları, hastalarına karşı tıbbi bilgilerini gizli tutma yükümlülükleri olduğunu ve özellikle bu tür bilgileri açıkladıkları takdirde bireylerin güvenliğini tehlikeye atabilecekleri durumlarda, açıklama için bireyin aydınlatılmış onamını almak zorunda olduklarını akılda tutmalıdırlar (bkz. bölüm II.C.3.).

<sup>53</sup> Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1975 yılında kabul edilmiştir.

<sup>54</sup> Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1977 yılında kabul edilmiştir.

dirge, psikiyatri mesleğinin ve psikiyatri bilgisinin, herhangi bir kişi veya grubun insan haklarının ihlali için kötüye kullanımını yasaklar. Uluslararası İslami Tıp Konferansının yayınladığı *Kuveyt Bildirgesinde*<sup>55</sup> de aynı husus dile getirilmiş ve doktorların tıbbi bilgilerini “siyasi, askeri veya herhangi bir nedenle bedene, akla, ruha zarar vermek, bunları zedelemek ve incitmek üzere” kullanması veya bu bilgilerin kullanımına izin vermesi yasaklanmıştır. *Mahkum ve Alıkonulanların Bakımında Hemşirelerin Rolü Yönergesi*’nde hemşireler için de benzer kurallar getirilmiştir.<sup>56</sup>

55. Sağlık çalışanlarının bir diğer görevi de, insan hakları ihlallerine karşı sesini yükselten meslektaşlarını desteklemektir. Bunun aksi, hasta haklarının ihlali ve yukarıda adı geçen bildirelerin çiğnenmesi riskini içermekle kalmaz, aynı zamanda sağlık çalışanlarının itibarına leke sürer; tıp mesleğinin onuruna leke sürülmesi ise ciddi bir mesleki suistimal olarak görülür. DTB’nin *İnsan Hakları Yönergesi*<sup>57</sup>, ulusal tıp kuruluşlarını ülkelerindeki insan hakları durumunu değerlendirmeye ve doktorların misillemeden korktukları durumlarda bile kötü muamelenin kanıtlarını gizlememesini sağlamaya çağırır. Bu tür ulusal kuruluşların, özellikle cezaevi sistemi içinde çalışan doktorlara rehberlik etmesi, insan hakları ihlalleri iddialarını protesto etmesi ve doktorların insan hakları alanındaki etik dışı faaliyetlerini soruşturacak etkin mekanizmalar oluşturması, bunların yanı sıra insan hakları ihlallerine dikkat çeken doktorları desteklemesi gerekir. DTB’nin İnsan Hakları Yönergesinden sonra yayınladığı *Hamburg Bildirgesi*’nde<sup>58</sup> tüm dünyadaki bireylerin ve örgütlenmiş tıp kuruluşlarının, işkenceye veya etik ilkelerine aykırı davranma baskısına karşı direnen doktorları desteklemekle sorumlu oldukları bir kere daha ifade edilir. Tek tek doktorları kötü muameleye karşı konuşmaya ve ulusal ve uluslararası tıp örgütlerini, bu tür baskılara karşı duran doktorları desteklemeye çağırır.

### 3. Ulusal sağlık hizmeti etiği kuralları

56. Etik ilkelerin dile getirildiği üçüncü bir düzey de ulusal kurallardır. Tıp etiği, bütün doktorlara ait olan değerlerin ifadesi olduğundan, ulusal kurallar da yukarıda değinilen aynı temel değerleri yansıtır. Hemen hemen bütün kültürlerde ve ulusal hukuk kurallarında zarar vermektan kaçınma, hastalara yardım etme, savunmasız olanları koruma, tıbbi ihtiyaçlarının aciliyeti dışında başka bir temele dayanarak hastalar arasında ayırım yapmama yükümlülüğü gibi temel görevler kabul edilmiştir. Hemşirelik mesleğine ait kurallar da aynı değerleri içerir. Etik ilkelerin sorunlu bir yanı her ikilem için kesin kurallar belirlenmemesi, biraz yoruma ihtiyaç duyulmasıdır. Sağlık çalışanları etik ikilemleri ele alırken ortak mesleki değerlerde ifadesini bulan temel ahlaki yükümlülüklerini akılda tutmalı ve bunları hastalarına zarar vermektan kaçınma görevini yansıtacak bir biçimde hayata geçirmelidirler.

### C. Tüm sağlık hizmeti etiği kurallarında yer alan ortak ilkeler

57. Mesleki bağımsızlık ilkesi, sağlık çalışanlarının diğer baskılara karşın daima acıyı ve sıkıntıyı hafifletme ve zarar vermektan kaçınma olan tıbbın temel amacı üzerinde yoğunlaşmalarını gerektirir. Kimi etik ilkeler öylesine temel kurallardır ki, bütün etik kurallar ve kanunlar da aynı şekilde dile getirilirler. En temel kurallar arasında müşfik bakım, zarar vermeme ve hastanın haklarına saygılı olmak sayılabilir. Bu kurallar bütün sağlık çalışanları için temel kurallardır.

#### 1. Müşfik bakım ve tedavi sağlama görevi

58. Ulusal ve uluslararası kural ve bildirelerde, tıbbi bakım ve tedavi görevi çeşitli biçimlerde dile getirilmiştir. Tıbbi bakımın bir yönü, tıbbi müdahaleye gerek duyanlara tıbbi bakım sağlamaktır. *DTB Uluslararası Tıbbi Etik Kuralları*, doktorların ahlaki açıdan bir insanlık görevi olarak acil tıbbi bakım vermekle yükümlü olduklarını kabul eder.<sup>59</sup> Tıbbi ihtiyaç ve acı içinde olan kişiyi tedavi etme görevi bütün kültürlerin geleneksel kurallarında dile getirilmiştir.

<sup>55</sup> 1981 yılında kabul edilmiştir (Hicri Takvime göre 1401).

<sup>56</sup> Uluslararası Hemşireler Konseyi tarafından 1975 yılında kabul edilmiştir.

<sup>57</sup> Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1990 yılında kabul edilmiştir.

<sup>58</sup> Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1997 yılında kabul edilmiştir.

<sup>59</sup> Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1949 yılında kabul edilmiştir.

59. *Geleneksel Kurallar*: Modern tıp etiğinin temelini, profesyonel değerleri dile getiren ilk beyannamelerde açıklanan ilkeler oluşturur. Bu ilkeler, doktorların kendilerini riske atma pahasına da olsa tıbbi bakım vermekle yükümlü olduklarını ifade eder. M.S. birinci yüzyıldan kalma bir Hindu yasasında, doktorlara “hastanızın iyiliği için bütün kalbiniz ve ruhunuzla çalışın, hayatınız pahasına da olsa hastanızı terk etmeyin, onu incitmeyin” talimatı verilir. Eski İslami yasalarda da benzer talimatlar verilmiştir. Modern Kuveyt Deklarasyonunda da doktorların “ister yakın, ister uzak, erdemli ya da günahkar, dost veya düşman olsun, yoksullar ve tıbbi bakıma ihtiyaç duyanlara hizmet etmek üzerinde yoğunlaşması gerektiği” ifade edilmiştir.

60. Batının tıbbi değerlerine de Hipokrat Yemini ve Maimonides Duası gibi benzer yeminlerin etkisi hakim olmuştur. Hipokrat Yemini diğer doktorlarla dayanışmak ve hastalara zarar vermekten kaçınıp, onların yararı ve bakımı için çalışmak adına verilmiş kutsal bir sözdür. Bu yeminde hasta-doktor ilişkisinin gizliliğini koruma sözü de vardır. Bu dört kavram modern sağlık hizmeti etiğinin değişik şekillerde ifade edilen kurallarında yansıtılmıştır. DTB *Cenevre Bildirgesi*<sup>60</sup>, Hipokrat yemininde ele alınan etik değerlerin yeniden modern bir ifadesidir. Doktorların, hastalarının sağlıklarını temel görevleri sayacaklarına, vicdanları ve onurları ile kendilerini insanlığın hizmetine adanacaklarına ilişkin bir söz, bir taahhüttür.

61. *Dünya Tabipler Birliği Bildirgeleri*: DTB'nin birçok bildirgesinde bakım ve tedavi görevleri ele alınmıştır. Bu bildireler, tutuklular ve suçlu olduğu iddia edilen kimseler de dahil olmak üzere doktorların daima hastaları için en iyi olanı yapmakla yükümlü olduklarını açıkça ifade etmektedir. Bu görev sık sık profesyonel bağımsızlık kavramı aracılığıyla dile getirilmektedir, profesyonel bağımsızlık kavramı doktorların kendilerine uygulanabilecek baskılara karşı en iyi tıbbi tedavi şekline sadık kalmalarını gerektirmektedir. DTB'nin *Uluslararası Tıbbi Etik Kuralları*, doktorların “mesleki ve ahlaki bağımsızlık içinde, şefkatle ve insan onuruna saygılı” biçimde tıbbi bakım vermekle görevli olduklarını vurgulamaktadır. Bu beyanat, doktorun sadece hastanın çıkarına göre davranmakla görevli olduğunu ve hastalarına sadakat göstermekle borçlu olduğunu da vurgulamaktadır. DTB *Tokyo Bildirgesi* ve *Hekimlerin Bağımsızlığı ve Mesleki Özgürlük Bildirgesi*, hiç bir şüpheye yer bırakmayacak kadar açık bir biçimde, doktorların başkalarının çıkarları ne olursa olsun hastanın çıkarları doğrultusunda davranmak için özgür olmakta ısrarcı olmaları gerektiğini ifade etmektedir.<sup>61</sup> İşverenlerin, cezaevi yetkililerinin veya güvenlik güçlerinin talimatları da başkalarının çıkarları arasındadır. İkinci bildire, doktorların “hasta veya yaralı olanlara gerekli tıbbi bakımı vermeyi reddeden veya tıbbi bakımı sınırlayan herkese karşı hastalarının sağlık gereksinimlerini savunacak veya temsil edecek profesyonel bağımsızlığa sahip olmalarını” da gerekli görmektedir. Uluslararası Hemşirelik Kuralları Konseyi'nde hemşireler için de benzer kurallar getirilmiştir.

62. DTB, hasta haklarını tanıyarak doktorların bakım sağlama görevini bir başka biçimde daha ifade etmiştir. *Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi*<sup>62</sup>, ayırım gözetmeksizin herkese gerekli sağlık bakımı hakkı tanır ve doktorların hastaların iyiliği doğrultusunda davranmaları gerektiğini tekrar eder. Bildireye göre hastaların özerkliği ve adil bir biçimde muamele yapılacağı hakkında garanti verilmeli, hem doktorlar hem de tıbbi bakım sağlayanlar hasta haklarını ön planda tutmalıdır. “Yürütme organının, hükümetin veya herhangi bir idari merci veya kurumun bu hakları hastalara tanımayı reddetmesi durumunda hekimler, bu hakları garanti altına almak ya da bu hakların verilmesini sağlamak için gerekli yollara başvurmalıdırlar”. Kişiler, etnik kökenleri, politik inançları, milliyetleri, cinsiyetleri, dinleri ya da kişisel özellikleri ne olursa olsun gerekli sağlık bakımını alma hakkına sahiptirler; belli bir suçla suçlanan ya da bir suçtan dolayı hüküm giyen kişiler de gerekli tıbbi bakımı ve hemşirelik hizmetlerini almak konusunda diğerleriyle eşit haklara sahiptir. DTB'nin *Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi*, hastalar arasında ayırım yapmanın kabul edilebilir tek kistasının, hastaların tıbbi ihtiyaçlarının görece aciliyeti olduğunu vurgulamıştır.

<sup>60</sup> Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1948 yılında kabul edilmiştir.

<sup>61</sup> Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1986 yılında kabul edilmiştir.

<sup>62</sup> Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1931 yılında kabul edilmiştir; 47. Genel Kurul'un Eylül 1995'te yapılan kırk yedince oturumunda değişiklik yapılmıştır

## 2. Aydınlatılmış onam

63. Tıbbi bakım sağlama görevini yansıtan tüm bildirimlerde doktorun muayene ya da tedavi gören kişinin çıkarlarına göre davranma yükümlülüğü vurgulanırken, sağlık çalışanlarının, hasta için neyin en iyi olduğunu bildikleri varsayılmaktadır. Modern tıp etiğinin en temel ilkelerinden biri, kişilerin kendileri için neyin en iyi olduğunu değerlendirebileceğidir. Bu nedenle sağlık çalışanları, hasta için neyin iyi olduğuna karar verirken, elinde yetki bulduran herhangi birinin görüşlerine değil aklı başında, reşit hastanın isteklerine göre karar vermelidir. Kişinin baygın olduğu ya da düzgün onay vermeğe muktedir olmadığı durumlarda, sağlık çalışanları kişinin çıkarlarının nasıl korunup gözetilebileceğine ilişkin bir karar vermelidir. Hemşireler ve doktorların, hastalarının avukatıymış gibi davranmaları beklenir; bu husus DTB'nin *Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi* ve Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin *İnsan Haklarını Korumada Hemşirelerin Rolüne İlişkin Açıklama*<sup>63</sup> gibi belgelerde açıkça ifade edilmiştir.

64. DTB'nin *Lizbon Hasta Hakları Bildirgesinde* doktorların, aklen sağlıklı hastalarından, herhangi bir muayene veya tıbbi işlem için baskı altında olmadan aydınlatılmış onam almakla görevli oldukları ifade edilir. Bunun anlamı, kişilerin tıbbi tedaviyi kabul ettiklerinde tedavi ile neler olabileceği veya tedaviyi reddetmenin sonuçlarını bilmek zorunda olduklarıdır. Baskı altında ya da yanlış bilgilendirme sonucu alınan onam geçerli değildir ve bu onama dayanarak hareket eden doktorlar tıp etiğine aykırı davranmış olur. Sağlık çalışanları, hastaları muayene etmeden önce muayenenin ve tedavinin amacını açıkça anlatmalıdır. İşlemin sonuçları hasta açısından ne kadar ağrısız, usulüne uygun bilgilendirilmiş onam almanın ahlaki yükümlülüğü de o denli büyüktür. Muayene ve tedavi, kişilere sonuçları belirgin bir yarar sağlayacaksa, hastanın yapılacak işlem için işbirliği yaparak, örtülü onay vermesi yeterli olacaktır. Ancak muayenenin temel amacının tedavi edici bakım olmadığı durumlarda (a) hastanın durumu bilip, onay vermesine (b) uygulanacak işlemin hiç bir şekilde hastanın çıkarına ters olmamasına büyük özen gösterilmelidir. Daha önce de belirtildiği gibi sorgulama sırasında kişinin, cezalandırmayı, işkenceyi ya da fiziksel baskıyı kaldırıp kaldıramayacağını tespit etmek amacıyla muayene yapmak tıbbi etik kurallarına ve tıbbin amacına aykırıdır. Tutuklu ya da hükümlülerin sağlığını cezayı kolaylaştırmak için değil, onları mümkün olan en sağlıklı duruma getirmek ve sağlık koşullarını iyileştirmek için değerlendirmek etik bir davranıştır. Bir soruşturmaya delil olması amacıyla yapılan fizik muayenede onay alınırken hastanın, muayeneden elde edilecek sağlık verilerinin nasıl kullanılacağı, nasıl saklanacağı ve kimlerin bu verilere ulaşabileceği konusunda bilgilendirilmesi şarttır. Hastanın kararını belirleyen bu gibi hususlar muayene öncesinde açıkça anlatılmamışsa, muayene ve bilginin saklanması için verilen onam geçersizdir.

## 3. Gizlilik

65. Hipokrat yemininden modern çağın etik kurallarına kadar, bütün etik ilkelerin temel esaslarından biri de gizlilik görevidir. Bu ilke, *Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nde* olduğu gibi DTB bildirimlerinde önemli bir yer tutar. Bazı hukuk sistemlerinde, mesleki gizlilik esası çok önemli görüldüğü için ulusal hukukun bir parçası haline gelmiştir. Gizlilik ilkesi mutlak bir yükümlülük değildir, gizlilik ilkesinin insanlara ciddi bir zarar vermesi veya adaletin ciddi bir biçimde çarpıtılmasına neden olması gibi istisnai durumlarda bu ilke etik bir biçimde ihlal edilebilir. Ancak kişinin sağlık bilgilerinin gizliliğinin korunması genel bir ilkedir ve bu konudaki gizlilik ilkesine ancak koldan haberdar edilen ve bilgilendirilen hastanın rızasıyla uyulmayabilir.<sup>64</sup> Hastaya ilişkin kimlik bilgilerini içermeyen tıbbi bilgiler ise başka amaçlar için serbestçe, hastanın kimliğinin açıklanmasının gerekeceği bütün durumlarda kullanılabilir. (Örneğin, belli bir işkence ya da kötü muamele biçimi hakkında veri toplanırken, bu durum sözkonusu olabilir.) Sağlık çalışanlarının, hastalara zarar verme riski içeren kimlik bilgilerini vermeye zorlandıkları veya yasalar nedeniyle bu bilgiyi vermekle yükümlü oldukları durumlarda, ikilemler ortaya çıkmaktadır. Bu gibi durumlarda, hastanın iyiliğine ve özerkliğine saygı gösterme, hastanın iyiliği için davranma ve zarar vermekten ka-

<sup>63</sup> Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1983 yılında kabul edilmiştir.

<sup>64</sup> Salgın hastalıkları olan kişilerin, uyuşturucu bağımlılığı, psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin bildirilmesi gibi kamu sağlığı için gerekli durumlar dışında.

çınma gibi temel etik yükümlülükler, diğer yükümlülüklerinin önüne geçer. Doktorlar, bilgi isteyen makama veya mahkemeye mesleki gizlilik yükümlülüklerinin kendilerini bağladığını ve bilgi veremeyeceklerini açıkça ifade etmelidirler. Bu şekilde yanıt veren sağlık çalışanları, meslek örgütlerinin ve meslektaşlarının desteğini hak kazanır. Uluslararası insancıl hukuk, silahlı çatışma dönemlerinde doktor-hasta ilişkisinin gizliliğine özel bir önem atfederek, doktorların hasta ya da yaralı kişileri ihbar etmemeleri gerektiğini de belirtmiştir.<sup>65</sup> Bu tür durumlarda hastaları hakkında bilgi vermeye zorlanamayacakları için sağlık çalışanları da koruma altındadırlar.

#### **D. Sağlık çalışanlarının çifte yükümlülüğü**

66. Sağlık çalışanlarının çifte yükümlülükleri vardır; hastanın yararını gözetmek gibi temel bir ödevin yanı sıra topluma karşı adaletin yerine getirilmesi ve insan hakları ihlallerinin engellenmesini sağlamakla da görevlidirler. Polis, askeriye ve diğer güvenlik birimleri veya cezaevi sistemi içinde görev yapan sağlık çalışanları, çifte yükümlülüklerinden kaynaklanan oldukça ağır ikilemlerle karşı karşıyadır. İşverenlerinin ve tıp mesleğinden olmayan çalışma arkadaşlarının çıkarları, gözaltındaki hastalarının çıkarlarıyla çatışabilir. İstihdam koşulları ne olursa olsun, tüm sağlık çalışanlarının temel görevi, muayene ve tedavi edilmeleri istenen insanlara bakmaktır. İmzaladıkları sözleşmeler veya diğer hususlar gereği mesleki bağımsızlıklarından ödün vermeye zorlanamazlar. Hastanın sağlığı için ne yapılması gerektiğini önyargısız değerlendirmeli ve ona göre davranmalıdırlar.

##### *1. Çifte yükümlülüğü olan tüm doktorlara rehberlik eden ilkeler*

67. Doktorlar, bir başkası adına hareket ettikleri her durumda, hastaya durumu açıklama ve hastanın bu gerçeği anlamasını sağlamakla yükümlüdürler.<sup>66</sup> Doktor, kendini hastaya tanıtmalı ve tedavi ve muayenenin amacını açıklamalıdır. Üçüncü bir kişi tarafından göreve atıldığı veya kendisine üçüncü kişi tarafından ödeme yapıldığı durumlarda bile doktorun görevi tedavi veya muayene ettikleri hastaya bakmaktır. Doktorlar, hastalarına zarar verebilecek veya onlara psikolojik veya fiziksel açıdan zarar görebilecekleri süreçlere uymayı reddetmekle yükümlüdürler. İmzaladıkları sözleşmelerin, klinik açıdan doğru kararlar vermelerini sağlayacak, profesyonel bağımsızlıklarını koruyacak şekilde hazırlanmış olmasını güvence altına almalıdırlar. Doktorlar, gözaltında bulunan herhangi bir kişinin, görmesi gereken tıbbi muayene ve tedaviye erişebilmesini sağlamakla yükümlüdürler. Doktorların gözaltında bulunan kişinin reşit olmaması ya da hassas konumda bir yetişkin olması halinde avukatmışçasına davranmak gibi ek bir yükümlülükleri de vardır. Gizliliği korumak, hastanın bilgisi ve onayı olmadan hastaya ilişkin bilgileri açıklamak doktorların genel görevlerinden biridir. Doktorlar, tıbbi kayıtların gizliliğini temin etmekle yükümlüdür. Doktorlar, kendilerinin de dahil olduğu tıbbi hizmetlerin etiğe aykırı, yetki ve görevin kötüye kullanımını içermesi veya yetersiz bir biçimde verilmesi veya hastaların sağlığı açısından olası bir tehdit oluşturması halinde, durumu izlemek ve açıklamakla yükümlüdür. Böylesi bir durumda hemen tavır almadıkları takdirde, daha ileriki aşamalarda durumu protesto etmeleri daha da güçleşecektir. Doktorlar hastaları, ailelerini veya kendilerini öngörülebilir bir şekilde tehlikeye atmadan konuyu araştırabilecek yetkili makamlara veya uluslararası kuruluşlara haber vermelidirler. Doktorlar ve meslek örgütleri, makul delillere dayanarak bu tür tavır alan bütün meslektaşlarını desteklemelidir.

##### *2. Çifte yükümlülüğün getirdiği ikilemler*

68. Etik ile hukukun çeliştiği durumlarda ikilemler ortaya çıkar. Sağlık çalışanlarının, etik yükümlülükleri nedeniyle belli bir yasaya, örneğin hasta hakkında gizli tıbbi bilgilerin açıklanması gibi bir yasal yükümlülüğe uymamalarını gerektiren durumlar olabilir. Ulusal ve uluslararası etik ilkeler açıklamalarında, hukuk da dahil olmak üzere diğer zorunluluklar nedeniyle sağlık çalışanlarının tıbbi etiğe ve vicdanlarına aykırı davranmaya zorlanamayacakları konusunda yaygın bir uzlaşma mevcuttur. Sağlık çalışanları bu tür durumlarda, temel etik kuralları tehlikeye atmaktan ya da hastaları ciddi tehlikeye maruz bırakmaktansa, hukuka ya da yasal düzenlemelere uymayı reddetmelidir.

<sup>65</sup> 1949 Cenevre Sözleşmeleri ek I numaralı Protokol'un 16. maddesi (1977) ve II numaralı Protokol'un 10. maddesi (1977).

<sup>66</sup> Bu ilkeler tipik bir ulusal kuruluş olan İngiliz Tabipler Birliğinin "Çifte Yükümlülüğü Olan Doktorlara" rehberlik yapacak ilkelerden çıkarılmıştır. (yayın tarihi 1995)



69. Kimi durumlarda iki ayrı etik yükümlülük çatışabilir. Uluslararası kurallar bütünü ve etik ilkeler, işkence veya kötü muameleye ilişkin bulguların yetkili makama bildirilmesini gerektirir. (Kimi hukuk sistemlerinde bu aynı zamanda yasal bir gerekliliktir). Ancak, hastalar kimi durumlarda böyle bir amaçla muayene edilmeye ya da muayene sonucu edinilen bilgilerin başkalarına açıklanmasına onay vermeyi reddedebilirler. Kendileri ya da aileleri için misilleme riskinden korkuyor olabilirler. Bu gibi durumlarda sağlık çalışanlarının, hem hastaya karşı, hem de adaletin yerine getirilmesinde ve suçluların adalete teslim edilmesinden yarar sağlayacak olan topluma karşı çifte yükümlülüğü vardır. Böylesi ikilemler ele alınırken, öncelikli olarak göz önünde bulundurulması gereken temel ilke, olası zarar vermeyi önlemektir. Sağlık çalışanları, kişinin gizlilik hakkını ihlal etmeden, adalete hizmet eden çözüm yollarını araştırmalıdır. Güvenilir kuruluşlardan konuyla ilgili tavsiyeleri alınmalıdır; kimi durumlarda bu kuruluş, ulusal tıp birlikleri ya da sivil toplum kuruluşları olabilir. Yeterli derecede destek ve teşvik gördükleri takdirde, daha önce isteksiz olan bazı hastalar önceden kararlaştırılan parametreler içinde bazı açıklamalar yapılmasını onaylayabilirler.

70. Doktorun etik yükümlülükleri, doktorun hasta ile nasıl bir ortamda karşı karşıya geldiğine ve hastanın açıklama kararına ilişkin seçimini özgürce yapıp yapamayacağına bağlı olarak değişebilir. Örneğin hasta ve doktor arasında bir tedavi ilişkisi varsa, hasta bir hastanede tedavi görüyorsa, doktorların tedavi ilişkilerinde geçerli olan gizlilik kurallarını korumak gibi bir ahlaki zorunlulukları vardır. Bu tür karşılaşmalar sonucunda elde edilen işkence delillerini rapor etmek, hasta yasaklamadığı sürece doğrudur ve uygun tavidir. Doktorlar hasta talep ettiği veya bilgilendirilerek uygun biçimde onay verdiği takdirde, bu tür bulguları bildirmeli, ayrıca hastalarına bu tür kararlarda destek olmalıdır.

71. Adli tabiplerin muayene ettikleri kişilerle farklı bir ilişkisi vardır ve genellikle gözlemlerini nesnel olarak rapor etmekle yükümlüdürler. Hastanın bu tür durumlarda daha az gücü ve seçim şansı vardır ve hasta ne olduğu konusunda açıkça konuşamayabilir. Adli tabipler muayeneye başlamadan önce hastaya kendi rollerini açıklamalı ve tedavi ortamında tıbbi gizliliğin kendi görevlerinin bir parçası olmadığını açıkça ifade etmelidir. Yasal düzenlemeler hastanın muayene olmayı reddetmesine olanak vermeyebilir, ama herhangi bir yaranın nedenini bildirip bildirmeyeceği hastanın seçimidir. Adli hekimler yanlış rapor vermemeli, ama kötü muameleye ilişkin her tür delili de açıkça belirtmek de dahil olmak üzere raporlarını tarafsız kanıtlara dayandırmalıdır.<sup>67</sup>

72. Cezaevi doktorları, tıbbi tedavi ve bakım sağlamakla görevlidir; ancak gözaltından cezaevine getirilen tutukluları muayene etmek de görevleri arasındadır. Bu görevleri esnasında veya cezaevindeki mahpusları tedavi ederken, insanlara cezaevindekilerin gerçekten duyuracak konumda olmadıkları kabul edilemez ölçüde şiddet uyguladığının kanıtlarıyla karşılaşabilirler. Doktorlar bu tür durumlarda hastanın iyiliğini ve ona karşı gizlilik görevlerini akılda tutmalıdır. Ancak mahpuslar etkili bir biçimde şiddete karşı koyacak durumda olamayabilecekleri için doktorun kötü muamele kanıtlarını ihbar etmesi gerektiğine ilişkin güçlü bir ahlaki sav da öne sürülebilir. Kötü muamele gören kişi(ler) açıklama yapılmasına razı olurlarsa, etik bir çatışma söz konusu değildir ve doktorun ahlaki yükümlülükleri de açıktır. Ancak cezaevindeki kişinin açıklama yapılmasına izin vermediği durumlarda doktor, hastanın karşı karşıya bulunabileceği tehlike ve risklerle, ihlallerin engellenmesinin cezaevi nüfusuna ve topluma sağlayacağı yararı tartarak karar vermelidir.

73. Sağlık çalışanları, hak ihlalinin, kendi sorumluluk alanında gerçekleştiği iddia edilen yetkililere bildirilmesinin konuyu açıklayan kişi de dahil olmak üzere hasta ve başkalarına da zarar gelmesi riskini taşıdığını da akılda tutmalıdır. Doktorlar bile bile kimseyi misilleme tehlikesiyle karşı karşıya bırakmamalıdır. Harekete geçmekten muaf tutulamazlar, ancak sağduyuyla hareket etmeli ve olayı, ihlalde doğrudan sorumluluğu bulunacak yetkililer dışında yetkili bir birime bildirmeyi veya bildirim sağlık çalışanları ve hastaları açısından risk taşımıyorsa, kişilerin kimlik bilgilerini açık etmeden bildirmeyi düşünmelidirler. İkinci yol izlenirse, sağlık çalışanlarının kimlik bilgilerini açıklama baskısıyla karşı karşıya kalacakları veya tıbbi kayıtlara zorla el konulabileceği olasılıklarını da göz önünde bulundurmaları gerektiği açıktır. Çok kolay bir çözüm olmamakla birlikte sağlık çalışanları her şeyden öte zarar vermekten kaçınma temel ilkesine uygun davranmalı ve mümkünse ulusal ya da uluslararası meslek kuruluşlarının tavsiyelerine başvurmalıdır.

<sup>67</sup> V. Iacopino, M. Heisler, S. Pishevar and R.H. Kirschner. "Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in post-detention medical examinations in Turkey", JAMA 1996; 276:396-402.



## BÖLÜM III

### İŞKENCENİN HUKUKİ AÇIDAN SORUŞTURULMASI

74. Uluslararası hukuka göre Devletler, rapor edilen işkence olaylarını hemen ve tarafsız olarak soruşturmakla yükümlüdürler. Deliller gerektirdiğinde, sınırları içinde işkence suçu işlemiş ya da bu suça katılmış olduğu iddia edilen bir kişi bulunan Devlet, şüpheli olduğu iddia edilen kişiyi ya yargılama yetkisine sahip bir başka Devlete iade etmeli ya da ulusal veya yerel ceza yasalarına göre kovuşturulması için vakayı kendi yetkili organlarına sunmalıdır. Başarı şansı olan herhangi bir işkence soruşturmasının temel ilkeleri, hukuki yeterlilik, tarafsızlık, bağımsızlık, anında ve kapsamlı araştırmadır. Bu ilkeler, tüm hukuk sistemlerine uygulanabilir ve bütün işkence soruşturmalarına rehberlik etmelidirler.

75. Soruşturma usulünün, kaynak ve uzman eksikliği, önyargı, açık bir kötüye kullanma tarzının varlığı veya başka temel nedenlerle yetersiz kalması durumunda, Devletler soruşturmaları bağımsız bir soruşturma komisyonu veya benzer bir yöntemle yürütürler. Bu komisyonun üyeleri, tarafsızlıkları, yetkinlikleri ve bağımsızlıkları kabul edilen kişiler arasından seçilmelidir. Bu kişiler özellikle soruşturmanın konusu olabilecek herhangi bir kurum, kuruluş veya kişiden bağımsız olmalıdır.

76. Bölüm A, bir işkencenin soruşturulmasının geniş amacını açıklamaktadır. Bölüm B, işkencenin ve diğer zalimane, insanlık dışı, aşağılayıcı muamele veya cezanın etkin soruşturulması ve belgelendirilmesine ilişkin temel ilkeleri ortaya koyar. Bölüm C, ilk olarak uygun soruşturma makamına ilişkin kararı dikkate alarak, daha sonra mağdur olduğu iddia edilen kişi ve diğer tanıkların sözlü ifadesinin alınması ve fiziksel kanıtların toplanması için rehber ilkeleri önererek, işkence iddiasına ilişkin yürütülecek soruşturmaya yönelik önerilen usulleri ortaya koyar. Bölüm D, özel bir bağımsız soruşturma komisyonu oluşturulmasına yönelik rehber ilkeleri sunar. Bu rehber ilkeler, yargısız infaz, işkence ve kayıplar da dahil olmak üzere insan hakları ihlalleri iddialarını soruşturmak için bağımsız komisyonlar kurmuş birkaç ülkenin deneyimlerine dayanılarak geliştirilmiştir.

#### A. İşkence soruşturmasının amaçları

77. Soruşturmanın genel amacı, işkenceden sorumlu olanları tespit edip kovuşturulmalarına olanak sağlama veya mağdurlara giderim sunmak üzere oluşturulmuş diğer işlemler bağlamında kullanılma düşüncesiyle, iddia edilen işkence olaylarına ilişkin gerçekleri saptamaktır. Burada değinilen konular, başka işkence soruşturmaları için de ilgili olabilir. Bu amacı yerine getirmek için, soruşturmayı yürütenler en azından işkence gördüğü iddia edilen kişilerin ifadesini elde etmeye; sorumlular hakkında yürütülecek olası herhangi bir soruşturmaya yardımcı olmak üzere işkence iddiasına ilişkin, tıbbi deliller dahil, delilleri toplamaya ve saklamaya; olası tanıkları belirlemeye ve iddia edilen işkence vakasıyla ilgili ifadelerini almaya; ve iddia edilen işkence olaylarının nasıl, ne zaman ve nerede gerçekleştiğinin yanı sıra işkencenin gerçekleştirilmiş olabileceği belli bir tarz veya uygulamayı belirlemelidir.

#### B. İşkence ve diğer zalimane, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamele veya cezanın etkin soruşturulması ve belgelendirilmesine ilişkin ilkeler

78. Aşağıdaki ilkeler, işkencenin soruşturulması konusunda uzmanlaşan kişi ve örgütlerin üzerinde görüş birliği sağladığı ilkeleri temsil eder. İşkencenin ve diğer zalimane, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamelenin (metinde bundan sonra işkence veya diğer kötü muamele olarak geçecektir) etkin soruşturulması ve belgelendirilmesinin amaçları aşağıdakileri içerir:

- (a) Olayların açıklığa kavuşturulması ve işkence görenler ve aileleri için, işkence olayına karışan bireylerin ve Devletlerin sorumluluğunun saptanması ve kabul edilmesi;
- (b) Olayın tekrarlanmasını önlemek için gerekli önlemlerin belirlenmesi;

- (c) Soruşturma sonucunda işkence veya kötü muameleden sorumlu olduğu düşünülen kişilerin kovuşturulmalarının ve/veya uygun olduğunda disiplin yaptırımına çarptırılmalarının kolaylaştırılması; Devletin adil ve yeterli mali tazminat ile tıbbi bakım ve rehabilitasyon olanaklarını dahil tam bir onarım ve telafi sağlama gerekliliğinin gösterilmesi.

79. Devletler, işkence ya da kötü muameleye ilişkin şikayet ve raporların derhal ve etkili bir biçimde soruşturulmasını sağlamak zorundadırlar. Açık bir şikayetin yokluğunda bile, işkence ya da kötü muamelenin gerçekleştiğine dair başka belirtiler varsa soruşturma yapılmalıdır. Şüpheliler ve çalıştıkları kurumlarından bağımsız olacak soruşturmacılar, konularında yetkin ve tarafsız kişiler olmalıdır. Bu kişiler, tarafsız tıp veya diğer uzmanların yaptığı araştırmalara ulaşabilmeli veya bu uzmanlardan soruşturma yapmayı istemekle yetkilendirilmelidirler. Bu tür soruşturmalarda kullanılacak yöntemler, en yüksek profesyonel standartlara uygun olmalı ve bulgular kamuoyuna açıklanmalıdır.

80. Soruşturma makamı, soruşturma için gerekli tüm bilgileri elde etme yetki ve görevine sahip olacaktır.<sup>68</sup> Soruşturmayı yürüten kişiler, etkili bir soruşturma için gerekli her tür mali ve teknik kaynağı elinde bulundurmalıdır. Ayrıca bu kişilerin, resmi bir sıfatla hareket eden ve işkence ya da kötü muameleye karıştığı iddia edilen herkesi karşısına çağırma ve ifade vermeye zorlama yetkileri de olmalıdır. Bu yetki herhangi bir tanık için de geçerlidir. Bu amaçla, soruşturma makamı, işkenceye karıştığı iddia edilen herhangi bir yetkili de dahil olmak üzere tüm tanıklara celp göndermeye ve delillerin sunulmasını istemeye de yetkilidir. İşkence ya da kötü muamele gördüğü iddia edilen kişiler, tanıklar, soruşturmayı yürütenler ve bunların aileleri, soruşturmayı takiben gelebilecek her tür şiddete, şiddet tehdidine ya da benzeri herhangi bir korkutmaya karşı korunmalıdır. İşkence ya da kötü muameleye karışmış olma ihtimali bulunanlar, şikayetçiler, tanıklar ve aileleri ile soruşturmayı yürütenler üzerinde doğrudan veya dolaylı olarak kontrol veya yetki kullanabilecekleri her tür konumdan uzaklaştırılmalıdır.

81. İşkence ya da kötü muamele mağduru olduğu iddia edilen kişiler ve yasal temsilcilerinin tüm duruşmalardan ve soruşturmayla ilgili tüm bilgilerden haberdar edilmesi ve bunlara erişimlerinin sağlanması ve başka deliller sunmaya yetkili kılınmaları gereklidir.

82. Var olan soruşturma süreçlerinin yetersiz uzmanlık ya da ön yargı şüphesi, ya da belirgin bir biçimde belli bir ihlal kalıbının varlığı ya da önemli başka bir sebeple yetersiz kalması durumunda, Devletler, soruşturmanın bağımsız bir komisyon ya da benzer bir usulle yapılmasını temin etmekle yükümlüdürler. Böyle bir komisyonun üyeleri, tarafsızlıkları, yetkinlikleri ve bağımsızlıkları kabul gören kişiler arasından seçilmelidir. Bu kişiler özellikle şüphelilerden ve onların çalıştığı kurum ve kuruluşlardan bağımsız kişiler arasından seçilmelidir. Komisyon soruşturma için gerekli her türlü bilgiyi almaya yetkili olmalı ve soruşturmayı bu ilkelerde tanımlandığı şekilde yürütmelidir.<sup>69</sup> Makul bir süre içinde, soruşturmanın kapsamını, delillerin değerlendirilmesinde kullanılan usul ve yöntemleri ve elde edilen bulgular ve uygulanabilir hukuk kurallarına dayanan sonuç ve tavsiyeleri içeren yazılı bir rapor hazırlanmalıdır. Rapor tamamlandıktan sonra kamuya açıklanmalıdır. Rapor ayrıca gerçekleştiği tespit edilen belli olayları, bu bulguların dayandığı delilleri detaylı bir biçimde tanımlamalı, kendilerini korumak amacıyla kimlikleri gizli tutulanlar istisna olmak kaydıyla tanıklık yapanların adlarını sıralamalıdır. Devlet, makul bir zaman dilimi içinde, soruşturma komisyonu raporuna yanıt vermeli ve uygun durumlarda bu rapora yanıt olarak atılacak adımları da belirtmelidir.

83. İşkence veya kötü muamele soruşturmasında görev alan tıp uzmanları, her zaman en yüksek etik standartlara uygun davranmalı ve özellikle her muayeneden önce kişiye bilgi vererek, onun aydınlatılmış onamını almalıdır. Muayene, tıp pratiğinin yerleşik standartlarına uygun yapılmalıdır. Özellikle muayeneler, güvenlik görevlileri ve di-

<sup>67</sup> V. Iacopino, M. Heisler, S. Pishevar and R.H. Kirschner. "Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in post-detention medical examinations in Turkey", JAMA 1996; 276:396-402.

<sup>68</sup> Bazı koşullar altında meslek etiği, bilginin gizli tutulmasını gerekli kılabilir. Bu gerekliliklere saygı gösterilmelidir.

<sup>69</sup> Bkz. 68 numaralı dipnot.

ğer hükümet görevlilerin bulunmadığı bir halde, tıp uzmanının kontrolünde özel olarak yapılmalıdır. Tıp uzmanı derhal ayrıntılı bir yazılı rapor hazırlamalıdır. Bu rapor en azından şu bilgileri içermelidir:

- (a) Görüşme koşulları: Rapora konu olan kişinin adı ve muayene sırasında muayenehanede yer alan kişilerin adları, aralarındaki bağlantı; muayenenin tam saati ve tarihi, yeri, muayenenin yapıldığı kurumun niteliği ve (mümkünse muayenenin yapıldığı oda da belirtilerek) adresi (örn. gözaltı merkezi, klinik, ev, vb.); kişinin muayene edildiği sıradaki durumu (örn. muayeneye getirilirken veya muayene esnasında kişinin herhangi bir kısıtlamaya tabi olup olmadığı, muayene sırasında güvenlik güçlerinin var olup olmadığı, tutuklu ya da hükümlüye eşlik edenlerin tutum ve tavırları, muayene yapan kişiye yönelik tehdit edici ifadeler vs.) ve konuyla ilgili diğer bilgiler;
- (b) Öykü: Kişinin muayene sırasında alınan, yapıldığı iddia edilen işkence ya da kötü muamele yöntemleri, işkence ya da kötü muamelenin yapıldığı iddia edilen zaman ile fiziksel ve psikolojik semptomlara ilişkin tüm şikayetlerini de içeren öyküsünün ayrıntılı tutanağı;
- (c) Fiziksel ve psikolojik muayene: Klinik muayenede gözlemlenen, gerekli tanı koyucu testler ve mümkün olduğu durumlarda tüm yaraların renkli fotoğraflarını da içeren tüm fiziksel ve psikolojik bulguların kaydı;
- (d) Görüş: Fiziksel ve psikolojik bulguların olası işkence ve kötü muameleyle muhtemel ilişkisinin yorumlanması. Gerekli tüm tıbbi ve psikolojik tedavi ve/veya daha sonra muayene yapılması için öneriler de ayrıca verilmelidir;
- (e) Hazırlayan Kişinin Kaydı: Rapor, muayeneyi yapanların kimlikleri açıkça belirtilmeli ve rapor bu kişiler tarafından imzalanmalıdır,

84. Rapor gizli tutulmalı ve kişiye ya da kişinin atadığı temsilcisine iletilmelidir. Kişinin ve temsilcisinin muayene süreciyle ilgili görüşleri talep edilmeli ve rapora yansıtılmalıdır. Rapor, uygun olduğu durumlarda, işkence ya da kötü muamele iddialarını soruşturmakla sorumlu yetkili makama yazılı olarak sunulmalıdır. Raporun bu kişilere güvenli bir biçimde ulaştırılmasını sağlamak Devletin sorumluluğudur. Rapor, kişinin onayı ya da böyle bir transfer emri verme yetkisi bulunan bir mahkemenin yetki vermesi istisna olmak koşuluyla, başka hiç kimseye sunulmamalıdır. İşkence iddialarına ilişkin rapor yazımı konusundaki genel hususlar için IV'üncü bölüme bakınız. Bölüm V ve VI'da, fiziksel ve psikolojik değerlendirmeler, sırasıyla ayrıntılı olarak anlatılmaktadır.

### C. İşkence soruşturmasında izlenecek usuller

#### 1. Uygun soruşturma biriminin belirlenmesi

85. Bakanların, bakan yardımcılarının, bakanların bilgisiyle hareket eden memurların, Devlet bakanlıklarındaki kıdemli memurların, kıdemli askeri liderlerin işkence uygulanması yönünde olası emirler vermesi veya bu gibi kişilerin işkenceye göz yumması hali de dahil, işkence olayına kamu görevlilerinin de karıştığı şüphesinin olduğu durumlarda özel bir soruşturma komisyonu kurulmadan nesnel ve tarafsız bir soruşturma yapmak mümkün olmayabilir. Soruşturmacıların uzmanlıklarının ya da tarafsızlıklarının sorgulandığı durumlarda da soruşturma komisyonu gerekli olabilir.

86. Devletin işkence olayına karıştığı veya tarafsız özel bir soruşturma mekanizmasının kurulmasını gerektiren şartların var olduğu inancını destekleyen unsurlar aşağıdakileri içerir:

- (a) Kişi, polis nezaretinde veya gözaltında son olarak görüldüğünde zarar görmemiş ise;
- (b) Olayın uygulanma şekli (*modus operandi*) belirgin bir biçimde, Devlet destekli işkence olarak nitelendirilebilir;
- (c) Devlet içinden ya da Devletle bağlantılı kişiler, işkence soruşturmasını engellemeye ya da geciktirmeye çalışmışlarsa;
- (d) Bağımsız bir soruşturma kamu yararına olacaksa;

- (e) Normal soruşturma birimleri tarafından yapılan soruşturmalar, uzmanlık eksikliği ya da tarafsız olunamaması veya konunun önemi, belli bir ihlal kalıbının belirgin varlığı, kişinin şikayetçi olması ya da yukarıda belirtilen eksiklikler veya diğer esaslı sebepler gibi diğer gerekçeler yüzünden zihinlerde soru işaretleri yaratıyorsa.

87. Bağımsız bir soruşturma komisyonu kurulmasına karar veren bir Devlet, kimi hususları göz önünde bulundurmalıdır. İlk olarak, soruşturmaya konu olacak kişilere, soruşturmanın her aşamasında uluslararası hukuk tarafından korunan asgari usuli güvenceler temin edilmelidir. İkinci olarak, soruşturmacılar, soruşturmanın ceza-i kovuşturması için kabul edilebilir deliller sağlayabilmesi için nesnel ve tarafsız hukuki danışmanlığın yanı sıra yeterli teknik ve idari personel desteğine sahip olmalıdır. Üçüncü olarak, soruşturmacılar, Devletin kaynaklarının ve yetkilerinin bütününden yararlanmalıdır. Son olarak, soruşturmacıların, uluslararası hukuk ve tıp uzmanlarından yardım isteme yetkisi olmalıdır.

## 2. İşkence gördüğü iddia edilen kişi ve diğer tanıklarla görüşme

88. İşkence olaylarının doğası ve kişilerin çoğu zaman yıkıcı bir güçsüzlük hissi de içeren travma geçirmesi dolayısıyla, işkence gördüğü iddia edilen kişiye ve diğer tanıklara duyarlı davranmak özellikle önemlidir. Devlet, işkence gördüğü öne sürülen kişileri, tanıkları ve ailelerini, soruşturma sonucu ortaya çıkabilecek şiddet, şiddet tehdidi veya diğer korkutma yöntemlerine karşı korumalıdır. Soruşturmacılar ayrıca tanıkları, soruşturmaya dahil olmanın sonuçlarından ve soruşturmada kendilerini etkileyebilecek olan gelişmelerden de haberdar etmelidirler.

### (a) İşkence gördüğü iddia edilen kişinin aydınlatılmış onamı ve diğer koruma biçimleri

89. Soruşturmanın en başından itibaren, işkence gördüğü iddia edilen kişiye, izlenen usulün niteliği, kendisinden neden delil istendiği, sunulan delilin kullanılıp kullanılmayacağı ya da nasıl kullanılabileceği hakkında mümkün olduğunca çok bilgi verilmelidir. Soruşturmacılar kişiye, soruşturmanın hangi bölümünün kamuya açık olacağını ve hangi bölümünün gizli kalacağını açıklamalıdır. Kişinin, soruşturmanın bütünü ve bir bölümünü kısmen reddetme hakkı vardır. İşkence gördüğü iddia edilen kişinin programına ve isteklerine uymak için elden gelen her tür çaba gösterilmelidir. İşkence gördüğü iddia edilen kişinin, soruşturmada kaydedilen gelişmelerden düzenli olarak haberdar edilmesi gerekir. İşkence gördüğü iddia edilen kişi, ayrıca soruşturmadaki temel duruşmalardan ve kovuşturmanın seyrinden haberdar edilmelidir. Soruşturmacılar mağduru, şüpheli olduğu düşünülen kişinin yakalandığından haberdar etmelidir. İşkence gördüğü iddia edilen kişilere, savunuyu ve tedavi konusunda kendilerine yardım edebilecek grupların iletişim bilgileri verilmelidir. Soruşturmacılar, işkence konusunda karşılıklı bilgi alışverişi ve eğitim sağlamak için kendi yetki alanlarında faaliyet gösteren savunuyu gruplarıyla birlikte çalışmalıdırlar.

### (b) Soruşturmacının seçimi

90. Olayı soruşturan yetkililer, bir kişiyi işkence gördüğü iddia edilen kişiyi sorgulama konusunda ana sorumlu olarak belirlemelidirler. İşkence gördüğü iddia edilen kişi yaşadığı olayı, hukuk ve tıp alanında çalışan profesyonellerle enine boyuna tartışma ihtiyacı duyabilirse de, soruşturma ekibi, kişinin öyküsündeki gereksiz tekrarları en aza indirmek için elinden gelen çabayı sarf etmelidir. Bir kişiyi, işkence gördüğü iddia edileni sorgulamak için ana soruşturmacı olarak seçerken, işkence gördüğü iddia edilen kişinin soruşturmacının aynı cinsiyetten, aynı kültürel yapıdan olması ve anadiliyle iletişim kurabilme yetisine sahip olması konusundaki tercihinin özel önem verilmelidir. Ana soruşturmacı olarak belirlenen kişinin, işkencenin belgelendirilmesi ve işkence de dahil olmak üzere travma mağduru kişilerle çalışma konusunda önceden eğitim almış olması veya deneyimli olması gereklidir. Eğitim almış veya deneyimli bir soruşturmacının bulunamadığı durumlarda ana soruşturmacı, kişiyle görüşmeden önce işkence ve işkencenin fiziksel ve psikolojik sonuçları hakkında bilgi sahibi olabilmek için her tür çabayı göstermelidir. İşkence hakkında bilgi, bu Kılavuz da dahil olmak üzere çeşitli mesleki ve eğitici yayınlardan, eğitim kurslarından ve mesleki konferanslardan elde edilebilir. Ayrıca soruşturmacının uluslararası uzmanların tavsiyelerine erişebilmesi ve soruşturma süresince yardım alabilmesi gerekir.

### (c) Soruşturma bağlamı

91. Soruşturmacılar çalıştıkları ortamı dikkatlice değerlendirmeli ve ona göre gerekli önlemleri almalı, gerekli güvenceleri sağlamalıdırlar. Görüşülen kişiler halen hapisteyse ve misillemeye açık benzer bir ortamdaysa, görüşme-

cinin onları tehlikeye atmamak için özen göstermesi gerekir. Soruşturmacıyla konuşmanın kişiyi tehlikeye sokacağı durumlarda, kişisel görüşme yerine “grup görüşmesi” yeğlenebilir. Diğer durumlarda, görüşmeci, tanığın öz-gürce konuşabileceği şekilde kendini rahat hissedeceği özel görüşmeye uygun bir mekan seçmelidir.

92. Farklı siyasi bağlamlara göre değerlendirmeler gerçekleştirilir. Bu bağlam farklılığı, değerlendirmelerin ne şekilde yapılacağına ilişkin önemli farklılıklar doğurabilir. Bağlam, soruşturmanın hangi hukuki standartlara göre yapılacağını da etkiler. Örneğin, işkence işlediği şüphesi bulunan kişi hakkında dava açılmasıyla sonuçlanabilecek bir soruşturma en üst düzeyde kanıt gerektirirken, üçüncü bir ülkeye yapılan siyasi sığınma başvurusunu destekleyen bir rapor, işkenceye ilişkin görece daha alt bir düzeyde ispat gerektirir. Soruşturmacının belli bir duruma ve değerlendirmenin amacına göre, aşağıda sıralanan ilkeleri uyarlaması gerekecektir. Aşağıda değişik bağlamlar için geçerli olabilecek ama bütün bağlamları da içermeyen örnekler verilmiştir:

- (i) Kişinin kendi ülkesinde cezaevinde ya da alıkonulmuş olması;
- (ii) Kişinin bir başka ülkede cezaevinde ya da alıkonulmuş olması;
- (iii) Kişinin kendi ülkesinde alıkonulmuş olmamakla birlikte baskıcı hasmane bir ortamda olması;
- (iv) Kişinin kendi ülkesinde barış ve güvenlik ortamında ve alıkonulmadığı durumlar,
- (v) Kişinin dost ya da düşman olabilecek bir başka ülkede olması,
- (vi) Kişinin mülteci kampında olması,
- (vii) Bir savaş suçları mahkemesinde ya da Gerçeklik Komisyonunda olması.

93. Alıkonulan kişilerle görüşmenin, kendi hükümetleri tarafından cezaevinde tutulma veya yabancı hükümetler tarafından sınır dışı edilmek için alıkonulma sırasında gerçekleştirildiği örneklerde olduğu gibi, politik ortam, işkence gören ve muayene eden kişiye karşı düşmanca olabilir. Sığınma hakkı isteyenlerin, işkence kanıtlarının belirlenmesi için muayene edildiği ülkelerde travma ve işkence iddialarını kabul etmedeki isteksizlik siyasi olabilir. Alıkonulan kişinin güvenliğinin daha fazla tehlikeye atılması, çok gerçek bir olasılıktır ve her değerlendirmede bu durum dikkate alınmalıdır. İşkence gördüğünü iddia eden kişilerin çok yakın bir tehlike içinde olmadığı durumlarda bile, soruşturmacılar, onlarla temasa geçerken çok dikkatli davranmalıdır. Soruşturmacının kullandığı dil ve aldığı tavır, işkence gördüğü iddia edilen kişinin görüşme imkan ve isteğini büyük ölçüde etkileyecektir. Görüşmenin yeri, mümkün olduğunca güvenli ve rahat olmalı, tuvalet ve yeme içme olanakları bulunmalıdır. İşkence gördüğü iddia edilen kişiyle görüşmek için yeterli zaman ayrılmalıdır. Soruşturmacılar, kişinin ilk görüşmede bütün öyküyü anlatmasını beklememelidir. Özel nitelikteki sorular, işkence gördüğü iddia edilen kişi için travmatik olacaktır. Mağdur olduğu iddia edilen kişinin tanıklığının travmatik niteliğini göz önüne alarak soruşturmacı, ses tonunda, sorularının kuruluşu ve sıralamasında duyarlı olmalıdır. Tanığa, istediği zaman sorgulamaya son verme, gerektiğinde ara verme ya da herhangi bir soruya cevap vermeme hakkı olduğu bildirilmelidir.

94. İşkence kurbanı olduğu iddia edilen kişi, tanıklar ve soruşturma ekibi üyeleri, mümkünse, psikolojik danışmanlara veya işkence kurbanlarıyla çalışma konusunda eğitim görmüş kişilere erişebilmelidirler. İşkence olayının tekrar anlatılması, kişinin deneyimi tekrar yaşamasına ve travmayla bağlantılı diğer semptomlara maruz kalmasına sebep olabilir. (Bakınız Bölüm IV. Başlık H.). İşkencenin ayrıntılarını öğrenmek, görüşme yapan kişilerde ikincil travmaya yol açabilir; bu kişiler gizlilikle ilgili mesleki etik gereklere saygı göstermek koşuluyla tepkilerini birbirleriyle konuşmaya teşvik edilmelidir. Mümkünse bu deneyimli bir kolaylaştırıcının yardımıyla yapılmalıdır. Farkında olunması gereken özellikle iki risk söz konusudur. Birincisi, görüşme yapanın kendisini işkence gördüğü iddia edilen kişiyle özdeşleştirmesi ve böylece öykünün doğruluğunu yeterince sorgulayamama tehlikesi vardır; ikincisi, görüşmeci, işkenceyle ilgili öyküler duymaya öylesine alışmış olabilir ki, görüşme yaptığı kişinin deneyimlerini hafife alabilir.

(d) *Tanıkların güvenliği*

95. Devlet, işkence gördüğü iddia edilen kişileri, tanıkları ve bunların ailelerini soruşturmanın sonucu olarak ortaya çıkabilecek şiddetten, şiddet tehditlerinden veya herhangi bir korkutmadan korumakla sorumludur. İşkenceye

karışmış olma ihtimali bulunanların, şikayette bulunanlar, onların aileleri ve soruşturmayı yürütenler üzerinde, doğrudan ya da dolaylı, kontrol ya da güç uygulayabilecekleri her tür konumdan alınmaları gerekir. Soruşturmacılar sürekli olarak, soruşturmanın işkence iddiasında bulunan kişinin ve diğer tanıkların güvenliğine yapabileceği etkiyi göz önünde bulundurmalıdır.

96. Çatışma olan ülkelerde cezaevinde bulunan kişiler de dahil, görüşme yapılan kişilerin güvenliği için önerilen önlemlerden biri, ileride tekrar yapılacak bir ziyarette ziyaret edilen kişilerin güvenliğinin takip edilebilmesi için soruşturmacıların bu kişilerin kimliklerini not alıp saklamalarıdır. Soruşturmacıların, herhangi biriyle ve herkesle, serbestçe ve özel olarak görüşmelerine, gerek görüldüğünde, aynı kişilere ziyaretlerini tekrarlamalarına izin verilmelidir (bu nedenle görüşülen kişilerin izlenebilmesi için bu kişilerin kimliklerine ihtiyaç vardır). Tüm ülkeler bu koşulları kabul etmezler ve soruşturmacılar benzer garantileri elde etmekte zorluk çekebilirler. Tanıkların verdikleri ifadeler nedeniyle tehlikeye girme ihtimali varsa, soruşturmacı başka tür delillere ulaşmaya çalışmalıdır.

97. Mahkumlar, alıkonmayan kişilere göre daha fazla olası tehlike içindedirler. Mahkumlar, farklı durumlara farklı tepkiler verebilirler. Bu durumlardan birinde tutuklular, “dışarıdan” bir soruşturmacının bizzat varlığının koruma anlamına geldiğini düşünerek çok dikkatsiz konuşarak, farkında olmadan kendilerini tehlikeye atabilirler. Ama durum bu olmayabilir. Başka durumlarda mahkumlara, özel konuşma önerildiğinde bile kimseye güvenememelerine neden olacak düzeyde bir gözdağı verildiyse, soruşturmacılar bir “sessizlik duvarıyla” karşılaşabilirler. Bu son durumda, soruşturmanın kapsamını ve amacını açıkça anlatabilmek için “grup görüşmeleriyle” başlamak ve ardından konuşma arzusunda olan kişilere özel görüşme yapmayı önermek gerekli olabilir. Haklı veya haksız, misilleme korkusu çok fazlaysa, herhangi bir kişiyi mimlememek açısından bütün mahkumlarla belli bir alıkonma yerinde görüşmek gerekli olabilir. Soruşturma, kovuşturma ya da kamu önünde başka bir tür gerçekliği söyleme platformunda sonuçlandığında, soruşturmacı işkence gördüğü iddia edilen kişinin zarar görmesini engellemek için kişinin ismini ya da kimliğini belli edecek diğer bilgileri kamuya açık kayıtlardan çıkarmak ya da kişiye görüntü veya ses değiştiren araçlarla ya da kapalı devre kamera televizyon sistemleriyle ifade vermesini teklif etmek gibi önlemler önermelidir. Bu önlemler, sanığın haklarıyla uyumlu olmalıdır.

#### (e) Çevirmen kullanımı

98. İşkencenin soruşturulmasında çevirmenlerle çalışmak, profesyonel olsalar bile kolay değildir. Bütün farklı lehçeler ve diller için el altında çevirmen bulmak her zaman mümkün olmayacaktır, hatta bazen kişinin ailesinden veya kültürel grubundan çevirmen kullanmak gerekebilir. Kişi, tanıdığı insanlar aracılığıyla yaşadığı işkenceden bahsederken kendini rahat hissedemeyebileceği için bu durum ideal değildir. İdeal olanı, çevirmenin soruşturma ekibine dahil olması ve işkence konularında bilgili olmasıdır (Bakınız Bölüm IV, Başlık I. ve Bölüm VI, Başlık C.2.).

#### (f) İşkence gördüğü iddia edilen kişiden alınacak bilgi

99. Soruşturmacı, işkence gördüğü iddia edilen kişinin ifadesinden aşağıdaki bilgilerden mümkün olan en fazlasını elde etmek için çalışmalıdır (Bakınız Bölüm IV, Başlık E.):

(i) Yakalama veya kaçırılma ve alıkonma da dahil işkenceye götüren koşullar;

(ii) Son işkence olayının ne zaman gerçekleştiği de dahil olmak üzere işkencenin yapıldığı yaklaşık tarih ve zaman. İşkence yapılan farklı birkaç yer ve işkence yapan farklı insanlar (ya da gruplar) olabileceğinden bu bilgiyi belirlemek kolay olmayabilir. Farklı yerler hakkında ayrı öyküler almak gerekebilir. İşkence görmüş biri için zaman kavramı üzerinde yoğunlaşmak genelde güç olduğu için zamandizinin hatalı, hatta bazen kafa karıştırıcı olması beklenmelidir. Durum hakkında genel bir tablo çıkarmaya çalışırken, farklı yerler hakkında birbirinden ayrı öyküleri almaya çalışmak yararlı olabilir. İşkenceden kurtulanlar, gözleri bağlı veya yarı baygın olduklarından nereye götürüldüklerini genelde bilmeyeceklerdir. Birbirine yakın ifadeleri bir araya getirerek belli yerlerin, yöntemlerin, hatta işkence yapanların “haritasını çıkartmak” mümkün olabilir;

(iii) Yakalama, alıkoyma ve işkenceye karışan kişilerin ayrıntılı olarak açıklanması: iddiaya konu alan işkenceden önce herhangi birini tanıyıp tanımadığı, giyimleri, yara izleri, doğum lekeleri, dövmele, boyu, kilosu (kişi işkenceyi kendi vücut ölçülerine göre tarif edebilir), işkence failinin anatomisinde, dilinde ve aksanında normal dışı her-



hangi bir şey olup olmadığı, failin herhangi bir zamanda sarhoş olup olmadığı;

(iv) Kişiyi anlatılanların veya soruların içeriği. Bu, gizli ya da kabul edilmeyen alıkoyma yerlerini belirlemeye çalışırken, bu tür yerlerle ilgili bilgi sağlayabilir;

(v) Alıkonma yerindeki olağan alışkanlıkların ve kötü muamele biçiminin tanımlanması;

(vi) İşkence bulgularının, uygulanan işkence yöntemleri de dahil olmak üzere tanımlanması. Anlaşılabilirliği gibi bu genellikle zordur ve soruşturmacılar bir görüşme bütün hikayeyi duyabileceklerini beklememelidir. Kesin bilgi almak önemlidir ama yaşanan derin aşağılanma ve saldırılarla ilgili sorular, genellikle de aşırı derecede, travmatik olacaktır;

(vii) Kişinin cinsel saldırıya maruz kalıp kalmadığı. Çoğu kişi, cinsel saldırı ile ilgili sorulara, gerçek bir tecavüzün ya da anal ilişkinin kastedildiğini düşünerek yanıt verecektir. Soruşturmacılar, sözlü saldırının, çıplak bırakmanın, ellemenin, sapkın veya aşağılayıcı davranışların ya da genital bölgelere vurulması veya elektrik şoku verilmesinin, işkence görenler tarafından genelde cinsel saldırı olarak algılanmadığı gerçeğine duyarlı olmalıdır. Bu davranışların hepsi kişinin mahremiyetini ihlal eden davranışlardır ve cinsel saldırının önemli bir parçası olarak düşünülmemelidir. Cinsel saldırıya uğrayan kişiler büyük ölçüde hiçbir şey söylemeyecekler, hatta ilk başta cinsel saldırı olduğunu inkar edeceklerdir. Genellikle ikinci ya da üçüncü ziyarette, soruşturmacı ve mağdur arasında empati sağlanabilmiş ve kişinin kültürüne ve kişiliğine duyarlı bir temas kurulabilmişse, hikayenin arkası gelecektir.

(viii) İşkence sırasında oluşan fiziksel yaralar;

(ix) Kullanılan silahların ya da diğer fiziki nesnelerin tanımı;

(x) İşkenceyi içeren olaylara tanıklık eden kişilerin kimlikleri. Soruşturmacı, tanıkların güvenliğini korumada dikkatli davranmalı ve tanıkların kimliklerini şifrelemeyi ya da adlarını görüşme notlarının içeriğinden ayrı tutmayı düşünmelidir;

(g) *İşkence gördüğü iddiasında olan kişiden alınacak ifade*

100. Soruşturmacı, kişinin verdiği ifadeyi teybe kaydetmeli ve ardından çözümletmelidir. İfade, yönlendirici olmayan sorulara verilen yanıtlara dayanmalıdır. Yönlendirici olmayan sorular, varsayımda ya da yargıda bulunmaz ve kişinin tam ve ön yargısız ifade vermesine izin verir. Örneğin, yönlendirici olmayan soru “Hapishanede mi işkence gördünüz?” yerine “Size nerede, ne yapıldı?” olmalıdır. İlk soru, tanığa yapılan işkence olduğunu varsayar ve eylemin yerini de cezaeviyle sınırlar. Belli bir listeye göre soru sormaktan kaçının, çünkü yapılanlar tam olarak seçeneklerde yer almıyorsa bu kişiyi hatalı yanıtlar vermeye zorlayabilir. Kişinin kendi hikayesini anlatmasına izin verin, ancak belirginliği arttıracak sorular sorarak kendisine yardımcı olun. Kişiyi, kendisine ne yapıldığını tanımlarken, bütün duyularını kullanması için teşvik edin. Ne gördüğünü, ne kokusu aldığını, ne duyduğunu ve ne hissettiğini sorun. Bu, örneğin kişinin gözlerinin bağlanmış olduğu ya da saldırıya karanlıkta maruz kaldığı durumlarda önemlidir.

(h) *İşkence şüphelisinin ifadesi*

101. Mümkünse soruşturmacılar, işkence şüphelisi ile görüşmelidir. Soruşturmacılar, bu kişilere uluslararası ve ulusal hukukun güvence altına aldığı hukuksal korumayı sağlamalıdır.

### 3. Fiziksel delillerin elde edilmesi ve korunması

102. Bir işkence olayını veya belli bir işkence kalıbını belgelendirmek için soruşturmacının mümkün olduğunca fazla fiziki kanıt toplaması gereklidir. Bütünlüklü ve tarafsız bir işkence soruşturmasının en önemli yönlerinden biri, fiziksel kanıtların toplanması ve analizidir. Soruşturmacılar, delillerin olası ceza yargılamasını da içerebilecek ilerideki hukuki işlemlerde kullanılabilmesi için fiziki delillerin ortaya çıkartılması ve korunmasıyla ilgili olarak alıkonmada yaşanan olaylar zincirini belgelendirebilmelidir. İşkence çoğunlukla, insanların, fiziksel delillerin korunmasının veya kısıtlama olmaksızın tutulma yerine erişimin başlangıçta zor, hatta imkansız olduğu bir çeşit alıkonma yerlerinde tutulduklarında gerçekleştirilir. Soruşturmacıların herhangi bir yere ya da tesise kısıtlama olmaksızın gire-

bilmelerini ve işkencenin yapıldığı iddia edilen yeri muhafaza altına alabilmelerini sağlamak için Devletin kendilerine yetki vermesi gerekir. Soruşturmayı yürüten personel ve diğer soruşturmacılar, işkence yapıldığı iddia edilen yere ilişkin derinlikli soruşturma girişimlerini planlamalıdır. Soruşturmacılar, işkence yapıldığı iddia edilen mekana herhangi bir kısıtlama olmadan ulaşabilmelidir. Erişim hakkı, işkence yapıldığı iddia edilen binaları, araçları, ofisleri, cezaevi hücrelerini veya diğer mekanları gibi açık ve kapalı alanları içermeli ama bunlarla sınırlı da olmamalıdır.

103. Soruşturma altındaki her bina ya da alan, olası delillerin kaybolmaması için kapatılmalıdır. Herhangi bir alanın soruşturma kapsamına alınmasından itibaren o alana sadece soruşturmacıların ve ekibinin girmesine izin verilmelidir. Söz konusu mekanda maddi delil olup olmadığı incelenmelidir. Tüm deliller düzgün biçimde toplanmalı, düzenlenmeli, paketlenmeli, etiketlenmeli ve delillerin bozulmasını, kurcalanmasını ya da kaybını engellemek için güvenle saklanabileceklere yerlere yerleştirilmelidir. Eğer işkence yeterince yakın bir zamanda gerçekleşmişse, kan ve meni gibi bulunan vücut sıvısı, saç, tel, lif örnekleri toplanmalı, etiketlenmeli ve düzgün biçimde korunmalıdır. İşkence yapmak için kullanılması olası her tür alet, ister işkence amacıyla tasarlanmış ister duruma göre kullanılabilir olsun, alınıp korunmalıdır. Bulunan tüm parmak izleri soruşturma ile ilgili olacak kadar yeniyse, alınıp korunmalıdır. İşkence yapıldığı iddia edilen binanın ya da yerin krokisi çıkarılmalı, kroki üzerinde çeşitli mekanları gösteren yerler işaretlenmeli, kroki ölçeklendirilmeli ve farklı katların yerleşimi, farklı odalar, girişler, pencereler, mobilya, çevreleyen alan, vb. gibi olayla ilgili olabilecek tüm ayrıntıları göstermelidir. Ayrıca, yukarıda sayılanların renkli fotoğrafları da çekilmelidir. İşkence yapıldığı iddia edilen yerdeki herkesin kimlikleri, tam adları, adresleri, telefon numaraları ya da diğer iletişim bilgileri de dahil olmak üzere kaydedilmelidir. İşkence soruşturma ile ilgili olacak kadar yeniyse, işkence yapıldığını iddia eden kişinin kıyafetinin envanteri çıkarılmalı, varsa vücut sıvıları ve diğer fiziksel deliller için bir laboratuvarında test edilmelidir. Soruşturulan binalarda veya alanda bulunan herkesten, iddia edilen işkence olaylarına tanık olup olmadıklarına tespit etmek için bilgi alınmalıdır. İlgili her tür kağıt, kayıt ya da belge delil olarak kullanılmak üzere ve el yazısı incelemesi için saklanmalıdır.

#### 4. Tıbbi deliller

104. Soruşturmacı, işkence gördüğü iddia edilen kişinin tıbbi muayeneden geçmesini sağlamalıdır. Bu muayenenin zamanında yapılması özellikle önemlidir. İşkencenin üzerinden ne kadar zaman geçtiğine bakılmaksızın tıbbi muayene yapılmalıdır, ama işkencenin son altı hafta içinde yapıldığı iddia ediliyorsa muayenenin akut belirtiler kaybolmadan önce acilen ayarlanması gerekir. Muayene, yaraların ve hastalıkların tedavisinin gerekliliğine, psikolojik yardıma, tavsiye ve izlemeye ilişkin bir değerlendirilmeyi içermelidir (Fiziksel muayene ve adli tıp değerlendirmesinin anlatımı için bkz. Bölüm V.). İşkence gördüğü iddia edilen kişinin psikolojik yönden değerlendirilmesi her zaman gereklidir ve bu, fiziksel muayenenin bir parçası olabileceği gibi fiziksel izlerin bulunmadığı durumlarda kendi başına da uygulanabilir (Psikolojik muayene ve değerlendirme için bkz. Bölüm VI.).

105. İşkencenin fiziksel ve psikolojik delillerini raporlama amacıyla, klinik izlenimler açıklanırken sorulması gereken altı önemli soru vardır:

- (a) Fiziksel ve psikolojik bulgular yapıldığı iddia edilen işkence ihbarıyla uyumlu mu?
- (b) Klinik tabloyu hangi fiziksel koşullar destekliyor?
- (c) Psikolojik bulgular beklenen bulgular mı, yoksa kişinin içinde bulunduğu kültürel ve sosyal ortamın getirdiği aşırı strese bağlı olarak verilen tipik tepkiler mi?
- (d) Travmaya bağlı ruhsal bozuklukların, zaman içindeki değişken seyri göz önüne alındığında işkence olayıyla bağlantılı zaman çerçevesi nedir? Kişi, iyileşme sürecinin neresinde?
- (e) Kişi başka ne türlü stres faktörlerinin etkisi altında? (örneğin süregelen baskı, zorunlu göç, sürgün, aile ve toplumsal rol kaybı vs.) Bu hususların mağdur üzerinde nasıl bir etkisi var?
- (f) Klinik tablo işkence iddiasının yanlış olduğuna mı işaret ediyor?

## 5. Fotoğraflama

106. İşkence gördüğünü iddia eden kişilerin yaralarının, işkencenin yapıldığı iddia edilen (iç ya da dış) mekanların ve oralarda bulunan diğer fiziki delillerin renkli fotoğrafları çekilmelidir. Fotoğraflar için bir ölçüm bandı ya da ölçeği gösterecek başka araçlar da gereklidir. Bazı fiziki bulgular çok çabuk kaybolduğu ve çeşitli yerlere müdahale edilebileceği için, fotoğraflar çok basit bir kamerayla bile olsa da mümkün olan en kısa sürede çekilmelidir. Anında basılan fotoğraflar zaman içinde bozulabilir. Daha profesyonel fotoğraflar tercih edilmeli ve ekipman sağlanır sağlanmaz bu tür fotoğraflar çekilmelidir. Fotoğraflar, mümkünse, tarihi otomatik olarak belirtme özelliğine sahip 35 milimetrelilik bir kamerayla çekilmelidir. Filmlerin izlediği işlemlerin sırası, negatifler ve basımlar tam olarak belgelenmelidir.

### D. Soruşturma komisyonu

#### 1. Soruşturma kapsamının tanımlanması

107. Soruşturma komisyonu kuran Devletlerin ve örgütlerin, komisyonu yetkilendirmede yetki alanını belirterek soruşturmanın kapsamını tanımlamaları şarttır. Komisyon'un yetki alanının tanımlanması, yapılacak işlemlere meşruiyet kazandırmak, komisyon üyelerinin soruşturmanın kapsamı üzerinde görüş birliği sağlamasına yardım etmek ve komisyonun nihai raporunun değerlendirmek için bir ölçüt sağlamak suretiyle komisyonun başarısını büyük ölçüde artırabilir. Yetki alanının tanımlanması hususundaki tavsiyeler şunlardır:

- (a) Soruşturmanın, sonucun önceden belirlendiğini düşündürmemesi için yansız biçimde düzenlenmesi gerekir. Soruşturmanın yansız olması için de yetki alanı soruşturmayı işkencede Devlet sorumluluğunu ortaya koyabilecek kapsamla sınırlanamamalıdır;
- (b) Hangi olayların ve konuların soruşturulacağı ve komisyonun nihai raporunda ele alınacağı ifade edilmelidir;
- (c) Çok kısıtlayıcı ya da çok geniş yetki alanının komisyonun derinlemesine soruşturma yürütmesini engellemesi için soruşturma kapsamı bir ölçüde esnek olmalıdır. Gereken esneklik, örneğin, komisyona yetki alanını gerektiğinde değiştirme izni verilerek elde edilebilir. Ancak komisyonun göreviyle ilgili olarak yaptığı tüm değişikliklerden kamuoyunu haberdar etmesi şarttır.

#### 2. Komisyonun yetkileri

108. İlkeler, komisyonun yetkilerini genel olarak belirlemelidir. Komisyon spesifik olarak aşağıda belirtilen yetkilere ihtiyaç duyacaktır:

- (a) Hukuki yaptırımla ifade vermeye zorlama, Devlet kayıtları ve tıbbi kayıtlar da dahil olmak üzere belgelerin sunulmasını emretme ve tanıkları, mağdurun ailesini ve diğer bilgi kaynaklarını koruma dahil soruşturma için gerekli olan tüm bilgileri elde etme yetkisine sahip olmak;
- (b) Kamuya açık rapor çıkarma yetkisine sahip olmak;
- (c) İşkencenin yapıldığından şüphelenilen yerler de dahil olmak üzere yerinde ziyaretlerde bulunma yetkisine sahip olmak;
- (d) Ülke dışında bulunan tanıklardan ve örgütlerden delil toplama yetkisine sahip olmak.

#### 3. Üyelik Ölçütleri

109. Komisyon üyeleri, aşağıda tanımlanan tarafsızlık, yetkinlik ve bağımsızlıklarının tanınması nedeniyle seçilmelidir:

- (a) Tarafsızlık: Komisyon üyeleri, işkenceye karışmış olması muhtemel herhangi bir kişi, Devlet birimi, siyasi parti ya da diğer örgütlerle yakından ilişkili kişiler olmamalıdır. Komisyonun güvenilirliğine zarar verebileceğinden, mağdurun üyesi olduğu bir örgüt ya da kuruluşla da yakın ilişkiler içinde olmamalıdır. Ancak bu durum, örneğin, mağdurun da üyesi bulunduğu geniş örgütlerin üyelerinin ya da işkence görenlerin tedavisi ve iyileştirilmesine adanmış örgütlerle bağlantılı kişilerin, komisyon üyeliğinden koşulsuz dışlanması için bir mazeret de oluşturmamalıdır;

- (b) Yetkinlik: Komisyon üyeleri delilleri değerlendirme, tartma ve mantıklı yargıda bulunma yeteneğine sahip olmalıdır. Eğer mümkünse soruşturma komisyonu üyeleri hukuk, tıp ya da diğer uygun uzmanlık alanlarından kişileri içermelidir;
- (c) Bağımsızlık: Komisyon üyeleri, kendi toplulukları içinde dürüstlük ve adillikleriyle ile tanınan kişiler olmalıdır.

110. Soruşturmanın ve komisyonun bulgularının nesnelliği, başka şeylerin yanı sıra, bir ya da iki üye yerine üç ya da daha fazla üyesi olup olmadığına dayanır. İşkenceyle ilgili bir soruşturmayı genellikle tek bir komisyon üyesinin yürütmemesi gerekir. Tek, yalıtılmış bir komisyon üyesinin tek başına yürütebileceği bir soruşturmanın derinliği de kısıtlı kalacaktır. Ayrıca, tek başına çalışan komisyon üyesi, çelişkili, önemli kararları tartışma yapmadan almak zorunda kalacak ve Devlete ve diğer dış baskılara karşı daha savunmasız kalacaktır.

#### 4. Komisyon çalışanları

111. Soruşturma komisyonunun tarafsız, uzman hukuk danışmanlarının olması gerekir. Komisyon, Devlete yönelik usulsüzlük iddialarını soruştururken, Adalet Bakanlığı dışından danışmanların atanması tavsiye edilir. Komisyonun baş danışmanının, güvenceli bir kamu görevlisi ya da Baronun tamamıyla bağımsız bir üyesi içinden seçilmek suretiyle politik etkilerden arınmış olması gerekir. Soruşturma sıklıkla uzman danışmanlara gereksinim duyacaktır. Komisyona, patoloji, adli bilimler, psikiyatri, psikoloji, jinekoloji ve pediatri alanlarını da kapsayacak şekilde teknik uzmanlar sağlanmalıdır. Tamamıyla tarafsız ve derinlikli bir soruşturma yapabilmesi için, Komisyon hemen hemen her zaman, ipuçlarını takip edip delilleri bulacak komisyona bağlı araştırmacılara ihtiyaç duyacaktır. Soruşturmanın güvenilirliği Komisyon, kendi araştırmacılarına güvenebildiği ölçüde önemli düzeyde artacaktır.

#### 5. Tanıkların korunması

112. Devlet, işkence şikayetinde bulunanları, tanıkları, soruşturmayı sürdürenleri ve bunların ailelerini şiddete, şiddet tehdidine veya diğer korkutma biçimlerine karşı korur (ayrıca yukarıda C.2 (d)ye bakınız). Komisyon tanıklara ya da olası tanıklara eziyet, baskı, zarar verecek makul bir risk olduğu sonucuna ulaşırsa, kanıtları gizli olarak dinlemenin, bilgi veren kişinin ya da tanığın kimliğini gizli tutmanın, sadece, tanığın kimliğini ortaya çıkarma riski taşımayacak delilleri kullanmanın ve uygun diğer önlemleri almanın uygun olduğuna karar verebilir.

#### 6. Usul

113. Tanığın güvenliği için gizli oturum yapılması gereken durumlar dışında duruşmalar genel ceza usulü ilkelerine uygun olarak kamuya açık yapılmalıdır. Gizli duruşmaların kayıtları tutulmalı, mühürlü yayımlanmamış kayıtlar bilinen bir yerde saklanmalıdır. Kimi zaman, ifade vermeyi teşvik etmek için tam bir gizlilik gerekebilir ve Komisyon, tanıkları özel olarak, gayri resmi ve ifadeyi kaydetmeden dinlemek isteyebilir.

#### 7. Soruşturma duyurusu

114. Bir soruşturma komisyonunun kurulduğu ve soruşturma konusu geniş biçimde duyurulmalıdır. Duyuru, komisyona konuyla ilgili bilgi ve/veya yazılı ifade verilmesi için kamuoyuna açık daveti ve ifade vermek isteyenler için yol gösterici bilgileri de içermelidir. Duyuru, gazeteler, dergiler, broşürler ve afişlerle yayınlanabilir.

#### 8. Delillerin toplanması

115. Soruşturma komisyonlarının, ifade verilmesini ve belgelerin ibraz edilmesini isteme yetkileri yanında, işkenceye karıştığı iddia edilen Devlet görevlilerini ifade vermeye zorlama yetkileri de olmalıdır. Pratikte, bu yetki, kendilerinden ifade ya da belge istendiğinde bu isteğe uymayan Devlet görevlilerine ya da kişilere para veya başka cezalar verilmesi yetkisini de içerebilir. Soruşturma komisyonu delil toplamanın ilk adımı olarak, kişileri ifade vermeye ya da yazılı ifade sunmaya davet etmelidir. Kişi ifade vermekten çekiniyorsa, sorgulama işlemleri için seyahat edemiyorsa ya da kişiyle başka bir nedenle görüşülmesi mümkün değilse, yazılı ifadeler önemli bir delil kaynağı haline gelebilir. Soruşturma komisyonları, konuyla ilgili bilgi sağlayabilecek başka işlemleri de gözden geçirmelidir.

## 9. Tarafların hakları

116. İşkence gördüğü iddiasından olanlar ve onların hukuki temsilcileri, tüm duruşmalardan ve bilgilerden haberdar edilmeli, duruşmalara girebilmeli, bilgilere ulaşabilmeli ve delil sunmaya yetkili olmalıdır. İşlemlerin bir tarafı olarak mağdura verilen bu özel önem, soruşturma yaparken onların çıkarlarının oynadığı önemli rolün gereğidir. Ancak, diğer tüm tarafların da dinlenme fırsatı olmalıdır. Soruşturmayı yürüten birim, olaya karışmış olduğu iddia edilen görevliler de dahil olmak üzere bütün tanıklara celp gönderme ve delillerin ortaya konmasını talep etme hakkına sahip olmalıdır. Soruşturmanın tanıklara zarar verme ihtimali varsa; örneğin, ifadeleri sonucu haklarında cezai suçlama yapılabilecekse veya hukuki sorumluluk altına girebileceklerse, tüm tanıkların hukuki danışmanlıktan yararlanmalarına izin verilmelidir. Tanıklar, kendileri aleyhine ifade vermeye zorlanamaz. Komisyonun tanıkları etkin biçimde sorgulama fırsatı olmalıdır. Soruşturmanın tarafları, komisyona yazılı soru sunma hakkına sahip olmalıdır.

## 10. Delillerin değerlendirilmesi

117. Komisyon, elde ettiği tüm bilgileri ve delilleri, bu bilgi ve delillerin güvenilirliğini ve doğruluğunu belirlemek üzere değerlendirmelidir. Komisyon, sözlü ifadeleri, tanığın tutumu ve genel olarak inandırıcılığını temel alarak değerlendirmelidir. Komisyon, kişinin tutumunu etkileyen sosyal, kültürel ve cinsiyetle ilgili konulara duyarlı olmalıdır. Delillerin farklı kaynaklar tarafından doğrulanması, bu delillerin ispat değerini ve üçüncü kişilerden duyulanlara dayanılarak elde edilen delillerin güvenilirliğini artırır. Üçüncü kişilerin ifadelerine dayanan delilleri olgu olarak kabul etmeden önce, bu delillerin güvenilirliği komisyon tarafından dikkatlice gözden geçirilmelidir. Çapraz sorgulamayla denetlenmemiş ifadeler de temkinle ele alınmalıdır. Gizli oturumlarda verilen ve kapalı kayıtlarda tutulan veya kaydedilmeyen tanık ifadeleri için genellikle çapraz sorgulama yapılamadığı için, bu tür ifadelere daha az değer verilebilir.

## 11. Komisyon raporu

118. Komisyon, makul bir zaman içinde kamuya açık bir rapor yayınlamalıdır. Bunun yanında, komisyon kararlarında oy birliği sağlanamadıysa, azınlıkta kalan komisyon üyeleri karşı oy gerekçelerini bildirmelidir. Soruşturma komisyonunun raporları en azından şu bilgileri içermelidir:

- (a) Soruşturmanın kapsamı ve yetki alanı;
- (b) Delilleri değerlendirmede kullanılan usul ve yöntemler;
- (c) Korumak amacıyla kimlikleri gizli tutulan ve gizli ifade veren tanıklar hariç, ifade veren tüm tanıkların, yaşları ve cinsiyetlerini de içeren liste ve bu tanıklardan delil olarak alınan şeylerin sunusu;
- (d) Her oturumun zamanı ve yeri (bu rapora ek olarak verilebilir);
- (e) İlgili sosyal, politik ve ekonomik koşullar gibi soruşturmanın arka planı;
- (i) Tek tek meydana gelen olaylar ve bu bulguların dayandığı deliller;
- (g) Komisyonun dayanağı olan yasa;
- (h) Komisyonun, uygulanabilir hukuk ve bulgulara dayanan hükümleri;
- (i) Komisyonun bulgularını temel alan tavsiyeler,

119. Devlet, komisyonun raporuna kamuya açık bir yanıt vermeli ve uygun durumlarda rapora karşılık atmayı düşündüğü adımları belirtmelidir.



## BÖLÜM IV

### GÖRÜŞME İLE İLGİLİ GENEL DEĞERLENDİRMELER

120. İşkence gördüğü iddia edilen kişiyle görüşme yapılırken, dikkate alınması gereken bir dizi konu ve uygulanabilir unsurlar vardır. Dikkate alınması gereken bu değerlendirmeler, avukat, tıp doktoru, psikolog, psikiyatrist, insan hakları gözlemcileri ya da herhangi başka bir meslek mensubu, görüşme yapan herkes için geçerlidir. Bir sonraki bölüm bu “ortak payda”yı ele almakta ve bu paydayı, işkenceyi araştırırken ve işkence mağduru ile görüşürken karşılaşılabilecek değişik bağlamlara göre değerlendirilmeye çalışmaktadır.

#### A. Soruşturma, inceleme ve belgelemenin amacı

121. Araştırmanın genel amacı, iddia edilen işkence olaylarına ilişkin olayları saptamaktır (Ayrıca bakınız Bölüm III.D.). İşkencenin tıbbi olarak değerlendirilmesi, aşağıdakilerin benzeri hukuksal bağlamlarda yararlı bir delil olabilir:

- İşkenceden sorumlu failleri saptayıp, adalete teslim etmek;
- Siyasi sığınma başvurularını desteklemek;
- Devlet görevlileri tarafından alınan asılsız itiraflar alınmasına yol açan koşulları saptamak;
- Bölgesel işkence uygulamalarını saptamak. Tıbbi değerlendirmeler aynı zamanda mağdurun tedavi ihtiyaçlarını belirlemede ve insan hakları incelemelerinde tanıklık amacıyla da kullanılabilir.

122. Hekimin yazılı ya da sözlü tanıklığının amacı, tıbbi bulguların hastanın kötü muamele iddiasıyla uyumuna ilişkin uzman görüşü sağlamak ve tıbbi bulgu ve yorumların, adli veya diğer uygun mercilere etkin biçimde iletilmesini sağlamaktır. Buna ek olarak, tıbbi tanıklık; çoğu zaman işkencenin yarattığı fiziksel ve ruhsal bozukluklar konusunda yargı merciini, diğer hükümet görevlilerini, yerel ve uluslararası toplulukları eğitime amacına da hizmet eder. Muayeneyi yapan kişi, aşağıdakileri yapmaya hazırlıklı olmalıdır:

- Bireyler, kolluk güçleri veya adli görevlilerin özel iddialarının olmadığı durumlarda bile olası yaralanma ve kötü muamele bulgularını değerlendirmek;
- Yaralanma ve kötü muamelenin fiziksel ve ruhsal delillerini belgelemek;
- Muayene bulgularıyla hastanın kötü muamele iddialarını uyumluluk düzeyleri açısından ilişkilendirmek;
- Belirli bir bölgede kullanılan işkence yöntemleri ile bunların yol açabileceği etkilere ilişkin bilgi ile bireysel muayene bulguları arasındaki uyumluluk düzeylerini ilişkilendirmek;
- Adli tıbbi değerlendirme bulgularına ilişkin uzman değerlendirmesi sunmak ve sığınma başvurusu incelemelerinde, ceza yargılamasında ve hukuk davalarında kötü muamelenin olası nedenlerine ilişkin uzman görüşü sağlamak;
- Uygun biçimde elde edilen bilgileri, işkence için olgu saptama ve ileri belgelendirmeyi güçlendirmek için kullanmak.

#### B. Alıkonulanlara \* ilişkin usuli önlemler

123. Alıkonulanların adli tıbbi değerlendirmeleri, savcının veya uygun diğer görevlilerin yazılı resmi taleplerine yanıt olarak yapılmalıdır. Kolluk güçlerinin tıbbi değerlendirme talepleri, savcının yazılı emri ile talep edilmedikleri takdirde, geçersiz kabul edilmelidir. Öte yandan alıkonulanların kendisi, avukatları veya akrabaları da işkence ve

---

\* Yazarlar “tutuklu” (İng: “detainee”) kavramını, bu bölümde yalnızca yasal/dar anlamıyla değil, her türlü alıkonulma yerinde tutulan kişiler için kullanmaktadırlar (Ç.N.)

kötü muamele delillerinin saptanması için tıbbi değerlendirme talep etme hakkına sahiptir. Alıkonulan adli tıp muayenesine asker ve polis olmayan görevliler tarafından götürülmelidir, çünkü işkence ve kötü muamele bu görevlilerin gözetiminde yapılmış olabilir ve bu durum da alıkonulan ya da hekim üzerinde işkence ve kötü muamelenin etkin biçimde belgelenmemesine yönelik kabul edilemez zorlayıcı bir baskı oluşturabilir. Alıkonulanın naklinden sorumlu görevliler, diğer kolluk güçlerine değil, savcıya karşı sorumlu olmalıdır. Alıkonulanın avukatı, muayeneye başvuru sırasında ve sonrasında alıkonulanın naklinde hazır bulunmalıdır. Alıkonulanlar, alıkonulma süreleri boyunca ya da sonrasında, tıbbi yeterliliğe sahip bir doktordan ikinci ya da alternatif bir tıbbi değerlendirme alma hakkına sahiptirler.

124. Her alıkonulan, mahremiyetine saygı gösterilen bir ortamda muayene edilmelidir. Polis ya da diğer kolluk güçleri hiç bir zaman muayene odasında bulunmamalıdır. Bu usule ilişkin önlemden sadece muayeneyi yapan hekim, eğer alıkonulanın sağlık personeline karşı ciddi bir güvenlik riski oluşturduğu yönünde ikna edici bir delili olduğunu düşünüyorsa vazgeçilebilir. Böyle bir durumda, muayene eden hekimin talebi üzerine, muayene esnasında polis ya da diğer kolluk kuvvetleri değil, sağlık kurumunun güvenlik personeli hazır bulunmalıdır. Bu koşulda da, güvenlik personeli hastaya göre işitme mesafesinin dışında (yani yalnızca görüş mesafesinin içinde) olmalıdır. Alıkonulanların tıbbi değerlendirmeleri hekimin en uygun gördüğü mekânda yapılmalıdır. Bazı olgularda, muayeneyi, cezaevi veya alıkonma yerlerinde değil de resmi sağlık kurumlarında yapmak konusunda ısrarcı olmak en iyisi olacaktır. Diğer bazı olgularda, örneğin sağlık kurumlarının gözetlendiğini düşünen mahpuslar, görece emniyetli olan kendi hücrelerinde muayene edilmeyi tercih edebilirler. Muayene için en iyi mekânı bir çok faktör belirleyecektir, ancak her olguda soruşturmacılar, mahpusların kendilerini rahat hissetmedikleri bir mekânı kabule zorlanmadıklarından emin olmalıdır.

125. Hangi nedenle olursa olsun, polislerin, askerlerin, cezaevi görevlilerinin veya diğer kolluk güçlerinin muayene odasındaki mevcudiyeti hekimin resmi tıbbi raporunda belirtilmelidir. Muayene sırasında bu görevlilerin mevcudiyeti, negatif bir tıbbi raporun dikkate alınmamasına dayanak teşkil edebilir. Muayene sırasında odada bulunan kişilerin kimlikleri ve unvanları raporda belirtilmelidir. Alıkonulanların adli tıbbi değerlendirmesi standart tıbbi rapor formu kullanılmasını da içermelidir (standart tıbbi rapor formlarının geliştirilmesi için kullanılacak rehber için bakınız ek IV.).

126. Tamamlanmış değerlendirme raporunun aslı, doğrudan raporu talep eden kişiye -ki genellikle savcıdır- ulaştırılmalıdır. Alıkonulan ya da alıkonulan adına hareket eden avukatın tıbbi rapor talep etmesi durumunda, rapor onlara verilmelidir. Her raporun bir kopyası muayene eden hekimde kalmalıdır. Ulusal tabipler birliği veya bir soruşturma komisyonu; özellikle de devlet görevlisi hekimler tarafından verilen raporlarda, yeterli usuli güvenceler ve belgeleme standartlarına uyulmasını sağlamak amacıyla tıbbi raporları denetlemeyi seçebilir. Raporlar bağımsızlık ve gizlilik konularına özen gösterilerek ilgili bu kurumlara gönderilmelidir. Hiç bir koşul altında tıbbi raporların örneği kolluk kuvvetlerine verilmemelidir. Alıkonulanların, alıkonulma ve salıverilme sırasında tıbbi muayene ve değerlendirmeden geçmeleri zorunludur.<sup>70</sup> Tıbbi muayene sırasında avukatla görüşme imkanı sağlanmalıdır. Cezaevi koşullarında, çoğu zaman, muayene sırasında dışarıdan birinin bulunması mümkün olmayabilir. Böylesi durumlarda, mahpuslara bakan cezaevi hekimlerinin tıbbi etiğe uygun ve mesleki görevlerini bir üçüncü kişi etkisinden bağımsız yürüttüklerinden emin olunmalıdır. Eğer, adli tıbbi muayene işkence iddialarını destekliyorsa, alıkonulan, alıkonulduğu yere geri gönderilmemeli, bunun yerine alıkonulanın yasal durumunu belirlemek üzere savcının ya da hâkimin karşısına çıkarılmalıdır.<sup>71</sup>

### **C. Alıkonulma merkezlerine yapılan resmi ziyaretler**

127. Mahpusları ziyaret, hafife alınmaması gereken bir konudur. Bu ziyaretlerin bazı durumlarda özellikle işkencenin hala uygulandığı ülkelerde, objektif ve profesyonel olarak gerçekleştirilmesi oldukça zor olabilir. Görüşülen mahpusların güvenliğini sağlamak için devamlılığı olmazsa tek seferlik ziyaretler tehlikeli olabilir. Bazı durumlarda,

<sup>70</sup> Bkz. Birleşmiş Milletler Mahpuslara Uygulanacak Muamele Hakkında Asgari Standart Kurallar (bölüm I.B.).

<sup>71</sup> Yazarsız, "Health care for prisoners: implications of Kalk's refusal". Lancet 1991;337:647-648.



devamlılığı olmadan yapılan tek seferlik ziyaret, hiç ziyaret etmemekten daha kötü olabilir. İyi niyetli soruşturmacılar, ne yaptıklarını tam olarak bilmeden, bir cezaevini ya da karakolu “ziyaret etme” tuzağına düşebilirler. Gerçekliğin eksik ya da yanlış bir resmine ulaşabilirler. Bir daha hiç ziyaret etmeyecekleri mahpusları, istemeden tehlikeye atabilirler. Dışarıdan gelenlerin cezaevlerini ziyaret ettiklerini ve hiçbirşey görmedikleri olgusunu kullanabilecek işkence faillerine bir savunma aracı sağlıyor olabilirler.

128. Ziyaretler, bu işi en profesyonel şekilde gerçekleştirebilecek, sonrasında takip edebilecek, işleriyle ilgili belli usuli güvencelerle donatılmış soruşturmacılara bırakılmalıdır. “Bir miktar kanıt, hiç kanıt olmamasından iyidir” görüşü, ifade vererek tehlikeye atılabilecek mahpuslarla çalışırken geçerli değildir. Resmi ya da sivil toplum kuruluşlarını temsil eden iyi niyetli insanların alıkonulanların kaldığı merkezleri ziyaret etmesi zor olabilir, daha da kötüsü zarar verici olabilir. Burada; soruşturma için gerekliliği hakkında hiç şüphe olmayan iyi niyetli ziyaret ile bunun ötesine geçen ve işkence uygulayan ülkelerde, uzman olmayan kişiler tarafından yapıldığında yarardan çok zarara neden olabilen elzem olmayan “ziyaret” arasında ayırım yapılmalıdır. Hukukçular ve hekimlerden oluşan bağımsız komisyonlara alıkonulma merkezlerini ve cezaevlerini güvenceli periyodik ziyaret olanağı sağlanmalıdır.

129. Halen gözaltında ve hatta işkence faillerinin elinde olma ihtimali olan insanlarla yapılan görüşmeler kuşkusuz dışarıdaki, güvenli bir sağlık kurumunda, mahremiyet ve güvenlik koşullarına özen gösterilerek yapılan görüşmelerden farklı olacaktır. Gözaltı ya da tutukluluk durumlarında görüşülecek kişinin güveninin kazanılması çok önemlidir. Ancak, istemeden bile olsa bu güvene ihanet etmemek daha da önemlidir. Alıkonulanların kendilerini tehlikeye atmayacağı bütün önlemler alınmalıdır. İşkence gören alıkonulana, verdiği bilgilerin kullanılıp kullanılmayacağı ve ne şekilde kullanılacağı sorulmalıdır. Misillemeden korktukları için, örneğin isimlerinin kullanılmasına izin vermekten fazlasıyla ürkebilirler. Soruşturmacılar, klinisyenler ve çevirmenler alıkonulana verilen sözleri tutmakla yükümlüdürler.

130. Örneğin, belli bir yerde çok sayıda mahpus işkence gördüğü aşikâr olmasına rağmen, bu mahpusların hepsi korktukları için soruşturmacıya işkence öykülerini kullanma izni vermezlerse, soruşturmacı ciddi bir ikileme karşılaşılacaktır. Seçenekler işkenceyi durdurmak için mahpusların güvenine ihanet etmek ile bu güvene saygı duyup hiç bir şey demeden çekilmektir; bu ikilemden çıkmak için uygun bir yol bulunması gerekmektedir. Bedenlerinde net dayak, kamçı izleri, sopayla dövülmeye bağlı zedelenmeler ve benzeri bulgular olan bir grup mahpusla karşılaşıldığında, mahpusların hepsi misilleme korkusuyla kendi durumlarından bahsedilmesini reddediyorlarsa, açık bir alanda bütün koşuşun katılacağı herkesin gözü önünde bir “sağlık incelemesi” düzenlemek faydalı olur. Bu yolla, ziyaret eden tıbbi araştırmacı dizilmiş mahpusların arasında yürüyerek ve bedenlerindeki apaçık işkence izlerini doğrudan gözlemleyerek, yalnızca gözlemlediklerini içeren ve mahpusların işkence şikayetlerine dair bir ibarenin yer almadığı bir rapor düzenleyebilir. Bu ilk adım, mahpusların gelecekte yapılacak takip ziyaretleri için güven duymalarını sağlar.

131. Daha zor fark edilen örneğin psikolojik ya da cinsel işkence yöntemleri, aynı şekilde ele alınamaz. Böylesi durumlarda soruşturmacıların bir ya da bir kaç ziyarette, tutukluların korkularının azalması ve işkence öykülerinin kullanılmasına izin vermeleri için koşulların daha uygun veya cesaretlendirici hale gelmesine kadar rapor yazmaktan kaçınmaları gerekebilir. Hekim ve çevirmen isimlerini belirtmeli ve yürütülen değerlendirmedeki rollerini açıklamalıdır. İşkencenin tıbbi delillerinin belgelenmesi, sağlık çalışanlarının ilgili konuda uzmanlaşmış olmalarını gerektirmektedir. İşkence ve işkencenin fiziksel/psikolojik etkilerine dair bilgiler çeşitli yayınlar, eğitim seminerleri, mesleki konferanslar ve deneyim aracılığıyla edinilebilir. Ayrıca, işkence ve kötü muamelenin bölgesel uygulamalarına ilişkin bilgiler de mağdurun işkence ve/veya kötü muameleye ilişkin ifadelerini destekleyebilmesi açısından önemlidir. İşkencenin fiziksel/psikolojik delillerini saptamak için mağdurlarla görüşme, onları muayene etme ve bulguları belgeleme konularındaki deneyim, bu konularda tecrübeli klinik hekimlerin gözetiminde edinilmelidir.

132. Halen gözetim altında olanlar, örneğin bir takip ziyaretinin yetkililerle görüşülmediği ve yetkililer tarafından kesin olarak kabul edilmediği veya takip ziyaretini güvence altına almak için ilgili kişinin kimliği not edilmediği için bazen görüşmecinin misilleme olmayacağına dair herhangi bir güvence veremediği durumlarda görüşmeciye “aşırı güven” duyabilirler. Mahpusların, dışarıdan gelenlerin kendilerini koruyacağına safça güvenerek kendilerini gereksiz yere riske atmamalarını sağlamak için tüm önlemler alınmalıdır.

133. İdeal olan, gözetim altında bulunan kişiler ziyaret edildiğinde çevirmenlerin ziyaret edilen yerden değil de “dışarıdan” istihdam edilmeleridir. Bu önlem asıl olarak, çevirmenleri ve ailelerini, soruşturmacılara verilen bilgileri öğrenmek isteyen meraklı yetkililerin baskısından korumak içindir. Bu durum, alıkonulanlar kendilerini hapsedenlerden farklı bir etnik grubun mensubu ise daha da karmaşık bir hal alabilir. Yetkililerin güvensizliğine neden olup, muhtemelen çevirmeni korkutacakları durumda, alıkonulmanın güvenini kazanmak için yerel çevirmen onunla aynı etnik gruptan olmalı mıdır? Dahası, çevirmen kendisini potansiyel olarak riske atabilecek böylesi düşmanca bir ortamda çalışmak konusunda gönülsüz olabilir. Yoksa çevirmen, hapsedenlerin güvenini kazanıp, mahpusun güvenini yitirip, yine de çevirmeni yetkililerden gelecek tehditlere karşı zayıf kılacak şekilde hapsedenlerin etnik kökeninden mi gelmelidir? Bu sorunun ideal ve açık cevabı yukarıdaki iki seçenek de değildir. Çevirmenler bölge dışından olmalı ve herkes tarafından soruşturmacılar gibi bağımsız olarak görülmelidirler.

134. Akşam saat 8’de görüşülen kişiye sabah 8’de görüşülen kadar özen gösterilmelidir. Soruşturmacılar görüşmeler için yeterince zaman ayırmalı ve kendilerini aşırı iş yükü altına sokmamalıdır. Geç olması nedeniyle, akşam 8’de görüşülen (üstelik bütün gün boyunca öyküsünü anlatmak için beklemiş olan) kişiye ayrılan süreyi zaman yetersizliği nedeniyle kısa kesmek haksız bir durum yaratır. Benzer biçimde, on dokuzuncu *falaka* öyküsü de birincisi kadar dikkati hak etmektedir. Dışarıdakilerle görüşme olanağı olmayan mahpusların, daha önce işkence yaşantılarıyla ilgili olarak herhangi biriyle konuşma şansı hiç olmamış olabilir. Mahpusların kendi aralarında sürekli işkenceden bahsettiklerini düşünmek hatalı bir varsayımdır. Soruşturmayı zenginleştirecek yeni bir şey sunmayan mahpuslara da diğerleri kadar zaman ayrılmalıdır.

#### **D. Soru sorma teknikleri**

135. Bu konuda bir takım temel kurallara uyulmalıdır (Bölüm III.C.2.(g)’ye de bakınız.): Bilgi kesinlikle önemlidir, ama görüşülen kişi daha da önemlidir ve dinlemek de soru sormaktan daha önemlidir. Eğer yalnızca soru sorulursa, elde edilen yalnızca cevapları olur. Alıkonulan kişi için ailesi hakkında konuşmak, işkence hakkında konuşmaktan daha önemli olabilir. Bu durum uygun bir şekilde dikkate alınmalı ve kişisel sorunların konuşulması için zaman ayrılmalıdır. İşkence, özellikle de cinsel işkence, oldukça mahrem bir konudur ve bir takip ziyaretinden önce hatta daha sonra da dile getirilmeyebilir. Görüşülen kişiler, eğer kendilerini rahat hissetmiyorlarsa, herhangi bir işkence yöntemi hakkında konuşmaya zorlanmamalıdır.

#### **E. Öykünün raporlanması**

##### *1. Yakalanma öncesi ve psiko-sosyal öykü*

136. Eğer işkence mağduru olduğu iddia edilen kişi halen alıkonulmuyorsa, araştırmacı, kişinin gündelik hayatını, arkadaşları ve ailesiyle ilişkilerini, iş/okul durumunu, mesleğini, ilgi alanlarını, gelecek planlarını ve madde kullanımını soruşturmalıdır. Benzer bilgiler, kişinin alıkonulma sonrası psiko-sosyal öyküsü için de edinilmelidir. Görüşülen kişi halen alıkonulmaktaysa, meslek ve okuryazarlıkla ilgili daha sınırlı bir psiko-sosyal öykü almak yeterlidir. Hasta tarafından kullanılan reçeteli ilaçları soruşturun; kişiler alıkonulduklarında böyle ilaçlarından mahrum bırakılabilecekleri ve bu durum ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceği için bu konu özellikle önemlidir. Politik faaliyetler, inançlar ve görüşlerle ilgili sorular, kişinin neden alıkonulduğu ve/veya işkence gördüğünü açıklamaya yardımcı ettikleri oranda anlamlıdır, ancak bu tür soruşturmalar, en iyi, kişiye neyle suçlandığını, hangi nedenle alıkonulduğunu ve işkence gördüğünü düşündüğünü sorarak yapılır.

##### *2. Alıkonulma ve kötü muamele öyküsünün özeti*

137. Olayların ayrıntılı anlatımını elde etmeden önce tarihler, yerler, alıkonulma süresi, işkence seanslarının sıklığı ve süresini içeren özet bilgiyi edinin. Bu özet bilgi, görüşme zamanının etkili bir şekilde kullanılmasına yardımcı edecektir. Mağdurların birçok kere işkence gördüğü bazı durumlarda, mağdurlar kendilerine neler yapıldığını hatırlayabilirler ancak çoğunlukla her bir olayın tam olarak ne zaman ve nerede olduğunu hatırlayamazlar. Böyle durumlarda öyküyü, belli alıkonulmalar sırasında gerçekleşmiş bir dizi olay olarak değil de maruz kalınmış kötü muamele yöntemleri olarak almak tavsiye edilebilir. Aynı şekilde, öykü alırken “nerede ne olduğunun” mümkün olduğunca belgelenmesi çoğunlukla yararlı olabilir. Alıkonulma mekanları farklı güvenlik, polis, ordu güçlerinin ida-

resi altındadır ve farklı mekanlarda nelerin olduğuna dair bilgiler, işkence sisteminin tam bir resmini elde etmek açısından faydalı olabilir. İşkencenin nerelerde yapıldığı konusunda bir harita çıkarmak, farklı insanlardan alınan farklı öyküleri birleştirmede faydalı olabilir. Bu yöntem, soruşturmanın bütünü açısından oldukça yararlı olacaktır.

### 3. Alıkonulma koşulları

138. Şu soruları düşünün: Saat kaçtı? Neredeydin? Ne yapıyordun? Orada kim vardı? Seni alıkoyanların dış görünüşünü tasvir et. Asker miydiler sivil mi, resmi giysili mi, sivil giysili mi? Ne tür silahlar taşıyorlardı? Ne söylediler? Herhangi bir tanık var mıydı? Bu resmi bir yakalama mıydı, idari bir alıkoyma mı, yoksa kaybetme durumu muydu? Şiddet kullanıldı mı? Tehdit edildin mi? Aile üyeleriyle her hangi bir iletişim var mıydı? Kısıtlama araçlarının kullanımı veya gözlerin bağlanması gibi durumları, nakil araçlarını, gidilen yeri ve biliniyorsa görevlilerin isimlerini kaydedin.

### 4. Alıkonulma Yer ve Koşulları

139. Yiyecek, içecek, tuvalet, ışık, ısı ve havalandırmaya ulaşma imkanlarını ve bunlarla ilgili tanımlamayı içerin. Ayrıca aile, avukatlar ve sağlık görevlileri ile her türlü görüşmeyi, aşırı kalabalık veya tecrit koşullarını, kalınan mekanın boyutlarını ve alıkonulmayı doğrulayacak başka insanların olup olmadığını belgelendirin. Şu tür soruları değerlendirin: İlk önce ne oldu? Nereye götürüldün? Kimlik saptama işlemleri (kişisel bilgilerin kaydedilmesi, parmak izleri, fotoğraf çekimi) yapıldı mı? Her hangi bir şeyi imzalaman istendi mi? Hücrenin veya odanın durumunu (boyutları, oradaki diğer kişiler, ışık, havalandırma, ısı durumu; haşarat ve fare/sıçan olması, yatak ve yeme içme, tuvalet olanakları) anlatır mısın? Ne duydun, ne gördün, neyin kokusunu aldın? Dışarıdan insanlarla herhangi bir temasın oldu mu, tıbbi bakım alabildin mi? Alıkonulduğun mekanın yerleşim düzeni nasıldı?

### 5. İşkence ve kötü muamele yöntemleri

140. İşkence ve kötü muamele öyküsüne dair bilgi alınması sırasında kişinin maruz kalmış olabileceği muamele yöntemlerini sorarken dikkatli olunmalıdır. Dikkatli olmak, gerçekten olmuş yaşantılarla potansiyel abartıları ayırmaya yardım edebilir. Ayrıca, değişik işkence yöntemlerinin uygulanmış olup olmadığına dair sorulara verilen olumsuz cevaplar görüşülen kişinin güvenilirliğinin değerlendirilmesine de yardım edebilir. Sorular, tutarlı bir anlatı elde etmek amacıyla tasarlanmalıdır. Şu tür sorular düşünebilirsiniz: Muamele nerede, ne zaman ve ne süreyle oldu? Gözlerin bağlı mıydı? Muamele yöntemlerine geçmeden önce, muamelenin gerçekleştiği mekânda kimlerin bulunduğunu kaydedin (isimler, rütbelere/unvanlar). Odayı/mekânı tanımlayın. Etrafta ne tür eşyalar/nesnelere gördünüz? Mümkünse her bir işkence aletini ayrıntılarıyla tanımlayın (örneğin elektrik işkencesi için akım, alet ve elektrotların sayısı ve şekli). Giyinme/soyunma/elbise değiştirme durumlarını sorun. Sorgulama sırasında neler söylendiğini (örneğin, kişiliğe yönelik hakaretler) kaydedin. Failler kendi aralarında neler konuşuyorlardı?

141. Her bir muamele biçimi için şunları kaydedin: Beden pozisyonu, kısıtlama araçları, temas şekli, süresi, sıklığı, muamelenin uygulandığı anatomik bölge ve etkilenen beden alanı. Kanama, kafa travması veya bilinç kaybı var mıydı? Bilinç kaybı kafa travmasına mı, soluksuz bırakmaya mı ya da acıya mı bağlıydı? Kişinin işkence “seansının” sonunda ne halde olduğu da sorulmalıdır. Yürüyebiliyor muydu? Hücrene dönerken yardım edilmesi ya da taşınması gerekmiş miydi? Ertesi gün ayağa kalkabildi mi? Ayakları ne kadar süreyle şiş kaldı? Bütün bu sorular kontrol listesi yönteminin sağlamadığı, işkencenin belli bir bütünsellik içinde tanımlanmasını sağlar. Olgu öyküsü pozisyonel işkencenin tarihlerini, işkencenin kaç kez yapıldığını ve kaç gün sürdüğünü, her bir seansın süresini, askı stilini (baş aşağı, kalın bez/battaniye vb. ile örtülmüş olarak ya da doğrudan bir iple bağlanmış olarak, ayaklara ağırlık asılarak veya aşağı doğru çekilerek) ya da bir başka yöntemi de içermelidir. Askı işkencesi için ne tür malzemenin kullanıldığını sorun (eğer iz kalırsa ip, tel ve bez cilt üzerinde farklı izler bırakırlar). Araştırmacı, işkence mağdurunun işkence seanslarının süresi ile ilgili ifadelerinin öznel ve hatalı olabileceğini akılda tutmalıdır. Çünkü işkence sırasında zaman ve mekân yöneliminin bozulması genellikle gözlenen bir bulgudur. Kişi her hangi bir şekilde cinsel saldırıya uğramış mıdır? İşkence sırasında neler söylendiğini sorun. Örneğin, cinsel organlara yönelik elektrik işkencesi sırasında failler mağdurlara sıklıkla bir daha normal cinsel işlevlerinin olmayacağını ya da buna benzer şeyler söylerler. Tecavüz dahil cinsel işkence iddialarının değerlendirilmesi konusunda ayrıntılı bir tartışma için Bölüm V.D.8'e bakınız.

## F. Öykünün değerlendirilmesi

142. Bir çok nedenden dolayı işkence mağdurları, gördükleri işkencenin spesifik ayrıntılarını anlatma konusunda zorluk çekebilirler. Bu nedenlerden bazıları şunlardır:

- (a) Göz bağlama, ilaç verme, bilinç yitimi vb. gibi işkence süreciyle ilgili faktörler;
- (b) Kendisini ya da başkalarını riske atma korkusu;
- (c) Kendisini muayene eden klinik hekime ve/veya çevirmene güven duymama;
- (d) Aşırı duygusal uyarılmışlık ve depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi travmayla ilintili ruhsal hastalıklar sonucu ortaya çıkan bellek bozukluğu;
- (e) Kafaya yönelik darbeler, havasız bırakma, ıslak boğma (suda vb) veya açlığa bağlı olarak gelişen nöropsikiyatrik bellek bozukluğu;
- (f) İnkâr ve kaçınma gibi koruyucu başa çıkma mekanizmaları;
- (g) Travmatik yaşantıların yalnızca çok gizli/mahrem ortamlarda açıklanmasına izin veren kültürel olarak belirlenmiş yaptırımlar.<sup>72</sup>

143. Mağdurun öyküsündeki tutarsızlıklar bu faktörlerin herhangi birinden veya tümünden kaynaklanabilir. Araştırmacı, mümkünse, daha fazla netleştirmeye çalışmalıdır. Bu mümkün olmadığında araştırmacı, mağdurun öyküsünü destekleyen ya da dışlayan diğer delilleri araştırmalıdır. Tutarlı ve destekleyici bir ayrıntılar örüntüsü, mağdurun öyküsünü doğrulayıp açıklığa kavuşturabilir. Görüşülen kişi, tarihler, süreler, sıklıklar ve işkencecilerin kesin kimlikleri vb. gibi araştırmacının elde etmek istediği ayrıntıları veremese bile, görüşme süresi içinde travmatik olayların ve işkencenin genel çerçevesi ortaya çıkıp görünür hale gelecektir.

## G. İşkence yöntemlerinin gözden geçirilmesi

144. Olayların ayrıntılı öyküsü elde edildikten sonra diğer olası işkence yöntemlerinin gözden geçirilmesi yerinde olur. Bölgesel işkence uygulamalarını öğrenip yerel görüşme formlarını buna göre uyarlamak gereklidir. Spesifik işkence yöntemleri konusunda soru sormak aşağıdaki durumlarda yardımcı olur:

- (a) Psikolojik belirtiler hatırlamayı zolaştırıyorsa;
- (b) Travma, duygusal kapasiteyi bozmuşsa;
- (c) Organik beyin hasarı olasılığının varlığında;
- (d) Düşük eğitim ve kültür düzeyinin bir etken olduğu durumlarda.

145. Fiziksel ve psikolojik işkence yöntemleri arasındaki ayrım yapaydır. Örneğin cinsel işkence, fiziksel bir saldırı olmadığında bile genellikle hem fiziksel hem de psikolojik semptomlara yol açmaktadır. Aşağıda verilen işkence yöntemleri listesi, olası bazı muamele kategorilerini göstermek içindir. Bu, listenin, araştırmacılar tarafından bir kontrol listesi veya bir raporda işkence yöntemlerini sıralamak için model olarak kullanılması amaçlanmamıştır. İşkencenin yarattığı klinik tablonun bütünü, bir listedeki yöntemlerin her birinin yol açtığı lezyonların basit toplamından çok daha fazlası olduğu için yöntem sıralama yaklaşımı zararlı olabilir. Gerçekten de deneyimler göstermiştir ki failer işkenceye yönelik böylesi bir “paket model” yaklaşımıyla karşılaştıklarında, sıklıkla yöntemlerden biri üzerine odaklanmakta ve o tekil yöntemin bir işkence yöntemi olup olmadığını tartışmaktadırlar. Dikkate alınması gereken işkence yöntemlerine aşağıdakiler dahildir ama yöntemler bunlarla sınırlı değildir:

- (a) Künt travma: Yumruk, tekme, tokat, kamçı, tel veya cop ile dövülme, yere düşürme gibi;
- (b) Pozisyonel işkence, askı, kolların/bacakların çekilip gerilmesi, uzun süreli hareket kısıtlanması, belli bir pozisyonda durmaya zorlanma;

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

- (c) Sigara, ısıtılmış alet, kaynar sıvı, tahriş edici madde ile yakma;
- (d) Elektrik şoku;
- (e) Havasız bırakma: Sulu ve kuru yöntemler, suyun altında, ağız/burnu kapatarak, boğazı sıkarak, kimyasal maddeler kullanma;
- (f) Ezilmeye bağlı yaralanmalar: parmak ezme, kalçayı veya sırtı zedelemek için ağır merdane benzeri aletler kullanma;
- (g) Delici yaralanmalar: bıçak ve kurşun yaraları, tırnakların altına sokulan teller;
- (h) Tuz, biber, gazyağı gibi (yaralara veya vücut boşluklarına) kimyasal maddeler kullanma;
- (i) Cinsel organlara yönelik cinsel şiddet, sarkıntılık, alet kullanma, tecavüz;
- (j) Parmakların ve kol/bacağın travmatik koparılması (traumatic removal) veya ezilmeye bağlı yaralanması (crush injury)
- (k) Parmakların veya kol/bacağın tıbbi olarak kesilmesi, organların cerrahi olarak çıkarılması;
- (l) Toksik dozda verilen uyuşturucular, nöroleptikler, felç edici (paralitik) ilaçlar vb. kullanılarak farmakolojik işkence:
- (m) Tutukluluk koşulları; örneğin küçük ya da aşırı kalabalık hücre, tek başına tutma, hijyenik olmayan koşullar, tuvalete gitme imkanının olmayışı, düzensiz verilen ve/veya pisletilmiş yemek ve su, çok soğuk ya da çok sıcak ısıya maruz bırakma, mahremiyetin engellenmesi, zorla giysilerin çıkarılması/soyma;
- (n) Normal duyuşsal uyaranlardan yoksun bırakma; örneğin, ses, ışık, zaman algısından yoksun bırakma, izolasyon, hücredeki ışığın parlaklığını manipüle etme, fizyolojik ihtiyaçları kötüye kullanma; uyku, yemek, su, tuvalet, banyo, motor aktivite, tıbbi bakım, sosyal temasın kısıtlanması: cezaevi içinde tecrit; dış dünya ile temasın kesilmesi (mağdurlar, sıklıkla birbirleri ile bağlarını ve karşılıklı özdeşim kurmalarını engellemek ve failere travmatik bağlanmalarını kuvvetlendirmek amacıyla tecritte tutulurlar).
- (o) Hakaret ve aşağılamalar; sözel taciz/hakaret, aşağılayıcı davranışlarda bulunma
- (p) Öldürme, aileye zarar verme, daha çok işkence yapma, cezaevine gönderme gibi tehditler, yalancı infaz;
- (q) Mağdurun köpek, kedi, fare ve akrep gibi hayvanlar tarafından saldırıya uğramasına yönelik tehditler;
- (r) Mağduru direncini kırmak için kullanılan psikolojik teknikler: "ihanet" e zorlama, yoğunlaşmış çaresizlik duyguları, şüpheli durumlara veya çelişkili mesajlara maruz bırakma vb.;
- (s) Tabuların ihlali;
- (t) Davranışsal baskı; mağduru dinine aykırı davranışlara zorlama (örn. Müslümanları domuz yemeye zorlama), başkalarına zarar vermeye zorlama (örn. başkalarına işkence yapmaya veya diğer taciz yöntemlerine zorlama), eşyalarını tahrip etmeye zorlama, zarar görme riskine atarak birine ihanet etmeye zorlama;
- (u) Başkalarına yapılan işkence veya zulme tanık olmaya zorlama.

#### **H. Görüşülen kişinin yeniden travmatize edilme riski**

146. Değişik tip ve derecelerdeki lezyonların uygulanan işkence yöntemlerine bağlı olarak gelişebileceğini dikkate alarak, kapsamlı tıbbi öykü ve fiziksel muayene sonrası edinilen veriler, uygun laboratuvar ve radyolojik tetkiklerle birlikte değerlendirilmelidir. Tıbbi muayenede uygulanacak her bir işlem için mağdura gerekli bilgileri vermek ve açıklama yapmak, mağdurun laboratuvar tetkikleri hakkında detaylı bilgi sahibi olmasını sağlamak önemlidir (bu konu için Bölüm VI.B.2.(a)'ya bakınız).

147. İşkence mağdurlarında psikolojik hasarın, özellikle travma sonrası stres bozukluğunun çeşitli biçimlerinin ortaya çıkması, mağdurun görüşme, fizik muayene veya laboratuvar tetkiklerinde işkence deneyimini yeniden yaşantılama korkusu duymasına neden olabilir. Tıbbi muayeneden önce mağdura neler olabileceğini açıklamak sürecin

önemli bir parçasıdır. İşkence görmüş olup da ülkesinde kalmaya devam eden mağdurlar, yoğun bir şekilde yeniden tutuklanma korkusu ve şüphesi duyabilirler ve bu olasılıktan kaçınmak için sıklıkla “yeraltına” geçmeye zorlanırlar. Sürgünde ya da mülteci olan mağdurlar ise ana dillerini, kültürlerini, ailelerini, arkadaşlarını, işlerini ve aşına olduklar her şeyi arkalarında bırakmış olabilirler.

148. İşkence mağdurunun görüşmeyi yapana (ve kullanıldığı durumlarda çevirmene) yönelik kişisel tepkisi, görüşme süreci ve dolayısıyla araştırma sonucu üzerinde etkili olabilir. Aynı şekilde, araştırmacının mağdura yönelik kişisel tepkisi de görüşme sürecini ve araştırmanın sonucunu etkileyebilir. Etkili iletişimi ve anlamayı zorlaştırabilecek engelleri incelemek önemlidir, bu kişisel reaksiyonlar araştırma sürecini etkileyebilir. Araştırmacı, işkence mağdurlarının psikolojik değerlendirilmesi ve tedavisi konularında bilgili meslektaşlarına danışarak ve onlarla tartışarak, görüşme ve araştırma sürecini sürekli incelemelidir. Bu tür meslektaşlar arası denetim, görüşme ve araştırma sürecini, yanlılık ve etkili iletişimi engelleyen faktörler açısından gözlemek ve doğru bilgi elde etmek için etkili bir araç olabilir (ayrıca Bölüm VI.C.2'ye de bakınız).

149. Bütün önlemlere rağmen fiziksel ve psikolojik muayeneler doğaları gereği, acı verici anıları ve etkileri yeniden canlandırıp travma sonrası stres semptomlarını uyararak veya şiddetlendirerek hastayı yeniden travmatize edebilir (Bölüm VI.B.2'ye bakınız). Psikolojik sıkıntılarla ilgili sorular; özellikle cinsel konularla ilgili olanlar, çoğu geleneksel toplumda tabu olarak kabul edilir ve bu tür soruların sorulması konu dışı ya da aşağılayıcı olarak değerlendirilir. Eğer cinsel işkence mevcut ihlallerin bir parçası ise mağdur kendisini ahlaki, dini, sosyal ve psikolojik bütünlüğü içinde geri dönülmez bir şekilde damgalanmış ve kirletilmiş olarak hissedebilir. Bu yüzden görüşmenin bu koşulların farkında olduğunu saygılı bir şekilde ifade etmesi, görüşmenin gizliliğinin ve bunun sınırlarının açıklığa kavuşturulması iyi bir görüşme yapabilmek için çok önemlidir. Özellikle mağdur görüşme sırasında açık gerginlik/sıkıntı belirtileri gösteriyorsa; araştırmacı, raporun mahkemede etkili olabilmesi için ayrıntılarda ısrarcı olmanın ne kadar gerekli olduğu konusunda öznel bir değerlendirme yapmalıdır.

## I. Çevirmen kullanımı

150. Birçok nedenle ne söylendiğinin anlaşılabilmesi için görüşmeyi yapanın çevirmen kullanması gereklidir. Görüşen ile görüşülen ortak bir dili bir miktar kullanabiliyor olsalar bile aranan bilgi çoğu zaman birbirini eksik anlamının yol açabileceği hataları kaldıramayacak kadar önemlidir. Çevirmenler, görüşmelerde duyduklarının ve çevirdiklerinin kesinlikle gizli kalması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Bütün bilgiyi ilk elden ve sansürsüz olarak alanlar çevirmenlerdir. Görüşülen kişilere verdikleri bilgilerin ne araştırmacı ne de çevirmen tarafından kötüye kullanılmayacağına dair güvence verilmelidir (bölüm VI.C.2'ye de bakınız).

151. Çevirmenin profesyonel olmadığı durumlarda araştırmacı için her zaman görüşmenin denetimini kaybetme riski vardır. İnsanlar, kendi dillerini bilen biriyle konuşarak araştırmacıdan ve esas ele alınması gereken konulardan uzaklaşabilirler. Tarafli bir çevirmenin görüşme yapısını yönlendirme ya da cevaplarını çarpıtma riski de vardır. Çeviri ile çalışıldığında önemli ya da önemsiz derecede bilgi kaybı kaçınılmazdır. Bazı ender/uç olgularda, araştırmacının görüşmeler sırasında not almayı bırakıp görüşmeleri bir kaç kısa seans şeklinde yapması ve seans aralarında da görüşmeler sırasında söylenen ana noktaları yazması bile gerekebilir.

152. Görüşülen kişi çevirmene yönelik konuşma gibi doğal bir eğilim içinde olsa bile, araştırmacı kişiye doğru konuşmalı ve onunla göz temasını sürdürmelidir. Çevirmen aracılığıyla üçüncü şahıs kipi “sonra ne olduğunu sor” yerine ikinci şahıs kipi “sonra ne yaptın?” kullanılması görüşme açısından yararlı olur. Araştırmacılar genellikle çevirmen soruyu çevirirken ya da görüşülen kişi cevap verirken notlarını yazarlar. Kimi araştırmacılar, görüşme anlamadıkları bir dilde sürdüğü için dinlemiyormuş gibi görünürler. Bundan kaçınmak gerekir; araştırmacıların bütünlüklü bir tablo elde etmek için yalnızca kelimeleri değil, aynı zamanda görüşme yapılına beden dilini, yüz ifadelerini, ses tonunu ve jestlerini de izlemeleri gerekir. Araştırmacılar, konuyu bildiklerini göstermek için görüştükleri kişinin kullandığı işkenceyle ilgili kelimelere/deyimlere aşına olmalıdır. “*Submarino*”<sup>\*</sup> ya da “*darmashakra*”

\* Yazarlar burada yerel işkence jargonlarından örnekler veriyorlar. “Submarino” Latin Amerika kökenli, mağdurun kafasının boğulma sınırına kadar suyun altında tutulduğu işkence yöntemidir. (Ç.N.)

gibi işkenceyle ilgili kelimeleri duyduklarında boş bir yüz ifadesiyle durmak yerine tepki vermek araştırmacının güvenilirliğini arttırır.

153. Mahpusları ziyaret ederken, görüşülecek kişilerin yerel çevirmeni güvenilir bulma ihtimali varsa en iyi yaklaşım asla yerel çevirmen kullanmamaktır. Bu durum [yerel çevirmen kullanımı], örneğin politik mahpuslarla ilişkili olabileceklerine dayanarak yerel yetkililerce ziyaret sonrasında “sorguya çekilebilecek” ya da başka şekillerde baskı altına alınabilecek yerel çevirmenler açısından da haksızlık olabilir. En iyisi “başka bir yerden” olduğu açıkça belli olan bağımsız çevirmenler kullanmaktır. Yerel dili akıcı bir şekilde konuşmaktan sonra gelen en önemli özellik, işkence konusuna ve yerel kültüre duyarlı olan eğitilmiş bir çevirmenle birlikte çalışmaktır. Kural olarak, görüşülen kişinin güvendiği birini açıkça seçmediği sürece diğer alıkonulanlar çeviri için kullanılmamalıdır. Alıkonulmuş olmayan kişilerle yapılan görüşmelerde de bu kuralların çoğu geçerlidir ancak o zaman dışarıdan birini (yöreden biri) çevirmen olarak bulundurmamak daha kolaydır, cezaevi koşullarında ise bu nadiren mümkündür.

## **J. Cinsiyetle ilgili konular**

154. İdeal koşullarda, işkence gördüğünü söyleyen kişiye, hangi cinsten araştırmacı ve çevirmenle konuşmak istediği konusunda tercih hakkı vermek için ekipte her iki cinsten de uzman bulunmalıdır. Bu, henüz bir şikâyetle bulunmamış olsa bile tecavüze uğradığı bilinen bir kadın tutukluyla görüşülmesi durumunda özellikle önemlidir. Cinsel bir saldırı olmadığı durumlarda bile çoğu işkencenin cinsel bir boyutu da vardır (Bölüm V.D.8'e bakınız). Kadın mağdurun, başına gelenleri kaçınılmaz biçimde çoğu ya da tümü erkek olan, faillerine fiziksel olarak benzeyen birine anlatmak zorunda hissettiğinde yeniden travmatize olma riski artabilir. Bazı kültürlerde, erkek bir araştırmacının kadın bir mağdurla görüşüp soru sorması mümkün değildir ve buna saygı gösterilmelidir. Ancak çoğu kültürde, eğer ortamda yalnızca bir erkek hekim varsa kadın mağdurların çoğu, hekim olmayan bir kadınla konuşacaklarına istedikleri tıbbi bilgileri ve önerileri almak için erkek hekimle konuşmayı tercih ederler. Böyle durumlarda, eğer kullanılıyorsa, çevirmenin kadın olması gereklidir. Görüşülen kişilerden bazıları, hem kendilerine yapılan işkenceyle ilgili konuları hatırlatması hem de gizlilik ilkesine yönelik tehdit algısı yüzünden, çevirmenin kendi yörelerinden olmamasını da tercih edebilirler (Bkz. Bölüm IV.I.). Çevirmenin gerekli olmadığı durumlarda, görüşmenin en azından fizik muayene kısmında ve hasta isterse tümünde refakatçi olarak bir kadın uzman bulunmalıdır.

155. Mağdur erkekse ve cinsel olarak istismar edilmişse durum daha da karmaşıktır çünkü o da çoğunlukla veya tümüyle erkekler tarafından istismar edilmiş olacaktır. Bazı erkekler, diğer erkeklere yönelik korkuları çok yoğun olduğu için başlarından geçenleri kadınlara anlatmayı tercih edeceklerdir. Bazıları ise bu tür kişisel meseleleri bir kadının önünde konuşmayı istemeyeceklerdir.

## **K. Sevk gerektiren durumlar**

156. Mümkün olduğunca tıbbi-hukuki nedenlerle işkenceyi saptamak için yapılan değerlendirmeler uzman bir doktor, psikolog, fizyoterapist veya mağdura sosyal tavsiye ve destek sağlayabilecek kişilere sevk edip etmeme gibi diğer ihtiyaçları da değerlendirecek şekilde birleştirilmelidir. Tetkiki yapan kişiler yerel rehabilitasyon ve destek hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Klinisyen, tıbbi değerlendirme için gerekli gördüğü danışma ve tetkiklerde ısrarlı olmaktan çekinmemelidir. İşkence ve kötü muamelenin tıbbi olarak belgelenmesi sırasında, doktorlar etik yükümlülüklerinden muaf değildir. Daha fazla tıbbi veya psikolojik bakıma ihtiyaç duyuyor gibi gözükülenler uygun birimlere sevk edilmelidir.

## **L. Bulguların yorumlanması ve sonuçlar**

157. İşkencenin fiziksel etkileri, istismarın şiddeti, sıklığı ve süresine, mağdurun kendini koruyabilecek durumda olup olmasına ve alıkonulan kişinin işkence öncesi fiziksel durumuna bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Bazı işkence yöntemleri fiziksel bulgu bırakmayabilir, fakat başka durumlarla ilişkili de olabilir. Örneğin, bilinç kaybı ile sonuçlanan kafaya yönelik darbeler travma sonrası epilepsi ve/veya organik beyin işlev bozukluğuna neden olabilir. Aynı zamanda, beslenme ve temizlik koşullarının kötülüğü, vitamin eksikliği sendromlarına yol açabilir.

158. Belirli işkence yöntemleri, belirli bazı bozukluklarla sıkı bir ilişki içindedir. Örneğin, bilinç kaybıyla sonuçlanan kafaya yönelik darbeler, organik beyin bozukluğunun klinik tanısı açısından özellikle önemlidir. Cinsel organlara yönelik işkence genellikle bunu takip eden cinsel işlev bozukluğuyla bağlantılıdır.

159. Faillerin yaptıklarını gizlemeye kalkışabileceklerinin de farkında olmak gerekir. Dayak sonucu ortaya çıkan fiziksel bulgulardan kaçınmak için işkence genellikle geniş ve künt aletlerle uygulanır. İşkence mağdurları kimi zaman teker teker indirilen darbelerin etkisini dağıtmak için bir halıya sarılırlar ya da *falaka* durumunda mağdurun ayakkabıları çıkarılmaz. Germe, ezmeye bağlı yaralanmalar ve havasız bırakma da en az delil ile en fazla acı verme amacı güden işkence yöntemlerindedir. Elektrik şoklarında aynı amaçla ıslak havlular kullanılabilir.

160. Raporda araştırmacının nitelikleri ve deneyimi de yer almalıdır. Mümkün olduğu durumlarda, tanığın ya da hastanın ismi verilmelidir. Eğer bu, kişiyi ciddi bir risk altına sokacaksa, araştırma ekibinin kişiyi raporla ilişkilendirmesini sağlayacak, fakat başka birinin o kişiyi tanımasına olanak vermeyecek “tanıtıcı bir rumuz” kullanılabilir. Raporda aynı zamanda görüşme boyunca ya da belli bir bölümünde odada başka kimlerin bulunduğu da belirtilmelidir. Rapor, söylentilerden kaçınarak ilintili öyküyü ve mümkün olan durumlarda da bulguları ayrıntılı bir şekilde vermelidir. Raporda tarih, imza ve yerel hukukun gerektirdiği diğer açıklamalar olmalıdır (ayrıca bakınız ek IV).



## BÖLÜM V

### İŞKENCENİN FİZİKSEL DELİLLERİ

161. İşkencenin belgelendirilmesinin zorunlu unsurlarından biri de görgü tanığı ve işkence mağdurunun tanıklığıdır. İşkencenin fiziksel delillerinin var olduğu durumda bu, birine işkence yapıldığını doğrulayan önemli bir delildir. Ama böylesi şiddet eylemleri çoğunlukla kalıcı bir iz ya da nedbe bırakmayacağı için fiziksel delillerin yokluğu, işkencenin yapılmadığı şeklinde yorumlanmamalıdır.

162. Hastaların adli amaçlı tıbbi değerlendirmeleri objektif ve tarafsız olarak yürütülmelidir. Değerlendirmeler, hekimin klinik uzmanlığını ve mesleki deneyimini temel almalıdır. İyi ve doğru hizmetin etik zorunluluğu, mesleki güvenilirliği sağlamak ve sürdürmek için doğruluk ve tarafsızlıktan ödün vermemeyi gerektirir. Gözaltına alınan kişi ve tutukluların değerlendirmesini yapan hekimler mümkünse, işkence ve diğer fiziksel ve psikolojik istismarın belgelendirilmesi konusunda özel eğitim görmüş kişiler olmalıdır. Bu hekimler, hastanın tutuklu bulunduğu bölgedeki hapis hane koşulları ve uygulanan işkence yöntemleri ile işkencenin sonradan meydana çıkan etkileri konusunda bilgili olmalıdır. Tıbbi rapor gerçeklere dayanmalı ve çok dikkatli ifade edilmelidir. Özel terimler kullanmaktan kaçınılmalıdır. Sıradan insanların anlayabilmesi için tıbbi terimlerin hepsi açıkça tarif edilmelidir. Hekim, adli tıbbi değerlendirmeyi talep eden resmi görevlinin tüm maddi gerçekleri aktardığını varsaymamalıdır. Hekim sorumluluğu; tıbbi değerlendirmeyi talep eden makamın olguya ilişkin bildirim ile ilgisiz ya da tam tersi bile olsa; ilgili olduğunu düşündüğü tüm maddi gerçeklerin açığa çıkarılmasını ve rapora yazılmasını gerektirir. İşkence veya diğer kötü muamele biçimleri ile uyumlu bulgular hiçbir şekilde adli tıp raporundan çıkarılmamalıdır.

#### A. Görüşme şekli

163. Bu bölümde ele alınan öneriler özellikle tutuklu olmayan kişilerle yapılan görüşmelerde uygulanabilir. Görüşme ve muayene yeri, mümkün olduğu kadar güvenli ve rahat olmalıdır. Ayrıntılı bir görüşme ve muayene yapabilmek için yeterli zaman ayrılmalıdır. İşkencenin fiziksel veya psikolojik değerlendirmesini yapabilmek için 2-4 saat arası bir süre yeterli olmayabilir. Daha da önemlisi, değerlendirmenin yapıldığı herhangi bir zamanda görüşme dinamikleri, kişinin içtenliğinden ötürü yüzüne yansıyan güçsüzlük duyguları, gelecekte soruşturmaya uğrama korkusu, olanlardan utanma, hayatta kalmaktan ötürü suçluluk duyma gibi duruma özgü değişkenler işkence deneyimi ortamını taklit edebilir. Bu kişinin anksiyetesini ve onun gerekli/ilgili bilgiyi açıklamaya direncini artırabilir. Değerlendirmeyi tamamlamak için ikinci ve mümkünse üçüncü görüşmeler programa alınmalıdır.

164. İstismar hakkında doğru ve ayrıntılı bilgi elde edebilmek için güven gereklidir. İşkence ve diğer istismar biçimlerine maruz kalmış kişinin güvenini kazanabilmek için etkin dinleme, titiz iletişim, saygı, gerçek empati ve dürüstlük gerekir. Hekimler, çok önemli, bununla beraber belki de çok acı ve utanç verici gerçeklerin ortaya çıkabileceği bir güven ortamı yaratma kapasitesinde olmalıdır. Burada önemli olan, belki de kişinin anlattığı bu gerçeklerin görüşme anında ilk kez açıklanan, dolaylı olarak anlatılanların sır olabileceğinin farkında olmaktır. Rahat bir ortam oluşturmanın, görüşme için yeterli süre sağlamanın, ikramda bulunmanın ve tuvalete gitme olanağı sağlamanın yanı sıra, hekim hastasına yapılacak değerlendirmeden neler bekleyebileceğini anlatmalı, ses tonunda, sorulardaki kelime seçiminde ve soruların sıralandırılmasında özenli olmalı (hassas sorular ancak belli bir samimiyet geliştikten sonra sorulmalı) ve kişi istediği an görüşmeye ara verilebileceği ya da istemediği hiçbir soruyu cevaplamak zorunda olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir.

165. Hekimlerin ve çevirmenlerin hasta hakkında öğrenilen bilginin gizliliğini koruma ve edinilen bilgiyi sadece hastanın onayıyla açıklama yükümlülüğü vardır (ayrıca bölüm III. C.'ye bakınız). Her kişi tek başına ve mahremiyetine saygı gösterilerek muayene edilmelidir. Hasta, muayenede elde edilen bilgilerin açıklanması zorunluluğu ve konuyla ilgili devlet ya da adli mercilerin getirdiği gizlilik sınırlamaları hakkında bilgilendirilmelidir. Görüşmenin amacı kişiye net olarak anlatılmalıdır. Hekim aydınlatılmış onam alırken, tıbbi muayenenin olası yararlarını ve çap-

raşık sonuçlarını uygun biçimde açıklayıp anlaşılmasını sağlamalıdır. Hekim aydınlatılmış onamın, başka kişilerin; özellikle kolluk güçleri ve adli mercilerin baskısı olmadan gönüllü olarak verilmesini sağlamalıdır. Kişinin muayeneyi reddetme hakkı vardır. Bu gibi durumlarda hekim kişinin muayeneyi ret nedenlerini belgelemelidir. Daha da önemlisi eğer kişi tutuklu ise, rapor tutuklunun avukatı ve diğer bir sağlık görevlisi tarafından imzalanmalıdır.

166. Hastalar muayene çerçevesinde verilen bilgilerin güvenli bir şekilde korunamayacağından, bilgilerin baskıcı hükümetler tarafından ele geçirilebileceğinden korkabilirler. Korku ve güvensizlik duyguları, işkence sürecine hekimlerin ya da sağlık görevlilerinin katılmış olduğu durumlarda daha da güçlü olabilir. Birçok durumda değerlendirmeyi yapan hekim, görüşmenin yapıldığı yer itibariyle ülkedeki çoğunluk etnik ve kültürel kökene ait iken, hasta azınlık grup ve kültürünün mensubu olabilir. Bu eşitsizlik dinamiği, iktidar dengesizliği algısını ve gerçekliğini pekiştirebilir, mağdurun korku, güvensizlik ve zorla itaat etme olasılığını arttırabilir.

167. Halihazırda hapiste yatan bir kişinin, araştırmacıdan alacağı en önemli şey empati ve insani ilişki olabilir. Araştırma, görüşülen kişiye özel bir katkı sağlamasa da birçok olguda olduğu gibi işkenceye son verdirtebilir. Araştırmacı uygun empati gösterdiğinde, verilen bilgilerin bir amaca hizmet edebileceği duygusu artacaktır. Aşık bir gerçek olmasına karşın, kimi zaman araştırmacılar cezaevi ziyaretleri sırasında bilgi almakla o denli ilgilenmektedirler ki görüşülen kişi ile empati kurmakta başarı sağlayamamaktadırlar.

## **B. Tıbbi öykü**

168. Tam bir tıbbi öykü alımı, daha önceki tıbbi, cerrahi ve psikiyatrik sorunları da içermelidir. Gözaltına alınmadan önceki herhangi bir yaralanma öyküsü ve olası geç bulguların belgelendiğinden emin olun. Hastaya yönlendirici soru sormaktan kaçının. Görüşmeyi, gözaltı süresince yaşanan olayları kronolojik sırayla, açık uçlu aktarılabilecek biçimde yapılandırın.

169. Kişinin işkence iddiaları ile bölgesel işkence pratikleri arasındaki ilişkiyi kurabilmek için, öyküdeki özel bilgiler yararlı olabilir. Yararlı bilgilere örnek olarak; işkence aletlerinin, vücut pozisyonları ve vücudu kısıtlama yöntemlerinin tanımı, oluşan akut ve kronik yaralar ile hareketlerin nasıl kısıtlandığının tanımı ve işkence faileri ile gözaltı yer(ler) hakkındaki bilgiler verilebilir. İşkenceye maruz kalan kişilerden, işkence deneyimine ilişkin açık uçlu görüşme yöntemleriyle tam ve doğru bilgi elde edilebilmesi için hastanın deneyimini, kendi kelimelerini kullanarak ve serbest çağrışımında aktarması gerekir. İşkence mağduru, işkence deneyimini ve belirtilerini kelimelerle açıklarken güçlük yaşayabilir. Bazı durumlarda travma olayı ve belirtilerle ilgili soru formlarını ve kontrol listelerini kullanmak yararlı olabilir. Görüşmecinin travma ve semptomları ile ilgili soru formu ve kontrol listelerini kullanmanın yararlı olabileceğini düşünebilir. Ancak kullanabileceği birçok soru formu olmakla birlikte, hiçbir işkence mağdurları için özel olarak hazırlanmış değildir. İşkence sonrasında mağdurun tüm şikayetleri anlamlıdır. İşkence mağdurunun yakınmaları, fiziksel bulgular ile arasında bağlantı olsun ya da olmasın mutlaka kaydedilmelidir. Belli işkence biçimleri ile ilişkili olabilen akut ve kronik belirtiler ile kısıtlılıklar ve takiben iyileşme süreci belgelenmelidir.

### **1. Akut belirtiler**

170. Kişiyi, uygulandığı iddia edilen özel işkence yöntemleri sonrasında meydana gelmesi olası tüm yaralanmalar sorulmalıdır. Örneğin kanama, çürük, şişme, açık yaralar, laserasyon (yırtık), kırık, çıkık, eklem kilitlemesi, hemoptizi, pnömotoraks, kulak zarı perforasyonu, genitoüriner sistem yaralanmaları, yanıklar (yanığın derecesine göre renk, bül, nekroz), elektrik yaralanmaları (lezyonların boyutları ve sayısı, renkleri ve yüzey özellikleri), kimyasal yaralanmalar (renk, nekroz belirtileri), ağrı, hissizlik, kabızlık, kusma vb. Her belirtinin şiddeti, sıklığı ve süresi not edilmelidir. Daha sonra gelişen tüm cilt lezyonları tanımlanmalı, nedbe dokusu oluşup oluşmadığı kaydedilmelidir. Akut belirtiler için; kişinin serbest bırakıldığı zamandaki sağlık durumu nasıldı? Yürüyebiliyor muydu yoksa yatmak zorunda mıydı? Yatmak zorundaysa ne kadar süre yattı? Yaralar ne kadar sürede iyileşti? Yaraları iltihaplandı mı? Ne tür tedavi gördü? Tedavi eden doktor muydu, geleneksel yöntemlerle mi tedavi oldu? vb. sorular yöneltilmelidir. Gözaltına alınan kişinin bu tür olayları gözlem yeteneği, işkencenin kendisi ya da sonradan ortaya çıkan etkileri yüzünden bozulmuş olabilir ve bu da belgelenmelidir.

## 2. Kronik belirtiler

171. Kişinin işkence ve kötü muamele yüzünden oluştuğuna inandığı rahatsızlıkları hakkında bilgileri toplayın. Her belirtinin ve belirtilerle ilişkili her kısıtlılık/sakatlık veya tıbbi ve/veya psikolojik tedaviye gerek duyulan durumun şiddeti, sıklığı ve süresini not edin. Akut lezyonların etkileri aylar ve yıllar sonra saptanamasa da elektrik ya da termal yanık nedbeleri, iskelet deformiteleri, kırıkların yanlış kaynamaları, diş yaralanmaları, saçların kaybı ve fibromiyozit gibi bazı bulgular kalıcı olabilir. Baş ağrısı, sırt ağrısı, gastrointestinal semptomlar, cinsel işlev bozukluğu, kas ağrısı gibi sık görülen somatik şikayetler olabileceği gibi, depresif duygu durum bozukluğu, anksiyete, uykusuzluk, kabus görme, olayları tekrar yaşantılama ve hafıza güçlüğü gibi psikolojik belirtiler daha sık görülür (bakınız bölüm VI.B.2.).

## 3. Görüşmenin özeti

172. İşkence mağdurundaki yaralanmalar diğer travma biçimlerinden farklı olabilir. Akut lezyonlar her ne kadar iddia edilen yaralanmalar için karakteristik olsa da lezyonların çoğu yaklaşık 6 hafta içinde ya hiç nedbe bırakmadan ya da karakteristik olmayan nedbeler bırakarak iyileşir. Bu durum sıklıkla işkence faillerinin, işkence izlerini önleyen ya da azaltan teknikler kullanmasındandır. Bu koşullarda, fizik muayene bulguları “normal sınırlar içinde” olabilir ancak bu durum hiçbir işkence iddiasını reddettirmez. Hastanın akut lezyonlar ve bunu izleyen dönemdeki iyileşme süreciyle ilgili ayrıntılı gözlemleri özel işkence ve kötü muamele iddialarını doğrulayan önemli bir kanıt kaynağıdır.

## C. Fizik muayene

173. Hastanın aydınlatılmış onamı ve öykünün alınmasından sonra, bu konuda uzman bir hekim tarafından kapsamlı bir fizik muayene yapılmalıdır. Hasta, mümkünse hekimin ve kullanılıyorsa çevirmenin cinsiyetini seçebilmelidir. Eğer hasta ve hekim aynı cinsiyetten değilse, hasta karşı çıkmadığı sürece hastayla aynı cinsiyetten bir hasta bakıcı muayeneye katılabilir. Hasta muayene sürecinin denetiminin kendisinde olduğunu, istediği zaman muayeneyi sınırlama ya da durdurma hakkının olduğunu anlamalıdır (bakınız bölüm IV.J.).

174. Bu bölümde ileri inceleme ve uzman konsültasyonu istemekle ilgili birçok başvuru kaynağı vardır. Hapiste olmadığı sürece mağdurun belirlenen gereksinimlerinin desteklenmesi/giderilebilmesi için hekimin fizik ve psikolojik tedavi kurumlarına ulaşabilmesi önemlidir. Bazı durumlarda tanısal testlerin yapılması mümkün olmayabilir, bu eksiklik raporun değerini azaltmamalıdır (Olası tanısal tetkikler ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Ek II).

175. İşkence iddiasının yeni olduğu ve mağdurun giysilerinin işkence sırasında üzerindeki olduğu durumda, bu giysiler alınarak incelemeler için yıkanmadan korunmalı ve kişiye yeni temiz giysiler sağlanmalıdır. Muayene odası mümkün olduğunca muayene için yeterli ışıklandırılmalı ve tıbbi malzeme ile donatılmalıdır, eksiklikler raporda belirtilmelidir. Muayene eden hekim, öyküyle uyumlu olsun olmasın tüm bulguları, yaralanmanın bölge ve özelliklerini, vücut diagramları üzerinde işaretleyerek kaydetmelidir (bakınız ek III). Elektrik şoku veya künt travma gibi bazı işkence biçimlerinde başlangıçta gözlenebilir bulgular olmayabilir, fakat kontrol muayenelerinde bulgu saptanabilir. Gözaltındakilerin işkenceye bağlı lezyonlarını fotoğraflamak nadiren mümkün olsa da fotoğraf çekimi muayenenin rutin bir parçası olmalıdır. Eğer bir fotoğraf makinesi sağlanabilirse, kalitesi kötü de olsa fotoğrafın olması, hiç fotoğraf olmamasından daha iyidir. Daha sonra mümkün olan en kısa sürede, profesyonel bir fotoğrafçı fotoğraf çekmelidir (bakınız bölüm III.C.5.).

## 1. Deri

176. Muayene, tüm vücut yüzeyini kapsamalıdır; A, B ve C vitamini eksikliği bulgularını da içeren yaygın deri hastalıkları, işkence öncesine ait lezyonlar, işkenceye bağlı sıyrık, ezik, kesik, delici alet yaraları, sigara ya da ısıtılmış aletlere bağlı yanıklar, elektrik yaralanmaları, saç kaybı ve tırnak sökülmesi gibi lezyonlar tespit edilmelidir. İşkence lezyonlarının lokalizasyon, simetri, şekil, boyut, renk ve yüzey özellikleri (örn. pullanma, kabuklanma, ülserasyon) ile lezyonun etrafındaki deriye göre düzeyleri ve sınırları tanımlanmalıdır. Mümkün olan en kısa sürede fotoğraf çe-

kimi esastır. Muayeneyi gerçekleştiren hekim lezyonların nedeni, başkası veya kişinin kendisi tarafından yapıp yapılmadığı, kaza sonucu ya da bir hastalıktan meydana gelip gelmediği konusunda görüş bildirmelidir.<sup>73,74</sup>

## 2. Yüz

177. Yüz; kırık, krepitasyon, şişme veya ağrı bulgularını saptayabilmek için elle yoklanmalı, tüm kafa sinirlerinin motor ve duysal komponentleri tat ve koku duyusunu da içerecek şekilde muayene edilmelidir. Yüz kırıklarının tanısını koymak ve özelliklerini, düzey farklılıklarını belirlemek, ilişkili yumuşak doku hasarlarını ve komplikasyonları saptamak için bilgisayarlı tomografi (BT) rutin radyografiden daha iyi bir yöntemdir. Kafa içi ve boyun omuru yaralanmaları sık sık yüz travmalarıyla birlikte görülür.

### (a) Gözler

178. Konjunktival kanama, lens dislokasyonu, subhiyeloid, retrobulber ve retinal kanamalar ile görme alanı kaybı da dahil birçok göz yaralanması olabilir. Tedavi olmamanın ya da yetersiz tedavinin çok ciddi sonuçları göz önüne alınarak, göz yaralanması veya hastalık şüphesi olduğunda, en kısa sürede oftalmoloji konsültasyonu sağlanmalıdır. Orbita kırıkları ile bulber ve retrobulber yapıların yumuşak doku hasarlarını saptamak için en iyi yöntem bilgisayarlı tomografidir. Yumuşak doku hasarı için manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yardımcı bir yöntem olabilir. Göz küresi yaralanmalarının değerlendirilmesi için alternatif bir yöntem de yüksek çözünürlüklü ultrasonografidir.

### (b) Kulaklar

179. Kaba dayak uygulamasının beklenen sonuçlarından biri de kulağa yönelik travmalar ile özellikle kulak zarı perforasyonudur. Kulak yolları ve zarlari, otoskopla incelenmeli ve yaralanma tarif edilmelidir. Latin Amerikada "telefono" olarak bilinen ve avuç içiyle bir ya da iki kulağa birden sert tokat vurma şeklinde uygulanan yaygın bir işkence yönteminde, kulak kanalı içindeki basınç aniden yükselerek kulak zarı yırtılmaktadır. Kulakta 2 mm'den küçük zar yırtıkları 10 gün içinde iyileşebileceğinden acilen muayene gerekmektedir. Orta veya dış kulakta sıvı gözlenebilir. Laboratuvar incelemeleri ile kulaktan beyin omurilik sıvısının geldiği (otore) doğrulanırsa, kırık bölgesini saptamak için MRG ya da BT incelemesi gereklidir. Basit inceleme yöntemleriyle işitme kaybının varlığı araştırılmalıdır. Gerek görüldüğünde, odyometrik testler yetkin bir odyoloji teknisyeni tarafından yapılmalıdır. Temporal kemik kırıklarının radyolojik incelemesi veya kulak kemikleri arasındaki bağlantının bozulması, en kolay bilgisayarlı tomografi, daha sonra hiposikloidal tomografi ve en son olarak da lineer tomografi ile saptanabilir.

### (c) Burun

180. Burun sırtındaki düzey farklılıkları, krepitasyon ve septum deviasyonu açısından değerlendirilmelidir. Basit burun kırıkları için standart nazal grafiler yeterlidir. Septumun kırık kısmının yer değiştirdiği durumlar ile kompleks burun kırıklarında BT uygulanmalıdır. Eğer burun kanaması varsa BT ve/veya MRG çekilmelidir.

### (d) Çene, orofarinks (boğaz) ve boyun

181. Dayak sonucu mandibula kırıkları ve/veya çıkıkları oluşabilir. Yüzün alt tarafı ve çeneye yönelik darbelerde, temporomandibuler eklem sendromu sık karşılaşılan bir sonuçtur. Boyuna yönelik darbeler sonucu oluşabilecek hyoid kemik ve laringeal kırıklarda kırıkları için krepitasyon bulgusu araştırılmalıdır. Orofarinks ile ilgili bulgular, elektrik yanıkları veya diğer travmalarla uyumlu bulguları da kapsayacak şekilde ayrıntılı olarak kaydedilmelidir. Diş etlerinin durumu ve diş etlerindeki kanamalar da ayrıca belirtilmelidir.

### (e) Ağız boşluğu ve dişler

182. Diş hekimince yapılacak muayene, tutukluların periyodik sağlık muayenelerinin bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Sık sık ihmal edilmesine karşın bu muayene fizik muayenenin önemli bir parçasıdır. Çürük, diş eti il-

<sup>73</sup> O.V. Rasmussen, "Medical aspects of torture", Danish Medical Bulletin 1990; 37(1): 1-88.

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

tihabı veya diş apselerinin daha da kötüleşmesi için diş tedavileri kasıtlı olarak engellenebilir. Dikkatli bir diş öyküsü alınmalı, diş tedavilerine ilişkin kayıtlar varsa istenmelidir. Dişlerde kopma ve kırıklar, dolgu düşükleri ve protez kırıkları; travma veya elektrik işkencesi sonucu oluşabilir. Diş çürükleri ve diş eti iltihapları da kaydedilmelidir. Kötü diş yapısı, tutukluluk koşullarından ötürü olabileceği gibi tutukluluk öncesinden de mevcut olabilir. Ağız boşluğu dikkatlice incelenmelidir. Elektrik işkencesi sırasında dil, diş etleri veya dudaklar ısırılmış olabilir. Lezyonlar elektrik uygulaması ile olabileceği gibi ağız içine zorla bir cisim sokarken de olabilir. Yumuşak doku, mandibular travma ve dental travmanın boyutlarını saptayabilmek için X-ray grafi ve MRG önerilir.

### 3. Göğüs ve karın

183. Gövdenin muayenesinde cilt lezyonlarını kaydetmeye ek olarak, kasların, kaburgaların ve karın organlarındaki yaralanmaları yansıtabilecek ağrı, hassasiyet ve rahatsızlık ifade edilen bölgeler incelenmelidir. Muayene eden kişi, kas içi, retroperitoneal ve karın içi kanamaları, ya da bir iç organ yaralanması olabileceğini de düşünmelidir. Bu tür yaralanmaları gösterebilmek için ulaşılabiliyorsa ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve kemik sintigrafisi kullanılmalıdır. Standart muayenede, kardiyovasküler sistem, akciğerler ve batin muayenesi rutin olarak yapılmaktadır. Daha önceden var olan solunum sistemi rahatsızlıkları gözaltında ağırlaşabilir ve yeni solunum sistemi rahatsızlıkları ortaya çıkabilir.

### 4. Kas iskelet sistemi

184. İşkence mağdurlarında kas iskelet sistemi ağrı yakınmaları çok sık görülür.<sup>75</sup> Bu şikayetler tekrarlayan kaba dayağa maruz kalma, askı veya diğer pozisyonel işkenceler ile gözaltının genel fiziki çevresel koşullarına bağlı olabilir.<sup>76</sup> Ayrıca bunlar somatik şikayetler de olabilir (bakınız bölüm VI.B.2.). Bu şikayetler travmaya özgü olmalarına rağmen kaydedilmelidir; genellikle bu tip şikayetler fizik tedaviye yanıt verirler.<sup>77</sup> İskelet sisteminin muayenesi, eklemelerin, omurganın ve ekstremitelerin hareketliliğinin kontrol edilmesini içermelidir. Hareketle ağrı, kontraktürler, sertlik, kompartman sendromu bulguları, deformiteli ya da deformitesiz kırıklar ve çıkıkların tamamı kaydedilmelidir. Çıkık, kırık ve osteomyelit şüpheleri radyografi ile değerlendirilmelidir. Osteomyelit şüphesinin değerlendirilmesi için rutin radyografiyi takiben 3 fazlı kemik sintigrafisi yapılmalıdır. Tendon, bağ ve kas yaralanmaları en iyi MRG ile değerlendirilse de artrografi de uygulanabilir. Akut dönemde MRG ile hemoraji ve olası kas yırtılmaları saptanabilir. Kaslar genellikle nedbe bırakmadan iyileştikinden daha sonra yapılan görüntüleme çalışmalarında negatif sonuç alınır. Denerve kaslar ve kronik kompartman sendromu MRG ve BT'de kas fibrozisi olarak görüntülenecektir. Kemikte doku içi kanama, MRG veya sintigrafi ile saptanabilir, genellikle hiç iz bırakmadan iyileşir.

### 5. Ürogenital sistem

185. Genital muayene, hastadan ek onam alınarak yapılmalı ve mümkünse muayenenin sonuna ertelenmelidir. Eğer muayeneyi gerçekleştiren hekimin cinsiyeti hastadan farklı ise, muayenede hastaya, hastayla aynı cinsiyette bir hastabakıcı eşlik etmelidir. Daha fazla bilgi için bölüm IV.J.'ye bakınız. Cinsel saldırı mağdurlarının muayenesi için bölüm V.D.8.'e bakınız. Ürogenital travmayı saptayabilmek için ultrasonografi ve dinamik sintigrafi kullanılabilir.

### 6. Merkezi ve periferik sinir sistemi

186. Nörolojik muayenede kafa sinirleri, duyu organları ve periferik sinir sistemi; motor ve duysal nöropatiler açısından kontrol edilmeli ve travma olasılığı, vitamin eksikliği veya diğer hastalıklarla bağlantıları araştırılmalıdır. Mağdurun bilişsel kabiliyeti ve mental durumu da değerlendirilmelidir (bakınız bölüm VI.C.). Askıya alındığını ifade eden hastalarda brakiyal pleksopatiye (değişik duysal ve tendon refleksleri ile birlikte el kuvvetinde asimetri, bilek düşüklüğü, kolda güçsüzlük) özel önem verilmelidir. Radikülopatiler, diğer nöropatiler, kafa siniri hasarları, hi-

<sup>75</sup> Bkz. 73 numaralı dipnot.

<sup>76</sup> D. Forrest, "Examination for the late physical after-effects of torture", Journal of Clinical Forensic Medicine 1999;6:4-13.

<sup>77</sup> Bkz. 73 numaralı dipnot.

peraljezi, parestezi, hiperestezi, pozisyon ve ısı duyusunda, motor fonksiyonda, yürüme ve koordinasyonda değişim gibi bulguların tamamı işkenceyle bağlantılı travmalar sonucu meydana gelebilir. Bulantı ve/veya kusma şikayeti olan hastalarda vestibüler muayene yapılmalı ve nistagmus varsa kaydedilmelidir. Radyolojik inceleme MRG veya BT'yi içermelidir. Beyin ve/veya posterior fossa incelemeleri için MRG, BT'ye tercih edilir.

#### **D. Özel işkence yöntemleri sonrası muayene ve değerlendirme**

187. Bu bölümde tüm işkence yöntemlerini ayrıntılı olarak tartışmak yerine, yaygın olarak uygulanan işkence yöntemlerinin, tıbbi yönlerinin daha ayrıntılı tanımlanması amaçlanmaktadır. Hekim mümkünse her lezyon için ve lezyonların tüm özellikleri için, hastanın yaptığı ilişkilendirme ile kendi saptadığı uyumluluğun derecesini belirtmelidir. Genellikle aşağıdaki deyimler kullanılır:

- (a) Uyumlu değil: Lezyon tarif edilen travma sonucu oluşmuş olamaz;
- (b) Uyumlu: Lezyon tarif edilen travma sonucu oluşmuş olabilir. Ancak bulgu spesifik değildir, muhtemel bir çok nedeni daha olabilir;
- (c) Yüksek derecede uyumlu: Lezyon tarif edilen travma sonucu oluşmuş olabilir. Ancak bir kaç muhtemel neden daha vardır;
- (d) Tipik: Genellikle bu tip travmalarda görülür ancak diğer nedenler de olabilir;
- (e) Tanı koydurucu: Bu görünüm tanımlanan travmadan başka şekilde oluşamaz.

188. Sonuç olarak, işkence öyküsünün doğruluğunu belirlerken tek tek lezyonların uyumluluğu değil, tüm bulguların birlikte değerlendirilmesi önemlidir (değişik işkence yöntemlerinin listesi için bölüm IV.G.'ye bakınız).

#### **1. Kaba dayak ve künt travmanın diğer formları**

##### **(a) Cilt hasarı**

189. Kasıtlı yapılan lezyonlar, kasıtsız oluşan lezyonlardan şekil, tekrarlayıcı özelliği ve yerleşim biçimi gibi özellikleriyle ayırt edilebildiği için, akut lezyonlar sık sık karakteristik özellikler gösterir. Lezyonların çoğu 6 hafta içinde ya hiç ya da travmaya özgü bir iz bırakmadan iyileştiği için, akut lezyonlar ve onların iyileşme dönemine kadarki gelişmelerini anlatan tipik bir öykü, işkence iddiasını destekleyen tek dayanak olabilir. Ciltte künt travmaya bağlı kalıcı değişimler nadir olarak görülür, spesifik değildir ve çoğunlukla tanı için anlamlı değildir. Künt travmanın şekillerinden biri olan, uzun bir süre için sıkı bağ uygulamasında, tanı koydurucu özellik kol ve bacak, genellikle de el ve ayak bilekleri etrafında çepeçevre dolanan lineer hat bulunmasıdır. Bu hat üzerinde muhtemelen skatrisyel alopesinin bir formu olarak bir kaç kıl veya kıl köküne rastlanır. Bu, ayırıcı tanıda bilinen spontan bir cilt hastalığı formunu dışlatır, günlük hayatta bu özellikte bir travmanın oluşmasını hayal etmek güçtür.

190. Akut lezyonlar arasında bulunan sıyrıklar; tırnak izi, alev yanığı, geniş sıyrıklar gibi cilt yüzeyinin kalkması ile oluşurlar. Bazen sıyrıklar uygulanan aletin sınırlarını yansıtır ya da uygulanan aletin yüzey şeklini gösterebilir. Tekrarlanan veya derin sıyrıklar cilt tipine bağlı olarak hipo ya da hiperpigmente alanlara yol açabilir; örneğin eller çok sıkı biçimde birbirine bağlandıysa, el bileğinin iç kısmında bu tip alanlar görülebilir.

191. Kontüzyon ya da berelenmeler, künt travmaya bağlı kan damarlarının yırtılarak yumuşak doku içinde kanama alanı oluşturmasıdır. Kontüzyonun büyüklük ve şiddeti sadece uygulanan kuvvetin büyüklüğüne bağlı değil, aynı zamanda, dokunun yapısına ve damar yapısına bağlıdır. Kontüzyonlar daha çok kemiğin üzerini ince bir cilt tabakasının kapladığı yerlerde ya da yağlı bölgelerde oluşur. Vitamin eksikliği ve diğer beslenme bozukluklarını da içeren birçok tıbbi durum, çürük ve purpuraların daha kolay oluşmasıyla ilişkili olabilir. Kontüzyonlar ve sıyrıklar o bölgeye künt travma uygulandığını gösterir. Ancak kontüzyon ve sıyrığın saptanamaması, vücudun o bölgesine künt travma uygulanmadığını göstermez. Kontüzyonlar bazen uygulanan aletin sınırlarını gösterir; örneğin ray şeklinde berelenme, cop ya da sopa gibi cisimler uygulandığında meydana gelir. Dolayısıyla kullanılan aletin şekli, berelenmenin şekli düşünülerek tahmin edilebilir. Kontüzyonların iyileşme sürecinde bir dizi renk değişikliği oluşur. Berelenmelerin çoğu başlangıçta koyu mavi, mor ya da koyu kırmızıdır. Berelenmedeki hemoglobin çözülme-

ye başladıkça, renk kademeli olarak menekşe mor, yeşil, koyu sarı, açık sarıya dönüşür ve nihayet kaybolur. Bununla beraber kontüzyonun yaşını (oluş zamanını) kesin olarak saptamak zordur. Bazı cilt tiplerinde yıllarca süren hiperpigmentasyon oluşabilir. Subkutan derin dokularda oluşan kontüzyon, ekstremitelere kan yüzeye ulaşana dek günlerce görülemeyebilir; bazı lezyonlar zaman içinde tekrar yapılan muayeneler sırasında yavaş yavaş ortaya çıkar.<sup>78</sup>

192. Laserasyon, cilt ve cilt altı dokularının künt bir kuvvetin basıncıyla yırtılması veya ezilmesidir. Vücudun çıkıntılı oluşturan kısımlarında; cildin künt cisim ve subdermal dokuların altında bulunan kemik yüzeyi arasında sıkışması durumunda kolaylıkla meydana gelir. Ancak yeterli kuvvet uygulandığında, cilt vücudun her bölgesinde yırtılabilir. Vücudun alışılmadık bölgelerinde rastlanan asimetrik nedbeler ve yaygın nedbe dağılımı, bu nedbelerin kasten yapıldığını düşündürür.<sup>79</sup>

193. Kamçı/kırbaçlama sonrası görülen nedbeler, iyileşmiş laserasyonları temsil eder. Bu nedbeler genellikle depigmente ve sıklıkla hipertrofik, dar, hiperpigmente bantlarla çevrilidir. Ayırıcı tanıda bitki dermatiti düşünülebilir, fakat bunda hiperpigmentasyon baskındır ve nedbelerin boyu kısadır. Kontrast olarak abdomen, aksilla ve bacaklardaki zaman zaman işkence sekeli olduğu iddia edilen simetrik, atrofik, depigmente değişimler gerginlik strialarıdır ve normalde işkence ile ilişkisi yoktur.<sup>80</sup>

194. Yakma, ciltte genellikle kalıcı değişimler oluşturan bir işkence çeşididir. Bazen bu değişimler tanı koydurucu değerde olabilir. Sigara yanığı sıklıkla 5-10 mm genişliğinde dairesel ya da oval, maküler, hiper veya hipopigmente merkezi, hiperpigmente çevresi olan ve göreceli olarak çevresi ayırt edilemeyen nedbeler oluşturur. İşkenceyle bağlantılı olarak dövmelemin sigara ile yakıldığı da bildirilmiştir. İşkence sonrası görülen karakteristik nedbe ve birkaç dövme kalıntısı tanıda yardımcı olacaktır.<sup>81</sup> Sıcak cisim uygulamasıyla yapılan yakma işleminde kullanılan objenin şeklini yansıtan belirgin atrofik nedbeler oluşturur. Bunlar başlangıçtaki enflamasyon alanı ile ilişkili, dar, hipertrofik veya hiperpigmente marjinal alanlar ile keskin bir biçimde sınırlanmıştır. Bu durum örneğin, elektrikle ısıtılmış metal çubuk ya da çakmakla oluşturulan yanıklarda görülür. Eğer çok sayıda nedbe oluşmuşsa ayırıcı tanı yapmak zordur. Spontan oluşan enflamasyon, marjinal kenar özelliklerini gizleyecek ve sadece nadiren belirtilen doku kaybını gösterecektir. Yanmış lastikle yapılan yakmaların hipertrofik ya da keloid nedbelerle sonuçlanabileceği bildirilmiştir.

195. Tırnak matriksi yakıldığında, tırnak büyümesi bant şeklinde, ince, deforme tırnak oluşumuna, bazen bu bantların uzunlamasına segmentler halinde kırılmasına yol açar. Ayrıca tırnak çekilmişse, proksimal tırnak kıvrımında doku büyümesi oluşabilir, bu da ptergiyum formasyonu ile sonuçlanır. Bu değişikliklerde ayırıcı tanıda Liken planusun yol açtığı tırnak değişiklikleri düşünülmelidir, fakat buna genellikle yaygın deri hastalıkları eşlik eder. Diğer yandan mantar enfeksiyonları yukarıdaki değişikliklerden farklı olarak kalınlaşmış, sarımtırak, çatlayan, eğri tırnaklarla kendini gösterir.

196. Kesici alet travmaları cildin bıçak, süngü, kasatura veya kırık cam gibi keskin aletlerle kesilmesiyle oluşur. Yaralar, kesici delici alet, kesici alet ve delici alet yaralarıdır. Akut görünümünü, laserasyonların düzensiz ve yırtılmış görünümünden ayırt etmek genellikle kolaydır. Daha sonra yapılan muayenelerde nedbeleri ayırt edilebilir. Düzenli ufak kesi nedbelerinden oluşmuş şekiller geleneksel tedavi yöntemlerine bağlı olabilir.<sup>82</sup> Açık yaralara biber veya tahriş edici başka maddeler uygulanırsa nedbeler hipertrofik olabilir. Çeşitli boylarda ve asimetrik biçim gösteren nedbeler, değişik işkence yöntemleri açısından muhtemelen anlamlı olabilir.

---

<sup>78</sup> S. Gürpınar, S. Korur Fincancı, "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu", Birinci Basamak için Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 1999.

<sup>79</sup> Bkz. 73 numaralı dipnot

<sup>80</sup> L. Danielsen, "Skin changes after torture", Torture 1992;1: 27-28.

<sup>81</sup> Bkz. 80 numaralı dipnot.

<sup>82</sup> Bkz 76 numaralı dipnot.

(b) *Kırıklar*

197. Kırıklar; künt mekanik bir kuvvetin değişik vektörel düzlemlerdeki etkisine bağlı olarak kemik bütünlüğünün bozulmasıdır. Direk kırık, çarpmanın olduğu yerde ya da kuvvetin uygulandığı yerde olur. Bir kırığın bölgesi, sınırları ve diğer özellikleri uygulanan gücün yönünü ve şeklini yansıtır. Bu yüzden bazen, kaza eseri oluşan kırıkla, eziyet amacıyla oluşturulan kırığı radyolojik görünümleri ile ayırt etmek mümkündür. Göreceli olarak yakın zamanda oluşmuş kırıkların yaş (oluş zamanı) tahmini tecrübeli bir travma radyoloğu tarafından değerlendirilmelidir. Künt travmatik lezyonların yaşını ve türünü değerlendirirken, lezyonların oluşumu kişinin yaşı, cinsiyeti, doku özellikleri, hastanın durumu ve sağlık koşullarına ve travmanın şiddetine göre değişeceğinden spekülasyonlardan kaçınılmalıdır. Örneğin sağlıklı ve sportif gençler, yaşlı ve zayıf bünyeli kişilere göre yaralanmaya daha dirençlidir.

(d) *Kafa travması*

198. Kafa travması en yaygın işkence biçimlerinden biridir. Tekrarlayan kafa travmalarında; travma her zaman ciddi boyutlarda olmasa bile, kortikal atrofi ve yaygın aksonal hasar gelişmesi beklenebilir. Düşmeyle oluşan travmalarda, beyinde travma yönünün aksi yönünde lezyonlar görülebilir. Halbuki direkt travmalarda beyin kontüzyonları travmanın uygulandığı bölgenin tam altında görülür. Saçlı derideki berelenmeleri, şişme olmadığı sürece haricen görebilmek zordur. Koyu derili insanlarda da berelenmeleri fark etmek zordur, ancak palpasyonda hassasiyet fark edilir.

199. Başına indirilen darbelere maruz kalan ve işkenceden sağ çıkan kişi, sürekli baş ağrılarında şikayetçi olabilir. Bunlar sıklıkla somatiktir veya boyun menşelidir (yukarıda C kısmına bakınız). Kişi, o bölgeye dokunulduğunda, ağrısının olduğunu ifade edebilir ve saçlı derinin palpasyonu yaygın ya da lokal dolgunluk veya artmış sertlik gözlemlenebilir. Saçlı deri laserasyonu olduğu durumlarda nedbeler gözlemlenebilir. Baş ağrısı, genişleyen bir subdural hematoma başlangıç semptomu da olabilir. Travmayla ilişkili olarak, akut başlangıçlı mental durum değişiklikleri gözlemlendiğinde acilen bilgisayarlı tomografi çekilmelidir. Yumuşak doku şişmeleri ve/veya kanamaları genellikle BT ya da MRG ile tespit edilebilecektir. Psikolojik ve nöropsikolojik konsültasyonun da istenmesi uygun olacaktır (bakınız bölüm VI.C.4.).

200. İşkence yöntemlerinden şiddetli sarsma, bazen kurbanın ya da giysilerinin çekiştirilmesi ile göğsün üst tarafında ve omuzlarda berelenme saptanabilse de hiçbir harici iz bırakmadan serebral hasara yol açabilir. En ekstrem bulgu olarak, sarsılmış kişilerde sarsılmış bebek sendromunda tipik olarak rastlanan serebral ödem, subdural hematoma ve retinal kanama görülür. Genel olarak kurbanlar tekrarlayan baş ağrıları, mekansal yönelim bozukluğu ve mental durum değişiminden şikayetçi olurlar. Sarsma işlemi genellikle bir iki dakika ya da daha kısa sürer, ancak günler ya da haftalar boyunca defalarca tekrar edebilir.

(e) *Göğüs ve karın travması*

201. Göğüse dayak uygulamasının sık sonuçlarından biri kot kırıklardır. Kırık uçları akciğer yaralanmalarına ve olası pnömotoraksa yol açabilir. Direk künt travmalar vertebra pediküllerini kırabilir.

202. Akut abdominal travma olgularında fizik muayenede, abdominal organ ve üriner sistem travmasının bulguları aranmalıdır. Ancak genellikle muayenede bir şey saptanamaz. Yoğun hematüri, böbrek kontüzyonunun en belirgin belirtisidir. Peritoneal lavaj ile fark edilemeyen abdominal kanamalar tespit edilebilir. Periton lavajından sonra BT'de saptanan serbest sıvı kan ya da lavaja bağlı olabilir, bu anlamsızdır. Bilgisayarlı tomografide abdominal kanama genellikle isointens ya da hiperintens olan akut SSS kanaması dışında, genellikle su yoğunluğundandır. Organ hasarı, serbest hava, ekstraluminal sıvı, aktivite düşüklüğü olarak bulunur ve ödem, kontüzyon, hemoraji veya laserasyonu temsil edebilir. Peripankreatik ödem akut travmatik ve travmatik olmayan pankreatitin belirtilerinden biridir. Ultrason, özellikle dalağın subkapsüller hematoma saptamak için yararlıdır. Şiddetli kaba dayak uygulamalarından hemen sonra ezilme sendromuna bağlı renal yetmezlik görülebilir. Renal hasarın geç komplikasyonu olarak renal hipertansiyon görülebilir.

2. *Ayağa darbe uygulaması (falanga, falaka, bastinado)*

203. Falaka ayaklara (veya nadiren ellere ve kalçalara) tekrarlayan künt travma uygulamasını ifade etmek için kullanılan yaygın bir terimdir. Genellikle cop, uzun çubuk veya benzeri bir cisimle uygulanır. Falaka uygulamasının



en ciddi komplikasyonu kas nekrozu, damar tıkanıklığı veya ayağın distal kısmının ya da ayak parmaklarının gangrenine yol açabilen kapalı kompartman sendromudur. Ayaklarda kalıcı deformite, tarsal, metatarsal ve falanks kemiklerinin kırıkları nadir de olsa görülebilir. Hasarlar genellikle yumuşak doku ile sınırlı olduğu için, BT ve MRG hasarın belgelendirilmesi için tercih edilen radyolojik yöntemlerdir, fakat akut fazdaki fiziksel muayenenin tanı koydurucu olması gerekir. Falaka kronik sakatlığa yol açabilir. Yürüme güç ve ağrılı olabilir. Tarsal kemikler fikse (spastik) veya hareketleri artmış olabilir. Ayağın plantar (taban) kısmını sıkmakla veya başparmağı dorsifleksiyona getirmekle ağrı ortaya çıkabilir. Palpasyonda plantar aponevrozun uzunluğu boyunca hassasiyet olabilir. Aponevrozun kısmen proksimal falanksların tabanındaki, kısmen de derideki distal bağlantıları yırtılmış olabilir ve aponevroz normal gerginliğine geri dönemeyebilir. Sonuçta yürüme zorlaşır ve bunu kas güçsüzlüğü takip edebilir. Aponevrozun yırtılıp yırtılmadığı, başparmağın pasif ekstansiyonu (dorsifleksiyonu) ile anlaşılabilir. Eğer aponevroz sağlam ise palpasyonda başparmak 20 dereceden fazla ekstansiyona getirildiğinde aponevrozun gerilmeye başladığı hissedilmelidir; maksimum normal ekstansiyon 70 derecedir. Bundan daha fazla ekstansiyon, aponevrozun bağlantı noktalarında hasar olduğunu gösterir.<sup>83,84,85,86</sup> Öte yandan kısıtlı ekstansiyon ve başparmağın hiperaktansiyonunda ağrı; birinci metatarsın başı veya proksimal falanksın tabanında ya da her iki yerde birden oluşan dorsal osteofit sonucu gelişen *hallux rigidus*'un belirtisidir.

204. Ayrıca çeşitli komplikasyon ve sendromlar oluşabilir:

- (a) Kapalı kompartman sendromu; en şiddetli komplikasyondur. Kapalı kompartman içindeki ödem, damar tıkanıklığı, kas nekrozu ile sonuçlanır; bu da fibrozis ve/veya ayağın distal kısmının ve/veya parmaklarının kontraktür ve gangrenine yol açabilir. Sıklıkla kompartman içi basıncın ölçümü ile tanı konur;
- (b) Ezilmiş topuk ve anterior ayak yastıkçıkları: Falaka uygulaması sırasında, doğrudan ya da travmayla ilişkili ödem nedeniyle, kalkaneus ve proksimal falanks altındaki elastik yastıkçıklar ezilir. Ayrıca yağ dokusu boyunca devam eden ve kemiği deriye bağlayan bağ dokusu bantları yırtılır. Yağ dokusunun kanla beslenmesi bozulur ve atrofiye olur. Yastık etkisi kaybolunca ayaklar yürürken meydana gelen baskıyı kaldıramaz;
- (c) Falaka uygulaması sonrası oluşan cilt ve cilt altı dokuları da kapsayan rijit ve düzensiz nedbeler: Normal bir ayakta dermal ve subdermal dokular, plantar aponevroza gergin bağ dokusu bantları aracılığı ile bağlıdır. Ancak bu bantlar falakaya maruz kaldıktan sonra meydana gelen ödemin bantları yırtması nedeniyle kısmen ya da tamamen tahrip olur;
- (d) Plantar aponevroz ve ayak tendonlarının yırtılması: Falaka sonrası dönemde oluşan ödem bu yapıların bozulmasına yol açar. Ayak kavsi için destekleyici olan işlev kayb olduğunda yürümek zorlaşır, ayak kasları özellikle quadratus plantaris longus ileri derecede zorlanır;
- (e) Plantar fasciitis: Bu durum, hasarın geç dönem komplikasyonu olarak oluşabilir. Falaka uygulamasında tüm aponevroz boyunca iritasyon vardır; bu da kronik aponevrozite yol açar. 15 yıl cezaevinde kaldıktan sonra serbest bırakılan ve ilk yakalanma döneminde falaka uygulamasına maruz kaldıklarını ifade eden mahkumlar üzerinde yapılan çalışmalarda, metatars ve kalkaneusda hiperaktif kemik görüntüleri saptanmıştır;<sup>87</sup>

205. Manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, ultrason gibi radyolojik yöntemler falaka uygulaması sonrası meydana gelen travma öykülerini destekler. Pozitif radyolojik bulgular, diğer hastalık ya da travmalara

---

<sup>83</sup> G. Sklyv, "Physical sequelae of torture", *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, ed. (Cambridge: Cambridge University Press) 1992:38-55.

<sup>84</sup> Bkz 76 numaralı dipnot.

<sup>85</sup> K. Prip, L. Tived, N. Holten. *Physiotherapy for Torture Survivors: A Basic Introduction*; (Copenhagen: International Rehabilitation Council for Torture Victims- IRCT) 1995.

<sup>86</sup> F. Bojsen-Moller, K.E. Flagstad, "Plantar aponeurosis and plantar architecture of the ball of the foot", *Journal of Anatomy* 1976;121:599-611.

<sup>87</sup> V. Lök et al, "Bone scintigraphy as clue to previous torture", *Lancet* 1991; 337 (8745): 846-847; Ayrıca bkz. M. Tunca ve V. Lök, "Bone scintigraphy in screening of torture survivors", *Lancet* 1998; 352 (9143) 1859.

sekonder de olabilir. İlk muayenede rutin radyografi önerilir. Yumuşak doku hasarlarını saptamak için manyetik rezonans görüntüleme tercih edilir. Manyetik rezonans görüntüleme ve sintigrafi, rutin radyografide veya bilgisayarlı tomografide saptanamayan kemik dokusunda berelenme gibi kemik yaralanmalarını saptayabilir.<sup>88</sup>

### 3. Askı

206. Askı, çok fazla ağrıya neden olan, ancak gözle görünür çok az hasar bulgusu bırakan ya da hiç bırakmayan yaygın bir işkence biçimidir. Halen tutuklu olan kişi, askı işkencesine maruz kaldığını açıklamakta gönülsüz davranabilir, ama periferik nörolojik bozukluk bulgusu brakial pleksopati için tanı koydurucudur; bu da hemen askı işkencesi tanısını koydurur. Askı çeşitli biçimlerde uygulanabilir:

- (a) Düz (Çarmıh) askı: Kolları her iki yana açıp, kolların yatay olarak bir sırtık ya da direğe bağlanması ile uygulanır;
- (b) Kasap askısı: Kişinin bir ya da iki elinden bağlanıp asılması;
- (c) Ters kasap askısı: Kişinin ayaklarından asılıp, başın aşağıda kalması;
- (d) Filistin askısı: Kişinin ön kolları arkada dirsekten 90 derece kırılarak birbirine bağlanır, daha sonra ön kollar bir direk ya da sırğa bağlanarak asılı halde bırakılır. Bir başka yöntemde de tutuklu, kolları arkaya getirilerek el bilekleri ya da dirseklerinden bağlanarak asılır;
- (e) Papağan tüneği: Tutuklunun dizleri fleksiyona getirilirken popliteal bölgenin altından bir sırtık geçirilir, genellikle bu sırada eller ayak bileklerine bağlanır.

207. Askıda kalma süresi 15-20 dakika ya da saatlerce olabilir. Filistin askısı kısa sürede, kalıcı brakial pleksopati oluşturur. Papağan tüneği, dizlerin cruciate bağlarında yırtık oluşturabilir. Kurbanlar askı sırasında sık sık kaba dayak veya diğer istismar biçimlerine maruz kalırlar. Kronik fazda, ağırlık taşıma ve kaldırma sırasında ya da rotasyon sırasında ve özellikle içte omuz eklemleri etrafında ağrı ve gerginlik olağandır, yıllar sonra bile şiddetli ağrıya neden olabilir. Akut dönem komplikasyonu olarak; askıyı takiben kollarda ve/veya ellerde zayıflık, ağrı ve parestezi, hissizlik, dokunma duyusunda duyarsızlık, yüzeysel ağrı ve tendon refleksi kaybı gelişir. Şiddetli ağrı, kas zayıflığını maskeleyebilir. Kronik dönemde kas zayıflığı devam edebilir ve kas erimesi, hissizlik ve daha sık parestezi görülebilir. Kolları kaldırırken ya da yük taşırken ağrı, hissizlik veya zayıflık şikayeti olabilir veya kişi bu işlemleri yapamaz. Nörolojik hasara ek olarak, omuz eklemlerinin bağlarında yırtıklar, skapula dislokasyonu ve omuz bölgesinde kas hasarı olabilir. Uzun torasik sinir hasarı veya skapula dislokasyonu ile birlikte olabilen “kanatlı skapula” (skapulanın vertebra kenarında çıkıntılı görünüm) sırtın gözle bakısında görülebilir.

208. Nörolojik hasar genellikle iki kolda aynı şiddette değildir. Brakial pleksus hasarı kendisini motor, duyu ve refleks disfonksiyonu olarak gösterir.

- (a) Motor muayene: Asimetrik kas zayıflığı, distalde daha belirgindir, en çok görülmesi beklenen bulgudur. Akut ağrı, kas gücü muayenesinin değerlendirmesini güçleştirir. Yaralanma şiddetli ise kronik fazda kas atrofiği görülür.
- (b) Duyu Muayenesi: Duyusal sinir yolları üzerinde tam duyu kaybı veya parestezi yaygındır. Pozisyon algısı, iki nokta ayrımı, iğne batırma testi, soğuk/sıcak ayrımı kontrol edilmelidir. En az 3 hafta sonra eksiklik ve/veya refleks kaybı/azalması varsa, elektrofizyolojik incelemelerin uygulanması ve bu incelemelerin değerlendirilmesi tecrübeli nörologlar tarafından yapılmalıdır.
- (c) Refleks muayenesi: Refleks kaybı, reflekslerde azalma veya iki ekstremitede arasında reflekslerde farklar bulunabilir. Filistin askısında, işkence kurbanında kollar superior pozisyondayken ya da bağlama metoduna göre her iki brakial pleksus travmaya maruz kaldıysa; asimetrik pleksopati gelişebilir. Her ne kadar günümüz literatüründe, brakial pleksopatilerin genellikle tek taraflı olduğu bildirilse de bizim deneyimize göre iki taraflı hasar yaygındır.

<sup>88</sup> Bkz. 76 ve 83 numaralı dipnotlar; V. Lök ve ark. “Bone scintigraphy as an evidence of previous torture”; Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Raporu, Ankara, 1994;91-96.

209. Brakial pleksus omuz bölgesi dokuları arasında, traksiyon hasarına en duyarlı yapıdır. Filistin askısı, kollara zorlamalı posterior ekstansiyonuna bağlı brakial pleksus hasarı oluşturur. Klasik Filistin askısında kollar, posterior hiperekstansiyonda iken vücut askıya alındığında sırasıyla önce alt pleksus, sonra orta pleksus ve üst pleksus lifleri (eğer pleksus üzerindeki güç yeterince şiddette ise) hasara uğrar. Kollar hiperekstansiyonda değilken Çarmıh askı uygulandıysa; ilk önce hiperabduksiyona bağlı olarak orta pleksus lifleri hasara uğrar. Brakial pleksus hasarları aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

- (a) Alt pleksus hasarı: Duyusal eksiklik ön kol ve el kaslarında lokalizedir. Duyusal zaaf ön kol ve ulnar sinir dağılımının medial bölgesinde ellerin 4 ve 5. parmaklarında görülür.
- (b) Orta pleksus hasarı: Önkol, dirsek ve parmakların ekstansör kasları etkilenir. Önkol pronasyonu ve elin radial fleksiyonu zayıf olabilir. Radial sinir dağılımında ön kol ve elin birinci, ikinci ve üçüncü parmaklarının dorsal yüzünde duyusal eksiklik vardır. Triceps refleksleri kaybolabilir;
- (c) Üst pleksus hasarı: Özellikle omuz kasları etkilenmiştir. Omuz abduksiyonu, aksial rotasyon ve ön kol pronasyon-supinasyonunda duyusal eksiklik olabilir. Deltoid bölgede gözlenebilen duyusal eksiklik, kollara ve önkolun dış kısımlarına kadar uzanabilir

#### 4. Diğer pozisyonel işkenceler

210. Pozisyonel işkencenin birçok çeşidi vardır. Bunlar kişiyi bağlayarak veya kişiyi bükülmüş durumda tutarak, aşırı gererek veya doğal olmayan biçimlerde tutarak şiddetli ağrıya yol açan, tendonlar, bağlar, sinirler ve kan damarlarında hasar oluşturan pozisyonlardır. Bu yöntemler, sık sık ağır kronik sakatlıklara yol açmalarına rağmen, karakteristik olarak nadiren harici iz ya da radyolojik bulguya neden olurlar.

211. Tüm pozisyonel işkenceler; tendonlara, eklemlere ve kaslara yöneliktir. Çok çeşitli yöntemler vardır: “papağan tüneği”, “muz tüneği” veya klasik sandalye üstünde veya yerde “muz bağı”, motorsiklet, zorla ayakta tutma, tek ayak üstünde durmaya zorlama, kolları ve elleri vücudun yukarısında bir pozisyonda tutarak duvara yaslanmış vaziyette uzun süre ayakta tutma, uzun süre zorla çömelmiş vaziyette tutma, insanları ufak hayvan kafeslerinde uzun süre hareketsiz tutmak vb. Bu pozisyonların özelliğine göre vücudun ilgili bölgelerinde ağrı, hareket kısıtlılığı, sırtta, ellerde ve boyunda ağrı ve ayaklarda şişme gibi şikayetler görülür. Nörolojik muayene ve kas iskelet sistemi muayenesindeki ilkeler, bu ve diğer pozisyonel işkence yöntemlerinde de uygulanabilir. MRG tüm pozisyonel işkence yöntemlerini değerlendirirken tercih edilen yöntemdir.

#### 5. Elektrik şoku işkencesi

212. Elektrik akımı vücudun herhangi bir yerine yerleştiren elektrotlar aracılığı ile iletilir. En yaygın kullanılan bölgeler eller, ayaklar, el ve ayak parmakları, kulaklar, meme uçları, ağız, dudaklar ve genital bölgedir. Enerji kaynağı, el manyetosuyla çalışan veya gaz-dizel ile çalışan bir jeneratör, şebeke elektriği, şok tabancası veya büyükbaş hayvanları gütmek için kullanılan, sersemletici şok etkileri olan, hayvanlar veya insanlara karşı kullanılmak için üretilmiş özel elektroşok cihazları ve diğer elektrikli araçlar olabilir. Elektrik akımı iki elektrot arasındaki en kısa yoldan gider. Elektrik akımı uygulandığında semptomlar bu özelliğe bağlı olarak oluşur, örneğin eğer elektrotlar sağ ayağın parmaklarına yerleştirilirse, sağ ayak ve uyluk kaslarında ağrı, kas kontraksiyonu ve kramp olacaktır. Genital bölgeye yerleştirilirse, genital bölgede de çok ıstırap veren ağrı olacaktır. Elektrik akımının izlediği hat boyunca tüm kaslarda tetanik kasılmalar oluşur, elektrik akımı biraz yüksek olursa omuz çıkığı, lomber ve servikal radikulopatiler görülebilir. Bununla birlikte; uygulamanın tipi, uygulama süresi, kullanılan akım ve enerjinin voltajı kurbanın fiziksel muayenesiyle net bir kanaat oluşturacak biçimde saptanamayabilir. İşkence faileri işkencenin etkisini arttırmak, elektrik akımının vücuda giriş noktalarını genişletmek ve saptanabilecek elektrik yanıklarını engellemek için, sıklıkla vücut üzerinde su veya çeşitli jeller kullanır. Jel ya da su kullanımı, elektrik akımının etkisini artırır, elektrik akımının giriş noktasını genişletir, elektrik yanığını engeller. Elektrik yanığı izi genellikle 1-3 mm çapında, kırmızı kahverengi, dairesel bir lezyondur, genellikle enflamasyon yoktur ve hiperpigmente skar ile sonuçlanabilir. Lezyonları ayırt etmek çok güç olduğu için elektrik uygulanan cilt yüzeyleri dikkatle incelenmelidir. Lezyonların orijin tayini için biyopsi yapılması tartışmalıdır. Elektrik yanıkları spesifik histolojik değişiklikler oluştura-

bilir; ancak bu değişimler her zaman bulunmaz ve bulunmaması hiçbir biçimde lezyonun elektrik yanığı olmadığı anlamına gelmez. Her olgu, cilt biyopsisi yapılırken çekilecek ağrı ve sıkıntı, izlenen prosedürün potansiyel sonuçları göz önünde bulundurularak ayrı ayrı değerlendirilmeli ve karar verilmelidir (bakınız Ek 11.2.).

#### 6. Diş işkencesi

213. Diş işkencesi, dişlerin çekilmesi, kırılması veya dişlere elektrik akımı uygulanması biçimde olabilir. İşkence, dişlerin kaybı veya kırılması, diş etlerinin şişmesi, kanama, ağrı, gingivitis, stomatit, mandibular kırıklar veya diş dolgularının düşmesiyle sonuçlanabilir. Temporomandibular eklem sendromu, çene eklemine ağrı, çene hareketlerinde kısıtlılık ve bazı olgularda elektrik akımı ya da yüze uygulanan darbelerin sonucu oluşan kas spazmı nedeniyle bu eklem subluksasyonu olarak ortaya çıkacaktır.

#### 7. Boğma

214. Boğulmaya varıncaya kadar havasız bırakmak, giderek daha yaygın kullanılan bir işkence yöntemidir. Genellikle hiçbir iz bırakmaz ve kurban eski sağlığına hızla kavuşur. Bu yöntem Latin Amerika'da çok yaygın kullanılmıştır; bu yöntemin İspanyolca'daki karşılığı olan "submarino" terimi insan hakları terminolojisinin bir parçası haline gelmiştir. Başa plastik torba geçirilmesi, ağız ve burunun kapatılması, boyuna çepeçevre saran bir bağla ya da başka bir şeyle baskı uygulanması, toz, çimento, acı biber gibi şeylerin zorla solutulması vs. gibi yöntemlerle normal solunum engellenir. Bu yöntem "kuru submarino" olarak da bilinir. Ciltte peteşi, burun kanaması, kulaklardan kan gelmesi, yüzde konjesyon, ağız içinde enfeksiyonlar ve akut ya da kronik solunum sistemi problemleri gibi çeşitli komplikasyonlar meydana gelebilir. Başın zorla idrar, dışkı, kusuk veya diğer pisliklerle bulaşık suya daldırılması boğulmayla sonuçlanabilir veya işkence boğulmaya varmadan sonlandırılabilir. Suyun akciğerlere aspirasyonu pnömoniye yol açabilir. Bu tip işkence yöntemi "ıslak submarino" olarak da bilinir. Kişinin asılması ya da diğer bağla boğma yöntemlerinde, boyunda spesifik abrazyon ve kontüzyonlar sıklıkla görülebilir. Bağla boğmada ya da boyun bölgesine vurulan darbelerde hyoid kemik veya larenks kırıkdağı kırılabilir.

#### 8. Tecavüz ve cinsel işkence

215. Cinsel işkence, zorla çıplak bırakmakla başlar ve birçok ülkede işkence uygulamasının değişmez bir parçasıdır. Kişi çıplak ve yardıma muhtaç/çaresiz iken çok kırıkandır. Çıplaklık işkencenin psikolojik terörünü her yönüyle artırırken, arka planda her zaman tecavüz veya sodomi (erkekler arası anal birleşme) potansiyeli vardır. Daha da ötesi, sözel cinsel tehdit ve tacizler, yalancı tecavüz girişimleri de kişiyi utandırdığı ve aşağıladığı için tamamıyla cinsel işkencenin bir parçası ve işkence prosedürünün bir basamağıdır. Kadınlara elle dokunmak da tüm olgularda her zaman travmatiktir ve işkence olarak kabul edilir.

216. Erkeğe ve kadına yapılan cinsel işkenceler arasında farklılıklar bulunmakla birlikte bazı işlemler her iki cinsde de uygulanır. Tecavüz hemen her zaman, cinsel yolla bulaşan hastalık riski taşımaktadır, özellikle insan immün yetmezlik virüsü (HIV). Şimdiki bilgilerimize göre, olaydan sonra birkaç saat içinde HIV'e karşı etkili profilaksi uygulanmalıdır<sup>89</sup>, bu da işkencenin rutin olarak uygulandığı ülkelerde pek mümkün değildir. Birçok işkence uygulamasında, şehvet içeren cinsel bir unsur vardır ve yine bir çok uygulamada işkence, cinsel organlara yöneltilmiştir. Erkeklerde elektrik uygulaması ve darbeler genellikle genital organlara yöneltilir, buna bazen anal işkence de eşlik edebilir. Fizik travmanın etkileri sözel taciz ile artırılır. Erkeklerde genellikle erkeklik gücünü kaybetme ve buna bağlı olarak toplumsal itibarın kaybolacağı tehdidi vardır. Tutuklular kültürel tabuları yıkacak biçimde aile bireyleri, arkadaşları veya tamamıyla yabancıların olduğu ortamlarda çıplak tutulabilirler. Daha kötüsü, gözaltı mekanında tuvalet yoksa kişilerin tuvalet ihtiyacını herkesin içinde gidermek zorunda bırakılmasıdır. Ek olarak, tutuklular birbirini cinsel olarak taciz etmeye zorlanır ki bu duygusal olarak baş edilmesi güç bir durumdur. Kadınlar için potansiyel olarak tecavüze maruz kalma endişesi ve tecavüzle ilgili kültürel damga, travmaya eklenebilir. Erkeklerde olmayan, hamile kalma riski, bakireliği kaybetme korkusu, çocuk sahibi olamama endişesi (tecavüz muhtemel kocadan ve toplumdan saklanabilse bile) gibi çok aşikâr travmalar da gözden kaçırılmamalıdır.

<sup>89</sup> I. Lunde and J. Ortman, "Sexual torture and the treatment of its consequences", *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, ed. (Cambridge, Cambridge University Press), 1992: 310-331.

217. Özellikle cinsel taciz olgularında mağdur, sosyokültürel baskılar veya kişisel nedenler yüzünden olayın bilinmesini istemiyorsa; muayeneyi yapan hekim, soruşturma memurları ve mahkemenin, işkence mağduruna ait bilgilerin gizliliğini sağlamak için işbirliği yapmaları zorunludur. Kısa süre önce cinsel tacize uğramış kişiyle işbirliği yapmak için, özel psikolojik eğitim ve uygun psikolojik destek gerekir. İşkenceden sağ kurtulan kişinin psikolojik travmasını arttıracabilecek her tür tedavi yönteminden kaçınmak gerekir. Muayeneye başlamadan önce her tür muayene için kişiden izin alınmalı ve vücudun özel bölümleri incelenirken tekrar izin alınmalıdır. Kişi muayenenin ve muayene ile saptanabilecek muhtemel bulguların önemi hakkında açık ve makul biçimde bilgilendirilmelidir.

(a) *Semptomların gözden geçirilmesi*

218. İddia edilen saldırı hakkında, kılavuzda daha önce ayrıntılı biçimde anlatıldığı gibi tam öykü alınmalıdır (yukarıdaki B. kısmına bakınız). Bununla birlikte sadece cinsel istismara yönelik bazı spesifik sorular da bulunmaktadır. Bu sorular, son saldırı sonucu meydana gelmiş muayene sırasında var olan semptomlardan, örneğin kanama, vajinal ya da anal akıntı ve ağrı, çürük ve yaraların lokalizasyonlarını ayırt etmek için sorulmalıdır. Geçmişte meydana gelen cinsel saldırılarda da saldırı sonucu oluşmuş ve halen devam eden semptomların varlığına ilişkin sorular sorulmalıdır. Bu semptomlardan belli başlıları şunlardır: idrara çıkma sıklığı veya idrarını tutamama ya da ağrılı idrar yapma; adet dönemlerinde düzensizlik; olay sonrası gebelik, düşük, vajinal kanama öyküsü; cinsel aktivitede ve ilişkide sorunlar; anal ağrı, kanama, kabızlık veya dışkı kaçırma.

219. İdeal olanı; mağdurların, yeterli fiziki ve teknik olanakları olan tesislerde, cinsel şiddet mağdurlarının tedavisi konusunda eğitim almış psikiyatrist, psikolog, jinekolog ve hemşirelerden oluşan bir ekip tarafından muayene edilebilmesidir. Cinsel saldırıdan sonraki konsültasyonun ek amaçlarından biri de kişiye destek sunmak, önerilerde bulunmak ve uygun olursa güvenini tazelemektir. Bu güven tazelemesinde, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV, mağdur kadınsa gebelik, işkence faillerinin sürekli söylediği “asla normal cinsel işlevleri olmayacağı” şeklindeki kişinin kendi kendine gerçekleştirdiği kehanet gibi kalıcı fiziksel hasarlara yönelik konular işlenebilir.

(b) *Cinsel saldırının hemen sonrasında muayene*

220. Tecavüz mağdurunun, tecavüzün akut bulgularının saptanması mümkünken salıverilmesi çok nadirdir. Bu durumlarda, tıbbi muayeneyi kesintiye uğratabilecek pek çok unsurun varlığından haberdar olmak gerekir. Kısa süre önce cinsel saldırıya maruz kalmış kişi korkularına, sosyokültürel kaygılarına veya istismarın yıkıcı özelliğine bağlı olarak tıbbi ve hukuki destek konusunda çelişkiye düşmüş veya şaşkınlık içinde olabilir. Böylesi bir durumda doktor, tüm tıbbi ve hukuki olasılıkları açıklamalı ve mağdurun talepleri doğrultusunda hareket etmelidir. Hekimin görevi muayene için aydınlatılmış onam almak, tacizin tüm tıbbi bulgularını kaydetmek ve adli muayene için gerekli örnekleri almaktır. Mümkünse muayene cinsel saldırıyı belgeleme konusunda deneyimli bir uzman tarafından yapılmalıdır. Aksi takdirde, hekim ya bir adli tıp uzmanıyla görüşmeli ya da konsültasyon istemeli veya klinik adli tıp kitaplarına başvurmalıdır.<sup>90</sup> Doktorun cinsiyeti mağdurun cinsiyetinden farklı ise, mağdura muayene sırasında, aynı cinsten bir yardımcı sağlık personelinin eşlik etmesi seçeneği tanınmalıdır. Tercüman kullanılacaksa aynı cinsten tercüman da aynı işlevi görebilir. Bu tür cinsel saldırı olgularında araştırmanın hassas doğası gözönünde tutulursa, mağdurun herhangi bir akrabası bu rol için uygun kişi değildir (bakınız bölüm IV.I.). Hasta muayene öncesinde sakin olmalı ve rahat bir ortamda bulunmalıdır. Tüm fizik bulguların boyut, yer ve renklerinin çok dikkatli biçimde kaydedildiği, mümkünse fotoğraflarının çekildiği ve delil için örneklerin alındığı tam bir muayene yapılmalıdır.

221. Fizik muayene ilk olarak genital bölgeye yönelik olmamalıdır. Muayene sırasında saptanan her bozukluk mutlaka kaydedilmelidir. Tecavüz sırasında oluşabilecek cilt lezyonlarını saptamak için özel bir dikkatle tüm cilt baştan sona incelenmelidir. Bu lezyonlar çürük, laserasyon, kontüzyon, emmeye bağlı peteşi ve ısırık izleridir. Bu girişim, hastanın tam bir muayene için daha rahat davranmasını sağlar. Genital lezyonların minimal olduğu durumlarda, vücudun diğer taraflarında saptanan lezyonlar saldırının en önemli delili olabilir. Tecavüzden hemen sonra

<sup>90</sup> J. Howitt and D. Rogers, “Adult sexual offenses and related matters”, W.D.S. McLay ed. J Clinical Forensic Medicine, (London, Greenwich Medical Media) 1996; 193-218.

kadın genital organlarının yapılan muayenelerinde bile, olguların % 50'sinden daha azında saptanabilen hasar vardır. Anal tecavüzden sonra kadın ve erkeklerin yapılan muayenelerinde olguların % 30'dan daha azında lezyon görülür. Özetle vajina ve/veya anüse görece daha geniş objeler sokulduğunda teşhis edilebilecek lezyon olasılığı artmaktadır.

222. Uygun bir adli laboratuvar var ise, muayene öncesinde laboratuvarla ilişkiye geçip, ne tür materyali inceleme olanakları olduğu, dolayısıyla hangi örneklerin nasıl alınmasını istedikleri öğrenilmelidir. Birçok laboratuvar, doktorların cinsel saldırı iddiasında bulunan kişilerden gerekli bütün örnekleri alabilmesini sağlayan gerekli setleri temin etmektedir. Laboratuvar yoksa yaş sürüntü alıp, açık havada kurumaya bırakmak değerli olabilir. Bu örnekler daha ileri bir tarihte DNA testi için kullanılabilir. Derin vajinal sürüntüden 5 güne kadar, anal sürüntüden 3 güne kadar sperm elde edilebilir. Çok fazla sayıda mağdurdan ve özellikle işkence faili olduğu iddia edilen kişilerden örnekler alındığında, kontaminasyon iddialarını engellemek için çok sıkı önlemler alınmalıdır. Adli tıp incelemesi için alınan tüm örneklerin çok iyi korunması ve bu örneklerin gözaltı merkezinde izledikleri sürecin tümüyle kaydedilmesi gereklidir.

#### (d) Cinsel saldırının birkaç gün sonrasında muayene

223. Gerçekleştiği iddia edilen saldırının üzerinden bir haftadan fazla zaman geçtikten sonra çürük ve laserasyon gibi bulguların saptanamadığı durumlarda, pelvik incelemenin aciliyeti düşüktür. Bu koşullarda zamanı, bulguları belgelemek için gerekli en kalifiye insanı bulmak ve kişiyle yapılacak görüşme için en iyi muayene koşullarını sağlamaya harcamak daha anlamlı olur. Bununla birlikte mümkünse saptanabilen lezyonları uygun biçimde fotoğraf-alamak yararlı olabilir.

224. Önce öykü yukarıda tanımlandığı gibi alınmalı, daha sonra genel fiziksel bulguların muayenesi ve belgelen-dirmesi yapılmalıdır. Tecavüzden önce ve özellikle tecavüzden sonra doğum yapmış kadınlarda patognomonik bulgular benzer değildir. Ancak deneyimli bir kadın doktor, "tıbbi öykü alınması ve muayene sırasında kişinin davranışlarına göre" bir şeyler söyleyebilir.<sup>91</sup> Kişinin işkencenin çok utandırıcı bulduğu yönlerini kendiliğinden anlatması için belli bir zaman geçmesi gerekebilir. Benzer şekilde, hastalar, süre ve şartlar uygun olursa, muayenenin en mahrem kısmını bir sonraki konsültasyona ertelemek isteyebilirler.

#### (e) Hastanın takibi

225. Cinsel saldırı ile birçok enfeksiyon hastalığı bulaştırabilir. İdrar yolu enfeksiyonlarının yanı sıra cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında; gonore, klamidya, sifilis, HIV, hepatit B ve C, herpes simplex, *condyloma acuminatum* (veneral siğiller), *trichomonas*, *moniliasis vajiniti*, *gardenarella vajiniti* gibi cinsel istismar ile ilişkili vulvovajinitler ve *enterobius vermicularis* (kıl kurdu) örnek verilebilir.

226. Tüm cinsel istismar olgularında uygun laboratuvar testleri ve tedavi yöntemleri düşünülmelidir. Gonore ve klamidya olgularında, beraberinde anüs ve orofarinks enfeksiyonu olabileceği en azından inceleme amacıyla düşünülmalıdır. Cinsel saldırı olgularında hemen kültür ve serolojik testler için örnekler alınıp uygun tedavi başlatılmalıdır. İşkenceden sağ kurtulan ve özellikle cinsel işkence ve tecavüze maruz kalmış kişilerde cinsel işlev bozukluğu yaygın olmakla birlikte, bu durum sadece bu gruba özgü değildir. Semptom fiziksel ya da psikolojik orjinli olabilir ya da ikisi bir arada bulunabilir. Bunlar:

- (i) Karşı cinsin bireylerinden iğrenme ya da cinsel aktiviteye ilginin azalması;
- (ii) Cinsel partnerinin, kendisinin cinsel istismara uğradığını bilebileceğinden dolayı cinsel aktivite korkusu ya da cinsel olarak sakatlandığı korkusu; işkenceciler anal olarak taciz ettikleri erkekleri homoseksüel olacakları yönünde sözlerle korkutabilir ve hatta bu korkuyu onlara aşılabilirler. Bazı heteroseksüel erkekler anal tecavüz sırasında istem dışı ereksiyona geçebilir ve bu sırada ejakülasyon olabilirler. Onların bu durumun tamamen fizyolojik bir tepki olduğunu öğrenerek, kendilerine güvenlerini kazanmaları gerekir;

<sup>91</sup> G. Hinshelwood, Gender-based persecution (Toronto, Birleşmiş Milletler Cinsiyete Bağlı Ayrımcılık ve Baskı Uzmanlar Toplantısı (United Nations Expert Group Meeting on Gender-based Persecution), 1997.

- (iii) Cinsel partnere güvenememe;
- (iv) Cinsel uyarılmada bozukluk, erektil disfonksiyon (ereksiyon bozukluğu);
- (v) Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, üreme organlarına doğrudan travma ya da tecavüz sonrası gelişen hamileliğin kötü koşullarda düşük yapılarak sonlandırılması nedenleriyle; dispareunia (kadınlarda ağrılı cinsel ilişki) ya da infertilite (kısırlık).

(e) *Kadınların genital muayenesi*

227. Birçok kültürde, bakire bir kadının vajinasından içeri spekulum, parmak veya sürüntü çubuğu da dahil olmak üzere herhangi bir şey sokulması tamamen kabul edilemez bir durumdur. Kadının harici muayenesi sırasında tecavüzün kesin delilleri görülüyorsa, internal pelvik muayene yapmak gerekmebilir. Genital muayene bulguları aşağıdakileri içerebilir:

- (i) Vulvada küçük laserasyon ve yırtıklar: Bunlar akut dönemde görülebilir ve aşırı germe nedeniyle olur. Normalde tamamen iyileşirler, ancak tekrar tekrar travmatize edilmişlerse nedbe dokusu oluşabilir;
- (ii) Kadın genital organlarında sıyrıklar: Sıyrıklar tırnak ya da yüzük gibi kaba cisimlerle temas sonucu oluşabilirler;
- (iii) Vajinal laserasyonlar: Nadiren görülür, ancak varsa doku atrofisi veya önceki ameliyatlara bağlantılı olabilir. Vajinaya sokulan keskin cisimlerin yaptığı kesiler ayırt edilemez.

228. Saldırıdan bir hafta sonra yapılan kadın genital organlarının muayenesinde, nadiren herhangi bir fiziki delil saptanır. Olay sonrasında kadın kendi isteğiyle ya da istemeden cinsel ilişkiye girmiş olabilir ya da doğum yapmış bir kadında saptanan bulgulardan herhangi birini iddia edilen tacizle ilişkilendirmek hemen hemen imkânsız olabilir. Dolayısıyla tıbbi değerlendirmenin en önemli bileşeni, muayene eden kişinin öyküye dayalı bilgileri (örneğin istismar iddiaları ve kişi tarafından gözlemlenen akut bulgular arasındaki uyum) ve kadının kültürel şartları içindeki deneyimini akılda tutarak kadının davranışlarının değerlendirilmesi olabilir.

(f) *Erkeklerin genital muayenesi*

229. Skrotumun ezilmesi, burulması, çekilmesi ve genital bölgeye doğrudan darbe de dahil olmak üzere genital bölgeleri işkenceye maruz kalan erkeklerin, genellikle akut dönemde ağrı ve hassasiyet şikayetleri olur. Hiperemi, belirgin bir şişme ve ekimoz görülebilir. İdrar mikroskopisinde çok miktarda eritrosit ve lökosit görülebilir. Bir kitlenin hidrosel, hematosel ya da kasık fıtığı olup olmadığı ayırt edilmelidir. Kitlenin kasık fıtığı olduğu durumda muayene eden kişi kitlenin üstündeki spermatik kordu palpe edemez. Kitlenin hidrosel ya da hematosel olduğu durumlarda, kitlenin üstündeki normal spermatik kord yapıları genellikle palpe edilebilir. Hidrosel, testis ve uzantılarının enflamasyonuna bağlı olarak veya spermatik kordda ya da retroperitoneal boşlukta lenfatik veya venöz tıkanıklıktan ötürü drenajın azalmasına bağlı olarak tunica vaginalis içinde aşırı miktarda sıvı birikmesiyle oluşur. Hematosel ise tunica vaginalis içinde travmaya bağlı sekonder kan birikmesidir. Hidroselin aksine hematoselde transilluminasyon görülmez.

230. Testis torsiyonu, skrotum travması sonucu oluşabilir. Bu hasar sırasında, testisin taban kısmından burkulma olabilir ve testise kan gidişi kesilebilir. Bu durumda şiddetli ağrı ve şişme oluşur ve acil cerrahi müdahale gerekir. Torsiyon hızla tedavi edilmezse, gecikme testis enfarktına yol açacaktır. Tıbbi tedavinin reddedildiği tutukluluk koşullarında bu lezyonun geç sekellerine rastlanılabilir.

231. Skrotal işkenceye maruz kalmış bireylerin kronik üriner sistem hastalıkları, erektil bozukluk veya testis atrofisi olabilir. Post travmatik stres bozukluğu semptomları nadir değildir. Kronik fazda oluşan skrotal patolojinin işkence ile mi, yoksa hastalık sonucu mu oluştuğunu ayırt etmek imkânsızdır. Tam bir ürolojik inceleme sonunda fiziksel olarak bir anormallik saptanamaması; üriner problemler, empotans ve diğer cinsel problemlerin psikolojik orijinli olabileceğini gösterir. Skrotum ve penis derisinde nedbeleri görebilmek çok zor olabilir. Bu yüzden bu bölgede nedbe bulunmaması, işkence yapılmadığı anlamına gelmez. Öte yandan, nedbenin varlığı genellikle bir travmanın gerçekliğini doğrular.

(g) *Anal Bölgenin Muayenesi*

232. Anal tecavüz ya da anüse herhangi bir cisim sokulmasından sonra her iki cinste de olaydan günler veya haftalar sonra ağrı ve kanama olabilir. Bu sıklıkla kabızlığa yol açabilir ve kabızlık tutukluklarındaki kötü beslenmeyle daha da şiddetlenebilir. Gastrointestinal ve üriner semptomlar oluşabilir. Akut fazda gözle bakı dışında tüm muayeneler lokal yada genel anestezi gerektirebilir; bu muayenelerin tamamı bir uzman tarafından yapılmalıdır. Kronik fazda bazı semptomlar devam edebilir, bunların araştırılması gerekir. Olağan dışı boyut ve tipte anal nedbeler olabilir, bunların belgelendirilmesi gerekir. Anal fissürler yıllarca kalabilir, fakat bunların işkence ile mi yoksa başka bir nedenle mi oldukları ayırt edilemeyebilir. Anüsün gözle muayenesinde aşağıdaki bulguların aranması ve belgelendirilmesi gerekir:

- (i) Fissürler birçok “normal” durumda oluşabildiğinden (kabızlık, kötü hijyen koşulları) non-spesifik bulgu olma eğilimindedir. Ancak akut bir durumda saptandığında (örn. 72 saat içinde) fissürler daha spesifik bir bulgudur ve penetrasyon bulgusu olarak kabul edilebilir;
- (ii) Kanamalı ya da kanamasız rektal yırtıklar kaydedilmelidir;
- (iii) Anüs kıvrımlarının (rugal patern) bozulması yelpaze şeklinde düz nedbeler olarak görülebilir. Orta hat dışında (saat 6 ve 12 hizası haricinde) görüldüğünde penetran bir travmanın belirtisi olabilirler;
- (iv) Deride sarkmalar iyileşen travma belirtisi olabilir;
- (v) Anüste pürülan akıntı olabilir. Rektal penetrasyon iddiası olan tüm olgularda gonore ve klamidya için kültür alınmalıdır.

**E. Tanısal özel testler**

233. İşkenceye maruz kaldığını iddia eden bir kişinin klinik değerlendirmesi için tanısal test yapılması mutlaka gerekli değildir. Birçok durumda tıbbi öykü ve klinik muayene yeterlidir. Ancak, bu tür testlerin, değerli destekleyici deliller olarak kullanılabilmesi durumları olabilir. Örneğin, yetkili makamlar aleyhine bir dava açıldığında veya bir tazminat talebi olduğunda, tanısal testler kullanılabilir. Bu tür davalarda “pozitif” bir test sonucu davanın kazanılmasını ya da kaybedilmesini etkileyebilir. Tanısal testler tedavi amaçlı kullanıldıysa sonuçlar rapora eklenmelidir. Fizik bulgularda olduğu gibi tanısal testlerde de test sonucunun pozitif olmaması, işkencenin olmadığını önermek için kullanılamaz. Teknik nedenlerle tanısal testleri yaptırmanın mümkün olmadığı bir çok durum vardır. Rapor bilimsel açıdan uygun biçimde yazıldıysa, bu testlerin yapılamaması raporda yazılanların değerini azaltmaz. Tanısal testlerin sadece adli gerekçelerle yaraların belgelendirilmesinde kullanılması, klinik olarak bazı ihtiyaçlar varken bunların kullanılmaması uygun değildir (daha detaylı bilgi için ek II'ye bakınız).



## BÖLÜM VI

### İŞKENCENİN PSİKOLOJİK KANITLARI

#### A. Genel değerlendirmeler

##### 1. Psikolojik değerlendirmenin merkezi rolü

234. Yaygın olarak kabul edilen görüş; işkencenin çok çeşitli fiziksel ve psikolojik problemlere yol açabilecek olağanüstü bir yaşam deneyimi olduğudur. Klinisyenler ve araştırmacıların çoğu, işkencenin aşırı zorlayıcı doğasının, kişinin işkence öncesi psikolojik durumuna bağlı olmaksızın kendi başına zihinsel ve duygusal etkiler yaratacak kadar güçlü bir deneyim olduğu konusunda hemfikirlerdir. Buna rağmen işkencenin psikolojik sonuçları, kişinin işkenceye attığı anlam, kişilik gelişimi ve sosyal- politik- kültürel faktörler bağlamında oluşur. Bu nedenle, bütün işkence biçimlerinin aynı sonuçlara yol açtığı söylenemez. Örneğin, yalancı infazın psikolojik sonuçları, cinsel tacizin yol açtığı psikolojik sonuçlarla aynı değildir, tek başına tutulma/hücre hapsi ve izolasyonun fiziksel işkence yöntemleriyle aynı sonuçları doğurması beklenemez. Aynı şekilde, tutukluluk ve işkencenin yetişkinlerle çocukları aynı şekilde etkileyeceği varsayılmaz. Buna rağmen, işkence mağdurların pek çoğunda gözlenen ve belgelenen bir takım semptom ve psikolojik tepkiler mevcuttur.

235. İşkence faileri, işkence ve kötü muamele davranışlarını genellikle bilgi alma ihtiyacı ile açıklayarak meşrulaştırmaya çalışırlar. Bu tarz kavramsallaştırmalar, işkencenin gerçek amacını ve hedeflenen sonuçlarını gizler. İşkencenin temel amaçlarından biri, kişiyi aşırı çaresizliğe ve rahatsızlığa iterek bilişsel, duygusal ve davranışsal işlevlerin bozulmasına yol açmaktır.<sup>92</sup> Yani, işkence kişinin psikolojik ve sosyal işlevselliğinin temelini yönelik bir saldırı aracıdır. Bu koşullar altında fail, mağduru yalnızca fiziksel olarak yetersiz hale getirmeye değil aynı zamanda mağduru kişilik bütünlüğünü parçalamaya çalışmaktadır. İşkence faili, mağduru, gelecekle ilgili hayalleri, ümitleri ve arzuları olan bir insan olarak aileye ve topluma ait olduğu duygusunu yıkmaya çalışır. Failer mağdurları insanlıktan çıkararak ve iradelerini kırarak, mağdurla ilişkisi olanlar için dehşet verici örnekler oluştururlar. Bu yolla işkence, bütün bir toplumun iradesini ve toplumsal uyumu kırabilir ya da zarar verebilir. İşkence bunun yanı sıra, eşler, ebeveynler, çocuklar ve diğer aile üyeleri arasındaki yakın ilişkilere, mağdurlarla üyesi buldukları topluluklar arasındaki ilişkilere ciddi zararlar verebilir.

236. Bilinmesi gereken önemli bir şey; işkence gören herkesin tanı konulabilir bir ruhsal hastalık geliştirmeyebileceğidir. Ancak, birçok mağdur şiddetli duygusal tepkiler ve psikolojik belirtiler göstermektedir. İşkence ile ilişkili ana psikiyatrik bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve majör depresyondur. Bu bozukluklar genel popülasyonda da görülmesine rağmen, travmatize olmuş gruplarda görülme sıklığı çok daha yüksektir. Kişinin işkenceyi tasvir edebilme ve hakkında konuşabilme becerisi, işkencenin kişi için taşıdığı kültürel, sosyal ve politik anlamlardan etkilenir. Bu faktörler, işkencenin psikolojik ve sosyal etkilerinde payı olan önemli faktörlerdir ve farklı bir kültüre mensup bir mağduru değerlendirirken bu unsurlar mutlaka göz önüne alınmalıdır. Kültürler arası araştırmaların ortaya koyduğu gibi, psikolojik ya da psikiyatrik bozuklukları değerlendirirken kullanılması en akılcı yaklaşımlar fenomenolojik ya da tanımlayıcı yöntemlerdir. Bir kültürde davranış bozukluğu ya da hastalık olarak kabul edilen bir durum, başka bir kültürde patolojik olarak değerlendirilmeyebilir.<sup>93,94,95</sup> İkinci Dünya

<sup>92</sup> G. Fischer and N.F. Gurrus, "Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung", W. Senf & M. Broda (ed.), Praxis der Psychotherapie-Ein integrotives iehrbuch for Psychoanalyse und Verhaltensherapie, (Stuttgart: Thieme), 1996.

<sup>93</sup> A. Kleinman, "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care", -Psychiatry and its Related Disciplines- konulu Dünya Psikiyatri Derneği Bölgesel Sempozyumuna sunulmuş bildiri, 1986.

<sup>94</sup> H.T. Engelhardt, "The concepts of health and disease", HT Englehardt ve SF Spicker ed. Evaiuctron and Explanation in the Biomedical Sciences, (Hollanda: D. Reidel Publishing Co) 1975; 125-141.

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

Savaşı'ndan bu yana, şiddetin psikolojik sonuçlarının anlaşılmasında ilerleme kaydedilmiştir. Bazı psikolojik semptomlar ve semptom kümeleri, işkence ve diğer tip şiddet mağdurlarında gözlenmiş ve belgelenmiştir.

237. Son yıllarda, değişik şiddet tiplerine maruz kalmış kişilere giderek artan bir oranda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı konmaktadır. Ancak, Batılı olmayan toplumlarda bu tanının geçerliliği konusunda henüz tam bir görüş birliği yoktur. Yine de, farklı etnik ve kültürel gruplara üye ve travmaya maruz kalmış mültecilerde yüksek oranlarda TSSB ve depresyon belirtilerine rastlanmıştır.<sup>96,97,98</sup> Dünya Sağlık Örgütü'nün kültürler arası yaptığı depresyon çalışması<sup>99</sup> bu konuda faydalı bilgiler sağlamıştır. Bu çalışma göstermiştir ki bazı semptomlar farklı kültürlerde aynen bulunabilmesine rağmen, bu semptomlar mağdurları en çok etkileyen semptomlar olmayabilmektedir.

## 2. Psikolojik değerlendirme ortamı

238. Değerlendirmenin yapıldığı politik bağlamlar çok çeşitli olabilir. Bu çeşitlilik, değerlendirmenin yürütüleceği tarzda önemli farklılıklara yol açmaktadır. Hekim ya da psikolog aşağıdaki ilkeleri, belli durumlara ve değerlendirmenin amacına göre uyarlamalıdır (bölüm III.C.2.'ye bakınız).

239. Belirli bazı soruların rahatça sorulup sorulamayacağı, güvenliğin ve gizliliğin ne derece sağlanabildiğine bağlı olarak oldukça değişecektir. Örneğin, cezaevinde bir hekim ziyaretinde yapılan ve belki de 15 dakika ile sınırlı olan bir muayene ile özel bir muayenehanede saatlerce sürebilecek bir adli muayene aynı akışı izleyemez. Psikolojik semptomlar ve davranışların patolojik mi, yoksa adaptif mi olduğu değerlendirilmeye çalışıldığında ek sorunlar ortaya çıkar. Bir kişi tutukluken ya da ciddi bir baskı ya da tehdit altında yaşarken muayene edildiğinde karşılaşılan bazı belirtiler adaptif olabilir. Örneğin, faaliyetlere yönelik ilginin azalması, yabancılaşma ve kopukluk duyguları, tek başına tutulan bir kişi için anlaşılabilir bulgular olabilir. Benzer bir biçimde aşırı tetikte olma ve kaçınma davranışları baskıcı toplumlarda yaşayanlar için gerekli olabilir.<sup>100</sup> Fakat görüşme koşullarındaki sınırlılıklar, bu kılavuzda ortaya konan ilkelerin uygulanmamasına gerekçe oluşturamaz. Devletin ve yetkililerin işin içinde olduğu zor durumlarda bu standartlara olabildiğince sadık kalmak özellikle önemlidir.

## B. İşkencenin psikolojik etkileri

### 1. Dikkat edilmesi gereken hususlar

240. Semptomların ve psikiyatrik sınıflandırmaların teknik tanımlamalarına geçmeden önce, bu sınıflandırmaların genellikle Batıya ait tıbbi kavramlar olduğu ve bu sınıflandırmaların Batılı olmayan toplumlara açık ya da örtülü bir biçimde uygulandığında birtakım zorluklar çıkacağı dikkate alınmalıdır. Batı kültürlerinin psikolojik süreçlerin aşırı tıbbileştirilmesinden muzdarip olduğu iddia edilebilir. Ruhsal ızdırabın bireydeki bir bozukluğu temsil ettiği ve tipik belirtiler gösterdiği düşüncesi, birçok Batılı olmayan toplumda geçerli olmayabilir. Bütün bunlara rağmen, TSSB'de görülen biyolojik değişimlerin dikkate değer ölçüde kanıtı vardır ve bu açıdan bakıldığında, TSSB, biyolojik ve psikolojik olarak tedavi edilmeye elverişli tanı konulabilir bir sendromdur.<sup>101</sup> Değerlendirmeyi yapan hekim ya da psi-

<sup>96</sup> R. F. Mollica et al. "The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps", JAMA, 1993; 270:581-586.

<sup>97</sup> J.D. Kinzie et al. "The prevalence of Posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees", American Journal of Psychiatry, 1990; 147(7): 913-917.

<sup>98</sup> K. Allden et al. "Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile", American Journal of Public Health 1996; 86: 1561-1569.

<sup>99</sup> N. Sartorius. "Cross-cultural research on depression", Psychopathology, 1987;19(2):6-11.

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

<sup>101</sup> M. Friedman and J. Jaranson. "The applicability of the Post-traumatic concept to refugees", A. Marsella et al eds. *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees* (Washington, D.C.: American Psychological Association Press) 1994:207-227.

kolog, ruhsal ızdırabı, mümkün olduğunca kişinin inançları ve kültürel normları bağlamında anlamaya çalışmalıdır. Bu, kültürel ve dinsel inançlara olduğu kadar politik bağlamlara da saygıyı içermektedir. İşkencenin şiddeti ve sonuçları göz önüne alındığında, psikolojik değerlendirme yaparken tanı koymak ve sınıflandırmak için aceleci bir tutum yerine, öğrenmeye açık bir tutum takınılmalıdır. İdeal olarak bu tür bir tutum, mağdura, şikayetlerinin ve acısının bu koşullar altında beklenebilir olduğunu ve gerçek olarak kabul edildiğini iletacaktır. Bu anlamda, duyarlı empatik bir tutum, mağdura yabancılaşma duygusundan bir ölçüde kurtulma olanağı sağlayabilecektir.

## 2. Yaygın olarak görülen psikolojik tepkiler ve belirtiler

### (a) Travmanın yeniden yaşantılanması

241. İşkence mağduru uyanık ve bilinçli durumda olduğu halde, travmatik olayın yeniden yaşantılandığı geriye dönüşleri (flashback)\* ve zorlantılı anıları ya da travmatik olayların çeşitli parçalarını, özgün ya da sembolik biçimleriyle içeren tekrarlayıcı kabusları olabilir. Travmayı sembolize eden ya da hatırlatan çeşitli uyaranlara maruz kaldığında hissedilen rahatsızlık, sıklıkla otorite konumundaki insanlardan (hekimler ve psikologlar dahil) korkma ve onlara güvenmeme şeklinde ortaya çıkabilir. Yetkililerin insan hakları ihlallerine katıldığı ülkelerde ve durumlarda, otorite konumunda bulunan kişilere yönelik korku ve güvensizlik, patolojik olarak düşünülmemelidir.

### (b) Kaçınma ve duygusal küntlük

- (i) Travmayı hatırlatan düşüncelerden, konuşmalardan, faaliyetlerden, mekanlardan veya insanlardan kaçınma;
- (ii) Aşırı duygusal kısıtlılık;
- (iii) Ciddi düzeyde kişisel kopukluk ve toplumdan uzaklaşma, sosyal geri çekilme;
- (iv) Travmatik olayın önemli bir parçasını hatırlayamama;

### (c) Artmış uyarılmışlık

- (i) Uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte zorluk;
- (ii) Sinirlilik veya öfke patlamaları;
- (iii) Konsantrasyon güçlüğü;
- (iv) Tetikte olma durumu, aşırı irkilme tepkisi;
- (v) Yaygın anksiyete;
- (vi) Kesik kesik soluma, terleme, ağız kuruması ya da baş dönmesi ve gastrointestinal rahatsızlıklar.

### (d) Depresyon belirtileri

242. Aşağıdaki depresyon belirtileri görülebilir: depresif (çökkün) mizaç, haz alamama (daha önce ilgilendiği/ haz aldığı faaliyetlere yönelik ciddi derecede ilgi/ haz azalması), iştah bozukluğu ya da kilo kaybı, uyuyamama ya da aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama, yorgunluk ve enerji kaybı, değersizlik ve aşırı suçluluk duyguları, dikkatini toplamada, konsantre olmada ve hatırlamada güçlükler, ölüm ve ölme düşünceleri, intihar düşünceleri ya da intihar girişimleri.

### (e) Kendilik kavramında zedelenme ve bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma

243. İşkence mağduru, onarılmaz biçimde zedelenmesi ve geri dönülmez biçimde kişilik değişimine uğradığı şeklinde bir duygu hissedebilir.<sup>102</sup> Mağdur, bundan sonraki yaşamında mesleğinde başarı, evlenme, çocuk sahibi olma veya normal bir hayat sürdürme konusunda beklentilerinin olmadığını ve geleceğinin kısıtlandığını hisseder.

\* “Geri yaşantılama/geriye dönüş” (flashback): Uyanık durumda travmatik yaşantının sanki tekrar yaşanıyor gibi bir film şeridi şeklinde göz önüne gelmesi durumu (Ç.N.).

<sup>102</sup> N.R. Holtan. “How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care”, J. M. Jaranson and M.K.Popkin eds, Caring for Victims of Torture, (Washington, DC: American Psychiatric Press) 1998;107-113.

(f) *Disosiyasyon, depersonalizasyon ve atipik davranışlar*

244. Disosiyasyon bilinçlilik, kendilik algısı, hafıza ve eylemlerin bütünlüğünde yarılma durumudur. Kişi belli eylemlerine dair farkındalığını yitirebilir veya eylemleri kesintiye uğrayabilir veya ikiye bölünüp kendisini belli bir uzaklıktan gözlemliyormuş gibi hissedebilir. Depersonalizasyon ise kişinin kendisinden ya da bedeninden ayrıldığı hissetmesidir. Dürtü kontrol sorunları, mağdurun, travma öncesi kişiliğine kıyasla değerlendirdiğinde oldukça atipik olarak nitelediği davranışlara neden olurlar. Travma öncesinde tedbirli olan biri yüksek risk taşıyan davranışlar sergileyebilir.

(g) *Somatik (bedensel) şikayetler*

245. Nesnel bulgular olsun olmasın, ağrı, baş ağrısı ve diğer fiziksel şikayetler gibi somatik semptomlar işkence mağdurlarında sıkça rastlanan problemlerdir. Ağrı, görülen tek şikayet olabilir, yeri ve yoğunluğu değişebilir. Somatik semptomlar, işkencenin doğrudan fiziksel bir sonucu ya da psikolojik kökenli olabilir. Örneğin, çeşitli ağrı tipleri, işkencenin doğrudan fiziksel bir sonucu (olabileceği gibi) psikolojik kökenli de olabilir. Tipik somatik şikayetler içinde, kafa travmalarından kaynaklanan sırt ağrıları, kas-iskelet sistemi ağrıları sayılabilir. Baş ağrısı işkence mağdurları arasında çok yaygındır ve sıklıkla travma sonrasında kronikleşme eğilimindedir. Gerilim ve stres de baş ağrılarına neden olabilir ya da alevlenmesine yol açabilir.

(h) *Cinsel işlev bozukluğu*

246. Cinsel işlev bozukluğu, sadece bu grupta olmamakla birlikte, özellikle cinsel işkenceye ya da tecavüze maruz kalmış işkence mağdurları arasında yaygın olarak görülür (bölüm V.D.8'e bakınız).

(i) *Psikoz*

247. Kültürel ve dilsel farklılıklar psikotik semptomlarla karıştırılabilir. Birini psikotik olarak tanımlamadan önce, semptomları o bireyin kendine has kültürel bağlamı içerisinde değerlendirmek gerekir. Psikotik tepkiler kısa ya da uzun dönemli olabilir, mağdur tutuklu ve işkence altındayken ortaya çıkabileceği gibi daha sonra da görülebilirler. Aşağıda olası psikotik bulguların bir listesi verilmiştir:

- (i) Sanrılar (delusion)
- (ii) Varsanılar (halusination): İşitsel, görsel, dokunsal, kokusal;
- (iii) Tuhaf (bizarre) düşünce ve davranış;
- (iv) İlüzyon ve algı bozuklukları: Bu belirtiler yalancı varsanı (pseudo-halusinasyon) şeklinde tezahür edebilir ve gerçek psikotik tabloya yakın bir konumda olabilirler. Uykuya dalarken ya da uyanırken görülen algı yanılsamaları ve varsanılar, toplum içinde de yaygındır ve psikoza işaret etmezler. İşkence mağdurları için, açıkça psikotik işaretler veya belirtiler olmadan, ara sıra çılgınlıklar ya da isminin çağrıldığı duymak ya da gölgeler görmek sıkça rastlanılan bir durumdur.
- (v) Paranoya ve kötülük görme (perseküsyon)\* \* sanrılar (hezeyanları);
- (vi) Geçmişinde ruhsal rahatsızlık öyküsü bulunan işkence mağdurlarında, psikotik bozukluklar ya da psikotik özelliklerin eşlik ettiği duygulanım bozuklukları nüksedebilir. Geçmişinde iki uçlu duygulanım bozukluğu (bipolar bozukluk), psikotik özellikli tekrarlayan majör depresyon, şizofreni ve şizoafektif bozukluk olan mağdurlar söz konusu bozukluğun yeni bir epizodunu yaşayabilirler.

(j) *Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı*

248. Alkol ve madde kötüye kullanımı, işkence mağdurlarında, (sıklıkla) travmatik anılardan kurtulmak, duygulanımı düzenlemek ve anksiyete ile baş etmek üzere ikincil olarak ortaya çıkar.

\*\* Ing. "delusions of persecution": Baskı, zulüm, kötülük görme hezeyanları (Ç.N.)

### (k) Nöropsikolojik bozukluk

249. İşkence, değişik düzeylerde beyin hasarına yol açan fiziksel travmaya da sebep olabilir. Kafaya alınan darbeler, havasız bırakma ve uzun dönemli beslenme bozukluğu gibi durumlar, tıbbi muayenede kolayca saptanamayan uzun dönemli nörolojik ve nöropsikolojik sonuçlara neden olabilir. Kafa görüntülemesi veya diğer tıbbi yöntemlerle saptanamayan bütün beyin hasarı olgularında olduğu gibi, nöropsikolojik değerlendirme ve testler hasarı belgelemek için tek güvenilir yöntem olabilir. Bu tür değerlendirmelerde bulunan belirtiler sık sık, TSSB ve depresyon belirtileriyle anlamlı derecede örtüşürler. Bilinçlilik, yönelim, dikkat, konsantrasyon, hafızada hasarlar ve gündelik işlev düzeylerindeki dalgalanmalar, organik nedenlerle olabildiği gibi işlev bozuklukları sonucu da ortaya çıkabilirler. Bu yüzden, bu tür ayrımlar yapılırken, nöropsikolojik değerlendirme konusunda uzmanlık ve nöropsikolojik ölçeklerin kültürler arasında geçerliliğine ilişkin problemlere yönelik farkındalığa ihtiyaç vardır (aşağıda C.4. kısmına bakınız).

### 3. Tanısal sınıflandırmalar

250. İşkence mağdurlarında rastlanan ana şikayetler ve öne çıkan bulgular, kişinin yaşam deneyimleri, kültürel, toplumsal ve politik bağlamıyla ilişkili olarak oldukça büyük farklılıklar gösterirken, değerlendirmeyi yapan kişilerin travma ve işkence mağdurlarında en sık görülen bozukluklar hakkında bilgili olması gerekir. Ayrıca, travmayla ilişkili mental bozukluklar dikkate değer biçimde birliktelik gösterdiğinden, birden fazla mental bozukluğun bulunması nadir görülen bir durum değildir. Çeşitli anksiyete ve depresyon belirtileri, işkenceden kaynaklanan en yaygın belirtilerdir. Çoğu durumda bahsedilen belirtiler, anksiyete ve duygudurum bozuklukları kategorileri altında sınıflandırılacaktır. Önde gelen iki sınıflandırma sistemi, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-10) mental ve davranışsal bozuklukların sınıflandırması ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin *Mental Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının* dördüncü baskısıdır (DSM-IV).<sup>103,104</sup> Tanısal kategorilerin tanımları için okur ICD-10 ve DSM-IV'e başvurmalıdır. Burada travmayla ilişkili en sık görülen tanılar; TSSB, major depresyon ve kalıcı kişilik değişikliği gözden geçirilecektir.

#### (a) Depresif bozukluklar

251. Depresif durumlar, işkence mağdurlarında hemen hemen her zaman görülmektedir. İşkencenin etkilerinin değerlendirilmesi bağlamında, TSSB'nin ve majör depresif bozukluğun açıkça ayırt edilebilir etyolojilere sahip iki farklı hastalık olduğunu varsaymak sorunludur. Depresif bozukluklar, tek ataklı veya tekrarlayıcı (birden fazla atak) majör depresif bozuklukları kapsar. Depresif bozukluklar psikotik, katatonik, melankolik ya da atipik özelliklerle birlikte veya bu özellikler olmadan seyredebilir. DSM-IV'e göre majör depresif atak tanısı koyabilmek için aşağıdaki belirtilerin beş ya da daha fazlasının son iki haftalık dönemde bulunması ve daha önceki işlevselliğe göre bir değişikliğin görülmesi gerekmektedir (belirtilerden en az biri depresif duygudurum veya ilgi veya hazzın kaybı olmalıdır): (1) depresif duygudurum; (2) faaliyetlerin tümüne ya da çoğuna duyulan ilginin ya da alınan hazzın belirgin bir biçimde azalması; (3) kilo kaybı veya iştahın artması ya da azalması; (4) uykusuzluk veya aşırı uyuma; (5) psikomotor ajitasyon veya yavaşlama; (6) yorgunluk ya da enerji kaybı; (7) değersizlik ya da aşırı veya yersiz suçluluk duyguları; (8) düşünme veya yoğunlaşma yeteneğinde azalma; (9) tekrarlayan ölüm ya da intihar düşünceleri. Bu tanıyı koyabilmek için, belirtilerin fizyolojik bir bozukluğa bağlı olmaması ve başka bir DSM-IV tanısı ile açıklanamayan belirgin bir rahatsızlığa veya sosyal ya da mesleki işlevsellik kaybına yol açması gerekir.

#### (b) Trauma sonrası stres bozukluğu (TSSB)

252. İşkencenin psikolojik etkileriyle en yaygın biçimde ilişkilendirilen tanı, travma sonrası stres bozukluğudur (TSSB). İşkence ve bu tanı arasındaki ilişki, sağlık hizmeti sunanlar, iltica mahkemeleri ve ilgili kamuoyu nezdinde oldukça güçlü bir hal almıştır. Bu durum, TSSB'nin işkencenin temel psikolojik sonucu olduğu yolunda yanlış ve indirgemeci bir izlenime yol açmıştır.

<sup>103</sup> World Health Organization, The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders and diagnostic guidelines, (Cenneva, 1994).

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

253. DSM-IV'ün TSSB tanımı ağırlıklı, zorlayıcı anılar, kabuslar ve/veya travmanın önemli yanlarını hatırlayamama gibi travmaya bağlı hafıza bozukluklarının varlığına dayanmaktadır. Kişi, işkencenin ayrıntılarını tam olarak hatırlayamayabilir, fakat işkence deneyiminin önemli temalarını hatırlayacaktır. Örneğin mağdur, çeşitli durumlarda tecavüze uğradığını hatırlayabilir fakat tam olarak tarihleri, yerleri ve ayrıntılı olarak mekanı ve faileri hatırlayamayabilir. Bu tür durumlarda, ayrıntıları hatırlayamamak, mağdurun öyküsünün güvenilirliğini azaltmaz, aksine artırır. Yeniden görüşme yapıldığında, mağdurun öyküsündeki ana temalar birbiriyle tutarlı olacaktır. ICD-10'daki TSSB tanısı DSM-IV'ünküne çok benzerdir. DSM-IV'e göre, TSSB akut, kronik ya da geç olabilir. Belirtiler bir aydan daha fazla bir süre boyunca bulunmalı, belirgin bir rahatsızlık veya işlev bozukluğu yaratmalıdır. TSSB tanısı koyabilmek için, kişinin kendisinin ya da başkalarının yaşamını tehdit edici ve aşırı korku, çaresizlik veya dehşet yaratan travmatik bir olaya maruz kalmış olması gereklidir. Travmatik olay aşağıdaki durumlardan biri veya daha fazlası şeklinde ısrarlı olarak "yeniden yaşantılanmalıdır": olayın zorlayıcı ve rahatsızlık verici anılarının hatırlanması; olayla ilgili tekrarlayıcı tarzda rahatsızlık veren rüyalar görme; varsanılar (halusinasyon), yanılsamalar (ilüzyon) ve geriye dönüşlerle (flashback) olay sanki yeniden oluyormuş gibi hissetme ya da davranma; olayı hatırlatan durumlara maruz kalındığında aşırı psikolojik rahatsızlık duyma ve olayın çeşitli yönlerini sembolize eden ya da hatırlatan ipuçlarına maruz kalındığında fizyolojik tepki verme.

254. Kişi, aşağıdakilerden en az üçünün ısrarlı bir şekilde tezahür etmesiyle, travmatik olayla ilgili uyarılardan kaçınır ve/veya (veya) tepkiselliği genel olarak küntleşir: (1) travma ile ilgili düşüncelerden, duygulardan ve konuşmalardan kaçınmaya çalışma; (2) travmayı hatırlatacak faaliyetlerden, yerlerden ve kişilerden kaçınmaya çalışma; (3) olayın önemli bir yanını hatırlayamama; (4) kendisi için önemli faaliyetlere yönelik ilgi azalması; (5) diğer insanlardan kopma veya yabancılaşma; (6) kısıtlı duygulanım ve (7) geleceğe ilişkin beklentilerin azalması. DSM-IV TSSB tanısı koyabilmek için, aşağıdakilerden en az ikisiyle birlikte tezahür eden ve travmadan önce varolmayan artmış uyanıklık belirtilerinin süreklilik kazanması gerekir: Uykuya dalma ve uykuyu sürdürme zorlukları; sinirlilik veya öfke patlamaları; aşırı tetikte olma ve aşırı irkilme tepkisi.

255. TSSB belirtileri kronikleşebilir veya uzun zaman dilimlerinde dalgalanma gösterebilir. Bazı dönemlerde, aşırı uyanıklık ve sinirlilik belirtileri klinik tabloda hakim duruma geçebilir. Böyle zamanlarda mağdur genellikle, zorlayıcı anılar, kabuslar ve geriye dönüşlerin artışından da şikayetçi olacaktır. Mağdur diğer zamanlarda, göreceli olarak belirti göstermeyebilir ya da duygusal tepkileri daralmış ve içe dönük olarak gözükabilir. TSSB tanısı konulması için gereken ölçütlerin karşılanamamasının, kişinin işkence görmediği anlamına gelmeyeceği akılda tutulmalıdır. ICD-10'a göre, vakaların belirli bir bölümünde TSSB, sonunda devamlı bir kişilik değişimine evrilen, yıllarca süren kronik bir seyir izleyebilir.

### (c) Kalıcı kişilik değişimi

256. Katastrofik ya da uzun süren aşırı stresten sonra, daha önce herhangi bir kişilik bozukluğu öyküsüne sahip olmayan kişilerde yetişkin kişilik bozuklukları gelişebilir. Kişiliği değiştirebilen aşırı stres tipleri arasında, toplama kampı deneyimleri, afetler, öldürülme riskinin olduğu uzun süren tutsaklık, terörizm ve işkence mağduru olmak gibi hayatı tehdit eden durumlara maruz kalmak vardır. ICD-10'a göre, kalıcı kişilik değişimi tanısı, yalnızca, travmatik olaydan önce bulunmamak koşuluyla, katı ve uyumsuz davranışlara eşlik eden, kişinin çevresini ve kendisini algılama, düşünme ve ilişki kurma tarzlarında kesin, ciddi ve ısrarlı bir değişim olduğuna dair kanıtların mevcudiyetinde konulmalıdır. Başka bir ruhsal bozukluğun görünümüleri, daha önceki bir ruhsal bozukluğun devamı olan belirtiler ve beyin hastalığına, işlev bozukluğuna veya hasarına bağlı kişilik ve davranış değişimleri bu tanı kapsamına girmez.

257. ICD-10'un yıkıcı bir deneyimden sonra gelişen devamlı kişilik değişimi tanısını koyabilmek için, kişilikteki değişikliklerin, *yıkıcı strese maruz kalımdan sonra* en az iki yıl boyunca mevcut olması gerekir. ICD-10, maruz kalınan stresin, "kişilik üzerindeki derin etkilerini açıklamak için kişisel yatkınlığı ve incinebilirliği dikkate almayı gerektirmeyecek" kadar aşırı olmasını koşul olarak koyar. Bu kişilik değişimi, dünyaya karşı düşmanca ve güvensiz bir tutum, sosyal geri çekilme, boşluk veya umutsuzluk duyguları, yabancılaşma ve sanki sürekli tehdit ediliyormuş gibi (uçurumun kenarındaymış gibi hissetme) kronik endişe ve huzursuzluk birlikte seyrederek.

(d) *Madde kötüye kullanımı*

258. Klinisyenler, alkol ve madde kullanımının, işkence mağdurlarında travmatik anıları bastırmak, rahatsızlık verici duygulanımı düzenlemek ve anksiyeteyi kontrol altına almak için genellikle ikincil olarak geliştiğini gözlemlemişlerdir. TSSB'nin diğer bozukluklarla birlikte seyretmesi (komorbidite) yaygın bir durum olmasına rağmen, işkence mağdurlarında madde kötüye kullanımı sistematik olarak pek araştırılmamıştır. Ancak TSSB'li kişilerden oluşan gruplar üzerine yapılan ve mülteciler, savaş esirleri ve silahlı çatışma gazileri gibi işkence mağdurlarını kapsayan çalışmalardan elde edilen bazı gözlemler şunları göstermiştir: Aşırı madde kullanımının yaygınlığı etnik ve kültürel gruba bağlı olarak değişkenlik göstermektedir;<sup>105,106</sup> TSSB'li eski savaş esirlerinde ve savaş gazilerinde madde kötüye kullanımı riski artmıştır;<sup>107,108</sup> TSSB ile madde kötüye kullanımının birlikte görülme sıklığı yüksektir.<sup>109,110,111,112</sup> Özet olarak, TSSB riski taşıyan diğer gruplardan öğrenilenlere göre, madde kötüye kullanımının işkence mağdurları için potansiyel bir eşlik eden (komorbid) tanı olduğuna ilişkin yeterince delil bulunmaktadır?

(e) *Diğer tanılar*

259. Bu bölümde tanımlanan semptomlar kataloğundan açıkça görüldüğü gibi, TSSB, depresyon ve kalıcı kişilik değişikliğine ek olarak düşünülmesi gereken başka tanı kategorileri de vardır. Diğer olası ek tanılar şunlardır (bunlarla sınırlı olmadığı unutulmamalıdır):

- (i) Yaygın anksiyete bozukluğu; çeşitli olaylar ve faaliyetlerle ilgili aşırı anksiyete ve endişe, kas gerginliği ve otonomik etkinlikte artış özellikleri gösterir.
- (ii) Panik bozukluk; terleme, boğulma hissi, titreme, kalp atışlarının hızlanması, baş dönmesi, bulantı, soğuk ya da sıcak basması gibi belirtileri içeren tekrarlayıcı ve beklenmeyen bir tarzda yoğun korku ve rahatsızlık ataklarının tezahür etmesidir.
- (iii) Akut stres bozukluğu; bu bozukluk temel olarak travma sonrası stres bozukluğuyla aynı belirtilere sahiptir, ancak travmatik olaya maruz kaldıktan sonraki bir ay içinde teşhis edilmektedir;
- (iv) Somatoform bozukluklar; herhangi bir tıbbi nedene bağlanamayan fiziksel belirtileri içerir;
- (v) İki uçlu duygulanım bozukluğu (bipolar bozukluk); yükselmiş, genişlemiş veya aşırı hassaslaşmış duygudurum, büyüklük hissi (*grandiozite*), uyku ihtiyacının azalması, düşüncelerin uçuşması, psikomotor ajitasyon ve ilgili psikotik bulgularla seyreden manik ya da hipomanik ataklar;

---

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

106 A. Dadfar. "The Afghans: Bearing the scars of a forgotten war", A. Marsella et al eds. *Amidst Peril and Pain*, (Washington, D.C., American Psychological Association) 1994.

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

108 B. E. Engdahl et al. "The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war." *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 1740-1745.

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

110 R. A. Kulka et al. *Trauma and the Vietnam War generation: report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, (New York: Brunner/ Mazel), 1990.

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

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

- (vi) Genel bir tıbbi duruma bağlı olan bozukluklar; sıklıkla, bilinçlilik, yönelim, dikkat, yoğunlaşma, hafıza ve gündelik işlev düzeylerinde düzensizlikler ya da eksiklikler sonucunda ortaya çıkan beyin hasarı şeklinde
- (vii) Fobiler; sosyal fobi ve agorafobi gibi.

### C. Psikolojik/psikiyatrik değerlendirme

#### 1. Etik ve klinik ilkeler

260. Psikolojik değerlendirmeler, aşağıdaki gibi bir çok nedenle, işkence mağdurlarının maruz kaldığı tacize dair çok önemli kanıtlar sağlayabilirler: İşkence, sık sık tahrip edici psikolojik belirtilere neden olur; işkence sırasında genellikle herhangi bir fiziksel iz bırakmayacak yöntemler seçilir ve fiziksel işkence yöntemleri kaybolan veya spesifik olmayan izlere yol açar.

261. Psikolojik değerlendirme, adli tıp incelemelerinde, politik sığınma başvurularının desteklenmesinde, asılsız/gerçek olmayan itirafların hangi koşullar altında alındığının saptanmasında, bölgesel işkence uygulamalarının anlaşılmasında, mağdurların tedavi ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve insan hakları incelemelerinde faydalı kanıtlar sağlar. Psikolojik değerlendirmenin genel amacı, kişinin anlattığı işkence öyküsü ile değerlendirme sürecinde gözlenen psikolojik bulgular arasındaki uyum derecesinin saptanmasıdır. Bu amaca yönelik olarak, psikolojik değerlendirme, mağduru ayrıntılı öyküsünü, mental durum muayene bulgularını, sosyal işlevsellik değerlendirmesini ve klinik kanaatin formülasyonunu içermelidir (bölüm III.C. ve IV.E.'ye bakınız). Uygun olduğu durumlarda, psikiyatrik bir tanı konmalıdır. İşkence mağdurları arasında psikolojik belirtiler oldukça yaygın olarak görüldüğü için bütün işkence değerlendirmelerinin bir psikolojik değerlendirmeyi de içermesi oldukça gereklidir.

262. Psikolojik durum değerlendirmesi ve klinik tanı formülasyonu her zaman kültürel bağlamı dikkate alarak yapılmalıdır. Kültüre özgü sendromların ve belirtilerin aktarıldığı dildeki rahatsızlıklara ilişkin deyimlerin farkında olmak, hem görüşmeyi yürütmek hem de klinik kanaat ve sonucu formüle etmek açısından son derece önemlidir. Görüşmeci mağduru kültürü hakkında çok az ya da hiç bir şey bilmiyorsa, o zaman bir çevirmenin\* yardımına ihtiyaç vardır. İdeal durumda, mağduru aynı ülkeden olan tercüman, dili, görenekleri, dinsel gelenekleri ve görüşme sırasında akılda tutulmasında fayda olan diğer inanç sistemlerini tanıyor olacaktır. Görüşme, görüşülen kişide korku ve güvensizlik yaratabilir ve daha önce maruz kalınan sorgulamaları hatırlatma olasılığı bulunmaktadır. Yeniden travmatize etme riskini azaltmak için klinisyen, görüşülen kişinin yaşadıklarını ve kültürel arka planı anladığı hissini verebilmelidir. Klinisyenin pasif olduğu ve az konuştuğu bazı psikoterapi yöntemlerinde kullanıldığı gibi çok katı bir "klinik yansızlık" sergilemek uygun değildir. Klinik hekim, görüştüğü kişinin bir müttefiki olduğunu mağdura iletebilmeli ve destekleyici olan, yargılayıcı olmayan bir yaklaşım izlemelidir.

#### 2. Görüşme Süreci

263. Klinisyen, görüşeceği kişiye görüşme sürecinde izlenecek prosedürü (işkence öyküsü ve şimdiki psikolojik işlevselliği içeren psikososyal öyküye ilişkin sorular) ayrıntılı olarak anlatmalı ve kişiyi bu soruların ortaya çıkarabileceği yoğun duygusal tepkilere hazırlamalıdır. Görüşülen kişiye görüşmeye ara verme ve herhangi bir noktada görüşmeyi kesme imkanı tanınmalı ve eğer stres düzeyi katlanılamaz bir hal alırsa, görüşme başka bir zaman için randevularak durdurulabilmelidir. Klinisyen, klinik değerlendirmede nesnel kalmayı sürdürürken, soruları sorarken duyarlı ve empatik olmalıdır. Aynı zamanda görüşmeci, mağdura ve işkence tasvirlerine yönelik, algılama ve yargılarını etkileyebilecek potansiyel kişisel tepkilerinin farkında olmalıdır.

264. Görüşme süreci, mağdura işkence sırasındaki sorgulamayı hatırlatabilir. Bu yüzden, klinisyene yönelik korku, öfke, içe kapanma, çaresizlik, kafa karışıklığı, panik, nefret gibi olumsuz duygular güçlü biçimde ortaya çıkabilir. Klinisyenin bu tür duyguların ifade edilmesine ve açıklanmasına izin vermesi, mağduru içinde bulunduğu zor durumu anladığını ifade etmesi gerekir. Ayrıca kişinin hala eziyet görme ve baskı altında olma olasılığı akılda tutulmalıdır. Gerekli olduğu hallerde, yetkililer tarafından yasaklanmış faaliyetlerle ilgili sorulardan kaçınılmalıdır.

\* \*\* 'Çevirmen' bu metinde 'interpreter' karşılığında kullanılmıştır; bire bir ceviri yapmanın ötesinde, ifadeyi kültürel, sosyal anlamlarıyla uzmana aktaran kısıdır" (Ç.N)



Ne amaçla psikolojik değerlendirme yapıldığını dikkate almak, uzmanın sorumlu bulunduğu gizliliğin derecesini de belirleyeceği için önemlidir. Değerlendirme, bir devlet yetkilisi tarafından yasal bir prosedür içinde kişinin işkence iddialarının doğruluğunu tespit etmek için istenmişse, o zaman değerlendirilen kişiye raporda sunulacak bütün bilgiler için tıbbi gizlilik kuralının geçerli olmayacağı söylenmelidir. Ancak psikolojik değerlendirme talebi mağdurdan geliyorsa, o takdirde uzman tıbbi gizlilik ilkesine uymalıdır.

265. Fiziksel ve psikolojik değerlendirme yapan klinisyenlerin, şiddetli travmatik durumların değerlendirilmesi sırasında hem görüşen hem de görüşülen kişide ortaya çıkabilecek potansiyel duygusal tepkilerin farkında olmaları gerekir. Bu duygusal tepkiler, aktarım (transferans) ve karşı-aktarım olarak adlandırılırlar. Örneğin, özellikle travma öykülerini ayrıntılarını anlatmaları ya da hatırlamaları istendiğinde, işkence mağdurlarının gösterdiği tipik tepkilerden bazıları güvensizlik, korku, utanç, öfke ve suçluluktur. Aktarım, mağdurun, gerçekte kendi geçmiş yaşantılarıyla ilişkili olduğunu fark etmeyerek, klinisyene kişisel olarak hissettiğini zannettiği, klinisyene yöneltilmiş duygularıdır. Ayrıca karşı-aktarım olarak bilinen, klinisyenin mağdura yönelik duygusal tepkileri de psikolojik değerlendirmeyi etkileyebilir. Aktarım ve karşı-aktarım birbirlerine bağlı ve etkileşim içindedir.

266. Travmatik bir öykünün ayrıntılarını anlatmayı ve hatırlamayı içeren bir görüşme veya muayenenin, mağduru, rahatsızlık yaratan ve istenmeyen anılara, düşüncelere ve duygulara maruz bırakacağı düşünüldüğünde, aktarım tepkilerinin değerlendirme süreci üzerindeki potansiyel etkileri net bir şekilde görülebilir. Bu yüzden, bir işkence mağduru, yararlanacağı umuduyla görüşmeyi kabul etse bile, görüşme sırasında, maruz kaldığı anılar ve konular travmatik yaşantısını canlandırabilir. Bu durum aşağıdakileri kapsayabilir:

267. Görüşmecinin soruları, soruşturmaya benzer bir zorlanma şeklinde algılanabilir. Mağdur, görüşmecinin gözetleyici ve sadist motivasyonları olduğundan kuşkulunabilir ve “Neden başıma gelenlerin en korkunç ayrıntılarını bile anlatmamı istiyor?” “Normal bir insan hayatını kazanmak için neden benimkisi gibi öyküler dinlemeyi tercih etsin?” “Tuhaf bir tür motivasyonu olmalı” vb. sorular taşıyabilir. Görüşmeci tutuklanmamış ve işkence görmemiş olduğu için ona yönelik önyargılar söz konusu olabilir. Bu durum görüşmecinin düşman saflarından biri olarak değerlendirilmesine yol açabilir.

268. Görüşmeci otorite konumunda biri olarak algılanır (ki çoğunlukla bu doğrudur) ve bu yüzden travma öyküsünün çeşitli yönlerini aktarmak için mağdur açısından görüşmeci güvenilmez bulunabilir, ya da tam tersine, halen gözaltında olan kişilerde sıklıkla görüldüğü gibi, görüşme nedeniyle cezalandırma olmayacağına dair herhangi bir güvence verilemezken bile, görüşmeciye aşırı güven duyulabilir. Tutukluların başkalarına aşırı güvenerek kendilerini gereksiz risklere sokmamaları için her türlü önlem alınmalıdır. İşkence mağdurları, değerlendirme kapsamında verdikleri bilgilerin baskı yapan devlet görevlilerinden korunamayacağından korkabilirler. Korku ve güvensizlik, hekimlerin ve diğer sağlıkçıların işkence eylemine katılmış olduğu durumlarda özellikle güçlüdür.

269. Birçok durumda görüşmeci, çoğunluk kültürüne ve etnik grubuna mensupken, mağdur, görüşmenin yapıldığı yer itibarıyla azınlık grubuna ve kültürüne mensup olacaktır. Bu eşitsizlik dinamiği, iktidar dengesizliği algısını (ve gerçekliğini) pekiştirebilir; mağdurun korku, güvensizlik duygularını ve boyun eğme zorunluluğuna ilişkin potansiyel algısını kuvvetlendirebilir. Bazı durumlarda, özellikle mağdurlar halen gözaltındaysa, bu dinamik görüşmeciden çok çevirmen için geçerli olabilir. O yüzden ideal olarak, çevirmenin herkes tarafından, en az araştırmacı kadar bağımsız bir kişi olarak görülebilmesi için yerel değil “dışardan” biri olması gerekir. Tabii ki tercüman, yetkililerin daha sonra görüşmede neler konuşulduğunu öğrenmek için baskı uygulayabilecekleri bir aile üyesi de olmamalıdır.

270. Görüşmeciyle işkencecinin cinsiyetleri aynıysa, görüşme süreci, cinsiyetlerin farklı olduğu duruma göre işkenceye daha çok benzeyen bir tarzda algılanabilir. Örneğin, cezaevinde erkek bir gardiyan tarafından tecavüze uğramış bir kadının erkek bir görüşmeci karşısında, kadın bir görüşmeciyle olabileceğinden daha çok rahatsızlık, güvensizlik ve korku yaşaması muhtemeldir. Bu durum, cinsel olarak tacize uğramış erkekler için de aynıdır. Bu tacizlerin ayrıntılarını bir kadın görüşmeciye anlatmaktan utanabilirler. Özellikle halen tutuklu olan mağdurlarla ilgili tecrübeler göstermiştir ki, “geleneksel olarak köktenci” toplumlar (ki bu toplumlarda bırakın muayeneyi, bir erkeğin bir kadınla görüşme yapması bile mümkün değildir) dışındaki bütün toplumlarda, tecavüz olgularında görüş-

mecinin erkek olmamasından çok, mağdurun net sorular sorabileceği bir hekim olması, çok daha önemli olabilir. Tecavüz mağdurlarının sağlıklı olmayan kadın araştırmacılara hiç bir şey anlatmadıkları, ancak bazı spesifik soruları sorabilmek için erkek olsa bile bir hekimle konuşmak istedikleri bilinmektedir. Tipik sorular, gebe kalmak, ileride gebe kalabilmek gibi olası sekeller ve gelecekte eşler arası cinsel ilişkiler vb. üzerinedir. Adli amaçlarla yapılan değerlendirmelerde, ayrıntılara gerekli dikkatin gösterilmesi ve öyküye dair net soruların sorulması, kolayca, görüşmecinin mağdura güvenmediğini ve ondan kuşkulandığını gösteren işaretler olarak algılanır.

271. Yukarıda değinilen psikolojik baskılar altında, mağdurlar kendilerini anıların istilasına uğramış ve yeniden travmatize edilmiş hissedebilirler ve sonuç olarak, oldukça kuvvetli savunma mekanizmaları kullanarak muayene ve görüşme süresince içlerine kapanırlar ve duygusal olarak küntleşirler. Özellikle içe kapanış ve küntleşme, belgeleme açısından ciddi zorluk yaratır, çünkü mağdurlar için öykülerini aktarmak çok faydalı olabileceği halde öykülerini ve mevcut acılarını etkin bir şekilde aktaramayabilirler.

272. Karşı-aktarım tepkileri çoğunlukla bilinç dışıdır ve karşı-aktarım, farkına varılmazsa bir sorun haline alır. Gördükleri işkenceleri anlatan insanları dinlerken, görüşmecinin duygusal tepkiler vermesi beklenir. Bu duygular klinisyenin etkin bir şekilde çalışmasını engelleyebilme potansiyeline sahip olsalar bile, iyi anlaşıldıklarında klinisyene rehberlik de edebilirler. İşkence mağdurlarının değerlendirilmesi ve onların tedavisiyle uğraşan hekimler ve psikologlar, tipik karşı-aktarım tepkilerine dikkat etmenin ve onları anlamının çok önemli olduğu konusunda hemfikirlerdir. Çünkü karşı-aktarım, işkencenin fiziksel ve psikolojik etkilerini değerlendirme ve belgeleme becerilerini ciddi derecede sınırlandırabilir. İşkencenin ve diğer kötü muamele biçimlerinin etkili bir şekilde belgelenmesi, bu alanda nasıl bir kişisel motivasyonla çalışıldığının anlaşılmasını gerektirir. Sürekli bu tür incelemeler yapan profesyonellerin, bu alanda tecrübeli olan meslektaşlarından süpervizyon ve profesyonel destek almaları gerektiği konusunda fikir birliği vardır. Yaygın karşı-aktarım tepkileri aşağıda sıralanmaktadır:

- (a) Rahatsız edici konulara maruz kalmaya tepki olarak kaçınma, içe kapanma ve savunmacı kayıtsızlık. Bunun sonucu olarak bazı ayrıntılar unutulabilir ve fiziksel ya da psikolojik etkilerin şiddeti hafife alınabilir.
- (b) Depresyon belirtilerine ya da kabuslar, anksiyete ve korkularla seyreden “vekaleten travmatizasyona”\*\*\*\* yol açabilen hayal kırıklığı, çaresizlik, umutsuzluk ve aşırı özdeşim.
- (c) Kendini bir kurtarıcı, travma konusunda büyük bir uzman veya mağdurun iyileşmesi ve sağlığı için son umut olarak hissetme biçiminde görülen güç ve büyükleme duyguları.
- (d) Anlatılan öykü ve ıstırapın ağırlığı karşısında mesleki yetenekler konusunda güvensizlik duyguları. Bu duygular, mağdurun hakkını gözetme becerisine ilişkin güvensizlik ve gerçekçi olmayan bir biçimde ideal tıbbi normlara ilişkin aşırı zihinsel meşguliyet şeklinde tezahür edebilir.
- (e) Mağdurun işkence yaşantısını ve acısını paylaşmamış olmaktan veya politik düzeyde nelerin yapılmamış olduğunun farkında olmaktan kaynaklanan suçluluk duyguları. Bu duygular, mağdura aşırı duygusal veya idealize edilmiş bir yaklaşım gösterilmesine yol açabilir.
- (f) İşkence faillerine ve baskı yapanlara yönelik kızgınlık ve öfke beklenen duygulardır, ancak farkında olunmayan kişisel yaşantılar tarafından harekete geçirildiklerinde, uzmanın nesnelliği sürdürme becerisini zayıflatabilir ve öfke kronik ve aşırı bir hal alabilir.
- (g) Alışılmadık düzeylerde anksiyeteye maruz kalma sonucunda, görüşülen kişiye karşı tepki veya kızgınlık duyguları ortaya çıkabilir. Bu duygular, klinisyen işkence iddialarının doğruluğundan kuşku duyduğunda ve kişinin, iddia edilen olayın sonuçlarını belgeleyen değerlendirmeden yararlanmakta ısrarcı olduğunda, mağdur tarafından kullanıldığı hissine kapılması sonucunda da ortaya çıkabilir.

\* \*\*\* “Vekaleten travmatizasyon,” “vicarious traumatization” karşılığı olarak kullanılmıştır. Kastedilen, doğrudan travmatik bir olaya maruz kalmadan, bu tür olaylara maruz kalanları dinleyerek ve etkilenerek (bir anlamda “vekalet” olarak) travmatize olmaktır. Literatürde “ikincil” travmatizasyon olarak da geçmektedir (Ç.N.)

- (h) Klinik hekimle işkence iddiasında bulunan kişi arasında kültürel değer sistemleri açısından ciddi farklar olabilir ve bu farklar etnik gruplarla ilgili mitsel inançları, aşağılayıcı tutumları, görüşülen kişinin entellektüel kapasitesi veya içgörü kapasitesini küçümsemeyi kapsayabilir, ya da tersine, mağdurlarla aynı etnik gruba mensup olan klinisyenler, mağdurla değerlendirmenin nesnelliğini etkileyebilecek sözel olmayan bir ittifak kurabilirler.

273. Çoğu klinisyen, birçok karşı-aktarım tepkisinin yalnızca bir çarpıtma örneği olmak yerine, mağdurun psikolojik durumuyla ilgili önemli bilgi kaynağı olabileceği konusunda hemfikirdir. Klinisyen, karşı-aktarım üzerine düşünmek yerine onun üzerinden eyleme geçerse etkinlik alanı kısıtlanabilir. İşkence mağdurlarının değerlendirilmesi ve tedavisi ile uğraşan klinisyenlerin karşı-aktarım tepkilerini incelemeleri ve mümkünse meslektaşlarına danışmaları ve süpervizyon almaları önerilmektedir.

274. Koşullar, görüşmelerin mağdurla aynı kültürel ve/veya dil grubu mensubu olmayan bir klinisyen tarafından yapılmasını gerektirebilir. Bu durumlarda iki olası yaklaşım söz konusudur, iki yaklaşımın da avantajları ve dezavantajları vardır. Görüşmeci, çevirmenin birebir çevirisini kullanabilir (bölüm IV.I.'ya bakınız). Ya da onun yerine çift-kültürlü bir görüşme yaklaşımını tercih edebilir. Bu yaklaşımda, klinisyen, dili yorumlayarak, olayların, yaşantıların, belirtilerin, deyimlerin kültürel anlamlarının anlaşılmasını kolaylaştıran tercümanla bir ekip oluşturmaktadır. Klinisyen çoğunlukla ilintili kültürel, dinsel ve toplumsal faktörleri bilmeyeceği için, yetenekli bir tercüman klinisyene bu konuları işaret edip açıklayabilir. Görüşmeci, eğer katı bir biçimde çevirmenin birebir çevirisine dayanıyorsa, o zaman bilgilerin bu tür derinlikli bir yorumuna ulaşamayacaktır. Öte yandan, eğer tercümandan ilintili kültürel, dinsel ve toplumsal faktörleri klinisyene işaret etmesi bekleniyorsa, tercümanın mağdurun klinisyenin sorularına verdiği cevapları her hangi bir şekilde etkilememesi çok önemlidir. Birebir çeviri kullanılmadığında, klinisyenin, görüşülen kişinin tercüman aracılığıyla iletilen cevaplarının, tercüman tarafından her hangi bir ekleme çikarma yapılmadan, kişinin söylediklerini aynen yansıttığından emin olması gerekir. Kullanılacak yaklaşımdan bağımsız olarak, tercüman seçiminde tercümanın kimliği, etnik, kültürel ve politik bağları önemle dikkate alınması gereken noktalardır. İşkence mağduru, ne söylediğini anlaması ve bunu klinisyene doğru bir şekilde iletmesi için tercümana güvenmek zorunda olacaktır. Hiç bir koşul altında, tercümanın bir kolluk kuvveti görevlisi ya da devlet memuru olmaması gerekir. Mahremiyeti gözetmek adına da bir aile üyesinin tercüman olarak kullanılmaması gerekir. Araştırma ekibi bağımsız bir tercüman seçmelidir.

### 3. Psikolojik/psikiyatrik değerlendirmenin bileşenleri

275. Giriş bölümü sevk eden yere, yardımcı kaynakların özetine (tıbbi, yasal, psikiyatrik kayıtlar gibi) ve kullanılan değerlendirme yöntemlerine (görüşmeler, belirti ölçekleri ve kontrol listeleri, nöropsikolojik testler, vb.) ilişkin bilgileri içermelidir.

#### (a) İşkence ve kötü muamele öyküsü

276. İşkence, eziyet/baskı ve diğer travmatik deneyimlere ilişkin öykünün tamamının dokümanite edilmesi için her türlü çaba gösterilmelidir (bölüm IV.E.'ye bakınız). Değerlendirmenin bu kısmı, değerlendirilen kişi için genellikle oldukça yorucudur. Bu yüzden, bir kaç seansa bölerek ilerlemek gerekli olabilir. Görüşmenin, işkence yaşantılarının detaylarını sormadan önce olayların genel bir özeti ile başlaması gerekir. Görüşmecinin olguya ilişkin hukuki durumu bilmesi, sağlıklı bir dökümantasyona ulaşmak için gereken bilgilerin doğasını ve miktarını belirlemek açısından gereklidir.

#### (b) Halen varolan psikolojik şikayetler

277. Mağdurun görüşme sırasındaki psikolojik işlevselliğinin tayini, değerlendirmenin merkezini oluşturur. Zalimce muamelelere maruz kalmış savaş esirlerinde ve tecavüz mağdurlarında görülen yaşam boyu TSSB prevalansları % 80 ile % 90 arasında değiştiği için,<sup>113,114</sup> TSSB'nin üç DSM-IV kategorisine (travmatik olayın yeniden ya-

<sup>113</sup> B.O Rothbaum et al. "A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims", Journal of Traumatic Stress, 1992; 5:455-475

<sup>114</sup> P. B. Sutker et al. "Cognitive deficits and psycho-pathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict", American Journal of Psychiatry 1991; 148: 62-72.

şantılanması, kaçınma veya unutkanlık dahil tepkisizleşme ve aşırı uyanıklık) yönelik spesifik soruların sorulması gerekir. Duygulanımsal, bilişsel ve davranışsal belirtiler ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ne sıklıkta yaşadıkları, örnekleriyle (kabus, varsanı, irkilme tepkisi, vb. örnekleri) birlikte belirtilmelidir. Belirtilerin mevcut olmayışı, TSSB'nin epizodik ve sıklıkla gecikmeli doğasına veya utanç yüzünden belirtilerin inkar edilmesine bağlı olabilir.

(c) *İşkence sonrası öykü*

278. Psikolojik değerlendirmenin bu parçasında şimdiki yaşam koşullarıyla ilgili bilgiler alınır. Sevdiklerini kaybetme ya da onlardan ayrılma, ülkesinden kaçmış olma, sürgün hayatı gibi şimdiki stres kaynakları hakkında bilgi edinmek önemlidir. Görüşmecinin aynı zamanda mağdurun üretkenlik düzeyi, hayatını kazanabilme, ailesine bakabilme durumları ve aldığı sosyal destekler hakkında da soru sorması gereklidir.

(d) *İşkence öncesi öykü*

279. Eğer değerlendirme ile ilgiliyse, işkence mağdurunun çocukluk, ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerini, aile özellikleri, aile hastalıkları ve aile üyelerini tanımlayın. Aynı zamanda, mağdurun eğitim ve iş/meslek öyküsünün tanımı da olmalıdır. Çocukluk döneminde yaşanmış tacizler, savaş travması, aile içi şiddet gibi geçmiş travma öyküsü ile beraber mağdurun kültürel ve dinsel özgeçmişini tanımlanmalıdır.

280. Travma öncesi öykünün özeti, mağdurun travmatik olaylardan önceki ruhsal sağlık durumunu ve psikososyal işlevselliğini değerlendirmek açısından önemlidir. Bu şekilde görüşmeci, mağdurun şimdiki ve işkenceye maruz kalmadan önceki ruhsal sağlık durumlarını karşılaştırabilir. Görüşmeci, öz geçmiş bilgilerini değerlendirirken travmaya verilen tepkilerin süresi ve şiddetinin birçok faktör tarafından belirlendiğini unutmamalıdır. Bu faktörlerin bazıları, bunlarla sınırlı olmamakla birlikte, şunlardır: işkencenin koşulları; işkencenin mağdur tarafından nasıl algılanıp yorumlandığı; işkence öncesinde, sırasında ve sonrasındaki sosyal bağlam; mensubu olunan topluluğun ve arkadaş çevresinin travmatik deneyimlere yönelik destek kaynakları, değer yargıları ve tavırları; politik ve kültürel faktörler; travmatik olayların şiddeti ve süresi; genetik ve biyolojik yatkınlık; mağdurun içinde bulunduğu gelişimsel düzey ve yaşı; işkence öncesi travma yaşantıları öyküsü; önceden varolan kişilik yapısı. Birçok görüşmede, zaman kısıtlılığı ya da başka sorunlara bağlı olarak, yukarıdaki bilgilerin çoğunu edinmek zor olabilir. Ancak, mağdurun travma öncesi ruh sağlığı ve psikososyal işlevselliğiyle ilgili yeterince bilgi almak, mevcut psikolojik problemlere, işkencenin ne derece katkıda bulunduğu konusunda bir izlenim edinmek açısından önemlidir.

(e) *Tıbbi öykü*

281. Tıbbi öykü, travma öncesi ve şimdiki sağlık durumunu, somatik şikayetleri şikayetleri, ilaç kullanımını ve yan etkileri, ilgili cinsel öyküyü, geçmiş cerrahi girişimleri ve diğer tıbbi bilgileri özetler (bölüm V.B.'ye bakınız).

(f) *Psikiyatrik öykü*

282. Görüşmeci, mağdurun geçmişte herhangi bir zihinsel ya da psikolojik bir rahatsızlık geçirmiş olup olmadığını, bu yüzden tedavi görüp görmediğini veya hastaneye yatırılıp yatırılmadığını sormalıdır. Bu sorular arasında tedavi amaçlı psikotropik ilaçların kullanılıp kullanılmadığı da yer almalıdır.

(g) *Madde kötüye kullanımı öyküsü*

283. Klinisyen işkence öncesi ve sonrası için madde kullanımını, kullanma ve bağımlılık örüntülerindeki değişiklikleri, maddenin uykusuzluk ya da psikolojik/psikiyatrik sorunlarla baş etmek için kullanılıp kullanılmadığını sormalıdır. Sorulacak maddeler yalnızca alkol, esrar, opiat ve eroini değil, "betel fıncığı" \*\*\*\* ve başka birçokları gibi bölgesel olarak kullanılan maddeleri de kapsamalıdır.

(h) *Mental durum muayenesi*

284. Mental durum muayenesi, klinisyen, görüşülecek kişiyle karşılaştığı anda başlar. Görüşmeci, kişinin görünümünü (yetersiz beslenmeyi, temizlenme koşullarının olmadığı vb. gösteren işaretler gibi), görüşme süresince mo-

\*\*\*\*\* "Betel nut": Doğu Hindistan'da yetişen, uyuşturucu özellikleri olan ve fıncığa benzeyen bir yemiştir (Ç.N.)

tor etkinlikteki değişimleri, dilin kullanımını, göz temasının sağlanıp sağlanmadığını, görüşmeciyile ilişki kurma yeteneğini ve iletişim kurma yollarını not etmelidir. Aşağıdaki listede verilen ruhsal durum muayenesinin tüm unsurlarına psikolojik değerlendirme raporunda yer verilmelidir: Genel görünüm; motor etkinlik; konuşma; duygudurum ve duygulanım; düşünce içeriği; düşünce akışı; intihar ve cinayete ilişkin düşünceler; bilişsel muayene (yönelim, uzun dönemli bellek, orta dönemli hatırlama, anında hatırlama)

(i) *Sosyal işlevselliğın değerlendirilmesi*

285. Travma ve işkence, dolaysız ya da dolaylı olarak kişinin işlevsellik kapasitesini etkileyebilir. İşkencenin psikolojik etkileri, kişinin kendine bakma, hayatını kazanma, aileye bakma, eğitimini sürdürme yeteneklerini zedelerse, işlev kaybı ve maluliyete de neden olabilir. Klinisyen, kişinin günlük faaliyetlerini, sosyal rol işlevini (ev kadını, öğrenci, işçi vb. gibi), sosyal ve boş zaman faaliyetlerini ve sağlık durumuna dair algısını sorarak mevcut işlevsellik düzeyini değerlendirmelidir. Görüşülen kişiye kendi sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğı, kronik yorgunluk hissedip hissetmediğı sorulmalı ve genel işlevselliğindeki potansiyel değişiklikler kaydedilmelidir.

(j) *Psikolojik testler, kontrol listeleri ve soru formlarının kullanımı*

286. İşkence mağdurlarının psikolojik değerlendirmesinde, psikolojik testlerin projektif veya objektif kişilik testleri kullanımına ilişkin çok az veri yayınlanmıştır. Ayrıca kişilik testleri, kültürler-arası geçerliliğe sahip değildir. Bütün bu faktörler, işkence mağdurlarının değerlendirilmesinde psikolojik test kullanımını ciddi derecede kısıtlamaktadır. Öte yandan nöropsikolojik testler, işkenceye bağlı olarak meydana gelmiş beyin hasarlarını saptamada yardımcı olabilirler (aşağıda C.4. kısmına bakınız). İşkence mağdurları, yaşadıklarını ve psikolojik belirtileri sözle ifade etmekte zorluk çekebilirler. Bazı durumlarda travmatik olay ve belirti ölçeklerini veya soru formlarını kullanmak yararlı olabilir. Görüşmeci bu tür ölçekleri kullanmanın yararlı olacağına inanıyorsa, hiç biri işkenceye özgü olmasına rağmen birçok ölçek mevcuttur.

(k) *Klinik izlenim*

287. İşkencenin psikolojik kanıtlarını belgelemek amacıyla klinik izlenim formüle edilirken sorulacak altı önemli soru vardır:

- (i) Psikolojik bulgularla işkence iddiaları arasında uyumlu bir ilişki var mı?
- (ii) Psikolojik bulgular, kişinin kültürel ve toplumsal bağlamı içinde beklenen ya da tipik stres tepkileri mi?
- (iii) Travmaya bağlı ruhsal bozuklukların zaman içinde değişkenlik gösterdiği düşünülduğünde, işkence olaylarıyla ilgili olarak zaman açısından durum nedir? Kişi iyileşme sürecinin neresindedir?
- (iv) Kişiyi etkilemekte olan stres faktörleri nelerdir? (Örneğın; süregiden baskı, göçe zorlanma, sürgün, ailenin ve toplumsal rolün kaybı, vb.) Bu faktörlerin kişi üzerindeki etkisi nedir?
- (v) Fiziksel durumla ilgili ne tür faktörler klinik tabloya etki etmektedir? İşkence ve/veya alıkonma sırasında oluşmuş kafa travmalarına özellikle dikkat edin.
- (vi) Klinik tablo, kurmaca bir işkence iddiasına işaret ediyor mu?

288. Klinisyenler, psikolojik bulgularla iddia edilen taciz arasındaki uyumluluk derecesi hakkında yorumda bulunmalıdırlar. Kişinin görüşme sırasındaki duygusal durumu ve ifadesi, belirtileri, alıkonulma ve işkence öyküsü ve işkence öncesindeki kişisel öyküsü tanımlanmalıdır. Travmayla bağlantılı olarak özgün belirtilerin ortaya çıkışı, belli bir psikolojik bulgunun spesifikliğı ve psikolojik işlevsellik örüntüleri gibi faktörler kaydedilmelidir. Zorunlu göç, yeniden yerleşim, yeni bir kültüre uyum sağlama zorlukları, dil problemleri, ev, aile, sosyal statüyü yitirme ve de işsizlik gibi ek faktörler dikkate alınmalıdır. Olaylarla belirtiler arasındaki ilişki ve uyumluluk değerlendirilmeli ve tanımlanmalıdır. Kafa travması ve beyin yaralanmaları gibi fiziksel durumlar ileri tetkik gerektirebilir. Bu durumlarda nörolojik veya nöropsikolojik değerlendirme önerilebilir.

289. Mağdurun semptomları, her hangi bir DSM-IV veya ICD-10 psikiyatrik tanısıyla uygunluk gösteriyorsa, tanı konmalıdır. Birden fazla tanı konabilir. Tekrar vurgulamak gerekir ki travmayla ilişkili bir ruhsal bozukluk tanısı

nın varlığı işkence iddiasını destekler, ancak bir psikiyatrik tanı koymak için gereken ölçütlere ulaşamıyorsa bu durum kişinin işkence görmediği anlamına gelmez. Bir işkence mağduru, herhangi bir DSM-IV veya ICD-10 tanısını tamamen karşılayacak derecede belirti düzeyine sahip olmayabilir. Bu olgularda, her olguda olduğu gibi, mağdurun belirtileriyle, yaşadığını iddia ettiği işkence öyküsü bir bütün olarak düşünülmelidir. İşkence öyküsüyle, rapor edilen belirtiler arasındaki uyumluluk düzeyi değerlendirilmeli ve rapora geçirilmelidir.

290. Bazı insanların çeşitli nedenlerle asılsız işkence iddialarında bulduklarının ve bazılarının da kişisel ya da politik nedenlerle görece küçük yaşantıları abartabildiklerinin farkında olmak gerekir. Araştırmacı her zaman bu olasılıkların farkında olmalı ve abartma ya da kurmaca için potansiyel sebepleri saptamaya çalışmalıdır. Ancak klinisyen, böylesi bir kurmacanın travmayla ilgili belirtiler hakkında insanların nadiren sahip olduğu derecede ayrıntılı bir bilgi gerektirdiğini de hatırlamalıdır. Görüşülen kişilerin ifadelerindeki tutarsızlıklar, beyin hasarına bağlı hafıza bozukluğu, konfüzyon, disosiyasyon, zaman algısındaki kültürel farklılıklar ya da travmatik anılarda parçalanma veya bu anıların bastırılması gibi birçok geçerli nedene bağlı olabilir. İşkencenin psikolojik kanıtlarının etkili bir şekilde belgelenmesi, klinisyenin tutarlılık ve tutarsızlıkları değerlendirme kapasitesine sahip olmasını gerektirir. Görüşmeci eğer öykünün kurmaca olduğundan kuşkulaniyorsa, ek görüşmelerle tutarsız noktaları açıklığa kavuşturmaya çalışmalıdır. Öykünün ayrıntılarını görüşülen kişinin aile üyeleri ve arkadaşları ortaya çıkarabilir veya destekleyebilir. Klinisyen, ek değerlendirmeler sonucunda hâlâ öykünün doğruluğundan kuşkulaniyorsa, kişiyi başka bir klinisyene sevk etmeli ve o klinisyenin fikrini almalıdır. Öykünün kurmaca olduğu kuşkusu, iki klinisyenin görüşleriyle belgelenmelidir.

#### (I) Öneriler

291. Ruhsal değerlendirme sonucunda ortaya çıkacak öneriler, değerlendirme talep edilirken belirtilen sorulara bağlıdır. Bunlar arasında yasal ve adli konular, sığınma/yeniden yerleşim ve tedavi ihtiyacı olabilir. Öneriler, nöropsikolojik testler gibi ileri değerlendirmeleri, tıbbi ve psikiyatrik tedaviyi ve/veya güvenlik ve sığınma ihtiyacını kapsayabilir.

#### 4. Nöropsikolojik değerlendirme

292. Klinik nöropsikoloji, beyin işlev bozukluklarının davranışsal dışavurumlarıyla ilgilenen uygulamalı bir bilim dalıdır. Nöropsikolojik değerlendirme özel olarak organik beyin hasarıyla ilgili davranışsal bozuklukların ölçülmesi ve sınıflandırılmasıyla ilgilenir. Uzun süredir, bu disiplinin nörolojik ve psikolojik durumların birbirlerinden ayırt edilmesinde ve değişik derecelerdeki beyin hasarlarının sonuçlarından etkilenen hastaların tedavi ve rehabilitasyonunda yararlı olduğu kabul edilmektedir. Nöropsikolojik değerlendirme, işkence mağdurları için nadiren kullanılır ve şimdiye dek işkence mağdurları üzerine yayınlanmış nöropsikolojik bir çalışma bulunmamaktadır. Bu sebeple aşağıdaki bilgiler, işkence gördüğünden kuşkulaniılan kişilerde nöropsikolojik değerlendirmenin kullanımının ve endikasyonlarının, sağlık hizmeti sunanlara rehberlik edebilecek genel ilkelerinin tartışılmasıyla sınırlıdır. Kullanım ve endikasyonla ilgili konulara geçmeden önce, işkence mağdurlarında nöropsikolojik değerlendirmenin sınırlarının farkında olmak gereklidir.

##### (a) Nöropsikolojik değerlendirmenin sınırlılıkları

293. Bu kılavuzun başka yerlerinde de değinildiği gibi, işkence mağdurlarının değerlendirilmesini genel olarak karmaşıklaştıran birçok faktör vardır. Bu faktörlerin varlığı, tıbbi ve psikolojik muayenede olduğu gibi nöropsikolojik değerlendirme için de geçerlidir. Nöropsikolojik değerlendirmeleri sınırlayan bazı ek faktörler de söz konusu olabilir, işkence mağdurları üzerine yapılmış araştırmaların eksikliği, genel nüfus temelli normlara dayanıyor olması, kültürel ve dilsel farklılıklar, işkence görmüş olanların yeniden travmatize edilmeleri bu faktörler arasında sayılabilir.

294. Yukarıda belirtildiği gibi, işkence mağdurlarının nöropsikolojik değerlendirmesiyle ilgili literatürde oldukça az çalışma mevcuttur. Konuyla ilgili literatür, çeşitli tiplerdeki kafa travmaları ve genel olarak TSSB'nin nöropsikolojik değerlendirmesi üzerinedir. Bu nedenle, aşağıdaki tartışma ve sonraki nöropsikolojik değerlendirmeye ilişkin yorumlar diğer hasta grupları için kullanılan genel ilkelerin uygulanmasına dayanmaktadır.

295. Batılı ülkelerde geliştirildiği ve uygulandığı biçimiyle nöropsikolojik değerlendirme büyük ölçüde istatistiksel bir yaklaşıma dayanmaktadır. Bu yaklaşımda standardize edilmiş testlerden oluşan batarya (nöropsikolojik test seti-ÇN) sonuçları genel nüfus temelli normlarla karşılaştırılmaktadır. Nöropsikolojik değerlendirmenin norma dayanan yorumlarına Lurian yaklaşımın kalitatif (nitel) analizi<sup>115,116</sup> eklenebilse bile, klinik durum gerektirdiğinde istatistiksel yaklaşıma ağırlık verilir. Ayrıca, beyin hasarı ağır değil de hafif veya orta şiddette ise veya nöropsikolojik sorunların psikiyatrik bozukluklara bağlı olduğu düşünülüyorsa, test skorlarına dayalı yorum yapma gücü artar.

296. Kültürel ve dilsel farklılıklar, işkence mağduru olduğundan kuşkulanan kişilerde nöropsikolojik değerlendirmenin kullanımını ve uygulanabilirliğini ciddi bir şekilde sınırlandırabilir. Testlerin standart çevirileri yerel dilde mevcut olmadıkça ve klinik muayeneyi yapan uzman yerel dile hakim olmadıkça, nöropsikolojik değerlendirmenin geçerliliği tartışmaya açıktır. Testlerin standardize edilmiş çevirileri bulunmadığı ve muayeneyi yapan kişi o dile hakim olmadığı sürece, sözel testler hiçbir şekilde uygulanamaz ve anlamlı bir şekilde değerlendirilemez. Bu durum, yalnızca sözel olmayan testlerin kullanılabilmesini ve sözel yeteneklerle, sözel olmayanların karşılaştırılmasının mümkün olamayacağını gösterir. Buna ek olarak, hasarların beyindeki yerini saptamak (lokalizasyon) daha da zorlaşır. Oysa bu tür bir analiz, beynin asimetric organizasyonu (sol yarıküre tipik olarak konuşma faaliyetlerinde baskındır) nedeniyle genellikle yararlıdır. Değerlendirilecek kişinin mensup olduğu kültürel ve dilsel grup için topluma dayalı normlar yoksa, nöropsikolojik değerlendirmenin geçerliliği yine kuşkuludur. Zeka puanını (IQ) tahmin etmek, nöropsikolojik test sonuçlarını anlamlı bir perspektife yerleştirmenin köşe taşlarından biridir. Örneğin ABD toplumunda bu tür tahminler, Wechsler ölçeklerinin sözel alt-testlerine, özellikle de “genel bilgi” alt-ölçeğine, dayanılarak yapılır. Çünkü organik beyin hasarı varlığı durumunda, edinilmiş olgusal bilgi, diğer beyin işlevlerine göre daha az etkilenir ve geçmişteki öğrenme becerisini diğer testlere göre daha iyi yansıtır. Değerlendirme, ayrıca eğitim, iş öyküsü ve demografik verilere dayandırılarak da yapılabilir. Genel nüfus temelli normların olmadığı durumlarda bu değinilen iki değerlendirmenin de test edilen kişilere uygulanamayacağı açıktır. Bu sebeple travma öncesi döneme ait zihinsel işlevselliğin düzeyine ilişkin yalnızca kaba tahminlerde bulunulabilir. Sonuç olarak, hafif veya orta şiddette nöropsikolojik hasarlarda yorum yapmak güçleşebilir.

297. Nöropsikolojik değerlendirme, işkence görmüş kişileri yeniden travmatize edebilir. Tanı koyma sürecinde uygulanan her hangi bir işlemde, yeniden travmatize etme potansiyelini en aza indirmek için çok dikkat edilmelidir (bölüm IV. H.'ye bakınız). Nöropsikolojik testlere özgü net bir örnek vermek gerekirse; Halstead-Reitan Battery testlerini, özellikle de “Dokunsal Performans Testi”ni, test edilen kişinin gözlerini bağlayarak standart bir şekilde uygulamak oldukça zarar verici olabilir. Tutukluluk ve işkence sırasında gözleri bağlanmış olan mağdurlar için ve hatta bağlanmamış olanlar için bile, bu testin prosedürünün doğasında bulunan çaresizlik yaşantısıyla karşılaşmak oldukça travmatik olacaktır. Aslında nöropsikolojik testlerin her hangi bir biçimi, kullanılan araçtan bağımsız olarak kendi içinde sorunlu olabilir. Gözlemlenmek, bir kronometre ile zaman tutulması, aşına olunmayan bir konuda/işlemden en yüksek çabanın gösterilmesinin istenmesi ve genel olarak diyalog kurmak yerine iş/faaliyet/başarı talep etmek, kişide oldukça stres yaratabilir veya kişiye işkence yaşantısını hatırlatabilir.

#### (b) Nöropsikolojik değerlendirmenin gerektiği durumlar

298. İşkence mağduru olabileceği düşünülen kişilerdeki davranışsal bozuklukları incelerken, nöropsikolojik değerlendirme yapılması gereken iki ana durum söz konusudur: beyin hasarı ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve ek olarak TSSB ile ilişkili tanılar. Bu iki durumun kısmen örtüştüğü alanlar olmasına ve ikisi sıklıkla bir arada bulunmasına karşın, yalnızca beyin hasarı klinik nöropsikolojinin tipik ve geleneksel uygulama alanını oluşturur. TSSB ise görece yeni, iyi araştırılmamış ve sorunlu bir uygulama alanıdır.

<sup>115</sup> A.R. Luria and L.V. Majovski. “Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology”, American Psychologist, 1977; 32(11): 959-968.

<sup>116</sup> R. J. Ivnik. “Overstatement of differences”, American Psychologist, 1978;33(8):766-767.

299. Beyin yaralanması ve buna bağlı gelişmiş beyin hasarı, alıkonma ve işkence sırasında meydana gelebilen çeşitli türde kafa travmaları ve metabolik bozukluklara bağlı olarak gelişebilir. Bunlar arasında ateşli silah yaralanmaları, zehirlenme etkileri, açlık ya da zararlı maddelerin zorla yutturulması sonucu gelişmiş beslenme bozukluğu, soluksuz bırakma ve suda boğma girişimleri sonucu hipoksi veya anoksi ve en yaygın olarak dayak sırasında kafaya gelen darbeler sayılabilir. Kafa darbeleri, en fazla alıkonma ve işkence sırasında meydana gelirler. Örneğin bir grup işkence mağdurunda, kafaya yönelik darbeler (%45), bedene yönelik darbelerden (%58) sonra ikici en sık görülen bedensel taciz biçimi olarak bildirilmiştir.<sup>117</sup> Bu yüzden, işkence mağdurları arasında beyin hasarı oluşma potansiyeli oldukça yüksektir.

300. Hafif ve orta düzeyde uzun dönemli beyin hasarlarına yol açan kapalı kafa yaralanmaları, nöropsikolojik anormallik açısından muhtemelen en sık değerlendirilen nedendir. Yaralanma izleri arasında kafadaki yara izleri olabilir, ancak beyin lezyonları genellikle tanısız görüntüleme ile belirlenemez. Ruh sağlığı uzmanları, klinik tabloda depresyon ve travma sonrası stres daha baskın olarak yer aldığı için hafif ve orta şiddette beyin hasarını atlayabilir ya da üzerinde gerektiği kadar durmayabilirler. Bu da kafa travmasının potansiyel etkisine yeterince dikkat etmemekle sonuçlanabilir. Çoğunlukla, mağdurların şikayetleri, beyin hasarı ya da TSSB'ye bağlı olarak gelişebilecek dikkat, konsantrasyon ve kısa dönemli hafıza zorluklarıdır. Bu şikayetlere TSSB hastalarında da oldukça sık rastlandığından, aslında kafa travmasına bağlı olup olmadıklarını sormak akla bile gelmeyebilir.

301. Tanı koyan klinisyen, muayenenin ilk aşamasında, açıklamalarında kafa travması öyküsüne ve belirtilerin gelişmesine dayanmalıdır. Beyin hasarı olan kişiler için genellikle yapıldığı gibi, üçüncü şahıslardan, özellikle de akrabalardan bilgi almak oldukça yararlı olabilir. Beyin hasarlı kişilerin, sorunun "içinde" yaşadıkları için, durumlarını dile getirmede ve hatta sık sık sınırlılıklarının farkına varmada büyük zorluklar yaşadıkları unutulmamalıdır. Organik beyin hasarıyla TSSB'yi ayırmada, ilk izlenimlerde, belirtilerin kronik olup olmadığını değerlendirmek faydalı bir başlangıç noktasıdır. Dikkat, konsantrasyon ve hafıza sorunları zaman içinde dalgalanma gösteriyorsa ve bu değişkenlik anksiyete ve depresyon düzeyleriyle bir ilişki içindeyse, o zaman bunun TSSB'nin aşamalı doğasına bağlı olması daha muhtemeldir. Öte yandan, eğer şikayetler kronikse, dalgalanma arz etmiyorsa ve aile üyeleri tarafından da doğrulanıyorsa, ilk anda bir kafa travması öyküsü bulunmasa bile beyin hasarını bir olasılık olarak hesaba katmak gerekir.

302. Organik beyin hasarından kuşkulandığında, ruh sağlığı uzmanı için ilk adım, hastayı ileri nörolojik muayene için bir hekime sevk etmeyi düşündürmektir. İlk bulgulara bağlı olarak, hekim bir nöroloğa danışabilir ya da tanı koyucu testler isteyebilir. Kapsamlı bir tıbbi inceleme, özgül nörolojik konsültasyon ve nöropsikolojik değerlendirme, düşünülmesi gereken olasılıklar arasındadır. Nöropsikolojik değerlendirme genellikle şu üç koşulda gereklidir: (1) büyük bir nörolojik bozukluk yoksa (2) belirtiler ağırlıklı olarak bilişsel nitelikliyse; (3) beyin hasarıyla TSSB arasında ayırıcı tanı konması gerekiyorsa.

303. Nöropsikolojik testlerin ve işlemlerin seçiminde de yukarıda açıklanan kısıtlılıklar geçerlidir, bu yüzden standart test bataryaları kullanılamaz. Olguya özgü ve bireyin özelliklerine duyarlı bir şekilde davranmak gereklidir. Testlerin ve izlenecek işlemlerin seçilmesinde gösterilmesi gereken esneklik, klinisyenin çok tecrübeli, bilgili ve dikkatli olmasını gerektirir. Daha önce belirtildiği gibi, kullanılacak testler çoğunlukla sözel olmayanlarla sınırlı olacak ve genel nüfus temelli normların test edilen kişiye uygulanmadığı durumlarda, standart testlerin psikometrik niteliklerinde zorlanmalar olacaktır. Sözel ölçüklerin yokluğu çok ciddi bir sınırlılığa işaret eder. Bilişsel işlevselliğin birçok alanı dil aracılığıyla çalışır ve hasarların doğasına dair sonuçlara ulaşmak için çeşitli sözel ve sözel olmayan ölçüklerin sistematik bir şekilde karşılaştırılması gerekir.

304. Konuyu daha da karmaşıktır bir konu da, görece yakın kültürler arasında sözel olmayan testlerin sonuçları açısından gruplar arasında anlamlı farklılıkların bulunmuş olmasıdır. Örneğin bir araştırmada<sup>118</sup> toplu-

<sup>117</sup> H. C. Traue, G. Schwarz-Langer, N.F. Gurriss; "Extremtraumatisierung durch Folter: Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer"; Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 1997;18(1):41-62.

<sup>118</sup> . M Jacobs et al. "Cross-cultural neuropsychological assessment: A comparison of randomly selected, demographically matched cohorts of English and Spanish-speaking older adult", Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 1997;19(3): 331-339.



ma dayalı ve rastgele örnekleme yoluyla seçilmiş 118 İngilizce ve 118 İspanyolca konuşan yaşlı kişinin, kısa bir nöropsikolojik test bataryasındaki performanslarını karşılaştırmıştır. Örnekler tesadüfi olarak seçilmiş ve demografik değişkenlere göre eşleştirilmiştir. İki grubun sözel testlerdeki puanları benzer olmasına rağmen, İspanyolca konuşan grup, sözel olmayan ölçeklerin hemen hemen tümünde diğer gruptan anlamlı derecede düşük puanlar almıştır. Bu sonuçlar, normları İngilizce konuşan insanlar için oluşturulmuş testleri, diğer dilleri konuşan insanlara uygularken, hem sözel hem de sözel olmayan ölçekler için oldukça dikkatli davranılması gerektiğini göstermektedir.

305. İşkence görmüş olabileceği düşünülen kişilerin nöropsikolojik değerlendirmesini yaparken kullanılacak testlerin ve işlemlerin seçimi, durumun gereklerine ve olasılıklara göre karar verecek olan klinisyene bırakılmalıdır. Nöropsikolojik testler, beyin-davranış ilişkileri üzerine geniş bir eğitim ve bilgi birikimi olmadan uygun bir şekilde kullanılamazlar. Nöropsikolojik testler ve uygulama biçimlerine dair kapsamlı bilgi çeşitli kaynaklarda bulunabilir.<sup>119</sup>

(c) *Trauma sonrası stres bozukluğu (TSSB)*

306. Yukarıda aktarılan değerlendirmeler, işkence görmüş olabileceği düşünülen kişilerde beyin hasarının nöropsikolojik değerlendirmesinde ciddi dikkat gösterilmesi gerektiğini açığa çıkarmış olmalıdır. Bu durum, nöropsikolojik değerlendirme aracılığıyla TSSB'nin belgelenmesi amaçlanıyorsa daha da önem kazanır. Genel nüfus temelli normların mevcut olduğu toplumlardan gelen, TSSB olan kişilerin değerlendirmesinde bile hesaba katılması gereken bir takım zorluklar vardır. TSSB, psikiyatrik bir bozukluktur ve geleneksel olarak nöropsikolojik değerlendirme TSSB üzerinde odaklanmamıştır. Daha da önemlisi, TSSB, tıbbi tekniklerle doğrulanabilecek, ayırt edilebilir beyin lezyonlarının analizine dayanan klasik paradigmaya uymamaktadır. Genel olarak psikiyatrik bozukluklardaki biyolojik mekanizmaların giderek daha çok anlaşılması ve vurgulanmasıyla, nöropsikolojik paradigmalara geçmişte olduğundan daha sık başvurulur olmuştur. Ancak, belirtildiği gibi, “şimdiye kadar TSSB'yi nöropsikolojik perspektiften ele alan az sayıda yayın bulunmaktadır.”<sup>120</sup>

307. Travma sonrası strete kullanılan nöropsikolojik ölçeklerin incelenmesinde kullanılan örneklemeler arasında büyük farklılıklar vardır. Bu durum, bu çalışmalarda bildirilen bilişsel problem farklılıklarını açıklayabilir. Belirtildiği gibi, “klinik gözlemler, TSSB belirtilerinin en çok dikkat, hafıza ve yürütücü işlevler gibi nörokognitif alanlarla örtüştüğü yönündedir.” Bu gözlem, işkence mağdurlarından sıkça duyulan şikayetlerle tutarlıdır. Mağdurlar, konsantrasyon güçlüklerinden, bilgiyi akılda tutamamaktan ve planlı, amaç yönelimli faaliyetlerde bulunamamaktan şikayet etmektedirler.

308. Hasarın özelliklerini belirlemek daha zor olsa bile, nöropsikolojik değerlendirme yöntemleriyle TSSB hastalarında nörokognitif bir hasarın var olup olmadığını tespit etmek mümkün görünmektedir. Bazı çalışmalar, normal kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında TSSB olgularında bu tür hasarların var olduğunu göstermiş, ancak bu vakaları diğer eşleştirilmiş psikiyatrik hasta kontrol gruplarından ayırt etmede başarısız olmuştur.<sup>121,122</sup> Diğer bir deyişle, TSSB olgularında nörokognitif hasarları test sonuçları üzerinden tespit etmek mümkünken, test performansları TSSB tanısı koymak için yeterli değildir. Diğer birçok değerlendirme yönteminde olduğu gibi, test sonuçlarının yorumu, görüşme verileri ve kişilik testlerini içeren daha geniş bir bağlama yerleştirilmelidir. Bu anlamda belirli nöropsikolojik değerlendirme yöntemleri, belli nöropsikiyatrik (nörokognitif) hasarlarla birlikte giden diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi TSSB'nin belgelenmesinde de bir katkı sunabilir.

<sup>119</sup> O. Spreen and E. Strauss. “A Compendium of Neuropsychological Tests”, 2<sup>nd</sup> ed. (New York, Oxford University Press), 1998.

<sup>120</sup> J. A. Knight, “Neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder”, J. P. Wilson, T.M. Keane eds. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, (New York, Guilford), 1997.

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

<sup>122</sup> T. Gil et al. “Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder”, *Journal of Traumatic Stress*, 1990; 3 (1): 29-45.

309. Önemli sınırlılıklarına rağmen nöropsikolojik değerlendirme, beyin hasarından kuşkulanan olguların incelenmesinde ve beyin hasarını TSSB'den ayırt etmede yararlı olabilir. Nöropsikolojik değerlendirme aynı zamanda, TSSB ve ilişkili diğer bozukluklarda görülen hafıza problemleri gibi özgül belirtilerin saptanmasında da kullanılabilir.

## 5. Çocuklar ve İşkence

310. İşkence bir çocuğu doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilir. Bu etki, çocuğun işkence görmesine ya da alınmasına, ebeveyn veya yakın akrabalarının işkence görmesine, işkenceye ve şiddete tanık olmasına bağlı olabilir. Çocuğun çevresindeki insanlardan biri işkence gördüğünde, işkence dolaylı yoldan bile olsa kaçınılmaz olarak çocuğu etkileyecektir, çünkü işkence, mağdurların tüm ailesini ve mensubu buldukları toplulukları etkilemektedir. İşkencenin çocuklar üzerindeki etkilerini tüm boyutlarıyla tartışmak ve işkence gören çocukların nasıl değerlendirilmesi gerektiğine dair yol gösterici ilkeleri tartışmak bu kılavuzun kapsamı dışındadır. Yine de bir çok önemli nokta özetlenebilir.

311. Öncelikle, işkence görmüş ya da işkenceye tanık olmuş olabileceği düşünülen bir çocuğu değerlendirirken, klinisyen, çocuğun bakım veren kişilerden destek aldığından, ve değerlendirme sırasında kendini güvende hissettiğinden emin olmalıdır. Bu, bir ebeveynin veya çocuğa bakım veren güvenilir bir kişinin, değerlendirme sırasında orada bulunmasını gerektirebilir. İkinci olarak, klinisyenin çocukların travmayla ilgili duygu ve düşüncelerini sözden ziyade davranışlarla ifade ettiklerini unutmaması gerekir.<sup>123</sup> Çocuğun duygu ve düşüncelerini ifade edebilme becerisi yaşına, gelişimsel düzeyine ve de aile dinamikleri, kişilik özellikleri, kültürel normlar gibi diğer faktörlere bağlıdır.

312. Eğer çocuk fiziksel ya da cinsel olarak bir saldırıya uğramışsa, mümkünse çocuk istismarı konusunda uzman biri tarafından görülmesi önemlidir. Çocuk tarafından muhtemelen travmatik olarak yaşantılanacak olan cinsel organ muayenesi, bulguları yorumlamada tecrübeli bir klinisyen tarafından yapılmalıdır. Bazı durumlarda muayeneyi videoya çekmek, çocuğu yeniden muayene edilmek zorunda bırakmadan başka uzmanların da bulgular hakkında görüş belirtebilmesi açısından uygundur. Genel anestezi verilmeden tam bir cinsel organ ve anüs muayenesi yapmak uygun olmayabilir. Ayrıca klinisyenin, muayenenin çocuğa tacizi hatırlatabileceğinin ve çocuğun kendiliğinden bir şekilde bağırabileceğinin ve muayene sırasında psikolojik olarak dağılabileceğinin farkında olması gerekir.

### (a) Gelişimin değerlendirilmesi

313. Bir çocuğun işkenceye tepkisi; yaşına, içinde bulunduğu gelişimsel döneme ve bilişsel yeteneklerine bağlıdır. Çocuğun yaşı küçüldükçe, travmatik olayı nasıl yaşadığı ve nasıl anlamlandırıldığı, çocuğa bakım verenlerin olaydan hemen sonraki tepkilerinden ve tutumlarından daha çok etkilenir.<sup>124</sup> İşkence görmüş ya da işkenceye tanık olmuş üç yaşından küçük çocuklar için çocuğa bakım veren kişinin oynadığı koruyucu ve güven verici rol çok önemlidir.<sup>125</sup> Çok küçük çocukların travmatik yaşantılara verdiği tepkiler arasında tipik olanı, huzursuzluk, uyku bozukluğu, sinirlilik, abartılı irkilme tepkisi ve kaçınma gibi belirtilerle ortaya çıkan artmış uyarılmışlık durumudur. Üç yaşından büyük çocuklar çoğunlukla içe kapanmaya ve travmatik olaylar üzerine doğrudan konuşmamaya eğilimlidirler. Sözel ifade yeteneği gelişim boyunca artar. Somut işlem döneminde (8-9 yaş), çocuklar olayları güvenilir bir şekilde kronolojik olarak sıralamaya başlayabildiklerinde bu yetenekte belirgin bir artış görülür. Bu dönemde somut işlemler ve zamansal/mekansal kapasite gelişir.<sup>126</sup> Bu yeni yetenekler hala kırılgandır ve soyut işlem

<sup>123</sup> C. Schlar, "Evaluation and documentation of psychological evidence of torture" (basılmamış makale), 1999.

<sup>124</sup> S. von Overbeck Ottino, "Familles victimes de violences collectives et en exil: Quelle urgence, quel modele de soins? Le point de vue d'une pedopsychiatre" *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Medicale*, 1998;14:35-39.

<sup>125</sup> V Grappe, "La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants refugies", M.R. Moro ve S. Lebovici eds. *Psychiatrie humanitaire en ex Yougashvie eten Armenie. Face au traumatisme*. (Paris: PUF), 1995.

<sup>126</sup> J. Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux et Niestle, Neuchâtel, 1997.

döneminin başlangıcına (12 yaş) kadar çocuklar, sürekliliği olan bir tarzda tutarlı bir anlatı kurmayı beceremezler. Ergenlik fırtınalı bir gelişim dönemidir. İşkencenin etkileri çok farklı olabilir, işkence yaşantıları ergenlerde anti-sosyal davranışlarla sonuçlanan derin kişilik değişimlerine yol açabilir.<sup>127</sup> Öte yandan işkencenin ergenler üzerindeki etkileri daha küçük çocuklarda görülenlere de benzeyebilir.

#### (b) Klinik değerlendirmeler

314. TSSB belirtileri çocuklarda görülebilir. Bu belirtiler erişkinlerde gözlemlenenlere benzeyebilir<sup>128,129,130,131</sup>, ancak klinisyenin değerlendirmesinde çocuğun sözel ifadeleri yerine davranışlarına daha çok ağırlık vermesi gerekir. Örneğin çocuk yeniden yaşantılamaya belirtilerini, travmatik olayın özelliklerini temsil eden tekdüze oyunları tekrar tekrar oynayarak, oyun sırasında ya da oyun dışında olayı görsel bir şekilde hatırlayarak, travmatik olay ve kabuslarıyla ilgili sürekli soru sorarak ve konuşarak sergileyebilir. Çocuk, altını ıslatma, bağırsak hareketlerinin kontrolünü yitirme, içe kapanma, duygulanım kısıtlılığı, kendine ve başkalarına yönelik tavırlarında değişiklikler ve bir geleceği olmadığı duygusu gibi belirtiler de geliştirebilir. Artmış uyarılmışlık durumu yaşayabilir ve tabloya gece terörü<sup>\*\*\*\*\*</sup>, yatağa yatma zorlukları, uyku bozuklukları, irkilme tepkilerinde artma, sinirlilik ve ciddi düzeyde dikkat ve konsantrasyon güçlükleri eklenebilir. Travmatik olaydan önce var olmayan korkular ve saldırgan davranışlar, akranlara, yetişkinlere, hayvanlara yönelik saldırganlık, karanlıktan, tuvalete yalnız gitmekten korkma ve fobiler şeklinde tezahür edebilir. Çocuk, yaşına uygun olmayan cinsel davranışlarda bulunabilir ve somatik tepkiler verebilir. Yabancı kişilere yönelik abartılı bir korku, ayrılık anksiyetesi, panik, aşırı heyecan, hiddet nöbetleri ve kontrolsüz ağlama gibi anksiyete belirtileri de görülebilir. Ayrıca yeme problemleri de gelişebilir.

#### (c) Ailenin rolü

315. Çocuklardaki süregenleşmiş belirtiler açısından aile, önemli ve dinamik bir rol oynar. Aile bütünlüğünü koruma amacı taşıyan aile içinde işlev bozukluğuna tekabül eden davranışlar ve aile içindeki rol dağılımında değişiklikler ortaya çıkabilir. Belirli aile üyelerine ve de sıklıkla çocuklara hasta rolü verilip, daha da ciddi rahatsızlıklar geliştirmelerine neden olunabilir. Başka durumlarda ise çocuk aşırı korunuyor ve travmayla ilgili önemli bilgiler saklanıyor olabilir. Ya da çocuk ebeveyn yerine konup, ana babasına bakım vermesi beklenebilir. Çocuğun işkenceden doğrudan değil de dolaylı olarak etkilendiği durumlarda ise, yetişkinler çoğunlukla olayın çocuğun ruhsal durumu ve gelişimi üzerindeki etkisini hafife almaya eğilimlidirler. Çocuğun çevresinde sevdiği kişiler işkence gördüğünde ve tecavüze uğradığında veya çocuk ciddi bir travmaya ya da işkenceye tanık olduğunda, çocuk kötü olaylardan kendisinin sorumlu olduğu veya ebeveynlerinin sıkıntılarına katlanmak zorunda olduğu gibi yanlış inançlar geliştirebilir. Bu tür inançlar, suçluluk, sadakat çatışmaları, bağımsız bir yetişkin olmaya yönelik kişisel gelişim ve olgunlaşma gibi alanlarda uzun dönemli sorunlara yol açabilir.

---

<sup>127</sup> Bkz. 125 numaralı dipnot.

<sup>128</sup> L. C Terr, "Childhood traumas. An outline and overview." American Journal of Psychiatry 1991;148:10-20.

<sup>129</sup> National Center for Infants, Toddlers and Families, Zero to Three. 1994.

<sup>130</sup> F. Sironi, "On torture un enfant, ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique", Enfances, 1995; 4:205-215.

<sup>131</sup> L. Bailly. Les catastrophes et leurs consequences psychotraumatiques chez l'enfant, (Paris: ESF editeur.) 1996.



## EK 1

### **İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ve Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesine İlişkin İlkeler\***

1. Aşağıdaki ilkeler, işkencenin soruşturulması konusunda uzmanlaşan kişi ve Örgütlerin üzerinde görüş birliği sağladığı ilkeleri temsil eder. İşkencenin ve diğer zalimane, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamelenin (metinde bundan sonra işkence veya diğer kötü muamele olarak geçecektir) etkin soruşturulması ve belgelendirilmesinin amaçları aşağıdakileri içerir:

- (a) Olayların açıklığa kavuşturulması ve işkence görenler ve aileleri için, işkence olayına karışan bireylerin ve Devletlerin sorumluluğunun saptanması ve kabul edilmesi;
- (b) Olayın tekrarlanmasını önlemek için gerekli önlemlerin belirlenmesi;
- (c) Soruşturma sonucunda işkence veya kötü muameleden sorumlu olduğu düşünülen kişilerin kovuşturulmalarının ve/veya uygun olduğunda disiplin yaptırımına çarptırılmalarının kolaylaştırılması; Devletin adil ve yeterli mali tazminat ile tıbbi bakım ve rehabilitasyon olanaklarını dahil tam bir onarım ve telafi sağlamanın gerekliliğinin gösterilmesi.

2. Devletler, işkence ya da kötü muameleyle ilişkin şikayet ve raporların derhal ve etkili bir biçimde soruşturulmasını sağlarlar. Açık bir şikayetin yokluğunda bile, işkence ya da kötü muamelenin gerçekleştiğine dair başka belirtiler varsa soruşturma yapılmalıdır. Şüpheliler ve çalıştıkları kurumlarından bağımsız olacak soruşturmacılar, konularında yetkin ve tarafsız kişiler olmalıdır. Bu kişiler, tarafsız tıp uzmanlarına veya diğer uzmanlara ulaşabilmeli veya bu uzmanlardan soruşturma yapmayı istemekle yetkilendirilmelidirler. Bu tür soruşturmalarda kullanılacak yöntemler en yüksek profesyonel standartlara uygun olmalı ve bulgular kamuoyuna açıklanmalıdır.

3. (a) Soruşturma makamı, soruşturma için gerekli tüm bilgileri elde etme yetki ve görevine sahip olacaktır<sup>a</sup>. Soruşturmayı yürüten kişiler, etkili bir soruşturma için gerekli her tür mali ve teknik kaynağı elinde bulundurmalıdır. Ayrıca bu kişilerin, resmi bir sıfatla hareket eden ve işkence ya da kötü muameleyle karıştığı iddia edilen herkesi karşısına çağtırmaya ve ifade vermeye zorlama yetkileri de olmalıdır. Bu yetki herhangi bir tanık için de geçerlidir. Bu amaçla, soruşturma makamı, işkenceye karıştığı iddia edilen herhangi bir yetkili de dahil olmak üzere tüm tanıklara celp göndermeye ve delillerin sunulmasını istemeye de yetkilidir.

(b) İşkence ya da kötü muamele gördüğü iddia edilen kişiler, tanıklar, soruşturmayı yürütenler ve bunların aileleri, soruşturmayı takiben gelebilecek her tür şiddete, şiddet tehdidine ya da benzeri herhangi bir korkutmaya karşı korunmalıdır. İşkence ya da kötü muameleyle karışmış olma ihtimali bulunanlar, şikayetçiler, tanıklar ve aileleri ile soruşturmayı yürütenler üzerinde doğrudan veya dolaylı olarak kontrol veya yetki kullanabilecekleri her tür konumdan uzaklaştırılmalıdır.

4. İşkence ya da kötü muamele mağduru olduğu iddia edilen kişiler ve yasal temsilcileri tüm duruşmalardan ve soruşturmaya ilgili tüm bilgilerden haberdar edilir ve bunlara erişimlerinin sağlanır ve başka deliller sunmaya yetkili kılınmaları gerekir.

\* \*\*\*\*\* Kabuslara ya da kabus görme korkusuna bağlı olarak (Ç.N.)

\* The Commission on Human Rights, in its resolution 2000/43, and the General Assembly, in its resolution 55/89, drew the attention of Governments to the Principles and strongly encouraged Governments to reflect upon the Principles as a useful tool in efforts to combat torture.

İnsan Hakları Komisyonu kararı 2000/43 ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu kararı 55/89, işkence ile mücadelede yararlı bir araç olarak Hükümetlerin İlkelere ve güçlü teşviklerine dikkati çekmiştir

<sup>a</sup> Bazı koşullar altında meslek etiği, bilginin gizli tutulmasını gerekli kılabilir. Bu gerekliliklere saygı gösterilmelidir.

5. (a) Var olan soruşturma süreçlerinin yetersiz uzmanlık ya da ön yargı şüphesi, ya da belirgin bir biçimde belli bir ihlal kalıbının varlığı ya da önemli başka bir sebeple yetersiz kalması durumunda, Devletler, soruşturmanın bağımsız bir komisyon ya da benzer bir usulle yapılmasını temin ederler. Böyle bir komisyonun üyeleri, tarafsızlıkları, yetkinlikleri ve bağımsızlıkları kabul gören kişiler arasından seçilirler. Bu kişiler özellikle şüphelilerden ve onların çalıştığı kurum ve kuruluşlardan bağımsızdırlar. Komisyon soruşturma için gerekli her türlü bilgiyi almaya yetkili olmalı ve soruşturmayı bu ilkelere tanımlandığı şekilde yürütmelidir<sup>b</sup>.

(b) Makul bir süre içinde hazırlanan yazılı bir rapor, soruşturmanın kapsamını, delilerin değerlendirilmesinde kullanılan usul ve yöntemleri ve de elde edilen bulgular ve uygulanabilir hukuk kurallarına dayanan sonuç ve tavsiyeleri içerir. Rapor tamamlandıktan sonra kamuya açıklanır. Rapor ayrıca gerçekleştiği tespit edilen belli olayları, bu bulguların dayandığı delilleri detaylı bir biçimde tanımlar, kendilerini korumak amacıyla kimlikleri gizli tutulanlar istisna olmak kaydıyla tanıklık yapanların adlarını sıralar. Devlet, makul bir zaman dilimi içinde, soruşturma komisyonu raporuna yanıt verir ve uygun durumlarda bu rapora yanıt olarak atılacak adımları da belirtir.

6. (a) İşkence veya kötü muamele soruşturmasında görev alan tıp uzmanları, her zaman en yüksek etik standartlara uygun davranır ve özellikle her muayeneden önce kişiye bilgi vererek, onun aydınlatılmış onamını alır. Muayene, tıp pratiğinin yerleşik standartlarına uygun yapılmalıdır. Özellikle, muayeneler güvenlik görevlileri ve diğer hükümet görevlilerin bulunmadığı bir halde, tıp uzmanının kontrolünde özel olarak yapılır.

(b) Tıp uzmanı en azından şu bilgileri içeren ayrıntılı bir yazılı raporu derhal hazırlar:

(i) Görüşme koşulları: Rapora konu olan kişinin adı ve muayene sırasında muayenehanede yer alan kişilerin adları, aralarındaki bağlantı; muayenenin tam saati ve tarihi, yeri, muayenenin yapıldığı kurumun niteliği ve (mümkünse muayenenin yapıldığı oda da belirtilerek) adresi (örn. gözaltı merkezi, klinik, ev, vb.); kişinin muayene edildiği sıradaki durumu (örn. muayeneye getirilirken veya muayene esnasında kişinin herhangi bir kısıtlamaya tabii olup olmadığı, muayene sırasında güvenlik güçlerinin var olup olmadığı, tutuklu ya da hükümlüye eşlik edenlerin tutum ve tavırları, muayene yapan kişiye yönelik tehdit edici ifadeler vs.) ve konuyla ilgili diğer bilgiler;

(ii) Öykü: Kişinin muayene sırasında alınan, yapıldığı iddia edilen işkence ya da kötü muamele yöntemleri, işkence ya da kötü muamelenin yapıldığı iddia edilen zaman ile fiziksel ve psikolojik semptomlara ilişkin tüm şikâyetlerini de içeren öyküsünün ayrıntılı tutanağı;

(iii) Fiziksel ve psikolojik muayene: Klinik muayenede gözlemlenen, gerekli tanı koyucu testler ve mümkün olduğu durumlarda tüm yaraların renkli fotoğraflarını da içeren tüm fiziksel ve psikolojik bulguların kaydı;

(iv) Görüş: Fiziksel ve psikolojik bulguların olası işkence ve kötü muameleyle muhtemel ilişkisinin yorumlanması. Gerekli tüm tıbbi ve psikolojik tedavi ve/veya daha sonra muayene yapılması için öneriler de ayrıca verilir;

(v) Hazırlayan Kişinin Kaydı: Raporda, muayeneyi yapanların kimlikleri açıkça belirtilir ve rapor bu kişiler tarafından imzalanır

(c) Rapor gizli tutulur ve kişiye ya da kişinin atadığı temsilcisine iletilir. Kişinin ve temsilcisinin muayene süreciyle ilgili görüşleri talep edilir ve rapora yansıtılır. Rapor, uygun olduğu durumlarda, işkence ya da kötü muamele iddialarını soruşturmakla sorumlu yetkili makama yazılı olarak sunulur. Raporun bu kişilere güvenli bir biçimde ulaştırılmasını sağlamak Devletin sorumluluğudur. Rapor, kişinin onayı ya da böyle bir transfer emri verme yetkisi bulunan bir mahkemenin yetki vermesi istisna olmak koşuluyla, başka hiç kimseye sunulmaz.

---

<sup>b</sup> Yukarıdaki dipnotlara bakınız.

## EK II

### Tanısal Testler

Tanısal testler sürekli olarak geliştirilmekte ve denenmektedir. Bu kılavuz yazıldığı sırada, aşağıdaki tanı koyucu testlerin anlamlı olduğu düşünülmüştü. Ancak araştırmacılar, destekleyici ek delile ihtiyaç olduğunda güncel bilgi kaynaklarına ulaşmak için çaba göstermeli, örneğin işkencenin belgelendirilmesinde uzmanlaşmış örgütlerden biriyle irtibata geçmelidir (bölüm V.E.'ye bakınız).

#### 1. Radyolojik görüntüleme

Travmanın akut fazında çeşitli görüntüleme yöntemleri, iskelet ve yumuşak doku hasarlarının belgelendirilmesinde ciddi bir katkı sunabilir. İşkencenin fiziki hasarları iyileştiğindeyse, aynı görüntüleme yöntemleriyle rezidüel sekel hiç bir biçimde saptanmayabilir. Daha önce hasta muayenesi veya çeşitli işkence yöntemleri tartışılırken, çeşitli radyolojik çalışmalara atıfta bulunulmuştu. Daha sonra en sofistike (ve pahalı) teknolojilere dünyanın her yerinde erişilemeyeceği ya da bu yöntemlerin en azından hapishanedeki insanlar için kullanılamayacağı akılda tutularak, bu radyolojik yöntemlerin uygulanması hakkında özet bilgi verilmiştir.

Tanısal radyoloji ve görüntüleme yöntemleri arasında, rutin radyografi, radyoizotopik sintigrafi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve ultrasonografi yer alır. Her yöntemin avantajları ve dezavantajları vardır. X-ray, sintigrafi ve bilgisayarlı tomografi görüntülemelerinde, hamile kadın ve çocuklarda dikkat edilmesi gereken iyonize radyasyon kullanılır. Manyetik rezonans tekniğinde manyetik alandan yararlanılmaktadır; teorik olarak minimal da olsa manyetik alanın fetus ve çocuklar üzerine etkileri vardır. Ultrasonografi ses dalgalarını kullanır; ses dalgalarının biyolojik bir riski bilinmemektedir.

X-ray tetkiklerine kolaylıkla ulaşılabilir, ilk muayenede, kafatası hariç tüm hasarlı bölgeler rutin radyografi ile incelenmelidir. Rutin radyografi yüzdeki kırıkları gösterebilir. Ancak daha fazla kırık, fragmanların yer değiştirmesini ve ilişkili yumuşak doku hasarı ve komplikasyonları da gösterebileceği için BT daha üstün bir yöntemdir. Periost hasarı ya da minimal kırıklar olduğu düşünüldüğünde, rutin radyografiye ek olarak sintigrafi de kullanılmalıdır. Akut bir kırık olduğunda ya da erken dönem osteomyelitte bile X-ray incelemelerinin bir kısmı negatif sonuç verecektir. Özellikle çocuklarda bazı kırıkların radyolojik belirti vermeden iyileşmesi mümkündür. Yumuşak doku değerlendirmeleri için rutin radyografi uygun bir yöntem değildir. Sintigrafi yüksek duyarlılığı olan ancak özgünlüğü kısıtlı bir yöntemdir. Sintigrafi tüm iskeleti osteomyelit gibi hastalık süreçleri ve travma açısından görüntülemek için, ekonomik ve etkin bir yöntemdir. Sintigrafi ile testis torsiyonu da incelenebilir ancak ultrasonografi incelemesi bu araştırma için daha uygun bir yöntemdir. Sintigrafi yumuşak doku travmasını tanımlamak için kullanılmaz.

Sintigrafi ile akut bir kırık yirmi dört saat sonunda saptanabilirse de, genellikle 2-3 gün içinde; özellikle yaşlılarda ise bir haftada kesin sonuç alınabilir. Görüntü genellikle 2 yıl sonra normale döner. Ancak bazen kırıklarda ve tedavi edilmiş osteomyelitlerde yıllarca pozitif sonuç alınabilir. Çocuklarda epifiz veya metadiaphizlerdeki (uzun kemiklerin uç kısmı) kırıklarda, epifizlerde radyofarmasötik normal olarak da alınması yüzünden kemik sintigrafisinin kullanımı çok zordur. Rutin X-ray ile saptanamayan kaburga kırıkları sintigrafi ile saptanabilir.

##### (a) Falaka tanısında kemik sintigrafisinin kullanımı

Kemik sintigrafisi 3 saatlik geç faz ya da üç faz incelemesi kullanılarak uygulanabilir. Üç faz radyonükleit anjiogramı (arteriyal faz), kan havuzu görüntüleri (yumuşak doku-venöz faz) ve geç fazdır (kemik fazı). Falaka uygulamasından kısa bir süre sonra incelenen hastalara, bir hafta arayla iki sintigrafi yapılmalıdır. Birinci sintigrafinin negatif, ikinci sintigrafinin pozitif olması birinci sintigrafiden birkaç gün önce falakaya maruz kalındığını gösterir. Akut olgularda bir hafta arayla uygulanan her iki sintigrafinin de negatif olması falakanın uygulanmadığı anlamına gelmez. Uygulanan falakanın şiddetinin sintigrafinin hassaslık düzeyinin altında olduğunu gösterir. Başlangıçta 3-faz

görüntülemesi yapıldı ise, radyonükleit anjiyogramında ve kan havuzu görüntülerinde artmış alım ve kemik fazında artma olmaması, yumuşak doku hasarıyla uyumlu hiperemiye gösterir. Ayak kemiklerindeki ve yumuşak dokudaki travma MRG ile de saptanabilir.<sup>a</sup>

#### (b) Ultrasonografi

Ultrasonografi ucuz ve biyolojik tehlikesi olmayan bir yöntemdir. İncelemenin kalitesi, incelemeyi yapan uzmanın yeteneklerine bağlıdır. BT'nin olmadığı yerlerde, ultrasonografi akut abdominal travmayı değerlendirmek için kullanılır. Tendonopatiler de ultrasonografi ile değerlendirilebilir. Ultrasonografi, testiküler anormalliklerin değerlendirilmesinde de tercih edilen metotlardan biridir. Askı işkencesi sonrası akut ve kronik fazlarda omuz ultrasonografisi uygulanır. Ultrasonografi incelemesiyle akut dönemde omuz eklemi üzerinde ve etrafında ödem ve sıvı toplanması, rotator cuffda laserasyon ve hematoma görülebilir. Ultrasonografinin tekrar uygulanması ile saptanan bulguların zamanla kaybolması tanıyı güçlendirir. Bu tür durumlarda EMG, sintigrafi ve diğer radyolojik incelemeler bir arada uygulanmalı ve aralarındaki korelasyon incelenmelidir. Diğer incelemelerde pozitif sonuç elde edilmese bile, ultrasonografi bulguları tek başına askı işkencesini ispatlamak için yeterlidir.

#### (c) Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Yumuşak doku ve kemiği görüntülemek için BT mükemmel bir yöntemdir. MRG ise yumuşak dokuda kemikten daha iyidir. Ancak gizli kırıklar MRG ile zaman açısından rutin radyografi ya da sintigrafiden daha önce saptanabilir. Açık skaner ve/veya sedasyon uygulaması, işkenceden sağ kalanlarda yaygın olan anksiyete ve klostrofobiyi hafifletebilir. BT de kırıkları saptamak ve değerlendirmek için mükemmel bir yöntemdir. Özellikle temporal kemik ve yüz kemikleri değerlendirmesinde mükemmeldir. Özellikle spinal, pelvik, omuz ve acetabular kırıklarda fragmanlarının dizilimi ve yer değiştirmesinin değerlendirilmesinde avantajlı bir yöntemdir. BT kemik berelenmesini ayırt edemez. BT kontrast bir ajanın intravenöz infüzyonla uygulanmasıyla ya da intravenöz ajan uygulaması olmaksızın akut, subakut ve kronik merkezi sinir sistemi lezyonlarında ilk inceleme yöntemi olmalıdır. BT incelemesi negatif ya da şüpheli ise veya işkenceden sağ çıkan kişinin merkezi sinir sistemi şikayetlerini açıklamıyor ise o zaman ileri inceleme olarak MRG uygulanır. Temporal kemik kırıklarında birincil inceleme yöntemi, kemik pencere pre ve post kontrast inceleme olmalıdır. Kemik pencereleri kırıkları ve ossiküler çatlakları gösterebilir. Pre kontrast inceleme sıvı ve kolestatomu gösterebilir. Bu bölgedeki vasküler anomalilerden ötürü kontrast inceleme tavsiye edilir. Rinorede spinal kanala enjekte edilen kontrast madde temporal kemiklerden birinden çıkmalıdır. MRG incelemesi de sıvı kaçağının nedeni olan yırtığı gösterebilir. Rinore şüphesi olduğunda yumuşak doku ve kemik pencereleri ile birlikte yüz BT si çekilmelidir. Spinal kanala kontrast madde enjekte edildikten sonra bir BT daha çekilir.

#### (d) Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)

MRG santral sinir sistemi (SSS) anormalliklerini saptamada daha hassas bir yöntemdir. Merkezi Sinir Sistemi kanamaları, yaşına göre hemen, hiperakut, akut, subakut ve kronik fazlara ayrılır. Merkezi sinir sistemi kanamalarının zaman içindeki gelişimi, kanamanın görüntü özellikleri ile korelasyon gösteren bir dizge izler. Böylelikle görüntüleme bulguları, kafa travmasının oluş zamanını tahmin etmeye ve iddia edilen olaylarla korelasyon kurmaya yardımcı olur. SSS kanaması tamamıyla çözünebilir ya da BT görüntüsünün yıllar sonra bile pozitif olacağı hemosiderin tortusu oluşturur. Yumuşak dokudaki ve özellikle kas içindeki kanama genellikle hiçbir iz bırakmadan yok olurken bazen osifiye olabilir. Bu oluşuma heterotrofik kemik oluşumu ya da myosits ossifikans denir ve BT ile saptanabilir.

## 2. Elektrik şoku hasarının biyopsisi

Elektrik şoku hasarlarında her zaman olması gerekmez de elektrik akımı travmasına özgü ve yüksek derecede tanı koydurucu mikroskopik değişimler ortaya çıkabilir. Biyopsi materyalinde bu özgün değişikliklerin olmaması, elektrik şoku işkencesi tanısını zayıflatıcı bir neden olamaz ve adli mercilerin böylesi bir tahmin yapmalarına izin

<sup>a</sup> Bkz. 78 ve 85 numaralı dipnotlar; daha fazla bilgi edinmek için standart radyoloji ve nükleer tıp makaleleri ve kitaplarına bakınız.



verilmemelidir. Maalesef, bir mahkeme elektrik işkencesi iddiasında bulunan bir şikayetçiye iddiaların ispatlanması için biyopsi teklif ederse, işleme razı olmamak ya da “negatif” sonuç alınması mahkeme üzerinde mutlaka ön yargı oluşturacaktır. Dahası işkence ile oluşan elektrik hasarıyla ilgili biyopsi ile tanı koymaya dayalı klinik deneyim çok azdır. Dolayısıyla tanı sadece güvenilir bir öykü alma ve fizik muayene ile konulabilir.

Dolayısıyla bu süreç, tanısalsı bir standart olarak desteklenmemeli, şu anda sadece klinik araştırma grubu içinde yapılmalıdır. Biyopsi için aydınlatılmış onam alınırken, kişi sonuçların belirsizliği konusunda bilgilendirilmeli, halihazırda travmatize edilmiş benliğe karşı etkileri, potansiyel kazançları değerlendirmesine izin verilmelidir.

#### (a) Biyopsinin temelleri

Anestezi altındaki domuzların derilerine elektrik şokunun etkileri ile ilgili yapılmış çok sayıda laboratuvar araştırmaları vardır.<sup>b,c,d,e,f,g</sup> Bu çalışmalar lezyonların punch (zımba) biyopsilerinin mikroskopik incelemesi ile elektrik hasarı için spesifik olan histolojik bulguların saptanabildiğini göstermiştir. Ancak bu araştırmaların klinikte belirgin olarak uygulanabilecek ileri tartışmaları, bu yayının alanı dışındadır. Okuyucu daha ileri bilgiler için yukarıda atfta bulunan yayınları inceleyebilir. İnsanlardaki elektrik şoku işkencesi ile ilgili az sayıda olgu incelenmiştir.<sup>h,i,j,k</sup> Sadece bir olguda, elektrik uygulamasından 7 gün sonra alınan biyopside, elektrik hasarları için tanı koydurucu olduğu düşünülen bulgular saptanmıştır (nekrotik doku etrafındaki canlı dokudaki dermal liflere lokalize kalsiyum tuzları çöktileri). Diğer olgularda, elektrik işkencesi iddiasından bir kaç gün sonra alınan biyopsilerdeki lezyonlarda segmental değişimler görülmüş ve hücrenel yapılar da oldukça fazla kalsiyum tuzları çöktileri saptanmıştır. Bulgular elektrik akım uygulaması ile yüksek derecede uyumludur fakat kalsiyum tuzları dermal liflerde görülmezse tanı koydurucu değildir. Elektrik işkence iddiasından bir ay sonra alınan biyopside 1-2 mm genişliğinde konik nedbe görülmüş ve fibroblast artışı, çok sık ve yüzeye paralel ince kollajen liflerin saptanması elektrik hasarı ile uyumlu fakat tanı koydurucu değildir.

#### (b) Yöntem

Hastadan aydınlatılmış onam alındıktan sonra biyopsiden önce kabul gören adli tıp metodları gereğince lezyonun fotoğrafı çekilmelidir. Lokal anestezi altında 3-4 mm'lik punch biyopsi alınmalı, tamponlu formalin veya benzeri bir fiksatif içine yerleştirilmelidir. Deri biyopsisi elektrik hasarından sonraki en kısa sürede alınmalıdır. Elektrik travması genellikle epidermis ve üst dermiste (superficial dermis) sınırlı olarak kaldığından lezyonlar çok çabuk kay-

---

<sup>b</sup> H.K. Thomsen et al. “Early epidermal changes in heat and electrically injured pig skin: a light microscopic study” *Forensic Science International* 1981;17:133-143.

<sup>c</sup> H.K. Thomsen et al “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*, 1983; 91:307-316.

<sup>d</sup> H. K. Thomsen, “Electrically induced epidermal changes. A morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy” (Tez, University of Copenhagen, F.A.D.L) 1984, 1-78.

<sup>e</sup> T. Karlsmark et al. “Tracing the use of torture: Electrically induced calcification of collagen in pig skin”: *Nature* 1983;301:75-78.

<sup>f</sup> T. Karlsmark et al. “Electrically induced collagen calcification in pig skin. A histopathologic and histochemical study”, *Forensic Science International* 1988; 39: 163-174.

<sup>g</sup> T. Karlsmark, Electrically induced dermal changes. A morphological study of porcine skin after transfer of low to moderate amounts of electrical energy. (Tez University of Copenhagen), *Danish Medical Bulletin* 1990;37:507-520.

<sup>h</sup> L Danielsen et al. “Diagnosis of electrical skin injuries. A review and a description of a case”, *American Journal of Forensic Medical Pathology* 1991;12:222-226.

<sup>i</sup> F. Öztöp, V. Lök, T. Baykal, M Tunca, “Signs of electrical torture on the skin”, *Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Raporu*, 1994;11:97-104.

<sup>j</sup> L. Danielsen, T. Karlsmark, H.K. Thomsen, “Diagnosis of skin lesions following electrical torture”, *Rom J. Leg. Med.* 1997; 5:15-20.

<sup>k</sup> H. Jacobsen, “Electrically induced deposition of metal on the human skin” *Forensic Science International*, 1997; 90:85-92.

bolabilir. Birden fazla lezyondan biyopsi alınırken hastanın maruz kalacağı potansiyel sıkıntı göz önüne alınmalıdır.<sup>l</sup> Biyopsi materyali dermatopatoloji konusunda uzmanlaşmış bir patolog tarafından incelenmelidir.

### 3. Elektrik hasarının tanı koydurucu bulguları

Epidermis, ter bezleri ve damar duvarlarında vesiküler nükleuslar (ayırıcı tanıda sadece bir durum daha vardır: bazik solüsyonlarla oluşan hasarlar) ve kollajen ve elastik lifler üzerine birbirinden ayrı yerleşmiş kalsiyum tuzu çökeltileri (ayırıcı tanıda *calcinosis cutis* düşünülmelidir; nadir görülen bu hastalık, ardışık 220000 insan deri biyopsisinden 75'inde görülmüştür, kalsiyum çökeltileri genellikle yaygın ve kollajen ve elastik lifler üzerinde birbirinden ayrı yerleşmemiştir) elektrik hasarı için tanı koydurucu bulgulardır.<sup>m</sup>

Elektrik hasarının tipik ama tanısız olmayan bulguları; lezyonların genellikle 1-2 mm genişlikte konikal segmentasyonu, epidermiste demir ve bakır çökeltileri (elektroda bağlı olan), epidermis, ter bezleri ve damar duvarlarında sitoplazmanın homojenizasyonu gibi bulgulardır. Ayrıca segmental lezyonlarda hücre yapıları üzerinde kalsiyum tuzu çökeltileri olabilir ya da hiçbir anormal histolojik değişim olmayabilir.

---

<sup>l</sup> S. Gürpınar, Ş. Korur Fincancı, "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu", Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipleri Birliği, Ankara. 1999.

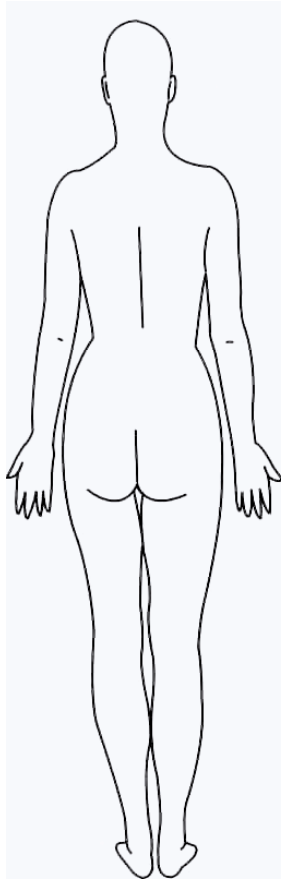
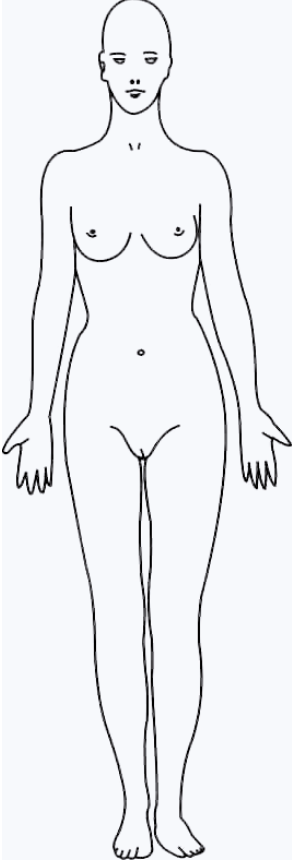
<sup>m</sup> Bkz. (h) dipnot.

### EK III

#### İşkence ve Kötü Muamelenin Belgelendirilmesi İçin Anatomik Çizimler

KADIN, TÜM VÜCUT ÖNDEN ve  
ARKADAN GÖRÜNÜŞ

KADIN, TÜM VÜCUT YANDAN  
GÖRÜNÜŞ

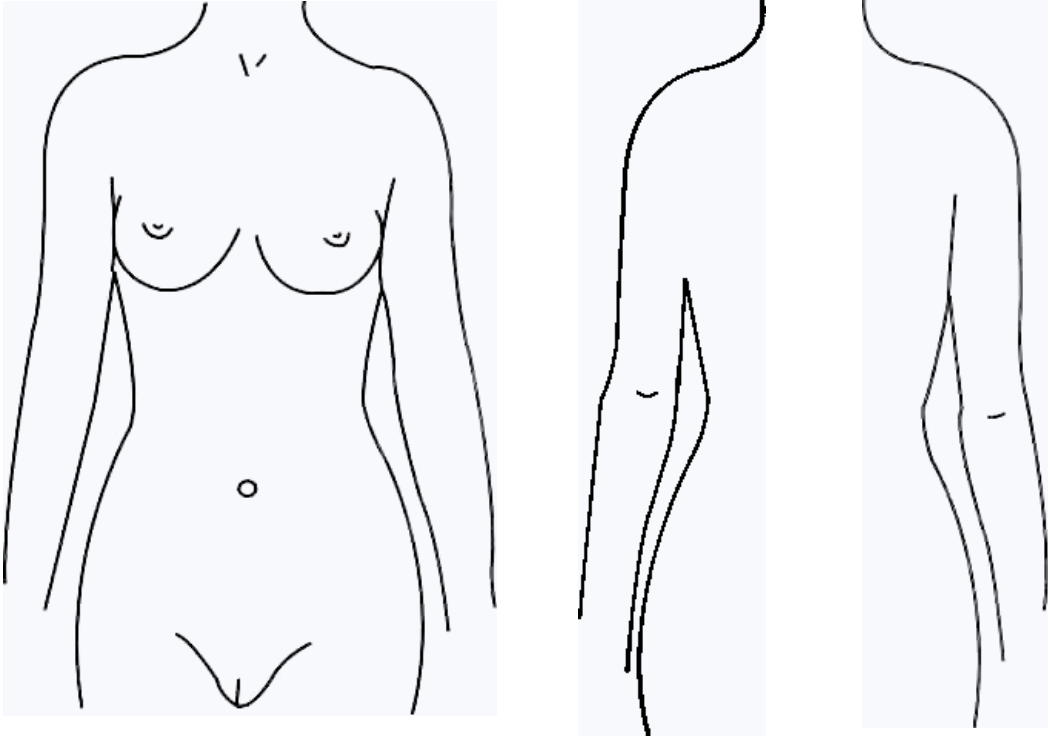


VAKA  
NO :  
TARİH

ADI

VAKA  
NO :  
TARİH

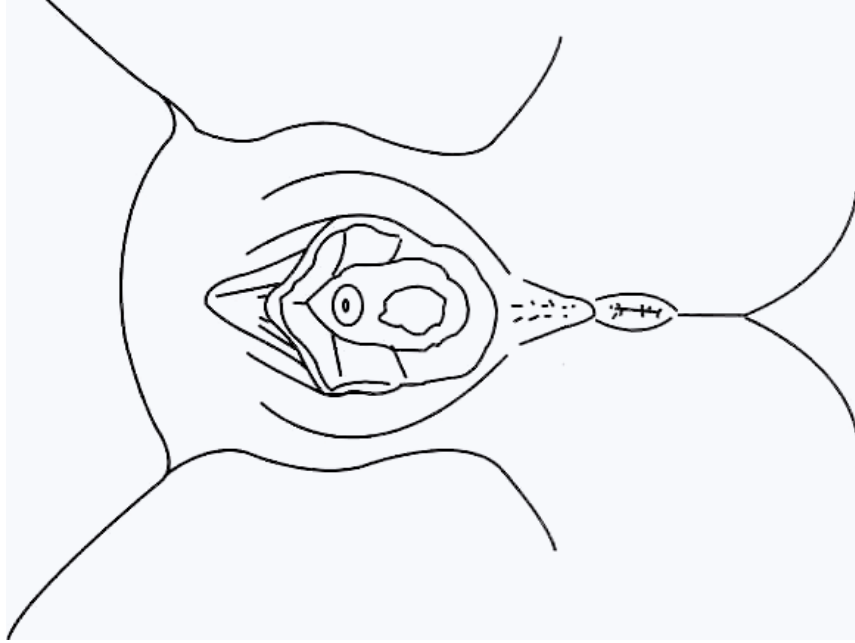
KADIN, GÖĞÜS - KARIN ÖNDEN ve ARKADAN  
GÖRÜNÜŞ



ADI

VAKA  
NO  
TARİH

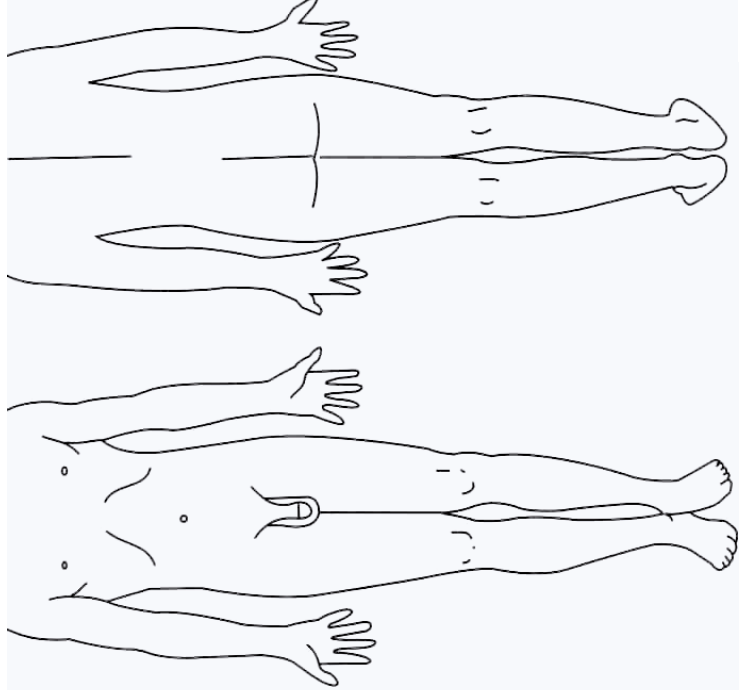
KADIN, PERİNE



ADI

VAKA  
NO  
TARİH

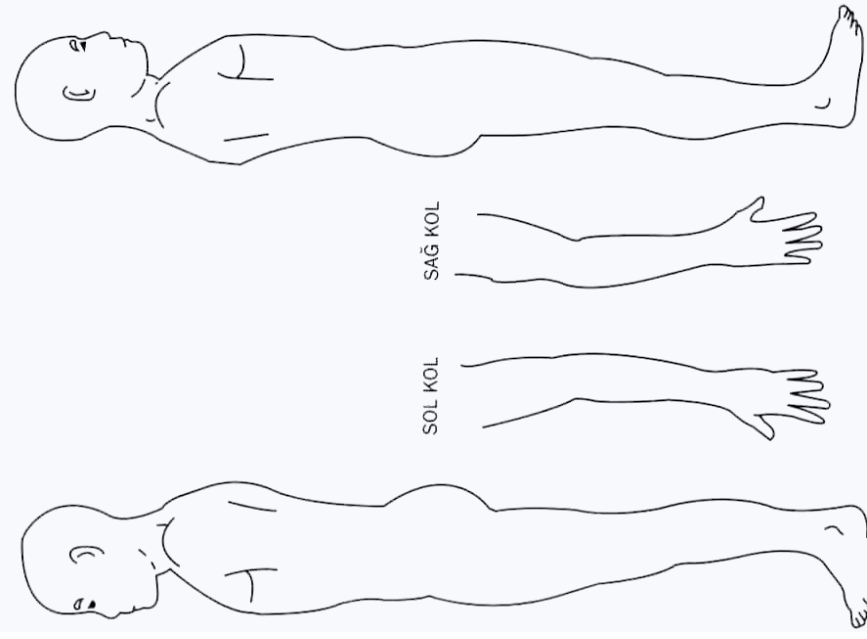
ERKEK, TÜM VÜCUT ÖNDEN ve  
ARKADAN GÖRÜNÜŞÜ



ADI :

VAKA  
NO  
TARİH

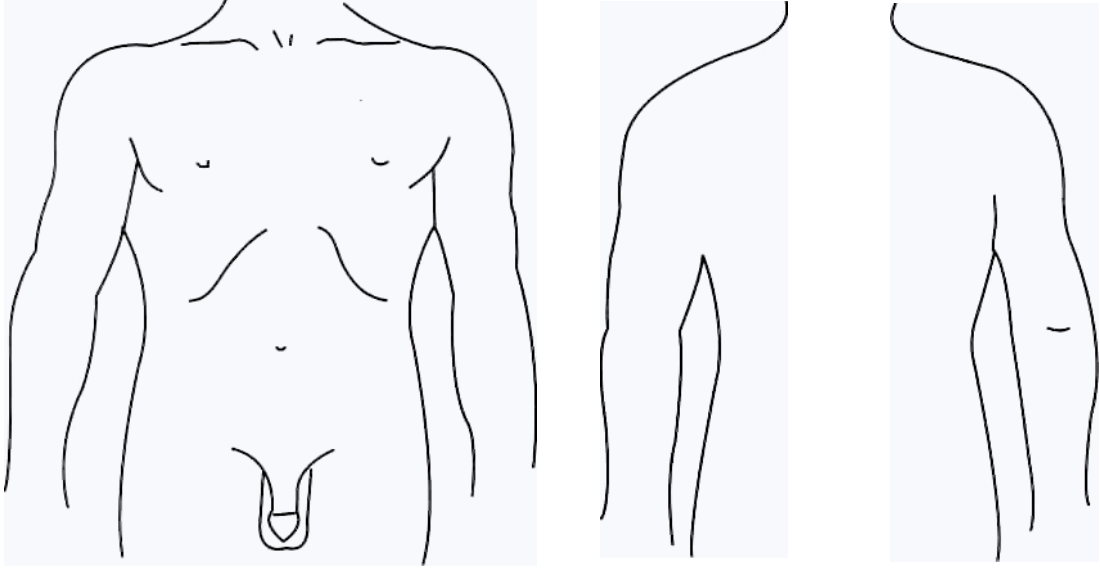
ERKEK, TÜM VÜCUT YANDAN  
GÖRÜNÜŞÜ



ADI

VAKA  
NO  
TARİH

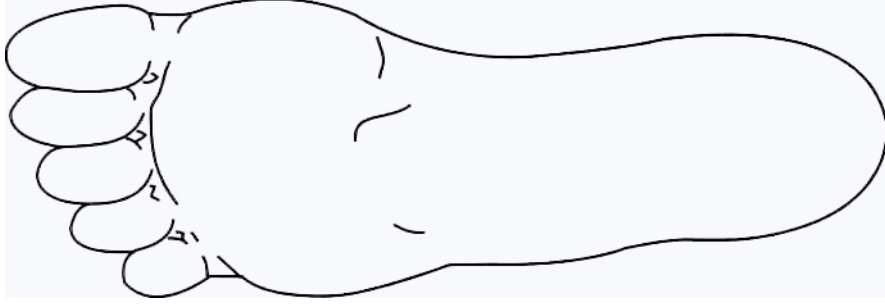
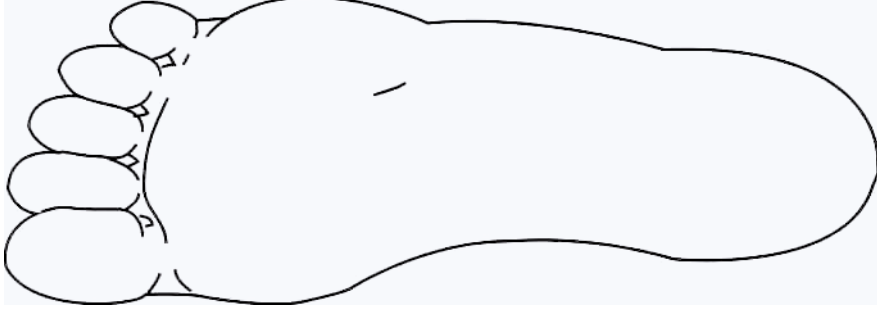
ERKEK, GÖĞÜS - KARIN ÖNDEN ve ARKADAN GÖRÜNÜŞÜ



ADI

VAKA  
NO  
TARİH

AYAKLAR, SOL ve SAĞ PLANTAR YÜZ

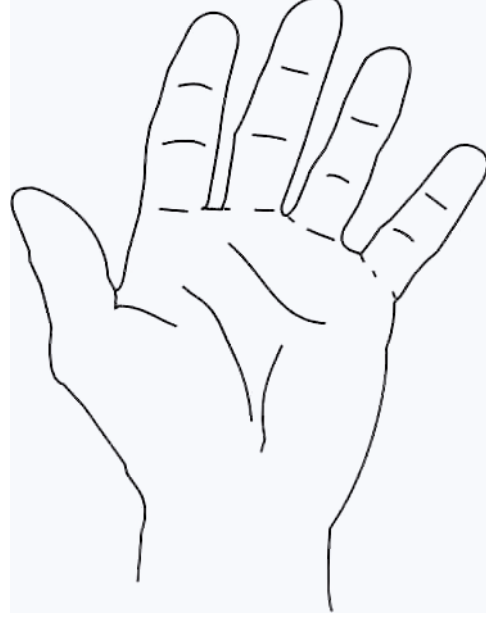


ADI

VAKA  
NO  
TARİH



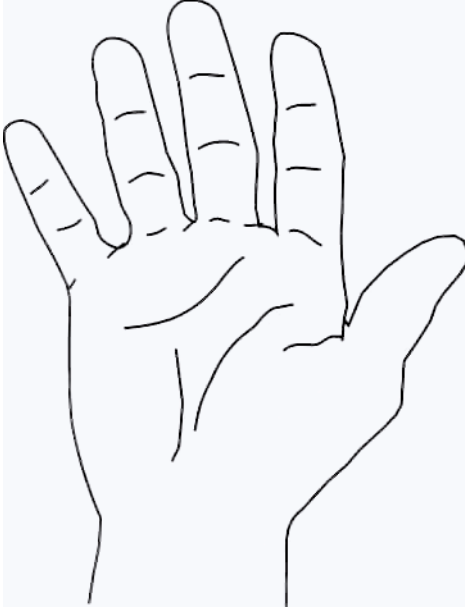
SOL EL, PALMAR ve DORSAL



ADI

VAKA  
NO  
TARİH

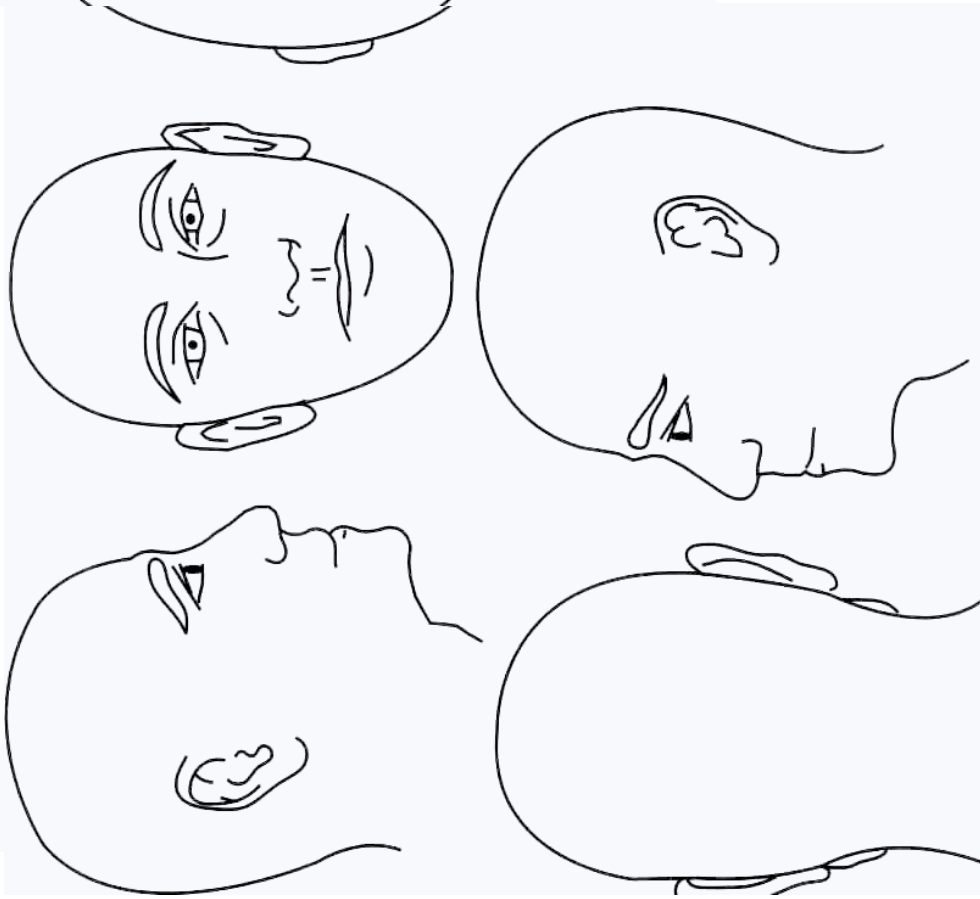
SAĞ EL, PALMAR ve DORSAL



ADI

VAKA  
NO  
TARİH

BAŞ, ÖNDEN ARKADAN ve YANDAN  
GÖRÜNÜŞ



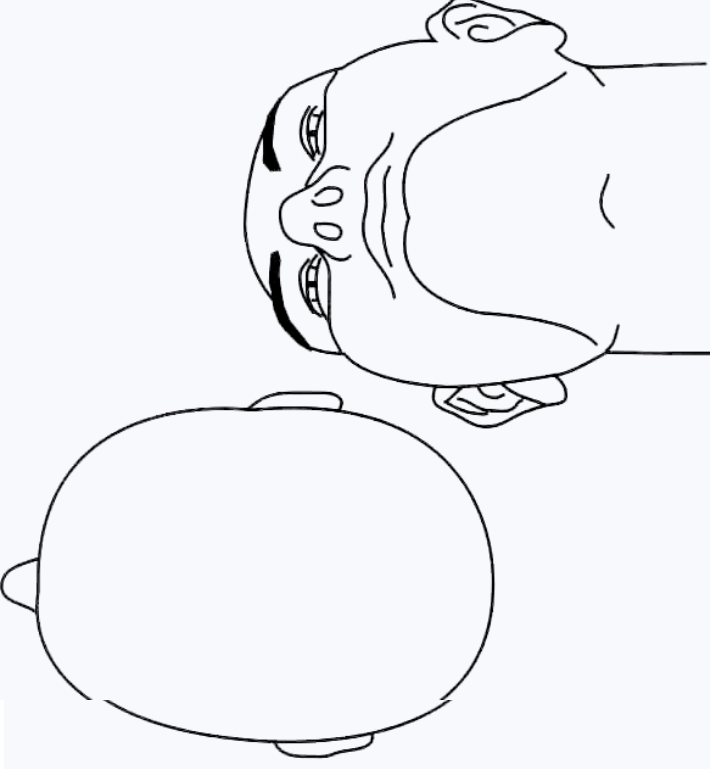
ADI :

VAKA

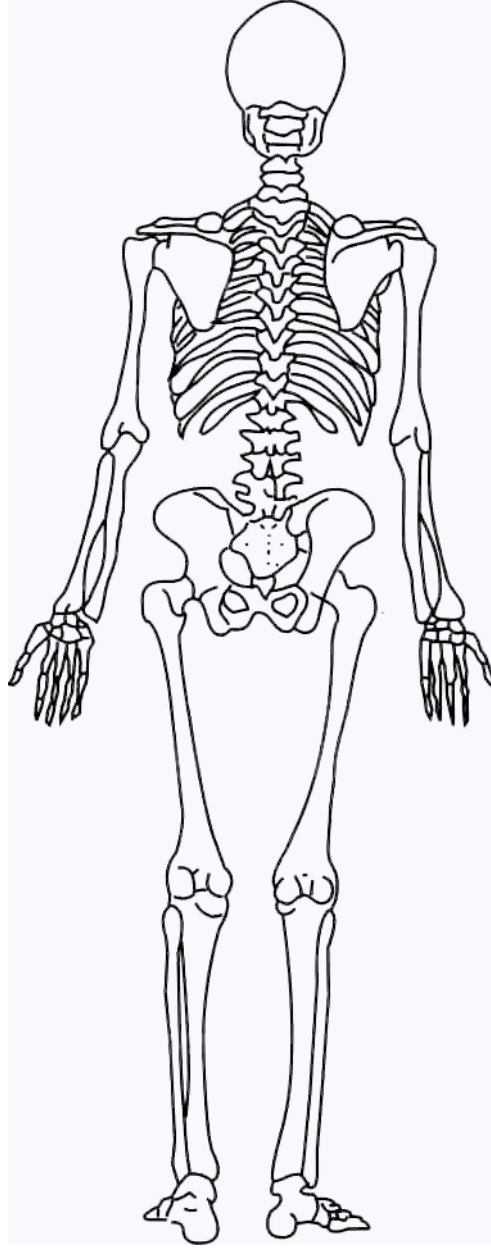
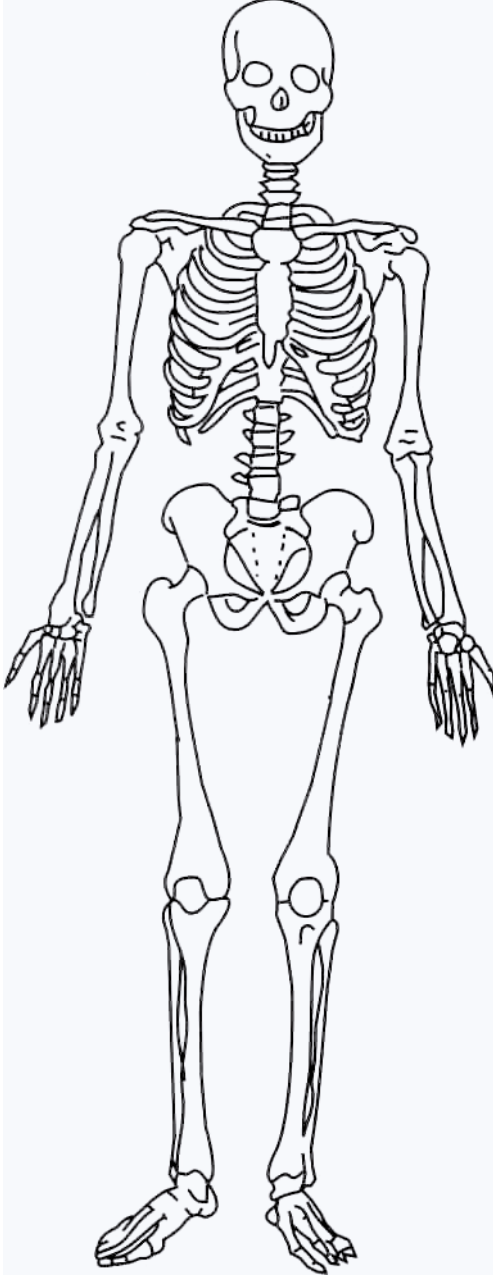
NO :

TARİH

BAŞ, ÜSTTEN ve ALTTAN  
GORUNUŞ



## İSKELET ÖNDEN ve ARKADAN GÖRÜNÜŞ



ADI

VAKA

NO

TARİH

## EK IV

### **İşkence ve Kötü Muamelenin Tıbbi Değerlendirilmesine Kılavuzluk Eden İlkeler**

Aşağıdaki kurallar geliştirilirken, *İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ve Ceza- ların Etkili Biçimde Araştırılması ve Belgelendirilmesi İçin Kılavuz (İstanbul Protokolü)* temel alınmıştır. Bu kurallar, değişmez bir protokol olarak tasarlanmamıştır. Aşağıdaki kurallar, bireysel değerlendirmenin amacı ve ulaşılabilir kaynakların akla uygun değerlendirmesi göz önüne alınarak uygulanmalıdır, işkence ve kötü muame- lenin fiziksel ve psikolojik delillerinin değerlendirilmesi klinisyenlerin vasıflarına göre bir ya da daha fazla klinis- yen tarafından yürütülebilir

#### **I. Olgu Bilgisi**

Muayene Tarihi:.....Muayeneyi İsteyen Makam (Adı ve görevi): \_\_\_\_\_ .....

Evrak ve rapor Numarası: ..... Muayene/değerlendirme süresi: ..... saat, \_\_\_\_ dakika

Olgunun adı: .....Doğum Tarihi: .....Doğum yeri: .....

Olgunun soyadı: \_\_\_\_\_Cinsiyet: Kadın/Erkek

Muayene nedeni:.....Olgu Kimlik No:.....

Klinisyenin adı: .....Tercüman var mıydı? (evet/hayır), adı: .....

Aydınlatılmış onam alındı mı? evet/hayır; Cevap hayır ise nedeni?.....

Olguyla birlikte gelen kişi (adı ve görevi): .... \_\_\_\_\_

Muayene sırasında mevcut kişi(ler) (adı ve görevi): \_\_\_\_\_ .....

Olgu muayene sırasında kısıtlandı mı? evet/hayır; Cevap evet ise Nasıl?/Neden? .....

Tıbbi raporun iletildiği kişi (adı/görevi/kimlik numarası):.....-

Verildiği Tarih: \_\_\_\_\_ Verildiği saat:.....

Tıbbi değerlendirme ve inceleme hiçbir kısıtlama olmadan gerçekleştirildi (hücredeki kişiler için) evet/hayır  
Herhangi bir kısıtlama oldu ise detaylarını yazınız: \_\_\_\_\_ .....

#### **II. Klinik hekimin özellikleri (Mahkemede şahitlik için)**

Tıbbi öğrenim ve klinik eğitimi

Psikolojik/psikiyatrik eğitimi

İşkence ve kötü muamelenin delillerini belgelendirme deneyimi

Araştırmayla ilgili bölgesel insan hakları deneyimi

Konuyla ilgili yayınları, sunumları ve aldığı eğitim kursları

Özgeçmişi

#### **III. Tanıklığın doğruluğu beyanı (mahkemede şahitlik için)**

Örnek: “Bilgim ve inancıma dayanan ifadeler dışında, aşağıda sunulan bulguları şahsen biliyor ve doğru oldukla- rına inanıyorum. Kişisel bilgim ve inancıma bağlı olarak yukarıda yer alan raporum hakkında şahitlik yapmaya hazırım.”

#### **IV. Kişi hakkında bilgi**

Genel bilgiler (yaşı, işi, eğitimi, aileyapısı, vs.)

Geçmiş tıbbi öyküsü

İşkence ve kötü muamele ile ilgili önceden yapılan tıbbi değerlendirmelerin gözden geçirilmesi

Gözaltı öncesi psikososyal öykü

#### **V. İşkence ve kötü muamele iddiaları**

1. Gözaltı(lar) ve kötü muamelelerin özeti
2. Gözaltı ve tutukluluk koşulları
3. Başlangıçtaki ve daha sonraki gözaltı yerleri (kronoloji, bir yerden bir yere nakil ve gözaltı koşulları)
4. İşkence ve kötü muamelenin kişinin naklettiği biçimiyle anlatımı (her bir gözaltı yerindeki ayrı ayrı)
5. İşkence yöntemlerinin gözden geçirilmesi

#### **VI. Fiziki semptom ve kısıtlılıklar**

Akut ve kronik semptom ve kısıtlılıkların ortaya çıkışını ve bunu takip eden iyileşme süreçlerini tarif edin.

1. Akut semptom ve kısıtlılıklar
2. Kronik semptom ve kısıtlılıklar

#### **VII. Fiziksel muayene**

1. Genel Görünüm
2. Cilt
3. Baş-yüz
4. Göz-Kulak-Burun-Boğaz
5. Ağız boşluğu-dişler
6. Göğüs/karın (Yaşamsal belirtileri içerecek biçimde)
7. Genito-üriner sistem
8. Kas iskelet sistemi
9. Sinir sistemi (Merkezi ve periferik)

#### **VIII. Psikolojik öykü/muayene**

1. Değerlendirme metotları
2. Halihazırda varolan psikolojik şikayetleri
3. İşkence sonrası dönemin öyküsü
4. İşkence öncesi dönemin öyküsü
5. Geçmişte yaşanmış psikolojik-psikiyatrik problemlerin öyküsü
6. Madde kullanımı ve taciz öyküsü
7. Ruhsal durum muayenesi
8. Toplumsal fonksiyonların değerlendirilmesi
9. Psikolojik testler (endikasyon ve sınırlamalar için bakınız bölüm VI.C.1.)
10. Nöropsikolojik testler (endikasyon ve sınırlamalar için bakınız bölüm VI. C. 4.)

## **IX. Fotoğraflar**

## **X. Tanı koyucu testlerin sonuçları (endikasyon ve sınırlamalar için bakınız Ek II)**

## **XI. Konsültasyonlar**

### **XII. Bulguların yorumlanması**

#### 1. Fiziksel deliller

A. Taciz İddiaları ile akut ve kronik fiziksel semptom ve kısıtlılıklar öyküsü arasındaki uyumluluk derecesini belirtin.

B. Taciz İddiası ile fizik muayene bulguları arasındaki uyumluluk derecesini ilişkilendirin (Fiziki bulguların saptanamamış olması, işkence ve kötü muamelenin uygulandığı ihtimalini ortadan kaldırmaz.)

C. Kişinin muayene bulguları ile o bölgede uygulanan işkence yöntemleri ve bu işkence yöntemlerinin uygulanması sonrasında yaygın olarak görülen etkileri arasındaki uyumluluk derecesini ilişkilendirin.

#### 2. Psikolojik deliller

A. Psikolojik bulgular ile işkence iddiası raporu arasındaki uyumluluk derecesini ilişkilendirin.

B. Saptanan psikolojik bulguların, kişinin sosyo-kültürel şartlarında yaşanan aşırı baskılar karşısında gösterebileceği tipik ya da beklenebilir reaksiyonlar olup olmadığı konusunda bir değerlendirme yapın.

C. Travma ile bağlantılı psikolojik sorunların zaman içinde değişen seyri içinde bireyin durumunu belirtin (Örneğin kişi işkence olayının zaman çerçevesine bağlı olarak ve iyileşme sürecinin neresinde).

D. Bireyin üzerinde strese girmesine neden olan diğer unsurları (baskının devam ediyor olması, zorunlu göç, aile ve toplumsal rol kaybı) ve bunların birey üzerindeki etkisini tanımlayın.

E. Klinik tabloya katkıda bulunacak fiziki koşulları özellikle işkence ve /veya tutukluluk sırasında olduğu ispatlanan muhtemel kafa travması delillerini belirtin.

### **XIII. Yorum ve öneriler**

1. Yukarıda belirtilen tüm deliller (fiziki ve psikolojik bulgular, öykü bilgileri, fotoğraflık bulgular, tanısals test sonuçları, bölgesel olarak kullanılan işkence yöntemleri bilgisi, konsültasyon raporları, vs.) ile işkence ve kötü muamele iddiaları arasındaki uyumluluk olup olmadığı konusunda kanaat beyanı.

2. İşkence iddiası sonucunda kişinin halen rahatsızlığını çektiği semptom ve kısıtlılıkları tekrar yazınız.

3. Kişinin ileri tetkik ve tedavisi konusunda herhangi bir tavsiyeniz varsa yazınız.

### **XIV. Gerçeklik beyanı (Mahkemede yapılacak şahitlikler için)**

Örneğin; “Ben yalancı şahitliğin cezaya çarptırılabilir olduğu ülkesinin kanunlarına uygun olarak işbu raporda beyan edilen bilgilerin gerçek ve doğru olduğunu beyan ederim; işbu yeminli beyan .../.../ tarihinde .....ülkesi/.....şehrinde yapılmıştır.

### **XV. Araştırma ve tıbbi değerlendirmedeki kısıtlılıklar konusunda beyan (hücredeki kişiler için)**

Örneğin; “Biz, aşağıda imzası bulunan klinisyen(ler) serbestçe ve bağımsız olarak çalışmamıza izin verildiği, olguya hiçbir kısıtlama, önkoşul olmadan ve herhangi bir baskıya maruz kalmadan özel olarak konuşmamıza ve muayene etmemize izin verildiğini kişisel olarak onaylarız. Ya da tam tersi “Biz aşağıda imzası bulunan klinisyenler kişinin şahsın inceleme ve değerlendirmesini .....benzeri kısıtlamalar altında gerçekleştirdik.”

### **XVI. Klinisyenlerin imzası, tarih, yer**

### **XVII. İlgili ekler**

Klinisyenin öz geçmişi, İşkence ve Kötü Muamelenin Belgelendirilmesi için Anatomik Çizimler, Fotoğraflar, Konsültasyonlar ve Tanısal Test Sonuçları ve diğer belgeler.





## KAYNAKLAR

- 1 Birleşmiş Milletler İşkence Mağdurları Gönüllü Fonu Mütevelli Heyeti tarafından, BM'lerin işkence mağdurlarına yardımı ile ilgili olarak, herkes için İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlıkdışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezalandırmadan Korumak için Deklarasyonu'nun 1. maddesi ve diğer ilgili uluslararası belgeler temeline 1982 yılından bu yana yapılan tavsiyeleri, "İşkence; zalimane, insanlıkdışı veya aşağılayıcı muamelelerin ağırlaştırılmış ve kasıtlı biçimidir." ve "Mahpuslara Uygulanacak Asgari Standart Kurallara aykırı olmadığı sürece yasal müeyyidelerin doğal veya arzî sonucu olarak çekilen acı, işkence kapsamına dahil değildir" demektedir.
- 2 V. Iacopino, "Treatment of survivors of political torture: commentary" *The Journal of Ambulatory Care Management*, 1998: 21(2):5-13.
- 3 Uluslararası Af Örgütü, 1999 Raporu (Londra: AIP, 1999).
- 4 M. Başoğlu, "Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach", *The Journal of American Medical Association (JAMA)* 1993; 270:606-611.
- 5 İşkence ve Zalimane, İnsanlık Dışı ya da Aşağılayıcı Muamele veya Cezanın Etkin Belgelendirilmesi İlkeleri 55/89 sayılı ve 4 Aralık 2000 tarihli Genel Kurul kararı ve 2000/43 sayılı ve 20 Nisan 2000 tarihli İnsan Hakları Komisyonu kararına eklenmiş ve her ikisinde de oylanmadan kabul edilmiştir.
- 6 N. Rodley. *The Treatment of Prisoners under International Law*, 2nd ed. (Oxford, Clarendon Press, 1999: 58).
- 7 1949 Cenevre Sözleşmesine Ek II. Protokol Giriş Kısmı ikinci paragraf (1977).
- 8 Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 217 A (III), BM belgesi. A/810, s 71, madde 5. 10 Aralık 1948.
- 9 16 Aralık 1966 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 2200 A (XXI), bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, yirmibirinci oturum*, Ek bekge 7 makale, belge No. 16, (A/6316), s 52. UNTS sayı 999, s 171, yürürlüğe giriş tarihi 23 Mart 1976.
- 10 30 Ağustos 1955 tarihinde Birleşmiş Milletler Birinci Suçların Önlenmesi ve Suçluların Tedavisi Kongresinde kabul edilmiştir.
- 11 9 Aralık 1975 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 3452 (XXX), bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Otuzuncu oturum*, Ek belge No. 34 (A/10034), s 91, madde 2 ve 4, 1975.
- 12 17 Aralık 1979 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 34/169, ek, madde 5, bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Otuz dördüncü Oturum*, Ek no. 46 (A/34/46), s. 186, 1979.
- 13 18 Aralık 1982 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 37/194, ek, İlke 2-5; bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Otuz yedinci Oturum*, Ek no. 51 (A/37/51), s. 211, 1982.
- 14 26 Haziran 1987 tarihinde yürürlüğe girmiştir; bkz. Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 39/46, ek, madde 2; bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Otuz dokuzuncu Oturum*, Ek no. 51 (A/39/51), s.197, 1984.
- 15 9 Aralık 1988 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 43/173, ek, İlke 6; bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Kırk üçüncü Oturum*, Ek no. 49 (A/43/49), s.298, 1988.
- 16 14 Aralık 1990 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 45/111, ek, İlke 1; bkz. *Genel Kurul Resmi Tutanakları, Kırk beşinci Oturum*, Ek no. 49 (A/45/49), s.200, 1990.
- 17 Neyin "yasal yaptırım" oluşturacağına ilişkin bir yorum için İşkence Özel Raportörü'nün recm, kırbaç ve bir uzvun kesimi gibi cezaların sadece yasal olarak usule uygun bir biçimde belirlendiği için "yasal" sayılamayacağı görüşünü ifade ettiği İnsan Hakları Komisyonu'nun 53. Oturumuna sunduğu rapora bkz. (E/CN.4/1997/7, paragraf 3-11). Özel Raportörün, İnsan Hakları Komisyonu ve diğer Birleşmiş Milletler mekanizmalarının duruşlarıyla tutarlı olan bu yorum "bedensel cezalandırmanın, zalimane, insanlık dışı ve"

ya aşağılayıcı muamele ve hatta işkence oluşturabileceğini hükümetlere hatırlatan” 1998/38 sayılı İnsan Hakları Komisyonu kararıyla da desteklenmiştir.

- 18 Bununla birlikte 20. maddenin uygulanamayacağı durumlarda 20. maddenin uygulanması Taraf Devletin koyduğu çekince sebebiyle sınırlanabilir.
- 19 Bkz. Başvuru No, 8/1991, paragraf 185, İşkenceye Karşı Komite'nin Genel Kurul'a 12 Haziran 1994 tarihli raporu (A/49/44).
- 20 Bkz. Başvuru No, 6/1990, paragraf 10.4, İşkenceye Karşı Komite'nin Genel Kurul'a 26 Temmuz 1995 tarihli Raporu (A/50/44).
- 21 Birleşmiş Milletler, Belge A/37/40 (1982).
- 22 A.g.e, E/4393 (1967).
- 23 A.g.e, E/CN.4/1995/34.
- 24 A.g.e, E/CN.4/1996/35.
- 25 Amerikan Devletleri Örgütü, Sözleşme Serisi No. 36 ve Birleşmiş Milletler, *Sözleşme Serisi*, Seri 1144, s. 123, “Basic Documents Pertaining to Human Rights in the Inter-American System” (OEA/Ser, L.V/II.82, doc.6, rev, I-25(1992) içinde yeniden basılmıştır.
- 26 Amerikalılar Arası İnsan Hakları Komisyonu Yönetmeliği, Amerikan Devletleri Örgütü, (Ser. L.V/II.92), 31. belge 3. gözden geçirme, madde 1, 3 Mayıs 1996.
- 27 Bkz. Amerikalılar Arası İnsan Hakları Komisyonu, 1997 yıllık raporu, olgu 10.832, rapor No. 35/96, 75. paragraf.
- 28 Amerikan Devletleri Örgütü, Sözleşme Serisi . 67
- 29 Amerikalılararası İnsan Hakları Komisyonu “1998 Meksika’da İnsan Haklarının Durumu Raporu” 323. paragraf.
- 30 A.g.e paragraf 324.
- 31 Birleşmiş Milletler, *Sözleşme Serisi*, Seri 213, sayfa 222.
- 32 Bkz.21 Eylül 1970, 20 Aralık 1971 ve 1 Ocak 1990 tarihlerinde yürürlüğe giren 3, 5 ve 8 No.lu Ek Protokoller, *Avrupa Sözleşme Serisi*, sırasıyla Seri 45, 46 ve 118.
- 33 Bkz. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, *Reports of Judgements and Decisions*, 1996-VI, paragraf 61.
- 34 A.g.e. paragraf 64.
- 35 A.g.e. paragraf 98.
- 36 A.g.e. paragraf 98.
- 37 A.g.e. paragraf 100
- 38 A.g.e. *Reports of Judgements and Decisions*, 1998-VIII, paragraph 95.
- 39 A.g.e. paragraf 101
- 40 A.g.e. paragraf 102.
- 41 A.g.e. paragrafı 117.
- 42 *Avrupa Sözleşme Serisi*, No. 126.
- 43 Özgürlüğünden mahrum bırakılan kişi: gözaltı ya da özgürlüğünden herhangi bir biçimde yoksun bırakılanlar, tutuklular, hükümlüler ve istekleri dışında psikiyatri hastanelerine kapatılmış kişiler de dahil olmak üzere ama

bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, kamu otoritesi tarafından özgürlüğünden mahrum bırakılan herhangi bir kişidir.

- 44 Afrika Birliği Öğrütü, belge CAB/LEG/67/3, rev. 5 21, Uluslararası Hukuk Belgeleri (*International Legal Materials*),58 (1982).
- 45 26 Ağustos-6 Eylül 1985 tarihleri arasında Milano’da yapılan BM Yedinci Suçun Önlenmesi ve Suçluların Tedavisi Kongresi tarafından kabul edilmiş, 29 Kasım 1985 tarih ve 40/32 numaralı ve 13 Aralık 1985 tarihli ve 40/146 numaralı kararlarla BM Genel Kurulu tarafından desteklenmiştir.
- 46 27 Ağustos - 7 Eylül 1990 tarihleri arasında Havana, Küba’da yapılan BM Sekizinci Suçun Önlenmesi ve Suçluların Tedavisi Kongresi tarafından kabul edilmiştir.
- 47 Bkz. 46. numaralı dipnot.
- 48 Commonwealth (İngiliz Uluslar Topluluğu) Tabipler Birliği ve Uluslararası İslami Tıp Birlikleri Konferansı gibi bölgesel örgütler de mevcuttur. Bu kuruluşlar üyeleri için tıbbi etik ve insan hakları konusunda önemli açıklamalar yayınlamaktadırlar.
- 49 Mahpuslara Uygulanacak Muamele Hakkında Asgari Standart Kurallar ve Asgari Standart Kuralların Etkin Biçimde Uygulanması İçin Usuller, BM tarafından 1955 yılında kabul edilmiştir.
- 50 1982 yılında BM Genel Kurulu tarafından kabul edilmiştir.
- 51 Özellikle Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi, Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmeleri ve Bütün İnsanları İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezalardan Korumak için Bildirge.
- 52 Sağlık çalışanları, hastalarına karşı tıbbi bilgilerini gizli tutma yükümlülükleri olduğunu ve özellikle bu tür bilgileri açıkladıkları takdirde bireylerin güvenliğini tehlikeye atabilecekleri durumlarda, açıklama için bireyin aydınlatılmış onamını almak zorunda olduklarını akılda tutmalıdırlar (bkz. bölüm II.C.3.).
- 53 Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1975 yılında kabul edilmiştir.
- 54 Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1977 yılında kabul edilmiştir.
- 55 1981 yılında kabul edilmiştir (Hicri Takvime göre 1401).
- 56 Uluslararası Hemşireler Konseyi tarafından 1975 yılında kabul edilmiştir.
- 57 Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1990 yılında kabul edilmiştir.
- 58 Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1997 yılında kabul edilmiştir.
- 59 Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1949 yılında kabul edilmiştir.
- 60 Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1948 yılında kabul edilmiştir.
- 61 Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1986 yılında kabul edilmiştir,
- 62 Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1931 yılında kabul edilmiştir; 47. Genel Kurul’un Eylül 1995’te yapılan kırk yedince oturumunda değişiklik yapılmıştır.
- 63 Dünya Tabipleri Birliği tarafından 1983 yılında kabul edilmiştir.
- 64 Salgın hastalıkları olan kişilerin, uyuşturucu bağımlılığı, psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin bildirilmesi gibi kamu sağlığı için gerekli durumlar dışında.
- 65 1949 Cenevre Sözleşmeleri ek I numaralı Protokol’un 16. maddesi (1977) ve II numaralı Protokol’un 10. maddesi (1977).
- 66 Bu ilkeler tipik bir ulusal kuruluş olan İngiliz Tabipler Birliğinin “Çifte Yükümlülüğü Olan Doktorlara” rehberlik yapacak ilkelere çıkarılmıştır. (yayın tarihi 1995)

- 67 V. Iacopino, M. Heisler, S. Pishevar and RH. Kirschner. "Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in post-detention medical examinations in Turkey", *JAMA* 1996; 276:396-402.
- 68 Bazı koşullar altında meslek etiği, bilginin gizli tutulmasını gerekli kılabilir. Bu gerekliliklere saygı gösterilmelidir.
- 69 Bkz. 68 numaralı dipnot.
- 70 Bkz. Birleşmiş Milletler Mahpuslara Uygulanacak Muamele Hakkında Asgari Standart Kurallar (bölüm I.B.).
- 71 Yazarsız, "Health care for prisoners: implications of Kalk's refusal". *Lancet* 1991;337:647-648.
- 72 R. F. Mollica and Y. Caspi-Yavin. "Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms", *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, ed. (Cambridge, Cambridge University Press) 1992;38-55.
- 73 O.V. Rasmussen, "Medical aspects of torture", *Danish Medical Bulletin* 1990; 37(1): 1-88.
- 74 R. Bunting, "Clinical examinations in the police context", W.D.S.McLay ed. *Clinical Forensic Medicine*, (London, Greenwich Medical Media)1996:59-73.
- 75 Bkz. 73 numaralı dipnot.
- 76 D. Forrest, "Examination for the late physical after-effects of torture", *Journal of Clinical Forensic Medicine* 1999;6:4-13.
- 77 Bkz. 73 numaralı dipnot.
- 78 S. Gürpınar, S. Korur Fincancı, "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu", Birinci Basamak için Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 1999.
- 79 Bkz. 73 numaralı dipnot
- 80 L. Danielsen, "Skin changes after torture", *Torture* 1992;1: 27-28.
- 81 Bkz. 80 numaralı dipnot.
- 82 Bkz 76 numaralı dipnot.
- 83 G. Sklyv, "Physical sequelae of torture", *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, ed. (Cambridge: Cambridge University Press) 1992:38-55.
- 84 Bkz 76 numaralı dipnot.
- 85 K. Prip, L. Tived, N. Holten. *Physiotherapy for Torture Survivors: A Basic Introduction*; (Copenhagen: International Rehabilitation Council for Torture Victims- IRCT) 1995.
- 86 F. Bojsen-Moller, K.E. Flagstad, "Plantar aponeurosis and plantar architecture of the ball of the foot", *Journal of Anatomy* 1976;121:599-611.
- 87 V. Lök et al, "Bone scintigraphy as clue to previous torture", *Lancet* 1991; 337 (8745): 846-847; Ayrıca bkz. M. Tunca ve V. Lök, "Bone scintigraphy in screening of torture survivors", *Lancet* 1998; 352 (9143) 1859.
- 88 Bkz. 76 ve 83 numaralı dipnotlar; V. Lök ve ark. "Bone scintigraphy as an evidence of previous torture"; Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Raporu, Ankara, 1994;91-96.
- 89 I. Lunde and J. Ortmann, "Sexual torture and the treatment of its consequences", *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, ed. (Cambridge, Cambridge University Press), 1992: 310-331.

- 90 J. Howitt and D. Rogers, "Adult sexual offenses and related matters", W.D.S. McLay ed. *J Clinical Forensic Medicine*, (London, Greenwich Medical Media) 1996; 193-218.
- 91 G. Hinshelwood, *Gender-based persecution* (Toronto, Birleşmiş Milletler Cinsiyete Bağlı Ayrımcılık ve Baskı Uzmanlar Toplantısı (United Nations Expert Group Meeting on Gender-based Persecution ), 1997.
- 92 G. Fischer and N.F. Gurriss, "Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung", W. Senf & M. Broda (ed.), *Praxis der Psychotherapie-Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*, (Stuttgart: Thieme), 1996.
- 93 A. Kleinman, "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care", -Psychiatry and its Related Disciplines- konulu Dünya Psikiyatri Derneği Bölgesel Sempozyumuna sunulmuş bildiri, 1986.
- 94 H.T. Engelhardt, "The concepts of health and disease", HT Engelhardt ve SF Spicker ed. *Evolution and Explanation in the Biomedical Sciences*, (Hollanda: D. Reidel Publishing Co) 1975; 125-141.
- 95 J. Westermeyer, "Psychiatric diagnosis across cultural boundaries" *American Journal of Psychiatry*, 1985; 142 (7): 798-805.
- 96 R. F. Mollica et al. "The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps", *JAMA*, 1993; 270:581-586.
- 97 J.D. Kinzie et al. "The prevalence of Posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees", *American Journal of Psychiatry*, 1990; 147(7): 913-917.
- 98 K. Allden et al. "Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile", *American Journal of Public Health* 1996; 86: 1561-1569.
- 99 N. Sartorius. "Cross-cultural research on depression", *Psychopathology*, 1987;19(2):6-11.
- 100 M.A. Simpson. "What went wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa", R.J. Kleber, C.R. Figley, B.P.R. Gersons eds, *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*, (New York: Plenum Press) 1995:188-210.
- 101 M. Friedman and J. Jaranson. "The applicability of the Post-traumatic concept to refugees", A. Marsella et al eds. *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees* (Washington, D.C.: American Psychological Association Press) 1994;207-227.
- 102 N.R. Holtan. "How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care", J. M. Jaranson and M.K.Popkin eds, *Caring for Victims of Torture*, (Washington, DC: American Psychiatric Press) 1998;107-113.
- 103 World Health Organization, *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders and diagnostic guidelines*, (Ceneva, 1994).
- 104 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> ed. (Washington, D.C.) 1994.
- 105 P. J. Farias, "Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1991;15:167-192.
- 106 A. Dadfar. "The Afghans: Bearing the scars of a forgotten war", A. Marsella et al eds. *Amidst Peril and Pain*, (Washington, D.C., American Psychological Association) 1994.
- 107 G. W. Beebe. "Follow-up studies of World War II and Korean War prisoners: II. Morbidity, disability, and maladjustments", *American Journal of Epidemiology*, 1975;101:400-422.
- 108 B. E. Engdahl et al. "The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war." *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 1740-1745.

- 109 T. M. Keane and J. Wolfe, "Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies", *Journal of Applied Social Psychology*, 1990; 20:1776-1788.
- 110 R. A. Kulka et al. *Trauma and the Vietnam War generation: report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, (New York: Brunner/ Mazel), 1990.
- 111 B. K. Jordan et al. "Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls", *Archives of General Psychiatry*, 1991; 48(3): 207-215.
- 112 A.Y. Shalev, A. Bleich and R. J. Ursano, "Posttraumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance", *Psychosomatics* 1990; 31(2): 197-203.
- 113 B.O Rothbaum et al. "A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims", *Journal of Traumatic Stress*, 1992; 5:455-475
- 114 P. B. Sutker et al. "Cognitive deficits and psycho-pathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict", *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 62-72.
- 115 A.R. Luria and L.V. Majovski. "Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology", *American Psychologist*, 1977; 32(11): 959-968.
- 116 R. J. Ivnik. "Overstatement of differences", *American Psychologist*, 1978;33(8):766-767.
- 117 H. C. Traue, G. Schwarz-Langer, N.F. Gurriss; "Extremtraumatisierung durch Folter: Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer"; *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 1997;18(1):41-62.
- 118 D. M Jacobs et al. "Cross-cultural neuropsychological assessment: A comparison of randomly selected, demographically matched cohorts of English and Spanish-speaking older adult", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1997;19(3): 331-339.
- 119 O. Spreen and E. Strauss. "A Compendium of Neuropsychological Tests", 2<sup>nd</sup> ed. (New York, Oxford University Press), 1998.
- 120 J. A. Knight, "Neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder", J. P. Wilson, T.M. Keane eds. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, (New York, Guilford), 1997.
- 121 J. E. Dalton, S. L. Pederson, J. J. Ryan, "Effects of posttraumatic stress disorder on neuropsychological test performance", *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 1989; 11(3):121-124.
- 122 T. Gil et al. "Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder", *Journal of Traumatic Stress*, 1990; 3 (1): 29-45.
- 123 C. Schlar, "Evaluation and documentation of psychological evidence of torture" (basılmamış makale), 1999.
- 124 S. von Overbeck Ottino, "Families victimes de violences collectives et en exil: Quelle urgence, quel modele de soins? Le point de vue d'une pedopsychiatre" *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 1998;14:35-39.
- 125 V Grappe, "La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants refugies", M.R. Moro ve S. Lebovici eds. *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougashvie eten Armenie. Face au traumatisme*. (Paris: PUF), 1995.
- 126 J. Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux et Niestle, Neuchâtel, 1997.
- 127 Bkz. 125 numaralı dipnot.
- 128 L. C Terr, "Childhood traumas. An outline and overview." *American Journal of Psychiatry* 1991;148:10-20.
- 129 National Center for Infants, Toddlers and Families, *Zero to Three*. 1994.

- 130 F. Sironi, "On torture un enfant, ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique", *Enfonces*, 1995; 4:205-215.
- 131 L. Bailly. *Les catastrophes et leurs consequences psychotraumatiques chez l'enfant*, (Paris: ESF editeur,) 1996.

### **EK I'in kaynakları :**

\* *The Commission on Human Rights, in its resolution 2000/43, and the General Assembly, in its resolution 55/89, drew the attention of Governments to the Principles and strongly encouraged Governments to reflect upon the Principles as a useful tool in efforts to combat torture.* İnsan Hakları Komisyonu kararı 2000/43 ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu kararı 55/89, işkence ile mücadelede yararlı bir araç olarak Hükümetlerin İlkelere ve güçlü teşviklerine dikkati çekmiştir

<sup>a</sup> Bazı koşullar altında meslek etiği, bilginin gizli tutulmasını gerekli kılabilir. Bu gerekliliklere saygı gösterilmelidir.

<sup>b</sup> Yukarıdaki dipnotlara bakınız.

### **EK II'in kaynakları :**

<sup>a</sup> Bkz. 78 ve 85 numaralı dipnotlar; daha fazla bilgi edinmek için standart radyoloji ve nükleer tıp makaleleri ve kitaplarına bakınız.

<sup>b</sup> H.K. Thomsen et al. "Early epidermal changes in heat and electrically injured pig skin: a light microscopic study" *Forensic Science International* 1981;17:133-143.

<sup>c</sup> H.K. Thomsen et al "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*, 1983; 91:307-316.

<sup>d</sup> H. K. Thomsen, "Electrically induced epidermal changes. A morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy" (*Tez, University of Copenhagen, F.A.D.L*) 1984, 1-78.

<sup>e</sup> T. Karlsmark et al. "Tracing the use of torture: Electrically induced calcification of collagen in pig skin": *Nature* 1983;301:75-78.

<sup>f</sup> T. Karlsmark et al. "Electrically induced collagen calcification in pig skin. A histopathologic and histochemical study", *Forensic Science International* 1988; 39: 163-174.

<sup>g</sup> T. Karlsmark, Electrically induced dermal changes. A morphological study of porcine skin after transfer of low to moderate amounts of electrical energy. (*Tez University of Copenhagen*), *Danish Medical Bulletin* 1990;37:507-520.

<sup>h</sup> L. Danielsen et al. "Diagnosis of electrical skin injuries. A review and a description of a case", *American Journal of Forensic Medical Pathology* 1991;12:222-226.

<sup>i</sup> F. Öztop, V. Lök, T. Baykal, M Tunca, "Signs of electrical torture on the skin", *Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Raporu*, 1994;11:97-104.

<sup>j</sup> L. Danielsen, T. Karlsmark, H.K. Thomsen, "Diagnosis of skin lesions following electrical torture", *Rom J. Leg. Med.* 1997; 5:15-20.

<sup>k</sup> H. Jacobsen, "Electrically induced deposition of metal on the human skin" *Forensic Science International*, 1997; 90:85-92.

<sup>l</sup> S. Gürpınar, Ş. Korur Fincancı, "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu", *Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı*, Türk Tabipleri Birliği, Ankara. 1999.

<sup>m</sup> Bkz. (h) dipnot.

