

# PROTOKÓŁ STAMBULSKI

SERIA SZKOLEŃ ZAWODOWYCH Nr 8/Wersja 2

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



UNITED NATIONS  
HUMAN RIGHTS  
OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER



# PROTOKÓŁ STAMBULSKI

SERIA SZKOLEŃ ZAWODOWYCH Nr 8/Wersja 2

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



UNITED NATIONS  
**HUMAN RIGHTS**  
OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER

Nowy Jork i Genewa 2022

© 2001, 2004, 2022 Organizacja Narodów Zjednoczonych  
Wszelkie prawa zastrzeżone na całym świecie

Prośby o powielanie lub kserowanie fragmentów należy kierować do Copyright Clearance Center pod adresem [copyright.com](http://copyright.com). Wszelkie inne zapytania dotyczące praw i licencji, w tym praw zależnych, należy kierować do:

United Nations Publications, 405 East 42nd Street, S-09FW001, Nowy Jork, NY, 10017, Stany Zjednoczone Ameryki.  
E-mail: [Permissions@un.org](mailto:Permissions@un.org); strona internetowa: [Shop.un.org](http://Shop.un.org)

Chociaż dołożono wszelkich starań w celu zapewnienia, by treść niniejszej publikacji była zgodna ze stanem faktycznym i zawierała odpowiednie odniesienia, Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka (OHCHR)/Organizacja Narodów Zjednoczonych nie ponosi odpowiedzialności za dokładność i kompletność treści, a także nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek straty lub szkody, które mogą być spowodowane bezpośrednio lub pośrednio przez wykorzystanie treści niniejszej publikacji lub odwoływanie się do niej.

Ustalenia, interpretacje i wnioski zawarte w niniejszej publikacji zostały wyrażone przez poszczególnych współautorów i uczestników i nie zawsze muszą odzwierciedlać poglądów instytucji i organizacji, z którymi są związani, ani poglądów OHCHR, Organizacji Narodów Zjednoczonych, jej urzędników lub państw członkowskich.

Użyte nazwy i materiały przedstawione w niniejszej publikacji nie oznaczają wyrażenia jakiegokolwiek opinii ze strony Sekretariatu Organizacji Narodów Zjednoczonych na temat statusu prawnego jakiegokolwiek kraju, terytorium, miasta lub obszaru, lub jego władz, lub na temat wyznaczenia jego granic.

Symbole dokumentów Organizacji Narodów Zjednoczonych składają się z wielkich liter połączonych z cyframi. Wskazanie takiego symbolu oznacza odniesienie do danego dokumentu Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Publikacja Organizacji Narodów Zjednoczonych wydana przez Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka (OHCHR).

HR/P/PT/8/Wersja 2

Nr sprzedaży: E.22.XIV.4  
ISBN: 978-92-1-154241-7  
e-ISBN: 978-92-1-001232-4  
ISSN: 1020-1688  
eISSN: 2412-1398

Zdjęcie na okładce: © Adobe Stock, ref. 466867062, zdjęcie autorstwa Mr. Music.

# SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA.....	viii
NOTA INFORMACYJNA.....	x
WSPÓLAUTORZY I UCZESTNICY .....	xii
WPROWADZENIE .....	xxi
<b>I. ODPOWIEDNIE MIĘDZYNARODOWE NORMY I STANDARDY PRAWNE .....</b>	<b>2</b>
A. Prawo międzynarodowe praw człowieka .....	2
1. Normy i standardy opracowane przez Organizację Narodów Zjednoczonych .....	2
2. Regionalne systemy ochrony praw człowieka.....	13
B. Międzynarodowe prawo dotyczące uchodźcze i zasada non-refoulement.....	23
C. Międzynarodowe prawo humanitarne .....	25
D. Międzynarodowe sądy karne .....	26
<b>II. Odpowiednie kodeksy etyczne .....</b>	<b>30</b>
A. Odpowiednia etyka prawników praktyków .....	30
1. Zasady wspólne dla wszystkich kodeksów etyki zawodowej prawników praktyków .....	30
2. Zasady kierujące postępowaniem sędziów.....	31
3. Zasady kierujące postępowaniem prokuratorów .....	32
4. Zasady kierujące postępowaniem prawników .....	33
B. Zobowiązania etyczne pracowników ochrony zdrowia .....	34
1. Oświadczenia Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące pracowników ochrony zdrowia .....	35
2. Oświadczenia międzynarodowych organizacji zawodowych.....	37
3. Krajowe kodeksy etyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia .....	39
C. Zastosowanie zasad etycznych w ocenie klinicznej tortur i niewłaściwego traktowania.....	39
1. Dobroczynność i nieszkodzenie .....	39
2. Świadoma zgoda .....	40
3. Poufność .....	42
D. Pracownicy ochrony zdrowia mający sprzeczne zobowiązania.....	43
1. Zasady, którymi powinni kierować się pracownicy ochrony zdrowia mający sprzeczne zobowiązania ..	43
2. Dylematy wynikające ze sprzecznych zobowiązań.....	44
<b>III. DOCHODZENIE PRAWNE W SPRAWIE TORTUR LUB NIEWŁAŚCIWEGO TRAKTOWANIA .....</b>	<b>48</b>
A. Cele dochodzenia w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania.....	49
B. Zasady skutecznego badania i dokumentowania przypadków tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania lub karania .....	50
1. Znamiona przestępstwa tortur .....	50
2. Szybkie, niezależne i skuteczne dochodzenia .....	51

## PROTOKÓŁ STAMBULSKI

3.	Odpowiednie zasoby, możliwości i kompetencje.....	51
4.	Środki ochronne .....	52
5.	Prawa ofiar w kontekście dochodzeń .....	52
6.	Niezależna komisja śledcza .....	53
7.	Sprawozdanie bieglego z zakresu medycyny.....	53
<b>C. Procedury związane z dochodzeniem w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania .....</b>		<b>54</b>
1.	Określenie właściwego organu dochodzeniowo-śledczego.....	54
2.	Planowanie i przygotowanie dochodzenia .....	55
3.	Prowadzenie dochodzenia.....	55
<b>D. Komisje śledcze.....</b>		<b>65</b>
1.	Ustalenie zakresu dochodzenia.....	65
2.	Uprawnienia komisji .....	66
3.	Kryteria członkostwa.....	66
4.	Personel komisji .....	66
5.	Ochrona świadków .....	67
6.	Postępowanie .....	67
7.	Zawiadomienie o dochodzeniu .....	67
8.	Pozyskiwanie dowodów .....	67
9.	Prawa stron.....	67
10.	Ocena dowodów .....	68
11.	Sprawozdanie komisji.....	68
<b>E. Rola prokuratorów, sędziów, krajowych instytucji praw człowieka i innych podmiotów w dochodzeniu w sprawie stosowania tortur .....</b>		<b>68</b>
1.	Prokuratorzy .....	68
2.	Sędziowie.....	70
3.	Krajowe instytucje praw człowieka i krajowe mechanizmy prewencji .....	71
4.	Inne podmioty .....	71
<b>F. Wykorzystanie dowodów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania w innych procedurach prawnych .....</b>		<b>72</b>

## IV. OGÓLNE UWAGI DOTYCZĄCE ZBIERANIA WYWIADU .....

### 74

<b>A. Uwagi wstępne.....</b>		<b>74</b>
1.	Cel wywiadu, badanie i dokumentacja.....	74
2.	Niezbędne warunki i umiejętności dotyczące zbierania wywiadu .....	75
3.	Ujawnienie informacji na temat tortur lub niewłaściwego traktowania na tle seksualnym .....	76
4.	Ryzyko retraumatyzacji osoby, od której zbierany jest wywiad .....	77
5.	Płeć, orientacja seksualna i tożsamość płciowa .....	78
6.	Zbieranie wywiadu od dzieci .....	79
7.	Świadomość kulturowa, religijna i społeczna/polityczna.....	81
8.	Korzystanie z usług tłumaczy ustnych .....	81
9.	Reakcje emocjonalne i ich potencjalne skutki .....	82
<b>B. Zbieranie wywiadu.....</b>		<b>83</b>
1.	Kwalifikacje kliniczne.....	83
2.	Połączenie ocen fizycznych i psychologicznych .....	84
3.	Okoliczności wywiadu.....	84
4.	Gwarancje proceduralne w odniesieniu do osób zatrzymanych .....	85

5.	Oficjalne wizyty w miejscach zatrzymań .....	86
6.	Przygotowanie do wywiadu .....	87
7.	Bariery komunikacyjne .....	87
8.	Budowanie relacji .....	88
9.	Poziom szczegółowości historii .....	88
10.	Techniki zadawania pytań .....	88
11.	Trudności w przypominaniu i relacjonowaniu zdarzeń .....	90
12.	Zmienność i niespójności w historii .....	90
13.	Rozwiązanie problemu zmienności i niespójności .....	91
<b>C.</b>	<b>Treść wywiadów .....</b>	<b>92</b>
1.	Przedstawienie się i ustalenie tożsamości .....	93
2.	Informacje ogólne/informacje o sprawie .....	94
3.	Historia psychospołeczna przed aresztowaniem .....	94
4.	Zarzuty tortur i niewłaściwego traktowania .....	95
5.	Przegląd metod tortur .....	96
6.	Ocena dowodów fizycznych i psychologicznych .....	98
7.	Zakończenie i wskazania do skierowania .....	98
<b>D.</b>	<b>Uwagi po zebraniu wywiadu .....</b>	<b>99</b>
1.	Interpretacja ustaleń .....	99
2.	Wnioski i zalecenia .....	100
3.	Samookaleczenie i symulacja .....	100
4.	Rzetelność dowodów klinicznych i wiarygodność .....	101
5.	Ograniczenia, błędna interpretacja lub celowe niewłaściwe wykorzystanie Protokołu stambulskiego .....	101
<b>V.</b>	<b>FIZYCZNE DOWODY TORTUR I NIEWŁAŚCIWEGO TRAKTOWANIA .....</b>	<b>104</b>
<b>A.</b>	<b>Wywiad chorobowy .....</b>	<b>104</b>
1.	Ostre objawy .....	104
2.	Objawy przewlekłe .....	105
3.	Znaczenie wywiadu chorobowego .....	105
<b>B.</b>	<b>Badanie fizykalne .....</b>	<b>105</b>
1.	Skóra .....	106
2.	Twarz .....	106
3.	Klatka piersiowa i brzuch .....	108
4.	Układ mięśniowo-szkieletowy .....	108
5.	Układ moczowo-płciowy .....	109
6.	Ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy .....	109
<b>C.</b>	<b>Interpretacja ustaleń .....</b>	<b>109</b>
<b>D.</b>	<b>Wnioski i zalecenia .....</b>	<b>111</b>
<b>E.</b>	<b>Badanie i ocena w następstwie określonych form tortur .....</b>	<b>112</b>
1.	Pobicia i inne urazy tępe .....	112
2.	Bicie w stopy .....	115
3.	Podwieszanie .....	116
4.	Inne tortury pozycyjne .....	118
5.	Tortury elektrowstrząsami .....	118
6.	Tortury dentystryczne .....	119
7.	Duszenie .....	119
8.	Tortury seksualne, w tym gwałt .....	119

## PROTOKÓŁ STAMBULSKI

F. Specjalistyczne testy diagnostyczne .....	126
G. Ocena niepełnosprawności funkcjonalnej .....	127
H. Dzieci.....	127

## VI. PSYCHOLOGICZNE DOWODY TORTUR I NIEWŁAŚCIWEGO TRAKTOWANIA..... 130

A. Uwagi ogólne.....	130
1. Główna rola oceny psychologicznej.....	130
2. Kontekst oceny psychologicznej.....	131
B. Psychologiczne konsekwencje tortur i niewłaściwego traktowania .....	132
1. Uwagi wstępne.....	132
2. Typowe reakcje psychologiczne .....	133
3. Klasyfikacje diagnostyczne.....	136
C. Ocena psychologiczna/psychiatryczna .....	139
1. Względy etyczne i kliniczne .....	139
2. Przebieg wywiadu .....	140
3. Elementy oceny psychologicznej/psychiatrycznej.....	140
4. Ocena neuropsychologiczna.....	145
5. Dzieci i kwestia tortur .....	149
D. Lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i interseksualne a kwestia tortur i niewłaściwego traktowania .....	157

## VII. ROLA PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA W DOKUMENTOWANIU TORTUR I NIEWŁAŚCIWEGO TRAKTOWANIA..... 161

A. Obowiązki państwowe i etyczne pracowników ochrony zdrowia .....	161
B. Konteksty, w których udokumentowanie może być konieczne .....	162
C. Wyzwania .....	163
1. Strach przed odwetem.....	163
2. Brak szkoleń.....	164
3. Brak czasu, duże obciążenie pracą i niewystarczająca liczba pracowników ochrony zdrowia .....	164
4. Brak odpowiedniej przestrzeni lub warunków zawodowych.....	164
5. Nieujawnianie informacji .....	165
6. Trauma zastępcza i wypalenie zawodowe .....	165
D. Wdrażanie obowiązków etycznych .....	165
1. Rzeczywiste lub postrzegane zobowiązania wobec osób trzecich .....	166
2. Ukryte i jawne uprzedzenia.....	166
3. Ograniczone możliwości skierowania .....	166
E. Wytyczne i procedury.....	166
1. Oceny kliniczne w kontekście prawnym.....	166
2. Oceny kliniczne w kontekstach pozaprawnych.....	167
F. Zgłaszanie i regulacje .....	169
G. Monitorowanie i zapewnianie jakości wszystkich oficjalnych ocen .....	169



<b>VIII. WDROŻENIE PROTOKOŁU STAMBULSKIEGO .....</b>	<b>171</b>
A    Warunki skutecznego wdrożenia Protokołu stambulskiego.....	171
1.    Oficjalne uznanie standardów Protokołu stambulskiego .....	171
2.    Wola polityczna.....	172
3.    Skuteczny system sądownictwa karnego .....	172
4.    Odpowiednie zasoby finansowe i ludzkie .....	173
5.    Dobre rządy .....	173
6.    Współpraca .....	173
7.    Aktywny udział społeczeństwa obywatelskiego .....	174
B.    W kierunku skutecznego wdrożenia Protokołu stambulskiego.....	174
1.    Etap I.....	174
2.    Etap II .....	174
3.    Etap III .....	175
C.    Reformy prawne, administracyjne i sądowe .....	175
D.    Państwowa reforma medycyny sądowej i zawodów medycznych.....	177
E.    Wdrażanie Protokołu stambulskiego: monitorowanie i odpowiedzialność.....	179
F.    Współpraca, koordynacja i pomoc techniczna.....	181
G.    Społeczeństwo obywatelskie .....	181
<b>SŁOWNICZEK.....</b>	<b>183</b>
<b>ZAŁĄCZNIKI .....</b>	<b>187</b>
I.    Zasady skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.....	187
II.   Wytyczne dotyczące dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania dzieci .....	190
III.  Rysunek anatomiczny do dokumentacji tortur i niewłaściwego traktowania .....	197
IV.  Wytyczne dotyczące oceny klinicznej tortur i niewłaściwego traktowania .....	225

# PRZEDMOWA

W 2001 r. Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka (OHCHR) opublikowało pierwsze wydanie Protokołu stambulskiego, który następnie zaktualizowano w 2004 r. Od tego czasu wykorzystuje się go w kontekście medyczno-prawnym i innych kontekstach na całym świecie jako cenne praktyczne narzędzie służące do badania i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania, ochrony ofiar i rzecznictwa społeczeństwa obywatelskiego w imieniu ofiar. Opierając się na wieloletnim doświadczeniu w stosowaniu Protokołu stambulskiego w praktyce, praktycy i naukowcy z całego świata zebrali swoje doświadczenia, określili dobre praktyki i podkreślili wnioski wyciągnięte z jego stosowania, ograniczeń, błędnej interpretacji, a nawet celowego niewłaściwego wykorzystania. Te intensywne wspólne działania pomogły w dalszym odzwierciedleniu postępów w zrozumieniu praktyk i skutków tortur i niewłaściwego traktowania, co zaowocowało kompleksową aktualizacją Protokołu stambulskiego.

Z zadowoleniem przedstawiam zatem wydanie Protokołu stambulskiego z 2022 r., które opiera się na poprzednim wydaniu z 2004 r. Ten wielostronny i multidyscyplinarny plan działania opiera się na zakrojonych na szeroką skalę międzynarodowych konsultacjach przeprowadzonych przez ponad 180 ekspertów, w tym specjalistów w dziedzinie zdrowia, prawa i praw człowieka ze wszystkich regionów świata. Bazując na odpowiednich przepisach prawa międzynarodowego, zapewnia on jeszcze bardziej konkretne, jasno określone i zrozumiałe wytyczne, aby pomóc państwom członkowskim, krajowym instytucjom praw człowieka, krajowym mechanizmom prewencyjnym, społeczeństwu obywatelskiemu, prawnikom i pracownikom ochrony zdrowia oraz innym odpowiednim ekspertom we wdrażaniu standardów Protokołu stambulskiego.

Nowe wydanie jest wynikiem współpracy między społeczeństwem obywatelskim, praktykami, naukowcami i członkami wszystkich mechanizmów ONZ przeciwdziałających torturom, mianowicie Komitetu przeciwko Torturom, Podkomitetu do spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu, specjalnego sprawozdawcy ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania oraz Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur. Głównym tematem zaktualizowanej wersji są obawy ofiar i podejście uwzględniające aspekt płci.

Pomimo dobrych przykładów wskazujących na postęp prawny, polityczny i instytucjonalny w prawie i praktyce potrzeba jeszcze dużo pracy na rzecz zwalczania tortur i zapobiegania im. Konieczne jest nieustające zaangażowanie ze strony każdego państwa w celu zapewnienia, by gwarancje prawne służące

zapobieganiu torturom i niewłaściwemu traktowaniu były w pełni i prawidłowo wdrażane. Ma to zagwarantować pociągnięcie do odpowiedzialności za takie naruszenia oraz to, by ofiary otrzymały pełne i odpowiednie środki naprawy szkody. Nowe wydanie Protokołu stambulskiego jest cennym narzędziem służącym do zwalczania tortur i zapobiegania im oraz niezbędnym punktem odniesienia do opracowywania i wdrażania polityk, a także do szkolenia szerokiego spektrum podmiotów pracujących z ofiarami tortur i kierowania takimi podmiotami.

OHCHR podtrzymuje swoje zobowiązanie na rzecz wspierania państw w eliminowaniu tortur i niewłaściwego traktowania, w skutecznym wdrażaniu międzynarodowych standardów praw człowieka oraz w zapewnianiu ofiarom zadośćuczynienia, w tym rehabilitacji. Dlatego zachęcam państwa i podmioty niepaństwowe, społeczeństwo obywatelskie, indywidualnych praktyków i wszystkich zainteresowanych zapobieganiem torturom i niewłaściwemu traktowaniu oraz ochroną przed nimi do korzystania z nowego wydania Protokołu stambulskiego. W szczególności zachęcam państwa do uczynienia Protokołu stambulskiego istotną częścią szkolenia wszystkich odpowiednich funkcjonariuszy publicznych i pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w zatrzymywanie, przesłuchiwanie i leczenie osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania, zatrzymania lub uwięzienia. Mam nadzieję, że dzięki współpracy i wspólnym staraniom uda nam się zwalczyć i przezwyciężyć jedno z największych wyzwań naszych czasów oraz zbudować lepszą i bezpieczniejszą przyszłość dla ludzkości.

[*podpis nieczytelny*]

**Michelle Bachelet**

Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka

# NOTA INFORMACYJNA

Niniejsza publikacja jest zaktualizowanym wydaniem *Podręcznika skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Protokół stambulski)*. W Protokole stambulskim określono międzynarodowe standardy prowadzenia skutecznych dochodzeń prawnych i badań medyczno-prawnych w sprawie zarzutów stosowania tortur lub niehumanitarnego traktowania. Protokół stambulski został opracowany przez 75 ekspertów w dziedzinie prawa, zdrowia i praw człowieka z 40 organizacji z 15 krajów. Został on oficjalnie zatwierdzony przez byłą Wysoką Komisarz Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka, Mary Robinson, w dniu 9 sierpnia 1999 r. i włączony do serii szkoleń zawodowych Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka w 2001 r., a następnie zaktualizowany w 2004 r. Protokół stambulski zawiera szereg „zasad stambulskich” określających minimalne standardy, których państwo musi przestrzegać, aby zapewnić skuteczne badanie i dokumentowanie tortur i niehumanitarnego traktowania, jak omówiono w dalszej części podręcznika. W 2000 r. zasady stambulskie rozpropagowano w rezolucjach Zgromadzenia Ogólnego<sup>1</sup> i w ramach byłej Komisji Praw Człowieka ONZ<sup>2</sup>, a państwa wezwano do rozpowszechniania zasad i wykorzystywania ich w działaniach na rzecz zwalczania tortur.

Protokół stambulski i jego zasady są rutynowo wykorzystywane jako punkt odniesienia do pomiaru skuteczności dochodzeń w sprawie tortur prowadzonych przez Komitet przeciwko Torturom, specjalnego sprawozdawcę ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania oraz Podkomitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Niehumanitarnemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu. Ponadto standardy określone w Protokole stambulskim są stosowane przez regionalne organy ds. ochrony praw człowieka, w tym Międzyamerykańską Komisję Praw Człowieka, Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Afrykańską Komisję Praw Człowieka i Ludów oraz Europejski Trybunał Praw Człowieka, a także wiele instytucji krajowych. W październiku 2014 r. specjalny sprawozdawca ds. tortur, Juan E. Méndez, w swoim corocznym sprawozdaniu dla Zgromadzenia Ogólnego uznał kluczową rolę nauk sądowych i medycznych w badaniu tortur i innego niehumanitarnego traktowania oraz zapobiegania im. Stwierdził, że „[s]tandardy Protokołu stambulskiego służą jako norma oceny dowodów medycznych, jako narzędzie odniesienia dla ekspertów wydających ekspertyzy, jako punkt odniesienia dla oceny skuteczności krajowego ustalania faktów oraz jako środek zadośćuczynienia dla ofiar” oraz że: „[w]ysokiej jakości sprawozdania kryminalistyczne rewolucjonizują badanie tortur”<sup>3</sup>. Takie uznanie przez organy ONZ ds. praw człowieka, regionalne sądy ds. praw człowieka i specjalnych sprawozdawców ONZ ułatwiło powszechne stosowanie i przyjęcie Protokołu stambulskiego w kontekście medyczno-prawnym i innych kontekstach na całym świecie. W ciągu ostatnich 20 lat podmioty państwowe i niepaństwowe coraz częściej wykorzystywały Protokół stambulski i jego zasady do prowadzenia badań tortur i niehumanitarnego traktowania.

1 Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 55/89.

2 Rezolucja Komisji Praw Człowieka ONZ 2000/43.

3 A/69/387, pkt 59 i 64.

Niniejsza publikacja ma na celu aktualizację i wzmocnienie Protokołu stambulskiego w następstwie realizacji projektu obejmującego ponad 180 uczestników z 51 krajów. Projektem kierowali przedstawiciele czterech organizacji społeczeństwa obywatelskiego (Lekarze na rzecz Praw Człowieka, Międzynarodowa Rada Rehabilitacji Ofiar Tortur, Fundacja Praw Człowieka Turcji i Redress Trust) oraz czterech głównych organów ONZ zajmujących się zwalczaniem tortur (Komitet przeciwko Torturom, Podkomitet do spraw Zapobiegania Torturom, specjalny sprawozdawca ds. tortur i Dobrowolny Fundusz ONZ na rzecz Ofiar Tortur). W skład komitetu redakcyjnego Protokołu stambulskiego tego projektu wchodzi przedstawiciele wszystkich czterech organizacji społeczeństwa obywatelskiego i wszystkich czterech głównych organów ONZ zajmujących się zwalczaniem tortur. Projekt otrzymał wsparcie od Dignity - Duńskiego Instytutu Przeciwko Torturom - i Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur. Ważnym wsparciem było też zaangażowanie poszczególnych ekspertów i organizacji oraz poświęcony przez nich czas.

Te zakrojone na szeroką skalę międzynarodowe działania miały na celu aktualizację Protokołu stambulskiego, tak aby odzwierciedlić postępy w tym, jak rozumie się praktyki i skutki tortur i niewłaściwego traktowania, a także aby przedstawić praktyczne doświadczenia i wnioski wyciągnięte ze stosowania Protokołu stambulskiego w ciągu ostatnich 20 lat. Projekt obejmował regionalne spotkania koordynacyjne w Biszkeku, Meksyku i Kopenhadze oraz ankietę przeprowadzoną wśród ponad 200 osób, które mają duże doświadczenie w stosowaniu Protokołu stambulskiego w działaniach przeciwko torturom. Oprócz aktualizacji sześciu oryginalnych rozdziałów Protokołu stambulskiego w niniejszym wydaniu znalazły się dwa nowe rozdziały: rozdział VII zawiera wytyczne dotyczące roli pracowników ochrony zdrowia w różnych kontekstach, w których dokumentacja może być konieczna, a rozdział VIII zawiera wytyczne dotyczące działań niezbędnych do skutecznego wdrożenia Protokołu stambulskiego przez państwa.

Wydanie Protokołu stambulskiego z 2022 r. zostanie udostępnione we wszystkich sześciu oficjalnych językach Organizacji Narodów Zjednoczonych na stronie internetowej Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka ([www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)).

# WSPÓŁAUTORZY I UCZESTNICY

## KOMITET REDAKCYJNY PROTOKOŁU STAMBULSKIEGO

**Dr Vincent Iacopino**, były starszy doradca medyczny organizacji Lekarze na rzecz Praw Człowieka; adiunkt medycyny w Szkole Medycznej Uniwersytetu Minnesoty

**James Lin**, koordynator programu Protokołu stambulskiego w Międzynarodowej Radzie Rehabilitacji Ofiar Tortur; adiunkt prawa w Narodowym Uniwersytecie Yang Ming Chiao Tung

**Dr Şebnem Korur Fincancı**, prezes Tureckiego Stowarzyszenia Medycznego; członek zarządu Fundacji Praw Człowieka Turcji; emerytowany profesor medycyny sądowej na Wydziale Medycyny Uniwersytetu w Stambule

**Chris Esdaile**, radca prawny/adwokat w Redress Trust

**Dr Jens Modvig**, dyrektor Departamentu Zdrowia w Dignity - Duńskim Instytucie Przeciwko Torturom; szef Międzynarodowej Platformy Odpowiedzialności ws. Białorusi; były przewodniczący Komitetu przeciwko Torturom

**Nora Sveaass**, emerytowana profesor Uniwersytetu w Oslo; członkini Podkomitetu do spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu

**Nils Melzer**, były specjalny sprawozdawca ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania

**Dr Vivienne H. Nathanson**, przewodnicząca Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur; była dyrektor ds. działalności zawodowej Brytyjskiego Stowarzyszenia Medycznego

## REDAKTORZY ROZDZIAŁÓW PROTOKOŁU STAMBULSKIEGO

**Juan E. Méndez**, były specjalny sprawozdawca ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (2010-2016); profesor prawa w Szkole Prawniczej Amerykańskiego Uniwersytetu w Waszyngtonie

**Dr Vincent Iacopino**, były starszy doradca medyczny organizacji Lekarze na rzecz Praw Człowieka; adiunkt medycyny w Szkole Medycznej Uniwersytetu Minnesoty

**Dr Lutz Oette**, profesor prawa międzynarodowego praw człowieka, Centrum Prawa Praw Człowieka, Szkoła Studiów Orientalnych i Afrykańskich, Uniwersytet Londyński

**Dr Rohini J. Haar**, adiunkt w Szkole Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley; doradca medyczny w organizacji Lekarze na rzecz Praw Człowieka

**Dr Juliet Cohen**, była szefowa lekarzy organizacji Freedom from Torture

**Felicitas Treue**, psycholog w organizacji Colectivo contra la Tortura y la Impunidad w Meksyku; Niezależna Grupa Biegłych z zakresu Kryminalistyki

**Nora Sveaass**, emerytowana profesor Uniwersytetu w Oslo; członkini Podkomitetu do spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu lub Karaniu

**Dr Rusudan Beriashvili**, profesor nadzwyczajny Państwowego Uniwersytetu Medycznego w Tbilisi

## CZŁONKOWIE GRUPY ROBOCZEJ DS. PROTOKOŁU STAMBULSKIEGO

**Dr Uju R. Agomoh**, dyrektor wykonawczy organizacji Prisoners' Rehabilitation and Welfare Action; założyciel organizacji Development Voice

**Dr Ameena T. Ahmed**, lekarz w organizacji Permanente Medical Group

**Dr Ahmed Mohammed Amin Ahmed**, dyrektor Wchan Organization for Victims of Human Rights Violations; wykładowca Politechniki w Sulaimani - Wyższej Szkole Technicznej Zdrowia, Region Kurdystanu w Iraku

**Dr Joanne Ahola**, emerytowana dyrektor ds. medycznych organizacji Weill Cornell Center for Human Rights; szkoleniowiec w organizacji Lekarze na rzecz Praw Człowieka

**Dr Dina A. al-Shafie**, psychiatra i psychospołeczny konsultant sądowy w organizacji Synergy for Justice; ekspert i śledczy ds. przemocy seksualnej i tortur na obszarach pokonfliktowych oraz szkoleniowiec w zakresie Protokołu stambulskiego w organizacji Médecins Sans Frontières, Egipt

**Dr Aida S. Alayarian**, przewodnicząca i kierownik kliniczny Centrum Terapii Uchodźców w Royal Society of Medicine; członkini United Kingdom Council for Psychotherapy i British Psychological Society

**Djordje Alempijevic**, profesor medycyny sądowej Akademii Medycznej na Uniwersytecie w Belgradzie; członek fundacji, Wydział Medycyny Sądowej i Prawnej, Royal College of Physicians w Londynie

**Federico Allodi**, profesor nadzwyczajny Uniwersytetu w Toronto; były przewodniczący Kanadyjskiego Centrum Ofiar Tortur

**Dr Yahya Alrahal**, doradca medycyny organizacji Lawyers and Doctors for Human Rights [Prawnicy i Lekarze na rzecz Praw Człowieka]

**Dr Kerem Altıparmak**, przewodniczący Centrum Praw Człowieka przy Izbie Adwokackiej w Ankarze; wiceprzewodniczący Stowarzyszenie Praw Człowieka, Turcja

**George J. Annas**, profesor honorowy Warren Uniwersytetu Bostońskiego; dyrektor Centrum Prawa Zdrowotnego, Etyki i Praw Człowieka w Szkole Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Bostońskiego

**Jorge G. Aroche**, dyrektor naczelny New South Wales Service for the Treatment and Rehabilitation of Torture and Trauma Survivors [Służby Nowej Południowej Walii ds. leczenia i rehabilitacji ofiar tortur i traumy]; przewodniczący International Rehabilitation Council for Torture Victims [Międzynarodowa Rada Rehabilitacji Ofiar Tortur], Australia

**Ulugbek Azimov**, były przewodniczący Rady Koordynacyjnej Krajowego Mechanizmu Prewencji; ekspert prawny, Kirgistan

**Ioanna Babassika**, prawnik, Izba Adwokacka w Atenach; ekspert ds. praw człowieka, Grecja

**Dr Kenneth Daniel Bagonza**, lekarz, Afrykańskie Centrum Leczenia i Rehabilitacji Ofiar Tortur; Uniwersytet Nauki i Technologii Mbarara, Uganda

**Dr Metin Bakkalci**, lekarz medycyny, Fundacja Praw Człowieka Turcji

**Dr Turkcan Baykal**, lekarz medycyny, Fundacja Praw Człowieka Turcji; psycholog kliniczny, Turcja

**Dr Smadar Ben-Natan**, lekarz, Uniwersytet w Tel Awiwie

**Dr Ahmed Benasr**, lekarz medycyny sądowej, Nebras, Tunezja

**Barbara Bernath**, Sekretarz Generalny Stowarzyszenia na rzecz Zapobiegania Torturom, Genewa

**Dr Jonathan Beynon**, niezależny ekspert ds. dokumentowania tortur i warunków przetrzymywania, Genewa

**Moritz Birk**, szef działu Godność Ludzka i Bezpieczeństwo Publiczne w Instytucie Praw Podstawowych i Praw Człowieka Ludwiga Boltzmanna w Wiedniu

**Dr Bettina Birmanns**, neurolog, Społeczny Komitet przeciwko Torturom w Izraelu

**Jean-Sébastien Blanc**, doradca naukowy Szwajcarskiego Centrum Ekspertyz w zakresie Więziennictwa i Probacji; były dyrektor ds. programów tematycznych Stowarzyszenia na rzecz Zapobiegania Torturom w Genewie

**Dr Anissa Bouasker**, psychiatra i adiunkt w Akademii Medycznej w Tunisie

**Dr Marie Brasholt**, starszy lekarz w Dignity - Duńskim Instytucie Przeciwko Torturom; członkini Podkomitetu do spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu lub Karaniu

**Dr Nicole Bürli**, starszy doradca ds. praw człowieka Światowej Organizacji przeciwko Torturom w Genewie

**Sofia C. Candeias**, zespół ekspertów ds. praworządności i przemocy seksualnej w konfliktach zbrojnych

**Lotta Carlsson**, terapeuta prowadzący, doradca, Centrum Psychotraumatologii, Helsińska Fundacja Diakonis; niezależny konsultant Sieci

Upowszechniania Wiedzy o Radykalizacji Postaw i Rady Europy, Finlandia

**Jim Cavallaro**, profesor prawa Międzynarodowej Kliniki Praw Człowieka i Rozwiązywania Konfliktów w Stanford i Centrum Praw Człowieka w Stanford; były komisarz i przewodniczący Międzyamerykańskiej Komisji Praw Człowieka

**Sirikan Charoensiri** z organizacji Tajlandzcy Prawnicy na rzecz Praw Człowieka

**Tatiana Chernobil**, niezależny ekspert prawny, Kazachstan

**Elena Olga Christidi**, psycholog, była koordynator ds. naukowych, certyfikacja ofiar tortur, METAdrasi; dyrektor ds. naukowych organizacji Orlando LGBT+ Mental Health Beyond the Stigma, Grecja

**Guy Coffey**, psycholog kliniczny i prawnik w Victorian Foundation for Survivors of Torture, Australia

**Dr Keren Cohen**, starszy wykładowca, Goldsmiths, Uniwersytet Londyński; psycholog-terapeuta, Zjednoczone Królestwo

**Dr Sondra S. Crosby**, profesor nadzwyczajny medycyny i zdrowia publicznego Uniwersytetu Bostońskiego; biegły z zakresu medycyny i doradca ds. dokumentowania tortur organizacji Lekarze na rzecz Praw Człowieka

**Dr Malabika M. Das**, konsultant ds. integracyjnej pracy socjalnej, adiunkt Państwowego Uniwersytetu Tajwańskiego

**María de Lezcano-Mújica González**, była konsultantka Instytutu Praw Człowieka Międzynarodowego Stowarzyszenia Prawników

**Clarisse Delorme**, starszy doradca ds. polityki w Światowym Stowarzyszeniu Lekarzy

**Ana Deutsch**, psycholog, Program dla Ofiar Tortur, Los Angeles

**Dr Carole Dromer**, była koordynator programu opieki zdrowotnej w ośrodkach detencyjnych, Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża

**Vanessa Drummond**, zastępca dyrektora projektu, Inicjatywa przeciwko Torturom, Centrum Praw

Człowieka i Prawa Humanitarne, Szkoła Prawnicza Amerykańskiego Uniwersytetu w Waszyngtonie

**Helen Duffy**, dyrektor organizacji Prawa Człowieka w Praktyce; profesor Uniwersytetu w Lejdzie, Niderlandy

**Dr Maximo Alberto Duque Piedrahita**, lekarz medycyny, Uniwersytet CES; specjalista medycyny sądowej, Uniwersytet Narodowy, Kolumbia

**Dr Pierre Duterte**, psychoterapeuta, Francja

**Dr Alice J. Edwards**, szefowa sekretariatu Inicjatywy na rzecz Konwencji w Sprawie Zakazu Stosowania Tortur, Genewa

**Dr Ingrid Elliott**, ekspert ds. międzynarodowego wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych oraz przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć, Synergy for Justice; zespół ekspertów ds. praworządności i przemocy seksualnej w konfliktach zbrojnych

**Chris Esdaile**, radca prawny/adwokat w Redress Trust

**Sir Malcolm D. Evans**, profesor międzynarodowego prawa publicznego na Uniwersytecie w Bristolu; były przewodniczący Podkomitetu do spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu lub Karaniu

**Ravindra Fernando**, emerytowany profesor Uniwersytetu w Kolombo; starszy profesor Uniwersytetu Obrony im. generała Sir Johna Kotelawali, Sri Lanka

**Dr Carla Ferstman**, starszy wykładowca Uniwersytetu Essex

**Dr Şebnem Korur Fincancı**, prezes Tureckiego Stowarzyszenia Medycznego; członek zarządu Fundacji Praw Człowieka Turcji; emerytowany profesor medycyny sądowej na Wydziale Medycyny Uniwersytetu w Stambule

**Barbara A. Frey**, dyrektor Programu na rzecz Praw Człowieka na Uniwersytecie w Minnesocie; starszy wykładowca Instytutu Studiów Globalnych na Uniwersytecie w Minnesocie

**Christy C. Fujio**, starszy doradca techniczny ds. dostępu do wymiaru sprawiedliwości i ochrony,



Heartland Alliance International; dyrektor organizacji Synergy for Justice, Stany Zjednoczone Ameryki

**Sarah Fulton**, prawniczka i konsultantka ds. praw człowieka, Sydney; była międzynarodowa doradczyni prawna w Redress Trust

**Fiona Gabbert**, profesor psychologii, Goldsmiths, Uniwersytet Londyński; dyrektor Wydziału Psychologii Sądowej, Goldsmiths, Uniwersytet Londyński

**Felice Gaer**, dyrektor Instytutu Jacoba Blausteina na rzecz poprawy sytuacji w zakresie praw człowieka; była członkini i wiceprzewodnicząca Komitetu przeciwko Torturom

**Katherine Gallagher**, starsza prawnik, Centrum Praw Konstytucyjnych, Stany Zjednoczone

**Dr Andrés Gautier**, lekarz, Instituto de Terapia e Investigación sobre las secuelas de la tortura y violencia estatal, Boliwia (Wielonarodowe Państwo Boliwia)

**Dr Yuval Ginbar**, doradca prawny, Amnesty International, Zjednoczone Królestwo

**Maartje L. Goudswaard**, lekarz medycyny sądowej, Wydział Medycyny Sądowej w Amsterdamie; lekarz medycyny

**Edith Escareño Granados**, psycholog, niezależna ekspertka, Meksyk

**Dr Peter G. Green**, wyznaczony lekarz ds. ochrony dzieci, Wandsworth Clinical Commissioning Group, Zjednoczone Królestwo

**Charles W. Greenbaum**, profesor psychologii społecznej Uniwersytetu Hebrajskiego w Jerozolimie

**Dr Dadimos Haile**, profesor nadzwyczajny prawa ma Uniwersytecie Bahir Dar, Etiopia

**Dr Sana Hamzeh**, doradca kliniczny w Centrum Rehabilitacji Ofiar Przemocy i Tortur Restart, Liban

**Dr Steen Holger Hansen**, patolog sądowy, Uniwersytet Kopenhaski

**Dr Lilla Hárđi**, lekarz, Fundacja Cordelia na rzecz Rehabilitacji Ofiar Tortur, Węgry

**Dr Karin Helweg-Larsen**, starszy pracownik naukowy na Uniwersytecie Kopenhaskim

**Edeliza Pescante Hernandez**, dyrektor wykonawcza Medical Action Group; członkini Rady na Azję Międzynarodowej Rady Rehabilitacji Ofiar Tortur, Filipiny

**Verónica Hinestroza Arenas**, niezależna ekspertka ds. prawa międzynarodowego praw człowieka, Kolumbia; była starsza prawnik programowa w Instytucie Praw Człowieka Międzynarodowego Stowarzyszenia Prawników

**Jonathan Horowitz**, starszy specjalista ds. prawnych organizacji National Security and Counterterrorism [Bezpieczeństwo narodowe i walka z terroryzmem], Open Society Justice Initiative, Stany Zjednoczone

**Andrea Huber**, dyrektor Departamentu Praw Człowieka i zastępczyni Dyrektora Działu Praworządności w Biurze ds. Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie, Polska

**Dr Vincent Iacopino**, były starszy doradca medyczny organizacji Lekarze na rzecz Praw Człowieka; adiunkt medycyny w Szkole Medycznej Uniwersytetu Minnesoty

**Dr Bayazit İlhan**, były prezes Tureckiego Stowarzyszenia Medycznego

**Dr Jim Jaranson**, konsultant, Stany Zjednoczone

**Dr Amar Jesani**, redaktor *Indian Journal of Medical Ethics*; niezależny konsultant i nauczyciel w zakresie zdrowia publicznego i bioetyki, Indie

**Carlos A. Jibaja**, psycholog, Centro de Atención Psicosocial; psychoterapeuta psychoanalityczny, Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica, Peru

**Dr Mariam Jishkariani**, lekarz medycyny, dyrektor RCT/EMPATHY; psychiatra, Państwowy Uniwersytet Medyczny w Tbilisi, Gruzja

**Nuriana A. Kartanbaeva**, dyrektor Programu Prawnego Fundacji Sorosa, Kirgistan

**Dr Marianne C. Kastrup**, konsultantka, Dania

**Dr Allen S. Keller**, profesor nadzwyczajny Akademii Medycznej na Uniwersytecie Nowojorskim; założyciel

Bellevue Program for Survivors of Torture, programu Uniwersytetu Nowojorskiego na rzecz ofiar tortur

**Pornpen Khongkachonkiet**, dyrektor Cross Cultural Foundation, Tajlandia

**Coleen Kivlahan**, profesor medycyny rodzinnej i dyrektor wykonawczy, Usługi Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Kalifornijski w San Francisco

**Asger Kjaerum**, dyrektor ds. rzecznictwa Międzynarodowej Rady Rehabilitacji Ofiar Tortur

**Vincent O. Kodongo**, dyrektor Shield for Justice Foundation, Kenia

**Elsbeth J. Kors**, psycholog kliniczny, Instytut Praw Człowieka i Oceny Medycznej, Niderlandy

**Dr Debabrata R. Laifungbam**, dyrektor Transkulturowego Centrum dla Ofiar Tortur Human to Humane, Centre for Organisation Research and Education; członek Komitetu Doradczego ds. Zdrowia Międzynarodowej Rady Rehabilitacji Ofiar Tortur, Indie

**Josephine Acuna Lascano**, dyrektor wykonawcza Centrum Rehabilitacji Balay, Filipiny

**Peter M. Leth**, profesor Uniwersytetu Południowej Danii; główny lekarz medycyny sądowej Instytutu Medycyny Sądowej

**Iain Levine**, były zastępca dyrektora wykonawczego ds. programów, Human Rights Watch, Stany Zjednoczone

**Dr Birgit Lie**, Klinika Zdrowia Psychosomatycznego, Traumatologii i Zdrowia Imigrantów, szpital w Sørlandet, Kristiansand, Norwegia

**James Lin**, koordynator programu Protokołu stambulskiego, Międzynarodowa Rada Rehabilitacji Ofiar Tortur

**Dr Elizabeth Lira**, dziekan Wydziału Psychologii Uniwersytetu Alberto Hurtado; psycholog, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Maria Lisitsyna**, starszy zarządzający specjalista ds. prawnych, Open Society Justice Initiative, Stany Zjednoczone

**Dr Nicole Littenberg**, lekarz medycyny, Pacific Survivor Center; biegła z zakresu kryminalistyki, Ośrodek dla Ofiar Wykorzystywania Seksualnego, Stany Zjednoczone

**Dr June Caridad Pagaduan Lopez**, lekarz, Podkomitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu lub Karaniu; emerytowana profesor psychiatrii Uniwersytetu Filipińskiego

**Said Louahlia**, patolog sądowy, Casablanca

**Dr Frances A. Lovemore**, dyrektor jednostki terapeutycznej, Zimbabwe

**Dr Stuart L. Lustig**, krajowy dyrektor medyczny ds. zdrowia behawioralnego, Cigna; doradca prawno-medyczny, Wyższa Szkoła Prawnicza im. Hastingsa na Uniwersytecie Kalifornijskim, Centrum Studiów nad Płcią i Uchodźcami

**Andreas Malm**, psycholog, Szwedzki Czerwony Krzyż

**Elisa C. Massimino**, starszy specjalista w Carr Center for Human Rights Policy, Harvard Kennedy School; praktyk-rezydent, Szkoła Służby Zagranicznej im. Walsh na Uniwersytecie Georgetown

**Nils Melzer**, były specjalny sprawozdawca ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania

**Niv Michaeli**, koordynator projektu w organizacji Lekarze na rzecz Praw Człowieka, Izrael

**Dr Ranit Mishori**, profesor medycyny rodzinnej Akademii Medycznej na Uniwersytecie Georgetown; starszy doradca medyczny, organizacja Lekarze na rzecz Praw Człowieka

**Dr Jens Modvig**, dyrektor Departamentu Zdrowia w Dignity - Duńskim Instytucie Przeciwko Torturom; szef Międzynarodowej Platformy Odpowiedzialności ws. Białorusi; były przewodniczący Komitetu przeciwko Torturom

**Dr Sergey Nikolayevich Molchanov**, dyrektor funduszu publicznego „Doctor SN”; psychiatra, Kazachstan

**Dr Benito E. Molino**, lekarz medycyny, Medical Action Group, Filipiny

**Dr María Dolores Morcillo Méndez**, specjalistka medycyny sądowej i patologii sądowej oraz koordynatorka medycyny sądowej w Międzynarodowym Komitecie Czerwonego Krzyża

**Dr Alejandro Moreno**, prodziekan ds. integracji umiejętności klinicznych i profesor nadzwyczajny medycyny i edukacji medycznej Szkoły Medycyny na Uniwersytecie Tekszańskim w Austin, Dell

**Valeria Moscoso Urzúa**, niezależna ekspertka ds. psychospołecznych, koordynatorka, Krajowa Sieć Niezależnych Ekspertów Przeciwko Torturom, Meksyk

**Annah Yvonne Moyo**, kierownik programu rzecznictwa w Centrum Badań nad Przemocą i Pojednaniem, RPA

**Dr Maya Mukamel**, psycholog-terapeuta, dyrektor ds. badań Instytutu Metanoia, Zjednoczone Królestwo

**Lia Mukhashavria**, prawniczka specjalizująca się w dziedzinie praw człowieka, LLM; dyrektor wykonawcza organizacji pozarządowej Human Rights Priority, Gruzja

**Karen Naimer**, dyrektor ds. programów i dyrektor programu dotyczącego przemocy seksualnej w strefach konfliktu, organizacja Lekarze na rzecz Praw Człowieka

**Dr Yadira M. Narváez**, lekarz medycyny, Ekwador

**Parvina Navruzova**, szefowa programu dostępu do wymiaru sprawiedliwości i reformy sądownictwa, Centrum Praw Człowieka, Tadżykistan

**Dr Anne Nesbitt**, pediatra, Freedom from Torture, Zjednoczone Królestwo

**Andra Nicolescu**, starsza doradczyni ds. prawa i polityki, Stowarzyszenie na rzecz Zapobiegania Torturom, Genewa

**Manfred Nowak**, profesor w dziedzinie międzynarodowych praw człowieka na Uniwersytecie Wiedeńskim; Sekretarz Generalny Europejskiego Międzyuniwersyteckiego Centrum Praw Człowieka i Demokratyzacji, Wiedeń

**Samuel H. Nsubuga**, dyrektor naczelny Afrykańskiego Centrum Leczenia i Rehabilitacji Ofiar Tortur, Uganda

**Dr Janus Oomen**, antropolog medyczny, Niderlandzki Instytut Praw Człowieka i Oceny Medycznej

**Gabriel Oosthuizen**, dyrektor programowy Instytutu Międzynarodowych Dochodzeń Karnych, Niderlandy

**Dr Resmiye Oral**, profesor pediatrii klinicznej Akademii Medycznej im. Geiselów; dyrektor Centrum Wsparcia i Ochrony Dzieci, Szpital dziecięcy w Dartmouth-Hitchcock, Stany Zjednoczone

**Dr Önder Özkalipci**, lekarz medycyny sądowej, niezależny ekspert; profesor nadzwyczajny medycyny sądowej, tymczasowy konsultant OHCHR, Genewa

**Dimitrios Pantazis**, psycholog kliniczny, Cypr

**Nimisha Patel**, profesor psychologii klinicznej Uniwersytetu Wschodniego Londynu; dyrektor Międzynarodowego Centrum Zdrowia i Praw Człowieka, Zjednoczone Królestwo

**Dr Beatrice M. Patsalides Hofmann**, psycholog kliniczny, Centre Primo Levi; psychoanalityk, Paryż

**Jason Payne-James**, konsultant w dziedzinie medycyny sądowej i prawnej, służba medycyny sądowej; główny lekarz sądowy, Norfolk and Norwich University Hospitals NHS Foundation Trust, Zjednoczone Królestwo

**Dr Michael Peel**, lekarz medycyny, lekarz rodzinny, Somerset, Zjednoczone Królestwo

**Dr Clifford P. Perera**, starszy wykładowca i kierownik Zakładu Medycyny Sądowej na Wydziale Medycyny Uniwersytetu Ruhuna; konsultant ds. medycyny sądowej i praw człowieka, Azjatycka Komisja Praw Człowieka, Hongkong, Chiny

**Dr Pau Pérez-Sales**, psychiatra, dyrektor kliniczny SiR[a], członek Międzynarodowej Rady Rehabilitacji Ofiar Tortur; redaktor naczelny *Torture*

**Dr Hans Draminsky Petersen**, były członek i wiceprzewodniczący Podkomitetu do spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu lub Karaniu

**Mikołaj Pietrzak**, były przewodniczący Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur; dziekan Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie, Polska

**Laura Pitter**, zastępca dyrektora programu USA, Human Rights Watch, Stany Zjednoczone

**Dr Katherine A. Porterfield**, psycholog, Bellevue Program for Survivors of Torture - program Uniwersytetu Nowojorskiego na rzecz ofiar tortur; instruktor kliniczny Akademii Medycznej na Uniwersytecie Nowojorskim

**Dr José Quiroga**, były dyrektor medyczny Program na rzecz Ofiar Tortur; były wiceprzewodniczący Międzynarodowej Rady Rehabilitacji Ofiar Tortur

**Dr Steven Reisner**, współzałożyciel Coalition for an Ethical Psychology; doradca ds. psychologii i etyki, organizacja Lekarze na rzecz Praw Człowieka

**Dr Ricardo Restrepo-Guzmán**, profesor nadzwyczajny Uniwersytetu Kalifornijskiego w Irvine

**Dr Hernán Reyes**, Centrum Praw Człowieka na Uniwersytecie Kalifornijskim, Berkeley; położnik-ginekolog, Szwajcarskie Stowarzyszenie Medyczne

**Sidsel Rogde**, profesor Uniwersytetu w Oslo; patolog sądowy, starszy lekarz, Szpital Uniwersytecki w Oslo

**Dr Barry H. Roth**, lekarz medycyny, Program Psychiatrii i Prawa na Akademii Medycznej Uniwersytetu Harvarda; tytuł Distinguished Life Fellow Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

**Leonard S. Rubenstein**, starszy pracownik naukowy Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; dyrektor Programu na rzecz Praw Człowieka, Zdrowia i Konfliktów w Centrum Zdrowia Publicznego i Praw Człowieka

**Olga Sadovskaya**, wiceprzewodnicząca Komitetu przeciwko Torturom, Federacja Rosyjska

**Antti Sajantila**, profesor Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu w Helsinkach; starszy lekarz, Wydział Medycyny Sądowej Fińskiego Instytutu Zdrowia i Opieki Społecznej

**Yubaraj Sangroula**, dyrektor wykonawczy, Szkoła Prawa w Katmandu

**Caroline Schlar**, psycholog-psychoterapeuta, Genewa

**Stephanie Selg**, była doradczyni ds. zapobiegania torturom, Biuro Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie, Polska

**Mandira Sharma**, praktyk ds. praw człowieka, Forum rzecznictwa, Nepal

**Dr Julian Sheather**, doradca ds. etyki i praw człowieka, Brytyjskie Stowarzyszenie Medyczne

**Derrick Michael Silove**, emerytowany profesor Uniwersytetu Nowej Południowej Walii i profesor wizytujący, Phoenix Australia, Uniwersytet w Melbourne

**Susannah Sirkin**, dyrektor ds. polityki/starszy doradca w organizacji Lekarze na rzecz Praw Człowieka

**Elna Søndergaard**, starsza doradczyni ds. prawnych w Dignity - Duńskim Instytucie Przeciwko Torturom; profesor nadzwyczajny, Dania

**Ruth Ssekindi**, dyrektor ds. skarg, dochodzeń i usług prawnych; Ugandyjska Komisja Praw Człowieka

**Eric Stover**, dyrektor wydziału Centrum Praw Człowieka w Szkole Prawa Uniwersytetu Kalifornijskiego, Berkeley

**Dr Wilder Tayler**, dyrektor Krajowej Instytucji Praw Człowieka; komisarz Międzynarodowej Komisji Prawników, Urugwaj

**Jørgen L. Thomsen**, profesor Uniwersytetu Południowej Danii; doktor nauk medycznych, Zakład Medycyny Sądowej

**Dr Morris V. Tidball Binz**, specjalny sprawozdawca ds. pozasądowych, doraźnych i arbitralnych egzekucji; profesor wizytujący na uniwersytetach w Coimbrze i Mediolanie; kierownik ds. medycyny sądowej, projekt dotyczący osób zaginionych, Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża

**Lela Tsiskarishvili**, dyrektor wykonawcza Gruzińskiego Centrum Rehabilitacji Psychospołecznej i Medycznej Ofiar Tortur; psycholog kliniczny, program studiów magisterskich w zakresie zdrowia psychicznego, Ilia State University, Gruzja

**Hulya Ucpinar**, prawnik, Fundacja Praw Człowieka Turcji

**Danaé L. van der Straten Ponthoz**, starszy doradca Międzynarodowego Funduszu na rzecz Ofiar Przemocy Seksualnej w Konfliktach Zbrojnych, Szwajcaria

**Dr Adriaan Van Es**, lekarz, Międzynarodowa Federacja Organizacji Zdrowia i Praw Człowieka, Niderlandy

**Peter Vanezis**, profesor medycyny sądowej, Queen Mary University of London

**Dr Homer Drae Venters**, kliniczny profesor nadzwyczajny, Wyższa Szkoła Globalnego Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie Nowojorskim; starszy specjalista ds. zdrowia i sprawiedliwości, Zorientowane na Społeczność Więzienne Usługi Zdrowotne, Stany Zjednoczone

**Alejandra Vicente**, kierownik działu prawnego w Redress Trust

**Duarte Nuno Vieira**, profesor zwyczajny, Wydział Medycyny Uniwersytetu w Coimbrze; przewodniczący Centrum Badań i Szkoleń w zakresie Kryminalistyki Humanitarnej i Praw Człowieka Uniwersytetu w Coimbrze

**Ravi Prakash Vyas**, adiunkt w Wyższej Szkole Prawa w Katmandu

**Steven M. Watt**, starszy prawnik, Amerykańska Unia Wolności Obywatelskich

**Dr Mechthild Wenk-Ansohn**, lekarz medycyny, psychoterapeuta, kierownik; były kierownik sektora ambulatoryjnego w Centrum Überleben w Berlinie; niezależny konsultant w Europejskim Centrum Praw Konstytucyjnych i Praw Człowieka oraz w dziedzinie współpracy międzynarodowej, Niemcy

**Thomas Wenzel**, psychiatra, Sekcja Psychologicznych Aspektów Prześladowań i Tortur, Światowe Stowarzyszenie Psychiatryczne; profesor Uniwersytetu Medycznego w Wiedniu

**Dr Zeev Wiener**, psychiatra i lekarz rodzinny, organizacja Lekarze na rzecz Praw Człowieka, Izrael

**Dr Cynthia Willard**, dyrektor Kliniki Praw Człowieka Keck na Uniwersytecie Południowej Kalifornii

**Şahika Yüksel**, psychiatra, Fundacja Praw Człowieka Turcji; profesor Uniwersytetu w Stambule (emerytowana)

## DODATKOWI WSPÓŁAUTORZY

**Sarah Bakir**, studentka studiów magisterskich w dziedzinie zdrowia publicznego, Szkoła Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Kalifornijskiego, Berkeley

**Josina Bothe**, konsultantka Międzynarodowej Rady Rehabilitacji Ofiar Tortur, Niemcy

**Alice Chin-Huei Chiu**, prawnik, kancelaria Huang's Law Office; była konsultantka Międzynarodowej Rady Rehabilitacji Ofiar Tortur

**Makaila Heifner**, była asystentka ds. badań w Centrum Praw Człowieka w Szkole Prawa Uniwersytetu Kalifornijskiego, Berkeley

**Una Marquard-Busk**, kierownik projektu w Dignity - Duńskim Instytucie Przeciwko Torturom

**Julia Nee**, była asystentka ds. badań w Centrum Praw Człowieka w Szkole Prawa Uniwersytetu Kalifornijskiego, Berkeley; studentka studiów licencjackich, Gallatin School of Individualized Study, Uniwersytet Nowojorski

Podziękowania należą się również kilku współpracownikom OHCHR, których starania przyczyniły się do powstania niniejszej publikacji. Zgodnie z polityką OHCHR wkładu w jego publikacje nie przypisuje się osobom zatrudnionym przez Biuro.

# WPROWADZENIE

Konwencję w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, którą Zgromadzenie Ogólne przyjęło w 1984 r., ratyfikowały prawie wszystkie kraje na świecie. Artykuł 1 konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur zawiera uzgodnioną na szczeblu międzynarodowym definicję tortur, mianowicie:

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

Tortury są jedną z najpotworniejszych zbrodni znanych ludzkości nie tylko dlatego, że wiążą się z celowym zadawaniem silnego bólu fizycznego i psychicznego, lecz także dlatego, że są popełniane przez urzędników lub za przyzwoleniem państwa i często są skutecznie ukrywane, aby uniemożliwić wymierzenie sprawiedliwości i pociągnięcie do odpowiedzialności. W wyniku tortur ofiary doświadczają znacznego fizycznego i psychicznego bólu i cierpienia, jednocześnie okoliczności popełnionego wobec nich przestępstwa są często pomijane w postępowaniach sądowych i administracyjnych oraz pozostają bezkarne. Tortury są przedmiotem głębokiej troski społeczności światowej, ponieważ mają na celu zniszczenie nie tylko fizycznego i emocjonalnego dobrostanu jednostek, lecz także, w niektórych przypadkach,

godności i woli rodzin i całych społeczności. Dotyczą one wszystkich członków rodziny, ponieważ podważają sens naszego istnienia i rujną nasze nadzieje na lepszą przyszłość<sup>4</sup>. Chociaż międzynarodowe prawa człowieka i prawo humanitarne konsekwentnie zakazują tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania („tortury i niewłaściwe traktowanie”) w każdych okolicznościach (zob. rozdział I), czyny te są nadal bezkarnie praktykowane na całym świecie<sup>5</sup>. Uderzająca rozbieżność między bezwzględny zakazem tortur a ich powszechnością w dzisiejszym świecie wskazuje na nieustającą potrzebę, aby państwa określały i wdrażały skuteczne środki ochrony przed torturami i niewłaściwym traktowaniem. Niniejszy podręcznik opracowano, aby państwa mogły zająć się jedną z najbardziej podstawowych kwestii w zakresie ochrony osób przed torturami - skutecznym badaniem i dokumentowaniem.

W dokumentacji ujawnia się dowody tortur i niewłaściwego traktowania, dzięki czemu sprawcy mogą zostać pociągnięci do odpowiedzialności za swoje czyny, a interes wymiaru sprawiedliwości może zostać zaspokojony.

W ciągu ostatnich 20 lat standardy w zakresie badania i dokumentowania określone w Protokole stambulskim posłużyły do wyeliminowania luki między obowiązkami państw wynikającymi z konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur i prawa międzynarodowego w zakresie prowadzenia badania i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania a brakiem wytycznych normatywnych, w szczególności w odniesieniu do badania i dokumentowania tortur pod kątem medycyно-prawnym. Protokół stambulski jest skutecznym instrumentem przeciwdziałania bezkarności za tortury i niewłaściwe traktowanie, ponieważ zawiera szczegółowe zapisy dotyczące tego, w jaki sposób należy prowadzić skuteczne dochodzenie prawne i badanie kliniczne oraz dokumentację zarzutów dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania, co jest niezbędne do postawienia sprawców przed wymiarem sprawiedliwości. Protokół stambulski zawiera szereg zasad określających minimalne standardy, których państwo musi przestrzegać, aby

<sup>4</sup> Vincent Iacopino, „Treatment of survivors of political torture: commentary” [„Leczenie ofiar tortur politycznych: komentarz”], *Journal of Ambulatory Care Management*, tom 21, nr 2 (1998), s. 5-13.

<sup>5</sup> Amnesty International, *Torture in 2014: 30 Years of Broken Promises* [Tortury w 2014 r.: 30 lat niedotrzymanych obietnic] (Londyn, 2014), s. 10. Zob. także A/73/207, pkt 76.

zapewnić skuteczne badanie i dokumentowanie tortur i niewłaściwego traktowania, jak omówiono w dalszej części niniejszego podręcznika<sup>6</sup>. Standardy w zakresie badania i dokumentowania zawarte w Protokole stambulskim nie są przedstawione jako nieelastyczny lub wyczerpujący protokół - są to minimalne standardy, które należy stosować z uwzględnieniem konkretnych kontekstów. Chociaż Protokół stambulski początkowo służył do opracowania tematu zobowiązań państw do badania i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania, które to zobowiązania wynikają z konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur i prawa międzynarodowego, to w ciągu ostatnich 20 lat protokół był wykorzystywany w szerokim zakresie działań przeciwko torturom, w tym w rzecznictwie, szkoleniach i budowaniu zdolności, reformach politycznych, prewencji oraz leczeniu i rehabilitacji ofiar tortur<sup>7</sup>. Należy zauważyć, że metody dokumentowania określone w Protokole stambulskim mają zastosowanie w wielu kontekstach, takich jak dochodzenia w sprawie naruszenia praw człowieka i monitorowanie przestrzegania praw człowieka, oceny systemu azylowego, obrona praw osób zmuszanych do zeznań za pomocą tortur lub niewłaściwego traktowania oraz oceny potrzeb w zakresie opieki nad ofiarami tortur. Co więcej, standardy i metody w zakresie badania i dokumentowania określone w Protokole stambulskim mają zastosowanie niezależnie od tego, czy działania są prowadzone osobiście, czy zdalnie. Niniejszy podręcznik stanowi również międzynarodowy punkt odniesienia do zapobiegania zaniechaniu, błędnej interpretacji, celowemu niewłaściwemu wykorzystaniu lub fałszowaniu dowodów tortur przez pracowników ochrony zdrowia, dobrowolnie lub pod przymusem.

Ważne jest, aby wszystkie podmioty stosowały Protokół stambulski w dobrej wierze i wprowadzały środki zapobiegające jego niewłaściwemu stosowaniu<sup>8</sup>, m.in. w celu uniewinnienia sprawców na podstawie braku fizycznych lub psychologicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania, arbitralnego uniemożliwiania niezależnym ekspertom klinicznym niezwiązanym z jednostkami władzy państwowej zeznawania w postępowaniu sądowym oraz fałszywego przedstawiania wytycznych protokołu dotyczących formułowania przez klinicystów interpretacji ustaleń i wniosków na temat możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania.

<sup>6</sup> Zasady skutecznego badania i dokumentowania przypadków tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania stanowią załącznik do rezolucji Zgromadzenia Ogólnego 55/89.

<sup>7</sup> Rohini Haar i inni, „The Istanbul Protocol: a stakeholder survey on past experiences, current practices and additional norm setting” [„Protokół stambulski: ankieta wśród zainteresowanych stron na temat wcześniejszych doświadczeń, obecnych praktyk i ustanawiania dodatkowych norm”], *Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, tom 29, nr 1 (2019).

<sup>8</sup> Protokół stambulski nie ma służyć jako metoda wykluczenia możliwości stosowania tortur i niewłaściwego traktowania. Zob. na przykład CAT/C/MEX/CO/7, pkt 26-27.



# ROZDZIAŁ I

## Odpowiednie międzynarodowe normy i standardy prawne

1. Prawo do wolności od tortur jest mocno ugruntowane w prawie międzynarodowym<sup>1</sup>. Jest również zakorzenione w międzynarodowym prawie humanitarnym, międzynarodowym prawie karnym i międzynarodowym prawie zwyczajowym. Co więcej, zakaz tortur jest normą *jus cogens*<sup>2</sup> prawa międzynarodowego, wiążącą wszystkie państwa, nawet jeśli nie są one stronami traktatów zawierających to postanowienie. Ze względu na swój status *jus cogens* zakaz tortur ma charakter bezwzględny i nie może być ograniczony w żadnych okolicznościach<sup>3</sup>. Bezwzględny i niedorogowalny charakter zakazu tortur jest dodatkowo wzmocniony przez postanowienia artykułu 2 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania<sup>4</sup>, które opisano szczegółowo w komentarzu ogólnym nr 2 (2007) Komitetu przeciwko Torturom. W konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur uznaje się również jurysdykcję uniwersalną w odniesieniu do tortur. Zakaz tortur ma zastosowanie eksterytorialne, a zobowiązania państw wynikające z bezwzględnego charakteru zakazu - w tym zobowiązania do prowadzenia postępowań przygotowawczych w sprawie aktów tortur, ścigania ich i karania za nie - są zasadami zwyczajowego prawa międzynarodowego. Zakaz okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (niehumanitarnego traktowania) również ma charakter bezwzględny zarówno na mocy traktatów, jak i na mocy zwyczajowego prawa międzynarodowego<sup>5</sup>. Państwa, które w dobrej wierze i z należytą starannością postępują zgodnie z Protokołem stambulskim, aby ocenić zarzuty stosowania tortur lub niehumanitarnego traktowania podczas postępowań przygotowawczych, wskazują, że dążą do wypełnienia swoich zobowiązań w zakresie właściwego zbadania takich zarzutów.

## A. Prawo międzynarodowe praw człowieka

1. Normy i standardy opracowane przez Organizację Narodów Zjednoczonych
2. Państwa członkowskie Organizacji Narodów Zjednoczonych od wielu lat dążą do opracowania powszechnie obowiązujących standardów w celu zapewnienia wszystkim osobom odpowiedniej ochrony przed torturami i niewłaściwym traktowaniem. Traktaty, deklaracje, rezolucje i inne instrumenty przyjęte przez państwa członkowskie wyraźnie stanowią, że nie ma wyjątku od zakazu tortur i niewłaściwego traktowania. Ustanawia się w nich też inne zabezpieczenia przed takimi nadużyciami, w tym instrumenty mające zastosowanie do określonych populacji, takich jak kobiety, osoby z niepełnosprawnościami i dzieci<sup>6</sup>.
3. Artykuł 1 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur zawiera następującą definicję tortur (w rozumieniu konwencji):

każde działanie, którym jakiegokolwiek osobie umyślnie zadaje się ostry ból lub cierpienie, fizyczne bądź psychiczne, w celu uzyskania od niej lub od osoby trzeciej informacji lub wyznania, w celu ukarania jej za czyn popełniony przez nią lub osobę trzecią albo o którego dokonanie jest ona podejrzana, a także w celu zastraszenia lub wywarcia nacisku na nią lub trzecią osobę albo w jakimkolwiek innym celu wynikającym z wszelkiej formy dyskryminacji, gdy taki ból lub cierpienie powodowane są przez funkcjonariusza państwowego lub inną osobę występującą w charakterze urzędowym lub z ich polecenia albo za wyraźną lub milczącą

<sup>1</sup> Powszechna deklaracja praw człowieka, art. 5; Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych, art. 7; Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 2; Konwencja o prawach dziecka, art. 37; Międzynarodowa konwencja o ochronie praw wszystkich pracowników migrujących i członków ich rodzin, art. 10; oraz Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, art. 15 - wszystkie wymienione dokumenty zawierają wyraźny zakaz tortur i niewłaściwego traktowania. Instrumenty regionalne, w których ustanowiono prawo do wolności od tortur to: Międzypaństwowa konwencja w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie, art. 1; Międzypaństwowa konwencja o zapobieganiu, karaniu i eliminacji przemocy wobec kobiet (konwencja z Belém do Pará), art. 4; Amerykańska Konwencja Praw Człowieka (pakt z San José), art. 5; Afrykańska karta praw człowieka i ludów, art. 5; oraz Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (europejska konwencja praw człowieka), art. 3. Ponadto Międzynarodowa konwencja o ochronie wszystkich osób przed wymuszonym zaginięciem oraz Międzypaństwowa konwencja o wymuszonych zaginięciach osób zawierają zakaz wymuszonych zaginięć, które różne regionalne i międzynarodowe trybunały uznały za równoznaczne z torturami, i zobowiązują państwa do prowadzenia postępowań przygotowawczych w sprawie takich czynów, ścigania ich i karania za nie.

<sup>2</sup> A/74/10, s. 146-147, konkluzja 23 projektu konkluzji w sprawie imperatywnych norm ogólnego prawa międzynarodowego (*jus cogens*), przyjętego przez Komisję Prawa Międzynarodowego w pierwszym czytaniu, oraz załącznik do niego.

<sup>3</sup> Bezwzględny i niedorogowalny charakter zakazu tortur wyraźnie określono w Deklaracji o ochronie wszystkich osób przed poddawaniem ich torturom lub innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, art. 3; Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 2(2); oraz Międzypaństwowa konwencja w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie, art. 5. Co więcej, prawo do wolności od tortur jest niedorogowalne w sytuacji wyjątkowego niebezpieczeństwa (Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych, art. 4; europejska konwencja praw człowieka, art. 15; oraz Amerykańska Konwencja Praw Człowieka, art. 27).

<sup>4</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Nowy Jork, 10 grudnia 1984 r.), zbiór traktatów Organizacji Narodów Zjednoczonych, tom 1465, nr 24841, s. 85, weszła w życie 26 czerwca 1987 r.

<sup>5</sup> W komentarzu ogólnym nr 2 (2007), pkt 6 Komitet przeciwko Torturom stwierdził, że zakazy tortur mają również zastosowanie do niewłaściwego traktowania, w tym do tych artykułów Konwencji, w których ustanowiono jurysdykcję uniwersalną (art. 5-9).

<sup>6</sup> Instrumenty te obejmują: Powszechną deklarację praw człowieka; Deklarację o ochronie wszystkich osób przed poddawaniem ich torturom lub innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu; Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych; Kodeks postępowania dla służb wymiaru

zgodą. Określenie to nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikających jedynie ze zgodnych z prawem sankcji, nieodłącznie związanych z tymi sankcjami lub wywołanych przez nie przypadkowo.

Wykaz innych celów jest niewyczerpujący, a odpowiednie cele nie ograniczają się do przymusowych zeznań lub przyznania się do winy.

4. Odpowiedzialność państwa za tortury i niewłaściwe traktowanie rozciąga się na osoby działające w charakterze urzędowym, a także na podmioty niepaństwowe działające za zgodą lub przyzwoleniem państwa. Zgodnie z art. 1 tortury obejmują działania „funkcjonariusza państwowego lub inn[ej] osob[ę] występując[ę] w charakterze urzędowym lub z ich polecenia albo za wyraźną lub milczącą zgodą”. Termin „milcząca zgoda” wymaga raczej szerokiej interpretacji, zgodnie z którą państwa są odpowiedzialne za działania urzędników publicznych i podmiotów niepaństwowych, które „mają świadomość takiej działalności, a następnie naruszają [swoją] odpowiedzialność prawną za ingerencję w celu zapobieżenia takiej działalności”<sup>7</sup>. Zasada występowania w charakterze urzędowym sprawia zatem, że państwa ponoszą odpowiedzialność nie tylko za urzędników państwowych, lecz także za inne osoby, i zapewnia szersze rozumienie definicji tortur<sup>8</sup>. Komitet przeciwko Torturom wyjaśnił, że w sytuacji gdy urzędnicy:

wiedzą lub mają uzasadnione podstawy, by sądzić, że urzędnicy niepaństwowi lub podmioty prywatne dopuszczają się aktów tortur lub niewłaściwego traktowania i nie dokładają należytej staranności, by zapobiegać działaniom takich urzędników niepaństwowych lub podmiotów prywatnych zgodnie z konwencją, prowadzić postępowania przygotowawcze w sprawie takich działań, ścigać je i karać za nie, to państwo ponosi odpowiedzialność, a jego

urzędników należy uznać za sprawców, współwinnych lub w inny sposób odpowiedzialnych na mocy konwencji za wyrażenie wyraźnej lub milczącej zgody na takie niedopuszczalne akty<sup>9</sup>.

5. Mimo że definicja tortur zawarta w konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur wyklucza „ból lub cierpienie wynikające jedynie ze zgodnych z prawem sankcji, nieodłącznie związanych z tymi sankcjami lub wywołanych przez nie przypadkowo”, to sama zgodność sankcji z prawem krajowym nie wystarcza do uznania jej za zgodną z prawem w rozumieniu art. 1 konwencji<sup>10</sup>. Komitet przeciwko Torturom stosuje to postanowienie przez ustalanie zgodności sankcji z prawem w odniesieniu zarówno do prawa krajowego, jak i międzynarodowego prawa i standardów, m.in. Wzorcowych reguł minimalnych NZ postępowania z więźniami (Reguł Nelsona Mandeli), Reguł Narodów Zjednoczonych dotyczących postępowania z kobietami skazanymi na karę pozbawienia wolności i środków nieizolacyjnych dla przestępców płci żeńskiej (reguł z Bangkoku) oraz Wzorcowych reguł minimalnych Narodów Zjednoczonych dotyczących wymiaru sprawiedliwości wobec nieletnich (reguł pekińskich)<sup>11</sup>. Zgodność z prawem każdej sankcji zostanie ustalona przez odniesienie do prawa krajowego i międzynarodowego, przy czym prawo międzynarodowe będzie miało pierwszeństwo w przypadku konfliktu z przepisami krajowymi<sup>12</sup>. Wymóg ten wyjaśnia, dlaczego kary cielesne i kara śmierci są zapewne zakazane na mocy konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, zgodnie z interpretacją komitetu i specjalnego sprawozdawcy ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, mimo że są dopuszczalne na mocy przepisów krajowych niektórych państw<sup>13</sup>.
6. Zgodnie z art. 1 konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur pojęcie „tortur”, jako pojęcie z zakresu prawa materialnego, obejmuje

sprawiedliwości; Zasady etyki lekarskiej odnoszące się do roli personelu ochrony zdrowia, w szczególności lekarzy, w ochronie więźniów i osób aresztowanych przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem; Konwencję w sprawie zakazu stosowania tortur; Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia; Podstawowe zasady postępowania z więźniami; Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania; Wzorcowe reguły minimum NZ postępowania z więźniami (Reguły Nelsona Mandeli); Reguły Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z kobietami skazanymi na karę pozbawienia wolności i środków nieizolacyjnych dla przestępców płci żeńskiej (reguły z Bangkoku); Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych; Konwencję o prawach dziecka; Reguły NZ w dziedzinie ochrony osób nieletnich pozbawionych wolności; oraz Wzorcowe reguły minimalne Narodów Zjednoczonych dotyczące wymiaru sprawiedliwości wobec nieletnich (reguły pekińskie).

<sup>7</sup> Manfred Nowak i Elizabeth McArthur, *The United Nations Convention against Torture: A Commentary* [Konwencja Narodów Zjednoczonych w sprawie zakazu stosowania tortur: komentarz] (Oxford w Nowy Jork, Oxford University Press, 2008), s. 78. Zob. A/74/148, pkt 6; oraz A/HRC/22/53, pkt 17.

<sup>8</sup> W kwestii pojęcia „milczącej zgody” zob. Komitet przeciwko Torturom, Dzemał i in. przeciwko Jugostawii (CAT/C/29/D/161/2000), pkt 9.2.

<sup>9</sup> Komentarz ogólny nr 2 (2007), pkt 18.

<sup>10</sup> Zgodne z prawem sankcje odnoszą się do legalnych praktyk powszechnie akceptowanych przez społeczność międzynarodową. Zob. E/CN.4/1997/7.

<sup>11</sup> Rezolucje Zgromadzenia Ogólnego odpowiednio 70/175, 65/229 i 40/33.

<sup>12</sup> Komitet Praw Człowieka, Osbourne przeciwko Jamajce, komunikat nr 759/1997, pkt 9.1. Zob. także CAT/C/AFG/CO/2, pkt 24(e); CAT/C/PAK/CO/1, pkt 39; oraz CAT/C/MNG/CO/2, pkt 26

<sup>13</sup> E/CN.4/1997/7, pkt 7-8; oraz A/67/279, pkt 26-27. Zob. także CAT/C/ATG/CO/1, pkt 44; CAT/C/KOR/CO/3-5, pkt 30; oraz CAT/C/TLS/CO/1, pkt 23.

w szczególności umyślne i celowe zadawanie dotkliwego bólu lub cierpienia „fizycznego lub psychicznego”. W związku z tym wszystkie metody tortur podlegają temu samemu zakazowi i rodzą te same obowiązki prawne, niezależnie od tego, czy zadawany ból lub cierpienie ma charakter „fizyczny”, czy „psychiczny”, czy też stanowi ich kombinację.

7. Artykuł 16 konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur odnosi się do zapobiegania „akt[om] okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, nie określony[m] w definicji tortur zawartej w artykule 1”. Jako szeroko sformułowane postanowienie art. 16 obejmuje formy niewłaściwego traktowania, które nie stanowią tortur, ponieważ brakuje im elementów definicji tortur, niezależnie od tego, czy odnoszą się one do celu, zamiaru, czy bólu lub cierpienia, które różnią się pod względem dotkliwości<sup>14</sup>. Termin „okrutne, niehumanitarne lub poniżające traktowanie albo karanie” nie jest zdefiniowany w konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur ani w innych międzynarodowych (lub regionalnych) instrumentach, jednak zgodnie z międzynarodowymi standardami „powinien być interpretowany w taki sposób, aby zapewnić jak najszerszą ochronę przed nadużyciami”<sup>15</sup>.
8. Nacisk na zapobieganie okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu można wyjaśnić przez jego związek z torturami. Jak zauważył Komitet przeciwko Torturom, „w praktyce próg definicji między niewłaściwym traktowaniem a torturami często nie jest jasny... [i] warunki, które powodują niewłaściwe traktowanie, często ułatwiają tortury, a zatem środki wymagane do zapobiegania torturom muszą być stosowane w celu zapobiegania niewłaściwemu traktowaniu”<sup>16</sup>. W związku z tym inne formy niewłaściwego traktowania również są bezwzględnie zakazane.
9. W ramach różnych mechanizmów ONZ w zakresie praw człowieka podjęto działania, aby opracować standardy zapobiegania

torturom, w tym doprecyzować zobowiązanie państw do zbadania zarzutów stosowania tortur.

**a) Zobowiązania związane z zapobieganiem torturom**

10. W wymienionych powyżej instrumentach międzynarodowych ustanowiono pewne zobowiązania, których państwa muszą przestrzegać, aby zapewnić zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania. Zobowiązania te obejmują:

**a)** przedsięwzięcie skutecznych środków ustawodawczych, administracyjnych, sądowych lub innych, aby zapobiec stosowaniu tortur, zarówno przez państwo, jak i przez podmioty prywatne, na całym terytorium znajdującym się pod jurysdykcją danego państwa. Żadne okoliczności wyjątkowe, takie jak stan wojny, groźba wojny, brak wewnętrznej stabilizacji politycznej lub jakakolwiek inna sytuacja nadzwyczajna, nie mogą usprawiedliwiać stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania<sup>17</sup>;

**(b)** zakaz wydalania, zawracania (*refouler*) lub wydawania innemu państwu danej osoby, jeżeli istnieją poważne podstawy, by sądzić, że może jej tam grozić stosowanie tortur<sup>18</sup>. Zob. poniżej (pkt 112-116) w celu dokładniejszego wyjaśnienia zasady non-refoulement;

**(c)** kryminalizację aktów tortur, w tym współudziału lub udziału w ich stosowaniu, podlegających karze odpowiadającej poważnemu charakterowi czynu; oraz zapewnienie, by akty tortur nie podlegały przedawnieniu, ułaskawieniom, amnestiom lub immunitetom;<sup>19</sup>

**(d)** zobowiązanie się do wykonywania jurysdykcji uniwersalnej, tj. do prowadzenia postępowań przygotowawczych w sprawie podejrzanych podlegających jego jurysdykcji i w razie potrzeby do ich ścigania lub ekstradycji, niezależnie od miejsca popełnienia tortur i narodowości sprawcy lub ofiary, w tym przez uznanie tortur za przestępstwo

<sup>14</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 2 (2007), pkt 10; oraz Komitet Praw Człowieka, komentarz ogólny nr 20 (1992), pkt 3.

<sup>15</sup> Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia, zasada 6, przypis.

<sup>16</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 2 (2007), pkt 3.

<sup>17</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 2 ust. 1 i 2; Deklaracji o ochronie wszystkich osób przed poddawaniem ich torturom lub innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, art. 3; oraz Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych, art. 4 i 7.

<sup>18</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 3; Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 4 (2017), pkt 15-16 i 26; oraz Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych, art. 7.

<sup>19</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 4; Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia, zasada 7; Deklaracja o ochronie wszystkich osób przed poddawaniem ich torturom lub innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, art. 7; oraz Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 40 i komentarz ogólny nr 2 (2007), pkt 5, „Komitet uważa, że amnestie lub inne przeszkody, które uniemożliwiają szybkie i sprawiedliwe ściganie i karanie sprawców tortur lub niewłaściwego traktowania lub wskazują na niechęć do takiego ścigania, naruszają zasadę niederogowności”.

podlegające ekstradycji i udzielanie pomocy innym państwom-stronom w związku z postępowaniami karnymi wszczętymi w związku z torturami;<sup>20</sup>

(e) wdrożenie, w prawie i w praktyce, podstawowych gwarancji prawnych od samego początku zatrzymania, poprzez zapewnienie m.in., by wszystkie zatrzymane osoby były w stanie, w praktyce, mieć szybki dostęp do wykwalifikowanego niezależnego prawnika lub bezpłatnej pomocy prawnej, w razie potrzeby, zwłaszcza podczas przesłuchań policyjnych; prawo do powiadomienia krewnego lub innej osoby wybranej przez zatrzymanego o przyczynach i miejscu zatrzymania; prawo do zakwestionowania, w dowolnym momencie podczas zatrzymania, legalności lub konieczności zatrzymania przed sędzią, który może nakazać natychmiastowe zwolnienie zatrzymanego, i do bezzwłocznego otrzymania decyzji w tej sprawie; oraz prawo do żądania i przeprowadzenia badania lekarskiego przez niezależnego lekarza. Ponadto państwa muszą ustanowić zabezpieczenia proceduralne, takie jak zapewnienie, by zatrzymani byli przetrzymywani w oficjalnie uznanych miejscach zatrzymań, prowadzenie pełnego rejestru daty, czasu trwania i miejsca aresztowania i zatrzymania; zapewnienie, by nazwiska osób odpowiedzialnych za zatrzymanie były wpisywane do łatwo dostępnych rejestrów, z możliwością wglądu przez zainteresowanych, w tym krewnych i przyjaciół; oraz rejestrowanie czasu i miejsca wszystkich przesłuchań podejrzanych, świadków lub ofiar, wraz z nazwiskami obecnych osób<sup>21</sup>;

(f) ustanowienie systemu regularnych wizyt przeprowadzanych przez niezależne organy międzynarodowe i krajowe w miejscach, w których osoby są pozbawione wolności, w tym w takich miejscach jak więzienia, posterunki policji, szpitale, instytucje opieki społecznej, zamknięte ośrodki migracyjne itp., w celu zapobiegania torturom i niewłaściwemu traktowaniu oraz informowania państw

o traktowaniu i warunkach naruszających prawa człowieka<sup>22</sup>;

(g) zapewnienie, by materiały dotyczące zakazu tortur uwzględniano w szkoleniach personelu organów ścigania (cywilnego i wojskowego), personelu medycznego, urzędników publicznych i innych właściwych osób<sup>23</sup>;

(h) zapewnienie, by państwa-strony systematycznie nadzorowały zasady, metody i praktyki dotyczące przesłuchiwania w odniesieniu do zatrzymywania osób pozbawionych wolności i obchodzenia się z nimi<sup>24</sup>;

(i) zapewnienie niedopuszczalności wszelkich dowodów uzyskanych w wyniku tortur. Żadne oświadczenie, co do którego ustalono, że zostało złożone w wyniku tortur, nie może być przywoływane jako dowód w żadnym postępowaniu, chyba że przeciwko osobie oskarżonej o tortury jako dowód, że oświadczenie zostało złożone (jest to znane jako „zasada wyłączenia”)<sup>25</sup>;

(j) zapewnienie, by właściwe organy prowadziły szybkie i bezstronne postępowania przygotowawcze oraz gwarantowały prawo do złożenia skargi<sup>26</sup>;

(k) zapewnienie, by ustanowiono bezstronne i skuteczne mechanizmy składania skarg, by były one znane i dostępne dla społeczeństwa, w tym dla osób pozbawionych wolności oraz osób należących do grup szczególnie wrażliwych lub marginalizowanych lub osób o ograniczonych zdolnościach komunikacyjnych<sup>27</sup>. Należy przy tym zapewnić, by skarżący i świadkowie byli chronieni przed aktami odwetu lub zastraszania w wyniku skarg lub dostarczonych dowodów;

(l) zapewnienie ofiarom tortur dostępu do zadośćuczynienia oraz egzekwowalnego prawa do sprawiedliwego i adekwatnego

<sup>20</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 5-9. W szczególności obowiązek ustanowienia jurysdykcji i jurysdykcji przez państwo-stronę (art. 5-6); obowiązek ścigania lub ekstradycji (art. 5 i 7); obowiązek ekstradycji (art. 8); oraz wzajemna pomoc prawna (art. 9).

<sup>21</sup> CAT/C/RUS/CO/6, pkt 11 lit. a)-b).

<sup>22</sup> Protokół fakultatywny do konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 2-4; oraz Reguły Nelsona Mandeli, reguły 83-85.

<sup>23</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 10; Deklaracja o ochronie wszystkich osób przed poddawaniem ich torturom lub innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, art. 5; Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 4 (2017), pkt 18 lit. f)-g); oraz Reguły Nelsona Mandeli, reguła 76; zob. także Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 2 (2007), pkt 6 i 25.

<sup>24</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 11.

<sup>25</sup> Informacje uzyskane w wyniku tortur są niewiarygodne, a zakaz ich wykorzystywania jako dowodów usuwa istotną zachętę do stosowania tortur. Zob. konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 15 oraz Deklaracja o ochronie wszystkich osób przed poddawaniem ich torturom lub innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, 12. Zob. także A/61/259 i A/HRC/25/60.

<sup>26</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 13; Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia, zasady 33-34; Deklaracja o ochronie wszystkich osób przed poddawaniem ich torturom lub innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, art. 9; oraz Reguły Nelsona Mandeli, reguła 71.

<sup>27</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 23.

odszkodowania<sup>28</sup>; zadośćuczynienie musi obejmować skuteczne środki zaradcze i naprawę szkody. Kompleksowa naprawa szkody odnosi się do pełnego zakresu środków wymaganych do zadośćuczynienia naruszeniom konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur i obejmuje „restytucję, odszkodowanie, rehabilitację, zadośćuczynienie i gwarancje niepowtórzenia”<sup>29</sup>;

(m) zapewnienie, by domniemani sprawcy podlegali postępowaniu karnemu, jeśli dochodzenie wykaże, że popełniono akt tortur i dostarczy wystarczających, dopuszczalnych dowodów indywidualnej winy. Jeśli zarzuty dotyczące tortur lub niewłaściwego traktowania zostaną uznane za uzasadnione, sprawcy powinni podlegać karom administracyjnym i sądowym, które uwzględniają poważny charakter ich czynów<sup>30</sup> bez przedawnienia<sup>31</sup>.

**(b) Mechanizmy Organizacji Narodów Zjednoczonych**

11. Mechanizmy ochrony praw człowieka Organizacji Narodów Zjednoczonych obejmują organy traktatowe, takie jak Komitet przeciwko Torturom, a także organy wymienione w Karcie, takie jak Rada Praw Człowieka i jej specjalne procedury<sup>32</sup>.

12. Protokół stambulski przywoływano w wielu decyzjach przyjętych przez organy traktatowe ONZ na podstawie indywidualnych komunikatów, m.in. przez Komitet przeciwko Torturom i Komitet Praw Człowieka, w kwestiach tortur, niewłaściwego traktowania, zasady non-refoulement oraz arbitralnego aresztowania i zatrzymania<sup>33</sup>.

*(i) Organy traktatowe*

13. Organy traktatowe ONZ ds. ochrony praw człowieka to komitety niezależnych ekspertów, których zadaniem jest monitorowanie wdrażania przez państwa-strony traktatów dotyczących praw człowieka. Każdy organ traktatowy jest

ustanowiony i działa zgodnie z mandatem określonym w konkretnym traktacie, który monitoruje.

*a. Komitet przeciwko Torturom*

14. Komitet przeciwko Torturom monitoruje wdrażanie przez państwa-strony konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur. Główne funkcje komitetu obejmują: badanie okresowych sprawozdań<sup>34</sup>; rozpatrywanie indywidualnych skarg i komunikatów międzypaństwowych<sup>35</sup>; procedurę śledczą<sup>36</sup> oraz przyjmowanie ogólnych komentarzy, które stanowią ważną interpretację postanowień konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur i ustanawiają obszerne orzecznictwo dotyczące tortur i niewłaściwego traktowania.

15. Wśród kwestii poruszanych przez Komitet przeciwko Torturom w jego uwagach końcowych i decyzjach w sprawie indywidualnych skarg jest konieczność przestrzegania przez państwa-strony art. 12 i 13 konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur w celu zapewnienia szybkiego i bezstronnego dochodzenia w sprawie wszystkich zarzutów stosowania tortur. Komitet zauważył, że art. 13 nie wymaga formalnego złożenia skargi w sprawie stosowania tortur, ale że: „[w]ystarczy, aby ofiara zarzuciła stosowanie tortur, by [państwo-strona] było zobowiązane do niezwłocznego i bezstronnego zbadania tego zarzutu”<sup>37</sup>. W rzeczy samej, nawet bez wniesienia skargi, państwo jest zobowiązane do przeprowadzenia dochodzenia z urzędu, jeśli istnieją uzasadnione przesłanki, że doszło do aktu tortur. W orzecznictwie komitetu podkreślono również, że zgodnie z art. 12 i 13 konwencji dochodzenia w sprawie tortur powinny obejmować badanie lekarskie zgodne z Protokołem stambulskim<sup>38</sup>; zawierać analizę ewentualnego współdziałania personelu medycznego<sup>39</sup>; prowadzić do postawienia przed sądem osób odpowiedzialnych za tortury; oraz zapewnić ofiarom zadośćuczynienie i naprawę szkody<sup>40</sup>.

<sup>28</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 13-14 oraz Deklaracja o ochronie wszystkich osób przed poddawaniem ich torturom lub innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, art. 11.

<sup>29</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 2.

<sup>30</sup> A/HRC/28/68/Add.4, pkt 109 lit. a).

<sup>31</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 40; CAT/C/LVA/CO/6, pkt 9; oraz CAT/C/UZB/CO/5, pkt 25-26.

<sup>32</sup> Zob. [www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx](http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx).

<sup>33</sup> Zob. na przykład Komitet przeciwko Torturom, Rakishev przeciwko Kazachstanowi (CAT/C/61/D/661/2015), pkt 8.2; Asfari przeciwko Maroku (CAT/C/59/D/606/2014), pkt 15; oraz Elaïba przeciwko Tunezji (CAT/C/57/D/551/2013), pkt 5.5.

<sup>34</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 19.

<sup>35</sup> Tamże, art. 21-22.

<sup>36</sup> Tamże, art. 20.

<sup>37</sup> A/50/44; oraz Komitet przeciwko Torturom, Parot przeciwko Hiszpanii, komunikat nr 6/1990, pkt 10.4.

<sup>38</sup> Komitet przeciwko Torturom, Elaïba przeciwko Tunezji (CAT/C/57/D/551/2013), pkt 7.10.

<sup>39</sup> Komitet przeciwko Torturom, Rakishev przeciwko Kazachstanowi (CAT/C/61/D/661/2015), pkt 10.

<sup>40</sup> Komitet przeciwko Torturom, E.N. przeciwko Burundi (CAT/C/56/D/578/2013), pkt 7,7-9.

16. Komentując zasadę wykluczenia, komitet stwierdził, co następuje: „[j]ednym z podstawowych środków zapobiegania torturom jest obecność w ustawodawstwie proceduralnym szczegółowych przepisów dotyczących niedopuszczalności bezprawnie uzyskanych zeznań i innych bezprawnych dowodów”<sup>41</sup>. Komitet potwierdził również, że do zainteresowanego państwa należy „ustalenie, czy zeznania dopuszczone jako dowód w jakimkolwiek postępowaniu, w którym ma ono jurysdykcję (...), złożono w wyniku tortur”<sup>42</sup>, a sądy muszą otrzymać jasne instrukcje, aby mogły orzec, że zeznanie jest niedopuszczalne<sup>43</sup>.

*b. Podkomitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu*

17. Podkomitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu jest organem traktatowym ustanowionym w ramach Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Celem protokołu fakultatywnego jest zapobieganie torturom i niehumanitarnemu traktowaniu przez przeprowadzanie regularnych wizyt niezależnych organów międzynarodowych i krajowych we wszystkich miejscach, w których osoby są lub mogą być pozbawione wolności, w tym na posterunkach policji, w więzieniach, aresztach śledczych, ośrodkach zatrzymań, ośrodkach detencyjnych dla imigrantów, zakładach dla nieletnich, obiektach wojskowych oraz instytucjach zdrowia psychicznego i opieki społecznej.

18. Charakter mandatu podkomitetu pozwala mu na przeprowadzanie niezapowiedzianych wizyt, nieograniczony dostęp do wszystkich miejsc zatrzymań i pełny dostęp do całej dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej. Podkomitet ma możliwość dostępu do miejsc, które w innym przypadku byłyby niedostępne, nawet dla personelu medycznego.

19. Podczas wizyt delegacje powinny składać się z wykwalifikowanych medycznie członków,

którzy mogą przeprowadzać - i przeprowadzają za zgodą - badania fizyczne osób, co do których istnieje domniemanie, że zostały poddane torturom lub innemu niewłaściwemu traktowaniu. Członkom podkomitetu należy również zapewnić nieograniczony dostęp do miejsc zatrzymań i pełny dostęp do rozmów na osobności (bez obecności funkcjonariuszy) z osobami pozbawionymi wolności i odpowiednim personelem.

20. Mandat podkomitetu obejmuje również doradztwo i pomoc państwom-stronom w zakresie ustanawiania krajowych mechanizmów prewencji, które są niezależnymi organami wizytującymi na szczeblu krajowym. Podobnie jak w przypadku podkomitetu krajowe mechanizmy prewencji mogą przeprowadzać niezapowiedziane wizyty i mają nieograniczony dostęp do wszystkich miejsc, w których osoby są lub mogą być pozbawione wolności, a także powinny mieć pełny dostęp do całej dokumentacji.

*c. Komitet Praw Człowieka*

21. Komitet Praw Człowieka został ustanowiony na mocy art. 28 Międzynarodowego paktu praw obywatelskich i politycznych i jest upoważniony do monitorowania wdrażania paktu przez państwa-strony.

22. W swoich komentarzach ogólnych Komitet m.in. wzmocnił swoją interpretację art. 7 paktu, który stanowi, że „nikt nie będzie poddawany torturom lub okrutnemu, niehumanitarnemu albo poniżającemu traktowaniu lub karaniu”, stwierdzając, że „skargi muszą być badane szybko i bezstronnie przez właściwe organy, tak aby ten środek ochrony prawnej był skuteczny”<sup>44</sup>. Komitet określił standardy i zasady mające zastosowanie do humanitarnego traktowania osób pozbawionych wolności, zauważając, że: „Artykuł 10 ust. 1 [Międzynarodowego paktu praw obywatelskich i politycznych] nakłada na państwa-strony obowiązek wobec osób, które są szczególnie narażone ze względu na swój status osób pozbawionych wolności, i uzupełnia w stosunku do nich zakaz tortur lub innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania zawarty w art. 7 paktu”<sup>45</sup>. Komitet wyjaśnił również, w jaki sposób arbitralne

<sup>41</sup> A/54/44, pkt 45.

<sup>42</sup> Komitet przeciwko Torturom, G.K. przeciwko Szwajcarii (CAT/C/30/D/219/2002), pkt 6,10.

<sup>43</sup> CAT/C/RUS/CO/4, pkt 21. Komitet Praw Człowieka stwierdził ponadto, że zasada wykluczenia ma zastosowanie przez cały czas, w tym w sytuacjach nadzwyczajnych. Zob. również Komitet Praw Człowieka, komentarz ogólny nr 32 (2007), pkt 6.

<sup>44</sup> Komitet Praw Człowieka, komentarz ogólny nr 20 (1992), pkt 14.

<sup>45</sup> Komitet Praw Człowieka, komentarz ogólny nr 21 (1992), pkt 3.

zatrzymanie stwarza ryzyko tortur i niewłaściwego traktowania, oraz wymienił różne zabezpieczenia, które są niezbędne do zapobiegania torturom<sup>46</sup>. Ponadto zauważył, że psychiczne i fizyczne skutki tortur i niewłaściwego traktowania mogą generować ryzyko pozbawienia życia, i powiązał tortury i niewłaściwe traktowanie z wymuszonymi zaginięciami<sup>47</sup>.

23. Wśród orzecznictwa ustanowionego przez Komitet Praw Człowieka na mocy pierwszego Protokołu fakultatywnego do Międzynarodowego paktu praw obywatelskich i politycznych, który nadaje komitetowi kompetencje do rozpatrywania indywidualnych skarg dotyczących naruszeń paktu, komitet podkreślił lub wyjaśnił, że na mocy art. 7

państwa są zobowiązane do prowadzenia dokładnych i skutecznych dochodzeń w sprawie doniesień o torturach, w tym badań medycznych, a następnie ścigania i karania osób odpowiedzialnych oraz zapewnienia odszkodowania skarżącemu<sup>48</sup>. Ponadto komitet uznał, że długotrwałe zatrzymanie bez prawa kontaktu wiąże się ze znacznym cierpieniem, co może stanowić tortury lub niewłaściwe traktowanie<sup>49</sup>.

*d. Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet*

24. Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet monitoruje przestrzeganie przez państwa-strony Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet.
25. W swoich uwagach końcowych komitet odniósł się do obowiązku prowadzenia postępowań przygotowawczych wobec państwowych i niepaństwowych sprawców czynów stanowiących tortury lub niewłaściwe traktowanie, w tym przemoc seksualną i okaleczenie, ścigania tych sprawców i karania ich. Uwzględnił również obowiązek zapewnienia ofiarom przemoc seksualnej dostępu do kompleksowego leczenia i wsparcia

psychospołecznego świadczonego przez pracowników ochrony zdrowia, którzy są odpowiednio przeszkoleni w zakresie wykrywania przemoc seksualnej<sup>50</sup>. Ponadto Komitet wyraził zaniepokojenie arbitralnymi zatrzymaniami, torturami i niewłaściwym traktowaniem oraz przemocą seksualną w więzieniach; stygmatyzacją kobiet zgłaszających przemoc seksualną i przemoc ze względu na płeć oraz gwałt lub inne formy tortur lub niewłaściwego traktowania; a także kwestią obowiązku zapewnienia ofiarom przemoc seksualnej dostępu do kompleksowego leczenia i wsparcia psychospołecznego świadczonego przez pracowników ochrony zdrowia, którzy są odpowiednio przeszkoleni w zakresie wykrywania przemoc seksualnej<sup>51</sup>.

26. W zaleceniach ogólnych komitet omówił takie kwestie jak przemoc wobec kobiet<sup>52</sup> i dostęp do wymiaru sprawiedliwości, przy czym ponownie wskazał, że systemy wymiaru sprawiedliwości muszą być dostępne, umożliwiać dochodzenie praw, wykazywać się odpowiedzialnością i dobrą jakością oraz zapewniać ofiarom środki zaradcze<sup>53</sup>.
27. Rozpatrując indywidualne skargi zgodnie z Protokołem fakultatywnym do Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet, komitet stwierdził naruszenia praw zapisanych w konwencji, w tym przypadki dotyczące przymusowej sterylizacji, przemoc domowej, przemoc w więzieniu, przymusowej kontynuacji ciąży oraz braku przepisów umożliwiających skuteczne karanie gwałtu i przemoc seksualnej<sup>54</sup>.

*e. Komitet Praw Dziecka*

28. Komitet Praw Dziecka ustanowiono na mocy art. 43 Konwencji o prawach dziecka.
29. W swoich uwagach końcowych komitet wielokrotnie odnosił się do tortur i niewłaściwego traktowania, powołując się na art. 37 konwencji, który stanowi, że „żadne dziecko nie [będzie] podlegało torturowaniu

<sup>46</sup> Komitet Praw Człowieka, komentarz ogólny nr 35 (2014), pkt 56-58.

<sup>47</sup> Komitet Praw Człowieka, komentarz ogólny nr 36 (2018), pkt 54-58.

<sup>48</sup> Komitet Praw Człowieka, Amarasinghe przeciwko Sri Lance (CCPR/C/120/D/2209/2012), pkt 8; oraz Khelifati przeciwko Algierii (CCPR/C/120/D/2267/2013), pkt 8.

<sup>49</sup> Komitet Praw Człowieka, El-Megreisi przeciwko Libii, komunikat nr 440/1990, pkt 5,4.

<sup>50</sup> CEDAW/C/BDI/CO/5-6, pkt 27

<sup>51</sup> CEDAW/C/IRQ/CO/4-6, pkt 48-49; CEDAW/C/MLI/CO/6-7, pkt 13-14; oraz CEDAW/C/BDI/CO/5-6, pkt 26-27.

<sup>52</sup> Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, zalecenie ogólne nr 12 (1989); zalecenie ogólne nr 19 (1992); oraz zalecenie ogólne nr 35 (2017).

<sup>53</sup> Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, zalecenie ogólne nr 33 (2015).

<sup>54</sup> Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet, Szijarto przeciwko Węgrom, skarga nr 4/2004; A.T. przeciwko Węgrom, skarga nr 2/2003; Vienna Intervention Centre against Domestic Violence and the Association for Women's Access to Justice on behalf of Akbak et al. przeciwko Austrii (CEDAW/C/39/D/6/2005); Abramova przeciwko Białorusi (CEDAW/C/49/D/23/2009); L.C. przeciwko Peru (CEDAW/C/50/D/22/2009); oraz V.P.P. przeciwko Bułgarii (CEDAW/C/53/D/31/2011).



bądź okrutnemu, nieludzkiemu czy poniżającemu traktowaniu lub karaniu”. Komitet wyrażał przy tym zaniepokojenie torturami, pozasądowymi egzekucjami i wymuszonymi zaginięciami dzieci z rąk policji i sił zbrojnych oraz zalecił rejestrowanie, badanie i ściganie wszystkich zarzutów dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania dzieci<sup>55</sup>.

30. Komitet opublikował ogólne uwagi dotyczące kar cielesnych i innych okrutnych lub poniżających form karania, a także wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich<sup>56</sup>. W swoim komentarzu ogólnym nr 6 (2005) w sprawie traktowania małoletnich bez opieki i dzieci odseparowanych od rodziców poza krajem pochodzenia komitet potwierdził, że dzieci nie należy odsyłać do kraju, w którym istnieją uzasadnione podstawy, by sądzić, że występuje realne ryzyko nieodwracalnej szkody dla dziecka<sup>57</sup>. Rozpatrując skargi indywidualne w sprawie procedury składania zawiadomień, zgodnie z Protokołem fakultatywnym do Konwencji o prawach dziecka, Komitet stwierdził, że deportacja dziewczynki do państwa, w którym istnieje ryzyko poddania jej okaleczeniu żeńskich narządów płciowych, narusza konwencję<sup>58</sup>.

*f. Komitet ONZ ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami*

31. Komitet ONZ ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami ustanowiono na mocy art. 34 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych.
32. W ramach swojego mandatu Komitet zajmował się aspektami tortur i niewłaściwego traktowania. Komitet stwierdził na przykład, że władze argentyńskie nie zapewniły niepełnosprawnemu więźniowi możliwości korzystania z obiektów i usług więziennych na równych zasadach z innymi osobami zatrzymanymi oraz że państwo było zobowiązane do poczynienia kroków, aby naprawić tę sytuację<sup>59</sup>. Komitet podkreślił również zobowiązanie państwa do zapobiegania torturom, gdy stwierdził, że Zjednoczona

Republika Tanzanii nie przeprowadziła postępowania przygotowawczego i nie ścigała podejrzanych sprawców ataku na osobę z albinizmem; komitet zauważył, że zaniechanie to doprowadziło do ponownej wiktyimizacji osoby będącej celem ataku, która doświadczyła niewłaściwego traktowania psychicznego i naruszenia jej nietykalności cielesnej<sup>60</sup>.

*g. Komitet do spraw Wymuszonych Zaginięć*

33. Mandat Komitetu do spraw Wymuszonych Zaginięć polega na monitorowaniu wdrażania Międzynarodowej konwencji o ochronie wszystkich osób przed wymuszonym zaginięciem przez państwa-strony. Komitet może również otrzymywać wnioski o podjęcie pilnych działań od krewnych osób zaginionych bądź ich prawnych lub innych upoważnionych przedstawicieli, a także skargi od osób twierdzących, że są ofiarami naruszenia praw zapisanych w konwencji<sup>61</sup>.

*(ii) Specjalne procedury Rady Praw Człowieka*

34. Rada Praw Człowieka jest organem międzyrządowym odpowiedzialnym za propagowanie i ochronę międzynarodowych praw człowieka oraz za podejmowanie działań mających na celu przeciwdziałanie naruszeniom praw człowieka.
35. Rada zarządza systemem specjalnych procedur, który zakłada niezależnych ekspertów pracujących w ramach swoich indywidualnych kompetencji, posiadających mandat do składania sprawozdań i doradzania w zakresie praw człowieka z perspektywy tematycznej lub krajowej.
36. Specjalni sprawozdawcy badają sytuację w zakresie praw człowieka na całym świecie z perspektywy tematycznej lub specyficznej dla danego kraju, niezależnie od ratyfikacji przez dane państwo odpowiednich traktatów dotyczących praw człowieka.
37. Grupy robocze przekazują pilne apele do rządów, przeprowadzają wizyty mające na celu wszechstronne zrozumienie sytuacji panującej

<sup>55</sup> CRC/C/SLV/CO/5-6 i Corr.1, pkt 24; oraz CRC/C/ARG/CO/5-6, pkt 21-22.

<sup>56</sup> Komitet Praw Dziecka, komentarz ogólny nr 8 (2006) i komentarz ogólny nr 10 (2007).

<sup>57</sup> Komitet Praw Dziecka, komentarz ogólny nr 6 (2005), pkt 27.

<sup>58</sup> Komitet Praw Dziecka, K.Y.M. przeciwko Danii (CRC/C/77/D/3/2016).

<sup>59</sup> Komitet ONZ ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami, X przeciwko Argentynie (CRPD/C/11/D/8/2012), pkt 8,5.

<sup>60</sup> Komitet ONZ ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami, X przeciwko Zjednoczonej Republice Tanzanii (CRPD/C/18/D/22/2014), pkt 8.6-8.7.

<sup>61</sup> CED/C/COL/CO/1, pkt 29-30 (zgodzenie się z Komitetem przeciwko Torturom, że państwo powinno zapewnić osobom pozbawionym wolności natychmiastowy dostęp do adwokata i wszelkie związane z tym gwarancje jako sposób zapobiegania wymuszonym zaginięciom); oraz A/HRC/45/13, pkt 61 (omówienie zarzutów, że ofiary wymuszonych zaginięć były poddawane torturom podczas zaginięcia, a następnie ponownie pojawiły się przed prokuratorem) i 93 (dostrzeżenie związku między wymuszonym zaginięciem, arbitralnym zatrzymaniem i torturami).

w krajach objętych ich mandatem, prowadzą dyskusje na temat ogólnych kwestii, aby pomóc państwom w zapobieganiu naruszeniom, a także sporządzają sprawozdania roczne.

*a. Specjalny sprawozdawca ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*

38. Specjalny sprawozdawca ds. tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania bada kwestie związane z torturami i innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Zgodnie z rezolucją Rady Praw Człowieka 43/20 specjalny sprawozdawca ds. tortur jest upoważniony do poszukiwania informacji dotyczących kwestii i domniemanych przypadków tortur lub niehumanitarnego traktowania, otrzymywania takich informacji, ich analizowania i podejmowania w związku z nimi działań; przeprowadzania wizyt w krajach, aby wzmocnić dialog z rządami, i podejmowania działań następczych w związku z zaleceniami zawartymi w sprawozdaniach z wizyt; badania, w sposób kompleksowy, trendów, rozwoju i wyzwań związanych ze zwalczaniem tortur i niehumanitarnego traktowania oraz zapobiegania im, a także przedstawiania zaleceń i uwag dotyczących odpowiednich środków zapobiegania takim praktykom i ich eliminowania; identyfikowania, wymiany i propagowania najlepszych praktyk w zakresie środków mających na celu zapobieganie torturom i niehumanitarnemu traktowaniu, karanie za takie czyny i eliminowanie ich; uwzględniania w całym mandacie perspektywy płci i podejścia skoncentrowanego na ofierze; oraz propagowania współpracy z podmiotami krajowymi, regionalnymi i międzynarodowymi<sup>62</sup>.

39. W swoim sprawozdaniu z 1995 r. specjalny sprawozdawca ds. tortur, Sir Nigel Rodley, przedstawił szereg zaleceń, w tym:

Kiedy osoba zatrzymana, jej krewny lub prawnik składa skargę dotyczącą tortur, zawsze należy przeprowadzić postępowanie przygotowawcze. ...Należy ustanowić niezależne organy krajowe, takie jak krajowa komisja lub rzecznik praw

obywatelskich z uprawnieniami dochodzeniowo-śledczymi lub prokuratorskimi, które będą przyjmować lub rozpatrywać skargi. Skargi dotyczące tortur należy rozpatrywać niezwłocznie i powinny zostać zbadane przez niezależny organ, który nie jest powiązany z organem prowadzącym postępowanie przygotowawcze lub postępowanie przeciwko domniemanej ofierze [tortur]<sup>63</sup>.

40. Sir Nigel Rodley wskazał później, że „zarówno na mocy ogólnego prawa międzynarodowego, jak i Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania państwa są zobowiązane do zbadania zarzutów stosowania tortur”<sup>64</sup>. Później jego następcą, Manfred Nowak, zauważył, że „jednym z głównych wyzwań w walce z bezkarnością za stosowanie tortur jest to, by władze przeprowadzały skuteczne postępowania przygotowawcze; postępowania, które są niezależne, dokładne i kompleksowe”<sup>65</sup>. W tym celu specjalny sprawozdawca podkreślił znaczenie biegłych sądowych w dokumentowaniu i badaniu tortur oraz zwalczaniu bezkarności, zalecając, by: „[n]iezależny biegły z zakresu kryminalistyki był częścią każdego wiarygodnego mechanizmu ustalania faktów lub prewencji”<sup>66</sup>.

41. Odpowiedni specjaliści sprawozdawcy ds. tortur podkreślili znaczenie badania i dokumentowania zarzutów stosowania tortur, zgodnie z Protokołem stambulskim, jako niezbędnego narzędzia w walce z bezkarnością i wzmocnianiu praworządności. Zidentyfikowali oni również sytuacje, takie jak umieszczenie w celi izolacyjnej, i praktyki, takie jak wymuszanie zeznań, które zwiększają ryzyko tortur i niehumanitarnego traktowania, oraz zalecili środki zapobiegawcze przeciwko takim sytuacjom i praktykom w swoich sprawozdaniach tematycznych, a także w sprawozdaniach z wizyt krajowych. Ostatnie opracowania dotyczące norm związanych z torturami i niehumanitarnym traktowaniem obejmowały komisje śledcze<sup>67</sup>, warunki zatrzymania i Reguły Nelsona Mandeli,<sup>68</sup> zasadę wykluczenia<sup>69</sup>,

<sup>62</sup> Dotychczasowi posiadacze mandatów: Peter Kooijmans (1985-1993), Nigel Rodley (1993-2001), Theo van Boven (2001-2004), Manfred Nowak (2004-2010), Juan E. Méndez (2010-2016) i Nils Melzer (2016-2022).

<sup>63</sup> E/CN.4/1995/34, pkt 926 lit. g).

<sup>64</sup> E/CN.4/1996/35, pkt 136.

<sup>65</sup> A/62/221, pkt 46.

<sup>66</sup> Tamże, pkt 53 lit. e).

<sup>67</sup> A/HRC/19/61.

<sup>68</sup> A/64/215 i A/68/295.

<sup>69</sup> A/HRC/25/60.

perspektywy płci w odniesieniu do tortur<sup>70</sup>, tortury w placówkach opieki zdrowotnej<sup>71</sup>, izolację<sup>72</sup>, rolę ekspertyzy kryminalistycznej w zwalczaniu bezkarności za stosowanie tortur<sup>73</sup> i pozaprosesowe użycie siły<sup>74</sup>.

*b. Specjalny sprawozdawca ds. przemocy wobec kobiet*

42. W sprawozdaniu z 2013 r. specjalna sprawozdawczyni ds. przemocy wobec kobiet, Rashida Manjoo, napisała o „silnym związku między przemocą wobec kobiet a uwięzieniem kobiet, zarówno przed pozbawieniem wolności, w jego trakcie, jak i po jego zakończeniu”<sup>75</sup>. W sprawozdaniu z 2015 r. opisała wpływ Międzyamerykańskiej konwencji w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie na „konceptualizację gwałtu jako tortur”, potwierdzając wpływ regionalnych i międzynarodowych mechanizmów ochrony praw człowieka na zmieniającą się interpretację gwałtu jako tortur<sup>76</sup>.

*c. Specjalny sprawozdawca ONZ ds. powszechnego prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego*

43. W 2005 r. specjalny sprawozdawca ONZ ds. powszechnego prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego, Paul Hunt, poinformował, że: „[t]am, gdzie dostępna jest opieka psychiatryczna i usługi wsparcia, użytkownicy są narażeni na łamanie ich praw człowieka w tych środowiskach. Ma to miejsce w szczególności w segregowanych systemach usług i zakładach opieki, takich jak szpitale psychiatryczne, instytucje dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, domy opieki, ośrodki opieki społecznej, domy dziecka i więzienia”<sup>77</sup>. W 2017 r. specjalny sprawozdawca Dainius Pūras stwierdził, że: „[z]drowie psychiczne jest często zaniedbywane, z kolei kiedy przyznaje się na nie odpowiednie zasoby, zostaje narażone na

nieskuteczne i szkodliwe modele, postawy i brak równowagi. ... Ludzie w każdym wieku, kiedy mają potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego, zbyt często cierpią z powodu braku opieki i wsparcia lub usług, które są nieskuteczne i szkodliwe”<sup>78</sup>.

*d. Specjalny Sprawozdawca ds. Promocji oraz Ochrony Praw Człowieka i Podstawowych Wolności podczas Zwalczania Terroryzmu*

44. Mandat Specjalnego Sprawozdawcy ds. Promocji oraz Ochrony Praw Człowieka i Podstawowych Wolności podczas Zwalczania Terroryzmu został ustanowiony w kwietniu 2005 r. przez Komisję Praw Człowieka. Osoby posiadające ten mandat konsekwentnie podkreślają absolutny zakaz tortur i niewłaściwego traktowania, w tym w sytuacji, gdy państwa stoją w obliczu terroryzmu<sup>79</sup>.

*e. Specjalny sprawozdawca ds. pozasądowych, doraźnych i arbitralnych egzekucji oraz Protokół z Minnesoty w sprawie śledztwa dotyczącego potencjalnie bezprawnej śmierci*

45. Specjalny sprawozdawca ds. pozasądowych, doraźnych i arbitralnych egzekucji często odwołuje się do Protokołu z Minnesoty w sprawie śledztwa dotyczącego potencjalnie bezprawnej śmierci<sup>80</sup> podczas wykonywania mandatu w zakresie ochrony prawa do życia oraz propagowania sprawiedliwości, odpowiedzialności i prawa do środka ochrony prawnej, a także podczas zapewniania, by przeprowadzono postępowania przygotowawcze w sprawach potencjalnie bezprawnej śmierci lub wymuszonych zaginięć. Protokół z Minnesoty ułatwia pracę państw, a także instytucji i osób prywatnych w prowadzeniu tych postępowań przygotowawczych i zawiera informacje w zakresie zaczynającym się od ram prawnych odnoszących się do przypadków bezprawnej śmierci i wymuszonych zaginięć, a kończącym się na najlepszych praktykach i standardach dotyczących odzyskiwania ludzkich szczątków,

<sup>70</sup> A/HRC/7/3 i A/HRC/31/57.

<sup>71</sup> A/HRC/22/53.

<sup>72</sup> A/63/175 i A/66/268.

<sup>73</sup> A/62/221 i A/69/387.

<sup>74</sup> A/72/178.

<sup>75</sup> A/68/340, pkt 2.

<sup>76</sup> A/HRC/29/27, pkt 54 i 58.

<sup>77</sup> E/CN.4/2005/51, pkt 8.

<sup>78</sup> A/HRC/35/21, pkt 84.

<sup>79</sup> A/73/361, pkt 40 (wyrażenie obawy, że przepisy mające na celu zwalczanie terroryzmu mogą naruszać prawo człowieka do wolności od tortur); oraz A/HRC/40/52, pkt 55 (sposprzeżenie, że w wielu indywidualnych skargach zarzuca się stosowanie tortur w ramach działań mających na celu zwalczanie terroryzmu).

<sup>80</sup> Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka (OHCHR), The Minnesota Protocol on the Investigation of Potentially Unlawful Death (2016): The Revised United Nations Manual on the Effective Prevention and Investigation of Extra-Legal, Arbitrary and Summary Executions [Protokół z Minnesoty w sprawie śledztwa dotyczącego potencjalnie bezprawnej śmierci: zmieniony podręcznik ONZ dotyczący skutecznego zapobiegania pozasądowym, arbitralnym i doraźnym egzekucjom oraz prowadzenia postępowań przygotowawczych w ich sprawie] (Nowy Jork i Genewa, 2017).

przeprowadzania sekcji zwłok, przesłuchiwanie świadków, wydobywania grobów i analizowania szczątków kości.

*f. Grupa Robocza ds. Arbitralnych Zatrzymań*

46. Grupa Robocza ds. Arbitralnych Zatrzymań bada przypadki pozbawienia wolności, które jest arbitralne lub niezgodne z obowiązującymi międzynarodowymi normami prawnymi. Jak podkreśliła grupa robocza, osoby arbitralnie pozbawione wolności są często poddawane różnym formom tortur lub niewłaściwego traktowania. Na przykład w 2009 r. grupa robocza stwierdziła, że „przymusowe badania analne naruszają zakaz tortur i innego okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania, niezależnie od tego, czy ... są stosowane w celu ukarania, wymuszenia zeznań lub dalszej dyskryminacji”<sup>81</sup>.

*g. Grupa robocza ds. przymusowych lub wymuszonych zaginięć*

47. Grupa robocza ds. przymusowych lub wymuszonych zaginięć jest upoważniona do badania kwestii związanych z przymusowymi lub wymuszonymi zaginięciami osób przez poszukiwanie i otrzymywanie informacji od rządów, organizacji międzyrządowych, organizacji humanitarnych i z innych wiarygodnych źródeł.
48. Grupa robocza przyczyniła się do opracowania międzynarodowych standardów w kwestii wymuszonych zaginięć, w tym Deklaracji w sprawie ochrony wszystkich osób przed wymuszonym zaginięciem. Opracowała też szereg ogólnych komentarzy do deklaracji i stworzyła własną doktrynę dotyczącą wielu kwestii, w tym związku między wymuszonymi zaginięciami a torturami. W swoim komentarzu ogólnym do definicji wymuszonego zaginięcia grupa robocza stwierdziła:

[g]rupa robocza uważa, że gdy ciało ofiary zostaje znalezione okaleczone lub z wyraźnymi oznakami torturowania lub ze związanymi rękami lub nogami, okoliczności te wyraźnie wskazują, że po zatrzymaniu nie nastąpiła natychmiastowa egzekucja, ale że pozbawienie wolności trwało przez pewien czas, nawet co najmniej kilka godzin lub dni.

Sytuacja o takim charakterze stanowi nie tylko naruszenie prawa do niebycia zaginionym, lecz także prawa do tego, by nie być poddawanyemu torturom, prawa do uznania podmiotowości prawnej i prawa do życia, zgodnie z art. 1 ust. 2 deklaracji<sup>82</sup>.

49. Jeśli chodzi o prawo do prawdy, grupa robocza omówiła wpływ wymuszonych zaginięć na krewnych ofiary, stwierdzając, że prawo do prawdy o losie zaginionej osoby jest prawem absolutnym, niepodlegającym ograniczeniom ani odstępstwom. Ten bezwzględny charakter wynika z faktu, że wymuszone zaginięcie powoduje cierpienie krewnych, które osiąga status tortur<sup>83</sup>.

*h. Niezależny ekspert ds. ochrony przed przemocą i dyskryminacją ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową*

50. Niezależny ekspert ds. ochrony przed przemocą i dyskryminacją ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową ocenia wdrażanie międzynarodowych instrumentów ochrony praw człowieka w odniesieniu do sposobów przewyższania przemocy i dyskryminacji wobec osób ze względu na ich orientację seksualną lub tożsamość płciową. W sprawozdaniu z 2018 r. niezależny ekspert Victor Madrigal-Borloz zauważył, że „brak uznania tożsamości płciowej może ... prowadzić do naruszeń praw człowieka w innych kontekstach, w tym tortur i niewłaściwego traktowania w placówkach medycznych i aresztach, przemocy seksualnej i przymusowych procedur medycznych”<sup>84</sup>.

*i. Specjalny sprawozdawca ds. praw osób z niepełnosprawnościami*

51. Specjalny sprawozdawca ds. praw osób z niepełnosprawnościami bada bariery, które stoją przed osobami z niepełnosprawnościami i utrudniają im pełne uczestnictwo w życiu społecznym na równych prawach<sup>85</sup>.
52. Osoby z niepełnosprawnościami pozbawione wolności znajdują się w wyjątkowo trudnej sytuacji i są bardziej narażone na tortury lub niewłaściwe traktowanie, w tym przymusowe podawanie leków, elektrowstrząsy, stosowanie

<sup>81</sup> A/HRC/16/47/Add.1 i Corr.1, opinia nr 25/2009, pkt 28.

<sup>82</sup> A/HRC/7/2, pkt 26 (pkt 9 komentarza ogólnego).

<sup>83</sup> Grupa robocza ds. przymusowych lub wymuszonych zaginięć, komentarz ogólny na temat prawa do prawdy w związku z wymuszonymi zaginięciami, pkt 4 (A/HRC/16/48, pkt 39).

<sup>84</sup> A/73/152, pkt 18.

<sup>85</sup> Wśród dotychczasowych osób upoważnionych w ramach procedury specjalnej znaleźli się Gerard Quinn (2020-obecnie) i Catalina Devandas Aguilar (2014-2020).

ograniczeń i przebywanie w izolacji<sup>86</sup>. Odmawia im się opieki medycznej i często formalnie pozbawia się ich zdolności do czynności prawnych<sup>87</sup>. W sprawozdaniu z 2021 r. specjalny sprawozdawca Gerard Quinn wyraził zaniepokojenie nadreprezentacją osób z niepełnosprawnościami w populacji zatrzymanych oraz potrzebę rozważenia rozsądnych dostosowań w odniesieniu do ich warunków życia<sup>88</sup>. Specjalny sprawozdawca wyraził szczególne zaniepokojenie kwestiami zdrowia psychicznego, które dotyczą wielu niepełnosprawnych więźniów, oraz wpływem zatrzymania na zdrowie psychiczne - co jest związane z minimalnymi standardami zatrzymania oraz nieludzkim lub poniżającym traktowaniem<sup>89</sup>.

53. W przeprowadzonej w 2019 r. ocenie działań Organizacji Narodów Zjednoczonych na rzecz włączenia kwestii związanych z dostępnością i niepełnosprawnością do głównego nurtu polityki stwierdzono, że włączenie to wymaga podejścia opartego na prawach człowieka, które wymaga przestrzegania i propagowania wszystkich międzynarodowych standardów praw człowieka<sup>90</sup>. Takie podejście wymaga odejścia od charytatywnego lub medialnego podejścia do osób z niepełnosprawnościami i postrzegania ich jako posiadaczy praw.

*j. Grupa robocza ds. dyskryminacji kobiet i dziewcząt*

54. Grupa robocza ds. dyskryminacji kobiet i dziewcząt jest upoważniona do stosowania kompleksowego i spójnego podejścia opartego na prawach człowieka w celu zapewnienia, by kobiety i dziewczęta znajdowały się w centrum działań zmierzających do zapewnienia odpowiedzialności państw za wdrażanie międzynarodowych standardów w zakresie praw obywatelskich, politycznych, gospodarczych, społecznych i kulturalnych.
55. Grupa robocza koncentruje się na utrzymaniu gwarancji prawnych w celu ochrony wszystkich kobiet i dziewcząt oraz stara się reagować w sytuacjach, gdy dyskryminacja ze względu na płeć jest związana z innymi formami dyskryminacji. Grupa robocza uznaje, że kobiety i dziewczęta nie są jednolitą grupą. Kobiety i dziewczęta, ze względu na swoją

różnorodność i wiele odmiennych okoliczności, są w różny sposób dotknięte dyskryminującymi przepisami i praktykami.

56. Grupa robocza zauważyła, że: „[p]ozbawienie wolności (...) ma druzgocące konsekwencje dla życia kobiet, gdyż naraża je na tortury, przemoc i nadużycia, niebezpieczne i niehigieniczne warunki, brak dostępu do usług zdrowotnych i dalszą marginalizację. Pozbawia ono kobiety możliwości edukacyjnych i ekonomicznych, uniemożliwia kontakt z rodziną i przyjaciółmi, a także pozbawia możliwości dokonywania własnych wyborów i kierowania swoim życiem według własnego uznania”<sup>91</sup>.

*k. Dobrowolny Fundusz ONZ na rzecz Ofiar Tortur*

57. Dobrowolny Fundusz ONZ na rzecz Ofiar Tortur otrzymuje dobrowolne składki, głównie od państw, i przekazuje je organizacjom społeczeństwa obywatelskiego świadczącym pomoc psychologiczną, medyczną, społeczną, ekonomiczną, prawną i inne formy pomocy humanitarnej ofiarom tortur i członkom ich rodzin. Fundusz w szczególności propaguje podejście skoncentrowane na ofiarach, mające na celu zmianę na poziomie indywidualnym; jest to narzędzie do propagowania i uwzględniania odpowiedzialności jako kluczowego elementu w procesie leczenia ofiar tortur. Fizyczne i psychiczne skutki tortur mogą być wyniszczające i utrzymywać się przez lata, wpływając nie tylko na osoby, które je przeżyły, lecz także na członków ich rodzin. Brak skutecznej rehabilitacji może pozostawić u ofiar traumę oraz niszczyć rodziny i społeczności. Artykuł 14 konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur stanowi, że państwa-strony muszą zapewnić, aby ofiara tortur podlegająca ich jurysdykcji uzyskała zadośćuczynienie, w tym środki niezbędne dla możliwie najpełniejszej rehabilitacji. Pomoc w powrocie do zdrowia po doznanej traumie można uzyskać od instytucji państwowych i organizacji społeczeństwa obywatelskiego, które specjalizują się w pomaganiu ofiarom tortur.

**2. Regionalne systemy ochrony praw człowieka**

<sup>86</sup> A/HRC/40/54, pkt 24 i 38.

<sup>87</sup> Tamże, pkt 24.

<sup>88</sup> A/HRC/46/27, pkt 110.

<sup>89</sup> Tamże, pkt 111.

<sup>90</sup> A/75/186, pkt 6, 12 i 26.

<sup>91</sup> A/HRC/41/33, pkt 74.

58. Regionalne organy ds. praw człowieka wniosły znaczący wkład w rozwój standardów zapobiegania torturom. Organy te obejmują Międzyamerykańską Komisję Praw Człowieka, Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Europejski Trybunał Praw Człowieka, Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu, Afrykańską Komisję Praw Człowieka i Ludów oraz Afrykański Trybunał Praw Człowieka i Ludów.

(a) System międzyamerykański

59. Artykuł I Amerykańskiej Deklaracji Praw i Obowiązków Człowieka<sup>92</sup> stanowi, że: „[k]ażdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osobistego”. Artykuł XXV deklaracji stanowi, że: „[k]ażda osoba pozbawiona wolności ... ma prawo do humanitarnego traktowania podczas pobytu w areszcie”. Jest to uzupełnione zakazem „okrutnego, haniebnego lub nietypowego karania” zawartym w artykule XXVI. W 1959 r. Organizacja Państw Amerykańskich utworzyła Międzyamerykańską Komisję Praw Człowieka, która w 1965 r. otrzymała mandat do rozpatrywania indywidualnych spraw przeciwko państwom członkowskim organizacji.

60. Artykuł 5 Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka stanowi, że:

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

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

...

61. W art. 33 Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka przyznano kompetencje Międzyamerykańskiej Komisji Praw Człowieka i Międzyamerykańskiemu Trybunałowi Praw

Człowieka w zakresie wypełniania zobowiązań podjętych przez państwa-strony na mocy Konwencji<sup>93</sup>. Główną funkcją Komisji, przewidzianą w jej regulaminie, jest propagowanie przestrzegania praw człowieka i ich ochrona oraz służenie jako organ doradczy Organizacji Państw Amerykańskich w tej dziedzinie<sup>94</sup>. W ramach pełnienia tej funkcji Komisja oparła się na Międzyamerykańskiej konwencji w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie, aby ukierunkować swoją interpretację tego, co oznaczają tortury zgodnie z art. 5 Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka.

62. Artykuł 2 Międzyamerykańskiej konwencji w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie zawiera następującą definicję tortur: każde umyślne działanie, w wyniku którego osobie zadaje się ból fizyczny lub psychiczny albo cierpienie w celu przeprowadzenia postępowania karnego, zastraszenia, jako karę osobistą, środek zapobiegawczy, sankcję lub w jakimkolwiek innym celu. Przez tortury należy również rozumieć stosowanie wobec osoby metod mających na celu zatarcie osobowości ofiary lub ograniczenie jej zdolności fizycznych lub umysłowych, nawet jeśli metody te nie powodują one bólu fizycznego lub udręki psychicznej<sup>95</sup>.

63. Na podstawie art. 1 Międzyamerykańskiej konwencji w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie państwa-strony zobowiązują się do zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie zgodnie z warunkami określonymi w konwencji. Artykuł 6 stanowi, że państwa muszą również wprowadzać skuteczne środki w celu zapobiegania niewłaściwemu traktowaniu w ramach swojej jurysdykcji i karania za takie traktowanie. Międzyamerykańska konwencja w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie nie zawiera jednak definicji takiego zachowania ani nie wskazuje okoliczności, które odróżniają niewłaściwe traktowanie od tortur. Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka wskazał, że rozróżnienie to opiera się częściowo

<sup>92</sup> Amerykańska Deklaracja Praw i Obowiązków Człowieka (Bogota, 2 maja 1948 r.).

<sup>93</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka jest organem sądowym o bardziej ograniczonym mandacie niż Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka, ponieważ ten pierwszy może rozstrzygać tylko sprawy wniesione przeciwko państwom członkowskim Organizacji Państw Amerykańskich, które wyraźnie zaakceptowały sporną jurysdykcję Trybunału, i takie sprawy muszą najpierw zostać rozpatrzone przez Komisję. Ponadto tylko państwa będące stronami konwencji i komisja mogą kierować sprawy do Trybunału.

<sup>94</sup> Regulamin Międzyamerykańskiej Komisji Praw Człowieka, art. 1 ust. 1.

<sup>95</sup> Definicja tortur zawarta w Międzyamerykańskiej konwencji w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie różni się od definicji zawartej w konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur w trzech aspektach: (a) nie odnosi się do „dotkliwości” jako kwalifikacji tortur; (b) odnosi się do „każdego innego celu” bez kwalifikowania takiego celu jako opartego na dyskryminacji; oraz (c) obejmuje metody mające na celu zatarcie osobowości ofiar lub zmniejszenie ich zdolności, niezależnie od tego, czy takie metody powodują ból lub cierpienie. Państwa będące stronami obu traktatów są zobowiązane do stosowania standardów, które w największym stopniu lub jeszcze lepiej chronią prawo do wolności od tortur.

na dotkliwości traktowania<sup>96</sup>, ale utrzymał, że rozróżnienie to nie ma charakteru bezwzględnie i może ewoluować w świetle rosnących wymagań w zakresie ochrony podstawowych praw i wolności<sup>97</sup>. Artykuł 6 stanowi również, że państwa muszą zapewnić, by tortury stanowiły przestępstwo zgodnie z prawem karnym oraz by wszelkie akty tortur - i próby ich popełnienia - podlegały surowym karom.

64. Artykuł 8 Międzyamerykańskiej konwencji w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie stanowi, że państwa są zobowiązane do przeprowadzenia natychmiastowego i właściwego postępowania przygotowawczego w sprawie każdego zarzutu, że tortury miały miejsce w ramach ich jurysdykcji, i zagwarantowania, by każda osoba wnosząca zarzut, że została poddana torturom w ramach takiej jurysdykcji, miała prawo do bezstronnego zbadania sprawy. Obowiązek przeprowadzenia postępowania przygotowawczego powstaje, gdy tylko władze państwowe dowiedzą się o zarzutach lub podstawach do przypuszczenia, że doszło do tortur<sup>98</sup>. Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka ponownie wskazała, że zasady niezależności, bezstronności, kompetencji, staranności, skrupulatności i szybkości powinny być cechami charakterystycznymi postępowania przygotowawczego w sprawie domniemyanych aktów tortur<sup>99</sup>. Ponadto postępowanie przygotowawcze powinno uwzględniać międzynarodowe zasady dokumentowania i interpretowania elementów dowodów kryminalistycznych dotyczących popełnienia aktów tortur<sup>100</sup>.

65. Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka zajął się koniecznością zbadania skarg dotyczących naruszeń Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka. W sprawie Velásquez Rodríguez przeciwko Hondurasowi Trybunał stwierdził, że:

Państwo jest zobowiązane do zbadania każdej sytuacji związanej z naruszeniem

praw chronionych konwencją. Jeśli aparat państwowy działa w taki sposób, że naruszenie pozostaje bezkarne, a ofiara nie odzyskuje możliwości pełnego korzystania z tych praw tak szybko, jak to możliwe, państwo nie wywiązało się ze swojego obowiązku zapewnienia swobodnego i pełnego korzystania z tych praw osobom podlegającym jego jurysdykcji<sup>101</sup>.

66. Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka wyraźnie odrzucił możliwość stosowania wszelkich przepisów dotyczących przedawnienia, amnestii i innych środków mających na celu wyeliminowanie odpowiedzialności za poważne naruszenia praw człowieka, w tym za tortury, ponieważ takie przepisy mają na celu uniemożliwienie przeprowadzenia postępowania przygotowawczego i ukarania osób odpowiedzialnych za takie naruszenia i są zabronione jako naruszenie niederogowalnych przepisów prawa międzynarodowego praw człowieka<sup>102</sup>. Ponadto Trybunał stwierdził, że wykonanie wyroków w sprawach dotyczących poważnych naruszeń praw człowieka jest integralną częścią prawa ofiar do dostępu do wymiaru sprawiedliwości oraz że międzynarodowy obowiązek ukarania osób odpowiedzialnych za poważne naruszenia praw człowieka, w tym tortury, „nie może zostać nadmiernie naruszony lub stać się iluzoryczny podczas wykonywania wyroku, w ramach którego nałożono sankcję zgodnie z zasadą proporcjonalności”<sup>103</sup>. Trybunał ustanowił również zasady zapewniające rzetelność postępowania przygotowawczego i karania osób odpowiedzialnych za naruszenia praw człowieka w systemach wymiaru sprawiedliwości w okresie przejściowym<sup>104</sup>.

67. W swoim orzecznictwie Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka powołał się na Protokół stambulski w kilku decyzjach dotyczących tortur i niewłaściwego traktowania, aby zwrócić uwagę na konieczność przyjęcia odpowiednich ram prawnych i wzmocnienia zdolności

<sup>96</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Loayza-Tamayo przeciwko Peru, wyrok z dnia 17 września 1997 r., pkt 57.

<sup>97</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Cantoral-Benavides przeciwko Peru, wyrok z dnia 18 sierpnia 2000 r., pkt 99-104.

<sup>98</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Servellón-García i in. przeciwko Hondurasowi, wyrok z dnia 21 września 2006 r., pkt 119.

<sup>99</sup> Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka, Democratic Institutions, the Rule of Law and Human Rights in Venezuela: Country Report [Instytucje demokratyczne, rządy prawa i prawa człowieka w Wenezueli: sprawozdanie krajowe] (2017), pkt 251; oraz Gross Human Rights Violations in the Context of Social Protests in Nicaragua [Rażące naruszenia praw człowieka w kontekście protestów społecznych w Nikaragui] (2018), pkt 192. Zob. także Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka, Report on the Human Rights of Persons Deprived of Liberty in the Americas [Sprawozdanie na temat praw człowieka w przypadku osób pozbawionych wolności w obu Amerykach] (2011), pkt 345; oraz Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Bueno-Alves przeciwko Argentynie, wyrok z dnia 11 maja 2007 r., pkt 108.

<sup>100</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Vargas Areco przeciwko Paragwajowi, wyrok z dnia 26 września 2006 r., pkt 93.

<sup>101</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Velásquez-Rodríguez przeciwko Hondurasowi, wyrok z dnia 29 lipca 1988 r., pkt 176.

<sup>102</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Barrios Altos przeciwko Peru, wyrok z dnia 14 marca 2001 r., pkt 41.

<sup>103</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Barrios Altos i La Cantuta przeciwko Peru, decyzja monitorująca, 30 maja 2018 r., pkt 47 (nieoficjalne tłumaczenie z języka hiszpańskiego).

<sup>104</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Barrios Altos przeciwko Peru, pkt 41.

instytucjonalnych, które ułatwią skuteczne postępowania przygotowawcze w sprawie poważnych naruszeń praw człowieka<sup>105</sup>.

68. W art. 12, 13 i 14 Międzyamerykańskiej konwencji w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie ustanowiono jurysdykcję uniwersalną w odniesieniu do przestępstwa tortur, co oznacza, że państwa są zobowiązane do ekstradycji podejrzanych lub prowadzenia postępowań przygotowawczych i, w stosownych przypadkach, ścigania karnego, niezależnie od narodowości podejrzanego i tego, czy przestępstwo zostało popełnione w ramach jurysdykcji danego państwa. Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka uznał, że ubieganie się o ekstradycję podejrzanych o zbrodnię tortur jest obowiązkiem wynikającym z międzynarodowego prawa zwyczajowego<sup>106</sup>.

69. Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka stwierdził również, że same groźby uciekania się do zachowań zakazanych na mocy art. 5 Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka, jeśli są wystarczająco realne i nieuchronne, mogą stanowić tortury. Ponadto przy ocenie, czy doszło do naruszenia art. 5, należy również wziąć pod uwagę cierpienie psychiczne i moralne<sup>107</sup>. W związku z tym Trybunał ustalił, że zatrzymanie bez prawa kontaktu lub długotrwała izolacja stanowią okrutne i niehumanitarne traktowanie<sup>108</sup>. Trybunał zastrzegł również, że osoba może być zatrzymana bez prawa kontaktu tylko w wyjątkowych okolicznościach; oraz nawet wtedy państwo musi zagwarantować osobom zatrzymanym minimalne i niederogowalne prawa oraz chronić ich prawo do kwestionowania legalności zatrzymania i do skutecznej obrony podczas zatrzymania<sup>109</sup>. W kilku sprawach Trybunał oparł się na definicji tortur zawartej w art. 1 konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur w celu ustalenia, że zastosowano tortury<sup>110</sup>.

70. Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka orzekł również, że władze państwowe nie mogą nadawać informacjom o naruszeniach praw człowieka charakteru niejawnego ani zatajać takich informacji przed organami sądowymi lub administracyjnymi ze względu na interes publiczny, tajemnicę służbową lub bezpieczeństwo narodowe<sup>111</sup>. Co więcej, Trybunał zdecydowanie potępił jakkolwiek udział państwowego personelu wojskowego w ściganiu i postępowaniach przygotowawczych w sprawie naruszeń praw człowieka; zamiast tego takie postępowania przygotowawcze i ściganie powinny być prowadzone przez podmioty cywilne<sup>112</sup>.

71. Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka ustalił również, że państwo jest odpowiedzialne za zapewnienie prawa do humanitarnego traktowania każdej osobie znajdującej się pod jego opieką<sup>113</sup>. W związku z tym istnieje domniemanie, że państwo jest odpowiedzialne za tortury, okrutne, niehumanitarne lub poniżające traktowanie osoby znajdującej się pod opieką funkcjonariuszy państwowych, jeśli władze nie przeprowadziły poważnego postępowania przygotowawczego w sprawie stanu faktycznego<sup>114</sup>. W związku z tym ciężar dowodu spoczywa na państwie, które musi przedstawić zadowalające i przekonujące wyjaśnienie tego, co się wydarzyło, i obalić zarzuty dotyczące jego odpowiedzialności<sup>115</sup>.

72. W licznych orzeczeniach Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka uznał, że niektóre osoby znajdujące się w trudnej sytuacji są bardziej narażone na łamanie praw człowieka i tortury, a zatem mają prawo do określonej ochrony i skutecznych środków zaradczych, które uwzględniają ich indywidualną sytuację<sup>116</sup>. Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka zauważyła, że niezależne monitorowanie, publiczny nadzór i dostęp do

<sup>105</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Miguel Castro-Castro Prison przeciwko Peru*, wyrok z dnia 25 listopada 2006 r., pkt 326; *González i in. („Cotton Field”) przeciwko Meksykowi*, wyrok z dnia 16 listopada 2009 r., pkt 502 i 542; *Rosendo Cantú i in. przeciwko Meksykowi*, wyrok z dnia 31 sierpnia 2010 r., pkt 239-243; oraz *Vélez Loor przeciwko Panamie*, wyrok z dnia 23 listopada 2010 r., pkt 270.

<sup>106</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *La Cantuta przeciwko Peru*, wyrok z dnia 29 listopada 2006 r., pkt 159-160. Zob. także Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Goiburú i in. przeciwko Paragwajowi*, wyrok z dnia 22 września 2006 r., pkt 128-132.

<sup>107</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Miguel Castro-Castro Prison przeciwko Peru*, pkt 279.

<sup>108</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Godínez-Cruz przeciwko Hondurasowi*, wyrok z dnia 20 stycznia 1989 r., pkt 164. Zob. także Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka, *Luis Lizardo Cabrera przeciwko Republice Dominikańskiej*, sprawa 10.832, sprawozdanie nr 35/96, 19 lutego 1998 r., pkt 86-87.

<sup>109</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Suárez-Rosero przeciwko Ekwadorowi*, wyrok z 12 listopada 1997 r., pkt 51.

<sup>110</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Maritza Urrutia przeciwko Gwatemali*, wyrok z dnia 27 listopada 2003 r., pkt 90.

<sup>111</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Gomes Lund i in. („Guerrilha do Araguaia”) przeciwko Brazylii*, wyrok z dnia 24 listopada 2010 r., pkt 202.

<sup>112</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Fernández Ortega i in. przeciwko Meksykowi*, wyrok z dnia 30 sierpnia 2010 r., pkt 172 i 176.

<sup>113</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Baldeón-García przeciwko Peru*, wyrok z dnia 6 kwietnia 2006 r., pkt 120; *Ximenes-Lopes przeciwko Brazylii*, wyrok z dnia 4 lipca 2006 r., pkt 138; oraz *López Álvarez przeciwko Hondurasowi*, wyrok z dnia 1 lutego 2006 r., pkt 104-106.

<sup>114</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Miguel Castro-Castro Prison przeciwko Peru*, pkt 273.

<sup>115</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Juan Humberto Sánchez przeciwko Hondurasowi*, wyrok z dnia 7 czerwca 2003 r., pkt 111; oraz *Baldeón-García przeciwko Peru*, pkt 120.

<sup>116</sup> Zob. na przykład Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Ximenes Lopes przeciwko Brazylii*, wyrok z dnia 4 lipca 2006 r., pkt 103; *Baldeón-García przeciwko Peru*, pkt 119; oraz *Furlan i rodzina przeciwko Argentynie*, wyrok z dnia 31 sierpnia 2012 r., pkt 284-288.



miejsz, w których osoby są pozbawiane wolności, skutecznie zapobiegają torturom<sup>117</sup>.

73. Aby chronić osoby zatrzymane znajdujące się w trudniejszej sytuacji, w tym osoby, które zostały bezprawnie zatrzymane, Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka stwierdził, że policyjne ośrodki zatrzymań muszą spełniać pewne minimalne standardy, które zapewniają m.in. prawo do humanitarnego traktowania i bycia traktowanym z poszanowaniem ich godności<sup>118</sup>. Trybunał ustalił również, że państwa muszą regulować i nadzorować zarówno publiczne, jak i prywatne placówki opieki zdrowotnej podlegające ich jurysdykcji w celu ochrony życia i integralności wszystkich osób podlegających ich jurysdykcji<sup>119</sup>.
74. Kwestia tortur i niewłaściwego traktowania została poruszona przez Międzyamerykańską Komisję Praw Człowieka w Zasadach i najlepszych praktykach dotyczących ochrony osób pozbawionych wolności w obu Amerykach w 2008 r. oraz w obszernym sprawozdaniu na temat praw człowieka w przypadku osób pozbawionych wolności w obu Amerykach w 2011 r. Wśród innych gwarancji zasady gwarantują wszystkim osobom pozbawionym wolności prawo do składania skarg na akty tortur, niezależnie od tego, czy osoby te robią to w swoim własnym imieniu, czy w imieniu innych osób<sup>120</sup>.
75. Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka uznał również negatywne skutki psychologiczne, jakie izolacja może mieć na matki oddzielone od swoich dzieci, i uznał, że państwa powinny zadbać o szczególną opiekę dla zatrzymanych kobiet w ciąży i zapewnić matkom możliwość odwiedzania swoich dzieci<sup>121</sup>.
76. W 1996 r. Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka stała się pierwszym międzynarodowym organem orzekającym, który uznał gwałt za torturę, stwierdzając, że gwałt jest metodą tortur psychologicznych, których celem jest często upokorzenie ofiary, a także jej rodziny i społeczności<sup>122</sup>. Od tego czasu komisja i Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka wypracowały obszerne orzecznictwo wyjaśniające obowiązki państw w zakresie należytej staranności w zapobieganiu przypadkom przemocy ze względu na płeć<sup>123</sup> oraz torturom i niewłaściwemu traktowaniu w ujęciu bardziej ogólnym, a także prowadzeniu postępowań przygotowawczych w sprawie tych czynów i karaniu za nie<sup>124</sup>. Trybunał opracował ważne standardy w zakresie gromadzenia dowodów w sprawach dotyczących przemocy seksualnej<sup>125</sup>, wartości dowodowej zeznań ofiar<sup>126</sup> oraz potrzeby uwzględnienia, że rozbieżności w tych zeznaniach nie należy uznawać *per se* za świadczące o fałszywości zeznań<sup>127</sup>. Ponadto Trybunał uznał państwa za odpowiedzialne za przemoc seksualną jako formę tortur popełnioną przez podmioty niepaństwowe, gdy władze nie zapobiegły przestępstwu i nie przeprowadziły postępowań przygotowawczego w jego sprawie<sup>128</sup>.
77. W 1994 r. Organizacja Państw Amerykańskich przyjęła Międzyamerykańską konwencję o zapobieganiu, karaniu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet (konwencja z Belém do Pará)<sup>129</sup>. Konwencja z Belém do Pará stanowi, że kobiety mają prawo do życia wolnego od przemocy i zobowiązuje państwa-strony do wprowadzenia odpowiednich środków w celu zmiany lub uchylecia dotychczasowych przepisów ustawowych i wykonawczych oraz zmiany praktyk prawnych lub zwyczajowych, które utrwalają i tolerują przemoc wobec kobiet.

<sup>117</sup> Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka, Truth, Justice and Reparation: *Colombia Country Report* [Prawda, sprawiedliwość i zadośćuczynienie: sprawozdanie krajowe Kolumbii] (2013), pkt 1121.

<sup>118</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Baldeón-García przeciwko Peru, pkt 119; Ximenes-Lopes przeciwko Brazylii, pkt 125-130; Furlan i rodzina przeciwko Argentynie, pkt 131-132; oraz Bulacio przeciwko Argentynie, wyrok z dnia 8 września 2003 r., pkt 132.

<sup>119</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Ximenes Lopes przeciwko Brazylii, pkt 141.

<sup>120</sup> Zasady i najlepsze praktyki dotyczące ochrony osób pozbawionych wolności w obu Amerykach, zasada V.

<sup>121</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Miguel Castro-Castro Prison przeciwko Peru, pkt 330.

<sup>122</sup> Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka, Raquel Martí de Mejía przeciwko Peru, sprawa 10.970, sprawozdanie nr 5/96, 1 marca 1996 r.

<sup>123</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Azul Rojas Marín przeciwko Peru, wyrok z dnia 12 marca 2020 r. (w sprawie tortur popełnionych z zamiarem dyskryminacji ze względu na tożsamość płciową ofiary), pkt 178-205 (wyłącznie w języku hiszpańskim; oficjalne streszczenie dostępne w języku angielskim); Fernández Ortega i in. przeciwko Meksykowi, pkt 193; Cabrera García i Montiel Flores przeciwko Meksykowi, wyrok z dnia 26 listopada 2010 r., pkt 213-215; J. przeciwko Peru, wyrok z dnia 27 listopada 2013 r., pkt 344; López Soto i in. przeciwko Wenezueli, wyrok z dnia 26 września 2018 r., pkt 273-287; oraz Miguel Castro-Castro Prison przeciwko Peru, pkt 378.

<sup>124</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Espinoza Gonzáles przeciwko Peru, wyrok z dnia 20 listopada 2014 r., pkt 237-240; oraz J. przeciwko Peru, pkt 341-343.

<sup>125</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, González i in. („Cotton Field”) przeciwko Meksykowi oraz Velásquez Paiz i in. przeciwko Gwatemali, wyrok z dnia 19 listopada 2015 r.

<sup>126</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Fernández Ortega i in. przeciwko Meksykowi, pkt 100.

<sup>127</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, Espinoza Gonzáles przeciwko Peru, pkt 149.

<sup>128</sup> Międzyamerykański Trybunał Praw Człowieka, López Soto i in. przeciwko Wenezueli.

<sup>129</sup> Międzyamerykańska konwencja o zapobieganiu, karaniu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet („konwencja z Belém do Pará”) (9 czerwca 1994 r.) weszła w życie w dniu 5 marca 1995 r.

78. W art. 1 konwencji z Belém do Pará przemoc wobec kobiet zdefiniowano jako „każdy czyn lub zachowanie, ze względu na płeć, które powoduje śmierć lub fizyczną, seksualną lub psychiczną krzywdę lub cierpienie kobiet, zarówno w sferze publicznej, jak i prywatnej”. W art. 2 uznano, że przemoc może występować w rodzinie lub jednostce domowej, a także w ramach innych relacji międzyludzkich. W art. 6 uznano, że kobiety mają prawo do bycia docenianymi i kształtowanymi w sposób wolny od behawioralnych i społecznych stereotypów i praktyk opartych na niższości lub podporządkowaniu, a art. 7 wymaga od państw powstrzymania się od popełniania lub praktykowania przemocy wobec kobiet oraz dołożenia należytej staranności w celu zapobiegania aktom przemocy wobec kobiet, prowadzenia dochodzeń w sprawie takich aktów i karania za nie.

79. Również w 1994 r. Organizacja Państw Amerykańskich przyjęła Międzypaństwową konwencję o wymuszonych zaginięciach osób, zapewniającą dodatkowe zabezpieczenia, które pomagają zagwarantować prowadzenie dochodzeń w sprawie aktów wymuszonego zaginięcia i karanie za nie<sup>130</sup>.

80. W 2004 r. Międzypaństwowa Komisja Praw Człowieka ustanowiła mandat specjalnego sprawozdawcy ds. praw osób pozbawionych wolności w obu Amerykach. Specjalny sprawozdawca przeprowadza wizyty rozpoznawcze w państwach członkowskich Organizacji Państw Amerykańskich, monitoruje traktowanie osób pozbawionych wolności i warunki przetrzymywania, publikuje sprawozdania krajowe i tematyczne oraz wydaje zalecenia mające na celu poprawę sytuacji osób pozbawionych wolności, a w razie potrzeby podejmuje pilne działania<sup>131</sup>.

**(b) Rada Europy - Europejski Trybunał Praw Człowieka**

81. Artykuł 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (europejska konwencja praw człowieka) stanowi, że: „[n]ikt nie może być poddany torturom ani niehumanicznemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu”. Wszystkie ofiary mają

bezpośredni dostęp do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

82. W swoim orzecznictwie Europejski Trybunał Praw Człowieka uznał, że gwarancja zapisana w art. 3, która jest istotnym elementem rządów prawa, zajmuje ważne miejsce w systemie ochrony europejskiej konwencji praw człowieka i podkreśla to fakt, że żadne odstępstwo od niej nie jest dopuszczalne na mocy art. 15 w czasie wojny lub innego stanu zagrożenia publicznego<sup>132</sup>. Trybunał stwierdził, że aby wchodzić w zakres art. 3, „niewłaściwe traktowanie musi osiągnąć minimalny poziom dotkliwości”, który jest określany na podstawie oceny wszystkich okoliczności sprawy (np. czasu traktowania, skutków fizycznych lub psychicznych oraz płci, wieku i stanu zdrowia ofiary)<sup>133</sup>. Trybunał stwierdził również, że w przypadku braku fizycznego lub psychicznego urazu lub cierpienia działania, które polegają na poniżeniu, umniejszeniu godności ludzkiej, w tym użycie niepotrzebnej siły fizycznej ze strony funkcjonariuszy organów ścigania, lub które wzbudzają w ofiarach strach lub udrękę lub poczucie niższości mogące doprowadzić do przetamania ich moralnego i fizycznego oporu, mogą być scharakteryzowane jako poniżające i mogą podlegać zakazom ustanowionym w art. 3<sup>134</sup>.

83. Europejski Trybunał Praw Człowieka podkreślił znaczenie art. 3 i odniósł się do rozróżnienia między zachowaniem stanowiącym nieludzkie lub poniżające traktowanie a torturami w sprawie Aksoy przeciwko Turcji, w której skarżący został poddany zawieszaniu, biciu, porażeniu prądem genitaliów, zastrzonemu przez oblewanie go wodą i werbalne znęcanie się; Trybunał stwierdził, że zachowanie w tej sprawie było „tak poważne i okrutne, że można je określić jedynie jako tortury”<sup>135</sup>. Trybunał orzekł również, że aby stanowić tortury w rozumieniu art. 3, umyślny akt nieludzkiego traktowania musi powodować „poważne i ostre cierpienie”<sup>136</sup>.

84. W sprawie Gäfgen przeciwko Niemcom Europejski Trybunał Praw Człowieka orzekł, że „groźenie danej osobie torturami może stanowić co najmniej nieludzkie traktowanie” i naruszać

<sup>130</sup> Międzypaństwowa konwencja o wymuszonych zaginięciach osób (Belém do Pará, 6 września 1994 r.) weszła w życie w dniu 28 marca 1996 r.

<sup>131</sup> Zob. [www.oas.org/en/iachr/jsForm/?File=/en/IACHR/r/DPPL/mandato.asp](http://www.oas.org/en/iachr/jsForm/?File=/en/IACHR/r/DPPL/mandato.asp).

<sup>132</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Öcalan przeciwko Turcji, skarga nr 46221/99, wyrok z dnia 12 maja 2005 r., pkt 179-183.

<sup>133</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Bouyid przeciwko Belgii, skarga nr 23380/09, wyrok z dnia 28 września 2015 r., pkt 86.

<sup>134</sup> Tamże, pkt 87-88.

<sup>135</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Aksoy przeciwko Turcji, skarga nr 21987/93, wyrok z dnia 18 grudnia 1996 r., pkt 60-64, pkt 64.

<sup>136</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Irlandia przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, skarga nr 5310/71, wyrok z dnia 18 stycznia 1978 r., pkt 167.

art. 3<sup>137</sup>. Trybunał stwierdził następnie, że dotkliwość jest kluczowym czynnikiem odróżniającym tortury od niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, podobnie jak cel i zamiar – zbliżając w ten sposób rozumienie tego, czym są tortury, do definicji zawartej w konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, na którą powołał się Trybunał<sup>138</sup>. Trybunał nie uznał jednak tych elementów za wyczerpujące<sup>139</sup>.

85. Europejski Trybunał Praw Człowieka uznał również, że gwałt może stanowić torturę w rozumieniu art. 3 konwencji. W sprawie Aydin przeciwko Turcji Trybunał orzekł, że „nagromadzenie aktów przemocy fizycznej i psychicznej zadanych skarżącej oraz szczególnie okrutny akt gwałtu, któremu została poddana, stanowiły tortury z naruszeniem art. 3 konwencji”<sup>140</sup>.
86. W swoich orzeczeniach Europejski Trybunał Praw Człowieka opierał się również na definicji tortur stosowanej w konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur. W sprawie Selmouni przeciwko Francji Trybunał ustalił zarówno, że ból i cierpienie zadane skarżącemu były poważne, jak i że ich celem było wymuszenie „przyznania się do winy”, tym samym stanowiąc stwierdzając, że sądy, przy ustalaniu, czy dane działanie stanowi tortury, muszą brać pod uwagę zarówno dotkliwość, jak i cel zadawanego cierpienia<sup>141</sup>. Trybunał wyjaśnił później, że chociaż cel był czynnikiem, „brak takiego celu nie może ostatecznie wykluczyć stwierdzenia naruszenia art. 3”<sup>142</sup>. Ponadto Trybunał stwierdził, że rozważając, czy dana forma traktowania była „poniżająca”

w rozumieniu art. 3, Trybunał wzięty pod uwagę, czy jej celem było „upokorzenie i poniżenie danej osoby”; ponownie stwierdził jednak, że brak celu nie wyklucza stwierdzenia naruszenia art. 3<sup>143</sup>.

87. Europejski Trybunał Praw Człowieka ustalił, że brak przeprowadzenia skutecznego postępowania przygotowawczego może prowadzić do naruszenia zakazu tortur lub niewłaściwego traktowania na mocy art. 3 w sprawach dotyczących przemocy domowej<sup>144</sup>, przemocy wobec lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych<sup>145</sup>, sterylizacji kobiet romskich<sup>146</sup>, brutalności policji<sup>147</sup> i wymuszonych zaginięć<sup>148</sup>. Ponadto Trybunał stwierdził, że „skuteczny środek odwoławczy” obejmuje, oprócz wypłaty odszkodowania w stosownych przypadkach, ... skuteczny dostęp skarżącego do procedury dochodzeniowo-sledczej”<sup>149</sup>.
88. Ponadto Europejski Trybunał Praw Człowieka stwierdził naruszenie konwencji w odniesieniu do zasady wyłączenia<sup>150</sup> i ponownie wskazał na absolutny, niederogowalny charakter art. 3 w sprawach związanych z domniemanymi aktami terroryzmu, stwierdzając, że skarżący podejrzani lub oskarżeni o działalność terrorystyczną mają prawo do wolności od tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania podczas pobytu w areszcie<sup>151</sup>. W sprawie El-Masri przeciwko Byłej Jugosłowiańskiej Republice Macedonii Trybunał orzekł, że tajne wydanie i późniejsze tajne przetrzymywanie przez Byłą Jugosłowiańską Republikę Macedonii było niezgodne z prawem

<sup>137</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Gäfgen przeciwko Niemcom, skarga nr 22978/05, wyrok z dnia 1 czerwca 2010 r. (sprostowany w dniu 3 czerwca 2010 r.), pkt 91.

<sup>138</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Cestaro przeciwko Włochom, skarga nr 6884/11, wyrok z dnia 7 kwietnia 2015 r., pkt 172-176.

<sup>139</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Bouyid przeciwko Belgii, pkt 100-102.

<sup>140</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Aydin przeciwko Turcji, skarga nr 23178/94, wyrok z dnia 25 września 1997 r., pkt 86.

<sup>141</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Selmouni przeciwko Francji, skarga nr 25803/94, wyrok z dnia 28 lipca 1999 r., pkt 97-105. W sprawie Selmouni Trybunał zastosował również koncepcję „żywego instrumentu”, która doprowadził go do wniosku, że to, co mogło nie zostać uznane za tortury w 1979 r., kiedy zapadła decyzja w sprawie Irlandii przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, zostało zdecydowanie uznane za tortury w 1999 r., kiedy zapadła decyzja w sprawie Selmouni.

<sup>142</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, V. przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, skarga nr 24888/94, wyrok z dnia 16 grudnia 1999 r., pkt 71.

<sup>143</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Kalasznikow przeciwko Rosji, skarga nr 47095/99, wyrok z dnia 15 lipca 2002 r., pkt 95. Zob. również Europejski Trybunał Praw Człowieka, Peers przeciwko Grecji, skarga nr 28524/95, wyrok z dnia 19 kwietnia 2001 r., pkt 74.

<sup>144</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Opuz przeciwko Turcji, skarga nr 33401/02, wyrok z dnia 9 czerwca 2009 r., pkt 176; Eremia przeciwko Republice Mołdawii, skarga nr 3564/11, wyrok z dnia 28 maja 2013 r., pkt 67; M.G. przeciwko Turcji, skarga nr 646/10, wyrok z dnia 22 marca 2016 r., pkt 107 (oficjalna wersja dostępna w języku francuskim); Talpis przeciwko Włochom, skarga nr 41237/14, wyrok z dnia 2 marca 2017 r. (sprostowany w dniu 21 marca 2017 r.), pkt 129-131; oraz Bălșan przeciwko Rumunii, skarga nr 49645/09, wyrok z dnia 23 maja 2017 r., pkt 71 i 89.

<sup>145</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Identoba i inni przeciwko Gruzji, skarga nr 73235/12, wyrok z dnia 12 maja 2015 r., pkt 71; oraz M.C. i A.C. przeciwko Rumunii, skarga nr 12060/12, wyrok z dnia 12 kwietnia 2016 r., pkt 124-125.

<sup>146</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, V.C. przeciwko Słowacji, skarga nr 18968/07, wyrok z dnia 8 listopada 2011 r., pkt 109 i 120; oraz I.G. i inni przeciwko Słowacji, skarga nr 15966/04, wyrok z dnia 13 listopada 2012 r., pkt 124, 126 i 134.

<sup>147</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Jasar przeciwko Byłej Jugosłowiańskiej Republice Macedonii, skarga nr 69908/01, wyrok z dnia 15 lutego 2007 r., pkt 60; Petropoulou-Tsakiris przeciwko Grecji, skarga nr 44803/04, wyrok z dnia 6 grudnia 2007 r., pkt 55 i 66; oraz Adam przeciwko Słowacji, skarga nr 68066/12, wyrok z dnia 26 lipca 2016 r., pkt 82.

<sup>148</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Er i inni przeciwko Turcji, skarga nr 23016/04, wyrok z dnia 31 lipca 2012 r., pkt 92-97.

<sup>149</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Aksoy przeciwko Turcji, pkt 98.

<sup>150</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, El Haski przeciwko Belgii, skarga nr 649/08, wyrok z dnia 25 września 2012 r., pkt 86 i 99. Zob. także Europejski Trybunał Praw Człowieka, Othman (Abu Qatada) przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, skarga nr 8139/09, wyrok z dnia 17 stycznia 2012 r., pkt 267, 273 i 276, w których Trybunał potwierdził, że ustalenie „rzeczywistego ryzyka”, że dowody zostały uzyskane za pomocą tortur, jest wystarczające do wykluczenia dowodów ze względu na szczególne trudności w udowodnieniu zarzutów tortur.

<sup>151</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Martinez Sala i inni przeciwko Hiszpanii, skarga nr 58438/00, wyrok z dnia 2 listopada 2004 r., pkt 118 i 120 (oficjalna wersja dostępna w języku francuskim); oraz Öcalan przeciwko Turcji, pkt 179 i 192-196.

i stanowiło naruszenie art. 3<sup>152</sup>. Trybunał konsekwentnie orzekł również, że państwa mają obowiązek powstrzymania się od ekstradycji lub wydalania osób, w tym domniemych terrorystów, do krajów, w których istnieje realne ryzyko poddania ich torturom lub niewłaściwemu traktowaniu (zob. również pkt 112 i nast. poniżej)<sup>153</sup>.

89. W swoim orzecznictwie Europejski Trybunał Praw Człowieka ustalił również, że ingerencja w prawa do zdrowia reprodukcyjnego może stanowić niewłaściwe traktowanie<sup>154</sup> oraz że brak odpowiedniego nadzoru medycznego dla więźniów z tendencjami samobójczymi lub innymi zaburzeniami psychospołecznymi może prowadzić do naruszenia zakazu tortur i niewłaściwego traktowania w art. 3<sup>155</sup>. Procedury medyczne uznawane za konieczne ze względów terapeutycznych (np. karmienie przymusowe mające na celu ratowanie życia) nie mogą być zasadniczo uznawane za niehumanitarne lub poniżające; należy ustalić konieczność medyczną, przestrzegać gwarancji proceduralnych, a procedura medyczna musi być stosowana w sposób minimalizujący cierpienie<sup>156</sup>. Jeśli te zabezpieczenia nie są przestrzegane, nadal może dojść do naruszenia art. 3.
90. Naruszenie art. 3. mogą również stanowić złe warunki życia w ośrodkach detencyjnych w przypadkach wydalania, ekstradycji i migracji. Europejski Trybunał Praw Człowieka orzekł, że narażenie małoletnich na złe warunki w ośrodkach detencyjnych stanowi naruszenie art. 3, i nie dokonał rozróżnienia w tych sprawach w zależności od tego, czy małoletni, o którym mowa, miał opiekę<sup>157</sup> czy pozostawał bez opieki<sup>158</sup>. W obu przypadkach Trybunał uznał za czynnik decydujący, że warunki panujące w ośrodkach detencyjnych wywoływały u małoletnich poczucie strachu, udręki i niższości.

(c) Rada Europy: Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu

91. W Europejskiej konwencji o zapobieganiu torturom oraz niehumanitarnej lub poniżającej traktowaniu albo karaniu ustanowiono Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu.
92. Europejski komitet do spraw zapobiegania torturom przeprowadza niezapowiedziane wizyty w miejscach pozbawienia wolności znajdujących się w państwach członkowskich Rady Europy. Członkowie komitetu mogą rozmawiać z osobami pozbawionymi wolności na osobności, odwiedzać dowolne lub wszystkie osoby w takich miejscach i oglądać wszystkie pomieszczenia bez ograniczeń.
93. Europejski komitet do spraw zapobiegania torturom opracował kryteria traktowania osób przetrzymywanych w areszcie, które stanowią ogólne standardy<sup>159</sup>. Standardy te dotyczą nie tylko warunków materialnych, lecz także gwarancji proceduralnych, w tym prawa osób pozbawionych wolności do natychmiastowego poinformowania osoby trzeciej (członka rodziny) o aresztowaniu, do natychmiastowego dostępu do adwokata oraz do dostępu do lekarza, w tym, jeśli sobie tego życzą, do lekarza wybranego przez siebie.
94. Europejski komitet do spraw zapobiegania torturom wielokrotnie podkreślał również, że jednym z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania niewłaściwemu traktowaniu przez funkcjonariuszy organów ścigania jest staranne rozpatrywanie przez właściwe organy wszystkich skarg dotyczących tortur i niewłaściwego traktowania oraz, w stosownych przypadkach, nakładanie odpowiednich kar.

<sup>152</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, El-Masri przeciwko Bułgarii, skarga nr 39630/09, wyrok z dnia 13 grudnia 2012 r., pkt 215-223.

<sup>153</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Chaahat przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, skarga nr 22414/93, wyrok z dnia 15 listopada 1996 r., pkt 73-74; Cruz Varas i inni przeciwko Szwecji, skarga nr 15576/89, wyrok z dnia 20 marca 1991 r., pkt 69-70; oraz H.R. przeciwko Francji, skarga nr 64780/09, 22 września 2011 r., pkt 49-65 (oficjalna wersja dostępna w języku francuskim).

<sup>154</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, R.R. przeciwko Polsce, skarga nr 27617/04, wyrok z dnia 26 maja 2011 r., pkt 148-162.

<sup>155</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Riviére przeciwko Francji, skarga nr 33834/03, wyrok z dnia 11 lipca 2006 r., pkt 59-77 (oficjalna wersja dostępna w języku francuskim); Renolde przeciwko Francji, skarga nr 5608/05, wyrok z dnia 16 października 2008 r., pkt 119-130; Güveç przeciwko Turcji, skarga nr 70337/01, wyrok z dnia 20 stycznia 2009 r., pkt 82-99; oraz Ketreb przeciwko Francji, skarga nr 38447/09, wyrok z dnia 19 lipca 2012 r., pkt 108-116 (oficjalna wersja dostępna w języku francuskim).

<sup>156</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Nevmerzhitsky przeciwko Ukrainie, skarga nr 54825/00, wyrok z dnia 5 kwietnia 2005 r., pkt 93-99; oraz Ciorap przeciwko Mołdawii, skarga nr 12066/02, wyrok z dnia 19 czerwca 2007 r., pkt 76-89.

<sup>157</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Popov przeciwko Francji, skargi nr 39472/07 i 39474/07, wyrok z dnia 19 stycznia 2012 r., pkt 91-103; Mahmudi i in. przeciwko Grecji, skarga nr 14902/10, wyrok z dnia 31 lipca 2012 r., pkt 61-76 (oficjalna wersja dostępna w języku francuskim); A.B. i inni przeciwko Francji, skarga nr 11593/12, wyrok z dnia 12 lipca 2016 r., pkt 107-115; oraz S.F. i in. przeciwko Bułgarii, skarga nr 8138/16, wyrok z dnia 7 grudnia 2017 r., pkt 84-93.

<sup>158</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Mohamad przeciwko Grecji, skarga nr 70586/11, wyrok z dnia 11 grudnia 2014 r., pkt 69-76 (oficjalna wersja dostępna w języku francuskim).

<sup>159</sup> Rada Europy, „Police custody” [„Zatrzymanie policyjne”] (Strasburg, 1992). Dokument dostępny pod adresem: <https://rm.coe.int/16806cea2f>.

**(d) Unia Afrykańska: Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów oraz Afrykański Trybunał Praw Człowieka i Ludów**

95. W przeciwieństwie do systemów europejskiego i międzyamerykańskiego system afrykański nie posiada konwencji poświęconej torturom lub zapobieganiu im. Kwestię tortur poruszono przede wszystkim w art. 5 Afrykańskiej karty praw człowieka i ludów, który stanowi, że:

[k]ażdy człowiek ma prawo do poszanowania przyrodzonej mu godności i do uznania jego statusu prawnego. Zakazane są wszelkie formy wyzysku i poniżania człowieka, w szczególności niewolnictwo, handel niewolnikami, tortury, okrutne, nieludzkie lub poniżające karanie i traktowanie.

96. Na mocy art. 30 afrykańskiej karty Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów posiada mandat do propagowania praw człowieka i ludów oraz zapewnienia ich ochrony w Afryce. Ofiara lub organizacja pozarządowa może złożyć do komisji skargę dotyczącą aktów tortur określonych w art. 5 afrykańskiej karty<sup>160</sup>.

97. W 2017 r. Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów przyjęła komentarz ogólny nr 4 w sprawie prawa do zadośćuczynienia dla ofiar tortur i innych okrutnych, nieludzkich lub poniżających kar lub traktowania (art. 5). W komentarzu ogólnym komisja przedstawiła autorytatywną interpretację zakresu i treści prawa do zadośćuczynienia dla ofiar tortur lub niewłaściwego traktowania w określonych kontekstach i zdefiniowała naprawę szkody jako obejmującą restytucję, odszkodowanie, rehabilitację i zadośćuczynienie, którym może być m.in. prawo do prawdy i gwarancji niepowtórzenia<sup>161</sup>. Określiła również konkretne i praktyczne kroki, które państwa muszą poczynić, aby zapewnić zadośćuczynienie ofiarom tortur lub niewłaściwego traktowania w różnych szczególnych kontekstach, w tym ofiarom przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć, osobom torturowanym podczas konfliktu zbrojnego, ofiarom tortur w ramach

wymiaru sprawiedliwości w okresie przejściowym oraz, w szczególności, w przypadkach zbiorowej krzywdy. Komisja zauważyła, że chociaż naruszenia zakazu tortur i niewłaściwego traktowania są zasadniczo popełniane przeciwko jednostkom, to mogą jednak mieć wpływ na grupy, zwłaszcza te, które pochodzą ze strukturalnie słabych regionów<sup>162</sup>.

98. Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów zinterpretowała rozróżnienie między torturami, w tym zarówno fizyczną, jak i psychiczną przemocą, a niewłaściwym traktowaniem<sup>163</sup>. Na przykład, Komisja uznała nieuzasadnione niepowiadomienie członków rodziny o dacie i godzinie egzekucji zatrzymanego za przypadek niewłaściwego traktowania i naruszenie art. 5<sup>164</sup>.

99. Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów również uznała państwa-strony za odpowiedzialne za torturowanie osoby podlegającej ich jurysdykcji, gdy istniały wyraźne dowody szczegółowo opisujące tortury przedstawione przez skarżącego lub inną wiarygodną stronę, taką jak organizacja międzynarodowa<sup>165</sup>. Jeśli komisja stwierdzi, że dowody nie potwierdzają, że doszło do aktu tortur, nadal może uznać, że państwo-strona naruszyło art. 5 z powodu zaniechania postępowania przygotowawczego<sup>166</sup>.

100. Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów stwierdziła również naruszenia art. 5 w związku ze złymi warunkami panującymi w więzieniach, w tym nadmierną izolacją, przeludnieniem, brakiem dostępu do odpowiedniej opieki medycznej, zakuwaniem w kajdany i wyjątkowo niską jakością żywności<sup>167</sup>.

101. Do tortur i niewłaściwego traktowania w kontekście afrykańskim odnoszą się również inne instrumenty, w tym Wytyczne w sprawie warunków aresztowania, zatrzymania policyjnego i tymczasowego aresztowania w Afryce (wytyczne z Luandy) (2014), Wytyczne w sprawie zwalczania przemocy seksualnej i jej

<sup>160</sup> Na przykład w listopadzie 2017 r. do komisji wpłynęła skarga złożona przez ofiary w związku z brakiem naprawy szkody przez Czad mimo zasądzenia takiej naprawy przez sąd w Czadzie w 2015 r. Zob. Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów, Clement Abaifouta i 6999 innych osób przeciwko Republice Czadu, sprawa nr 691/18.

<sup>161</sup> Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów, komentarz ogólny nr 4 (2017), pkt 10.

<sup>162</sup> Tamże, pkt 50-51.

<sup>163</sup> Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów, Gabriel Shumba przeciwko Zimbabwie, komunikat 288/04, decyzja, 2004, pkt 143-145.

<sup>164</sup> Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów, Spilg i Mack oraz Ditshwanelo (w imieniu Lehlohonolo Bernard Kobedi) przeciwko Botswanie, komunikat 277/2003, decyzja z dnia 16 grudnia 2011 r., pkt 177.

<sup>165</sup> Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów, Gabriel Shumba przeciwko Zimbabwie, pkt 111, 113 i 121.

<sup>166</sup> Tamże, pkt 136.

<sup>167</sup> Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów, Krishna Achuthan (w imieniu [w mianowniku:] Aleke Banda), Amnesty International (w imieniu Orton i Vera Chirwa) i Amnesty International (w imieniu [w mianowniku:] Orton i Vera Chirwa) przeciwko Malawi, komunikat 64/92-68/92-78/92\_8AR (1995), decyzja, 27 kwietnia 1994 r., pkt 4 i 7.

konsekwencji w Afryce (2017) oraz Zasady i wytyczne dotyczące praw człowieka i ludów podczas zwalczania terroryzmu w Afryce (2015). W 2002 r. Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów przyjęła również szereg rezolucji i dokumentów związanych z torturami i niewłaściwym traktowaniem, w szczególności Wytyczne i środki na rzecz zakazu tortur, okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania oraz na rzecz zapobiegania torturom i takiemu traktowaniu albo karaniu w Afryce (wytyczne z Robben Island), które dotyczą tortur na kontynencie afrykańskim i pomagają egzekwować bezwzględny zakaz tortur i niewłaściwego traktowania zawarty w afrykańskiej karcie.

102. Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów stworzyła również specjalne mechanizmy dla konkretnych kwestii tematycznych, zgodnie z zasadami podobnymi do specjalnych procedur Rady Praw Człowieka.
103. Komitet ds. Zapobiegania Torturom w Afryce, wcześniej znany jako Komitet Monitorujący Wytyczne z Robben Island, doradza państwom i afrykańskiej komisji w sprawie środków wymaganych do wdrożenia art. 5 afrykańskiej karty i wytycznych z Robben Island. Od czasu ustanowienia komitetu jego członkowie przeprowadzili szereg szkoleń i działań uświadamiających w różnych krajach oraz odbyli wizyty w wielu państwach<sup>168</sup>.
104. Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów powołała również specjalnego sprawozdawcę ds. więzień, warunków przetrzymywania i działań policyjnych w Afryce, specjalnego sprawozdawcę ds. praw kobiet w Afryce oraz Grupę Roboczą ds. Kary Śmierci oraz Pozasądowych, Doraźnych lub Arbitralnych Zabójstw i Wymuszonych Zaginięć w Afryce. Mechanizmy te umożliwiły ofiarom tortur i organizacjom pozarządowym przesyłanie informacji bezpośrednio do specjalnych sprawozdawców.
105. Afrykański Trybunał Praw Człowieka i Ludów wypracował stosowne orzecznictwo, m.in.

stwierdził, że „zatrzymanie bez prawa kontaktu samo w sobie stanowi rażące naruszenie praw człowieka, które może prowadzić do innych naruszeń, takich jak tortury [i] niewłaściwe traktowanie”<sup>169</sup>.

106. Protokół do Afrykańskiej karty praw człowieka i ludów o prawach kobiet w Afryce (protokół z Maputo), obowiązujący od 2005 r., zawiera kompleksowy katalog praw kobiet w Afryce. Obejmuje m.in. zakaz „wszelkich form wyzysku, okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego karania i traktowania”<sup>170</sup>.
107. Afrykańska Karta Praw i Dobra Dziecka określa szeroki zakres praw dzieci w Afryce, w tym postanowienie chroniące dzieci przed znęcaniem się i torturami (art. 16)<sup>171</sup>. W swoim orzecznictwie Komitet Ekspertów ds. Praw i Dobra Dziecka, który monitoruje wdrażanie karty, uznał państwa za odpowiedzialne za naruszenie art. 16 ze względu na to, że nie zapewniły ochrony dzieci przed biciem przez podmioty niepaństwowe, gdy takie bicie jest stosowane jako kara fizyczna i ma na celu spowodowanie bólu lub dyskomfortu, w niektórych przypadkach osiągając poziom tortur<sup>172</sup>.

**(e) Dodatkowe sądy, instytucje i instrumenty regionalne**

108. *Wspólnota Gospodarcza Państw Afryki Zachodniej*. Organem sądowym Wspólnoty Gospodarczej Państw Afryki Zachodniej jest Trybunał Sprawiedliwości Wspólnoty, utworzony na mocy art. 6 i 15 zmienionego traktatu Wspólnoty z 2005 r. Trybunał jest właściwy do rozpatrywania spraw dotyczących domniemych naruszeń praw człowieka i ma mandat do prowadzenia postępowań przygotowawczych i orzekania w sprawie zarzutów stosowania tortur, uznawania państw za odpowiedzialne i przyznawania odszkodowań ofiarom<sup>173</sup>.
109. *Trybunał Sprawiedliwości Afryki Wschodniej*. Trybunał Sprawiedliwości Afryki Wschodniej ustanowiono w listopadzie 2001 r. na mocy

<sup>168</sup> Od 2007 r. komitet zorganizował różne seminaria dla funkcjonariuszy organów ścigania w Nigerii, Liberii, Beninie i Kamerunie. Zorganizował regionalne konferencje na temat Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania w Dakarze i jedną na temat krajowego mechanizmu prewencji w Senegal. Zob. [www.achpr.org/sessions/intersession?id=152](http://www.achpr.org/sessions/intersession?id=152).

<sup>169</sup> Afrykański Trybunał Praw Człowieka i Ludów, Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów przeciwko Libii, skarga nr 002/2013, wyrok z dnia 3 czerwca 2016 r., pkt 84-85.

<sup>170</sup> Protokół do Afrykańskiej karty praw człowieka i ludów o prawach kobiet w Afryce (Maputo, 11 lipca 2003 r.), art. 4 ust. 1.

<sup>171</sup> Afrykańska Karta Praw i Dobra Dziecka (Addis Abeba, 11 lipca 1990 r.), art. 16.

<sup>172</sup> Afrykański Komitet Ekspertów ds. Praw i Dobra Dziecka, Centrum Praw Człowieka (Uniwersytet w Pretorii) i La Rencontre africaine pour la défense des droits de l'homme (Senegal) przeciwko Senegalowi, orzeczenie z dnia 15 kwietnia 2014 r., pkt 62-68.

<sup>173</sup> Trybunał Sprawiedliwości Wspólnoty, Federacja Dziennikarzy Afrykańskich i inni przeciwko Gambii, ECW/CCJ/JUD/04/18, wyrok z dnia 13 marca 2018 r., pkt 60-62; oraz Adamu i siedmiu innych przeciwko Federalnej Republice Nigerii, ECW/CCJ/JUD/33/19, wyrok z dnia 9 grudnia 2019 r., s. 56-57 (stwierdzenie, że Trybunał jest właściwy do rozpatrzenia zarzutów skarżących dotyczących naruszenia art. 5).

art. 9 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Wschodnioafrykańską. Trybunał jest upoważniony do rozstrzygania sporów między państwami członkowskimi Wspólnoty. Skarżący mogą wnosić pozwy przeciwko państwom-stronom za naruszenie ich prawa do wolności od tortur i niewłaściwego traktowania chronionego na mocy art. 7 ust. 2 traktatu<sup>174</sup>.

**110. Deklaracja Praw Człowieka Stowarzyszenia Narodów Azji Południowo-Wschodniej (ASEAN) i Komisja Międzyrządowa ASEAN ds. Praw Człowieka.** Deklaracja Praw Człowieka ASEAN stanowi, że: „[n]ikt nie może być poddawany torturom ani okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu”<sup>175</sup>.

**111. Arabska karta praw człowieka.** Arabską kartę praw człowieka przyjęto na szczycie Ligi Państw Arabskich w 2004 r. i weszła w życie w 2008 r.<sup>176</sup> Artykuł 8 karty zawiera wyraźny zakaz tortur i okrutnego, poniżającego, upokarzającego lub niehumanitarnego traktowania, ale nie karanie. W art. 8 ust. 2 przewidziano karanie aktów tortur i niewłaściwego traktowania, bez przedawnienia, zagwarantowano bowiem zadośćuczynienie, rehabilitację i odszkodowanie dla ofiar. Karta zezwala jednak na nałożenie kary śmierci, w tym na osoby poniżej 18. roku życia, gdy taka kara jest „przewidziana w przepisach obowiązujących w czasie popełnienia przestępstwa”<sup>177</sup>. Nakładanie kary śmierci na osoby, które w chwili popełnienia przestępstwa były w wieku poniżej 18 lat, stanowi wyraźne naruszenie międzynarodowych praw człowieka<sup>178</sup>.

## B. Międzynarodowe prawo dotyczące uchodźcze i zasada non-refoulement

**112. Zasada non-refoulement, wywodząca się z art. 33 Konwencji dotyczącej statusu uchodźców, jest ważnym elementem nie tylko**

prawa uchodźczego, lecz także prawa międzynarodowego praw człowieka, szczególnie w odniesieniu do tortur i niewłaściwego traktowania. Zasada non-refoulement została skodyfikowana w konwencjach międzynarodowych<sup>179</sup> i uważana jest za część zakazu tortur i niewłaściwego traktowania<sup>180</sup> zgodnie z ugruntowanym orzecnictwem Komitetu Praw Człowieka<sup>181</sup> i Europejskiego Trybunału Praw Człowieka<sup>182</sup>. W Konwencji dotyczącej statusu uchodźców zasadę non-refoulement zdefiniowano jako zasadę zakazującą umawiającym się państwom wydalania lub zawracania uchodźców w jakikolwiek sposób do granicy terytoriów, gdzie ich życiu lub wolności zagrażałoby niebezpieczeństwo ze względu na ich rasę, religię, obywatelstwo, przynależność do określonej grupy społecznej lub przekonania polityczne<sup>183</sup>. Jest to również zasada międzynarodowego prawa zwyczajowego<sup>184</sup>.

**113. Ochrona przed wydalaniem na mocy Konwencji dotyczącej statusu uchodźców ma zastosowanie do każdej osoby, która spełnia definicję uchodźcy, a także do osób, których status nie został jeszcze określony, takich jak osoby ubiegające się o azyl<sup>185</sup>.** W art. 1 konwencji uchodźcę zdefiniowano jako osobę fizyczną, która „na skutek uzasadnionej obawy przed prześladowaniem z powodu swojej rasy, religii, narodowości, przynależności do określonej grupy społecznej lub z powodu przekoń politycznych przebywa poza granicami państwa, którego jest obywatelem, i nie może lub nie chce z powodu tych obaw korzystać z ochrony tego państwa”. Tortury uznano za przypadek prześladowania<sup>186</sup>. Jak stwierdził Komitet przeciwko Torturom, zakaz odsyłania osób tam, gdzie istnieją poważne podstawy, by sądzić, że może im tam grozić stosowanie tortur, zgodnie z art. 3 konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, jest bezwzględny<sup>187</sup>.

<sup>174</sup> Trybunał Sprawiedliwości Afryki Wschodniej, Plaxeda Rugumba przeciwko Sekretarzowi Generalnemu Wspólnoty Afryki Wschodniej i Prokuratorowi Generalnemu Rwandy, sprawa nr 8 z 2010 r., wyrok z dnia 1 grudnia 2011 r. (zastosowanie art. 7 ust. 2 traktatu (dobre rządy) w celu wniesienia skargi przeciwko państwu w związku z warunkami zatrzymania bez prawa kontaktu).

<sup>175</sup> Deklaracja Praw Człowieka ASEAN (Phnom Penh, 19 listopada 2012 r.), zasada ogólna 14.

<sup>176</sup> Arabska karta praw człowieka (Tunis, 22 maja 2004 r.).

<sup>177</sup> Tamże, art. 7 ust. 1.

<sup>178</sup> Zob. wyraźne zakazy zawarte w Konwencji o prawach dziecka, art. 37 lit. a) oraz Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych, art. 6 ust. 5.

<sup>179</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 3 oraz Konwencja dotycząca statusu uchodźców, art. 33.

<sup>180</sup> Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych, art. 7 oraz europejska konwencja praw człowieka, art. 3.

<sup>181</sup> Komitet Praw Człowieka, Kindler przeciwko Kanadzie (CCPR/C/48/D/470/1991), pkt 13.2 oraz Komitet Praw Człowieka, komentarz ogólny nr 20 (1992), pkt 9.

<sup>182</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Jabari przeciwko Turcji, skarga nr 40035/98, wyrok z dnia 11 lipca 2000 r., pkt 38.

<sup>183</sup> Konwencja dotycząca statusu uchodźców, art. 33 ust. 1.

<sup>184</sup> Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (Biuro UNHCR), „Zasada non-refoulement jako norma międzynarodowego prawa zwyczajowego: odpowiedź na pytania skierowane do UNHCR przez Federalny Trybunał Konstytucyjny Republiki Federalnej Niemiec w sprawach 2 BvR 1938/93, 2 BvR 1953/93, 2 BvR 1954/93” (Genewa, 1994) oraz „Opinia doradcza w sprawie eksterytorialnego stosowania zobowiązań do niewydalania wynikających z Konwencji dotyczącej statusu uchodźców z 1951 r. i Protokołu do niej z 1967 r.” (Genewa, 2007), pkt 14-16.

<sup>185</sup> Biuro UNHCR, „Opinia doradcza”, pkt 6.

<sup>186</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 4 (2017), pkt 29 lit. c).

<sup>187</sup> Tamże, pkt 9.

114. Zastosowania zasady non-refoulement zawarte w konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur i Konwencji dotyczącej statusu uchodźców różnią się jednak zakresem. Konwencja dotycząca statusu uchodźców zakazuje odsyłania osób do krajów, z których uciekły, natomiast konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur wyraźnie obejmuje przypadki przymusowego przekazania, wydalenia, deportacji, usunięcia lub ekstradycji do dowolnego kraju, w którym istnieją poważne podstawy, by sądzić, że dana osoba jest narażona na przewidywalne, rzeczywiste i osobiste ryzyko tortur lub niewłaściwego traktowania<sup>188</sup>. Ponadto Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców uważa, że zasada non-refoulement na mocy Konwencji dotyczącej statusu uchodźców ma zastosowanie nie tylko do powrotu do kraju pochodzenia uchodźcy, lecz także do każdego innego miejsca, w którym dana osoba ma powody obawiać się prześladowań<sup>189</sup>. Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur jest tymczasem szersza i nie wymaga, aby dana osoba była zagrożona prześladowaniem z jednego z powodów omówionych w Konwencji dotyczącej statusu uchodźców; osobie tej musi natomiast grozić stosowanie tortur lub niewłaściwe traktowanie.

115. Państwa mają obowiązek zapewnić, by wszystkie formy przymusowego przekazania osoby, w tym wydalenie, przymusowy powrót i ekstradycja, były ustalane indywidualnie dla każdego przypadku i w sposób, który jest bezstronny, niezależny i zgodny z gwarancjami proceduralnymi<sup>190</sup>. Ryzyko tortur należy oceniać m.in. w świetle ogólnej sytuacji praw człowieka w kraju pochodzenia danej osoby<sup>191</sup>. Obejmuje to wysyłanie cudzoziemców do państwa, które odeśle ich do państwa trzeciego, gdzie mogą być torturowani, tzw. pośredni *refoulement*. Państwo wysyłające nie może polegać na dyplomatycznych zapewnieniach państwa przyjmującego, że dana osoba nie będzie torturowana po powrocie, jako na luce prawnej podważającej zasadę non-refoulement<sup>192</sup>. Przy ustalaniu, czy występuje ryzyko tortur, państwa

powinny wziąć pod uwagę sytuacje związane z prawami człowieka, które mogą wskazywać na ryzyko tortur, a także niewłaściwe traktowanie niebędące torturami. Ponadto państwa nie powinny przyjmować środków lub polityk o charakterze odstrasającym, mających na celu zmuszenie osób do powrotu do kraju pochodzenia pomimo ryzyka tortur; dotyczy to m.in. przetrzymywania takich osób w złych warunkach przez czas nieokreślony lub odmowy rozpatrzenia ich wniosków o azyl itp.<sup>193</sup> Organy ds. praw człowieka potwierdziły i objaśniły szczegółowo zasadę non-refoulement w swoich decyzjach<sup>194</sup>. Zgodnie z art. 7 Międzynarodowego paktu praw obywatelskich i politycznych Komitet Praw Człowieka stwierdził, że państwa nie mogą przeprowadzać ekstradycji, deportować, wydalać ani usuwać osób ze swojego terytorium, jeśli istnieją poważne podstawy, aby sądzić, że takie osoby byłyby narażone na rzeczywiste i osobiste ryzyko tortur lub niewłaściwego traktowania<sup>195</sup>.

116. Międzypamerykański Trybunał Praw Człowieka stwierdził, że deportacja członków rodziny do kraju pochodzenia ze świadomością, że mogą oni uzyskać ochronę jako uchodźcy w kraju trzecim, jest niezgodna z prawem do ubiegania się o azyl i jego otrzymania oraz z zasadą non-refoulement<sup>196</sup>. Europejski Trybunał Praw Człowieka orzekł, że w przypadku gdy ciężko chora osoba, która zostałaby wydalona, „byłaby narażona na realne ryzyko - z powodu braku odpowiedniego leczenia w kraju przyjmującym lub braku dostępu do takiego leczenia - poważnego, szybkiego i nieodwracalnego pogorszenia jej stanu zdrowia, skutkującego dotkliwym cierpieniem lub znacznym skróceniem oczekiwanej długości życia”, mogłoby to stanowić niewłaściwe traktowanie<sup>197</sup>. Ponadto Trybunał uznał, że zbiorowe lub indywidualne wydalenie osób ubiegających się o azyl do krajów, w których znane są niedociągnięcia proceduralne w ich

<sup>188</sup> Tamże, pkt 11.

<sup>189</sup> Biuro UNHCR, „Opinia doradcza”, pkt 7.

<sup>190</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 4 (2017), pkt 13.

<sup>191</sup> Komitet Praw Człowieka, X przeciwko Danii (CCPR/C/110/D/2007/2010), pkt 9.2 oraz X przeciwko Szwecji (CCPR/C/103/D/1833/2008), pkt 5.18.

<sup>192</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 4 (2017), pkt 20. Zob. także Komitet przeciwko Torturom, Agiza przeciwko Szwecji (CAT/C/34/D/233/2003), pkt 13.4.

<sup>193</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 4 (2017), pkt 14 i 18.

<sup>194</sup> CAT/C/CAN/CO/7, pkt 25 lit. a); CAT/C/NLD/CO/7, pkt 11 oraz Komitet przeciwko Torturom, F.B. przeciwko Holandii (CAT/C/56/D/613/2014) (stwierdzenie naruszenia zasady non-refoulement na podstawie art. 3 po tym, gdy państwo-strona dążyło do wydalenia cudzoziemki, która po powrocie miała zostać zmuszona do poddania się okaleczeniu żeńskich narządów płciowych).

<sup>195</sup> Komitet Praw Człowieka, komentarz ogólny nr 20 (1992), pkt 9. Zob. również Komitet Praw Człowieka, Hashi i S.A.A. przeciwko Danii (CCPR/C/120/D/2470/2014), pkt 9.3.

<sup>196</sup> Międzypamerykański Trybunał Praw Człowieka, Pacheco Tineo Family v. Plurinational State of Bolivia, wyrok z dnia 25 listopada 2013 r., pkt 199.

<sup>197</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Paphshvili przeciwko Belgii, skarga nr 41738/10, wyrok z dnia 13 grudnia 2016 r., pkt 183.



systemach azylowych, stanowi naruszenie art. 3 europejskiej konwencji praw człowieka<sup>198</sup>.

### C. Międzynarodowe prawo humanitarne

- 117.** Międzynarodowe traktaty i zasady prawa zwyczajowego regulujące konflikty zbrojne są również znane jako międzynarodowe prawo humanitarne, prawo wojenne lub prawo konfliktów zbrojnych i jednoznacznie zakazują tortur i niewłaściwego traktowania we wszystkich sytuacjach konfliktu zbrojnego<sup>199</sup>. W czterech konwencjach genewskich z 12 sierpnia 1949 r. ustanowiono zasady prowadzenia konfliktów zbrojnych, w szczególności traktowania osób, które nie biorą lub już nie biorą udziału w działaniach wojennych, w tym osób rannych, schwytanych i cywilów. Wszystkie cztery konwencje zawierają zakaz stosowania tortur i niewłaściwego traktowania, a zakaz tortur rozciąga się eksterytorialnie w celu ochrony osób w konflikcie zbrojnym, niezależnie od tego, czy walczące strony uznały lub ogłosiły konflikt zbrojny.
- 118.** Protokół dodatkowy do Konwencji genewskich z 12 sierpnia 1949 r. dotyczący ochrony ofiar międzynarodowych konfliktów zbrojnych (Protokół I) oraz Protokół dodatkowy do Konwencji genewskich z 12 sierpnia 1949 r. dotyczący ochrony ofiar niemiędzynarodowych konfliktów zbrojnych (Protokół II) rozszerzają ochronę i zakres konwencji genewskich. We wszystkich czterech konwencjach genewskich i obu protokołach dodatkowych do nich przyjętych w 1977 r. tortury lub nieludzkie traktowanie oraz umyślne powodowanie wielkiego cierpienia lub poważnego uszkodzenia ciała lub zdrowia uznaje się za naruszenia i poważne naruszenia konwencji genewskich lub zbrodnie wojenne.
- 119.** Tortury i niektóre formy niewłaściwego traktowania popełnione podczas międzynarodowego konfliktu zbrojnego stanowią również zbrodnie wojenne na mocy międzynarodowego humanitarnego prawa

zwyczajowego. W sprawie Prokurator przeciwko Duško Tadić Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugostawii stwierdził, że zbrodnie wojenne mogą być popełniane niezależnie od tego, czy konflikt zbrojny miał charakter międzynarodowy czy też nie<sup>200</sup>. Międzynarodowe trybunały karne i inne trybunały stwierdziły, że wszystkie strony konfliktu zbrojnego - zarówno międzynarodowego, jak i „nie posiadającego charakteru międzynarodowego” oraz niezależnie od tego, czy walczą w imieniu państwa, czy niepaństwowej grupy zbrojnej - są związane bezwzględnym zakazem tortur i niewłaściwego traktowania<sup>201</sup>.

- 120.** Artykuł 3, wspólny dla wszystkich czterech konwencji genewskich (wspólny artykuł 3), ma zastosowanie do konfliktów zbrojnych „nie posiadających charakteru międzynarodowego”, przy czym termin ten nie został doprecyzowany, a podstawowe zobowiązania muszą być przestrzegane przez wszystkie strony we wszystkich konfliktach zbrojnych; na ogół należy przyjąć, że bez względu na charakter konfliktu zbrojnego nie można uchylić pewnych podstawowych zasad człowieczeństwa<sup>202</sup>. Zakaz tortur i niewłaściwego traktowania jest jednym z nich i jest wspólny dla międzynarodowego prawa humanitarnego i praw człowieka. Wspólny art. 3 stanowi:

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

- 121.** Były specjalny sprawozdawca ds. tortur, Sir Nigel Rodley, stwierdził, że: „[z]akaz tortur lub niewłaściwego traktowania trudno sformułować w sposób bardziej bezwzględny. Zgodnie z oficjalnym komentarzem do tekstu wydanym przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (MKCK): «nie pozostawiono żadnej możliwej luki; nie może być żadnego

<sup>198</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Sharifi i inni przeciwko Włochom i Grecji, skarga nr 16643/09, wyrok z dnia 21 października 2014 r., pkt 240-243 (oficjalna wersja dostępna w języku francuskim); oraz M.S.S. przeciwko Belgii i Grecji, skarga nr 30696/09, wyrok z dnia 21 stycznia 2011 r., pkt 192 i 344-361.

<sup>199</sup> Dodatkowe informacje na temat zasad międzynarodowego humanitarnego prawa zwyczajowego można znaleźć na stronie Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża, w bazie danych międzynarodowego humanitarnego prawa zwyczajowego. Dostęp pod adresem: <https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/home>.

<sup>200</sup> Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugostawii, Prokurator przeciwko Duško Tadićowi, sprawa nr IT-94-1, orzeczenie z dnia 2 października 1995 r., pkt 94.

<sup>201</sup> A/HRC/34/54, pkt 44-48.

<sup>202</sup> Jelena Pejic, „The protective scope of common article 3: more than meets the eye” [„Zakres ochronny wspólnego art. 3: szerszy kontekst”], *International Review of the Red Cross*, tom 93, nr 881 (marzec 2011 r.), s. 214-216.

usprawiedliwienia, żadnych okoliczności łagodzących»<sup>203</sup>.

122. Kolejny związek między międzynarodowym prawem humanitarnym a prawem praw człowieka znajduje się w preambule do Protokołu II do konwencji genewskich z 1949 r. Preambuła stanowi, że: „dokumenty międzynarodowe dotyczące praw człowieka stanowią podstawową ochronę człowieka”<sup>204</sup>. Zgodnie z komentarzem MKCK do Protokołów dodatkowych do Konwencji genewskich z 1949 r. termin „dokumenty międzynarodowe dotyczące praw człowieka” oznacza w szczególności Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych oraz konwencję w sprawie zakazu stosowania tortur<sup>205</sup>. Chociaż międzynarodowe prawo humanitarne i prawo międzynarodowe praw człowieka to dwa odrębne systemy prawne, z których każdy ma swoje własne podstawy i mechanizmy, mają one zastosowanie jednocześnie w czasie konfliktu zbrojnego<sup>206</sup>.

#### D. Międzynarodowe sądy karne

123. W Rzymskim Statucie Międzynarodowego Trybunału Karnego, przyjętym 17 lipca 1998 r., ustanowiono stały międzynarodowy trybunał karny do sądenia osób odpowiedzialnych za ludobójstwo, zbrodnie przeciwko ludzkości i zbrodnie wojenne, a do wykazu dodano później zbrodnię agresji. Międzynarodowy Trybunał Karny ma jurysdykcję w sprawach dotyczących tortur jako zbrodni wojennej, w szczególności gdy tortury popełniono jako część planu lub polityki lub w ramach popełnienia takich zbrodni na dużą skalę bądź jako część zbrodni ludobójstwa lub zbrodni przeciwko ludzkości - w tym ostatnim przypadku, gdy tortury popełniono świadomie jako część powszechnego lub systematycznego ataku skierowanego przeciwko ludności cywilnej. W tym kontekście tortury jako zbrodnie przeciwko ludzkości zdefiniowano w statucie rzymskim jako celowe zadawanie dotkliwego bólu lub cierpienia, fizycznego bądź

psychicznego, osobie będącej pod opieką lub pod kontrolą oskarżonego<sup>207</sup>.

124. Tortury nie tylko są przestępstwem międzynarodowym podlegającym powszechnej jurysdykcji, lecz także zostały uwzględnione w statutach wielu międzynarodowych sądów i trybunałów, w tym Międzynarodowego Trybunału Karnego,<sup>208</sup> Międzynarodowego Trybunału Karnego dla byłej Jugostawii,<sup>209</sup> Międzynarodowego Trybunału Karnego dla Rwandy<sup>210</sup> i Nadzwyczajnego Trybunału dla Sierra Leone<sup>211</sup>.

125. Tortury były ścigane jako zbrodnie wojenne zarówno przez Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugostawii, jak i Międzynarodowy Trybunał Karny dla Rwandy. W międzynarodowym prawie karnym znaczącą rolę odegrał Międzynarodowy Trybunał Karny dla Rwandy, który stwierdził m.in., że gwałt może być ścigany jako tortura i akt ludobójstwa. Jako pierwszy utworzony przez Organizację Narodów Zjednoczonych trybunał ds. zbrodni wojennych, Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugostawii, ustanowił wiele precedensów i wpłynął na ściganie tortur, szczególnie w kontekście konfliktów zbrojnych.

126. Definicja tortur jako zbrodni wojennej stosowana przez Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugostawii i Międzynarodowy Trybunał Karny dla Rwandy różni się od tej stosowanej w prawie praw człowieka ze względu na specyfikę międzynarodowego prawa humanitarnego, które jasno określa, że ogranicza się do kontekstu konfliktu zbrojnego. Po pierwsze, nie ma potrzeby zaangażowania urzędnika publicznego<sup>212</sup>. Różnicę tę uzasadniono potrzebą „uwzględnienia specyfiki [międzynarodowego prawa humanitarnego]”<sup>213</sup>. Kolejna rozbieżność dotyczy w szczególności statutu rzymskiego, w którym przestępstwo tortur jako zbrodnie przeciwko ludzkości nie wymaga określonego celu<sup>214</sup>. Istnieje jednak wymóg, by sprawca wiedział, że zachowanie

<sup>203</sup> Nigel Rodley i Matt Pollard, *The Treatment of Prisoners under International Law [Traktowanie więźniów zgodnie z prawem międzynarodowym]*, 3. wydanie (Oxford, Oxford University Press, 2009), s. 60.

<sup>204</sup> Protokół dodatkowy do Konwencji genewskich z 1949 r. (Protokół II), akapit drugi preambuły.

<sup>205</sup> MKCK, *Commentary on the Additional Protocols of 8 June 1977 to the Geneva Conventions of 12 August 1949* [Komentarz do Protokołów dodatkowych z dnia 8 czerwca 1977 r. do Konwencji genewskich z 12 sierpnia 1949 r.] (1987), pkt 4428.

<sup>206</sup> Tamże, pkt 4429.

<sup>207</sup> Rzymski Statut Międzynarodowego Trybunału Karnego, art. 7 ust. 2) lit. e).

<sup>208</sup> Tamże.

<sup>209</sup> Zaktualizowany Statut Międzynarodowego Trybunału Karnego dla byłej Jugostawii (2009), art. 2 lit. b) i art. 5 lit. f).

<sup>210</sup> Statut Międzynarodowego Trybunału Karnego dla Rwandy (zaktualizowany w 2002 r.), art. 3 lit. f) i art. 4 lit. a).

<sup>211</sup> Statut Nadzwyczajnego Trybunału dla Sierra Leone (2002), art. 2 lit. f) i art. 3 lit. a).

<sup>212</sup> Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugostawii, Prokurator przeciwko Dragoljubowi Kunaracowi i in., sprawy nr IT-96-23-T i IT-96-23/1-T, wyrok z dnia 22 lutego 2001 r., pkt 495-496 oraz Międzynarodowy Trybunał Karny dla Rwandy, Prokurator przeciwko Laurentowi Semanzie, sprawa nr ICTR-97-20-T, wyrok z dnia 15 maja 2003 r., pkt 342-343.

<sup>213</sup> Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugostawii, Prokurator przeciwko Dragoljubowi Kunaracowi i in., pkt 471.

<sup>214</sup> Statut rzymski, art. 7 ust. 1) lit. f).

było - lub zamierzał do tego, aby było - „częścią rozległego lub systematycznego ataku skierowanego przeciwko ludności cywilnej”<sup>215</sup>, oraz wymóg, by zostało popełnione „zgodnie z polityką państwa lub organizacji mającą na celu popełnienie takiego ataku lub w ramach realizacji takiej polityki”<sup>216</sup> - oba wymogi wskazują na cel.

**127.** Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugosławii przedstawił zakaz tortur w sytuacjach konfliktu zbrojnego w sprawie Prokurator przeciwko Anto Furundžija. Trybunał stwierdził, że nie musi ustalać, czy przepisy te przeszły w całości do prawa zwyczajowego, ponieważ „ogólny zakaz tortur rozwinął się w międzynarodowym prawie zwyczajowym”<sup>217</sup>, i podkreślił, że w zależności od okoliczności konkretnej sprawy tortury mogą być ścigane jako kategoria poważnych naruszeń prawa humanitarnego, poważnych naruszeń konwencji genewskich, zbrodni przeciwko ludzkości lub ludobójstwa<sup>218</sup>. Ponadto „zgodnie z międzynarodowym prawem humanitarnym, oprócz indywidualnej odpowiedzialności karnej [za akty tortur], odpowiedzialność państwa może wynikać z tego, że urzędnicy państwowi angażują się w tortury lub nie zapobiegają torturom lub nie karzą oprawców”<sup>219</sup>. Trybunał stwierdził również, że zakaz tortur podczas konfliktu zbrojnego jest wzmocniony przez międzynarodowe instrumenty praw człowieka oraz że stał się bezwzględna normą prawa międzynarodowego, obejmuje potencjalne naruszenia i nakłada obowiązki na wszystkich<sup>220</sup>.

**128.** Poruszono również kwestię gwałtów i przemocy seksualnej w konfliktach zbrojnych. W sprawie Prokurator przeciwko Jean-Paul Akayesu Izba Procesowa Międzynarodowego Trybunału Karnego dla Rwandy uznała, że gwałt może stanowić torturę. Według Izby Orzekającej:

Podobnie jak tortury, gwałt jest stosowany w celu zastraszenia, poniżenia, upokorzenia, dyskryminacji, ukarania, kontroli lub zniszczenia danej osoby. Podobnie jak tortury, gwałt jest naruszeniem godności osobistej i w rzeczywistości stanowi tortury, gdy jest wynikiem działania funkcjonariusza państwowego lub innej osoby występującej w charakterze urzędowym lub odbywa się z ich polecenia albo za ich wyraźną lub milczącą zgodą<sup>221</sup>.

**129.** Izba Apelacyjna Międzynarodowego Trybunału Karnego dla byłej Jugosławii potwierdziła, że gwałt może stanowić torturę<sup>222</sup>, a Międzynarodowy Trybunał Karny uznał, że gwałt i inne formy przemocy seksualnej były wykorzystywane jako narzędzie wojny<sup>223</sup>.

**130.** Międzynarodowy Trybunał Karny dla Rwandy stwierdził również, że tortury mogą być jednym z „przestępstw leżących u podstaw ludobójstwa”, ponieważ stanowią czyn, który „powoduje poważne obrażenia cielesne lub psychiczne członków grupy”<sup>224</sup>. Ponadto Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugosławii stwierdził, że trwałe uszkodzenie ciała nie jest wymagane, aby czyn stanowił torturę, że spowodowanie cierpienia psychicznego może być uznane za torturę oraz że „zakazany cel nie musi być ani jedynym, ani głównym celem zadawania dotkliwego bólu lub cierpienia”<sup>225</sup>. Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugosławii nie miał jednolitej odpowiedzi na pytanie, czy funkcjonariusze państwowi muszą odgrywać rolę w aktach tortur<sup>226</sup>, a Międzynarodowy Trybunał Karny dla Rwandy zdecydował, że nie ma wymogu udziału

<sup>215</sup> Tamże, art. 7 ust. 1.

<sup>216</sup> Tamże, art. 7 ust. 2) lit. a).

<sup>217</sup> Międzynarodowy Trybunał dla byłej Jugosławii, Prokurator przeciwko Anto Furundžija, Sprawa nr IT-95-17/1-T, wyrok z dnia 10 grudnia 1998 r., pkt 137.

<sup>218</sup> Tamże, pkt 141.

<sup>219</sup> Tamże, pkt 142.

<sup>220</sup> Tamże, pkt 144 i 147-152.

<sup>221</sup> Międzynarodowy Trybunał Karny dla Rwandy, Prokurator przeciwko Jean-Paul Akayesu, sprawa nr ICTR-96-4-T, wyrok z dnia 2 września 1998 r., pkt 597 (zob. również pkt 687).

<sup>222</sup> Międzynarodowy Trybunał dla byłej Jugosławii, Prokurator przeciwko Dragoljubowi Kunaracowi i in., sprawa nr IT-96-23 i IT-96-23/1-A, wyrok z dnia 12 czerwca 2002 r., pkt 149-151.

<sup>223</sup> Międzynarodowy Trybunał Karny, Prokurator przeciwko Jean-Pierre'owi Bembe Gombo, sprawa nr ICC-01/05-01/08, wyrok z dnia 21 marca 2016 r., pkt 98-112. Izba Apelacyjna Międzynarodowego Trybunału Karnego uchyliła wyrok w sprawie Bemba w 2018 r.

<sup>224</sup> Human Rights Watch, *Genocide, War Crimes, and Crimes Against Humanity: Topical Digests of the Case Law of the International Criminal Tribunal for Rwanda and the International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia [Ludobójstwo, zbrodnie wojenne i zbrodnie przeciwko ludzkości: przegląd orzecznictwa Międzynarodowego Trybunału Karnego dla Rwandy i Międzynarodowego Trybunału Karnego dla byłej Jugosławii]* (Nowy Jork, 2004), s. 12 i 21-22. Zob. także Międzynarodowy Trybunał Karny dla Rwandy, Prokurator przeciwko Jean-Paulowi Akayesu, pkt 504 oraz Prokurator przeciwko Georges Anderson Nderubumwe Rutaganda, sprawa nr ICTR-96-3-T, wyrok z dnia 6 grudnia 1999 r., pkt 51.

<sup>225</sup> Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugosławii, Prokurator przeciwko Miroslawowi Kvočce i in., sprawa nr IT-98-30/1-T, wyrok z dnia 2 listopada 2001 r., pkt 153; zob. również pkt 148-149.

<sup>226</sup> Międzynarodowy Trybunał Karny dla byłej Jugosławii, Prokurator przeciwko Dragoljubowi Kunaracowi i in., wyrok z dnia 12 czerwca 2002 r., pkt 148; Prokurator przeciwko Miloradowi Krnojelacowi, sprawa nr IT-97-25-T, wyrok z dnia 15 marca 2002 r., pkt 187; Prokurator przeciwko Anto Furundžija, pkt 162 oraz Prokurator przeciwko Zdravko Mucić i in., wyrok z dnia 16 listopada 1998 r., pkt 494-496.

funkcjonariusza państwowego, gdy akty tortur stanowią zbrodnie przeciwko ludzkości<sup>227</sup>.

---

<sup>227</sup> Międzynarodowy Trybunał Karny dla Rwandy, Prokurator przeciwko Laurentowi Semanzie, pkt 342-343.

# ROZDZIAŁ II

## Odpowiednie kodeksy etyczne

131. W przypadku wszystkich zawodów obowiązują kodeksy etyczne, które zawierają deklarację wspólnych wartości i uznanych obowiązków specjalistów oraz określają normy, których muszą oni przestrzegać. Normy etyczne ustanawia się przede wszystkim na dwa sposoby: w drodze międzynarodowych instrumentów opracowanych przez organy takie jak Organizacja Narodów Zjednoczonych oraz w drodze kodeksów postępowania opracowanych przez samych przedstawicieli zawodów, za pośrednictwem krajowych lub międzynarodowych stowarzyszeń przedstawicielskich. Podstawowe założenia są zasadniczo takie same i koncentrują się na zobowiązaniach specjalisty wobec poszczególnych klientów lub pacjentów, ogółu społeczeństwa i współpracowników w celu propagowania interesów klientów i pacjentów, utrzymania integralności zawodu i zapewnienia, by władza i autorytet powierzone członkom zawodu nie były nadużywane. Zobowiązania te odzwierciedlają i uzupełniają prawa, do których wszyscy ludzie są uprawnieni na mocy instrumentów międzynarodowych. Niniejszy rozdział odnosi się w szczególności do etyki prawników i pracowników ochrony zdrowia, niemniej inne osoby pracujące z domniemanymi ofiarami i osobami, które doświadczyły tortur lub niewłaściwego traktowania, powinny być świadome swoich obowiązków zawodowych, a w obszarach, w których takie obowiązki mogą nie być ustanowione, uwzględnić odpowiednie obowiązki etyczne przedstawione w niniejszym rozdziale.

## A. Odpowiednia etyka prawników praktyków

### 1. Zasady wspólne dla wszystkich kodeksów etyki zawodowej prawników praktyków

132. Prawnicy „odgrywają kluczową rolę w przestrzeganiu praw człowieka, w tym absolutnego i niederogowalnego prawa do wolności od tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania”<sup>228</sup>. Zobowiązania etyczne sędziów, prokuratorów i prawników określono w standardach i kodeksach etycznych opracowanych przez Organizację Narodów Zjednoczonych<sup>229</sup>, oraz przez międzynarodowe<sup>230</sup>, regionalne i krajowe stowarzyszenia prawników praktyków<sup>231</sup>. Owe zobowiązania etyczne leżą u podstaw prawa do rzetelnego procesu sądowego i sprawiedliwości proceduralnej, w tym bezstronnego, niezależnego i kompetentnego wymiaru sprawiedliwości<sup>232</sup>.

#### (a) Obowiązek postępowania w sposób profesjonalny i niezależny

133. Prawnicy praktycy muszą pełnić swoje funkcje bez jakichkolwiek ograniczeń, zachęt, nacisków, zastraszania, niewłaściwych wpływów lub ingerencji, bezpośrednich lub pośrednich, lub z jakiegokolwiek powodu, lub nieuzasadnionego narażenia na odpowiedzialność cywilną, karną lub inną<sup>233</sup>. Prawnicy praktycy powinni również zawsze przestrzegać zasad etyki zawodowej. Powinni utrzymywać najwyższe standardy uczciwości i kultury osobistej oraz jawić się jako osoby honorowe, pełne godności, kompetentne i pracowite<sup>234</sup>.

#### (b) Obowiązek zapewnienia równego traktowania wszystkich osób

134. Sędziowie i prokuratorzy mają obowiązek zapewnić równe traktowanie wszystkich osób bez dyskryminacji lub uprzedzeń<sup>235</sup>. W tym względzie, w przypadku ofiar tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, „powinni dążyć do zminimalizowania ponownej wiktymizacji lub traumy”<sup>236</sup>. Prawnicy muszą również unikać

<sup>228</sup> Rezolucja Rady Praw Człowieka 35/12, akapit trzynasty preambuły.

<sup>229</sup> W odniesieniu do zobowiązań etycznych sędziów ONZ zob. Podstawowe zasady w sprawie niezależności władzy sędziowskiej; Zasady postępowania sędziów z Bangalore; Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemocności, Komentarz do Zasad postępowania sędziów z Bangalore (Wiedeń, 2007) oraz Judicial Integrity Group, „Measures for the effective implementation of the Bangalore Principles of Judicial Conduct (the implementation measures)” [„Środki mające na celu skuteczne wdrożenie Zasad postępowania sędziów z Bangalore (środki wykonawcze)”] (Lusaka, 2010). W odniesieniu do prokuratorów zob. Wytyczne dotyczące roli prokuratorów, przyjęte przez Ósmy Kongres Narodów Zjednoczonych w sprawie Zapobiegania Przemocności i Postępowania ze Sprawcami Przemocstw (1990) (A/CONF.144/28/Rev.1). W odniesieniu do innych prawników zob. Podstawowe zasady dotyczące roli prawników, przyjęte na tym samym Kongresie.

<sup>230</sup> W odniesieniu do międzynarodowych zobowiązań etycznych sędziów zob. Międzynarodowe Stowarzyszenie Niezależności Sądów i Pokoju na Świecie, Globalny Kodeks Etyki Sędziowskiej z Bolonii i Mediolanu (2015) oraz Międzynarodowa Komisja Prawników, Odpowiedzialność sędziów: przewodnik dla praktyków (Genewa, 2016). W odniesieniu do prokuratorów zob. Standardy odpowiedzialności zawodowej oraz Oświadczenie o podstawowych obowiązkach i prawach prokuratorów, przyjęte przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Prokuratorów (1999) oraz Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemocności, Status i rola prokuratorów: Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemocności i Międzynarodowe Stowarzyszenie Prokuratorów (Nowy Jork, 2014). W odniesieniu do prawników zob. Międzynarodowe zasady postępowania dla zawodów prawniczych, przyjęte przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Prawników (2011).

<sup>231</sup> Zob. [www.icj.org/icj-launches-new-practitioners-guide-on-judicial-accountability](http://www.icj.org/icj-launches-new-practitioners-guide-on-judicial-accountability). Zob. również Amerykańska Izba Adwokacka, Wzorcowy kodeks postępowania sędziów, wydanie zmienione (2020) oraz Rada Europy, „Europejskie wytyczne dotyczące etyki i postępowania prokuratorów: „Wytyczne budapeszteńskie” (Strasburg, 2005).

<sup>232</sup> Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych, art. 14 oraz Komitet Praw Człowieka, komentarz ogólny nr 32 (2007).

wszelkiego rodzaju dyskryminacji i mogą zostać zobowiązani przez sędziów w postępowaniu przed sądem do „powstrzymania się od okazywania uprzedzeń lub nękania”<sup>237</sup>.

## 2. Zasady kierujące postępowaniem sędziów

### (a) Obowiązek propagowania i ochrony praw człowieka

135. Jako ostateczni arbitrzy sprawiedliwości, sędziowie odgrywają szczególną rolę w ochronie praw człowieka. Sędziowie mają etyczny obowiązek zapewnienia ochrony praw człowieka. Sędziowie mogą być odpowiedzialni za naruszenia praw człowieka, gdy sposób, w którym wykonują swoje kompetencje lub ich nie wykonują, ma na celu ukrycie naruszeń popełnionych przez organizacje wojskowe, paramilitarne lub funkcjonariuszy organów ścigania”<sup>238</sup>.

### (b) Obowiązek bezstronnego podejmowania decyzji zgodnie z prawem

136. Zasada 6. Podstawowych zasad w sprawie niezależności władzy sądowniczej stanowi, że: „[z]asada niezależności władzy sądowniczej uprawnia i nakłada na władzę sądowniczą obowiązek zapewnienia rzetelnego prowadzenie postępowań sądowych i poszanowania praw stron”. Ponadto w Globalnym Kodeksie Etyki Sędziowskiej z Bolonii i Mediolanu wzywa się do zapewnienia ścisłej niezależności władzy sądowniczej od organów władzy ustawodawczej i wykonawczej oraz „zapewnienia niezawisłości sędziów w procesie decyzyjnym i umożliwienia im działania bez żadnych ograniczeń, niewłaściwych wpływów, zachęt, nacisków, gróźb lub ingerencji, bezpośrednich lub pośrednich, z jakiegokolwiek strony lub

z jakiegokolwiek powodu”<sup>239</sup>. W kodeksie uznaje się również znaczenie kompetentnej, niezależnej i bezstronnej władzy sądowniczej dla ochrony praw człowieka. W związku z tym w celu ochrony osób przed torturami i niewłaściwym traktowaniem sędziowie powinni posiadać wystarczającą wiedzę na temat Protokołu stambulskiego i jego zasad oraz zapewnić ich stosowanie przez odpowiednie strony w postępowaniach sądowych.

### (c) Rola sędziów w zapobieganiu torturom i ochronie przed nimi

137. W celu ochrony osób przed torturami i niewłaściwym traktowaniem sędziowie „mogą zażądać, aby podejrzany został im przedstawiony przy najbliższej okazji, i sprawdzić, czy jest on odpowiednio traktowany. W przypadku gdy mają swobodę decyzyjną, mogą interpretować równowagę dowodową w odniesieniu do zarzutów stosowania tortur i dopuszczalności dowodów uzyskanych w ich wyniku, w sposób zniechęcający funkcjonariuszy organów ścigania i osoby odpowiedzialne za miejsca zatrzymań do stosowania lub zezwalania innym na stosowanie tortur i innych form niewłaściwego traktowania”<sup>240</sup>. Były specjalny sprawozdawca ds. tortur, Sir Nigel Rodley, stwierdził, że „jeśli istnieją dowody *prima facie* na to, że oskarżony przyznał się do winy w wyniku tortur, i jeśli zarzuty oskarżonego są zgodne z innymi dowodami, takimi jak dowody kryminalistyczne, sędzia musi zawiesić proces”<sup>241</sup>. Co więcej, „jeśli przyznanie się do winy [uzyskane za pomocą tortur lub pod przymusem] jest jedynym dowodem przeciwko oskarżonemu,

<sup>233</sup> W odniesieniu do obowiązku sędziów do postępowania w sposób profesjonalny i niezależny zob. Podstawowe zasady w sprawie niezależności władzy sądowniczej, art. 2; Zasady postępowania sędziów z Bangalore, wartość 2; Amerykańska Izba Adwokacka, Wzorcowy kodeks postępowania sędziów, kanon 1. oraz Globalny Kodeks Etyki Sądowej z Bolonii i Mediolanu, zasada 3.5. W odniesieniu do prokuratorów zob. Wytyczne dotyczące roli prokuratorów, pkt 4; Międzynarodowe Stowarzyszenie Prokuratorów, Standardy odpowiedzialności zawodowej, pkt 2 oraz Protokół stambulski, pkt 49 i 74. W odniesieniu do prawników zob. Podstawowe zasady dotyczące roli adwokatów, zasada 16. Zob. również preambula do rezolucji Rady Praw Człowieka 35/12, w której Rada przypomniała, że: „Niezależne i bezstronne sądownictwo, niezawisły zawód prawnika, obiektywna i bezstronna prokuratura zdolna do odpowiedniego pełnienia swoich funkcji oraz integralność systemu sądownictwa są warunkami wstępnymi ochrony praw człowieka i stosowania rządów prawa oraz zapewnienia uczciwych procesów i sprawowania wymiaru sprawiedliwości bez jakiegokolwiek dyskryminacji”.

<sup>234</sup> W odniesieniu do sędziów zob. Zasady postępowania sędziów z Bangalore, zasady 3, 4 i 6 oraz Globalny Kodeks Etyki Sędziowskiej z Bolonii i Mediolanu, zasady 5.1 i 5.2. W odniesieniu do prokuratorów zob. Wytyczne dotyczące roli prokuratorów, pkt 3 oraz Międzynarodowe Stowarzyszenie Prokuratorów, Standardy odpowiedzialności zawodowej, pkt 1. W przypadku prawników zob. Międzynarodowe zasady postępowania dla zawodów prawniczych, zasada 2.

<sup>235</sup> W odniesieniu do obowiązku sędziów polegającego na zapewnieniu równego traktowania wszystkich osób zob. Zasady postępowania sędziów z Bangalore, zasada 5. oraz Globalny Kodeks Etyki Sędziowskiej z Bolonii i Mediolanu, zasada 5.3. W odniesieniu do prokuratorów zob. Wytyczne dotyczące roli prokuratorów, pkt 13 lit. a).

<sup>236</sup> Międzynarodowa Komisja Prawników, Zasady dotyczące roli sędziów i prawników w odniesieniu do uchodźców i migrantów (Genewa, 2017), s. 22, komentarz do zasady 13. Zob. również Conor Foley, Protecting Brazilians From Torture: A Manual for Judges, Prosecutors, Public Defenders and Lawyers [Ochrona Brazylijczyków przed torturami: podręcznik dla sędziów, prokuratorów, obrońców publicznych i prawników], wyd. 2. (Londyn, Międzynarodowe Stowarzyszenie Prawników, 2013), s. 181

<sup>237</sup> Amerykańska Izba Adwokacka, Wzorcowy kodeks postępowania sędziów, zasada 2.3 (C).

<sup>238</sup> Międzynarodowa Komisja Prawników, Judicial Accountability: A Practitioners' Guide [Odpowiedzialność sądowa: przewodnik dla praktyków], s. 9.

<sup>239</sup> Globalny Kodeks Etyki Sędziowskiej z Bolonii i Mediolanu, pkt 4.4 (przypis pominięty). Zapisy tego kodeksu sformułowane tak, aby doprecyzować wcześniejsze międzynarodowe kodeksy sądowe i aby miały zastosowanie do wszystkich sędziów.

<sup>240</sup> Conor Foley, Combating Torture: A Manual for Judges and Prosecutors [Zwalczanie tortur: podręcznik dla sędziów i prokuratorów] (Colchester, University of Essex, 2003), s. 2.

<sup>241</sup> E/CN.4/2001/66/Add.2, pkt 102.

sędzia powinien orzec, że nie ma podstaw do skazania”<sup>242</sup>.

### 3. Zasady kierujące postępowaniem prokuratorów

#### (a) Obowiązek prowadzenia postępowań przygotowawczych w sprawie tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania oraz obowiązek ścigania tych czynów

138. Prokuratorzy mają etyczny obowiązek prowadzenia postępowań przygotowawczych w sprawie tortur lub innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania popełnionych przez funkcjonariuszy publicznych oraz obowiązek ścigania tych czynów. Artykuł 15 Wytycznych dotyczących roli prokuratorów stanowi: „[p]rokuratorzy powinni zwracać należytą uwagę na ściganie przestępstw popełnionych przez funkcjonariuszy publicznych, w szczególności przestępstw korupcji, nadużycia władzy, poważnych naruszeń praw człowieka i innych przestępstw uznanych przez prawo międzynarodowe oraz, jeśli jest to dozwolone przez prawo lub zgodne z lokalną praktyką, na prowadzenie postępowań przygotowawczych w sprawie takich przestępstw”<sup>243</sup>. Prokuratorzy powinni „poważnie traktować wszystkie skargi dotyczące niewłaściwego traktowania”<sup>244</sup> oraz aktywnie (zob. pkt 253 poniżej) i sprawnie prowadzić postępowania przygotowawcze<sup>245</sup>. Wykonując swój obowiązek skutecznego prowadzenia postępowań przygotowawczych w sprawie zarzutów tortur lub niewłaściwego traktowania, prokuratorzy powinni posiadać odpowiednią wiedzę na temat Protokołu stambulskiego i jego zasad oraz stosować je w swoich praktykach dochodzeniowo-śledczych i dokumentacyjnych<sup>246</sup>.

#### (b) Obowiązek odrzucenia dowodów uzyskanych w wyniku tortur lub niewłaściwego traktowania: zasada wyłączenia

139. Punkt 16 Wytycznych dotyczących roli prokuratorów stanowi:

[w] przypadku gdy prokuratorzy wejdą w posiadanie dowodów przeciwko podejrzanym, o których to dowodach wiedzą lub co do których mają uzasadnione przekonanie, że zostały uzyskane przy użyciu bezprawnych metod stanowiących poważne naruszenie praw człowieka podejrzanego, w szczególności metod obejmujących tortury lub okrutne, niehumanitarnie lub poniżające traktowanie albo karanie lub inne naruszenia praw człowieka, odmówią wykorzystania takich dowodów przeciwko komukolwiek innemu niż osoby, które stosowały takie metody, lub poinformują o tym Sąd oraz poczynią wszelkie niezbędne kroki w celu zapewnienia, by osoby odpowiedzialne za stosowanie takich metod zostały pociągnięte do odpowiedzialności.

Aby uniknąć konfliktu interesów, postępowanie przygotowawcze w sprawie zarzutów, że dowody zostały uzyskane niezgodnie z prawem, powinno być prowadzone przez prokuratora innego niż ten, który był odpowiedzialny za początkowe postępowanie przygotowawcze<sup>247</sup>. Zgodnie z międzynarodowymi standardami: „po wszczęciu postępowania karnego będą je prowadzić tylko wtedy, gdy sprawa jest dobrze uzasadniona dowodami, co do których istnieje uzasadnione przekonanie, że są wiarygodne i dopuszczalne, i nie będą kontynuować ścigania w przypadku braku takich dowodów”<sup>248</sup>. W przypadku braku innych materiałów obciążających prokuratorzy nie mogą polegać wyłącznie na przyznaniu się do winy. Prokuratorzy muszą „zbadać proponowane dowody, aby upewnić się, czy zostały one uzyskane zgodnie z prawem lub konstytucją”<sup>249</sup>. Badanie to należy przeprowadzić „zgodnie z wagą bezprawności lub nieprawidłowości oraz standardami opisanymi w przepisach dowodowych ich własnego państwa”<sup>250</sup>.

<sup>242</sup> Tamże.

<sup>243</sup> Wytyczne dotyczące roli prokuratorów, pkt 15 oraz Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Status i rola prokuratorów.

<sup>244</sup> Foley, Protecting Brazilians From Torture [Ochrona Brazylijczyków przed torturami], s. 29.

<sup>245</sup> Wytyczne dotyczące roli prokuratorów, pkt 11-12; Międzynarodowe Stowarzyszenie Prokuratorów, Standardy odpowiedzialności zawodowej, pkt 4.2 oraz Foley, Protecting Brazilians From Torture [Ochrona Brazylijczyków przed torturami], s. 181.

<sup>246</sup> „Państwo-strona powinno: a) zapewnić, by Protokół stambulski stał się istotną częścią szkolenia dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia i innych urzędników publicznych zaangażowanych w pracę z osobami pozbawionymi wolności” (CAT/C/NOR/CO/8, pkt 30).

<sup>247</sup> E/CN.4/2001/66/Add.2, pkt 102.

<sup>248</sup> Międzynarodowe Stowarzyszenie Prokuratorów, Standardy odpowiedzialności zawodowej, pkt 4 ust. 2 lit. d); Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, The United Nations Convention against Corruption: Implementation Guide and Evaluative Framework for Article 11 [Konwencja Narodów Zjednoczonych przeciwko korupcji: przewodnik wdrażania i ramy oceny art. 11] (Nowy Jork, 2015), pkt 159.

<sup>249</sup> Międzynarodowe Stowarzyszenie Prokuratorów, Standardy odpowiedzialności zawodowej, pkt 4.3 lit. e).

<sup>250</sup> Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, Status i rola prokuratorów, s. 41.



**(c) Obowiązek bezstronności i obiektywizmu**

140. Podczas gdy obowiązkiem państwa jest „zapewnienie prokuratorom możliwości wykonywania ich funkcji zawodowych bez zastraszania, utrudniania, nękania, niewłaściwej ingerencji lub nieuzasadnionego narażania na odpowiedzialność cywilną, karną lub inną”, prokuratorzy mają obowiązek prowadzenia postępowań przygotowawczych w sposób bezstronny (Wytyczne dotyczące roli prokuratorów, pkt 4) oraz „wykonywania swoich obowiązków w sposób sprawiedliwy, konsekwentny i sprawny, a także szanowania i zapewnienia ochrony godności ludzkiej oraz przestrzegania praw człowieka” (tamże, pkt 12). Prokuratorzy muszą starać się być i być postrzegani jako obiektywni i bezstronni<sup>251</sup>.

**(d) Obowiązek zapewnienia poszanowania przez organy państwowe prawa do wolności od tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karan**

141. Prokuratorzy zapewniają przestrzeganie przez organy państwowe prawa do wolności od tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego, poniżającego traktowania albo karan. Powinni wydawać dokładne instrukcje dotyczące zakazu stosowania nielegalnych lub niewłaściwych metod w celu uzyskania dowodów innym śledczym i pracownikom pozostającym pod ich kontrolą oraz nadzorować ich zachowanie; regularnie przeprowadzać wizyty w miejscach zatrzymań i na posterunkach policji, a także wymagać, aby zeznania zbierano w obecności sędziego<sup>252</sup>. Prokuratorzy mają szczególnie obowiązek podjęcia wszelkich niezbędnych działań, aby postawić przed sądem osoby podejrzane o naruszenia praw człowieka, takie jak tortury i niewłaściwe traktowanie. Ich praca ma kluczowe znaczenie zarówno dla naprawienia naruszeń praw człowieka w przeszłości, jak i dla zapobiegania naruszeniom w przyszłości<sup>253</sup>.

**4. Zasady kierujące postępowaniem prawników****(a) Obowiązek propagowania i ochrony praw człowieka**

142. Zasada 14. Podstawowych zasad dotyczących roli prawników stanowi, że: „[p]rawnicy, chroniąc prawa swoich klientów i propagując sprawiedliwość, dążą do przestrzegania praw człowieka i podstawowych wolności uznanych przez prawo krajowe i międzynarodowe oraz zawsze działają swobodnie i sumiennie zgodnie z prawem oraz uznanymi normami i etyką zawodu prawnika”. Biorąc pod uwagę ich zawodowy obowiązek stania na straży podstawowych wolności, takich jak wolność od tortur i niewłaściwego traktowania, prawnicy powinni posiadać odpowiednią wiedzę na temat Protokołu stambulskiego i jego zasad oraz stosować je w celu zapewnienia skutecznych praktyk dochodzeniowo-śledczych i dokumentacyjnych.

**(b) Obowiązek traktowania interesów klientów jako nadrzędnych**

143. Zgodnie z zasadą 13. Podstawowych zasad dotyczących roli prawników ich obowiązki obejmują: „a) doradzanie klientom co do ich praw i obowiązków oraz funkcjonowania systemu prawnego w zakresie, w jakim ma to znaczenie dla praw i obowiązków klientów; b) pomaganie klientom w każdy właściwy sposób i podejmowanie działań prawnych w celu ochrony ich interesów; c) w stosownych przypadkach pomaganie klientom przed sądami, trybunałami lub organami administracyjnymi. Ponadto zasada 15. stanowi: „[p]rawnicy powinni zawsze lojalnie szanować interesy swoich klientów”. W 2011 r. Międzynarodowe Stowarzyszenie Prawników opracowało Międzynarodowe zasady postępowania dla zawodów prawniczych jako sposób na przedkładanie interesów klientów ponad własne i dążenie do poszanowania rządów prawa. Zasady te obejmują m.in.: zachowanie niezależności zawodowej; uczciwość, rzetelność i sprawiedliwość w kontaktach z klientami, sądem i współpracownikami; zachowanie poufności klienta; traktowanie interesów klienta jako nadrzędnych<sup>254</sup>. Prawnicy mają podstawowy obowiązek wobec swoich klientów i powinni udzielać im „bezzstronnych porad i zastępstwa prawnego...”, w tym w zakresie prawdopodobieństwa powodzenia sprawy klienta”, i traktować ich „interesy jako nadrzędne”<sup>255</sup>. W nocie objaśniającej do zasady

<sup>251</sup> Międzynarodowe Stowarzyszenie Prokuratorów, Standardy odpowiedzialności zawodowej, pkt 1 lit. e), pkt 3 lit. a) i pkt 4 ust. 2 lit. c).

<sup>252</sup> Stwierdzenie to jest poparte w konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 11.

<sup>253</sup> Biuro OHCHR, Human Rights in the Administration of Justice: A Manual on Human Rights for Judges, Prosecutors and Lawyers [Prawa człowieka w wymiarze sprawiedliwości: podręcznik dotyczący praw człowieka dla sędziów, prokuratorów i prawników] (Nowy Jork i Genewa, 2003), seria szkoleń zawodowych nr 9, s. 369.

<sup>254</sup> Międzynarodowe zasady postępowania dla zawodów prawniczych, zasady 1., 2., 4. i 5.

<sup>255</sup> Tamże, zasady 1. i 5. oraz Podstawowe zasady dotyczące roli adwokatów, zasady 13. i 15.

1. przypomniano, że: „[f]akt, że prawnicy otrzymują wynagrodzenie od strony trzeciej, nie może wpływać na ich niezależność i profesjonalny osąd przy świadczeniu usług na rzecz klienta”. Obowiązki prawników wobec ich klientów są jednak „zawsze uzależnione od braku konfliktu z obowiązkami prawnika wobec sądu i interesami wymiaru sprawiedliwości, przestrzegania prawa i zachowania norm etycznych”<sup>256</sup>. Zasada 5. stanowi, że: „[p]rawnicy nie mogą angażować się w działania, których celem jest wprowadzenie w błąd lub wywarcie negatywnego wpływu na interes wymiaru sprawiedliwości lub umyślne naruszenie prawa, ani też pomagać swoim klientom w takich działaniach”<sup>257</sup>.

### (c) Obowiązek zachowania poufności

144. Prawnik powinien zawsze zachować poufność „w odniesieniu do spraw obecnych lub byłych klientów, chyba że prawo lub obowiązujące zasady etyki zawodowej zezwalają lub wymagają inaczej”<sup>258</sup>. Ponadto zasada 22. Podstawowych zasad dotyczących roli prawników stanowi, że „wszelka komunikacja i konsultacje między prawnikami a ich klientami w ramach ich relacji zawodowych są poufne”. Niemniej jednak prawnicy „nie mogą powoływać się na poufność/tajemnicę zawodową w okolicznościach, w których prawnik działa jako współsprawca przestępstwa”<sup>259</sup>.

## B. Zobowiązania etyczne pracowników ochrony zdrowia

145. Istnieją wyraźne powiązania między pojęciami praw człowieka a ugruntowanymi zasadami etyki ochrony zdrowia. Zobowiązania etyczne pracowników ochrony zdrowia są określone w dokumentach Organizacji Narodów Zjednoczonych w taki sam sposób, jak w przypadku zawodów prawniczych. Są one również zawarte w oświadczeniach wydanych przez międzynarodowe organizacje reprezentujące pracowników ochrony zdrowia, takie jak Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA), Światowe Stowarzyszenie Psychiatryczne (WPA) i Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN)<sup>260</sup>. Krajowe stowarzyszenia lekarzy

i organizacje pielęgniarskie również wydają kodeksy etyczne, których przestrzeganie oczekuje się od ich członków. Główną zasadą etyki pracowników ochrony zdrowia, bez względu na to, jak została sformułowana, jest zawsze podstawowy obowiązek poszanowania godności ludzkiej i działania w najlepszym interesie pacjenta, niezależnie od innych ograniczeń, nacisków lub zobowiązań umownych. W niektórych krajach określone medyczne zasady etyczne, takie jak zasada poufności między lekarzem a pacjentem, są włączone do prawa krajowego. W niektórych sytuacjach prawo krajowe może być również sprzeczne z obowiązkami etycznymi pracowników ochrony zdrowia. Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia są moralnie związani normami etycznymi określonymi przez ich organizacje zawodowe i mogą zostać uznani za winnych wykroczenia zawodowego, jeśli odstąpią od standardów zawodowych bez racjonalnego uzasadnienia.

146. Ważne jest, aby pamiętać, że zobowiązania etyczne pracowników ochrony zdrowia mają zastosowanie do wszystkich spotkań z poszczególnymi osobami, podczas których wykorzystują w jakimś celu swoją wiedzę i umiejętności zawodowe. Przeprowadzanie oceny klinicznej domniemanych lub podejrzewanych przypadków tortur, czy to w środowisku medyczno-prawnym, organów ścigania, wojskowym, podstawowej opieki zdrowotnej, czy też innym, jest procedurą opartą na wiedzy i umiejętnościach zawodowych, która wiąże się z potencjalnymi korzyściami i ryzykiem dla danej osoby. Termin „pacjent”<sup>261</sup> jest powszechnie używany w odniesieniu do osób, które są przedmiotem interwencji pracownika ochrony zdrowia, a zatem obejmuje domniemane ofiary tortur lub niewłaściwego traktowania. Niezależnie od tego, czy pracownicy ochrony zdrowia odnoszą się do domniemanych ofiar tortur lub niewłaściwego traktowania jako „pacjentów”, czy też nie, zobowiązania etyczne pracowników ochrony zdrowia mają zastosowanie do wszystkich ocen klinicznych. Podstawowe zobowiązania etyczne omówione w tym rozdziale - dobroczynność, nieszkodzenie, poufność i poszanowanie autonomii pacjenta -

<sup>256</sup> Międzynarodowe zasady postępowania dla zawodów prawniczych, zasada 5.

<sup>257</sup> Tamże, s. 25, nota objaśniająca do zasady 5.

<sup>258</sup> Tamże, zasada 4.

<sup>259</sup> Międzynarodowe zasady postępowania dla zawodów prawniczych, s. 22, nota objaśniająca do zasady 4.

<sup>260</sup> Istnieje również szereg grup regionalnych, takich jak Stowarzyszenie Medyczne Wspólnoty Narodów [Commonwealth Medical Association] i Federacja Islamskich Stowarzyszeń Medycznych [Federation of Islamic Medical Associations], które wydają ważne oświadczenia dotyczące etyki lekarskiej i praw człowieka dla swoich członków.

<sup>261</sup> Termin „pacjent” jest definiowany nie tylko jako „osoba oczekująca na opiekę medyczną i leczenie lub nimi objęta”, lecz także jako „odbiorca różnych usług osobistych” i „osoba, wobec której podejmowane są działania”. Słowo „pacjent” pochodzi od łacińskiego „pati”, co oznacza cierpieć.

mają zastosowanie zarówno w czasach konfliktów zbrojnych i innych sytuacji kryzysowych, jak i w czasach pokoju, a personel wojskowy ma takie same zobowiązania etyczne jak cywilni pracownicy ochrony zdrowia<sup>262</sup>.

## 1. Oświadczenia Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące pracowników ochrony zdrowia

147. Organizacja Narodów Zjednoczonych odniosła się konkretnie do zobowiązań etycznych lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia w Zasadach etyki lekarskiej odnoszących się do roli personelu ochrony zdrowia, w szczególności lekarzy, w ochronie więźniów i osób zatrzymanych przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem<sup>263</sup>. Zasady etyki lekarskiej nakładają na personel medyczny obowiązek zapewnienia opieki medycznej wszystkim zatrzymanym oraz ochrony ich zdrowia fizycznego i psychicznego, zgodnie z zasadami niedyskryminacji i równego traktowania pod względem medycznym (zasada 1). W zasadach określono również okoliczności, które stanowią naruszenie etyki lekarskiej i powołano się na odpowiedzialność personelu medycznego, w tym: angażowanie się, czynnie lub biernie, w akty tortur lub niewłaściwego traktowania (zasada 2); angażowanie się w relacje zawodowe z osobami zatrzymanymi w oderwaniu od wyłącznego celu, jakim jest ocena, ochrona lub poprawa ich zdrowia fizycznego i psychicznego (zasada 3); stosowanie swojej wiedzy i umiejętności w celu pomocy w przesłuchaniach więźniów i osób zatrzymanych w sposób, który może negatywnie wpłynąć na zdrowie fizyczne lub psychiczne lub stan takich więźniów lub osób zatrzymanych i który nie jest zgodny z odpowiednimi instrumentami międzynarodowymi (zasada 4 lit. a)); wydawanie zaświadczeń o zdolności więźniów lub zatrzymanych do podlegania określonemu traktowaniu lub karaniu, które może niekorzystnie wpłynąć na ich zdrowie fizyczne lub psychiczne (takie jak długotrwałe odosobnienie) lub uczestniczenie w stosowaniu takiego traktowania lub karania, które nie jest zgodne z odpowiednimi instrumentami międzynarodowymi (zasada 4 lit. b)); oraz uczestniczenie w jakiegokolwiek procedurze

ograniczania wolności więźniów lub zatrzymanych, chyba że taka procedura jest określona zgodnie z kryteriami czysto medycznymi jako konieczna dla ochrony zdrowia fizycznego lub psychicznego lub bezpieczeństwa samych więźniów lub zatrzymanych, ich współwięźniów lub zatrzymanych, lub ich opiekunów i nie stanowi zagrożenia dla ich zdrowia fizycznego lub psychicznego (zasada 5). W zasadach etyki lekarskiej przypomina się również o niederogownym charakterze wyżej wymienionych zasad w każdych okolicznościach (zasada 6).

148. Pracownicy ochrony zdrowia, podobnie jak wszystkie inne osoby pracujące w zakładach karnych, muszą przestrzegać Wzorcowych reguł minimalnych postępowania z więźniami (Reguła Nelsona Mandeli), które wymagają, aby usługi medyczne, w tym psychiatryczne, były dostępne dla wszystkich więźniów bez dyskryminacji oraz aby wszyscy chorzy więźniowie lub osoby wymagające leczenia były przyjmowane codziennie. Reguły Narodów Zjednoczonych dotyczące postępowania z kobietami skazanymi na karę pozbawienia wolności i środków nieizolacyjnych dla przestępców płci żeńskiej (reguły z Bangkoku) uzupełniają Reguły Nelsona Mandeli i określają konkretne obowiązki etyczne w zakresie ochrony kobiet pozbawionych wolności<sup>264</sup>. Wymogi te wzmacniają zobowiązania etyczne lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia, omówione poniżej, do leczenia i działania w najlepszym interesie swoich pacjentów. Reguła 32 ust. 1 Reguła Nelsona Mandeli stanowi, że „[z]wiązek pomiędzy lekarzem lub innym pracownikiem ochrony zdrowia oraz więźniami będzie podlegał takim samym standardom etycznym i profesjonalnym, jakie mają zastosowanie do pacjentów znajdujących się na wolności”. Obejmuje to „obowiązek ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego więźniów”;<sup>265</sup> „przestrzeganie autonomii więźniów odnośnie własnego zdrowia i świadomej zgody na udział w badaniu w relacji lekarz-pacjent”;<sup>266</sup> „zachowanie informacji medycznych w tajemnicy, chyba że utrzymanie takiej tajemnicy stanowiłoby rzeczywiste i nieuchronne zagrożenie dla pacjenta lub innych osób”;<sup>267</sup> oraz „bezwzględny zakaz angażowania, w sposób aktywny lub bierny,

<sup>262</sup> WMA i inni, zasady etyczne opieki zdrowotnej w czasie konfliktów zbrojnych i innych sytuacji kryzysowych (przyjęte w 2015 r.). Zob. także przepisy WMA obowiązujące w czasie konfliktów zbrojnych i innych sytuacji przemocy (przyjęte w 1956 r. i ostatnio zmienione w 2012 r.).

<sup>263</sup> Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 37/194, załącznik.

<sup>264</sup> Reguły z Bangkoku, reguły 10 i 12-18.

<sup>265</sup> Reguły Nelsona Mandeli, reguła 32 ust. 1 lit. a).

<sup>266</sup> Tamże, reguła 32 ust. 1) lit. b).

<sup>267</sup> Tamże, reguła 32 ust. 1 lit. c).

w czynności, które mogą stanowić tortury lub inne okrutne, nieludzkie lub poniżające traktowanie albo karanie”<sup>268</sup>. Pracownicy ochrony zdrowia nie mogą odgrywać żadnej roli w nakładaniu kar dyscyplinarnych lub innych środków restrykcyjnych<sup>269</sup>. Dotyczy to bezterminowego odosobnienia (22 lub więcej godzin dziennie bez znaczącego kontaktu z ludźmi), przedłużone odosobnienie (15 kolejnych dni), umieszczenie więźnia w ciemnej lub stale oświetlonej celi, kary cielesne lub ograniczenia racji żywnościowej więźnia lub ilości spożywanej przez niego wody pitnej oraz kary zbiorowe<sup>270</sup>. Co więcej, w regule 34 Reguł Nelsona Mandeli od pracowników ochrony zdrowia, którzy „zauważą jakiegokolwiek ślady tortur lub innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania” wymaga się udokumentowania takich przypadków i zgłoszenia ich „właściwemu organowi medycznemu, administracyjnemu lub sądowemu”.

**149.** W odniesieniu do kobiet pozbawionych wolności reguła 10 reguł z Bangkoku stanowi, że „wszystkie kobiety mają prawo do leczenia i opieki odpowiadającej standardom społecznym w zakresie ich potrzeb zdrowotnych związanych z płcią” oraz prawo do tajemnicy lekarskiej<sup>271</sup>. Ponadto w regule 6 ust. 5 reguł z Bangkoku na personel medyczny nakłada się obowiązek dokumentowania w ramach badań lekarskich „wszelkich oznak niewłaściwego traktowania lub tortur”.

**150.** Należy przestrzegać odpowiednich gwarancji proceduralnych, aby nie narażać więźnia lub osób powiązanych na możliwe do przewidzenia ryzyko doznania krzywdy. Odpowiednie gwarancje proceduralne dotyczące ryzyka doznania krzywdy, w szczególności w kontekście oceny klinicznej tortur lub niewłaściwego traktowania, omówiono w pkt 312-315 poniżej. Regionalne organy ds. praw człowieka, takie jak europejski komitet ds. zapobiegania torturom, również wymagają od pracowników ochrony zdrowia pracujących w miejscach zatrzymań dokumentowania i zgłaszania medycznych

dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania<sup>272</sup>.

**151.** „Uczestnictwo w torturach” obejmuje ocenę zdolności osoby do wytrzymania niewłaściwego traktowania; obecność przy niewłaściwym traktowaniu, nadzorowanie go lub zadawanie; cucenie osób, aby dalej były poddawane niewłaściwemu traktowaniu, lub zapewnienie opieki medycznej bezpośrednio przed rozpoczęciem, w trakcie lub po zakończeniu tortur na polecenie osób, które mogą być za nie odpowiedzialne; dostarczanie oprawcom wiedzy zawodowej lub osobistych informacji o stanie zdrowia danych osób; oraz celowe pomijanie dowodów i fałszowanie raportów, takich jak raporty z sekcji zwłok i akty zgonu<sup>273</sup>. W sytuacji, w której interwencja po torturach jest niezbędna do zachowania życia danej osoby, taka interwencja w nagłych wypadkach może zostać przeprowadzona. Ponadto pracownicy ochrony zdrowia są zobowiązani do zgłaszania negatywnych skutków sankcji dyscyplinarnych lub innych środków restrykcyjnych i doradzania dyrektorowi zakończenia przymusowej separacji w celu zapewnienia, by taka separacja nie pogorszyła stanu zdrowia lub kondycji psychicznej lub fizycznej więźnia. Zasady etyki lekarskiej zabraniają również relacji zawodowych z więźniami lub osobami zatrzymanymi, jeżeli relacje te nie mają na celu wyłącznie oceny, ochrony lub poprawy ich zdrowia fizycznego i psychicznego. W związku z tym ocena stanu zdrowia osoby zatrzymanej, aby ułatwić karanie lub torturowanie, jest wyraźnie nieetyczna.

**152.** Obowiązek pracowników ochrony zdrowia, aby nie uczestniczyli, czynnie lub biernie, w praktykach tortur i niewłaściwego traktowania oraz aby dokumentowali i zgłaszali takie praktyki, obejmuje szeroki zakres nadużyć, które zostały uznane za tortury lub niewłaściwe traktowanie przez specjalnego sprawozdawcę ds. tortur i Komitet przeciwko Torturom<sup>274</sup>. Należą do nich m.in. praktyki związane z dyskryminacją ze względu na płeć, w tym praktyki pod pozorem leczenia lub badań, takie jak badanie dziewictwa, badania

<sup>268</sup> Tamże, reguła 32 ust. 1 lit. d).

<sup>269</sup> Tamże, reguła 46 ust. 1.

<sup>270</sup> Tamże, reguła 43 ust. 1 lit. a)-e).

<sup>271</sup> Reguły z Bangkoku, reguły 8 i 11. Zob. również reguły 12-18, w których określono obowiązki dotyczące szczególnych potrzeb kobiet w zakresie fizycznej i psychicznej opieki zdrowotnej ze względu na płeć.

<sup>272</sup> Europejski komitet ds. zapobiegania torturom, 23. sprawozdanie ogólne CPT (1 sierpnia 2012 r. - 31 lipca 2013 r.) (Strasburg, Rada Europy, 2013), pkt 71-84

<sup>273</sup> Pracownicy ochrony zdrowia muszą jednak pamiętać o obowiązku zachowania poufności wobec pacjentów i o obowiązku uzyskania świadomej zgody na ujawnienie informacji, zwłaszcza gdy takie ujawnienie może stanowić dla danych osób zagrożenie (zob. pkt 165-171 powyżej).

<sup>274</sup> A/HRC/31/57; A/HRC/7/3, pkt 25-26 oraz Biuro OHCHR, „Gender-based crimes through the lens of torture International Women's Day” [„Przestępstwa ze względu na płeć z perspektywy tortur - Międzynarodowy Dzień Kobiet], komunikat prasowy, 8 marca 2016 r.

analne w celu „wykrycia homoseksualności”, gwałty, okaleczanie żeńskich narządów płciowych, przymusowe małżeństwa, małżeństwa dzieci, zabójstwa honorowe, palenie wdów, handel ludźmi, okaleczanie żeńskich narządów płciowych, terapie mające na celu zmianę orientacji seksualnej, operacje zmiany płci bez zgody, przymusowe lub wymuszone testy ciążowe, przymusowa lub wymuszona sterylizacja, medyczne określenie płci bez zgody oraz niepotrzebne operacje i leczenie dzieci interseksualnych bez ich zgody. Specjalny sprawozdawca wskazał również pewne formy nadużyć w placówkach opieki zdrowotnej, które mogą być równoznaczne z torturami lub niewłaściwym traktowaniem, w tym: przymusowe karmienie osób biorących udział w strajku głodowym,<sup>275</sup> odmowę uśmierzenia bólu,<sup>276</sup> przymusowe zatrzymanie z powodów medycznych, takie jak przymusowe zatrzymanie z powodu nadużywania narkotyków i „rehabilitacja”, interwencje medyczne wobec osób z niepełnosprawnościami bez ich zgody, w tym stosowanie bez zgody pacjenta psychochirurgii, elektrowstrząsów i leków zmieniających osobowość, takich jak neuroleptyki, stosowanie środków przymusu bezpośredniego i izolacji zarówno w przypadku długotrwałego, jak i krótkotrwałego stosowania<sup>277</sup>.

- 153.** Pracownicy ochrony zdrowia, którzy uczestniczą w monitorowaniu miejsc zatrzymań, zwłaszcza w ramach krajowych mechanizmów zapobiegania torturom<sup>278</sup>, odgrywają szczególną rolę w zajmowaniu się kwestiami zdrowotnymi związanymi z torturami i niewłaściwym traktowaniem, w ocenie systemu opieki zdrowotnej w miejscach zatrzymań, na przykład przez analizę dokumentacji medycznej i rozmowy z personelem medycznym w miejscach zatrzymań, oraz w ocenie wpływu ogólnych warunków pozbawienia wolności (higiena, odżywianie, dostęp do pryszniców, przeludnienie itp.) na zdrowie osób zatrzymanych. Ta specjalistyczna wiedza medyczna podnosi jakość monitorowania prowadzonego w ramach mechanizmów

wizytowania. Z tej perspektywy pracownicy ochrony zdrowia mogą wnieść znaczący wkład w stosowanie norm i standardów - w szczególności w zakresie świadczenia i dostępu do opieki zdrowotnej oraz praktyk etycznych dla osób pracujących w miejscach zatrzymań - oraz zaleceń dla organów państwowych dotyczących zajęcia się w miejscach zatrzymań kwestiami zdrowotnymi, które mogą stanowić tortury lub niewłaściwe traktowanie<sup>279</sup>.

### 2. Oświadczenia międzynarodowych organizacji zawodowych

- 154.** Wiele oświadczeń międzynarodowych organizacji zawodowych dotyczy zasad istotnych dla ochrony praw człowieka i stanowi międzynarodowy konsensus medyczny w tych kwestiach. W deklaracjach WMA określono zobowiązania etyczne, którym podlegają wszyscy lekarze. W wytycznych dla lekarzy dotyczących tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karaniami w związku z zatrzymaniem i uwięzieniem (Deklaracja Tokijska), przyjętych przez Światowe Towarzystwo Medyczne<sup>280</sup>, ponownie podkreślono zakaz jakiegokolwiek formy udziału lekarza w torturach lub niewłaściwym traktowaniu oraz jego obecności w takich sytuacjach. Zakaz ten wzmacniają wspomniane zasady etyki Lekarskiej, które wyraźnie odnoszą się do Deklaracji Tokijskiej. Lekarzom wyraźnie zabrania się dostarczania informacji lub jakichkolwiek narzędzi medycznych lub substancji, które ułatwiłyby niewłaściwe traktowanie. Tę samą zasadę wyraźnie zastosowano w odniesieniu do psychiatrii w Deklaracji Hawajskiej WPA<sup>281</sup>, w której zakazano nadużywania umiejętności psychiatrycznych do naruszania praw człowieka jakiegokolwiek osoby lub grupy, oraz w Deklaracji madryckiej w sprawie norm etycznych praktyki psychiatrycznej<sup>282</sup>. Podczas Międzynarodowej Konferencji na temat Medycyny Islamskiej poczyniono podobną uwagę i zapisaną ją w wynikającej z konferencji Deklaracji z Kuwejtu<sup>283</sup>, w której zakazano lekarzom

<sup>275</sup> Biuro OHCHR, „Force-feeding is cruel and inhuman - UN experts urge Israel not to make it legal” [„Przymusowe karmienie jest okrutne i niehumanitarne - eksperci ONZ wzywają Izrael, by tego nie legalizował”], komunikat prasowy, 25 czerwca 2014 r.

<sup>276</sup> W rezolucji WMA w sprawie dostępu do odpowiedniego leczenia bólu (2011 r., zmieniona w 2020 r.) podkreślono problem, jakim jest fakt, że ogromna większość światowej populacji nie ma dostępu do leczenia bólu lub jest ono nieodpowiednie. W rezolucji wezwano pracowników ochrony zdrowia i rządy do zapewnienia wszystkim odpowiedniego leczenia bólu oraz do ustanowienia skutecznych mechanizmów monitorowania i przestrzegania regulacji w tym zakresie.

<sup>277</sup> A/HRC/22/53, pkt 89 lit. b).

<sup>278</sup> Zgodnie z Protokołem fakultatywnym do konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur.

<sup>279</sup> Stowarzyszenie na rzecz Zapobiegania Torturom, „Visiting places of detention: what role for physicians and other health professionals” [„Wizytacja miejsc zatrzymań: jaka jest w nich rola lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia?"] (Genewa, 2008), s. 6-7.

<sup>280</sup> Deklaracja przyjęta w 1975 r. i zmieniona w latach 2005, 2006 i 2016.

<sup>281</sup> Deklaracja przyjęta w 1977 r. i zaktualizowana w 1983 r.

<sup>282</sup> Deklaracja zatwierdzona przez Zgromadzenie Ogólne WPA w 1996 r. i zmieniona w latach 1999, 2002, 2005 i 2011.

<sup>283</sup> Deklaracja przyjęta w 1981 r., znana również jako islamski kodeks etyki lekarskiej.

wykorzystywania ich specjalistycznej wiedzy „do zadawania krzywdy, wyniszczania lub wyrządzania szkód fizycznych, psychicznych lub duchowych, bez względu na kwestie wojskowe lub polityczne”. Podobne zapisy sformułowano dla pielęgniarek w oświadczeniu w sprawie roli pielęgniarek w opiece nad osobami zatrzymanymi i więźniami<sup>284</sup>.

155. Pracownicy ochrony zdrowia mają również obowiązek wspierać współpracowników, którzy ujawniają naruszenia praw człowieka związane z torturami. Niezastosowanie się do tego wymogu grozi nie tylko naruszeniem praw pacjenta i niezgodnością z wyżej wymienionymi deklaracjami, lecz także kompromitacją zawodów medycznych. Zostało to rozwinięte w innych politykach WMA uzupełniających Deklarację Tokijską. Na przykład w Zaleceniu WMA w sprawie opracowania mechanizmu monitorowania i raportowania umożliwiającego kontrolę przestrzegania przez państwa Deklaracji Tokijskiej zaleca się wspieranie lekarzy i krajowych stowarzyszeń medycznych w ich staraniach na rzecz zgłaszania naruszeń praw do ochrony zdrowia pacjentów i etyki zawodowej lekarzy w warunkach pozbawienia wolności. WMA analizuje przypadki domniemanego naruszenia Deklaracji Tokijskiej i ułatwia krajowym stowarzyszeniom medycznym prowadzenie dochodzeń w sprawie takich zarzutów, w tym ewentualne kierowanie ich do specjalnego sprawozdawcy ds. tortur<sup>285</sup>. Deklaracja WMA z Hamburga dotycząca wsparcia lekarzy odmawiających udziału w stosowaniu tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania<sup>286</sup> lub nieprzychylnych na takie stosowanie potwierdza odpowiedzialność jednostek i zorganizowanych grup medycznych na całym świecie za zachęcanie lekarzy do przeciwstawiania się torturom lub jakimkolwiek naciskom na działanie sprzeczne z zasadami etycznymi. Wzywa się w niej indywidualnych lekarzy do wypowiadania się przeciwko torturom i niewłaściwemu traktowaniu oraz krajowe i międzynarodowe organizacje medyczne do wspierania lekarzy, którzy opierają

się takim naciskom. W rezolucji WMA w sprawie odpowiedzialności lekarzy za dokumentowanie i potępienie aktów tortur lub okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania nałożono na lekarzy obowiązek dokumentowania i potępienia aktów tortur i niewłaściwego traktowania oraz stwierdzono, że zaniechanie tego działania stanowi współudział w takich nadużyciach<sup>287</sup>. Obowiązek ten dotyczy wszystkich lekarzy - związanych i niezwiązanych z jednostkami władzy państwowej - wszędzie tam, gdzie stykają się z domniemanymi ofiarami tortur w kontekście medyczno-prawnym i każdym innym. Inni pracownicy ochrony zdrowia mają taki sam etyczny obowiązek identyfikowania, dokumentowania i zgłaszania tortur<sup>288</sup>. Obowiązek lekarzy w zakresie dokumentowania i zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania w konsekwencji wspiera etyczny wyjątek od tajemnicy zawodowej, pozwalając lekarzom na zgłaszanie nadużyć w ograniczonych okolicznościach. WPA i ICN ustanowiły również podobne obowiązki w zakresie zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania dla psychiatrów i pielęgniarek<sup>289</sup>.

156. WMA ustanowiło również etyczne zobowiązanie lekarzy do nieangażowania się w inne niewłaściwe praktyki, które stanowią okrutne i poniżające traktowanie oraz potencjalnie tortury, tj. przedłużające się izolacje<sup>290</sup>, przymusowe rewizje osobiste<sup>291</sup>, przymusowe karmienie osób zdolnych do decydowania o sobie, takich jak osoby biorące udział w strajku głodowym<sup>292</sup>, przymusowe badanie analne w celu potwierdzenia aktywności seksualnej osób tej samej płci<sup>293</sup> i operacje okaleczania żeńskich narządów płciowych<sup>294</sup>.
157. Ponadto, gdy pracownicy ochrony zdrowia znajdują się w sytuacjach, w których prawo państwowe lub wojskowe bądź polityka rządu wspierają praktyki w zakresie zatrzymań lub przesłuchań, systematycznie naruszające prawo międzynarodowe i etykę lekarską, pracownik ochrony zdrowia musi odmówić udziału takim procederze i zgłosić sytuację organom międzynarodowym. Pracownicy ochrony

<sup>284</sup> Oświadczenie przyjęte przez ICN w 1998 r. i zmienione w latach 2006 i 2011.

<sup>285</sup> Przyjęto w 2011 r.

<sup>286</sup> Deklaracja przyjęta w 1997 r. i zmieniona w 2017 r.

<sup>287</sup> Rezolucja przyjęta w 2003 r. i zmieniona w latach 2007, 2008 i 2020.

<sup>288</sup> Na przykład pielęgniarki, które są świadome nadużyć i niewłaściwego traktowania, powinny podjąć odpowiednie działania w celu ochrony praw osób zatrzymanych i więźniów. Zob. ICN, „Nurses’ role in the care of detainees and prisoners” [„Rola pielęgniarek w opiece nad osobami zatrzymanymi i więźniami”].

<sup>289</sup> WPA, Consensus Guidelines for Independent Medical Examinations [Wytyczne dotyczące niezależnych badań medycznych] (marzec 2015 r.) oraz ICN, „Nurses’ role in the care of detainees and prisoners” [„Rola pielęgniarek w opiece nad osobami zatrzymanymi i więźniami”].

<sup>290</sup> Oświadczenie WMA w sprawie izolacji, przyjęte w 2014 r. i zmienione w 2019 r.

<sup>291</sup> Oświadczenie WMA w sprawie rewizji osobistej więźniów, przyjęte w 1993 r. i zmienione w latach 2005 i 2016.

<sup>292</sup> Deklaracja maltańska WMA w sprawie osób biorących udział w strajkach głodowych, przyjęta w 1991 r. i zmieniona w latach 1992, 2006 i 2017.

<sup>293</sup> Rezolucja WMA w sprawie zakazu przymusowych badań analnych w celu potwierdzenia aktywności seksualnej osób tej samej płci, przyjęta w 2017 r.

<sup>294</sup> Oświadczenie WMA w sprawie okaleczania żeńskich narządów płciowych, przyjęte w 1993 r. i zmienione w latach 2005 i 2016.

zdrowia, którzy lekceważą swoje zobowiązania etyczne, mogą stać się współwinni tortur i niewłaściwego traktowania na wiele sposobów<sup>295</sup>.

### 3. Krajowe kodeksy etyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia

158. Zasady etyczne są również wyrażane w kodeksach krajowych. W dużej mierze odzwierciedlają one te same podstawowe wartości, o których wspomniano powyżej, ponieważ etyka lekarska jest wyrazem wspólnych wartości wśród pracowników ochrony zdrowia. Praktycznie we wszystkich kulturach i kodeksach występują te same podstawowe założenia dotyczące obowiązku unikania wyrządzania krzywdy, pomocy chorym i ochrony osób bezbronnych oraz nierozróżniania pacjentów z jakiegokolwiek innych względów niż pilny charakter ich potrzeb medycznych. Identyczne wartości występują w kodeksach zawodowych pielęgniarek. Trudnym aspektem zasad etycznych jest jednak to, że nie zapewniają one ostatecznych reguł służących rozwiązaniu każdego dylematu, ale wymagają pewnej interpretacji. Rozważając dylematy etyczne, ważne jest, aby pracownicy ochrony zdrowia pamiętali o podstawowych zobowiązaniach moralnych wyrażonych w ich wspólnych wartościach zawodowych i aby wdrażali je w sposób odzwierciedlający podstawowy obowiązek unikania wyrządzania krzywdy swoim pacjentom<sup>296</sup>.

### C. Zastosowanie zasad etycznych w ocenie klinicznej tortur i niewłaściwego traktowania

159. Kodeksy postępowania pracowników ochrony zdrowia zawierają szereg podstawowych zasad. Zasady etyczne najbardziej istotne dla oceny klinicznej domniemanych lub podejrzewanych przypadków tortur lub niewłaściwego traktowania to działanie w najlepszym interesie pacjentów (dobroczynność), zasada „nie szkodzić” (nieszkodzenie), poszanowanie decyzji pacjentów (autonomia) i zachowanie

poufności informacji udostępnianych w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia. W ostatnich latach na podstawie działań WMA i Reguł Nelsona Mandeli ustanowiono zobowiązanie etyczne lekarzy i innego personelu medycznego do dokumentowania i zgłaszania aktów tortur i niewłaściwego traktowania w określonych okolicznościach. Chociaż powyższe zasady etyczne mogą się wzajemnie wzmacniać i sprzyjać klinicznej ocenie domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, mogą być też sprzeczne, a tym samym stanowić wyzwanie dla pracowników ochrony zdrowia. W niniejszej sekcji przedstawiono przegląd stosowania podstawowych zasad etycznych w ocenie klinicznej przypadków, w których zarzuca się lub podejrzewa tortury lub niewłaściwe traktowanie.

#### 1. Dobroczynność i nieszkodzenie

160. Obowiązek lekarzy do działania w najlepszym interesie pacjenta i nieszkodzenia mu jest od wieków uznawany w wielu kodeksach, w tym w Charaka Samhita, hinduskim kodeksie z I wieku n.e., Deklaracji z Kuwejt, modlitwie Majmonidesa i przysiędze Hipokratesa. Deklaracja WMA z Genewy<sup>297</sup> jest współczesnym podsumowaniem wartości Hipokratesa odzwierciedlającym cztery podstawowe zasady: dobroczynność, nieszkodzenie, poufność i poszanowanie autonomii pacjenta. Jest to przyrzeczenie, w ramach którego lekarze zobowiązują się traktować zdrowie swoich pacjentów z najwyższym szacunkiem i ślubują służbę ludzkości zgodnie z sumieniem i godnością. Te podstawowe zasady etyczne są również uznawane przez WPA i ICN i mają zastosowanie do psychiatrów i pielęgniarek<sup>298</sup>.

161. W przypadkach domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania najlepszy interes pacjenta lub domniemanej ofiary jest często zgodny z celem oceny klinicznej, mianowicie skuteczną dokumentacją tortur i niewłaściwego traktowania, która może potwierdzić zarzuty danej osoby dotyczące znęcania się.

<sup>295</sup> David H. Hoffman i inni, Independent Review Relating to APA Ethics Guidelines, National Security Interrogations, and Torture [Niezależny przegląd wytycznych APA w sprawie etyki, przesłuchań dotyczących bezpieczeństwa narodowego i tortur] (Chicago, Sidley Austin, 2015). Amerykańskie Stowarzyszenie Psychologiczne (APA), największe stowarzyszenie psychologów na świecie, zakazało obecności psychologów w przesłuchaniach dotyczących bezpieczeństwa narodowego, zob. Amerykańskie Stowarzyszenie Psychologiczne, Rada Reprezentantów, rezolucja zmieniająca rezolucje Rady z 2006 i 2013 r. w celu wyjaśnienia ról psychologów związanych z przesłuchaniami i dobrotanem zatrzymanych w kontekstach bezpieczeństwa narodowego, w celu dalszego wdrażania rezolucji dotyczącej petycji z 2008 r. oraz w celu ochrony przed aktami tortur i okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karaniami we wszystkich kontekstach, przyjęta w 2015 r.

<sup>296</sup> WMA zdaje sobie z tego sprawę i regularnie (minimum co 10 lat) przegląda swoje polityki w celu zapewnienia, by pozostały one wystarczająco szczegółowe i jasne, aby pomóc lekarzom w podejmowaniu decyzji. Aktualizacje służą doprecyzowaniu języka i rozwiązaniu kwestii, które nie zostały uwzględnione we wcześniejszych wersjach.

<sup>297</sup> Deklaracja przyjęta w 1948 r. i zmieniona w latach 1968, 1983, 1994, 2005, 2006 i 2017.

<sup>298</sup> WPA, Deklaracja Hawajska (1983) i Deklaracja Madrycka oraz ICN, Kodeks etyki ICN dla pielęgniarek (przyjęty w 1953 r. i ostatnio zmieniony w 2012 r.).

**162.** Zobowiązanie etyczne w zakresie dobroczynności znajduje odzwierciedlenie w wielu deklaracjach WMA, które jasno wskazują, że lekarze muszą zawsze robić to, co najlepsze dla pacjenta, w tym osób oskarżonych lub skazanych za przestępstwa. Obowiązek dobroczynności wyraża się również w pojęciu niezależności zawodowej, gdyż od lekarzy wymaga się przestrzegania dobrych i akceptowanych praktyk medycznych pomimo wszelkich nacisków, które mogą być stosowane. W Międzynarodowym Kodeksie Etyki Lekarskiej WMA podkreślono obowiązek lekarzy polegający na zapewnieniu opieki z poszanowaniem pełnej niezależności zawodowej i moralnej, ze współczuciem i poszanowaniem godności ludzkiej<sup>299</sup>. Zawiera on również obowiązek odmowy wykorzystania wiedzy medycznej do naruszania praw człowieka, nawet pod groźbą. Stała polityka WMA, taka jak Deklaracja Tokijska lub Deklaracja z Seulu w sprawie autonomii zawodowej i niezależności klinicznej<sup>300</sup>, jest jednoznaczna i stanowi, że lekarze muszą dążyć do swobody działania w interesie pacjentów, niezależnie od innych względów, w tym instrukcji pracodawców, władz więziennych lub sił bezpieczeństwa. Podobne zasady określono dla pielęgniarek w Kodeksie Etyki ICN dla Pielęgniarek.

**163.** Innym sposobem, w jaki WMA wyraża obowiązki lekarzy, jest uznanie praw pacjenta. Deklaracja Lizbońska o Prawach Pacjenta<sup>301</sup> stanowi, że każda osoba ma prawo, bez dyskryminacji, do odpowiedniej opieki zdrowotnej, i po raz kolejny wskazuje, że lekarze muszą zawsze działać w najlepszym interesie pacjenta. Zgodnie z deklaracją obejmuje to wysiłki, które lekarze i inne osoby lub organy zaangażowane w świadczenie opieki zdrowotnej podejmują, aby zapewnić przestrzeganie praw pacjentów, w tym autonomię i sprawiedliwość. W preambule deklaracji stwierdzono: „Za każdym razem, gdy przepisy, działania rządowe lub jakakolwiek administracja lub instytucja pozbawiają pacjentów tych praw, lekarze powinni przedsięwziąć odpowiednie środki w celu ich zapewnienia lub przywrócenia”. Osoby fizyczne mają prawo do odpowiedniej opieki zdrowotnej, niezależnie od czynników takich jak rasa, kolor skóry, pochodzenie narodowe, etniczne lub społeczne, język, wiek, płeć, orientacja seksualna i tożsamość płciowa,

status imigracyjny, poglądy polityczne lub inne, religia, pochodzenie, urodzenie, niepełnosprawność, stan zdrowia, indywidualne zasługi itp. Osoby oskarżone lub skazane za przestępstwa mają równe moralne prawo do odpowiedniej opieki medycznej i pielęgniarskiej. W deklaracji podkreślono, że jedynym akceptowalnym kryterium różnicowania pacjentów jest względna pilność ich potrzeb medycznych.

**164.** Podczas pracy z dziećmi i młodzieżą należy pamiętać, że: „[o]rganizacje mają obowiązek opieki nad dziećmi, z którymi pracują, z którymi mają kontakt lub na które wpływa ich praca i działalność”<sup>302</sup>. Zasada ochrony dzieci obejmuje zapewnienie, by dzieci były chronione przed doznaniem krzywdy i nie były narażone na ryzyko doznania krzywdy oraz by każde takie ryzyko było zgłaszane i natychmiast eliminowane.

## 2. Świadoma zgoda

**165.** Najbardziej fundamentalną zasadą etyki lekarskiej jest autonomia pacjenta. Pojęcie autonomii oznacza, że sami pacjenci najlepiej wiedzą, czego im potrzeba. Wymaga to od pracowników ochrony zdrowia respektowania decyzji dorosłego pacjenta, a nie poglądów jakiegokolwiek osoby wydającej opinię na temat tego, co byłoby najlepsze dla tej osoby. Jest to równie prawdziwe w kontekście ocen klinicznych domniemyanych tortur lub niewłaściwego traktowania, które mogą skutkować odwetem i wyrządzeniem poważnych szkód fizycznych lub psychicznych. W przypadkach gdy pacjent jest nieprzytomny lub gdy mimo włożenia znacznego wysiłku nie jest możliwe uzyskanie jego dobrowolnej i świadomej zgody lub ustalenie jego woli i preferencji, w tym dzięki zapewnieniu wsparcia i udogodnień, należy w ostateczności zastosować normę „najlepszej interpretacji woli i preferencji”.

**166.** Organizacje pracowników ochrony zdrowia, takie jak WMA, WPA i ICN, reguły z Bangkoku i Reguły Nelsona Mandeli wymagają, aby lekarze i pielęgniarki szanowali autonomiczne decyzje swoich pacjentów i uzyskiwali dobrowolną i świadomą zgodę od pacjentów przed jakimkolwiek badaniem lub procedurą. Oznacza

<sup>299</sup> Kodeks przyjęty w 1949 r. i zmieniony w latach 1968, 1983 i 2006.

<sup>300</sup> Deklaracja przyjęta w 2008 r. i zmieniona w 2018 r.

<sup>301</sup> Deklaracja przyjęta w 1981 r., zmieniona w latach 1995, 2005 i 2015.

<sup>302</sup> Keeping Children Safe, The International Child Safeguarding Standards ... and How to Implement Them [Ochrona dzieci, Międzynarodowe standardy ochrony dzieci ... i jak je wdrożyć] (2014/2020), s. 10.



to, że dane osoby muszą znać i rozumieć konsekwencje wyrażenia zgody oraz konsekwencje odmowy, a także wszelkie rozsądne alternatywy. Przed badaniem pacjentów pracownicy ochrony zdrowia muszą zatem szczerze i w przystępny sposób wyjaśnić cel badania i leczenia. Zgoda uzyskana pod przymusem lub w wyniku przekazania pacjentowi nieprawdziwych lub niepełnych informacji jest nieważna, a lekarze świadomie działający na jej podstawie naruszają zasady etyki lekarskiej. Ponadto specjalny sprawozdawca ONZ ds. powszechnego prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego zauważył, że zagwarantowanie świadomej zgody jest podstawową cechą poszanowania autonomii jednostki, jej samostanowienia i godności ludzkiej w ramach odpowiedniego świadczenia dobrowolnych usług opieki zdrowotnej<sup>303</sup>.

**167.** Tortury i niewłaściwe traktowanie z definicji są przestępstwami popełnianymi przez funkcjonariuszy państwowych lub za ich wyraźną lub milczącą zgodą. Funkcjonariusze państwowi często próbują ukryć te przestępstwa i w tym celu grożą ofiarom dodatkowymi torturami i niewłaściwym traktowaniem, jeśli ujawnią komukolwiek, w tym lekarzom oceniającym, jakiegokolwiek informacje o nadużyciach. W kontekście medyczno-prawnych ocen domniemanych tortur i niewłaściwego traktowania świadoma zgoda jest niezbędna. Aby możliwa była świadoma zgoda, konieczne jest przedstawienie wszystkich istotnych informacji, czyli m.in.: celu oceny; potencjalnego ryzyka i korzyści, charakteru oceny (w tym możliwości robienia zdjęć); ograniczeń poufności (takich jak wszelkie obowiązkowe wymogi dokonania zgłoszeń przez lekarza), w jaki sposób informacje zebrane podczas oceny będą wykorzystywane i przechowywane oraz kto będzie miał dostęp do tych informacji.

**168.** Zgoda powinna zostać ponownie potwierdzona na koniec rozmowy po ujawnieniu konkretnych informacji przez domniemaną ofiarę i przed oceną kliniczną. Do świadomej zgody niezbędne jest, aby pacjenci i domniemane ofiary rozumieli przekazywane informacje, przy czym najważniejsze informacje muszą być dokładnie omówione, co może wymagać tłumaczenia pisemnego lub ustnego, oraz aby wyrazili zgodę

dobrowolnie. Informacje przekazane przez lekarza powinny być dostępne i zrozumiałe, co oznacza, że w razie potrzeby informacje powinny zostać udostępnione w przystępnych środkach, trybach i formatach komunikacji, a także należy zapewnić rozsądne udogodnienia, takie jak zapewnienia wsparcia przy podejmowaniu decyzji. Jak omówiono poniżej w pkt 273, świadomą zgodę należy uzyskać na początku wszystkich ocen klinicznych domniemanych lub podejrzewanych tortur lub niewłaściwego traktowania i należy ją w pełni udokumentować.

**169.** Przyjmuje się, że dorośli pacjenci są zawsze zdolni do samodzielnego podejmowania decyzji. Pracownicy ochrony zdrowia mają obowiązek uznawać i szanować zdolność do czynności prawnych wszystkich osób dorosłych, w tym osób z niepełnosprawnościami i osób, których sprawność umysłowa została zaburzona, co obejmuje poszanowanie dobrowolnej i świadomej zgody danej osoby. Pracownicy ochrony zdrowia powinni dołożyć starań, aby komunikować się w sposób przystępny i zrozumiały dla danej osoby. Może to wiązać się z udostępnianiem informacji w przystępnych formatach, zapewnieniem tłumaczenia na język migowy lub zapewnieniem wsparcia przy podejmowaniu decyzji. W sytuacjach, w których podjęto znaczne wysiłki i nie jest możliwe uzyskanie dobrowolnej i świadomej zgody danej osoby, pracownicy ochrony zdrowia nie powinni uciekać się do zastępowania decyzji tej osoby ustaleniem „najlepszego interesu”, ale powinni przyjąć jako ostateczność normę „najlepszej interpretacji woli i preferencji”<sup>304</sup>. Norma ta zakłada ustalenie, czego dana osoba by chciała, zamiast podejmowania decyzji na podstawie jej najlepszego interesu. Proces ten powinien obejmować uwzględnienie wcześniej przejawianych preferencji, wartości, postaw, narracji i działań, w tym komunikacji werbalnej i niewerbalnej danej osoby<sup>305</sup>.

**170.** Osoby, które w chwili podejmowania decyzji są niepełnoletnie, mogą być w stanie wyrazić zgodę, ponieważ zgoda nie musi zostać udzielona w określonym wieku, aby być ważna. Zdolność dzieci do wyrażania zgody rozwija się wraz z nauką podejmowania coraz bardziej złożonych i poważnych decyzji i w związku z tym może być związana bardziej z doświadczeniem niż z wiekiem. Dlatego, na ile

<sup>303</sup> A/64/272, pkt 18.

<sup>304</sup> Komitet ONZ ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami, komentarz ogólny nr 1 (2014), pkt 21.

<sup>305</sup> A/HRC/37/56, pkt 31.

to możliwe, dzieci powinny być w pełni poinformowane o ocenie i związanych z nią procedurach w sposób umożliwiający im zrozumienie; należy zatem zapewnić przystępne informacje i komunikację oraz dostosować komunikację do wieku i rozwoju dzieci. W wielu przypadkach, biorąc pod uwagę złożoność zrozumienia oceny medyczno-prawnej, wymagane lub zalecane będzie poinformowanie rodziców i uzyskanie ich zgody, taka zgoda nie będzie jednak ważna, jeśli zostanie udzielona wbrew dobru dziecka<sup>306</sup>. Ponadto wiek, poniżej którego rodzice/opiekunowie prawni muszą być informowani o jakimkolwiek uczestnictwie dziecka znajdującego się pod ich opieką lub procedurze go dotyczącej, różni się w zależności od kraju<sup>307</sup>. W związku z tym zachodzi potrzeba uzyskania informacji na temat lokalnych zobowiązań prawnych w zakresie świadomej zgody dzieci oraz potrzeba wyboru procesów, które leżą w najlepszym interesie dziecka. Ważne jest, aby pamiętać, że świadoma zgoda nie zwalnia pracowników ochrony zdrowia z obowiązku ochrony dzieci i ich najlepszego interesu. Obowiązek ten wymaga od pracowników ochrony zdrowia zapewnienia, by wszelkie potencjalne bezpośrednie i długoterminowe ryzyko dla dziecka wynikające z oceny zostało zidentyfikowane i rozważone przed uzyskaniem zgody i przeprowadzeniem takiej oceny<sup>308</sup>. Dzieci, które nie są jeszcze w stanie zrozumieć swojej sytuacji i alternatyw, powinny mieć możliwość wyrażenia zgody na leczenie lub wyrażenia swoich życzeń w inny sposób, w ramach ich podstawowego prawa do bycia wysłuchanym.

- 171.** Należy szanować autonomię osób, które odmawiają wyrażenia zgody na ocenę, i w żadnym wypadku nie należy ich zmuszać do poddania się ocenie. W niektórych przypadkach należy domniemywać, że badania kliniczne są przeprowadzane przymusowo i bez świadomej zgody, tj. gdy opierają się na głębokiej dyskryminacji i kryminalizacji oraz w sytuacjach, w których ofiary rozumieją, że funkcjonariusze państwowi mają prawo zmusić je do poddania się badaniu,

a niepodporządkowanie się może skutkować niekorzystnymi skutkami prawnymi, niewłaściwym traktowaniem lub represjami. Przykładami takich badań klinicznych są przymusowe badania błony dziewiczej w celu wykrycia dziewictwa i przymusowe badania odbytu osób w celu wykrycia aktywności seksualnej osób tej samej płci - nie mają one wartości klinicznej, są formą napaści seksualnej oraz stanowią niewłaściwe traktowanie i w zależności od indywidualnych okoliczności mogą stanowić tortury<sup>309</sup>.

### 3. Poufność

- 172.** Kodeksy etyczne, od przysięgi Hipokratesa po czasy współczesne, zawierają obowiązek zachowania poufności jako podstawową zasadę. Poufność zajmuje również ważne miejsce w deklaracjach WMA, takich jak Deklaracja Lizbońska, oraz w Regułach Nelsona Mandeli. W niektórych jurysdykcjach obowiązek zachowania poufności jest postrzegany jako tak ważny, że został włączony do prawa krajowego. Obowiązek zachowania poufności nie jest bezwzględny i może zostać naruszony w wyjątkowych okolicznościach, w których brak takiego naruszenia może spowodować poważną szkodę dla pacjenta lub innych osób. Zasadniczo jednak obowiązek zachowania poufności obejmujący możliwe do zidentyfikowania osobiste informacje zdrowotne może zostać uchylony wyłącznie za świadomą zgodą pacjenta<sup>310</sup>. Informacje niepozwalające na identyfikację mogą być wykorzystywane do innych celów i powinny być stosowane najlepiej we wszystkich sytuacjach, w których ujawnienie tożsamości pacjenta nie jest konieczne. Może to mieć miejsce na przykład w przypadku gromadzenia danych na temat wzorców tortur lub niewłaściwego traktowania, niemniej wymagana jest szczególna ostrożność przy zabezpieczaniu takich danych. Dylematy pojawiają się, gdy pracownicy ochrony zdrowia są naciskani lub zobowiązani przez prawo do ujawnienia możliwych do zidentyfikowania informacji, które mogłyby narazić pacjentów na szkodę. W takich przypadkach podstawowym zobowiązaniem etycznym jest poszanowanie

<sup>306</sup> Królewskie Kolegium Pediatrii i Zdrowia Dziecka: Komitet Doradczy ds. Etyki, „Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children” [„Wytyczne dotyczące etycznego prowadzenia badań medycznych z udziałem dzieci”], Archives of Disease in Childhood, tom 82 (2000), s. 177-182.

<sup>307</sup> Pirkko Lepola i inni, „Informed consent for paediatric clinical trials in Europe” [„Świadoma zgoda na pediatryczne badania kliniczne w Europie”], Archives of Disease in Childhood, tom 101 (2016), s. 1017-1025.

<sup>308</sup> Królewskie Kolegium Pediatrii i Zdrowia Dziecka, „Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children” [„Wytyczne dotyczące etycznego prowadzenia badań medycznych z udziałem dzieci”].

<sup>309</sup> Niezależna grupa ekspertów medycyny sądowej, „Statement on virginity testing” [„Oświadczenie w sprawie testów na dziewictwo”], Torture Journal, tom 25, nr 1 (2015), s. 62-68; oraz „Statement on anal examinations in cases of alleged homosexuality” [„Oświadczenie w sprawie badań analnych w przypadkach domniemanej homoseksualności”], Torture Journal, tom 26, nr 2 (2016), s. 85-91.

<sup>310</sup> Z wyjątkiem powszechnych wymogów dotyczących zdrowia publicznego, takich jak imienne zgłaszanie osób borykających się na przykład z chorobami zakaźnymi, uzależnieniem od narkotyków lub zaburzeniami psychicznymi oraz zgłaszanie aktów przemocy, takich jak zabójstwo, przemoc domowa, napaść na tle seksualnym oraz znęcanie się nad dziećmi i osobami starszymi.

autonomii i prywatności pacjenta oraz unikanie wyrządzenia krzywdy. Ma to pierwszeństwo przed innymi względami. Pracownicy ochrony zdrowia powinni wyjaśnić sądowi lub organowi żądającemu informacji, że są zobowiązani do zachowania poufności pomimo potencjalnej odpowiedzialności prawnej. Pracownicy ochrony zdrowia reagujący w ten sposób mają prawo do wsparcia ze strony swojego stowarzyszenia zawodowego i współpracowników. Ponadto w okresach konfliktów zbrojnych międzynarodowe prawo humanitarne zapewnia szczególną ochronę tajemnicy lekarskiej, gdyż zawiera wymóg, aby lekarze nie ujawniali informacji na temat osób chorych lub rannych<sup>311</sup>. Pracownicy ochrony zdrowia nie mogą być zmuszani do ujawniania informacji o swoich pacjentach w takich sytuacjach, w szczególności w sytuacjach konfliktów zbrojnych.

#### D. Pracownicy ochrony zdrowia mający sprzeczne zobowiązania

**173.** Pracownicy ochrony zdrowia mogą mieć sprzeczne zobowiązania ze względu na okoliczności zatrudnienia lub sprzeczne zobowiązania etyczne związane z miejscem spotkania z pacjentem. W przypadku pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w instytucjach państwowych, w szczególności tych współpracujących z policją, wojskiem, innymi służbami bezpieczeństwa lub w systemie więziennictwa, interesy ich pracodawcy i ich współpracowników niebędących lekarzami mogą być sprzeczne z najlepszym interesem osoby zatrzymanej/pacjenta. Niezależnie od okoliczności zatrudnienia wszyscy pracownicy ochrony zdrowia mają podstawowy obowiązek działania w najlepszym interesie osób, które badają i leczą. Nie mogą być zobowiązani umowami lub innymi względami do naruszenia swoich podstawowych zobowiązań etycznych lub narażenia na szwank swojej niezależności zawodowej. Muszą dokonać bezstronnej oceny interesów zdrowotnych pacjenta i podjąć odpowiednie działania. Ponadto pracownicy ochrony zdrowia mogą mieć sprzeczne zobowiązania etyczne, ponieważ ich podstawowym obowiązkiem wobec pacjenta jest propagowanie jego najlepszych interesów, a ogólnym obowiązkiem wobec społeczeństwa jest zapewnienie sprawiedliwości i zapobieganie naruszeniom praw człowieka. W takich

okolicznościach podstawowym zobowiązaniem etycznym pracowników ochrony zdrowia jest działanie w najlepszym interesie swoich pacjentów. W sytuacjach, w których na pracowników ochrony zdrowia wywierana jest presja instytucjonalna, powinni upewnić się, czy dysponują mechanizmami pozwalającymi im oprzeć się takiej presji, zgłosić ją swojemu zrzeszeniu zawodowemu i eskalować obawy o zdrowie swoich pacjentów, jeśli ich zalecenia nie są przestrzegane<sup>312</sup>.

#### 1. Zasady, którymi powinni kierować się pracownicy ochrony zdrowia mający sprzeczne zobowiązania

**174.** We wszystkich przypadkach, w których pracownicy ochrony zdrowia działają na rzecz innej strony, mają obowiązek upewnić się, czy pacjent zdaje sobie z tego sprawę. Pracownicy ochrony zdrowia muszą przedstawić się pacjentom i wyjaśnić cel każdego badania lub leczenia. Nawet jeśli pracownicy ochrony zdrowia są wyznaczani i opłacani przez stronę trzecią, nadal są wyraźnie zobowiązani do przestrzegania swoich podstawowych obowiązków etycznych. Muszą odmówić wykonania jakichkolwiek procedur, które mogą zaszkodzić pacjentom lub sprawić, że będą oni narażeni na krzywdę fizyczną lub psychiczną. Muszą upewnić się, czy ich warunki umowne gwarantują im niezależność zawodową w przeprowadzaniu ocen klinicznych. Pracownicy ochrony zdrowia muszą zapewnić każdej zatrzymanej osobie dostęp do wszelkich niezbędnych badań lekarskich i leczenia. W sytuacjach, w których osoba zatrzymana jest osobą małoletnią lub dorosłą wymagającą szczególnego traktowania, lekarze mają dodatkowe zobowiązania związane z pełnieniem roli rzecznika. Pracownicy ochrony zdrowia mają ogólny obowiązek zachowania poufności, tak więc informacji nie należy ujawniać bez wiedzy pacjenta. Muszą oni zapewnić poufność dokumentacji medycznej. Pracownicy ochrony zdrowia mają obowiązek monitorowania i zgłaszania przypadków, gdy usługi, w które są zaangażowani, są nieetyczne, nieodpowiednie, stanowią nadużycie lub potencjalne zagrożenie dla zdrowia pacjentów. W takich przypadkach mają oni etyczny obowiązek podjęcia szybkich działań, ponieważ brak przyjęcia natychmiastowego stanowiska utrudnia zgłoszenie sprzeciwu na późniejszym etapie.

<sup>311</sup> Protokół I (art. 16) i Protokół II (art. 10) - Protokoły dodatkowe do konwencji genewskich z 1949 r.

<sup>312</sup> Wydział Medycyny Sądowej i Prawnej Royal College of Physicians, Quality Standards for Healthcare Professionals Working with Victims of Torture in Detention [Normy jakości dla pracowników ochrony zdrowia pracujących z ofiarami tortur w ośrodkach detencyjnych] (Londyn, 2019 r., przegląd w 2022 r.).

Powinni oni zgłosić sprawę odpowiednim władzom lub agencjom międzynarodowym, które mogą przeprowadzić dochodzenie, ale bez narażania pacjentów, ich rodzin lub siebie na jakiegokolwiek przewidywalne poważne ryzyko szkody. Pracownicy ochrony zdrowia i stowarzyszenia zawodowe powinni wspierać współpracowników, którzy podejmują takie działania na podstawie uzasadnionych dowodów.

## 2. Dylematy wynikające ze sprzecznych zobowiązań

**175.** Dylematy mogą pojawić się, gdy etyka i prawo stoją ze sobą w sprzeczności. Mogą zaistnieć sytuacje, w których zobowiązania etyczne pracowników ochrony zdrowia wymagają od nich nieprzestrzegania określonego prawa, takiego jak prawny obowiązek ujawnienia poufnych informacji medycznych o pacjencie lub uczestniczenia w szkodliwych praktykach. W międzynarodowych i krajowych deklaracjach dotyczących zasad etycznych panuje zgoda co do tego, że inne imperatywy, w tym prawo, nie mogą zobowiązywać pracowników ochrony zdrowia do działania sprzecznego z etyką lekarską i ich sumieniem. W takich przypadkach pracownicy ochrony zdrowia muszą odmówić przestrzegania prawa lub regulacji, zamiast naruszać podstawowe zasady etyczne lub narażać pacjentów na szkodę.

**176.** W niektórych przypadkach dwa zobowiązania etyczne mogą być ze sobą sprzeczne. Międzynarodowe kodeksy i zasady etyczne wymagają zgłaszania informacji dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania odpowiedzialnemu organowi. W niektórych jurysdykcjach jest to również wymóg prawny. W pewnych sytuacjach pacjenci mogą jednak odmówić wyrażenia zgody na badanie w takich celach lub na ujawnienie informacji uzyskanych w wyniku badania innym osobom. Mogą obawiać się ryzyka odwetu na sobie lub swoich rodzinach. W takich przypadkach pracownicy ochrony zdrowia mają sprzeczne zobowiązania: wobec pacjenta i wobec całego społeczeństwa, w którego interesie leży zapobieganie torturom i niewłaściwemu traktowaniu oraz zapewnienie, by sprawcy nadużyć zostali pociągnięci do odpowiedzialności.

**177.** Jak wcześniej wspomniano, reguła 32 ust. 1 lit. c) Reguł Nelsona Mandeli wymaga zachowania poufności informacji medycznych,

„chyba że utrzymanie takiej tajemnicy stanowiłoby rzeczywiste i nieuchronne zagrożenie dla pacjenta lub innych osób”. Ponadto reguła 34 stanowi, że wszelkie oznaki tortur lub niewłaściwego traktowania powinny być zgłaszane „właściwemu organowi medycznemu, administracyjnemu lub sądowemu” oraz że „[n]ależy przestrzegać właściwych gwarancji proceduralnych, tak aby nie narażać więźnia lub osób z nim/nią związanych na przewidywalne zagrożenie”. Zgodnie z regułą 71 dyrektorzy więzień muszą powiadomić o przypadkach tortur i niewłaściwego traktowania „właściwy organ działający niezależnie od administracji więziennej uprawniony do przeprowadzenia szybkiego, bezstronnego i skutecznego dochodzenia w sprawie okoliczności oraz przyczyn takich przypadków”. Zaznaczono, że wyjątek od obowiązku zachowania poufności w regule 32 ust. 1 lit. c) należy interpretować w sposób zawężający, a nie jako mający zastosowanie do całej dokumentacji medycznej. Wymaga to oceny, które konkretne informacje należy przekazać i na jakim szczeblu, zgodnie z zasadą „wiedzy koniecznej”<sup>313</sup>. WMA przedstawiło lekarzom wytyczne dotyczące okoliczności, w których można rozważyć naruszenie poufności, na przykład gdy uważa się, że szkoda jest nieuchronna, poważna (i nieodwracalna), nieunikniona (chyba że dojdzie do nieupoważnionego ujawnienia) i większa niż szkoda, która może wyniknąć z ujawnienia. Określając proporcjonalność tych dwóch szkód, lekarz musi ocenić i porównać ich powagę oraz prawdopodobieństwo wystąpienia. W razie wątpliwości WMA zaleca lekarzom zasięgnięcie porady eksperta. Zaleca również, aby ujawnione informacje zawierały tylko elementy niezbędne do zapobieżenia przewidywanej szkodzie i były przekazywane tylko osobom, które potrzebują tych informacji w celu zapobieżenia szkodzie, oraz aby lekarz poinformował pacjenta o ujawnieniu informacji, wyjaśnił powód ujawnienia i w miarę możliwości współpracował z pacjentem. Należy poczynić uzasadnione kroki w celu zminimalizowania szkód i obrażeń pacjenta, które mogą wynikać z ujawnienia informacji. Zaleca się, aby lekarze informowali swoich pacjentów, że poufność może zostać naruszona z uwagi na ich własną ochronę i ochronę potencjalnej ofiary. Jeśli to możliwe, należy poprosić pacjenta o współpracę.

<sup>313</sup> Penal Reform International i Centrum Praw Człowieka na Uniwersytecie w Essex, Essex Paper 3: Initial Guidance on the Interpretation and Implementation of the UN Nelson Mandela Rules [Wstępne wytyczne dotyczące interpretacji i wdrażania Reguł Nelsona Mandeli przyjętych przez ONZ] (Londyn, 2017).

- 178.** Stosując te wytyczne w kontekście oceny klinicznej domniemanych lub podejrzewanych przypadków tortur lub niewłaściwego traktowania, pracownicy ochrony zdrowia muszą zachować równowagę między obowiązkiem nieszkodzenia domniemanej ofierze a obowiązkiem zapobiegania potencjalnym szkodom dla innych osób, które w przeciwnym razie mogą zostać poddane niekontrolowanym praktykom tortur. Zanim pracownicy ochrony zdrowia rozważą możliwość naruszenia poufności bez zgody domniemanej ofiary, pracownik ochrony zdrowia powinien mieć uzasadnione przekonanie, że:
- (a) istnieje uzasadniona pewność, że jeśli pracownik ochrony zdrowia nie podejmie odpowiednich działań, to niebawem (a nie tylko prawdopodobnie i na podstawie przewidywań) dojdzie do poważnej lub zagrażającej życiu szkody dla innych osób;
  - (b) ujawnienie informacji zapobiegnie poważnej lub zagrażającej życiu krzywdzie innych osób;
  - (c) ryzyko odwetu na domniemanych ofiarach zostanie uznane za niskie zarówno przez lekarza, jak i domniemaną ofiarę;
  - (d) istnieją wystarczające dowody kliniczne, takie jak zaobserwowane obrażenia lub cierpienie psychiczne, uzasadniające podejrzenie tortur lub niewłaściwego traktowania;
  - (e) informacje można przekazać niezależnemu organowi, który przeprowadzi szybkie, bezstronne i skuteczne dochodzenie w sprawie zaistniałych okoliczności.
- 179.** Pracownicy ochrony zdrowia powinni szukać wszelkich możliwości zapewnienia domniemanej ofierze bezpieczeństwa i wolności od ponownych tortur. Biorąc pod uwagę te względy, okoliczności, w których pracownicy ochrony zdrowia mogą naruszyć obowiązek zachowania poufności, są ograniczone. Na przykład lekarze klinicyści, którzy zaobserwują wzorce nadużyć, mogą zgłaszać anonimowe informacje niezależnemu organowi, jeśli mogą to zrobić bez wywoływania represji wobec ofiary tortur. Lekarze klinicyści pracujący w więzieniach, miejscach zatrzymań, zakładach medycyny sądowej oraz krajowych (np. krajowych instytucjach praw człowieka i krajowych mechanizmach prewencyjnych) i międzynarodowych organach monitorujących mogą być w stanie zaobserwować przesłanki wzorców nadużyć i zgłaszać anonimowe informacje, zapobiegając w ten sposób potencjalnym szkodom dla innych. Lekarz klinicysta badający domniemaną ofiarę, która obawia się odwetu i odmawia zgody na ocenę kliniczną, nie powinien jednak naruszać podstawowych zobowiązań etycznych („nie szkodzić”) i poszanowania autonomii w stosunku do obowiązku dokumentowania i zgłaszania.
- 180.** Zdolność lekarza klinicysty do poszanowania autonomii i poufności stanowi podstawę zaufania, które jest niezbędne do przeprowadzenia skutecznej oceny fizycznych i psychologicznych dowodów tortur i niewłaściwego traktowania. Podczas gdy zobowiązania etyczne lekarzy klinicystów są takie same we wszystkich kontaktach z pacjentami i domniemanymi ofiarami, zdolność danej osoby do dokonania wolnego wyboru w sprawie ujawnienia informacji może zależeć od okoliczności oceny. Na przykład w warunkach terapeutycznych i podczas ocen medyczno-prawnych przeprowadzanych na wniosek domniemanej ofiary przez niezależnych lekarzy klinicystów niezwiązanych z jednostkami władzy państwowej zasadniczo nie ma obowiązkowych wymogów zgłaszania. W takich okolicznościach osoby, których to dotyczy, zwykle postrzegają kliniczne oceny tortur i niewłaściwego traktowania jako leżące w ich najlepszym interesie, a zdolność lekarza do poszanowania autonomii i poufności stanowi podstawę zaufania, a w konsekwencji ujawnienia informacji. Dokumentowanie i zgłaszanie tortur i niewłaściwego traktowania wynikające z takich spotkań jest całkowicie właściwe, o ile uzyskano świadomą zgodę.
- 181.** Chociaż pracownicy ochrony zdrowia w instytucjach państwowych mają takie same zobowiązania etyczne jak inni pracownicy ochrony zdrowia, to w niektórych instytucjach państwowych warunki przeprowadzania przez nich oceny mogą utrudniać nawiązanie zaufania z pacjentami i domniemanymi ofiarami. Pracownicy państwowi, w szczególności biegli z zakresu kryminalistyki i osoby pracujące w policji, wojsku lub innych służbach bezpieczeństwa lub w systemie więziennictwa, często podlegają obowiązkowym wymogom zgłaszania. W takich warunkach osoby, których to dotyczy, mogą mieć ograniczone możliwości i wybór w zakresie oceny i mogą nie chcieć otwarcie mówić o domniemanym nadużyciu

z obawy przed represjami wobec nich lub członków ich rodzin. Pracownicy ochrony zdrowia w takich okolicznościach powinni jednak przestrzegać swoich zobowiązań etycznych i dążyć wszelkimi staraniami, aby ułatwić budowanie zaufania i relacji z pacjentem/osobą zatrzymaną. Jak stwierdzono w pkt 166-167 powyżej, przed rozpoczęciem jakiegokolwiek oceny lekarz klinicysta musi się przedstawić, poinformować daną osobę o celu i treści oceny oraz ujawnić wszelkie obowiązkowe wymogi zgłaszania. Przepisy mogą uniemożliwiać pacjentowi odmowę poddania się badaniu, ale ma on możliwość wyboru, czy chce współpracować przy ocenie lub ujawnić przyczynę doznanych obrażeń. W takich przypadkach lekarz klinicysta musi uszanować decyzję pacjenta, w tym decyzję o odmowie współpracy przy ocenie. Lekarze nie powinni badać osób na potrzeby postępowania sądowego bez ich zgody, niezależnie od obowiązujących przepisów prawa. Lekarze medycyny sądowej nie mogą fałszować swoich raportów, ale muszą dostarczać bezstronnych dowodów, w tym wyraźnie zaznaczać w swoich raportach wszelkie dowody niewłaściwego traktowania<sup>314</sup>. Jeśli osoba zatrzymana nie wyrazi zgody na przeprowadzenie oceny (lub jakiegokolwiek jej części) lub jej udokumentowanie, lekarz klinicysta powinien udokumentować przyczynę braku zgody (zob. także pkt 273).

- 182.** Jak wspomniano powyżej, pracownicy ochrony zdrowia muszą również pamiętać, że zgłoszenie nadużycia organom, w których jurysdykcji rzekomo miało ono miejsce, może wiązać się z ryzykiem wyrządzenia krzywdy pacjentowi lub innym osobom, w tym sygnaliście. Pracownicy ochrony zdrowia nie mogą świadomie narażać osób na niebezpieczeństwo odwetu. Nie są oni zwolnieni z podejmowania działań, ale powinni zachować dyskrecję i muszą rozważyć zgłoszenie informacji odpowiedzialnemu organowi poza bezpośrednią jurysdykcją lub, w sytuacjach, w których nie wiązałoby się to z przewidywalnym ryzykiem dla pracowników ochrony zdrowia i pacjentów, zgłosić je w sposób uniemożliwiający identyfikację. Oczywiście, jeśli to drugie rozwiązanie zostanie przyjęte, pracownicy ochrony zdrowia muszą wziąć pod uwagę prawdopodobieństwo wywierania na nich presji, aby ujawnili dane identyfikacyjne, lub możliwość przymusowego

przejęcia ich dokumentacji medycznej. Chociaż nie ma łatwych rozwiązań, pracownicy ochrony zdrowia powinni kierować się podstawowym nakazem unikania wyrządzenia krzywdy ponad wszelkimi innymi względami i w miarę możliwości zasięgać porady krajowych lub międzynarodowych organów ochrony zdrowia.

<sup>314</sup> Vincent Iacopino i inni, „Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in postdetention medical examinations in Turkey” [„Współudział lekarzy w niewłaściwym przedstawianiu i pomijaniu dowodów tortur podczas badań lekarskich po zatrzymaniu w Turcji”], *Journal of the American Medical Association*, tom 276, nr 5 (1996), s. 396-402.

**Dochodzenie  
prawne  
w sprawie  
tortur  
i niewłaściwego  
traktowania**

**183.** W konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur przewidziano trzy główne filary zwalczania tortur: zobowiązanie państw do zapewnienia sprawiedliwości, do zapobiegania wszelkim aktom tortur i do zadośćuczynienia za nie. Obowiązek prowadzenia dochodzeń ma kluczowe znaczenie dla realizacji wszystkich trzech głównych filarów<sup>315</sup>. Specjalny sprawozdawca ds. tortur stwierdził, że:

Obowiązek prowadzenia dochodzeń w sprawie aktów tortur powstaje w wyniku wystąpienia uzasadnionych podstaw. Dowody tortur, które osiągają poziom „dowodu” w postępowaniu karnym (tj. ponad uzasadnioną wątpliwość), nie powinny być niezbędne do uznania tortur ze strony państwa i do jego odpowiedzialności za tortury lub do wypełnienia przez państwo obowiązków, które nie obejmują przypisania indywidualnej winy i kary, takich jak wdrożenie prewencyjnej polityki publicznej i administracyjnych lub cywilnych środków zaradczych, w tym rehabilitacji. Jest to istotne, ponieważ państwa często twierdzą, że tortury i związane z nimi zobowiązania do przeciwdziałania im nie istnieją, ponieważ tortur nigdy nie „udowodniono” w sądzie<sup>316</sup>.

**184.** Zgodnie z prawem międzynarodowym państwa są zobowiązane do szybkiego, bezstronnego i skutecznego badania zgłoszonych przypadków tortur<sup>317</sup>. W sytuacjach gdy uzasadniają to dowody, państwo mające jurysdykcję nad osobą, co do której istnieje domniemanie, że dopuściła się tortur lub brała w nich udział, musi przekazać sprawę swoim właściwym organom w celu przeprowadzenia dochodzenia i ścigania na mocy krajowych lub lokalnych przepisów prawa karnego, chyba że dokona ekstradycji domniemanego sprawcy do innego państwa posiadającego właściwą jurysdykcję<sup>318</sup>. Podstawowymi zasadami każdego skutecznego dochodzenia w sprawie przypadków tortur są kompetencje, bezstronność, niezależność, odpowiednie zasoby, szybkość, skuteczność, dokładność, wrażliwość na płeć, wiek, niepełnosprawność i podobnie uznane cechy, zaangażowanie ofiary i kontrola publiczna. Elementy te można dostosować do każdego systemu prawnego i powinny one stanowić

wytyczne w odniesieniu do wszystkich dochodzeń w sprawie domniemyanych tortur.

**185.** Dochodzenia mogą przybrać formę postępowania przygotowawczego w sprawie konkretnych aktów tortur, w szczególności określonych w art. 1 konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur lub tortur jako elementu zbrodni wojennych, zbrodni przeciwko ludzkości lub ludobójstwa, czy też innych form okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (niewłaściwe traktowanie)<sup>319</sup>. Dochodzenie w sprawie takich czynów może również wchodzić w zakres mandatu krajowych instytucji zajmujących się prawami człowieka, misji informacyjnych lub komisji śledczych, które pełnią ważne funkcje dochodzeniowo-śledcze<sup>320</sup>. Dowody tortur są istotne i często mają kluczowe znaczenie w szeregu postępowań prawnych, na przykład: dochodzeniach cywilnych i publicznoprawnych, roszczeniach dotyczących naprawy szkody związanej z torturami, wnioskach o azyl i zastosowanie zasady non-refoulement, krajowych, regionalnych i międzynarodowych procedurach składania skarg dotyczących praw człowieka oraz postępowaniach karnych, w tym wykluczeniu dowodów uzyskanych w wyniku tortur. Niezależnie od kontekstu prawnego, w którym ma to miejsce, aby zwalczać bezkarność, wszelkie dochodzenia lub inne procedury mające na celu ustalenie faktów i odpowiedzialności za tortury lub niewłaściwe traktowanie powinny być przeprowadzane zgodnie z normami określonymi w niniejszym podręczniku.

**186.** Zgodnie z konwencją w sprawie zakazu stosowania tortur państwa muszą wprowadzić środki ustawodawcze, instytucjonalne, administracyjne, budżetowe i inne, aby zapewnić odpowiednie ramy dla dochodzeń, które są szybkie, bezstronne, niezależne, skuteczne, uwzględniają aspekt płci i są przyjazne dziecku<sup>321</sup>. Specjalny sprawozdawca ds. tortur zalecił przyjęcie i wdrożenie podręcznika „jako narzędzia dochodzeniowo-śledczego i normy”<sup>322</sup>. Państwa są zobowiązane do uznania tortur za szczególne przestępstwo na mocy prawa krajowego, które podlega proporcjonalnym karom odzwierciedlającym

<sup>315</sup> A/69/387, pkt 21.

<sup>316</sup> Tamże, pkt 25.

<sup>317</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 12-13. Zob. także A/69/387, pkt 22-28.

<sup>318</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 5-8.

<sup>319</sup> Zob. m.in. statut rzymski, art. 8 ust. 2 lit. a) ppkt (ii) i art. 8 ust. 2 lit. c) ppkt (i), art. 7 ust. 1 lit. f) i art. 6 lit. b).

<sup>320</sup> Biuro OHCHR, Commissions of Inquiry and Fact-Finding Missions on International Human Rights and Humanitarian Law: Guidance and Practice [Komisje śledcze i misje informacyjne ds. międzynarodowych praw człowieka i prawa humanitarnego: wytyczne i praktyka] (Nowy Jork i Genewa, 2015).

<sup>321</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 2 oraz Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 2 (2007), pkt 2.

<sup>322</sup> A/69/387, pkt 67.



wagę przestępstwa<sup>323</sup>, do ustanowienia jurysdykcji nad przestępstwem tortur, w tym przez zapewnienie wykonywania zasady jurysdykcji uniwersalnej<sup>324</sup> i do usunięcia barier prawnych, takich jak amnestie, immunitety, przedawnienia lub inne tego rodzaju ograniczenia proceduralne<sup>325</sup>, w tym ułaskawienia lub inne środki skutkujące bezkarnością<sup>326</sup>. Państwa muszą zagwarantować prawa ofiar i świadków na wszystkich etapach dochodzenia, w tym prawo do składania skarg, do udziału w postępowaniu, do ochrony przed groźbami i nękaniami<sup>327</sup>, do poszanowania ich prawa do prywatności, a także prawo do skutecznego środka prawnego i zadośćuczynienia. Naprawa szkody musi być zorientowana na ofiarę, uwzględniać aspekt płci, być adekwatna, skuteczna, szybka i kompleksowa, dostosowana do szczególnych potrzeb ofiary (ofiary) i proporcjonalna do wagi doznanej krzywdy<sup>328</sup>.

**187.** W sytuacjach, w których procedury dochodzeniowo-śledcze są nieodpowiednie ze względu na brak zasobów lub wiedzy specjalistycznej, wrażenie stronniczości, pozorne istnienie wzorca nadużyć lub z innych istotnych powodów, państwa powinny prowadzić dochodzenia za pośrednictwem niezależnego organu lub mechanizmu, takiego jak komisja śledcza lub podobna procedura. Członkowie tego organu muszą być wybierani ze względu na ich uznaną bezstronność, kompetencje i niezależność jako jednostek. W szczególności muszą być niezależni od jakiegokolwiek instytucji, agencji lub osoby, która może być przedmiotem dochodzenia. Organom dochodzeniowo-śledczym, takim jak komisje śledcze, należy zapewnić odpowiednie zasoby finansowe i ludzkie<sup>329</sup>.

**188.** W prawie międzynarodowym uznaje się ważną rolę, jaką w dochodzeniach odgrywają podmioty inne niż organy dochodzeniowo-śledcze wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych, w tym niezależne organy na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym oraz podmioty

niepaństwowe, takie jak obrońcy praw człowieka, którzy dokumentują tortury, prowadzą i monitorują dochodzenia oraz reprezentują ofiary tortur<sup>330</sup>. Państwa powinny respektować wykonywanie przez te podmioty funkcji zgodnych z prawem<sup>331</sup>. Każdy podmiot, który w ramach swojego mandatu lub po za nim, prowadzi dochodzenie w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania lub którego rola ma wpływ na takie dochodzenie, powinien przestrzegać norm określonych w niniejszym podręczniku.

**189.** W sekcji A opisano ogólny cel dochodzenia w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania. W sekcji B określono podstawowe zasady dotyczące skutecznego badania i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania. W sekcji C zasugerowano procedury prowadzenia dochodzenia w sprawie domniemanego torturowania lub niewłaściwego traktowania: najpierw przeanalizowano kwestię decyzji dotyczącej odpowiedniego organu dochodzeniowo-śledczego, a następnie zaproponowano wytyczne dotyczące zbierania zeznań od zgłoszonej ofiary i innych świadków oraz innych dowodów. Sekcja D zawiera wytyczne dotyczące powołania specjalnej niezależnej komisji śledczej. Wytyczne te opierają się na doświadczeniach praktyków i praktyce kilku krajów, które ustanowiły niezależne komisje w celu zbadania domniemanych naruszeń praw człowieka, w tym pozasądowych egzekucji, tortur i zaginięć. W sekcji E opisano rolę prokuratorów, sędziów i innych podmiotów w dochodzeniu w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania. W sekcji F określono podstawowe zasady wykorzystywania w innych procedurach prawnych dowodów na torturowanie lub niewłaściwe traktowanie.

#### A. Cele dochodzenia w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania

<sup>323</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 2 (2007), pkt 8-11.

<sup>324</sup> A/HRC/4/33, pkt 41-47.

<sup>325</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 2 (2007), pkt 5 oraz komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 38.

<sup>326</sup> Międzypamerykański Trybunał Praw Człowieka, *Barrios Altos* przeciwko Peru (zob. przypis 102) oraz *Barrios Altos* i *La Cantuta* przeciwko Peru (zob. przypis 103). Zob. także Komitet przeciwko Torturom, *Urra Gurrudi* przeciwko Hiszpanii (CAT/C/34/D/212/2002), pkt 6.7.

<sup>327</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 29-36.

<sup>328</sup> Tamże, pkt 6-18; *Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law* [Podstawowe zasady i wytyczne dotyczące prawa do środka ochrony prawnej i naprawy szkody dla ofiar rażących naruszeń prawa międzynarodowego praw człowieka i poważnych naruszeń międzynarodowego prawa humanitarnego] oraz komentarz ogólny nr 4 Afrykańskiej Komisji Praw Człowieka i Ludów.

<sup>329</sup> A/HRC/19/61, pkt 58.

<sup>330</sup> A/69/387, pkt 54.

<sup>331</sup> Deklaracja o przynależnych jednostkom, grupom i podmiotom społecznym prawie i obowiązku propagowania i ochrony powszechnie uznanych praw człowieka oraz podstawowych wolności (rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 53/144, załącznik), m.in. art. 9, oraz zaktualizowany zbiór zasad ochrony i propagowania praw człowieka poprzez działania mające na celu zwalczanie bezkarności, zasada 19.

**190.** Ogólnym celem dochodzenia jest ustalenie faktów związanych z domniemanymi przypadkami tortur lub niewłaściwego traktowania w celu zidentyfikowania osób odpowiedzialnych za te incydenty i ułatwienia ich ścigania lub do wykorzystania w kontekście innych procedur mających na celu uzyskanie zadośćuczynienia dla ofiar lub zapewnienie im ochrony. Poruszone tu kwestie mogą być również istotne dla innych rodzajów dochodzeń w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania. Aby osiągnąć ten cel, osoby prowadzące dochodzenie muszą co najmniej dążyć do (a) uzyskania zeznań od ofiar domniemanych tortur; (b) odzyskania i zachowania dowodów, w tym dowodów medycznych, związanych z domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem, aby pomóc w ewentualnym ściganiu osób odpowiedzialnych; (c) zidentyfikowania ewentualnych świadków i sprawców oraz uzyskania od nich oświadczenia dotyczącego domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania; oraz (d) ustalenia, w jaki sposób, kiedy i gdzie miały miejsce domniemane przypadki tortur lub niewłaściwego traktowania, a także wszelkich wzorców lub praktyk, w ramach których miały one miejsce, w tym zidentyfikowania konkretnych miejsc i sprawców, zastosowanych metod i roli korupcji oraz innych czynników kontekstowych, takich jak płeć, orientacja seksualna, tożsamość płciowa, niepełnosprawność, rasa, pochodzenie etniczne, narodowość, wiek i status społeczno-ekonomiczny ofiary (ofiary).

## **B. Zasady skutecznego badania i dokumentowania przypadków tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karanja**

**191.** Poniższe zasady opierają się na międzynarodowych normach prawnych omówionych w rozdziale I oraz przykładach dobrych praktyk i stanowią konsensus między osobami i organizacjami posiadającymi doświadczenie w dochodzeniach w sprawie tortur i niewłaściwego traktowania. Cele skutecznego badania i dokumentowania tortur

i niewłaściwego traktowania obejmują następujące kwestie (zob. załącznik I):

- (a) wyjaśnienie faktów oraz ustanowienie i uznanie indywidualnej i państwowej odpowiedzialności za ofiary i ich rodziny;
- (b) określenie środków niezbędnych do zapobieżenia ponownego wystąpienia;
- (c) ułatwienie ścigania lub, w stosownych przypadkach, nakładania sankcji dyscyplinarnych w stosunku do osób wskazanych w dochodzeniu jako odpowiedzialne oraz wykazanie potrzeby pełnego naprawienia szkody i zadośćuczynienia ze strony państwa, w tym sprawiedliwej i odpowiedniej rekompensaty finansowej oraz zapewnienia środków na opiekę medyczną i rehabilitację<sup>332</sup>.

### **1. Znamiona przestępstwa tortur**

**192.** Fakty, które należy ustalić w trakcie dochodzenia, zależą od znamion przestępstwa (lub innego kontekstu prawnego) będącego przedmiotem dochodzenia, uznanych w danej jurysdykcji lub przed danym trybunałem. W przypadku tortur, zgodnie z definicją zawartą w art. 1 konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, znamiona te obejmują umyślne zadawanie ostrego bólu lub cierpienia fizycznego bądź psychicznego, odpowiedni cel oraz poziom zaangażowania osób działających w charakterze urzędowym. Znamiona okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karanja obejmują wiele form niewłaściwego traktowania, które określono w międzynarodowych instrumentach, orzecznictwie i odpowiedniej praktyce<sup>333</sup>. Tortury lub niewłaściwe traktowanie popełnione jako znamiona przestępstw międzynarodowych wymagają udowodnienia dodatkowych elementów, takich jak związek z konfliktem zbrojnym w przypadku tortur jako zbrodni wojennej lub bycie częścią powszechnego lub systematycznego ataku na ludność cywilną w przypadku tortur jako zbrodni przeciwko ludzkości<sup>334</sup>. Przestępstwa na tle płciowym popełniane wobec mężczyzn, kobiet, chłopców, dziewcząt, osób transpłciowych lub interseksualnych, przestępstwa na tle rasowym, etnicznym lub politycznym oraz przestępstwa z wykorzystaniem trudnej sytuacji ofiar, takich

<sup>332</sup> Odpowiednie naprawienie szkody obejmuje restytucję, odszkodowanie, rehabilitację, zadośćuczynienie i gwarancje niepowtórzenia, zgodnie z Podstawowymi zasadami i wytycznymi dotyczącymi prawa do środka ochrony prawnej i naprawy szkody dla ofiar rażących naruszeń prawa międzynarodowego praw człowieka i poważnych naruszeń międzynarodowego prawa humanitarnego. Zob. także Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012).

<sup>333</sup> A/HRC/13/39, pkt 60.

<sup>334</sup> Zob. na przykład Międzynarodowy Trybunał Karny, Znamiona przestępstw (2010), art. 7 ust. 1 lit. f), art. 8 ust. 2 lit. a) ppkt (ii)-1 i art. 8 ust. 2 lit. c) ppkt (i)-4.

jak dzieci lub osoby z niepełnosprawnościami, mogą wymagać szczególnej uwagi. Mogą one stanowić zbieg przestępstw tortur i gwałtu lub tortur i innych przestępstw związanych z konkretną formą znęcania się<sup>335</sup>. Dochodzenie w sprawie takich przestępstw wymaga ustalenia odpowiednich faktów, wzorców i przyczyn przestępstwa, w szczególności dyskryminacji, również w celu zapobieżenia ponownemu popełnieniu przestępstwa, w tym odpowiednich środków ochrony.

#### 2. Szybkie, niezależne i skuteczne dochodzenia

193. Aby zapewnić bezstronność, państwa powinny ustanowić, najlepiej na podstawie ustawowej, mechanizmy z pełnymi uprawnieniami dochodzeniowo-śledczymi, które są instytucjonalnie i funkcjonalnie niezależne, takie jak niezależne komisje ds. skarg policyjnych lub rzecznicy praw obywatelskich<sup>336</sup>. Organy dochodzeniowo-śledcze powinny odzwierciedlać różnorodność społeczności, którym służą<sup>337</sup>. Państwa muszą zapewnić, by skargi i doniesienia o torturach lub niewłaściwym traktowaniu badano szybko i skutecznie. Nawet w przypadku braku wyraźnej skargi dochodzenie należy przeprowadzić w każdym przypadku, w którym istnieją uzasadnione podstawy, by sądzić, że doszło do aktu tortur lub niewłaściwego traktowania. Szybkie dochodzenie jest niezbędne, aby zapewnić ochronę ofiary i uniknąć ryzyka, że wszelkie ślady tortur lub niewłaściwego traktowania znikną<sup>338</sup>. Dochodzenia należy wszczynać bezzwłocznie, w ciągu kilku godzin lub maksymalnie kilku dni od pojawienia się podejrzenia tortur lub niewłaściwego traktowania, i muszą być prowadzone sprawnie przez cały czas ich trwania<sup>339</sup>. Brak szybkiego lub sprawnego dochodzenia nie stanowi uzasadnienia dla braku działania z powodu upływu czasu, ponieważ tortury i niewłaściwe traktowanie nie powinny

podlegać przedawnieniu<sup>340</sup>. Dochodzenia muszą być prowadzone w sposób bezstronny, biorąc pod uwagę potencjalne konflikty interesów, relacje hierarchiczne z potencjalnymi podejrzanymi i konkretne postępowanie śledczych<sup>341</sup>. Bezstronne dochodzenie musi być dokładne i obejmować kilka istotnych etapów dochodzeniowo-śledczych, w tym badanie sądowo-lekarskie<sup>342</sup>. Śledczy muszą być niezależni od podejrzanych sprawców i agencji, której służą, a także kompetentni i bezstronni. Muszą oni mieć dostęp do dochodzeń prowadzonych przez bezstronnych lekarzy klinicystów lub innych ekspertów lub być uprawnieni do zlecenia takich dochodzeń. Metody stosowane do przeprowadzania tych dochodzeń muszą spełniać najwyższe standardy zawodowe. Dochodzenie należy prowadzić w sposób przejrzysty, a ofiary, ich prawnicy i organ sądowy powinni mieć dostęp do ustaleń. Władze powinny systematycznie gromadzić i regularnie publikować zdezagregowane dane na temat liczby, treści i wyników skarg i dochodzeń dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania<sup>343</sup>. Zadaniem niezależnego organu kontrolnego powinno być przeprowadzanie na wniosek przeglądu tego, jak rozpatrzono konkretne skargi i dochodzenia związane z torturami lub niewłaściwym traktowaniem, jak również badanie skuteczności odpowiednich procedur składania skarg i dochodzeń oraz coroczne składanie sprawozdań na ten temat<sup>344</sup>.

#### 3. Odpowiednie zasoby, możliwości i kompetencje

194. Organ dochodzeniowo-śledczy powinien być uprawniony i zobowiązany do uzyskania wszystkich informacji niezbędnych do przeprowadzenia dochodzenia<sup>345</sup>. Osoby prowadzące dochodzenie muszą mieć do dyspozycji wszelkie środki budżetowe i techniczne niezbędne do skutecznego prowadzenia dochodzenia. Organ

<sup>335</sup> A/HRC/31/57, m.in. pkt 51-53.

<sup>336</sup> Rada Europy, „Opinia Komisarza Praw Człowieka dotycząca niezależnego i skutecznego rozpatrywania skarg na policję”, CommDH(2009)4, 12 marca 2009 r.

<sup>337</sup> Organy dochodzeniowo-śledcze powinny skupić się na włączeniu środków przeciwdziałających uprzedzeniem do procesu rekrutacji, szkolenia, kształcenia i oceny pracowników dochodzeniowo-śledczych. Zob. Michael H. Tulloch, Report of the Independent Police Oversight Review [Sprawozdanie z niezależnego przeglądu nadzoru policyjnego] (Ontario, 2017), sekcje 4.100, pkt 9 i 4.730 oraz Komitet ds. Likwidacji Dyskryminacji Rasowej, zalecenie ogólne 31 (2005) pkt 1 lit. b).

<sup>338</sup> Komitet przeciwko Torturom, Blanco Abad przeciwko Hiszpanii (CAT/C/20/D/59/1996), pkt 8.2.

<sup>339</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 12-13 oraz Międzamyerykańska konwencja w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie, art. 8. Zob. także A/69/387, pkt 24 i pkt 68 lit. a).

<sup>340</sup> Europejski Trybunał Praw Człowieka, Cestaro przeciwko Włochom (zob. przypis 138), pkt 208. Zob. także, na przykład, CCPR/C/JOR/CO/5, pkt 17 lit. a) oraz CAT/C/THA/CO/1, pkt 9 lit. c).

<sup>341</sup> Reguły Nelsona Mandeli, reguła 57 ust. 3.

<sup>342</sup> Zob. na przykład A/68/295.

<sup>343</sup> Erik Svandize, Effective Investigation of Ill-Treatment: Guidelines on European Standards [Skuteczne dochodzenie w sprawie niewłaściwego traktowania: wytyczne dotyczące norm europejskich], wyd. 2. (Rada Europy, 2014), s. 15 i 65 oraz Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 2 (2007), pkt 23. Zob. także CAT/C/57/4, pkt 59 i 75.

<sup>344</sup> Svandize, Effective Investigation of Ill-Treatment [Skuteczne dochodzenie w sprawie niewłaściwego traktowania], s. 42 i 58 oraz Rada Europy, „Opinia Komisarza Praw Człowieka”, pkt 80-87.

<sup>345</sup> W pewnych okolicznościach etyka zawodowa może wymagać zachowania poufności informacji. Należy przestrzegać tych wymogów.

dochodzeniowo-śledczy musi być również uprawniony do zobowiązania wszystkich osób działających w charakterze urzędowym, które były rzekomo zaangażowane w tortury lub niewłaściwe traktowanie, do stawienia się i złożenia zeznań. To samo dotyczy każdego świadka. W tym celu organ dochodzeniowo-śledczy jest uprawniony do wezwania świadków, w tym wszelkich urzędników, którym zarzuca się zaangażowanie w przedmiotowe czyny, oraz do żądania przedstawienia dowodów.

#### 4. Środki ochronne

**195.** Domniemane ofiary tortur lub niewłaściwego traktowania, świadkowie i osoby prowadzące dochodzenie oraz ich rodziny muszą być chronione przed przemocą, groźbami przemocy lub wszelkimi innymi formami zastraszania lub odwetu, które mogą pojawić się w związku z dochodzeniem. Osoby potencjalnie zamieszane w tortury lub niewłaściwe traktowanie powinny zostać usunięte z jakiegokolwiek stanowiska zapewniającego kontrolę lub władzę, bezpośrednio lub pośrednio, nad skarżącymi, świadkami lub ich rodzinami, a także osobami prowadzącymi dochodzenie<sup>346</sup>. Ponadto państwa powinny poczynić kroki niezbędne do ochrony ofiar lub świadków, takie jak przeniesienie ich w bezpieczne miejsce (np. ochrona świadków i bezpieczne kryjówki).

#### 5. Prawa ofiar w kontekście dochodzeń

**196.** Domniemane ofiary tortur lub niewłaściwego traktowania mają prawo do złożenia skargi na takie traktowanie oraz do szybkiego i bezstronnego rozpatrzenia takiej skargi, a także prawo do skutecznego środka odwoławczego<sup>347</sup>. Państwa muszą zapewnić możliwość skutecznego korzystania z prawa do

złożenia skargi. Obejmuje to prawo do: (a) bycia informowanym o dostępnych środkach odwoławczych i procedurach składania skarg<sup>348</sup>; (b) dostępu do adwokata, lekarza (po zatrzymaniu i regularnie podczas zatrzymania), członków rodziny<sup>349</sup> oraz przedstawicieli dyplomatycznych i konsularnych (w przypadku cudzoziemców<sup>350</sup> oraz uchodźców i bezpaństwowców)<sup>351</sup>; (c) składania skarg w sposób terminowy i poufny<sup>352</sup>; oraz (d) dostępu do zewnętrznych organów sądowych i monitorujących<sup>353</sup>. „Skargi dotyczące tortur należy rejestrować na piśmie i natychmiast zlecić przeprowadzenie badania sądowo-lekarskiego (w tym, w stosownych przypadkach, przez psychiatrę sądowego)”<sup>354</sup>. W interesie publicznym leży również, aby każda osoba mogła podnieść zarzut tortur lub niewłaściwego traktowania lub zgłosić tortury lub niewłaściwe traktowanie, bez ryzyka, że ona i jej krewni oraz przedstawiciele prawni i obrońcy praw człowieka będą narażeni na negatywne konsekwencje w wyniku złożenia i rozpatrywania skargi<sup>355</sup>.

**197.** Domniemane ofiary tortur lub niewłaściwego traktowania i ich przedstawiciele prawni muszą być informowani o wszelkich przesłuchaniach i mieć do nich dostęp, a także muszą mieć dostęp do wszystkich informacji istotnych dla dochodzenia i muszą być uprawnieni do przedstawiania innych dowodów. Ponadto muszą mieć możliwość zakwestionowania środków dochodzeniowo-śledczych lub ich braku przed niezależnym organem, a w razie potrzeby muszą mieć zapewnioną pomoc prawną<sup>356</sup>. Władze muszą zapewnić ofiarom prawo do bezpieczeństwa, prywatności oraz nietykalności fizycznej i psychicznej, a także wprowadzić środki minimalizujące ryzyko traumatyzacji w trakcie dochodzeń i innych odpowiednich postępowań sądowych<sup>357</sup>. W przypadkach

<sup>346</sup> Reguły Nelsona Mandeli, reguła 71 ust. 3.

<sup>347</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 25 i 33-34.

<sup>348</sup> Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia, zasada 13 oraz Reguły Nelsona Mandeli, reguła 54 lit. b).

<sup>349</sup> Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia, zasady 15-19 i 24-25; Reguły Nelsona Mandeli, reguły 58-61 oraz europejski komitet ds. zapobiegania torturom, „12. ogólne sprawozdanie z działalności komitetu ds. zapobiegania torturom obejmujące okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2001 r.”, CPT/Inf(2002)15, pkt 40. Zob. Reguły Nelsona Mandeli, reguły 24-35 oraz Svandize, *Effective Investigations of Ill-Treatment* [Skuteczne dochodzenie w sprawie niewłaściwego traktowania], s. 25-30.

<sup>350</sup> Reguły Nelsona Mandeli, reguła 62 ust. 1; Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia, zasada 16 ust. 2 oraz Konwencja wiedeńska o stosunkach konsularnych, art. 36 ust. 1.

<sup>351</sup> Reguły Nelsona Mandeli, reguła 62 ust. 2.

<sup>352</sup> Tamże, reguły 56-57; Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia, zasada 33 ust. 1-3 oraz Svandize, *Effective Investigations of Ill-Treatment* [Skuteczne dochodzenie w sprawie niewłaściwego traktowania], s. 35-37.

<sup>353</sup> Reguły Nelsona Mandeli, reguła 56 ust. 3 oraz Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia, zasady 29 i 33 ust. 4. Zob. także Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka, *Report on the Human Rights of Persons Deprived of Liberty in the Americas* [Sprawozdanie na temat praw człowieka osób pozbawionych wolności w obu Amerykach] (2011), pkt 254.

<sup>354</sup> A/62/221, pkt 53 lit. a). Zob. także Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 25.

<sup>355</sup> A/69/387, pkt 55.

<sup>356</sup> Svandize, *Effective Investigation of Ill-Treatment* [Skuteczne dochodzenie w sprawie niewłaściwego traktowania], s. 58, pkt 4.5.1.

<sup>357</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 21 oraz Sara Ferro Ribeiro i Danaé van der Straten Ponthoz, *International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence in Conflict - Best Practice on the Documentation of Sexual Violence as a Crime or Violation of International Law* [Międzynarodowy Protokół w sprawie dokumentowania i badania przemocy seksualnej w konfliktach zbrojnych - najlepsze praktyki w zakresie dokumentowania przemocy seksualnej jako przestępstwa lub naruszenia prawa międzynarodowego], wyd. 2 (Londyn, 2017), s. 239, w którym to dokumencie

dochodzenia w sprawie przemocy seksualnej lub wykorzystywania dzieci lub innych osób wymagających szczególnego traktowania organy powinny stosować podejście, które w pełni uwzględni charakterystykę ofiar i wpływ konkretnej formy tortur.

#### 6. Niezależna komisja śledcza

**198.** W przypadkach, w których ustanowione procedury dochodzeniowo-śledcze są nieodpowiednie ze względu na niewystarczającą wiedzę specjalistyczną lub podejrzenie stronniczości lub ze względu na oczywiste istnienie wzorca nadużyć lub z innych istotnych powodów, państwa muszą zapewnić, aby dochodzenia były prowadzone przez niezależną komisję śledczą lub w ramach podobnej procedury. Członkowie takiej komisji powinni być wybierani ze względu na ich uznaną bezstronność, kompetencje i niezależność. W szczególności muszą być niezależni od wszelkich podejrzanych sprawców oraz instytucji lub agencji, którym mogą służyć. Komisja musi być uprawniona do uzyskania wszelkich informacji niezbędnych do przeprowadzenia dochodzenia i powinna przeprowadzić dochodzenie zgodnie z tymi zasadami<sup>358</sup>. Pisemne sprawozdanie, sporządzone w rozsądnym terminie, musi zawierać zakres dochodzenia, procedury i metody wykorzystane do oceny dowodów, a także wnioski i zalecenia oparte na ustaleniach faktycznych i obowiązującym prawie. Publikacja ustaleń powinna być zgodna z najlepszym interesem ofiar. W związku z tym należy wziąć pod uwagę obowiązek zachowania poufności podczas badań oraz ryzyko dla integralności ofiar w wyniku upublicznienia ustaleń. Publikacja musi również zawierać szczegółowy opis konkretnych zdarzeń, które zostały stwierdzone, oraz dowody, na których oparto takie ustalenia, a także nazwiska świadków, którzy zeznawali, z wyjątkiem tych, których tożsamość została utajniona ze względu na ich ochronę. Państwo musi, w rozsądnym terminie, odpowiedzieć na sprawozdanie z dochodzenia i, w stosownych przypadkach, wskazać działania następcze (zob. pkt 238-251 poniżej).

#### 7. Sprawozdanie biegłego z zakresu medycyny

**199.** Biegli z zakresu medycyny zaangażowani w dochodzenie w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania powinni zawsze postępować zgodnie z najwyższymi normami etycznymi, w szczególności muszą uzyskać świadomą zgodę przed przeprowadzeniem jakiegokolwiek badania. Badanie musi być zgodne z ustalonymi standardami praktyki medycznej. W szczególności badania muszą być przeprowadzane na osobności pod kontrolą biegłego z zakresu medycyny i bez obecności agentów bezpieczeństwa i innych urzędników państwowych. Biegły z zakresu medycyny powinien niezwłocznie przygotować dokładne pisemne sprawozdanie. Powinno ono zawierać co najmniej następujące elementy (zob. załącznik I):

**(a) okoliczności zebrania wywiadu.** Imię i nazwisko uczestnika, a także imiona i nazwiska oraz przynależność osób obecnych podczas badania; dokładna godzina i data, lokalizacja, charakter i adres instytucji (w tym, w stosownych przypadkach, pomieszczenie), w której przeprowadzane jest badanie (np. ośrodek zatrzymań, klinika lub dom); wszelkie stosowne okoliczności zaistniałe w czasie badania (np. charakter wszelkich ograniczeń w momencie przybycia lub podczas badania, obecność sił bezpieczeństwa podczas badania, zachowanie osób towarzyszących więźniowi i wszelkie groźby pod adresem osoby przeprowadzającej badanie); oraz wszelkie inne istotne czynniki;

**(b) kontekst.** Szczegółowy zapis relacji z wydarzeń, którą dana osoba złożyła podczas wywiadu, w tym na temat domniemyanych metod tortur lub niewłaściwego traktowania, czasu, w którym tortury lub niewłaściwe traktowanie miały rzekomo mieć miejsce oraz wszystkich skarg na objawy fizyczne i psychiczne;

**(c) badanie fizykalne i psychologiczne.** Rejestr wszystkich ustaleń dotyczących aspektów fizycznych i psychologicznych po badaniu klinicznym, w tym udokumentowanie odpowiednich testów diagnostycznych, przygotowanie schematów ciała w celu zarejestrowania umiejscowienia i charakteru wszystkich obrażeń oraz, w miarę możliwości, załączenie kolorowych zdjęć wszystkich obrażeń;

wymieniono następujące strategie łagodzenia retraumatyzacji: (a) zapewnienie fizycznego i emocjonalnego bezpieczeństwa przed rozpoczęciem przesłuchania, w jego trakcie i po jego zakończeniu; (b) propagowanie wiarygodności; (c) wybór; (d) współpraca i uczestnictwo; oraz (e) upodmiotowienie.

<sup>358</sup> W pewnych okolicznościach etyka zawodowa może wymagać zachowania poufności informacji. Należy przestrzegać tych wymogów.

(d) *opinia*. Interpretacja prawdopodobnego związku ustaleń dotyczących aspektów fizycznych i psychologicznych z możliwymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem. Należy również podać zalecenia dotyczące niezbędnego leczenia medycznego lub psychologicznego lub dalszych badań;

(e) *współautorstwo*. Sprawozdanie powinno zawierać wyraźne wskazanie osób przeprowadzających badanie i ich uprawnienia oraz powinno być podpisane.

200. Sprawozdania powinny być poufne i przekazywane osobom badanym lub ich wyznaczonym przedstawicielom. Sprawozdania należy przekazywać na piśmie, w stosownych przypadkach, organowi odpowiedzialnemu za zbadanie zarzutu tortur lub niewłaściwego traktowania. Obowiązkiem państwa jest zapewnienie, by sprawozdania były bezpiecznie dostarczane tym osobom. Sprawozdań nie należy udostępniać żadnym innym osobom, chyba że za zgodą osób badanych lub za zgodą sądu uprawnionego do zarządzenia takiego przekazania. Ogólne rozważania na temat pisemnych sprawozdań dotyczących zarzutów stosowania tortur znajdują się w rozdziale IV. Rozdziały V i VI zawierają szczegółowy opis odpowiedniej oceny fizycznej i psychologicznej.

### C. Procedury związane z dochodzeniem w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania

#### 1. Określenie właściwego organu dochodzeniowo-śledczego

201. Państwa muszą zapewnić, by wszelkie dochodzenia w sprawie tortur były prowadzone przez niezależny i bezstronny organ, który nie ma instytucjonalnych powiązań z domniemanym sprawcą lub sprawcami i jest wolny od uprzedzeń<sup>359</sup>. W przypadkach, w których osoby działające w charakterze urzędowym są podejrzane o udział w stosowaniu tortur, czyli m.in. w sytuacjach gdy rozkazy stosowania tortur są wydawane przez ministrów, asystentów ministrów, funkcjonariuszy działających za wiedzą ministrów, wyższych funkcjonariuszy w ministerstwach państwowych, wyższych dowódców wojskowych lub inne osoby na podobnych stanowiskach, lub w sytuacjach gdy takie osoby przyzwalają na tortury, obiektywne

i bezstronne dochodzenie może nie być możliwe, chyba że zostanie ustanowiony specjalnie ukonstytuowany niezależny organ (taki jak komisja śledcza). Specjalnie ukonstytuowany niezależny organ dochodzeniowo-śledczy może być również niezbędny w sytuacjach, w których służyłoby to interesowi publicznemu, w szczególności gdy dochodzenia prowadzone przez zwykłe agencje dochodzeniowe są kwestionowane z powodu braku zdolności, wiedzy specjalistycznej lub bezstronności lub z innych powodów, w tym wagi sprawy, widocznego istnienia wzorca nadużyć, skarg danej osoby lub innych istotnych powodów.

202. Podejmując decyzję o ustanowieniu specjalnie ukonstytuowanego niezależnego organu lub mechanizmu, takiego jak komisja śledcza, państwa muszą wziąć pod uwagę następujące czynniki. Po pierwsze, osoby objęte dochodzeniem powinny mieć, na wszystkich etapach dochodzenia, zagwarantowane minimalne zabezpieczenia proceduralne uznane w prawie międzynarodowym. Po drugie, śledczy powinni mieć wsparcie odpowiedniego personelu technicznego i administracyjnego, a także dostęp do obiektywnych, bezstronnych porad prawnych, aby zagwarantować, że w ramach dochodzenia zgromadzone zostaną dopuszczalne dowody na potrzeby postępowania karnego lub innego postępowania sądowego. Po trzecie, śledczy powinni otrzymać pełny zakres zasobów i uprawnień państwa. Wreszcie, śledczy powinni mieć możliwość zwrócenia się o pomoc do międzynarodowej społeczności ekspertów w dziedzinie prawa i medycyny.

203. Państwa są zobowiązane do „zapewnienia, by podstawowe zasady dochodzenia (...) były (...) oficjalnie uznawane przez odpowiednie departamenty i personel, w tym prokuratorów, obrońców, sędziów, organy ścigania, personel więzienny i wojskowy, specjalistów ds. kryminalistyki i pracowników ochrony zdrowia oraz osoby odpowiedzialne za zapewnienie opieki zdrowotnej osobom zatrzymanym”<sup>360</sup>. Państwa muszą zapewnić szkolenia oraz odpowiednie wytyczne i instrukcje w zakresie międzynarodowych standardów dotyczących dochodzenia w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania, jak określono w niniejszym podręczniku, oraz w zakresie dobrych praktyk wszystkim osobom zaangażowanym w odpowiednie dochodzenia i inne postępowania

<sup>359</sup> Reguły Nelsona Mandeli, reguła 71; Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 23 oraz CAT/C/DEU/CO/5, pkt 19.

<sup>360</sup> A/69/387, pkt 66.

sądowe<sup>361</sup>. Takie środki powinny koncentrować się na szczególnych kwestiach mających zastosowanie w przypadkach dochodzenia w sprawie przemocy seksualnej lub wykorzystywania seksualnego dzieci lub innych osób wymagających szczególnego traktowania, m.in. na potrzeby podejścia uwzględniającego aspekt płci i przyjaznego dziecku.

#### 2. Planowanie i przygotowanie dochodzenia

**204.** Organy dochodzeniowo-śledcze muszą starannie planować i przygotowywać dochodzenia w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania. Zasadnicze kwestie związane z planowaniem obejmują w szczególności: (a) przeprowadzenie dokładnej i dynamicznej oceny ryzyka i zagrożenia; (b) wybór, szkolenie i weryfikację członków zespołu dochodzeniowo-śledczego (w tym śledczych, ewentualnych tłumaczy ustnych, pośredników, analityków i personelu pomocniczego); (c) przygotowanie pisemnego planu dochodzenia; (d) określenie usług wsparcia, z których ofiara może skorzystać w razie potrzeby; (e) rozważenie, jakie dowody należy zebrać i jak bezpiecznie rejestrować, przechowywać, transportować, organizować i analizować takie dowody w stosownych przypadkach; (f) wprowadzenie kodeksów postępowania i standardowych procedur operacyjnych, w tym odpowiednich procedur samoopieki w celu zminimalizowania ryzyka wtórnej traumy dla członków zespołu dochodzeniowo-śledczego; (g) wybór miejsca przesłuchania, które jest bezpieczne, prywatne, neutralne i wygodne; oraz (h) wprowadzenie środków ochronnych dla ofiar i świadków.

**205.** Biorąc pod uwagę, że może istnieć wiele podmiotów (krajowych i międzynarodowych) o różnych mandatach związanych z dochodzeniem w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania, śledczy muszą pamiętać, od najwcześniejszych etapów i przez cały czas trwania dochodzenia, o potrzebie koordynacji. Śledczy powinni posiadać wiedzę i umiejętności w zakresie korzystania z oświadczeń skonsolidowanych. Śledczy i inne podmioty powinni starać się unikać zbierania dodatkowych lub powielających się zeznań od ofiar i świadków w przypadkach, w których zostali oni już przesłuchani, w szczególności aby uniknąć ryzyka retraumatyzacji i podważenia

zaufania do pracy wymiaru sprawiedliwości i skuteczności jego procedur. Obejmuje to przyjęcie podejścia zespołowego obejmującego śledczych i lekarzy sądowych, którzy również chcą i muszą zostać zaznajomieni ze szczegółową historią zdarzeń.

#### 3. Prowadzenie dochodzenia

**206.** Organy dochodzeniowo-śledcze muszą przeprowadzić, tak szybko i sprawnie, jak to możliwe, pełen zakres ogólnie uznanych czynności dochodzeniowych z myślą o stworzeniu rejestru, który jest możliwie wszechstronny i dokładny jak na okoliczności danej sprawy. Takie czynności dochodzeniowe obejmują gromadzenie: (a) dowodów z zeznań (tj. przesłuchanie domniemanych ofiar, świadków i domniemanego sprawcy lub sprawców)<sup>362</sup>; (b) dowodów rzeczowych, w tym dowodów kryminalistycznych; (c) dowodów cyfrowych; oraz (d) dowodów w postaci dokumentów, zarówno w odniesieniu do konkretnych aktów tortur lub niewłaściwego traktowania, jak i, w stosownych przypadkach, odpowiednich znamion przestępstwa oraz szerszych wzorców tortur i niewłaściwego traktowania.

##### (a) Przesłuchanie domniemanych ofiar i innych świadków

**207.** Ze względu na charakter spraw związanych z torturami i traumę, jakiej w ich wyniku doświadczają dane osoby, często wiążącą się m.in. z druzgocącym poczuciem bezsilności, szczególnie ważne jest wykazanie wrażliwości wobec domniemanej ofiary tortur i innych świadków, dlatego należy wprowadzić środki i procedury zmniejszające ryzyko dalszej traumatyzacji lub retraumatyzacji<sup>363</sup>. Państwo musi chronić domniemane ofiary tortur i świadków oraz ich rodziny przed przemocą, groźbami przemocy lub wszelkimi innymi formami zastraszania, które mogą pojawić się w związku z dochodzeniem. Śledczy muszą informować świadków o konsekwencjach ich zaangażowania w dochodzenie oraz o wszelkich późniejszych wydarzeniach w sprawie, które mogą mieć na nich wpływ.

<sup>361</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 35 oraz Międzypaństwowy Trybunał Praw Człowieka, Espinoza Gonzáles przeciwko Peru, pkt 323-327.

<sup>362</sup> Wytyczne dotyczące skutecznego przesłuchiwanie i wdrażania zabezpieczeń podczas przesłuchań można znaleźć w Zasadach skutecznego przesłuchiwanie na potrzeby dochodzeń i gromadzenia informacji (2021). Dokument dostępny pod adresem [www.apt.ch/sites/default/files/publications/apt\\_PoEI\\_EN\\_08.pdf](http://www.apt.ch/sites/default/files/publications/apt_PoEI_EN_08.pdf).

<sup>363</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 21. Jeśli chodzi o potrzebę „szkolenia metodycznego w celu zapobiegania retraumatyzacji ofiar tortur lub niewłaściwego traktowania”, zob. komentarz ogólny nr 3 (2012), pkt 35.

(i) *Świadoma zgoda i inne rodzaje ochrony domniemanych ofiar*

**208.** Od samego początku domniemane ofiary należy informować, o ile to możliwe, o charakterze postępowania, o tym, dlaczego ich zeznania są istotne, oraz czy i w jaki sposób dostarczone przez nie dowody mogą zostać wykorzystane. Śledczy powinni wyjaśnić domniemanym ofiarom, które części dochodzenia będą stanowić informacje publiczne, a które poufne, oraz ustanowić mechanizm dokonywania tych ustaleń. Należy dążyć do wszelkich starań, aby dostosować się do harmonogramu i życzeń domniemanych ofiar. Domniemane ofiary należy regularnie informować o postępach w dochodzeniu, w szczególności po przesłuchaniach i badaniach. Domniemane ofiary należy również powiadamiać o wszystkich kluczowych przesłuchaniach w toku dochodzenia i ścigania. Śledczy powinni poinformować domniemane ofiary o aresztowaniu podejrzanych sprawców. Domniemane ofiary tortur lub niewłaściwego traktowania powinny otrzymać informacje kontaktowe do grup wsparcia i leczenia, które mogą być dla nich pomocne. Śledczy powinni współpracować z takimi grupami w ramach swojej jurysdykcji, aby zapewnić wzajemną wymianę informacji i szkolenia dotyczące tortur i niewłaściwego traktowania.

**209.** Uzyskanie świadomej zgody od dzieci wymaga udziału ich rodziców lub opiekunów prawnych, ale należy także rozważyć uzyskanie ewentualnej niezależnej zgody dziecka oprócz zgody odpowiedzialnych dorosłych. Wymaga to przeanalizowania, jak zabezpieczyć najlepszy interes dziecka (zob. pkt 170 i załącznik II poniżej).

(ii) *Wybór śledczego*

**210.** Organy prowadzące dochodzenie w sprawie muszą wskazać osobę odpowiedzialną przede wszystkim za przesłuchanie domniemanych ofiar. Podczas gdy domniemane ofiary mogą potrzebować omówienia swojej sprawy zarówno z prawnikami, jak i lekarzami, zespół

dochodzeniowo-śledczy powinien dążyć do wszelkich starań, aby zminimalizować niepotrzebne powtarzanie przez domniemane ofiary ich relacji ze zdarzeń. Wybierając głównego śledczego odpowiadającego za domniemane ofiary, należy zwrócić szczególną uwagę na preferencje domniemanych ofiar dotyczące osoby tej samej płci, tego samego pochodzenia kulturowego lub umiejętności komunikowania się w ich języku ojczystym. Główny śledczy powinien przejść wcześniejsze przeszkolenie lub mieć doświadczenie w dokumentowaniu tortur i w pracy z ofiarami traumy, w tym tortur. W stosownych przypadkach główny śledczy powinien również posiadać specjalistyczną wiedzę w zakresie postępowania z dziećmi będącymi ofiarami tortur lub niewłaściwego traktowania lub ofiarami tortur seksualnych. Dzieci, które mogły doznać traumy w wyniku tortur, nie należy izolować od pozytywnych i wspierających kontaktów z dorosłymi. Jakość dowodów może być zagrożona, jeśli dzieci są przesłuchiwane przez osoby bez odpowiednich umiejętności, dlatego w przesłuchiwanie dzieci będących ofiarami tortur lub niewłaściwego traktowania powinni być zaangażowani tylko śledczy, którzy mają wystarczające doświadczenie w przesłuchiwanie dzieci lub wiedzę specjalistyczną dotyczącą pracy z nimi. Nieprawidłowo przeprowadzone przesłuchania mogą spowodować u ofiar retraumatyzację, narazić je na dodatkowe ryzyko, wpłynąć na jakość i wiarygodność dostarczonych informacji oraz zniekształcić pamięć ofiar o wydarzeniach<sup>364</sup>. Jednocześnie, dbając o to, aby dzieci były przesłuchiwane przez profesjonalistów o odpowiednich umiejętnościach, należy pamiętać, że dzieci nie mogą być izolowane z obawy przed zanieczyszczeniem dowodów od osób, z którymi muszą nadal mieć normalne kontakty oparte na zaufaniu. Dobro dziecka i jego najlepszy interes muszą być zawsze najważniejsze. Informacje i wskazówki dotyczące tortur i przesłuchiwanie ofiar tortur są dostępne w źródłach, w tym w niniejszym podręczniku, kilku publikacjach zawodowych i szkoleniowych, kursach szkoleniowych i konferencjach zawodowych<sup>365</sup>.

<sup>364</sup> Ferro Ribeiro i van der Straten Ponthoz, International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence [Międzynarodowy Protokół w sprawie dokumentowania i badania przemocy seksualnej w konfliktach zbrojnych], s. 161.

<sup>365</sup> Materiały obejmują: Polona Tepina, The Torture Reporting Handbook: How to Document and Respond to Allegations of Torture within the International System for the Protection of Human Rights [Podręcznik zgłaszania przypadków tortur: jak dokumentować i reagować na zarzuty stosowania tortur w ramach międzynarodowego systemu ochrony praw człowieka], wyd. 2 (Colchester, Centrum Praw Człowieka, Uniwersytet w Essex, 2015), w tym załączniki zawierające wykaz odpowiednich instrumentów oraz dalsze informacje i lektury; Svandize, Effective Investigation of Ill-Treatment [Skuteczne dochodzenie w sprawie niewłaściwego traktowania], który zawiera sześć załączników, w tym kluczowe dokumenty europejskie; forum krajowych instytucji praw człowieka Azji i Pacyfiku, Undertaking Effective Investigations: A Guide for National Human Rights Institutions [Podejmowanie skutecznych dochodzeń: przewodnik dla krajowych instytucji zajmujących się prawami człowieka] (Sydney, 2013 r., aktualizacja w 2018 r.); Stowarzyszenie na rzecz Zapobiegania Torturom, forum krajowych instytucji praw człowieka Azji i Pacyfiku oraz Biuro OHCHR, Preventing Torture: An Operational Guide for National Human Rights Institutions [Zapobieganie torturom: przewodnik operacyjny dla krajowych instytucji ochrony praw człowieka] (Genewa, 2010); Redress Trust, Taking Complaints of Torture Seriously: Rights of Victims and Responsibilities of Authorities [Poważne traktowanie skarg dotyczących tortur: prawa ofiar i obowiązki władz] (Londyn, 2004) oraz Foley, Combating Torture



Przez cały czas trwania dochodzenia śledczy powinien również mieć dostęp do porad i pomocy międzynarodowych ekspertów.

#### *(iii) Kontekst dochodzenia*

- 211.** Śledczy powinni dokładnie rozważyć kontekst, w którym pracują, zastosować niezbędne środki ostrożności i zapewnić odpowiednie zabezpieczenia. W przypadku przesłuchiwania osób będących nadal w więzieniu lub znajdujących się w podobnych sytuacjach, w których możliwy jest odwet, osoba prowadząca przesłuchanie powinna zachować ostrożność, aby nie narażać ich na niebezpieczeństwo. Osoba prowadząca przesłuchanie musi wybrać miejsce prywatnego przesłuchania, w którym świadek czuje się komfortowo i może swobodnie rozmawiać, a także dążyć do wszelkich starań, aby zapewnić takie warunki.
- 212.** Dochodzenia prowadzone są w różnych kontekstach politycznych. Powoduje to istotne różnice w sposobie prowadzenia dochodzeń. Śledczy musi dostosować poniższe wytyczne do konkretnej sytuacji i celu dochodzenia.
- 213.** Dochodzenia odbywające się w trudnych warunkach, takich jak konflikty zbrojne lub sytuacje o bardzo ograniczonych zasobach, muszą mimo to obejmować wszelkie uzasadnione działania służące zapewnieniu zgodności z normami określonymi w niniejszym podręczniku<sup>366</sup>. W sytuacjach gdy ścisłe przestrzeganie norm okazuje się niemożliwe, na przykład w kontekstach, w których nie ma możliwości lub zasobów, państwa powinny starać się korzystać z międzynarodowej wiedzy specjalistycznej i wsparcia w celu wypełnienia swoich zobowiązań.
- 214.** Kontekst polityczny może być wrogi wobec domniemanej ofiary i osoby przeprowadzającej badanie, na przykład, gdy osoby zatrzymane są przesłuchiwane w więzieniu przez ich rządy lub gdy są zatrzymane przez zagraniczne rządy w celu deportacji. W krajach, w których osoby ubiegające się o azyl są badane w celu ustalenia dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania, niechęć do uznania zarzutów dotyczących doznania traumy i tortur lub niewłaściwego traktowania może być motywowana politycznie. Możliwość dalszego zagrożenia bezpieczeństwa osoby zatrzymanej jest bardzo realna i musi być brana pod uwagę na każdym etapie procesu dochodzeniowego. Nawet w sprawach, w których osoby zarzucające tortury lub niewłaściwe traktowanie nie znajdują się w bezpośrednim niebezpieczeństwie, śledczy powinni zachować szczególną ostrożność w kontaktach z nimi. Wybór języka i postawy śledczego w znacznym stopniu wpłynie na zdolność i chęć współpracy domniemanej ofiary w zakresie przesłuchania. Miejsce przesłuchania powinno być jak najbardziej bezpieczne i komfortowe, z dostępem do toalety oraz przekąsek i napojów. Należy przeznaczyć wystarczająco dużo czasu na przesłuchanie domniemanej ofiary. Śledczy nie powinni oczekiwać, że ofiara podzieli się z nimi wszystkimi szczegółami wydarzeń podczas pierwszego przesłuchania. Pytania o charakterze prywatnym mogą być traumatyczne dla domniemanej ofiary. Śledczy musi być wyczułony na ton, sformułowania i kolejność pytań, biorąc pod uwagę traumatyczny charakter zeznań domniemanej ofiary. Świadka należy poinformować o prawie do przerwania przesłuchania w dowolnej chwili, zrobienia sobie przerwy w razie potrzeby lub nieodpowiadania na żadne pytanie.
- 215.** Psycholodzy-terapeuci lub osoby przeszkolone w zakresie pracy z ofiarami tortur powinny być w miarę możliwości dostępne dla domniemanej ofiary, świadków i członków zespołu dochodzeniowo-śledczego. Opisywanie okoliczności tortur lub niewłaściwego traktowania może spowodować, że dana osoba ponownie przeżyje to doświadczenie lub odczuje inne objawy związane z traumą (zob. pkt 277-280 poniżej). Wysłuchanie relacji na temat okoliczności tortur może prowadzić do wtórnej traumy u osób prowadzących przesłuchanie i należy ich zachęcać do omawiania swoich reakcji między sobą, z poszanowaniem ich zawodowych wymogów etycznych dotyczących zachowania poufności. O ile to możliwe, powinno się to odbywać

[Zwalczanie tortur] (zob. przypis 240). W sprawie przemocy seksualnej zob. Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów, Wytyczne w sprawie zwalczania przemocy seksualnej i jej konsekwencji w Afryce (2017) oraz Ferro Ribeiro i van der Straten Ponthoz, International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence [Międzynarodowy Protokół w sprawie dokumentowania i badania przemocy seksualnej w konfliktach zbrojnych]. W sprawie przesłuchań ofiar przemocy wobec dzieci zob. Stany Zjednoczone Ameryki, Narodowy Instytut Zdrowia Dziecka i Rozwoju Człowieka, „Revised NICHD Protocol: interview guide” [„Zmieniony protokół NICHD: przewodnik prowadzenia przesłuchań”] (2014).

<sup>366</sup> Zob. także Europejski Trybunał Praw Człowieka, Mocanu i inni przeciwko Rumunii, skargi nr 10865/09, 45886/07 i 32431/08, wyrok z dnia 17 września 2014 r., pkt 319: „Nawet jeśli zdarzenia prowadzące do obowiązku przeprowadzenia dochodzenia mają miejsce w kontekście powszechnej przemocy, a śledczy napotykają na przeszkodę i ograniczenia, które zmuszają do stosowania mniej skutecznych środków dochodzeniowych lub powodują opóźnienie dochodzenia, faktem pozostaje, że art. 2 i 3 [europejskiej konwencji praw człowieka, odpowiednio prawo do życia i zakaz tortur] wymagają poczynienia wszelkich uzasadnionych kroków w celu zapewnienia przeprowadzenia skutecznego i niezależnego dochodzenia”.

z pomocą doświadczonego moderatora. Istnieją dwa szczególne zagrożenia, o których należy pamiętać: po pierwsze, istnieje ryzyko, że osoby prowadzące przesłuchania mogą identyfikować się z domniemanymi ofiarami tortur i nie będą wystarczająco kwestionować szczegółów danych wydarzeń; a po drugie, osoby prowadzące przesłuchania mogą tak bardzo przyzwyczaić się do słuchania historii dotyczących przypadków tortur, że umniejszą doświadczenia osoby przesłuchiwanej.

*(iv) Bezpieczeństwo świadka*

**216.** Zeznania ofiary mają kluczowe znaczenie dla ustalenia, czy doszło do tortur lub niewłaściwego traktowania. Inni świadkowie odgrywają ważną rolę w dochodzeniach w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania, w tym jako naoczni świadkowie istotnych działań lub zaniechań lub zeznając na temat stanu domniemanej ofiary przed i po domniemanym torturowaniu lub niewłaściwym traktowaniu, na temat warunków zatrzymania, innych istotnych okoliczności, tożsamości sprawców lub jako biegli sądowi. Świadczy mogą być bezbronni, niechętni do współpracy lub wrogo nastawieni, co może stanowić wyzwanie dla organów dochodzeniowo-śledczych. Państwa muszą wziąć pod uwagę trudną sytuację, w jakiej zazwyczaj znajdują się świadkowie zaangażowani w dochodzenie w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania. Państwo jest odpowiedzialne za ochronę skarżących, ofiar i świadków, ich rodzin i przedstawicieli prawnych oraz obrońców praw człowieka przed przemocą, groźbami przemocy lub wszelkimi innymi formami zastraszania, które mogą pojawić się w związku z dochodzeniem i konkretnymi czynnościami dochodzeniowymi, takimi jak okazanie. Osoby potencjalnie zamieszane w tortury lub niewłaściwe traktowanie należy usunąć z jakiegokolwiek stanowiska zapewniającego kontrolę lub władzę, bezpośrednio lub pośrednio nad skarżącymi, świadkami i ich rodzinami, a także osobami prowadzącymi dochodzenia. Śledczy muszą stale brać pod uwagę wpływ dochodzenia na bezpieczeństwo osoby, która zarzuca tortury lub niewłaściwe traktowanie, oraz innych świadków. Prawa świadków, takie jak prawo do prywatności, mogą być naruszane tylko w zakresie absolutnie niezbędnym do przeprowadzenia dochodzenia i zgodnie z uznanymi międzynarodowymi normami praw człowieka.

**217.** Jedną z technik sugerowanych w celu zapewnienia bezpieczeństwa przesłuchiwanym, w tym osobom pozbawionym wolności w krajach znajdujących się w sytuacji konfliktu, jest prowadzenie bezpiecznego rejestru tożsamości odwiedzanych osób, aby śledczy mogli zweryfikować bezpieczeństwo tych osób podczas ponownej wizyty. Śledczy muszą mieć możliwość rozmowy z każdym, swobodnie i na osobności, a także muszą mieć możliwość powtórzenia wizyty u tej samej osoby (stąd potrzeba identyfikowalności osób przesłuchiwanym), gdy zajdzie taka potrzeba. Nie wszystkie kraje akceptują te warunki i śledczy mogą mieć trudności z uzyskaniem takich gwarancji. W przypadkach gdy świadkowie mogą być narażeni na niebezpieczeństwo z powodu swoich zeznań, śledczy powinien szukać innych form dowodów, wymienionych w tym rozdziale, które można zabezpieczyć bez stwarzania takiego ryzyka.

**218.** Osoby pozbawione wolności są bardziej narażone na represje w wyniku współpracy ze śledczymi. Osoby pozbawione wolności mogą różnie reagować na różne sytuacje. W niektórych sytuacjach osoby pozbawione wolności mogą nieświadomie narażać się na niebezpieczeństwo, gdy wypowiedzą się zbyt pochopnie, myśląc, że są chronione przez samą obecność „zewnątrznego” śledczego, chociaż w rzeczywistości nie musi tak być. W innych sytuacjach śledczy mogą natknąć się na „ścianę ciszy”, ponieważ osoby pozbawione wolności mogą być zbyt zastraszone, aby komukolwiek zaufać, nawet jeśli zaproponowano im rozmowę na osobności. W tym drugim przypadku konieczne może być rozpoczęcie od „spotkań grupowych” (ale nie przesłuchań grupowych), aby móc jasno wyjaśnić zakres i cel dochodzenia, a następnie zaoferować rozmowy na osobności z osobami, które chcą rozmawiać. Jeśli obawa przed represjami, uzasadnionymi lub nie, jest zbyt duża, może być konieczne przesłuchanie wszystkich osób pozbawionych wolności w danym miejscu zatrzymania, aby nie wskazywać żadnej konkretnej osoby. W sytuacjach, w których dochodzenie prowadzi do oskarżenia lub innego publicznego forum głoszącego prawdę, śledczy powinien zalecić środki zapobiegające krzywdzie domniemanej ofiary, takie jak usunięcie jej nazwiska i innych informacji identyfikujących z publicznych rejestrów lub zaoferowanie jej możliwości składania zeznań za pomocą urzędzeń zmieniających obraz lub głos bądź za pośrednictwem telewizji przemysłowej. Środki

te muszą być zgodne z prawami osoby oskarżonej.

*(v) Korzystanie z usług tłumaczy ustnych*

**219.** Tłumacze ustni odgrywają kluczową rolę w dochodzeniach. Tłumacz ustny jest stróżem i pośrednikiem informacji wymienianych wzajemnie między osobą prowadzącą przesłuchanie a przesłuchanym. Brak dobrego tłumacza ustnego może zagrozić skuteczności dochodzenia. Praca z tłumaczem ustnym podczas dochodzenia w sprawie tortur nie jest łatwa, nawet w przypadku profesjonalistów (zob. pkt 296-298 poniżej). Nie zawsze będzie możliwe zapewnienie tłumaczy ustnych wszystkich języków i dialektów, a czasami może być konieczne skorzystanie z usług tłumaczy z rodziny lub grupy kulturowej danej osoby. Nie jest to idealne rozwiązanie, ponieważ osoby nie zawsze czują się komfortowo, rozmawiając o torturach lub niewłaściwym traktowaniu z osobami, które znają. Nie należy oczekiwać, że dzieci będą tłumaczyć wypowiedzi swoich rodziców podczas rozmów dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania. Idealnie byłoby, gdyby tłumacz wchodził w skład zespołu dochodzeniowo-śledczego, był profesjonalnie przeszkolony i zweryfikowany oraz posiadał wiedzę na temat tortur i niewłaściwego traktowania, a także słów i eufemizmów używanych w odniesieniu do części ciała i aktów seksualnych, aby rozpoznać wskazówki, jeśli tortury seksualne zostaną ujawnione, i odpowiednio zareagować. Podczas rozmów z dziećmi należy korzystać wyłącznie z usług tłumaczy ustnych, którzy przeszli specjalne szkolenie i mają wcześniejsze doświadczenie w pracy z dziećmi (zob. załącznik II). Tłumacze ustni powinni: (a) rozmawiać bezpośrednio z ofiarami i świadkami; (b) używać tylko bezpośrednich wypowiedzi („czy może Pan/Pani opisać, co się stało”, a nie „śledczy pyta, co się stało”); (c) stosować techniki aktywnego słuchania (postawa, kiwanie głową i pełen szacunek kontakt wzrokowy); (d) być w stanie kontrolować swoje reakcje emocjonalne oraz okazywać empatię i wrażliwość; oraz (e) nie redagować, czyli tłumaczyć dokładnie to, co zostało powiedziane i nic więcej.

*(vi) informacje, które należy uzyskać od osoby, co do której istnieje domniemanie, że była torturowana lub niewłaściwie traktowana*

**220.** Zbierając zeznania domniemanej ofiary, śledczy powinien starać się uzyskać jak najwięcej

informacji obejmujących poniższe elementy (zob. pkt 360-370 poniżej):

**(a)** okoliczności prowadzące do domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, w tym groźby, nękanie, zniewagi, aresztowanie lub uprowadzenie i zatrzymanie;

**(b)** przybliżone daty i godziny domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, w tym datę ostatniego przypadku tortur lub niewłaściwego traktowania. Ustalenie tych informacji może nie być łatwe, ponieważ w grę może wchodzić kilka miejsc i domniemanych sprawców (lub grup domniemanych sprawców). Konieczne może być zapisanie oddzielnych historii dotyczących różnych miejsc. Należy oczekiwać, że porządek chronologiczny wydarzeń nie będzie dokładny, a czasem nawet będzie mylący; pojęcia czasu są często trudne do zapamiętania dla kogoś, kto był torturowany lub niewłaściwie traktowany. Oddzielne historie o różnych miejscach mogą być przydatne, gdy próbujemy uzyskać kompleksowy obraz sytuacji. Osoby, które doświadczyły tortur lub niewłaściwego traktowania, często nie wiedzą dokładnie, dokąd zostały zabrane, ponieważ miały zawiązane oczy lub były półprzytomne. Dzięki zestawieniu ze sobą zbieżnych zeznań, może być możliwe zidentyfikowanie konkretnych miejsc, metod, a nawet sprawców;

**(c)** szczegółowy opis osób bezpośrednio lub pośrednio zaangażowanych w domniemane aresztowanie, zatrzymanie i torturowanie lub niewłaściwe traktowanie, w tym struktury dowodzenia w miejscu zatrzymania, czy domniemane ofiary znały którąkolwiek z osób przed wydarzeniami związanymi z domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem, ubranie, blizny, znamiona, tatuaże, wzrost, wagę (ofiary mogą być w stanie opisać domniemanych oprawców lub osoby, które dopuściły się niewłaściwego traktowania, w odniesieniu do własnej postury), cokolwiek nietypowego w anatomii sprawcy, język i akcent, imiona, w tym używane pseudonimy, oraz czy domniemani sprawcy byli w jakimkolwiek momencie nietrzeźwi;

**(d)** szczegółowe informacje na temat tego, co danej osobie powiedziano lub o co ją zapytano. Może to na przykład dostarczyć istotnych informacji przy próbie zidentyfikowania tajnych lub nieznanymi miejsc zatrzymań;

(e) opis - który można uzupełnić szkicami - miejsca zatrzymania i jego układu lub miejsca domniemanego torturowania lub niewłaściwego traktowania, jeśli znajduje się poza ośrodkiem penitencjarnym, opis celi, pokoi przesłuchań i pokoi tortur, jeśli są różne, w tym sprzętu do tortur znajdującego się w pokoju lub tam używanego (np. pręty, rury, haki, liny, drut kolczasty i zbiorniki na wodę);

(f) opis warunków zatrzymania (np. przestrzeń, jedzenie, higiena, temperatura, światło, dostęp do opieki medycznej, kontakt z innymi osobami zatrzymanymi i wizyty), zwykłe rutynowe czynności w miejscu zatrzymania oraz schemat domniemanego niewłaściwego traktowania (np. miejsce i pora dnia, w których tortury lub niewłaściwe traktowanie miały miejsce, czas ich trwania i inne podobne czynniki);

(g) opis faktów dotyczących domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, w tym zastosowanych metod. Ze zrozumiałych względów jest to często trudne, a śledczy nie powinni oczekiwać, że uzyskają pełną relację ze zdarzeń podczas jednego przesłuchania. Ważne jest, aby uzyskać dokładne informacje, ale pytania związane z intymnym upokorzeniem i napaścią będą traumatyczne, często silnie traumatyczne;

(h) czy dana osoba padła ofiarą napaści na tle seksualnym. Większość osób ma tendencję do odpowiadania na pytanie o domniemaną napaść seksualną jako oznaczającą rzeczywisty gwałt lub sadozmysł. Śledczy powinni być wyczuleni na fakt, że napaści słowne, rozbieranie, obmacywanie, lubieżne lub upokarzające czyny, uderzenia lub porażenia prądem w genitalia często nie są odbierane przez ofiarę jako napaść na tle seksualnym, a dzieci mogą nie rozumieć pojęcia napaści na tle seksualnym lub jej nie rozpoznawać. Wszystkie te działania naruszają intymność jednostki i należy je uznać za nieodłączną część napaści na tle seksualnym. Bardzo często ofiary napaści na tle seksualnym nic nie mówią, a nawet zaprzeczają, że taka napaść miała miejsce. Często dopiero podczas drugiej lub nawet trzeciej wizyty, jeśli nawiązany kontakt był oparty na empatii i uwzględniał aspekt płci, orientacji seksualnej, kultury i osobowości danej osoby, ujawnia się więcej historii napaści na tle seksualnym (zob. pkt 274-276 poniżej);

(i) obrażenia fizyczne odniesione w trakcie domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, a także inne powiązane natychmiastowe i długotrwałe szkody fizyczne;

(j) doznane natychmiastowe i długotrwałe szkody psychiczne, ograniczenia funkcjonalne oraz społeczno-ekonomiczny wpływ domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania na daną osobę i jej rodzinę;

(k) opis broni lub innych rzekomo użytych przedmiotów. Jeśli rzekomo użyto sprzętu specjalnie zaprojektowanego do tortur, wszelkie informacje o jego typie, marce (producencie) i kraju pochodzenia;

(l) tożsamość świadków zdarzeń obejmujących domniemane tortury lub niewłaściwe traktowanie;

(m) opis wszelkich innych istotnych dowodów, takich jak wszelkie nagrania domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania lub wydarzeń prowadzących do nich lub następujących po nich, a także istnienie dokumentów, takich jak oświadczenie podpisane pod groźbą tortur lub niewłaściwego traktowania.

*(vii) Oświadczenie osoby, która rzekomo doświadczyła tortur, i innych świadków*

221. Oficjalnie upoważniony śledczy, posiadający mandat i zdolność do przechowywania dokumentacji, powinien nagrać na taśmie szczegółowe zeznanie danej osoby i zlecić jego transkrypcję. Śledczy powinien zadawać pytania otwarte o szerokim zakresie (tj. pytania wymagające odpowiedzi narracyjnej), aby uzyskać szeroką, nieprzerwaną relację, oraz bardziej szczegółowe pytania otwarte, aby uzyskać konkretne szczegóły i wyjaśnienia. Oświadczenie lub notatki z przesłuchania powinny opierać się na odpowiedziach udzielonych na pytania otwarte, takie jak „Proszę powiedzieć, wyjaśnić i opisać” (np. „Proszę powiedzieć mi, co ...”, „Proszę wyjaśnić mi, co ...” i „Proszę opisać mi ...”), oraz pytania otwarte rozpoczynające się od „co”, „kto”, „kiedy”, „gdzie”, „jak” i „skąd Pan/Pani to wie” dotyczące domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania. „Dlaczego” zazwyczaj nie jest produktywnym typem pytania, ponieważ może zachęcać do odpowiedzi opartej na opinii, a nie na faktach, a także może być stygmatyzujące lub

obwiniające. Śledczy nie powinni zadawać pytań naprowadzających. Pytania, które nie są naprowadzające, nie zawierają założeń ani wniosków i pozwalają danej osobie na złożenie najbardziej kompletnych i bezstronnych zeznań. Przykłady pytań, które nie są naprowadzające, to „Co się stało?” i „Gdzie to się stało?” zamiast „Czy był(a) Pan(i) torturowany(-a) w więzieniu?”. To ostatnie pytanie zakłada, że to, co spotkało świadka, było torturą i ogranicza miejsce działań do więzienia. Należy unikać zadawania pytań zawierających listę odpowiedzi, ponieważ może to skłonić daną osobę do udzielenia niedokładnych odpowiedzi, jeśli to, co faktycznie się wydarzyło, nie pasuje dokładnie do jednej z opcji. Należy pozwolić osobom opowiedzieć własną relację z wydarzeń bez przerywania im, aby najpierw uzyskać swobodną relację, ale pomagać im, zadając pytania, które zwiększają szczegółowość. Należy zachęcać osoby do używania wszystkich zmysłów w opisywaniu tego, co im się przydarzyło. Należy zapytać, jakie zapachy czuli, co słyszeli i co odczuwali. Jest to ważne na przykład w sytuacjach, w których dana osoba mogła mieć związane oczy lub doświadczyła napaści w ciemności. Podobne względy mają zastosowanie, z odpowiednimi dostosowaniami, do zeznań innych świadków, w tym krewnych domniemanych ofiar, współzatrzymanych i funkcjonariuszy, w związku z ustaleniem istotnych faktów dotyczących domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, w tym faktów mających miejsce przed takim traktowaniem, w jego trakcie i po jego zakończeniu.

#### *(viii) Oświadczenia domniemanych sprawców*

**222.** Śledczy powinni dążyć do wszelkich starań, aby przesłuchać domniemanych sprawców. W razie potrzeby śledczy powinni wykorzystać okazania lub inne czynności dochodzeniowe w celu zidentyfikowania domniemanych sprawców. Śledczy muszą zapewnić domniemanym sprawcom ochronę prawną gwarantowaną przez prawo międzynarodowe i krajowe. Obejmuje to zabezpieczenia przed arbitralnym aresztowaniem i zatrzymaniem, domniemanie niewinności i prawo do rzetelnego procesu sądowego. Takie gwarancje nie obejmują amnestii, immunitetów ani innych mechanizmów, które skutkują bezkarnością sprawców.

#### **(b) Zabezpieczanie i uzyskiwanie dowodów rzeczowych**

**223.** Jednym z najważniejszych aspektów dokładnego i bezstronnego dochodzenia w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania jest gromadzenie i analiza dowodów rzeczowych. Dowody rzeczowe obejmują wszelkie przedmioty lub materiały fizyczne, które mogą dostarczyć istotnych informacji pomagających ustalić, czy tortury miały miejsce, lub zapewnić powiązanie między torturami a ich domniemaną ofiarą lub między torturami a ich domniemanym sprawcą (sprawcami). Do dowodów rzeczowych zalicza się: (a) materiały fizyczne, takie jak opaski na oczy, taśmy, ubrania lub urządzenia elektryczne; (b) broń, taką jak noże, pałki lub inne narzędzia tortur; (c) materiały biologiczne/kryminalistyczne, w tym ślinę, krew, wymiociny, nasienie i wydzielinę z pochwy; (d) przedmioty elektroniczne/cyfrowe, takie jak telefony lub komputery; (e) analizy toksykologiczne, wykazujące obecność narkotyków, trucizn lub alkoholu; (f) ślady, takie jak włókna lub włosy; (g) odciski, w tym odciski palców, stóp i cechy szczególnie; oraz (h) miejsca domniemanych naruszeń, takie jak ośrodki zatrzymań.

**224.** Pod warunkiem że śledczy mają uprawnienia prawne i profesjonalne przeszkolenie wymagane do zbierania i przechowywania odpowiednich dowodów rzeczowych, a także zasoby do właściwego i bezpiecznego przechowywania, transportu i zabezpieczania takich dowodów, powinni oni zebrać jak największą liczbę dowodów rzeczowych, aby udokumentować incydent lub wzorzec tortur lub niewłaściwego traktowania. Śledczy, którzy nie mają uprawnień, możliwości lub zasobów, nie powinni zbierać dowodów rzeczowych, a zamiast tego dokumentować dowody przez zapisywanie notatek, rysowanie szkiców oraz fotografowanie lub nagrywanie wideo dowodów. Śledczy powinni dokumentować łańcuch dowodowy związany z odzyskiwaniem i przechowywaniem dowodów rzeczowych w celu wykorzystania takich dowodów w przyszłych postępowaniach sądowych, w tym w potencjalnych postępowaniach karnych.

**225.** Większość przypadków tortur i niewłaściwego traktowania ma miejsce w miejscach zatrzymań, w których zachowanie dowodów rzeczowych lub nieograniczony dostęp do nich mogą być początkowo trudne lub nawet niemożliwe. Śledczy muszą być upoważnieni przez państwo do uzyskania nieograniczonego dostępu do dowolnego miejsca lub lokalu i być w stanie zabezpieczyć otoczenie, w którym

rzekomo miały miejsce tortury. Personel dochodzeniowo-śledczy i inni śledczy powinni koordynować swoje działania w celu przeprowadzenia dokładnego dochodzenia w miejscu, w którym rzekomo doszło do tortur. Śledczy muszą mieć nieograniczony dostęp do miejsca, w którym rzekomo doszło do tortur lub niewłaściwego traktowania. Ich dostęp musi dotyczyć m.in. otwartych lub zamkniętych obszarów, w tym budynków, pojazdów, biur, cel więziennych lub innych pomieszczeń, w których rzekomo miały miejsce tortury lub niewłaściwe traktowanie.

**226.** Miejsce naruszenia/miejsce przestępstwa, takie jak miejsce zatrzymania, może zawierać przydatne dowody fizyczne, cyfrowe i dowody w postaci dokumentów, które mogą potwierdzić zeznania złożone przez domniemaną ofiarę lub innych świadków. Współpraca z ekspertami klinicznymi i biegłymi z zakresu kryminalistyki ma kluczowe znaczenie dla odzyskiwania i analizowania dowodów obecnych w miejscach naruszeń oraz zapewnienia właściwego łańcucha dowodowego. Każdy budynek lub obszar objęty dochodzeniem musi zostać zamknięty, aby nie utracić ewentualnych dowodów ani nie narazić ich na ryzyko zanieczyszczenia. Tylko odpowiednio przeszkoleni śledczy i ich pracownicy powinni mieć prawo wstępu na obszar, który został oznaczony jako objęty dochodzeniem. Miejsce zdarzenia należy zbadać pod kątem dowodów rzeczowych.

**227.** Wszystkie dowody muszą być odpowiednio gromadzone, przenoszone, pakowane, etykietowane i przechowywane, aby zapobiec zanieczyszczeniu, manipulacjom lub utracie dowodów. Jeśli tortury lub niewłaściwe traktowanie miały rzekomo miejsce wystarczająco niedawno, aby takie dowody były istotne, wszelkie znalezione próbki płynów ustrojowych (takich jak krew lub nasienie), włosów, włókien i nici należy zebrać, oznakować i odpowiednio zabezpieczyć. Wszelkie narzędzia, które mogłyby zostać użyte do zadawania tortur, niezależnie od tego, czy są przeznaczone do tego celu, czy też zostały użyte przypadkowo, należy zabrać i zabezpieczyć. Jeśli znalezione odciski palców są na tyle aktualne, że mogą mieć znaczenie, należy je zdjąć i zabezpieczyć. Oznaczony szkiełko lokal lub miejsca, w którym rzekomo miały miejsce tortury, musi być wykonany w skali i pokazywać wszystkie istotne szczegóły, takie jak lokalizacja pięt w budynku, pokoje, wejścia, okna, meble i otaczający teren. Należy

również wykonać kolorowe zdjęcia lub nagrania wideo w celu zarejestrowania wymienionych elementów. Należy sporządzić rejestr tożsamości wszystkich osób w miejscu, w którym rzekomo doszło do tortur, zawierający imiona i nazwiska, adresy i numery telefonów lub inne informacje kontaktowe. Jeśli tortury miały miejsce na tyle niedawno, że może to mieć znaczenie, należy przeprowadzić inwentaryzację odzieży domniemanego ofiary tortur, jej pościeli, prześcieradeł, opasek na oczy i innych istotnych dowodów, a następnie zbadać je w laboratorium, jeśli jest dostępne, pod kątem obecności płynów ustrojowych i innych dowodów rzeczowych. Należy uzyskać informacje od wszystkich osób obecnych na terenie dochodzenia lub w obszarze objętym dochodzeniem, aby ustalić, czy były one świadkami incydentów domniemanego torturowania lub niewłaściwego traktowania. Wszelkie istotne pisma, zapisy lub dokumenty należy zachować do celów dowodowych i analizy pisma odręcznego.

#### (c) Dowody medyczno-prawne

**228.** Dokumentacja medyczno-prawna może mieć formę notatek, schematów medycznych (w tym schematów ciała, takich jak te zawarte w załączniku III, aby wskazać miejsce obrażeń), oficjalnych zaświadczeń lekarskich, plików komputerowych, cyfrowych plików mobilnych, nagrań, zdjęć, raportów lub ich kombinacji. Zbieranie dowodów medyczno-prawnych polega na gromadzeniu: (a) opisowej historii domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, relacji z badania medycznego (fizycznego i psychologicznego) oraz dokumentacji ustaleń do celów poparcia oraz, w miarę możliwości, przechowywania i przetwarzania próbek; oraz (b) dowodów rzeczowych - próbek kryminalistycznych - z ciała domniemanej ofiary (domniemanych ofiar) (lub innych zaangażowanych osób). Dowody medyczno-prawne powinni gromadzić, przetwarzać i analizować wyłącznie przeszkoleni specjaliści z zakresu medycyny i medycyny sądowej. Śledczy zwracający się do służb medycznych o przekazanie dokumentacji medycznej lub informacji o pacjencie powinni to robić wyłącznie w sytuacjach, w których są należycie upoważnieni i mają wymagane uprawnienia na mocy prawa, przy jednoczesnym pełnym uwzględnieniu poufności, ochrony danych i świadomej zgody.

**229.** Śledczy powinni zorganizować badania lekarskie domniemanych ofiar. Szczególnie ważna jest terminowość takich badań lekarskich. Badanie medyczno-prawne należy przeprowadzić niezależnie od czasu, jaki upłynął od domniemanego torturowania lub niewłaściwego traktowania, i należy je zorganizować w trybie pilnym, zanim ustąpią ostre objawy. Badanie powinno obejmować ocenę potrzeby leczenia urazów i chorób, pomocy psychologicznej, porad i działań następczych (zob. rozdział V, aby zapoznać się z opisem klinicznej oceny dowodów rzeczowych). Badania medyczno-prawne powinny odbywać się wyłącznie za świadomą zgodą domniemanych ofiar, w tym w odniesieniu do ich prawa do bycia badanym przez lekarza wybranej przez nich płci, w miejscach, które są prywatne i bezpieczne. Najlepiej byłoby, gdyby leczenie kliniczne i badania medyczno-prawne były przeprowadzane w tym samym czasie, aby zmniejszyć liczbę procedur, przez które musi przejść ofiara. Ocena psychologiczna domniemanej ofiary tortur jest zawsze konieczna i może być częścią badania fizykalnego lub, w sytuacjach, w których nie ma oznak fizycznych, może być przeprowadzona wyłącznie jako ocena psychologiczna (zob. rozdział VI, aby zapoznać się z opisem klinicznej oceny dowodów psychologicznych). W sytuacjach, w których istnieje domniemanie, że dana osoba zmarła w wyniku tortur lub niewłaściwego traktowania lub po poddaniu jej takim nadużyciom, śledczy zorganizuje przeprowadzenie sekcji zwłok zgodnie z uznanymi normami międzynarodowymi<sup>367</sup>.

**230.** W zasadach stambulskich wskazano, że lekarze klinicyści powinni przedstawić „interpretację prawdopodobnego związku ustaleń fizycznych i psychologicznych z możliwymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem”<sup>368</sup>. Interpretując ustalenia, lekarze klinicyści powinni ocenić stopień spójności między ustaleniami fizycznymi i psychologicznymi a zarzutami tortur lub niewłaściwego traktowania. Dodatkowe wskazówki dotyczące interpretacji fizycznych i psychologicznych dowodów tortur i niewłaściwego traktowania znajdują się w rozdziałach IV, V i VI (zob. pkt 379-381, 417-423 i 540-545) oraz załączniki I i IV. Jeśli lekarz klinicysta uzna, że istnieją kliniczne powody niespójnych wyników, należy to omówić (zob.

pkt 268, 342-353 i 386 poniżej). Zasady stambulskie zawierają również wymóg, aby lekarze klinicyści przedstawiali opinie kliniczne na temat ogólnej możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Formułując opinię kliniczną na temat możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania, lekarze klinicyści powinni wziąć pod uwagę wszystkie istotne dowody kliniczne, w tym „wyniki badań fizycznych i psychologicznych, informacje historyczne, wyniki badań fotograficznych, wyniki badań diagnostycznych, wiedzę na temat regionalnych praktyk stosowania tortur, sprawozdania z konsultacji itp.”, zgodnie z załącznikiem IV. Oprócz przedstawienia wniosków dotyczących możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania lekarze klinicyści powinni jeszcze raz wskazać obecne objawy i niepełnosprawność oraz prawdopodobny wpływ na funkcjonowanie społeczne, a także przedstawić wszelkie zalecenia dotyczące dalszej oceny i opieki nad daną osobą.

**231.** Śledczy powinien upewnić się, czy każda ocena kliniczna jest zgodna z najwyższymi standardami i Protokołem stambulskim oraz jego zasadami, aby uniknąć konieczności powtórnej oceny klinicznej. W sytuacjach, w których ocena kliniczna uprzednio przeprowadzona lub zorganizowana przez śledczego nie została przeprowadzona zgodnie z Protokołem stambulskim i jego zasadami, w tym ze względu na obawy, że status oceniającego lekarza klinicysty jako pracownika rządowego mógł mieć wpływ na ocenę, śledczy powinien zlecić drugą ocenę kliniczną przeprowadzoną przez kompetentnego, niezależnego pracownika ochrony zdrowia. Śledczy powinien respektować prawo domniemanych ofiar tortur lub niewłaściwego traktowania i członków ich rodzin do zażądania niezależnej oceny klinicznej i sprawozdania w dowolnym momencie<sup>369</sup>. W sytuacjach, w których wcześniejszą ocenę przeprowadzono bez przestrzegania tych standardów, oceniający lekarz klinicysta powinien podejść do ewentualnego drugiego badania z dodatkową ostrożnością i wprowadzić środki łagodzące dotyczące ryzyka wynikającego z powielania działań, w tym ryzyka retraumatyzacji i niespójności w związku z wtórnym wywiadem. Oceny kliniczne przeprowadzane przez zagranicznych ekspertów

<sup>367</sup> The Minnesota Protocol on the Investigation of Potentially Unlawful Death: the Revised United Nations Manual on the Effective Prevention and Investigation of Extra-legal, Arbitrary and Summary Executions [Protokół z Minnesoty w sprawie śledztwa dotyczącego potencjalnie bezprawnej śmierci: zmieniiony podręcznik ONZ dotyczący skutecznego zapobiegania pozasądowym, arbitralnym i doraźnym egzekucjom oraz prowadzenia postępowań przygotowawczych w ich sprawie] (publikacja ONZ, 2017).

<sup>368</sup> Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego 55/89, załącznik, pkt 6 lit. b) ppkt (iv).

<sup>369</sup> A/69/387, pkt 39 oraz Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia, zasada 25.

powinny być dozwolone za zgodą lub na wniosek domniemanych ofiar albo członków ich rodzin, jeśli domniemane ofiary nie są w stanie wyrazić zgody lub złożyć takiego wniosku.

**(d) Dowody cyfrowe i dochodzenia oparte na cyfrowych informacjach ze źródeł otwartych**

**232.** Śledczy musi starać się zabezpieczyć wszelkie informacje dowodowe, które są przechowywane, odbierane lub przesyłane przez urządzenie elektroniczne. Dowody cyfrowe mogą być w szczególności uzyskane podczas konfiskaty urządzeń elektronicznych, takich jak komputery i telefony komórkowe, a także poprzez przeglądanie internetu w poszukiwaniu informacji ze źródeł otwartych. Jeśli dowody cyfrowe zostaną odzyskane z zajętych urządzeń elektronicznych, takie urządzenia muszą zostać zabezpieczone jako dowody rzeczowe, a ekspert cyfrowy, który wyodrębnił dane, powinien przygotować sprawozdanie lub oświadczenie możliwe do wykorzystania w sądzie. Dowody cyfrowe obejmują: (a) elektroniczną dokumentację medyczną; (b) nagrania wideo zarejestrowane przez kamery przemysłowe; (c) zdjęcia i nagrania wideo, na przykład miejsc naruszeń i obrażeń fizycznych, wykonane za pomocą urządzeń mobilnych, takich jak aparaty cyfrowe lub smartfony; (d) zdjęcia, nagrania wideo lub inne informacje opublikowane w mediach społecznościowych; (e) informacje przechowywane na dyskach twardych komputerów i innych urządzeniach peryferyjnych, takich jak karty pamięci, dyski USB i CD-ROM; (f) e-maile, wiadomości tekstowe i czaty w komunikatorach internetowych; (g) zdjęcia lotnicze i obrazy satelitarne, na przykład tajnego ośrodka zatrzymań lub innego miejsca naruszenia; (h) informacje o lokalizacji przechowywane w telefonie komórkowym lub mediach społecznościowych; oraz (i) metadane, czyli informacje, które dostarczają informacji o pliku (np. czas i miejsce wykonania zdjęcia cyfrowego). Autentyczność dowodów cyfrowych ma kluczowe znaczenie dla ich wykorzystania jako dowodów. Ich autentyczność należy zatem zweryfikować przy użyciu uznanych technik kryminalistyki cyfrowej.

**233.** Zgodnie ze sprawozdaniem z Berkeley dotyczącym dochodzeń opartych na cyfrowych informacjach ze źródeł otwartych:

Dochodzenia oparte na informacjach ze źródeł otwartych to dochodzenia, które opierają się, w całości lub w części, na publicznie dostępnych informacjach, co pozwala prowadzić formalne i systematyczne śledztwa online w sprawie domniemanych działań bezprawnych. Obecnie duże ilości publicznie dostępnych informacji są osiągalne za pośrednictwem internetu, gdzie szybko ewoluujący krajobraz cyfrowy doprowadził do powstania nowych rodzajów i źródeł informacji, które mogą pomóc w dochodzeniu w sprawie domniemanych naruszeń praw człowieka i poważnych przestępstw międzynarodowych. Możliwość zbadania takich zarzutów ma szczególną wartość dla śledczych, którzy nie mają fizycznego dostępu do miejsc zbrodni w odpowiednim czasie, co często występuje w przypadku dochodzeń międzynarodowych.

Informacje ze źródeł otwartych mogą dostarczać wskazówek, wspierać dane wywiadowcze i służyć jako bezpośrednie dowody w sądach. Aby mogły być one jednak wykorzystywane w formalnych procesach dochodzeniowych, w tym w dochodzeniach prawnych, misjach informacyjnych i w ramach komisji śledczych, śledczy muszą stosować spójne metody, które zarówno zwiększają dokładność ich ustaleń, jak i pozwalają sędziom i innym osobom ustalającym fakty lepiej ocenić jakość samego procesu dochodzenia<sup>370</sup>.

**(e) Zdjęcia**

**234.** Należy wykonać kolorowe zdjęcia obrażeń ciała osób, które twierdzą, że były torturowane lub źle traktowane (za ich zgodą), pomieszczeń, w których rzekomo miały miejsce tortury lub niewłaściwe traktowanie (wewnątrz i na zewnątrz) oraz wszelkich innych znalezionych tam dowodów rzeczowych. Niezbędna jest taśma miernicza lub inny sposób pokazania skali na zdjęciu. Zdjęcia należy wykonać tak szybko, jak to możliwe, nawet przy użyciu podstawowego aparatu fotograficznego lub innego odpowiedniego urządzenia, ponieważ

<sup>370</sup> Centrum Praw Człowieka, University of California, Berkeley, School of Law, oraz Biuro OHCHR, Berkeley Protocol on Digital Open Source Investigations: A Practical Guide on the Effective Use of Digital Open Source Information in Investigating Violations of International Criminal, Human Rights and Humanitarian Law [Sprawozdanie z Berkeley dotyczące dochodzeń opartych na cyfrowych informacjach ze źródeł otwartych: praktyczny przewodnik na temat skutecznego wykorzystywania cyfrowych informacji ze źródeł otwartych w dochodzeniach w sprawie naruszeń międzynarodowego prawa karnego, praw człowieka i prawa humanitarnego] (Nowy Jork i Genewa, 2020), s. vii.



niektóre oznaki fizyczne szybko zanikają, a miejsca mogą zostać zanieczyszczone. Natychmiastowo wywołane zdjęcia mogą z czasem ulec zniszczeniu. Preferowane są bardziej profesjonalne zdjęcia, które należy wykonać, gdy tylko sprzęt będzie dostępny. Jeśli to możliwe, zdjęcia należy wykonać przy użyciu aparatu cyfrowego, który rejestruje datę i godzinę (na samym zdjęciu lub jako metadane dołączone do zdjęcia w formie elektronicznej). Jeśli używana jest kamera filmowa, w miarę możliwości powinna ona być wyposażona w automatyczną funkcję daty i godziny, a łańcuch dowodowy dotyczący filmu, negatywów i odbitek musi być w pełni udokumentowany. Należy zachować szczególną ostrożność w odniesieniu do przechowywania i wykorzystywania intymnych obrazów. Jeśli zdjęcia analogowe wykonuje ktoś inny niż śledczy, ich gromadzenie i obsługa powinny być zgodne z zasadami gromadzenia dowodów i łańcucha dowodowego.

#### (f) Dowody w postaci dokumentów

**235.** Dokumenty, zarówno urzędowe, jak i inne niż urzędowe, mogą być źródłem niezwykle istotnych informacji podczas dokumentowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Dowody w postaci dokumentów należy zbierać w szczególności z miejsc zatrzymań, budynków urzędowych, baz wojskowych, akt sądowych, archiwów szpitalnych, archiwów historycznych lub źródeł otwartych.

**236.** Dokumenty urzędowe obejmują: (a) wykazy więźniów i inne dokumenty dotyczące pozbawienia wolności (np. wykazy zgonów, dzienniki transferów i dzienniki dostaw żywności); (b) zaświadczenia lekarskie; (c) akta policyjne i akta dochodzeniowe; (d) skargi złożone do policji, krajowych instytucji praw człowieka, biur osób zaginionych lub innych; (e) dokumenty procesowe i wcześniejsze orzecznictwo; (f) sprawozdania wojskowe i wywiadowcze oraz inne dokumenty operacyjne (dzienniki służby, dzienniki transportu, rejestry logistyczne, sprawozdania z działań, plany i strategie wojskowe, rejestry komunikacji, pisemne polecenia i rozkazy); (g) dokumenty tożsamości i rejestracyjne, w tym oficjalne dokumenty dotyczące osób zaginionych i rejestracji grobów; oraz (h) oficjalne dokumenty archiwalne, takie jak protokoły posiedzeń rządu, dokumenty dowodzenia

i kontroli, wewnętrzne memoranda rządowe i dokumenty dyplomatyczne.

**237.** Dokumenty inne niż urzędowe obejmują: (a) inną dokumentację zdrowotną; (b) sprawozdania i rejestry organizacji społeczeństwa obywatelskiego, w tym pozarządowych organizacji praw człowieka; (c) artykuły prasowe i materiały dziennikarskie, w tym notatki sporządzone przez dziennikarzy nieuwzględnione w publikacjach; (d) relacje sygnalistów/osób postronnych dotyczące istotnych wydarzeń, praktyk i informacji; (e) pamiętniki i słowa wydrapane na ścianie, na przykład w miejscu zatrzymania; oraz (f) szkice, na przykład miejsc, w których doszło do naruszeń.

#### D. Komisje śledcze

**238.** Komisje śledcze odgrywają ważną rolę w pociąganiu sprawców do odpowiedzialności, reagowaniu na potrzeby ofiar, określaniu odpowiedzialności instytucjonalnej, proponowaniu reform instytucjonalnych, prawnych i personalnych oraz propagowaniu pojednania<sup>371</sup>. Niemniej sama komisja śledcza „nigdy nie jest wystarczająca do pełnego wypełnienia zobowiązań państwa wynikających z prawa międzynarodowego w odniesieniu do tortur i innych form niewłaściwego traktowania” i „należy zadbać o to, aby praca komisji w żaden sposób nie utrudniała ścigania”<sup>372</sup>.

##### 1. Ustalenie zakresu dochodzenia

**239.** Państwa i organizacje powołujące komisje śledcze muszą określić ramy dochodzenia poprzez ustalenie zakresu kompetencji powoływanej komisji śledczej. Ustalenie zakresu kompetencji komisji może znacznie zwiększyć powodzenie jej działań, zapewniając legitymizację postępowania, wsparcie członków komisji w osiągnięciu konsensusu co do zakresu dochodzenia i narzędzia oceny sprawozdania końcowego przygotowanego przez komisję. Powierzenie komisji śledczej określonego zadania musi iść w parze z zapewnieniem odpowiednich zasobów umożliwiających komisji wykonanie tego zadania. Zalecenia dotyczące ustalania zakresu kompetencji są następujące:

(a) należy go sformułować w sposób neutralny, aby nie sugerować z góry określonego wyniku.

<sup>371</sup> A/HRC/19/61, pkt 26.

<sup>372</sup> Tamże, pkt 69 i 55. Zob. również zaktualizowany zbiór zasad ochrony i propagowania praw człowieka poprzez działania mające na celu zwalczanie bezkarności, zasady 6-13.

Aby zachować neutralność, zakres kompetencji nie może ograniczać dochodzeń w obszarach, w których może dojść do ujawnienia odpowiedzialności państwa za tortury lub niewłaściwe traktowanie;

(b) należy precyzyjnie określić, które wydarzenia i kwestie mają zostać zbadane i uwzględnione w sprawozdaniu końcowym komisji;

(c) należy zagwarantować elastyczność w zakresie dochodzenia, tak aby zapewnić, by dokładne dochodzenie komisji nie było utrudnione przez zbyt restrykcyjny lub zbyt szeroki zakres kompetencji. Niezbędną elastyczność można osiągnąć na przykład poprzez zezwolenie komisji na zmianę jej zakresu uprawnień w razie potrzeby. Ważne jest jednak, aby Komisja informowała opinię publiczną o wszelkich zmianach w swoim mandacie.

## 2. Uprawnienia komisji

240. Uprawnienia komisji należy określić w drodze ogólnych zasad. Komisja potrzebuje w szczególności:

(a) uprawnienia do uzyskiwania wszelkich informacji niezbędnych do przeprowadzenia dochodzenia, w tym uprawnienia do wydawania nakazu złożenia zeznań pod sankcją prawną, do nakazania przedstawienia dokumentów, w tym dokumentacji państwowej i medycznej, oraz do ochrony świadków, rodzin ofiar i innych źródeł;

(b) uprawnienia do wydania publicznego sprawozdania;

(c) uprawnienia do przeprowadzania kontroli na miejscu, w tym w miejscu, w którym podejrzewa się, że doszło do tortur lub niewłaściwego traktowania;

(d) uprawnienia do otrzymywania dowodów od świadków i organizacji znajdujących się poza granicami kraju.

## 3. Kryteria członkostwa

241. Członkowie komisji powinni być wybierani ze względu na swoje doświadczenie i uznaną bezstronność, kompetencje i niezależność jako osoby fizyczne, jak określono poniżej:

(a) *Bezstronność*. Członkowie komisji nie powinni być blisko związani z żadną osobą, podmiotem państwowym, partią polityczną lub inną organizacją potencjalnie zamieszana w tortury lub niewłaściwe traktowanie. Nie powinni być zbyt blisko związani z organizacją lub grupą, której członkiem jest ofiara, ponieważ może to zaszkodzić wiarygodności komisji. Nie powinno to jednak stanowić usprawiedliwienia dla powszechnych wyłączeń z komisji, na przykład członków dużych organizacji, których członkiem jest również ofiara, lub osób związanych z organizacjami zajmującymi się leczeniem i rehabilitacją ofiar tortur;

(b) *Kompetencje*. Członkowie komisji muszą być zdolni do oceny i analizy dowodów oraz do wydawania rzeczowych osądów. Jeśli to możliwe, w skład komisji śledczych powinny wchodzić osoby posiadające specjalistyczną wiedzę z zakresu prawa, medycyny i innych odpowiednich dziedzin;

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

(d) *Reprezentacja*. Skład komisji powinien zapewniać odpowiednią reprezentację płci oraz osób o cechach i doświadczeniach istotnych w danym kontekście.

242. Obiektywność dochodzenia i ustaleń komisji może m.in. zależeć od tego, czy składa się ona z trzech lub większej liczby członków, a nie jednego lub dwóch. Na ogół pojedynczy członek komisji nie powinien prowadzić dochodzeń w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania. Pojedynczy, odizolowany członek komisji będzie zasadniczo ograniczony pod względem szczegółowości dochodzenia, które może przeprowadzić samodzielnie. Ponadto będzie musiał podejmować kontrowersyjne i ważne decyzje bez debaty i będzie szczególnie podatny na naciski ze strony państwa i innych podmiotów zewnętrznych.

## 4. Personel komisji

243. Komisje śledcze powinny mieć w swoim składzie bezstronnych, fachowych doradców. W przypadku gdy komisja bada zarzuty dotyczące niewłaściwego postępowania państwa, wskazane byłoby wyznaczenie doradcy spoza ministerstwa sprawiedliwości. Główny doradca komisji powinien być odizolowany od wpływów

politycznych, tj. odbywać kadencję w służbie cywilnej lub występować jako całkowicie niezależny członek palestry. Dochodzenie będzie często wymagało pomocy ekspertów. Komisja powinna dysponować specjalistyczną wiedzą techniczną w takich dziedzinach jak patologia, medycyna sądowa, psychiatria, psychologia, ginekologia i pediatria. Aby przeprowadzić w pełni bezstronne i dokładne dochodzenie, komisja prawie zawsze potrzebowałaby własnych śledczych do poszukiwania tropów i opracowywania dowodów. Wiarygodność dochodzenia została by zatem znacznie zwiększona w zakresie, w jakim komisja mogłaby polegać na własnych śledczych.

#### 5. Ochrona świadków

244. Państwo chroni skarżących, świadków, osoby prowadzące dochodzenie i ich rodziny przed przemocą, groźbami przemocy lub wszelkimi innymi formami zastraszania (zob. pkt 204-207 powyżej). Jeśli komisja dojdzie do wniosku, że istnieje uzasadniona obawa przed prześladowaniem, nękaniami lub wyrządzeniem krzywdy jakiegokolwiek świadkowi lub potencjalnemu świadkowi, komisja może uznać za wskazane, aby przesłuchać go na posiedzeniu niejawnym, zachować tożsamość informatora lub świadka w tajemnicy, wykorzystać wyłącznie dowody, które nie spowodują ryzyka zidentyfikowania świadka oraz wprowadzić inne odpowiednie środki.

#### 6. Postępowanie

245. Z ogólnych zasad postępowania karnego wynika, że przesłuchania powinny być jawne, chyba że postępowanie prowadzone z wyłączeniem jawności jest konieczne w celu ochrony bezpieczeństwa lub prywatności świadka. Postępowanie prowadzone z wyłączeniem jawności powinno być nagrywane, a zapieczętowane, niepublikowany zapis przechowywany w znanym miejscu. Niekiedy, aby zachęcić do składania zeznań, może być wymagana całkowita poufność, a komisja może chcieć przesłuchać świadków prywatnie, nieformalnie lub bez rejestrowania zeznań.

#### 7. Zawiadomienie o dochodzeniu

246. Należy przedstawić kompleksowe zawiadomienie o powołaniu komisji i przedmiocie dochodzenia. Zawiadomienie powinno zawierać zaproszenie do przedłożenia komisji istotnych informacji i pisemnych oświadczeń oraz instrukcje dla osób chętnych do złożenia zeznań. Zawiadomienia mogą być rozpowszechniane za pośrednictwem gazet, czasopism, radia, telewizji, ulotek i plakatów.

#### 8. Pozyskiwanie dowodów

247. Komisje śledcze powinny mieć prawo do wydawania nakazu złożenia zeznań i przedstawiania dokumentów, a także prawo do wymuszania zeznań od urzędników rzekomo zaangażowanych w tortury lub niewłaściwe traktowanie. W praktyce uprawnienie to może obejmować prawo do nakładania grzywien lub kar, jeśli urzędnicy państwowi lub inne osoby odmówią współpracy. Komisje śledcze powinny wzywać osoby do składania zeznań lub pisemnych oświadczeń, co stanowi pierwszy krok w gromadzeniu dowodów. Pisemne oświadczenia mogą stać się ważnym źródłem dowodów, jeśli ich autorzy obawiają się zeznawać, nie mogą dotrzeć do miejsca, w którym odbywa się postępowanie, lub są w inny sposób niedostępni. Komisje śledcze powinny zapoznać się z innymi postępowaniami, które mogłyby dostarczyć istotnych informacji.

#### 9. Prawa stron

248. Osoby, które twierdzą, że były torturowane (lub cierpiały z powodu niewłaściwego traktowania) i ich przedstawiciele prawnych należy powiadamiać o wszelkich przesłuchaniach i przekazywać im wszystkie informacje istotne dla dochodzenia oraz umożliwiać im dostęp do takich przesłuchań i informacji, a ponadto muszą być oni uprawnieni do przedstawienia dowodów. Podkreślenie roli domniemyanych ofiar jako stron postępowania odzwierciedla szczególne znaczenie, jakie w prowadzeniu dochodzenia mają ich interesy. Wszystkie inne zainteresowane strony również powinny mieć jednak możliwość bycia wystuchanym. Organ dochodzeniowo-śledczy musi być uprawniony do wzywania świadków, w tym urzędników, którym zarzuca się zaangażowanie w przedmiotowe czyny, oraz do żądania przedstawienia dowodów. Wszyscy ci świadkowie powinni mieć możliwość skorzystania z pomocy prawnej, jeśli istnieje prawdopodobieństwo, że zostaną poszkodowani w wyniku dochodzenia, na przykład, gdy ich zeznania mogą narazić ich na

zarzuty karne lub odpowiedzialność cywilną. Świadców nie można zmuszać do zeznawania na własną niekorzyść. Komisja powinna umożliwić skuteczne przesłuchanie świadków. Strony dochodzenia powinny mieć możliwość sporządzenia na piśmie listy pytań do komisji.

## 10. Ocena dowodów

**249.** Komisja musi ocenić wszystkie otrzymane informacje i dowody w celu ustalenia ich wiarygodności i rzetelności. Komisja powinna ocenić zeznania ustne, biorąc pod uwagę postawę i ogólną wiarygodność świadka. Komisja musi być wrażliwa na kwestie społeczne, kulturowe i płciowe, które wpływają na zachowanie. Poparcie dowodów w kilku źródłach zwiększy ich wartość dowodową, a także wiarygodność dowodów ze słyszenia. Zanim komisja zaakceptuje dowody ze słyszenia jako fakt musi je dokładnie przeanalizować pod kątem wiarygodności. Zeznania, których nie zweryfikowano w drodze przesłuchania przez przedstawiciela strony przeciwnej, również należy traktować z ostrożnością. Zeznania z przesłuchania niejawnego utrwalone w zamkniętym rejestrze lub w ogóle nieutrwalone często nie mogą być przedmiotem przesłuchania przez przedstawiciela strony przeciwnej, a zatem mogą mieć mniejszą wartość dowodową.

## 11. Sprawozdanie komisji

**250.** W rozsądnym terminie Komisja powinna wydać publiczne sprawozdanie, które „powinno zostać powszechnie opublikowane, w sposób dostępny dla jak najszerszego grona odbiorców”<sup>373</sup>. Ponadto, gdy komisja nie jest jednomyślna w swoich ustaleniach, członkowie będący w mniejszości powinni przedstawić zdanie odrębne. Sprawozdania komisji śledczych powinny zawierać co najmniej następujące informacje:

- (a) zakres dochodzenia i zakres kompetencji;
- (b) procedury i metody oceny dowodów;
- (c) wykaz wszystkich świadków (w tym ich wiek i płeć), którzy zeznawali, z wyjątkiem tych, których tożsamość została utajniona, aby zapewnić im bezpieczeństwo, lub którzy

zeznawali na posiedzeniu niejawnym, oraz wyciąg otrzymanych dowodów rzeczowych;

- (d) czas i miejsce każdego posiedzenia (może być w formie załącznika do sprawozdania);
- (e) kontekst dochodzenia, tj. odpowiednie warunki społeczne, polityczne i gospodarcze<sup>374</sup>;
- (f) konkretne zdarzenia i dowody, na których opierają się takie ustalenia;
- (g) prawo, na podstawie którego działała komisja;
- (h) wnioski komisji oparte na obowiązującym prawie i ustaleniach faktycznych;
- (i) zalecenia oparte na ustaleniach komisji.

**251.** Państwo powinno niezwłocznie i publicznie odpowiedzieć na sprawozdanie komisji oraz, w stosownych przypadkach, wskazać, jakie kroki zamierza poczynić jako działania następcze, w szczególności w celu szybkiego i skutecznego wdrożenia zawartych w nim zaleceń.

## E. Rola prokuratorów, sędziów, krajowych instytucji praw człowieka i innych podmiotów w dochodzeniu w sprawie stosowania tortur

**252.** „Sędziowie, prokuratorzy i prawnicy odgrywają kluczową rolę w przestrzeganiu praw człowieka, w tym absolutnego i niedorogowalnego prawa do wolności od tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania”<sup>375</sup>.

### 1. Prokuratorzy

**253.** Prokuratorzy, w ramach sprawowania wymiaru sprawiedliwości, „odgrywają aktywną rolę w postępowaniu karnym, w tym wszczynają postępowanie karne oraz, jeżeli jest to dozwolone przez prawo lub zgodne z lokalną praktyką, w dochodzeniu w sprawie popełnienia przestępstwa, nadzorują legalność tych dochodzeń, nadzorują wykonywanie orzeczeń sądowych i wykonują inne funkcje jako

<sup>373</sup> A/HRC/19/61, pkt 77.

<sup>374</sup> Według specjalnego sprawozdawcy ds. tortur, „poza przytoczeniem faktów, sprawozdanie komisji śledczej powinno zawierać dokładny obraz sytuacji społecznej i politycznej, w której miały miejsce akty tortur i inne zbrodnie międzynarodowe. Co najważniejsze, w sprawozdaniu należy zidentyfikować luki w publicznym i prywatnym porządku instytucjonalnym, które umożliwiły naruszenie ochrony prawnej i proceduralnej oraz doprowadziły do kultury bezkarności za przestępstwa badane przez komisję” (Tamże, pkt 75).

<sup>375</sup> Rezolucja Rady Praw Człowieka 35/12, ustęp trzynasty preambuły. Zob. także Foley, *Combating Torture [Zwalczanie tortur]* (zob. przypis 240).

przedstawiciele interesu publicznego<sup>376</sup>. Czyniąc to, „prokuratorzy powinni zwracać należytą uwagę na ściganie przestępstw popełnionych przez funkcjonariuszy publicznych, w szczególności przestępstw korupcji, nadużycia władzy, poważnych naruszeń praw człowieka i innych przestępstw uznanych przez prawo międzynarodowe oraz, jeśli jest to dozwolone przez prawo lub zgodne z lokalną praktyką, na prowadzenie postępowań przygotowawczych w sprawie takich przestępstw<sup>377</sup>.

**254.** Co do zasady „prokuratorzy, zgodnie z prawem, wykonują swoje obowiązki rzetelnie, konsekwentnie i bez zbędnej zwłoki, a także szanują i chronią godność ludzką oraz przestrzegają praw człowieka, przyczyniając się w ten sposób do zapewnienia sprawiedliwości proceduralnej i sprawnego funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych<sup>378</sup>. Prokuratorzy mają obowiązek odmówić uwzględnienia dowodów, o których wiedzą lub co do których mają uzasadnione przekonanie, że zostały uzyskane w wyniku stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Muszą zapewnić, by wszelkie informacje, zeznania lub przyznanie się do winy uzyskane od osoby za pomocą takich środków były niedopuszczalne jako dowód przeciwko tej osobie w jakimkolwiek postępowaniu (zasada wyłączenia). Takie dowody, informacje, zeznania lub przyznanie się do winy mogą jednak zostać dopuszczone przeciwko każdej osobie oskarżonej o stosowanie tortur jako dowód na to, że zostały one uzyskane za pomocą tortur<sup>379</sup>. W takich przypadkach prokuratorzy muszą poinformować sąd o istnieniu tego typu dowodów i powinni poczynić wszelkie niezbędne kroki w celu zapewnienia, by osoby odpowiedzialne za stosowanie takich metod zostały pociągnięte do odpowiedzialności<sup>380</sup>.

**255.** Prokuratorzy muszą posiadać profesjonalne kwalifikacje i mieć zapewnione regularne szkolenia, odpowiednie zasoby, niezależność i ochronę, aby mogli wykonywać swoją rolę w kontekście dochodzeń w sprawie domniemych aktów tortur lub niewłaściwego traktowania zgodnie z niniejszym podręcznikiem. Organy ścigania powinny wydać

wytyczne dotyczące korzystania z tego podręcznika, a prokuratorzy powinni przechodzić regularne szkolenia w zakresie odpowiednich norm, metod dochodzeniowych i wprowadzanych zmian<sup>381</sup>. Prokuratorzy powinni korzystać ze swojej swobody decyzyjnej w sposób, który zakłada pełne poszanowanie zakazu tortur w całym postępowaniu sądowym. Nie powinni współuczestniczyć w umożliwianiu lub popełnianiu aktów tortur lub niewłaściwego traktowania bądź umożliwianiu bezkarności za takie akty.

**256.** Po tym, gdy prokuratorzy otrzymają skargę lub w inny sposób dowiedzą się o zarzucie tortur lub niewłaściwego traktowania, powinni niezwłocznie wprowadzić środki mające na celu zapewnienie szybkiego, bezstronnego, skutecznego dochodzenia, uwzględniającego aspekt płci i przyjaznego dziecku oraz przeprowadzonego zgodnie z niniejszym podręcznikiem<sup>382</sup>. Prokuratorzy powinni podjąć szybkie czynności dochodzeniowe zgodnie z niniejszym rozdziałem lub wnieść o podjęcie takich czynności. Powinni wszcząć w tym celu dochodzenie, a w sytuacjach, w których dochodzenie na jakimkolwiek etapie okaże się nieodpowiednie w świetle norm określonych w niniejszym podręczniku, należy ponownie otworzyć pierwotne dochodzenie lub wszcząć nowe. W trakcie całego postępowania prokuratorzy powinni podejmować wszelkie możliwe czynności, aby zapewnić ochronę ofiar i świadków. Obejmuje to wszczęcie postępowania przeciwko każdemu, kto zagraża integralności fizycznej lub psychicznej ofiar, świadków lub innych osób zaangażowanych w dochodzenie. Prokuratorzy powinni dążyć do ustalenia odpowiedzialności wszelkich urzędników lub innych osób zaangażowanych w akty tortur lub niewłaściwego traktowania i stawiać zarzuty w sprawie popełniania przestępstwa tortur lub niewłaściwego traktowania lub odpowiednich podobnych przestępstw na mocy prawa krajowego, w sytuacjach, w których dostępne są wystarczające dowody. W przypadkach, w których dowody są niewystarczające do postawienia zarzutów w sprawie popełnienia przestępstwa tortur lub niewłaściwego traktowania, prokuratorzy powinni rozważyć postawienie zarzutów w sprawie mniejszych

<sup>376</sup> Wytyczne dotyczące roli prokuratorów, pkt 11.

<sup>377</sup> Tamże, pkt 15.

<sup>378</sup> Tamże, pkt 12.

<sup>379</sup> Zob. w szczególności konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 15.

<sup>380</sup> Wytyczne dotyczące roli prokuratorów, pkt 16.

<sup>381</sup> A/69/387, pkt 67.

<sup>382</sup> CAT/C/54/2, pkt 92.

przestępstw lub zalecić wprowadzenie odpowiednich środków dyscyplinarnych. Wnioskując o karę, w szczególności karę pozbawienia wolności, prokuratorzy muszą upewnić się, czy jest ona współmierna do wagi przestępstwa, biorąc pod uwagę prawa i opinie ofiar tortur lub niewłaściwego traktowania oraz ich rodzin.

## 2. Sędziowie

**257.** „Niezależne i bezstronne sądownictwo (...) oraz integralność systemu sądownictwa są warunkami wstępnymi ochrony praw człowieka i stosowania rządów prawa oraz zapewnienia uczciwych procesów sądowych i sprawowania wymiaru sprawiedliwości bez jakiegokolwiek dyskryminacji”<sup>383</sup>. Sędziom należy zapewnić wymaganą niezawisłość, szkolenia, zasoby i ochronę, które umożliwią im odpowiednie wykonywanie ich wielorakich funkcji w kontekście dochodzeń i innych postępowań sądowych dotyczących tortur i niewłaściwego traktowania zgodnie z niniejszym podręcznikiem.

**258.** Sędziowie muszą być szczególnie czujni podczas sprawowania roli nadzorczej w zakresie swoich funkcji, aby zapewnić integralność fizyczną i psychiczną oraz dobrostan każdej osoby pozbawionej wolności<sup>384</sup>. Sędziowie wykonują władzę sądowniczą, aby nakazać i zapewnić, by podejrzani i zatrzymani nie byli arbitralnie zatrzymywani, zatrzymywani lub przenoszeni do miejsc, w których mogą być torturowani. W sytuacjach, w których władze państwowe lub inne osoby działające w charakterze urzędowym, a także sędziowie, wiedzą lub mają uzasadnione podstawy, aby sądzić, że tortury lub niewłaściwe traktowanie były, są lub będą popełniane przez podmioty państwowe lub prywatne, i w przypadku, gdy są do tego upoważnione, nie prowadzą dochodzenia, nie ścigają i nie karzą tych podmiotów, odpowiedzialność ponosi państwo. Urzędników, którzy nie wprowadzili środków w celu zapobieżenia takiemu traktowaniu, należy pociągnąć do odpowiedzialności za przyzwolenie na takie niedopuszczalne działania<sup>385</sup>. Komitet przeciwko Torturom przytacza konkretny przykład przypadku, w którym osoba ma zostać przekazana lub wysłana pod nadzór osoby lub instytucji, o której wiadomo, że była

zaangażowana w stosowanie tortur lub niewłaściwego traktowania lub nie wdrożyła odpowiednich zabezpieczeń<sup>386</sup>.

**259.** W sytuacjach, w których sędziowie podejrzewają, że dana osoba została poddana torturom lub niewłaściwemu traktowaniu, powinni wykorzystać swoją władzę sądowniczą i uprawnienia do wszczęcia dochodzenia lub poinformować prokuratorów, aby umożliwić im interwencję w tej sprawie. W szczególności w sytuacjach, w których osoby podejrzane lub oskarżone podnoszą zarzuty tortur lub niewłaściwego traktowania w trakcie postępowania sądowego lub procesu, sędziowie muszą podjąć działania w celu zapewnienia szybkiego, bezstronnego i skutecznego dochodzenia w sprawie takich zarzutów zgodnie z niniejszym podręcznikiem<sup>387</sup>. Zgodnie z art. 15 konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur sędzia nie może dopuścić żadnych dowodów, co do których istnieje domniemanie, że zostały uzyskane w wyniku tortur lub niewłaściwego traktowania, w sytuacjach, w których organy ścigania nie mogą wykazać, że takie dowody nie zostały uzyskane w ten sposób, z wyjątkiem dowodów przeciwko osobie oskarżonej o uzyskanie takich dowodów. Zakaz wykorzystywania dowodów lub informacji rzekomo uzyskanych w wyniku tortur (zasada wyłączenia) ma zastosowanie do wszelkich postępowań, w tym postępowań sądowych i pozasądowych, takich jak postępowania karne i administracyjne oraz ekstradycyjne<sup>388</sup>.

**260.** Sędziowie upoważnieni do kierowania dochodzeniami w sprawach dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania muszą dopilnować, aby wszystkie odpowiednie czynności dochodzeniowe zostały podjęte zgodnie z niniejszym podręcznikiem, i nakazać organom dochodzeniowym podjęcie dalszych czynności w razie potrzeby. W procesach karnych przeciwko domniemanym sprawcom tortur sędziowie powinni wysłuchać i rozważyć wszystkie dostępne zeznania i rozważyć wszystkie dostępne dowody w celu ustalenia, czy osoby oskarżone są winne - przy pełnym uwzględnieniu ich prawa do rzetelnego procesu sądowego - a jeśli tak, to jaka kara jest odpowiednia w danych okolicznościach. W szczególności sędziowie powinni zbadać znaczenie i wiarygodność dowodów

<sup>383</sup> Rezolucja Rady Praw Człowieka 35/12, ustęp piąty preambuły. Zob. także Podstawowe zasady w sprawie niezależności władzy sądowniczej.

<sup>384</sup> Zbiór zasad mających na celu ochronę wszystkich osób poddanych jakiegokolwiek formie aresztowania bądź uwięzienia, zasada 4; oraz CAT/OP/2.

<sup>385</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 2 (2007), pkt 18.

<sup>386</sup> Tamże, pkt 19.

<sup>387</sup> CAT/C/54/2, pkt 92.

<sup>388</sup> Komitet przeciwko Torturom, P.E. przeciwko Francji (CAT/C/29/D/193/2001), pkt 3,3, 6,2 i 6,3.

kryminalistycznych, które opisano jako rodzaj dowodu z opinii biegłego, biorąc pod uwagę profesjonalną wiedzę specjalistyczną, istotne okoliczności i inne dowody<sup>389</sup>. Jak podkreślił specjalny sprawozdawca ds. tortur:

Protokół stambulski należy wykorzystywać do oceny zarzutów stosowania tortur i raportów medyczno-prawnych sporządzanych zgodnie z normami i zasadami protokołu, w tym niezależności i bezstronności, [które to raporty] przedstawiają wiarygodne ustalenia dotyczące tortur. Takie raporty medyczno-prawne należy zatem uznać za wiarygodny dowód w kwestii tego, czy tortury miały miejsce, czy też nie<sup>390</sup>.

**261.** Sędziowie powinni zapewnić przestrzeganie zasad i norm określonych w niniejszym podręczniku we wszystkich postępowaniach sądowych, w tym w sprawach dotyczących praw podstawowych i cywilnych, w postępowaniach administracyjnych i cywilnych oraz w sprawach dotyczących azylu i zasady non-refoulement. Sędziowie regionalnych i międzynarodowych sądów i trybunałów oraz członkowie organów traktatowych praw człowieka powinni rozpatrywać kwestie dotyczące tortur lub niewłaściwego traktowania z należyтым odniesieniem do norm i zasad określonych w niniejszym podręczniku. Wynik postępowania sądowego nie powinien jednak zależeć od uprzedniego przeprowadzenia pełnego dochodzenia w sprawie zarzutów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Na przykład w sprawach konstytucyjnych, cywilnych lub administracyjnych, w których ofiara przedstawia wiarygodne zarzuty stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania w areszcie lub w których dana osoba zmarła w areszcie, ciężar dowodu należy przenieść na państwo, które powinno przedstawić wiarygodne wyjaśnienie, w jaki sposób wyrządzono krzywdę<sup>391</sup>.

### 3. Krajowe instytucje praw człowieka i krajowe mechanizmy prewencji

**262.** Instytucje krajowe, które zgodnie z zasadami dotyczącymi statusu krajowych instytucji zajmujących się promocją i ochroną praw człowieka (zasady paryskie) posiadają kompetencje w zakresie promowania i ochrony praw człowieka, powinny być upoważnione do badania wszystkich skarg dotyczących naruszeń praw człowieka, w tym tortur i niewłaściwego traktowania<sup>392</sup>. Wykonując ten mandat, krajowe instytucje praw człowieka powinny pełnić swoje funkcje w odniesieniu do domniemych aktów i wzorców tortur lub niewłaściwego traktowania, zgodnie z technikami dochodzeniowo-śledczymi bez użycia przymusu oraz normami i zasadami określonymi w niniejszym podręczniku, w szczególności odnośnie do wszelkich dochodzeń prawnych w sprawie zarzutów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania, do prowadzenia których taka instytucja jest upoważniona<sup>393</sup>. Organy monitorujące, takie jak krajowe mechanizmy prewencji, choć ich zadaniem nie jest rozpatrywanie skarg, również powinny przejść szkolenie w zakresie podręcznika<sup>394</sup>. Organy takie powinny być w stanie przyjmować poufne zarzuty dotyczące tortur lub niewłaściwego traktowania i być upoważnione do identyfikowania niepokojących kwestii, które należy zgłaszać zainteresowanym organom w ramach regularnych wizyt.

### 4. Inne podmioty

**263.** Prawo międzynarodowe zobowiązuje państwa do zbadania zarzutów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Podmioty inne niż państwa, takie jak organizacje społeczeństwa obywatelskiego, odgrywają ważną niezależną i uzupełniającą rolę w dążeniu do osiągnięcia celów dochodzeń, jakimi są zwalczanie bezkarności, zapewnienie sprawiedliwości i utrzymanie praworządności. Rola ta polega na dokumentowaniu przypadków tortur lub niewłaściwego traktowania, reprezentowaniu ofiar, skłanianiu do wszczęcia dochodzeń lub innych śledztw lub postępowań sądowych prowadzących do dochodzeń, dostarczaniu dowodów lub wiedzy specjalistycznej organom dochodzeniowo-śledczym, kontrolowaniu

<sup>389</sup> A/69/387, pkt 49.

<sup>390</sup> Tamże, pkt 52.

<sup>391</sup> E/CN.4/2003/68, pkt 26 lit. k). Jest to zgodne z orzecznictwem sądów regionalnych i międzynarodowych oraz organów traktatowych praw człowieka, zob. Dobrowolny Fundusz ONZ na rzecz Ofiar Tortur, „Interpretation of torture in the light of the practice and jurisprudence of international bodies” [„Interpretacja tortur w świetle praktyki i orzecznictwa organów międzynarodowych”] (2011), s. 9.

<sup>392</sup> A/56/44, pkt 46 lit. c).

<sup>393</sup> Stowarzyszenie na rzecz Zapobiegania Torturom, forum krajowych instytucji praw człowieka Azji i Pacyfiku oraz Biuro OHCHR, *Preventing Torture: An Operational Guide for National Human Rights Institutions* [Zapobieganie torturom: przewodnik operacyjny dla krajowych instytucji ochrony praw człowieka], s. 55-60.

<sup>394</sup> Zob. m.in. Protokół fakultatywny do konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur. Aby zapoznać się z relacjami między krajowymi instytucjami praw człowieka a krajowymi mechanizmami prewencyjnymi, zob. Biuro OHCHR, *Preventing Torture: The Role of National Preventive Mechanisms- A Practical Guide*, [Zapobieganie torturom: rola krajowych mechanizmów prewencji - praktyczny przewodnik], seria szkoleń zawodowych nr 21 (Nowy Jork i Genewa, 2018), s. 16.

postępowaniu i dostarczaniu analiz prawnych dotyczących adekwatności dochodzeń. Podczas dokumentowania przypadków tortur lub niewłaściwego traktowania do wykorzystania w procedurach prawnych - takich jak dochodzenia lub postępowania sądowe lub quasi-sądowe - na potrzeby zadośćuczynienia, prewencji i udzielenia dostępu do usług lub do wykorzystania we wnioskach o azyl lub w sprawie zasady non-refoulement, podmioty niepaństwowe powinny dążyć do uzyskania dokumentacji, która pochodzi z wiarygodnego i możliwego do zidentyfikowania źródła, jest szczegółowa, wewnątrznie spójna i zebrana tak szybko, jak to możliwe. Podmioty niepaństwowe powinny przestrzegać zasad określonych w niniejszym podręczniku, aby nie zagrażać celowi dochodzenia. Państwa są zobowiązane do poszanowania roli odgrywanej przez takie podmioty i zapewnienia skutecznej ochrony przed wszelkimi groźbami, nękaniami lub innymi nieuzasadnionymi ingerencjami<sup>395</sup>.

#### F. Wykorzystanie dowodów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania w innych procedurach prawnych

**264.** Wyniki dochodzeń w sprawie domniemyanych aktów tortur lub niewłaściwego traktowania powinny być brane pod uwagę we wszelkich innych odpowiednich postępowaniach sądowych. Obejmują one: (a) postępowania dotyczące wykluczenia zeznań lub oświadczeń złożonych w wyniku tortur (zasada wykluczenia), w których państwo ponosi ciężar dowodu w celu wykazania, że dana osoba nie była torturowana<sup>396</sup>; (b) sprawy cywilne i administracyjne oraz sprawy dotyczące praw podstawowych i praw człowieka, w szczególności w celu ustalenia odpowiedzialności i określenia odpowiednich form naprawienia szkody, tak aby zabezpieczyć prawo ofiar do skutecznego środka ochrony prawnej i naprawy szkody<sup>397</sup>; (c) komisje prawdy i inne procedury ustanowione w kontekście transformacji reżimów represyjnych lub wyjścia z konfliktu<sup>398</sup>; oraz (d) wnioski o azyl lub w sprawie zasady non-refoulement<sup>399</sup>. W sytuacjach, w których nie przeprowadzono

pełnego dochodzenia, wszelkie dowody przedłożone w odpowiednim postępowaniu sądowym należy uzyskać zgodnie z Protokołem stambulskim i jego zasadami.

**265.** Decydenci, szczególnie w sprawach azylowych i zawracania, muszą stosować właściwe wymogi dowodowe - uzasadnione prawdopodobieństwo lub rzeczywiste ryzyko bycia poddanym torturom (lub innym naruszeniom praw człowieka równoznacznym z prześladowaniem) - i odpowiednio uwzględniać dostępne dowody, w szczególności dowody kliniczne, przy podejmowaniu decyzji. W szczególności decydenci nie mogą wydawać opinii w kwestiach klinicznych, co do których nie mają kwalifikacji, i nie mogą odrzucać dowodów klinicznych na podstawie wcześniejszego niepomyślnego ustalenia wiarygodności. Kliniczne dowody tortur lub niewłaściwego traktowania w przeszłości są zazwyczaj silnym wskaźnikiem rzeczywistego ryzyka prześladowań lub tortur po powrocie<sup>400</sup>. Brak dowodów klinicznych nie oznacza, że dana osoba nie była torturowana lub że jej zarzuty są niewiarygodne.

<sup>395</sup> Rezolucje Zgromadzenia Ogólnego 32/31 i 70/161.

<sup>396</sup> A/HRC/25/60.

<sup>397</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 3 (2012), m.in. pkt 30: „Państwa-strony udostępnią również ofiarom wszelkie dowody dotyczące aktów tortur lub niewłaściwego traktowania na wniosek ofiar, ich obrońcy lub sędziego. Niedostarczenie przez państwo-stronę dowodów i informacji, takich jak dokumentacja badań medycznych lub leczenia, może nadmiernie ograniczyć zdolność ofiar do wnoszenia skarg i ubiegania się o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rehabilitację”.

<sup>398</sup> A/HRC/24/42.

<sup>399</sup> Komitet przeciwko Torturom, komentarz ogólny nr 4 (2017), pkt 18 lit. e).

<sup>400</sup> Tamże, pkt 28.



**Ogólne uwagi  
dotyczące  
zbierania  
wywiadu**

**266.** Podczas zbierania wywiadu od osoby, która rzekomo była torturowana, należy wziąć pod uwagę szereg kwestii i czynników praktycznych. Ogólne uwagi, sformułowane w niniejszym rozdziale, odnoszą się do wszystkich lekarzy klinicystów zbierających wywiad. Kliniczne oceny tortur i niewłaściwego traktowania pomagają w ustaleniu takich faktów i dostarczają kluczowych dowodów w kontekście medyczno-prawnym i innych kontekstach (zob. rozdział VII). Mogą one również służyć jako przydatne wytyczne dla innych specjalistów, którzy rozmawiają z domniemanymi ofiarami, w tym prawników, prokuratorów, sędziów, osób monitorujących przestrzeganie praw człowieka i innych. Niniejszy rozdział zawiera podstawowe wskazówki dotyczące ogólnych kwestii związanych z wywiadem i odnosi się do różnych kontekstów rozmowy.

## A. Uwagi wstępne

### 1. Cel wywiadu, badanie i dokumentacja

**267.** Celem dochodzenia jest ustalenie faktów składających się na domniemane przypadki tortur lub niewłaściwego traktowania (zob. rozdział III i załącznik I), aby zapewnić odpowiedzialność i zadośćuczynienie za te przestępstwa, a ostatecznie zapobiegać im poprzez odstraszenie. Ocena kliniczna tortur lub niewłaściwego traktowania może zapewnić kluczowe dowody w kontekście medyczno-prawnym i innych kontekstach (zob. rozdział VII), takich jak m.in.:

(a) kliniczne oceny fizycznych i psychologicznych dowodów domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania w sprawach karnych, cywilnych, administracyjnych i innych, do celów:

(i) ochrony osób przed torturami i niewłaściwym traktowaniem za sprawą okresowych ocen klinicznych ewentualnych fizycznych i psychologicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania w okresach pozbawienia wolności, np. w aresztach i więzieniach;

(ii) identyfikacji sprawców odpowiedzialnych za tortury i niewłaściwe traktowanie oraz postawienia ich przed sądem;

(iii) dokumentowania dowodów tortur i niewłaściwego traktowania w postępowaniu azylowym;

(iv) dokumentowania i opracowania ustaleń dotyczących tortur i niewłaściwego traktowania na potrzeby różnych postępowań sądowych, w tym na potrzeby identyfikacji zeznań uzyskanych w wyniku tortur lub niewłaściwego traktowania;

(v) dokumentowania i ustalania krajowych, regionalnych i międzynarodowych praktyk w zakresie tortur i niewłaściwego traktowania;

(b) międzynarodowe wizyty monitorujące przestrzeganie praw człowieka i zapobiegające torturom w miejscach zatrzymań;

(c) dochodzenia, misje i postępowania dotyczące praw człowieka;

(d) odpowiedzialność funkcjonariuszy państwowych oraz państwowe praktyki w zakresie badań i dokumentacji, w tym oceny kliniczne przeprowadzane przez funkcjonariuszy państwowych;

(e) rzecznictwo na rzecz zapobiegania torturom, zapewnienia odpowiedzialności i zadośćuczynienia za nie;

(f) spotkania w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w trakcie których zarzuca się lub podejrzewa tortury lub niewłaściwe traktowanie;

(g) zapewnienie warunków niezbędnych do skutecznego badania i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania (zob. rozdział VIII);

(h) określenie potrzeb terapeutycznych, rehabilitacyjnych i potencjalnego zadośćuczynienia dla ofiar tortur.

**268.** Celem medyczno-prawnej oceny domniemanych lub podejrzewanych przypadków tortur lub niewłaściwego traktowania jest dostarczenie klinicznej interpretacji stopnia, w jakim ustalenia kliniczne korelują z twierdzeniami domniemanej ofiary o znęcaniu się, oraz opinii klinicznej na temat prawdziwości takich twierdzeń i możliwości tortur, na podstawie wszystkich istotnych dowodów klinicznych, oraz skuteczne przekazanie tych ustaleń, interpretacji i wniosków sądom lub innym

odpowiednim organom. Ponadto świadectwa kliniczne często wykorzystuje się na potrzeby kształcenia przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości, innych urzędników państwowych oraz społeczności lokalnych i międzynarodowych na temat fizycznych i psychicznych następstw tortur. Wszystkie oceny kliniczne dotyczące domniemyanych lub podejrzewanych tortur lub niewłaściwego traktowania należy przeprowadzać zgodnie z zasadami zawartymi w załączniku I. Osoba przeprowadzająca ocenę powinna być przygotowana do wykonania następujących czynności:

- (a) dokonania oceny możliwych obrażeń i oznak znęcania się, nawet w przypadku braku konkretnych zarzutów ze strony osób fizycznych, organów ścigania lub urzędników sądowych;
- (b) udokumentowania fizycznych i psychologicznych dowodów obrażeń i znęcania się;
- (c) uzgodnienia stopnia spójności między ustaleniami oceny a konkretnymi zarzutami domniemanej ofiary dotyczącymi znęcania się;
- (d) uzgodnienia stopnia spójności między indywidualnymi wynikami oceny a metodami tortur stosowanymi w danym regionie i ich powszechnymi skutkami;
- (e) dokonania klinicznej interpretacji wyników badań medyczno-prawnych lub przedstawienia ekspertyzy dotyczącej możliwości stosowania tortur na podstawie wszystkich istotnych dowodów klinicznych, w tym „wyników badań fizycznych i psychologicznych, informacji historycznych, wyników badań fotograficznych, wyników badań diagnostycznych, wiedzy na temat regionalnych praktyk stosowania tortur, sprawozdania z konsultacji itp.”, jak określono w załączniku IV;
- (f) wykorzystania informacji uzyskanych w odpowiedni sposób w celu usprawnienia ustalania faktów i dalszego dokumentowania tortur;
- (g) na żądanie sądu lub innego właściwego organu prawnego - przedstawienia oceny wiarygodności wyników badań klinicznych.

## 2. Niezbędne warunki i umiejętności dotyczące zbierania wywiadu

269. Wszystkie oceny kliniczne spraw, w których zarzuca się lub podejrzewa tortury lub niewłaściwe traktowanie, należy przeprowadzać w sposób obiektywny i bezstronny. Ocena powinna opierać się na specjalistycznej wiedzy i doświadczeniu zawodowym lekarza. Zobowiązania etyczne dotyczące dobroczynności, nieszkodzenia, poufności i poszanowania autonomii wymagają bezkompromisowej dokładności i bezstronności w celu ustanowienia i utrzymania wiarygodności zawodowej. Lekarze klinicyści prowadzący badania osób pozbawionych wolności powinni posiadać wiedzę na temat Protokołu stambulskiego i jego zasad oraz umiejętność skutecznej oceny i dokumentowania fizycznych i psychicznych skutków tortur i niewłaściwego traktowania.
270. Lekarze klinicyści powinni posiadać wiedzę na temat warunków zatrzymania i metod tortur stosowanych w danym regionie, w którym domniemana ofiara była zatrzymana lub więziona, w przypadku gdy informacje te są dostępne, oraz na temat typowych skutków tortur. Sprawozdanie z badania klinicznego powinno być rzeczowe i starannie sformułowane. Należy unikać żargonu. Całą terminologię kliniczną należy zdefiniować tak, aby była zrozumiała dla laików. Lekarz klinicysta nie powinien zakładać, że urzędnik wnioskujący o ocenę medyczno-prawną przekazał wszystkie istotne fakty. Obowiązkiem lekarzy klinicystów jest rozpoznanie stanu faktycznego i zgłoszenie wszelkich faktycznych ustaleń, które uznają za istotne, nawet jeśli mogą one zostać uznane za nieistotne lub niekorzystne dla przypadku pacjenta lub strony wnioskującej o ocenę kliniczną.
271. Miejsce zebrania wywiadu i badania powinno być możliwie najbardziej bezpieczne, prywatne i wygodne, a na wywiad należy poświęcić wystarczająco dużo czasu, co może wymagać przeprowadzenia kilku rozmów.
272. Budowanie zaufania i relacji są niezbędnymi elementami uzyskiwania dokładnych informacji na temat nadużyć. Nawiazanie relacji i zdobycie zaufania osoby, która doświadczyła tortur lub innego niewłaściwego traktowania, wymaga od lekarza zbierającego wywiad traktowania jej z uprzejmością i szacunkiem poprzez aktywne słuchanie, skrupulatną komunikację, życzliwość oraz prawdziwą empatię i uczciwość. Wyjaśnienie z wyprzedzeniem, czego się spodziewać, może dać rozmówcy większe

poczucie kontroli. Lekarz klinicysta powinien pamiętać o tonie, sformułowaniach i kolejności zadawania pytań (delikatne pytania powinny być zadawane dopiero po wypracowaniu pewnego stopnia relacji) i powinien uznać prawo danej osoby do zrobienia sobie przerwy w razie potrzeby lub do nieodpowiadania na żadne pytanie. Zapewnienie rozmówcy poczucia kontroli nad tempem wywiadu może sprzyjać budowaniu relacji.

- 273.** Lekarze i tłumacze ustni mają obowiązek zachowania poufności informacji i ujawniania ich wyłącznie za zgodą domniemanej ofiary (zob. pkt 165-171). Osoby należy badać indywidualnie, z poszanowaniem prywatności. Należy je poinformować, w sposób jasny i zrozumiały, o wszelkich ograniczeniach poufności oceny, w tym tych, które mogą zostać nałożone przez państwowe organy sądowe. Lekarz klinicysta powinien upewnić się, czy podane informacje są zrozumiałe dla rozmówców. Dotyczy to również wszelkich obowiązkowych wymogów zgłaszania, których lekarz klinicysta musi przestrzegać. Lekarze klinicyści muszą upewnić się, czy świadoma zgoda opiera się na odpowiednim ujawnieniu i zrozumieniu potencjalnych korzyści i negatywnych konsekwencji oceny klinicznej oraz czy dana osoba jest sprawna umysłowo i czy udzieliła zgody dobrowolnie, bez przymusu ze strony innych osób, w szczególności organów ścigania lub organów sądowych. Domniemana ofiara ma prawo odmówić poddania się ocenie. W takich okolicznościach lekarz klinicysta powinien udokumentować powód odmowy przeprowadzenia oceny.

### 3. Ujawnienie informacji na temat tortur lub niewłaściwego traktowania na tle seksualnym

- 274.** Ujawnienie informacji na temat tortur lub niewłaściwego traktowania na tle seksualnym może być tak trudne, że dana osoba woli w ogóle o tym nie mówić lub ujawnić te informacje dopiero po dłuższym czasie w trakcie terapii<sup>401</sup>. Bez ujawnienia takich doświadczeń dokumentacja będzie jednak niekompletna, a ocena wynikających z nich potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej - mocno ograniczona. W celu zmniejszenia ryzyka retraumatyzacji ważne jest, aby osoby zachowały kontrolę nad ujawnianymi informacjami, zwłaszcza

w odniesieniu do tego, kiedy je ujawniają i komu oraz ile szczegółów są w stanie podać. Osoba przeprowadzająca ocenę musi subiektywnie oszacować zakres, w jakim nacisk na ujawnienie szczegółów jest konieczny w kontekście skuteczności sprawozdania w sądzie. Przestanki wskazujące na to, że dana osoba doświadczyła przemocy seksualnej, ale tego nie ujawniła, można znaleźć, zwracając uwagę na luki w jej relacji wydarzeń lub eufemizmy, takie jak „zrobili to, co chcieli”. Przydatnym pytaniem może być: „Czy funkcjonariusze kiedykolwiek zdjęli swoje ubrania?” Obawy, że przemoc seksualna miała miejsce, ale nie została ujawniona, mogą również budzić przestanki w badaniu psychologicznym, takie jak historia kompulsywnego mycia się wiele razy dziennie, powtarzające się zachowania samookaleczające oraz charakter zachowań pod wpływem pewnych bodźców i zachowań unikowych związanych z natrętnym przypominaniem sobie i retrospekcjami traumatycznych doświadczeń.

- 275.** Unikanie, objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD) również mogą utrudniać ujawnianie informacji. Lekarze klinicyści muszą pamiętać o własnych reakcjach na ujawnione przez daną osobę informacje i o tym, by sami również nie unikali tych ważnych kwestii. Ujawnienie informacji na temat przemocy seksualnej, nawet w stosunkowo bezpiecznym otoczeniu oceny, może być bardzo bolesne i zwiększać ryzyko samookaleczenia i samobójstwa. Należy przeprowadzić ocenę ryzyka wyrządzenia krzywdy sobie i innym. Jeśli informacje ujawniono po raz pierwszy w kontekście oceny medyczno-prawnej, w sprawozdaniu należy wskazać powody, dla których nie zrobiono tego wcześniej. Ofiary mogą mieć poczucie, że inne osoby uznają je za winne narażenia się na ryzyko. Ofiary mogą uznać, że jeśli nie doznały obrażeń fizycznych, to nikt im nie uwierzy lub będą postrzegane jakoby wyraziły na to zgodę.
- 276.** Ujawnienie informacji na temat przemocy seksualnej może być utrudnione przez wiele czynników, m.in. wstyd i strach, zakwestionowanie tożsamości płciowej i orientacji seksualnej danej osoby lub strach przed „przemocą w imię honoru” ze strony rodziny lub społeczności. Mężczyźni, kobiety i inne osoby mają wyjątkowe trudności z ujawnianiem doświadczeń związanych

<sup>401</sup> Dane z badania przestępczości w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej pokazują, że prawie 31% ofiar gwałtu nigdy nikomu nie ujawniło swojego doświadczenia, a około 83% nie zgłosiło go na policję. Office for National Statistics, „Sexual offences in England and Wales: year ending March 2017” [Przestępstwa seksualne w Anglii i Walii: rok kończący się w marcu 2017 r.] (Londyn, 2018).

z przemocą seksualną. Normy dotyczące płci są zakorzenione w większości społeczeństw i zarówno własne wyobrażenia ofiar na temat ich orientacji seksualnej i tożsamości płciowej, jak i poglądy społeczeństwa, w którym żyją, mogą być nierozzerwalnie związane z wpływem przemocy seksualnej na ich życie i rzutować na ujawnianie informacji. Przemoc seksualna wobec mężczyzn uwypukla bezbronność i bezsilność ofiary, podważając jej wyobrażenia o męskości i ścierając się z nimi. Postrzeganie seksualności, zdolności prokreacyjnych i tożsamości płciowej również może zostać zakwestionowane<sup>402</sup>. Reakcja polegająca na uległości lub zastygnięciu w bezruchu, skojarzenie gwałtu na mężczyźnie z przyjemnością homoseksualną oraz brak uznania i usług związanych z przemocą seksualną wobec mężczyzn mogą znacząco wpływać na ujawnianie informacji przez mężczyzn<sup>403</sup>. W przypadku kobiet piętno społeczne i obawy o „utrata honoru” lub odrzucenie przez rodzinę lub społeczność są często zakorzenione w społeczeństwach i wpływają na ujawnianie informacji. Przemoc seksualna wobec osób homoseksualnych ma również wyjątkowy wpływ na ofiary i oznacza różne wyzwania związane z ujawnianiem informacji - wyzwania te należy wziąć pod uwagę i złagodzić.

#### 4. Ryzyko retraumatyzacji osoby, od której zbierany jest wywiad

277. Osoby zbierające wywiad powinny być świadome, że wywiady kliniczne i oceny, w tym opowiadanie o przeszłych doświadczeniach związanych z torturami i poważną traumą, a także badania fizyczne i psychologiczne oraz typowe procedury i pomocnicze badania diagnostyczne, takie jak badania krwi, mogą być głęboko traumatyzujące dla ofiar, zarówno podczas badania, jak i po nim. Ponowna traumatyzacja odnosi się do traumatycznych reakcji na stres (emocjonalnych lub fizycznych) wywołanych ekspozycją na wspomnienia lub sytuacje przypominające o traumatycznych wydarzeniach z przeszłości<sup>404</sup>. Podczas oceny retraumatyzacja może objawiać się jako lęk przed rozmową, chęć uniknięcia omawiania konkretnych incydentów, minimalizowanie znaczenia rozmowy, ponowne doświadczanie

objawów fizycznych lub emocjonalnych, objawy nadpobudliwości lub bezsenności, osłabienie ogólnej reaktywności lub przytłoczenie wspomnieniami i emocjami. Osoby doświadczające retraumatyzacji mogą mieć silne mechanizmy obronne, które skutkują głębokim wycofaniem i ograniczeniem afektywności podczas badania lub zbierania wywiadu; alternatywnie mogą wyrażać wrogość i złość. Ponowna traumatyzacja wiąże się ze szczególnymi trudnościami, ponieważ ofiary tortur mogą nie być w stanie poinformować o swojej traumatycznej historii i związanych z nią następstwach, mimo że byłoby to dla nich korzystne. Objawy retraumatyzacji mogą być zauważalne podczas zbierania wywiadu lub oddziaływać na ofiarę przez kilka dni, a nawet tygodni po wywiadzie i badaniu. Ponadto ofiary tortur, które pozostały w swoim kraju, mogą odczuwać silny strach i podejrzewać, że zostaną ponownie aresztowane, i mogą odczuwać potrzebę ukrywania się.

278. U osób, które przeżyły tortury, zbieranie wywiadu, badania i testy diagnostyczne mogą również nasilać następstwa psychologiczne. Zbieranie wywiadu może wywołać nowe lub nasilające się objawy stresu pourazowego, takie jak: (a) objawy bólu fizycznego lub lęku; (b) ponowne przeżywanie traumatycznego wydarzenia (np. retrospekcje); (c) unikanie wspomnień związanych z traumą; (d) ograniczenie ogólnej reaktywności; (e) bezsenność i objawy związane ze snem; oraz (f) uczucie strachu, wstydu i winy. Objawy depresji i lęku mogą również nasilać się w trakcie i po zakończeniu wywiadu i badania. Ponieważ zaostrzenie tych objawów może nasilać myśli samobójcze, lekarze klinicyści powinni, w stosownych przypadkach, rozważyć ponowną ocenę ryzyka samookaleczenia. Lekarze klinicyści powinni być również świadomi, że pytania o cierpienie psychiczne są czasami uważane za tabu w wielu tradycyjnych społeczeństwach, a zadawanie takich pytań może być postrzegane jako lekceważące lub obraźliwe.

279. Osobiste reakcje ofiary tortur na osobę zbierającą wywiad (i tłumacza ustnego w przypadkach, w których jest on wykorzystywany) mogą mieć wpływ na przebieg wywiadu, a w konsekwencji na wynik oceny.

<sup>402</sup> Biuro UNHCR, „Working with men and boy survivors of sexual and gender-based violence in forced displacement” [„Praca z mężczyznami i chłopcami, którzy padli ofiarą przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć podczas przymusowych przesiedleń”] (Genewa, 2012), s. 4.

<sup>403</sup> Clayton M. Bullock i Mace Beckson, „Male victims of sexual assault: phenomenology, psychology, physiology” [„Ofiary napaści na tle seksualnym będące mężczyznami: fenomenologia, psychologia, fizjologia”], *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, tom 39, nr 2 (2011), s. 197-205.

<sup>404</sup> Melanie P. Duckworth i Victoria M. Follette, red., *Re-traumatization: Assessment, Treatment, and Prevention [Ponowna traumatyzacja: ocena, leczenie i zapobieganie]* (Nowy Jork, Routledge, 2012), rozdział 1.

Podobnie osobiste reakcje osoby zbierającej wywiad na osobę, która przeżyła tortury, mogą również wpływać na przebieg wywiadu i wynik oceny. Ważne jest, aby zbadać bariery dla skutecznej komunikacji, w tym ukryte i jawne uprzedzenia lekarza klinicysty oraz wpływ, jaki te osobiste reakcje mogą mieć na ocenę. Lekarz klinicysta powinien cały czas być świadomy takich czynników i w tym celu na bieżąco analizować proces zbierania wywiadu i oceny. Pomocne mogą być konsultacje i dyskusje ze współpracownikami zaznajomionymi z dziedziną oceny psychologicznej i leczenia ofiar tortur.

- 280.** Osoby przeprowadzające ocenę mogą zapobiegać retraumatyzacji i skutkom psychologicznym oraz łagodzić je dzięki skutecznej komunikacji, empatii i zapewnieniu danym osobom kontroli nad ich narracją dotyczącą domniemanych zdarzeń. Zastosowanie tych i innych podstawowych umiejętności dotyczących zbierania wywiadu ma ogromne znaczenie dla jego skuteczności i uniknięcia retraumatyzowania ofiary tortur. Pomimo działań mających na celu zapobieganie retraumatyzacji i łagodzenie jej ofiary tortur prawdopodobnie doświadczą pewnego poziomu stresu podczas wywiadu klinicznego. Lekarze kliniści, wraz z daną osobą, powinni zrównoważyć potencjalne traumatyczne skutki wywiadu z potencjalnymi korzyściami płynącymi z kompleksowej oceny medyczno-prawnej. Gdy osoba zbierająca wywiad podejrzewa, że doszło do retraumatyzacji, ważne jest, aby poważnie potraktować te obawy i złagodzić jej objawy (np. poprzez przerwy, ćwiczenia oddechowe i przekierowanie rozmowy na mniej emocjonalne tematy), zaoferować wsparcie psychologiczne i skierować domniemaną ofiarę do odpowiedniej dalszej placówki opieki.

## 5. Płeć, orientacja seksualna i tożsamość płciowa

- 281.** Zarówno ofiary, jak i sprawcy tortur lub niewłaściwego traktowania mogą być dowolnej orientacji seksualnej lub płci, przy czym płeć biologiczna, płeć społeczno-kulturowa i orientacja seksualna, choć często omawiane razem, różnią się od siebie. Orientacja seksualna odnosi się do wrodzonego emocjonalnego, romantycznego lub seksualnego pociągu do innych ludzi. Tożsamość płciowa odnosi się do tego, jak jednostki postrzegają siebie i jak siebie nazywają. Osoby, które identyfikują się z którymkolwiek z szerokiego i zróżnicowanego spektrum orientacji

nieheteroseksualnych, są często określane jako lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i queer. Osoby interseksualne to osoby, które urodziły się z cechami płciowymi (w tym narządami płciowymi, gonadami i wzorcami chromosomów), które nie pasują do typowych binarnych pojęć męskiego lub żeńskiego ciała. Osoby te, a także ci, którzy kwestionują, badają lub zaczynają rozumieć swoją orientację seksualną, są narażeni na zwiększone ryzyko tortur i niewłaściwego traktowania. W przypadkach, w których domniemane ofiary nie odpowiadają tradycyjnemu binarnemu pojęciu płci (w tym osoby transpłciowe, interseksualne i płciowo nienormatywne), osoby zbierające wywiad powinny uznać deklarowaną tożsamość płciową domniemanych ofiar i odpowiednio używać ich preferowanego imienia i zaimków płciowych (zob. pkt 599-601 poniżej).

- 282.** Ważne jest rozróżnienie między torturami i nadużyciami na tle seksualnym i ze względu na płeć. Tortury seksualne obejmują werbalne, emocjonalne i fizyczne działania o charakterze seksualnym z zamiarem wywołania fizycznego i psychicznego cierpienia. W przypadku tortur ze względu na płeć kluczową rolę w znęcaniu się odgrywają tożsamość płciowa lub orientacja seksualna danych osób. Zarówno tortury na tle seksualnym, jak i ze względu na płeć zależą od dynamiki władzy i mogą się zmieniać w zależności od kontekstu społecznego, kulturowego i religijnego. Nawet jeśli nie zarzuca się jawnej napaści na tle seksualnym, wiele form tortur ma aspekty seksualne lub płciowe, które należy uwzględnić w ocenie.
- 283.** Płeć lekarza klinicysty może również wpływać na proces oceny. Najlepiej byłoby, gdyby zespół oceniający składał się z lekarzy klinicystów różnych płci, oferując rozmówcy możliwość uczestniczenia w rozmowie z lekarzem klinicystą i, w razie potrzeby tłumaczem ustnym, tej samej lub innej płci. Należy uszanować życzenia domniemanej ofiary dotyczące zebrania wywiadu przez lekarza tej samej lub innej płci. Doświadczenie pokazuje, szczególnie w przypadku ofiar nadal przebywających w areszcie, że w większości sytuacji najważniejszym czynnikiem może być to, że osoba zbierająca wywiad jest lekarzem klinicystą, któremu ofiara może zadawać szczerze pytania, niezależnie od płci. Jeśli zespół oceniający nie dysponuje lekarzem klinicystą pożądaną płci do oceny, dana osoba nadal może zdecydować się na rozmowę z lekarzem klinicystą w celu uzyskania informacji

klinicznych i porad. Zagadnienia te są szczególnie ważne w sytuacjach, w których dochodzi do przemocy na tle płciowym i tortur seksualnych. W przypadkach, w których lekarz klinicysta i osoba, od której zbiera wywiad, są różnej płci, a zwłaszcza podczas badania fizykalnego, konieczne jest zapewnienie opiekuna.

## 6. Zbieranie wywiadu od dzieci

**284.** Istnieją wyjątkowe i specjalistyczne względy, które należy wziąć pod uwagę podczas zbierania wywiadu od dzieci. Lekarze klinicyści zbierający wywiad od dzieci powinni przejść specjalistyczne szkolenie w zakresie przeprowadzania ocen pediatrycznych. Lekarzy klinicystów bez specjalistycznej wiedzy uczula się na zachowanie szczególnej ostrożności w ocenie dzieci.

**285.** Dzieci mają prawo do poszanowania ich zgody i poufności. Z wyjątkiem wyjątkowych okoliczności, które omówiono w pkt 170 powyżej, nie powinny być poddawane leczeniu bez ich zgody lub zgody rodzica lub opiekuna. Szczególną uwagę należy zwrócić na udzielenie wsparcia, takiego jak poświęcenie czasu na zbudowanie relacji, używanie jasnego i dostosowanego do wieku języka oraz zapewnianie przerw i możliwości zadawania pytań.

**286.** Ważne jest, aby zrozumieć, że cechy i psychologiczne skutki tortur i niewłaściwego traktowania zależą od etapu rozwoju dziecka i norm społecznych społeczności, w której się wychowało. Młodsze dzieci mogą być torturowane, aby sprawić ból swoim rodzicom. Starsze dzieci mogą być torturowane w celu stłumienia aktywności politycznej. Komunikacja z dziećmi dostosowana do ich wieku jest kluczowa zarówno w momencie otrzymywania świadomej zgody, jak i podczas przeprowadzania oceny. Informacje na temat procedur muszą być dostosowane do dzieci i przekazywane w sposób dla nich zrozumiały. Chociaż fizycznie mogą przypominać dorosłych, coraz częściej uznaje się, że rozwój mózgu trwa do wczesnej dorosłości, a wywiady ze starszymi dziećmi, nastolatkami i młodymi dorosłymi powinny być dostosowane do ich indywidualnych zdolności poznawczych i werbalnych.

**287.** Pamięć i funkcje poznawcze u dzieci zależą od rozwoju, a także od traumy i jej częstotliwości oraz kontekstu społecznego. Rozwój procesów

poznawczych wymaganych do przechowywania pamięci przez osoby dorosłe - przypomnienie i opowiadanie w spójny, chronologiczny sposób - jest procesem stopniowym i może być opóźniony u dzieci, które doznały traumy. Analizując pamięć i przywoływanie traumatycznych wydarzeń, ważne jest, aby wziąć pod uwagę pewne wyjątkowe kwestie pojawiające się wśród dzieci. Podczas gdy zarówno pojedyncze, jak i powtarzające się traumy mogą wpływać na język, rozwój i pamięć młodej osoby, to powtarzające się traumy mogą mieć jeszcze poważniejsze skutki. Część wspomnień dziecka może powstać w wyniku pamiętania i opowiadania doświadczeń przez rodzinę, co pomaga wzmocnić wspomnienia. Jeśli dziecko zostało oddzielone od swojej rodziny w dzieciństwie lub jeśli rodzina nie mówi o pewnych doświadczeniach, wspomnienia o takich doświadczeniach mogą być w rezultacie kruche i mało szczegółowe i mogą zostać całkowicie utracone, gdy dziecko dorośnie. Dzieci, które doświadczyły traumatycznych przeżyć i te, które zostały oddzielone od swoich opiekunów, mogą wykazywać szczególnie nierównomierny rozwój. Takie dzieci mogą być biegłe w niektórych aspektach ze względu na wczesną odpowiedzialność za opiekę nad sobą lub innymi, pomimo braku formalnego wykształcenia. Doświadczenie tortur lub niewłaściwego traktowania, późniejszy stan zdrowia psychicznego i istniejące wcześniej trudności rozwojowe, takie jak trudności w uczeniu się lub niepełnosprawność, mogą wpływać na zrozumienie wydarzeń przez dziecko i jego zdolność do ich opowiadania.

**288.** Budowanie relacji z dziećmi można ułatwić, stosując środki zapewniające, by środowisko i ton przesłuchania były jak najbardziej nieformalne i komfortowe. Pomocne jest pozwolenie, aby dzieci miały pewien wpływ na przebieg wywiadu: w tym celu należy poinformować je, jak długo będą trwały rozmowy, i że kiedy chcą, mogą skorzystać z przerw. Długość koncentracji uwagi u dzieci może być dość krótka, więc konieczne może okazać się robienie przerw podczas wywiadu lub zebranie go w kilku sesjach.

**289.** Osoby zbierające wywiad powinny używać języka odpowiedniego dla dziecka i dostosować swój styl komunikacji do lokalnej terminologii i norm kulturowych, aby pomóc dziecku poczuć się swobodnie i zaangażować się w przebieg wywiadu. Osoba zbierająca wywiad może wykorzystać „narrację próbną”, w której

dziecko zachęca się do pogłębionej rozmowy na neutralny temat. Umożliwia to również osobom zbierającym wywiad poznanie dzieci, ich zdolności werbalnych oraz czy nawiązują łatwo kontakt i w jakim stopniu. Pytania o ich wiek, co lubią robić, gdy mają wolny czas, i gdzie obecnie mieszkają, mogą z powodzeniem rozładowywać atmosferę przed przejściem do bardziej delikatnych tematów. Lekarz klinicysta może powoli zagłębiać się w tematy związane z traumą, używając własnych słów w odpowiedzi na pytania otwarte, gdy tylko jest to możliwe.

- 290.** Reakcje emocjonalne dzieci mogą być różne. Dzieci mogą zamilknąć na długi czas, odwrócić wzrok lub całkowicie zmienić temat, gdy przytłoczy ich jakieś pytanie. W takich przypadkach zwykle najlepiej jest podążać za ich przykładem i przynajmniej tymczasowo zmienić temat na lżejszy. Na zdolność koncentracji i uczestniczenia w wywiadzie może również wpływać podwyższona emocjonalność i ograniczona zdolność do regulowania afektu, szczególnie u nastolatków. Wyjaśnienia zdarzeń, które wydają się płytkie lub nieprawdopodobne dla osoby dorosłej, mogą być odzwierciedleniem ograniczonego rozumowania dziecka lub nastolatka lub bardziej impulsywnego zachowania.
- 291.** Obecność ważnych postaci, do których dziecko jest przywiązane, takich jak rodzice lub opiekunowie, przynajmniej na wczesnym etapie zbierania wywiadu, może zapewnić komfort niespokojnemu dziecku, a także pozwolić rodzicowi lub opiekunowi na milczące poparcie współpracy dziecka. Szczególnie, gdy tortury polegały na wymuszonej separacji od opiekunów, lekarze klinicyści muszą wykazać się cierpliwością w nauczaniu dziecka, że może czuć się komfortowo podczas samotnego wywiadu, co ostatecznie jest wskazane. Dziecko może czuć się niekomfortowo, ujawniając informacje o traumie w obecności rodzica, ze względu na obawę, że ujawnienie tych informacji zaniepokoi rodzica lub zwiększy jego poczucie winy, wstydu lub zażenowania. Lekarze klinicyści muszą wykazać się prawidłowym osądem i cierpliwością, aby zapewnić dzieciom komfort, i wspierać je, gdy są w czasie zbierania wywiadu same, szczególnie w sytuacjach związanych z przemocą seksualną. Lekarze klinicyści muszą brać pod uwagę życzenia dzieci dotyczące zachowania poufności informacji względem ich rodziców, oraz to, jak podejść do tego etycznie.

- 292.** Podczas omawiania traumatycznych wydarzeń niektóre techniki mogą pomóc dziecku w ich opisanu. Narysowanie osi czasu może pomóc dziecku w ułożeniu wydarzeń w odpowiedniej kolejności, a użycie dobrze zapamiętanych zdarzeń chronologicznych, na przykład „Czy wydarzyło się to przed twoimi dziesiątymi urodzinami czy po nich?” lub „Przed zakończeniem roku szkolnego czy po nim?”, może dodatkowo pomóc w precyzyjnym określeniu wydarzeń w czasie. Niektóre dzieci będą w stanie bardziej się zrelaksować, poruszając całym ciałem, na przykład rozmawiając podczas chodzenia. Dziecko może woleć narysować obrazek, a następnie go wyjaśnić. Chociaż zabawki mogą być pomocne, aby umożliwić szeroki zakres ekspresji, pozwolić na fizyczne rozładowanie niepokoju podczas wywiadu i zapewnić komfort, zabawek nie należy używać do wydobywania historii, ponieważ mogą zacierać granicę między fantazją a rzeczywistością. W przypadku osób, które przeżyły tortury i inne traumy, należy zauważyć, że traumatyczna zabawa jest charakterystycznie bardzo powtarzalna i długotrwała, często z odizolowanym, płaskim afektem lub z nadmiernie pobudzonym, niespokojnym afektem, z których każdy może sprawić, że dziecko będzie nieco odporne na przerwy ze strony lekarza klinicysty. Chociaż niewerbalne metody eksploracji muszą być stosowane z ostrożnością, mogą być źródłem informacji.
- 293.** Dzieci zazwyczaj dostarczają mniej informacji niż dorośli. Dzieje się tak częściowo dlatego, że są one mniej zdolne i wprawione, jeśli chodzi o samodzielne generowanie wskazówek umożliwiających wydobycie informacji. Stosowanie pytań sondujących jest skuteczne w przypadku dzieci, zwłaszcza małych dzieci, ponieważ zawierają one wskazówkę w pytaniu (np. „Wspomniałeś(-aś) o mężczyźnie; czy mężczyzna coś do ciebie powiedział?” lub „Co powiedział mężczyzna?”). Z powodów opisanych powyżej osoby zbierające wywiad powinny jednak unikać zbierania wywiadów od dzieci wyłącznie za pomocą pytań sondujących i zamkniętych. Lepszą metodą jest zachęcanie do rozwijania wypowiedzi na podstawie tego, co dziecko już powiedziało (np. „Powiedziałeś(-aś) [szczegóły]; co stało się później?” lub „Powiedziałeś(-aś) [szczegóły]; opowiedz mi o tym więcej”). Wraz z większą dojrzałością rozwojową dziecko staje się lepsze w generowaniu własnych wskazówek i jest w stanie lepiej odpowiadać na pytania otwarte.



Umożliwienie dziecku udzielenia odpowiedzi „nie wiem” lub odroczenia lub odmowy udzielenia odpowiedzi na pytania, jeśli są one zbyt bolesne lub trudne, nie tylko może zwiększyć dokładność uzyskanych informacji, lecz także sugeruje, że program ustalania faktów nie będzie nadrzędny w stosunku do dobra dziecka.

## 7. Świadomość kulturowa, religijna i społeczna/polityczna

294. Lekarze klinicyści, którzy przeprowadzają ocenę ofiar domniemanych tortur, powinni mieć kulturową pokorę i transkulturową perspektywę niezbędną do zrozumienia i skutecznego udokumentowania fizycznych i psychicznych skutków domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania. Lekarz klinicysta powinien starać się zrozumieć cierpienie psychiczne w kontekście doświadczeń, okoliczności, przekonań i norm kulturowych rozmówcy. Język cierpienia może być uwarunkowany kulturowo lub zależeć od związanych z językiem metod wyrażania uczuć lub doświadczeń. Kultura i język mogą również wpływać na sposób konceptualizacji i opisu konkretnej choroby, objawu lub doświadczenia. Świadomość i ciągłe uczenie się języka cierpienia i specyficznych kulturowo konceptualizacji bólu i choroby mają ogromne znaczenie dla zebrania wywiadu i sformułowania wrażenia klinicznego i wniosków.

295. Osoby zbierające wywiad powinny być również świadome społeczno-kulturowej dynamiki własnej tożsamości oraz tego, w jaki sposób ukryte i jawne postrzeganie władzy, pochodzenia etnicznego, narodowości, płci, wieku, orientacji seksualnej i statusu społeczno-ekonomicznego może wpływać na przesłuchanie. Ponadto osoby zbierające wywiad powinny upewnić się, czy zachowują się w sposób, który nie obraża wrażliwości kulturowej lub religijnej. Brak takiej świadomości grozi wyobcowaniem osoby lub wywołaniem u niej niepokoju, co prowadzi do mniej skutecznego wywiadu.

## 8. Korzystanie z usług tłumaczy ustnych

296. W wielu przypadkach, aby osoba zbierająca wywiad mogła zrozumieć wypowiedzi, konieczne jest skorzystanie z pomocy tłumacza ustnego. Istnieją pewne zasadnicze kwestie dotyczące korzystania z usług tłumaczy ustnych, które mogą mieć również zastosowanie do stażystów

lub osób wspierających obecnych podczas oceny. Niezbędne jest odpowiednie przeszkolenie tłumaczy ustnych przed oceną. Tłumaczy ustnych należy poinformować, że to, co słyszą i tłumaczą podczas rozmów, jest ściśle poufne. Powinni dokładnie tłumaczyć to, co mówi osoba, od której zbierany jest wywiad, i unikać rozmów pobocznych z tą osobą w trakcie wywiadu. Osoby zbierające wywiad powinny zachować ostrożność, gdy polegają na tłumaczach ustnych przedstawiających kontekst kulturowy, ponieważ ich wiedza może być nieaktualna, jeśli opuścili kraj wiele lat wcześniej, lub stronnicza ze względu na ich własną perspektywę społeczno-ekonomiczną, etniczną, religijną lub płciową.

297. Osoby prowadzące rozmowę powinny pamiętać, aby zwracać się bezpośrednio do osoby, od której zbierają wywiad, i utrzymywać z nią kontakt wzrokowy, a nie podążać za naturalną tendencją do rozmawiania z tłumaczem ustnym. Powinny również uważać na to, aby zwracać się do osoby, od której zbierają wywiad, w drugiej, a nie trzeciej osobie, czyli tak jak w przypadku braku obecności tłumacza ustnego. Ważne jest, aby osoby zbierające wywiad, jeśli chcą uzyskać pełny i dokładny obraz, zwracały uwagę nie tylko na słowa, lecz także na towarzyszącą im mowę ciała, mimikę twarzy, ton głosu i gesty rozmówców. Osoby zbierające wywiad powinny zapoznać się ze słowami i terminologią związaną z torturami w języku danej osoby, aby wykazać, że posiadają wiedzę na ten temat.

298. Podczas odwiedzin osób pozbawionych wolności najlepiej jest nie korzystać z usług tłumaczy ustnych zatrudnionych w tym samym ośrodku lub przez ten sam ośrodek. Może to być również nieuczciwe wobec takich tłumaczy, którzy mogą być „przesłuchiwanymi” przez władze obiektu po wizycie lub w inny sposób poddawani presji. Najlepiej jest korzystać z niezależnych tłumaczy ustnych, którzy są wyraźnie postrzegani jako pochodzący z zewnątrz. Kolejną najlepszą rzeczą po płynnym posługiwaniu się lokalnym językiem jest współpraca z wyszkolonym tłumaczem ustnym z doświadczeniem, który jest wrażliwy na kwestię tortur i lokalną kulturę. Zasadniczo nie powinno się wykorzystywać innych osób zatrzymanych do tłumaczenia ustnego, chyba że jest to sytuacja awaryjna, a osoby, od których zbierany jest wywiad, wybrały kogoś, komu ufają. Wiele z tych samych zasad ma również zastosowanie w przypadku osób, które nie są zatrzymane.

**9. Reakcje emocjonalne i ich potencjalne skutki**

**299.** Lekarz klinicysta powinien wyjaśnić przebieg zbierania wywiadu i rodzaje pytań, które zostaną zadane, aby przygotować daną osobę na trudne reakcje emocjonalne, które mogą wywołać pytania. Osoba ta powinna mieć możliwość proszenia o przerwy, przerywania wywiadu w dowolnej chwili i wyjścia z pomieszczenia w razie potrzeby. Osoba, która zdecyduje się przerwać wywiad, powinna otrzymać propozycję późniejszego spotkania. Lekarze klinicyści muszą być wrażliwi i empatyczni w zadawaniu pytań, zachowując jednocześnie obiektywizm w ocenie klinicznej.

**300.** Lekarze klinicyści przeprowadzający oceny kliniczne i psychologiczne powinni być świadomi potencjalnych reakcji emocjonalnych, jakie ocena ciężkiej traumy może wywołać zarówno u osoby, od której zbierany jest wywiad, jak i osoby, która to robi. Te reakcje emocjonalne znane są odpowiednio jako przeniesienie i przeciwprzeniesienie. Przeniesienie odnosi się do uczuć ofiary wobec lekarza klinicysty, które odnoszą się do przeszłych doświadczeń, ale które są błędnie rozumiane jako skierowane osobiście do lekarza klinicysty. Nieufność, strach, wstyd, wściekłość i poczucie winy należą do typowych reakcji, jakich doświadczają ofiary tortur, zwłaszcza gdy są proszone o opowiedzenie lub przypomnienie sobie szczegółów swojej traumy. Ponadto emocjonalna reakcja lekarza klinicysty na ofiarę tortur, znana jako przeciwprzeniesienie, może wpływać na ocenę psychologiczną. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie są wzajemnie zależne i powiązane ze sobą.

**301.** Reakcje przeniesienia mogą zmienić ocenę poprzez przypisanie niepokojących i niechcianych wspomnień, myśli i uczuć osobie przeprowadzającej ocenę. Co więcej, nawet jeśli domniemana ofiara tortur może wyrazić zgodę na ocenę z nadzieją na odniesienie z niej korzyści, wynikające z tego narażenie może odnowić samo doświadczenie traumy lub pozostawić ofiarę z niepokojącymi wspomnieniami dotyczącymi oceny i osoby, która ją przeprowadziła. Może to obejmować następujące zjawiska:

**(a)** pytania zadawane przez osoby oceniające mogą być postrzegane jako wymuszona ekspozycja przypominająca przesłuchanie. Może to prowadzić do postrzegania osoby oceniającej

jako będącej po stronie wroga. Aby złagodzić ten efekt, wystarczy poświęcić trochę czasu na początku, by wyjaśnić osobie, od której zbieramy wywiad, cel przesłuchania;

**(b)** ofiary tortur mogą postrzegać osoby oceniające jako osoby na stanowiskach władzy, co często ma miejsce, i z tego powodu mogą nie ufać im w pewnych aspektach historii traumy lub mogą być zbyt ufne w sytuacjach, w których osoby zbierające wywiad nie mogą zagwarantować bezpieczeństwa. Należy wprowadzić wszelkie środki ostrożności, aby zapewnić, by osoby zatrzymane nie narażały się niepotrzebnie na ryzyko.

**302.** Reakcje przeciwprzeniesienia są często nieświadome, ale mogą zakłócać proces oceny, zwłaszcza gdy lekarze klinicyści nie są ich świadomi. Należy spodziewać się, że podczas słuchania osób mówiących o przeżytych torturach, pojawią się uczucia. Kiedy te uczucia nie są uznawane, mogą zakłócać skuteczność lekarza klinicysty, ale kiedy są rozpoznawane i rozumiane, mogą dostarczyć ważnych informacji o stanie psychicznym ofiary tortur. Specjaliści są zgodni co do tego, że osoby, które regularnie przeprowadzają tego rodzaju badania, powinny uzyskać profesjonalne wsparcie od osób na podobnych stanowiskach lub doradców, którzy mają doświadczenie w tej dziedzinie. Typowe reakcje przeciwprzeniesienia obejmują:

**(a)** unikanie, wycofanie i obojętność obronną;

**(b)** rozczarowanie, bezradność i nadmierną identyfikację z ofiarą;

**(c)** wszechmoc i megalomanię;

**(d)** poczucie niepewności co do umiejętności zawodowych;

**(e)** poczucie winy z powodu niepodzielenia się doświadczeniem ofiary tortur oraz ból lub frustrację z powodu braku działania;

**(f)** gniew i wściekłość wobec oprawców i prześladowców.

Takich reakcji można się spodziewać, mogą jednak osłabiać zdolność do zachowania obiektywizmu, gdy są napędzane przez nierozpoznane osobiste doświadczenia, a tym samym stają się nadmierne lub chroniczne. Wyrażone podczas oceny, mogą być postrzegane

przez ofiary jako obrzydzenie lub złość skierowana przeciwko nim;

(g) gniew lub odraza zwrócone w stronę ofiary mogą wynikać z poczucia narażenia na niespotykany poziom lęku.

## B. Zbieranie wywiadu

### 1. Kwalifikacje kliniczne

**303.** Wszyscy lekarze klinicyści, którzy przeprowadzają ocenę kliniczną domniemyanych lub podejrzewanych przypadków tortur lub niewłaściwego traktowania, powinni to robić zgodnie z Protokołem stambulskim i jego zasadami. Umiejętności kliniczne niezbędne do dokumentowania fizycznych i psychologicznych dowodów tortur i niewłaściwego traktowania obejmują podstawowe kompetencje kliniczne. Przeprowadzanie ocen zgodnie z Protokołem stambulskim nie wymaga certyfikacji jako biegłego z zakresu kryminalistyki, mimo że może to być praktyka normatywna w niektórych państwach i jest to czasami wykorzystywane do celowego wykluczenia zeznań niezależnych lekarzy klinicyistów z postępowań sądowych.

**304.** Dokumentacja klinicznych dowodów tortur wymaga specjalistycznej wiedzy od wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia. Wiedzę na temat tortur oraz ich fizycznych i psychologicznych konsekwencji można zdobyć dzięki publikacjom, kursom szkoleniowym, profesjonalnym konferencjom i doświadczeniu. Ponadto ważna jest wiedza na temat regionalnych praktyk w zakresie tortur i niewłaściwego traktowania, ponieważ takie informacje mogą stanowić poparcie dla relacji danej osoby na temat tych regionalnych praktyk. Wysoce zalecane jest doświadczenie w zbieraniu wywiadów i badaniu osób pod kątem fizycznych i psychologicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania oraz dokumentowanie ustaleń pod nadzorem doświadczonych lekarzy klinicyistów.

**305.** Sędziowie i eksperci prawni powinni być zaznajomieni z odpowiednimi kryteriami kwalifikowania biegłych z zakresu kryminalistyki i innych biegłych z zakresu badań klinicznych w postępowaniach sądowych na podstawie ich wiedzy specjalistycznej, doświadczenia i szkolenia, a nie na podstawie określonej licencji zawodowej lub certyfikatu. Kwalifikacja

do przeprowadzania ocen zgodnie z Protokołem stambulskim nie jest równoznaczna z certyfikacją jako biegłego z zakresu kryminalistyki. Biegli z zakresu kryminalistyki są kluczowymi uczestnikami szkoleń dotyczących Protokołu stambulskiego i jego zasad, a ich oceny kliniczne powinny być zgodne z tymi standardami. W każdej sprawie sądowej wszyscy rządowi biegli z zakresu kryminalistyki oraz pozarządowi biegli z zakresu kryminalistyki i biegli z zakresu badań klinicznych powinni być przygotowani do wykazania swoich kwalifikacji jako ekspertów w zakresie dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania. Sędziowie nie powinni zakładać, że oficjalna certyfikacja jest wystarczająca do zakwalifikowania rządowego biegłego z zakresu kryminalistyki do przeprowadzenia oceny zgodnie z Protokołem stambulskim.

**306.** Specjalny sprawozdawca ds. tortur zauważył praktykę wykluczania niepaństwowych biegłych z postępowań sądowych przez prokuratorów i sędziów, stwierdzając, że:

Sądy nie powinny wykluczać niepaństwowych biegłych ani przyznawać zeznaniom biegłych państwowych większej wagi wyłącznie na podstawie ich „oficjalnego” statusu. Jeśli chodzi o wymaganą wiedzę specjalistyczną, należy ją określić na podstawie merytorycznej. W tym względzie niezależność i obiektywizm są kwestią nadrzędną. Państwo będzie zazwyczaj dysponować większymi zasobami i będzie w uprzywilejowanej pozycji do badania ofiar. Fakty te należy brać pod uwagę, wraz ze stopniem niezależności i bezstronności takich ekspertów, a także przeszkodami, jakie biegli niepaństwowi mogą napotkać w uzyskiwaniu dostępu do dowodów i ich pozyskiwaniu. Należy założyć, że państwo musi odpowiedzieć za swoje własne działania lub zaniechania oraz niezdolność do ochrony praw osób znajdujących się pod jego faktyczną kontrolą. Obowiązkiem państwa jest obalenie zarzutów i wykazanie, że przeprowadziło naprawę skuteczne dochodzenia<sup>405</sup>.

**307.** Najważniejszą kwalifikacją kliniczną w przeprowadzaniu oceny domniemyanej ofiary jest wiedza na temat stosowania Protokołu stambulskiego i jego zasad. Jeśli lekarze klinicyści zostaną poproszeni o podanie swoich kwalifikacji klinicznych w postępowaniu

<sup>405</sup> A/69/387, pkt 53.

sądowym, mogą rozważyć podanie dodatkowych informacji, takich jak: (a) wykształcenie i szkolenie kliniczne; (b) szkolenie psychologiczne/psychiatryczne; (c) doświadczenie w dokumentowaniu dowodów tortur i niewłaściwego traktowania oraz innych form przemocy; (d) ukończenie odpowiednich kursów i seminariów szkoleniowych, w tym dotyczących Protokołu stambulskiego; (e) nadzór i mentoring ze strony doświadczonych lekarzy klinicystów; (f) powiązanie z organizacją lub siecią praw człowieka lub ośrodkiem leczenia ofiar tortur; oraz (g) regionalna wiedza specjalistyczna w zakresie praw człowieka istotna dla ocen medyczno-prawnych. Jeśli to możliwe, lekarze klinicyści przeprowadzający oceny kliniczne powinni posiadać wiedzę na temat warunków panujących w więzieniach i metod tortur stosowanych w regionie, w którym zarzuca się tortury i niewłaściwe traktowanie.

**308.** Wielu klinicystów, w tym lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, psychiatry, psychologowie, kliniczni pracownicy socjalni i pielęgniarki, mogą zdobyć wiedzę i umiejętności w zakresie diagnozowania schorzeń psychiatrycznych. Niektórzy lekarze mogą być w stanie udokumentować zarówno fizyczne, jak i psychologiczne dowody tortur lub niewłaściwego traktowania. Klinicyści, którzy nie są formalnie przeszkoleni w zakresie psychiatrii lub psychologii, mogą, poprzez szkolenie lub doświadczenie, zdobyć wiedzę i umiejętności w zakresie identyfikowania psychologicznych dowodów tortur i niewłaściwego traktowania, takich jak objawy depresji, PTSD i lęku.

## 2. Połączenie ocen fizycznych i psychologicznych

**309.** Medyczno-prawne oceny domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania mogą wymagać wiedzy specjalistycznej więcej niż jednego lekarza klinicysty, w tym biegłych w zakresie dowodów fizycznych i psychologicznych, a także podspecjalistów w dziedzinie medycyny, chirurgii i neuropsychologii. W sprawach prawnych ważne jest, aby w miarę możliwości połączyć wyniki wielu ocen w jedną kompleksową ocenę. Może być wskazane, aby biegli w zakresie dowodów fizycznych i psychologicznych przeprowadzili jedną ocenę wspólnie. Jeżeli oceny kliniczne przeprowadza się oddzielnie, to należy wskazać, w celu jasnego zrozumienia przez przedstawicieli

zawodów prawniczych, że takie oceny stanowią elementy całej pojedynczej oceny klinicznej i powinny być tak rozpatrywane. Jeśli istnieją oddzielne oceny kliniczne i jedna z nich zawiera silne dowody potwierdzające, a druga - tylko umiarkowane, całość dowodów należy uznać za silnie potwierdzające.

## 3. Okoliczności wywiadu

**310.** Oceny kliniczne osób, które twierdzą, że były torturowane lub niewłaściwie traktowane, należy przeprowadzać w miejscu, które lekarz klinicysta i osoba, od której zbiera wywiad, uznają za najbardziej odpowiednie. Ma to szczególne znaczenie w zakładach karnych. W wielu sytuacjach, na przykład w więzieniach, nie jest możliwe kontrolowanie środowiska, w którym odbywa się wywiad, i obie strony rozmowy będą musiały jak najlepiej wykorzystać mniej niż idealne warunki. Takie niedociągnięcia należy wyraźnie udokumentować w sprawozdaniu, a odpowiednie władze należy poprosić o zapewnienie odpowiednich warunków. W niektórych przypadkach najlepiej jest nalegać, aby ocena odbyła się na oddziale medycznym zakładu lub poza zakładem karnym. W innych przypadkach więźniowie mogą preferować badanie we względnie bezpiecznej celi, jeśli na przykład obawiają się, że pomieszczenia medyczne mogą być pod obserwacją. Osoby zbierające wywiad powinny jednak w jak największym stopniu stosować i dostosowywać te podstawowe zasady zbierania wywiadu. Wybór najlepszego miejsca będzie podyktowany wieloma czynnikami, ale we wszystkich przypadkach osoby zbierające wywiad powinny upewnić się, czy ich rozmówcy nie zostali zmuszeni do zaakceptowania miejsca, w którym nie czują się komfortowo lub bezpiecznie.

**311.** Jeśli to możliwe, pomieszczenie powinno mieć odpowiednie warunki fizyczne (oświetlenie, wentylację, wielkość i temperaturę). Należy zapewnić dostęp do toalet i możliwości odświeżenia się. Układ siedzeń powinien zapewniać rozmówcom jednakową wygodę, a także odpowiednią odległość, tak aby mogli nawiązać kontakt wzrokowy i wyraźnie widzieć swoje twarze. Ani osoba zbierająca wywiad, ani osoba odpowiadająca na pytania nie powinny siedzieć w pozycji blokującej dostęp do drzwi. Należy zwrócić uwagę na zaaranżowanie pokoju w taki sposób, aby nie przypominał oficjalnego otoczenia ani oficjalnej procedury przesłuchania.

#### 4. Gwarancje proceduralne w odniesieniu do osób zatrzymanych

312. Oceny medyczno-prawne osób zatrzymanych należy przeprowadzać na oficjalny pisemny wniosek prokuratorów lub innych właściwych urzędników oraz za świadomą zgodą domniemanej ofiary. Wnioski o ocenę medyczno-prawną składane przez funkcjonariuszy organów ścigania należy uznać za nieważne, chyba że zostały złożone na pisemne polecenie prokuratora lub innego właściwego urzędnika. Same osoby zatrzymane, ich prawnicy lub krewni mają prawo wnieść o przeprowadzenie oceny klinicznej w celu oceny dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania. Osoba zatrzymana powinna zostać doprowadzona na badanie kliniczne przez funkcjonariuszy innych niż żołnierze i policja, ponieważ tortury lub niewłaściwe traktowanie mogły mieć miejsce w ich placówce, a zatem wywieraloby to niedopuszczalną presję na osobę zatrzymaną lub lekarza klinicystę, aby nie udokumentowali tortur lub niewłaściwego traktowania. Funkcjonariusze nadzorujący transport osoby zatrzymanej powinni odpowiadać przed prokuratorem lub innym odpowiednim urzędnikiem, ale nie przed innymi funkcjonariuszami organów ścigania. Adwokat osoby zatrzymanej powinien być obecny podczas składania wniosku o badanie i w trakcie transportu osoby zatrzymanej po badaniu. Osoby zatrzymane mają prawo do uzyskania drugiej lub alternatywnej oceny klinicznej przez wybranego przez siebie wykwalifikowanego lekarza klinicystę w trakcie i po zakończeniu okresu zatrzymania.

313. Każda osoba zatrzymana musi zostać przebadana na osobności. Policja ani inni funkcjonariusze organów ścigania nie powinni być obecni w sali badań. Ta gwarancja proceduralna może zostać wyłączona tylko wtedy, gdy w opinii badającego lekarza klinicysty istnieją przekonujące dowody na to, że osoba zatrzymana stanowi poważne zagrożenie dla personelu medycznego. W takich okolicznościach na prośbę lekarza powinien być dostępny personel ochrony placówki medycznej, a nie policja lub inni funkcjonariusze organów

ścigania. Pracownicy ochrony powinni wówczas pozostawać poza zasięgiem słuchu (tj. pozostawać jedynie w kontakcie wzrokowym) osoby, od której zbierany jest wywiad.

314. Obecność funkcjonariuszy policji, żołnierzy, funkcjonariuszy służby więziennej lub innych funkcjonariuszy organów ścigania w sali badań, niezależnie od przyczyny, należy odnotować w oficjalnym sprawozdaniu medyczno-prawnym lekarza. Ich obecność podczas badania może stanowić podstawę do nieuwzględnienia negującego sprawozdania medyczno-prawnego. W sprawozdaniu należy wskazać tożsamość i stanowiska innych osób obecnych w sali badań podczas ocen klinicznych. Oficjalne oceny medyczno-prawne osób zatrzymanych przeprowadzane przez państwowych biegłych z zakresu kryminalistyki powinny obejmować wykorzystanie znormalizowanego formularza sprawozdania medycznego, który jest zgodny z Protokołem stambulskim i jego zasadami, w tym z załącznikiem IV.

315. Oryginalną, wypełnioną ocenę należy przekazać bezpośrednio osobie wnoszącej o sporządzenie sprawozdania, zazwyczaj prokuratorowi lub innym odpowiednim urzędnikom lub ich przedstawicielowi prawnemu. Gdy osoby zatrzymane lub prawnicy działający w ich imieniu zażądają sprawozdania medyczno-prawnego, sprawozdanie to należy dostarczyć. Kopie wszystkich sprawozdań medyczno-prawnych powinny być przechowywane przez lekarza klinicystę prowadzącego badanie. W żadnym wypadku kopii sprawozdania medyczno-prawnego nie należy przekazywać funkcjonariuszom organów ścigania<sup>406</sup>. Obowiązkowe jest poddanie osoby zatrzymanej dokładnym badaniom lekarskim w czasie zatrzymania<sup>407</sup>. W czasie oceny klinicznej należy zapewnić dostęp do prawnika. Obecność osób postronnych podczas badań może być niemożliwa w większości zakładów karnych. W takich przypadkach należy zastrzec, że lekarze więzienni pracujący z więźniami powinni przestrzegać zasad etyki lekarskiej i być w stanie wykonywać swoje obowiązki zawodowe niezależnie od jakichkolwiek wpływów osób trzecich. Jeśli badanie medyczno-prawne potwierdzi zarzuty tortur lub niewłaściwego traktowania, osoby zatrzymanej nie należy odsyłać do miejsca zatrzymania, ale raczej powinna stawić się przed prokuratorem lub

<sup>406</sup> Gdy funkcjonariusze policji przewożą osoby zatrzymane do lekarzy klinicystów w celu przeprowadzenia oceny i żądają otrzymania kopii sprawozdania, lekarz klinicysta powinien odmówić i zamiast tego przekazać kopię prokuratorowi lub innym odpowiednim urzędnikom prawnym. Sprawozdania lekarza klinicysty mogą być udostępniane osobom zatrzymanym, ale należy omówić z nimi ryzyko uzyskania kopii przez policję.

<sup>407</sup> Reguły Nelsona Mandeli, reguła 30; oraz reguły z Bangkoku, reguła 6.

sędzią w celu ustalenia dyspozycji prawnej osoby zatrzymanej<sup>408</sup>. Krajowe stowarzyszenie medyczne lub komisja śledcza mogą zdecydować się na audyt sprawozdań medyczno-prawnych, aby zapewnić przestrzeganie odpowiednich gwarancji proceduralnych i standardów dokumentacji, w szczególności przez lekarzy klinicystów zatrudnionych przez państwo i przeprowadzających oficjalną ocenę w jego imieniu. Sprawozdania należy przesyłać do takiej organizacji, pod warunkiem że kwestie niezależności i poufności zostały rozwiązane.

## 5. Oficjalne wizyty w miejscach zatrzymań

**316.** Wizyty u osób pozbawionych wolności mogą być w niektórych przypadkach bardzo trudne do przeprowadzenia w obiektywny i profesjonalny sposób, szczególnie w krajach, w których nadal stosuje się tortury. Jednorazowa wizyta, bez działań następczych, aby zapewnić bezpieczeństwo po wizycie osobom, od których zbierany jest wywiad, może jeszcze bardziej zagrozić dobrostanowi osób zatrzymanych. Pogląd, że niektóre dowody są lepsze niż ich brak, nie ma zastosowania w przypadku pracy z osobami pozbawionymi wolności, które mogą być narażone na niebezpieczeństwo przez to, że złożyły zeznania. Mające dobre intencje osoby, które zbierają wywiad, mogą wpaść w pułapkę wizyty w więzieniu lub na posterunku policji i uzyskać niepełny lub fałszywy obraz rzeczywistości. Mogą one dawać alibi sprawcom tortur lub niewłaściwego traktowania, którzy mogą wykorzystywać fakt, że osoby postronne odwiedzały ich więzienie i nie zgłaszały przypadków znęcania się. Niezapowiedziane wizyty lub swoboda wyboru, w którym miejscu pozbawienia wolności przeprowadzić wizytę, mogą być wartościowe, ponieważ w innych przypadkach władze mogą wykorzystać wcześniejsze powiadomienie w celu ukrycia dowodów lub uciszenia więźniów.

**317.** Niezależne komisje złożone z prawników i lekarzy klinicystów powinny mieć okresowy dostęp do miejsc zatrzymań i więzień. Wizyty monitorujące, w tym przeprowadzane przez śledczych zajmujących się prawami człowieka, krajowe instytucje praw człowieka lub krajowe mechanizmy prewencji, powinny obejmować wykwalifikowanych ekspertów prawnych i biegłych z zakresu badań klinicznych w celu zapewnienia, by rozmowy z osobami zatrzymanymi były zgodne z Protokołem

stambulskim i jego zasadami (zob. rozdział VII). Członkowie krajowych mechanizmów prewencji powinni być zaznajomieni ze standardami i zaleceniami zawartymi w Protokole stambulskim i jego zasadach oraz międzynarodowymi/regionalnymi normami monitorowania miejsc pozbawienia wolności.

**318.** Wywiady z osobami, które nadal przebywają w areszcie, a być może nawet w rękach sprawców tortur lub niewłaściwego traktowania, będą oczywiście bardzo różnić się od wywiadów zapewniających poczucie prywatności i bezpieczeństwa w zewnętrznej placówce medycznej. W takich sytuacjach nie można przecenić znaczenia, jakie ma zdobycie zaufania danej osoby. Jeszcze ważniejsze jest jednak, aby nie zdradzić tego zaufania, nawet nieświadomie. Należy wprowadzić wszelkie środki ostrożności, aby zapewnić, by osoby zatrzymane nie narażały się na niebezpieczeństwo. Osoby zatrzymane, które twierdzą, że były torturowane lub niewłaściwie traktowane, należy zapytać, czy mają obawy, że informacje podawane przez nich w ramach oceny, mogą zostać wykorzystane przeciwko nim i w jaki sposób. Na przykład ich strach może być tak duży, że nie pozwolą na użycie swoich nazwisk, gdyż będą obawiać się odwetu. Osoby przeprowadzające przesłuchanie, lekarze i tłumacze ustni nie powinni składać osobom zatrzymanym obietnic, których nie są w stanie spełnić.

**319.** Należy starannie rozważyć miejsce wywiadu, poza zasięgiem wzroku i słuchu funkcjonariuszy ochrony, aby zapewnić poufność. Należy również wziąć pod uwagę ewentualną obecność kamer, mikrofonów lub luster weneckich, zwłaszcza jeśli wykorzystywany jest policyjny pokój przesłuchań. Wywiady powinny zazwyczaj odbywać się za świadomą zgodą osób, od których są zbierane, w wygodnym pomieszczeniu, w którym nie czują się onieśmielone. Osoby zbierające wywiad powinny unikać miejsc, które dla niektórych osób zatrzymanych mogą wiązać się z traumatycznymi przeżyciami lub po prostu być kojarzone z nadużyciem władzy.

**320.** Wyraźny dylemat może pojawić się w przypadkach, w których zespół wizytujący stwierdzi, że w danym miejscu pozbawienia wolności dochodzi do powszechnych i systematycznych aktów tortur i niewłaściwego

<sup>408</sup> „Health care for prisoners: implications of »Kalk’s refusal-«” [„Opieka zdrowotna dla więźniów: konsekwencje odmowy Kalka”], *Lancet*, tom 337, nr 8742 (1991), s. 647-648.

traktowania, ale wszystkie ofiary odmawiają zgody na wykorzystanie ich ocen przez osoby zbierające wywiad z obawy przed represjami. Lekarze klinicyści muszą zachować poufność i unikać zdrady zaufania osób przez jednostronne decyzje o zgłaszaniu nadużyć. W obliczu tego typu sytuacji, w której wiele osób zatrzymanych może wykazywać wyraźne oznaki, że się nad nimi znęcano, takie jak ślady na ciele po biczowaniu, biciu, ranach szarpanych itp., ale wszystkie te osoby odmawiają wspomnienia o swoich doświadczeniach, warto zorganizować „inspekcję zdrowotną” całego oddziału w pełnym widoku na dziedzińcu. W ten sposób wizytujący lekarze klinicyści mogą bezpośrednio zaobserwować widoczne oznaki tortur wśród osób i sporządzić sprawozdanie na temat tego, co widzieli, bez konieczności stwierdzania, że osoby skarżyły się na tortury. Ten pierwszy krok zapewnia zaufanie osób do przyszłych wizyt kontrolnych.

321. Inne, mniej widoczne formy tortur, na przykład psychologiczne lub seksualne, nie mogą być traktowane w ten sam sposób. W takich przypadkach może być konieczne, aby osoby zbierające wywiad powstrzymały się od przedstawiania uwag podczas jednej lub kilku wizyt, dopóki nie pozwolą na to okoliczności lub dopóki zatrzymani nie poczują się wystarczająco bezpiecznie.

322. Lekarze klinicyści muszą zawsze zachowywać należytą staranność, nawet podczas przeprowadzania wielu ocen w ciągu jednego dnia. Osoba, z którą rozmawiano o godzinie 20.00 zasługuje na tyle samo uwagi, co osoba, z którą rozmawiano o godzinie 8.00. Osoby zbierające wywiad powinny zarządzać swoim obciążeniem pracą, aby zapewnić wystarczającą ilość czasu i energii na każdą ocenę.

## 6. Przygotowanie do wywiadu

323. Przed wywiadem osoby, które go zbierają, powinny zapoznać się ze sprawą i przygotować się, identyfikując potencjalne obszary tematyczne, na których należy się skupić, które są ważne z perspektywy sprawozdania, a jednocześnie być na tyle elastycznym, aby spodziewać się, że podczas rozmowy mogą pojawić się nowe obszary tematyczne. W tym celu warto zapoznać się z odpowiednimi dokumentami/oświadczeniami, które mógł przygotować radca prawny danej osoby. Takie dokumenty mogą pomóc lekarzowi klinicyście przewidzieć treść wypowiedzi danej osoby.

Ponadto znajomość wcześniejszych zeznań może pomóc w zidentyfikowaniu elementów historii, które wymagają wyjaśnienia. Pomimo użyteczności dokumentów prawnych/oświadczeń, nie należy polegać wyłącznie na zawartych w nich informacjach i należy je niezależnie zweryfikować. Lekarz powinien zebrać wszystkie informacje istotne dla oceny klinicznej.

324. Ważne jest, aby zrozumieć wiele powodów, dla których osoby, które przeżyły traumę, mogą nie pojawić się na spotkaniach lub spóźnić się na nie, i należy pozwolić na zmianę harmonogramu, gdy tylko jest to możliwe. Nawiązanie kontaktu tuż przed spotkaniem może pomóc zapobiec frustracji i nieskuteczności nieodbytych spotkań.

## 7. Bariery komunikacyjne

325. Lekarz klinicysta powinien również starać się przewidzieć i, jeśli to możliwe, wyeliminować ewentualne bariery w skutecznej komunikacji. Bariery komunikacyjne mogą drastycznie wpłynąć na wartość lub przebieg wywiadu. Możliwe bariery komunikacyjne obejmują:

(a) bariery środowiskowe, takie jak brak prywatności, niekomfortowe warunki lub nieodpowiedni czas wywiadu;

(b) bariery fizyczne, takie jak ból lub inny dyskomfort, którego dana osoba może doświadczać: na przykład ból fizyczny, trudności z siedzeniem przez dłuższy czas, zmęczenie lub deficyty sensoryczne, takie jak ślepotą lub głuchota;

(c) bariery psychologiczne, takie jak strach lub niepokój, lub zaburzenia zdrowia psychicznego, takie jak depresja, zespół stresu pourazowego lub deficyty poznawcze;

(d) bariery społeczno-kulturowe, takie jak płęć osoby zbierającej wywiad (jest to szczególnie ważne w przypadku ofiar tortur seksualnych lub niewłaściwego traktowania), kwestie językowe (w tym stosowność i dokładność tłumacza ustnego) oraz brak równowagi sił między osobą przeprowadzającą ocenę a osobą, od której zbierany jest wywiad (w tym rasa, kultura lub status społeczny);

(e) bariery związane z osobą zbierającą wywiad, takie jak brak planu lub struktury wywiadu, stosowanie złych technik zadawania

pytań lub słabe umiejętności interpersonalne, osobiste uprzedzenia lub brak zrozumienia kulturowych lub zależnych od wieku potrzeb rozmówcy.

## 8. Budowanie relacji

- 326.** Budowanie relacji, która w tym kontekście oznacza relację roboczą między osobą zbierającą wywiad a jej rozmówcą, jest kluczem do przeprowadzenia skutecznego wywiadu<sup>409</sup>. Poświęcenie czasu na zbudowanie zaufania i relacji ułatwi osobom w każdym wieku rozmowę na trudne tematy.
- 327.** Okazywanie szacunku rozmówcy, pełne zaangażowanie w przebieg wywiadu, otwarty język ciała, uważność i dopasowanie się do stylu komunikacji danej osoby mogą pomóc budować relacje. W celu zbudowania relacji należy przewidzieć czas na omówienie spraw rodzinnych i innych spraw osobistych. Osoby nie powinny być zmuszane do mówienia o jakiegokolwiek formie tortur lub niewłaściwego traktowania, dopóki nie czują się z tym komfortowo.
- 328.** Empatia jest ważnym elementem budowania relacji, co jest szczególnie ważne dla lekarzy klinicyistów podczas słuchania osoby ujawniającej informacje o torturach lub niewłaściwym traktowaniu. Empatia odnosi się do zdolności rozpoznawania i rozumienia emocjonalnego doświadczenia rozmówcy poprzez rozważenie i uznanie tego, jak może się on czuć. Empatia może być wyrażona przez aktywne słuchanie, odpowiednią mimikę twarzy lub werbalne potwierdzenie emocji osoby, od której zbiera się wywiad. W niektórych przypadkach lekarze klinicyści mogą uznać za pomocne jasne określenie swojego stanowiska wobec naruszeń praw człowieka, w tym tortur i niewłaściwego traktowania. Lekarze klinicyści powinni uznać niepokój, który obserwują podczas wywiadów klinicznych, zachowując granice zawodowe i obiektywizm kliniczny.

## 9. Poziom szczegółowości historii

- 329.** W trakcie uzyskiwania narracyjnego opisu wydarzeń i doświadczeń lekarz klinicysta powinien starać się uzyskać jak najwięcej szczegółów, które są istotne dla przeprowadzenia oceny. Obszerne i szczegółowe

relacje mogą dostarczyć więcej informacji, na podstawie których można ocenić korelację między zarzutami a ustaleniami; nierzadko dają poczucie doświadczenia sytuacji osobiście, co sędziowie często uważają za przydatne. Niektórzy przedstawiciele wymiaru sprawiedliwości mogą jednak uznać włączenie szczegółowych informacji historycznych za nieistotne.

- 330.** Próby uzyskania szczegółowej historii mogą prowadzić do uzyskania relacji o wydarzeniach i doświadczeniach, co do których dana osoba jest mniej pewna. Osobom, od których zbiera się wywiad, należy doradzić, aby otwarcie mówiły o niepewności, na przykład wskazując, kiedy są czegoś pewne lub nie.
- 331.** Wysoki poziom szczegółowości lub wysoki stopień pewności, z jakim pamięć jest przechowywana, są pomocne, ale ich brak nie może wskazywać, że pamięć jest niewiarygodna. Niespójności mogą pojawić się w relacji lub między relacją a innymi źródłami informacji i należy je zbadać podczas przesłuchania. Oceniający lekarz klinicysta powinien ocenić kliniczne przyczyny ograniczeń w przypominaniu sobie i opisywaniu doświadczeń, jak omówiono w pkt 342 poniżej.
- 332.** Osobom, od których zbiera się wywiad, należy przypomnieć o znaczeniu zgłaszania tylko tego, co pamiętają, a także o przejrzystości w przypadku obrażeń niezwiązanych z domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem. Oceniający lekarz klinicysta powinien zdawać sobie sprawę z potencjalnych ograniczeń w przypominaniu sobie wszystkich zdarzeń. Ponadto brak szczegółów nie powinien być traktowany jako oznaka nieprawdziwości, ponieważ mogą istnieć ważne społeczne, poznawcze i kontekstowe powody braku szczegółów, w tym: poziom zaufania i relacji, dostosowanie płci podczas przesłuchania, wiek, klasa społeczna, umiejętność czytania i pisania oraz poziom wykształcenia, czynniki kulturowe i warunki kliniczne wpływające na procesy poznawcze.

## 10. Techniki zadawania pytań

- 333.** W uzyskaniu informacji podczas wywiadu może pomóc kilka technik.

<sup>409</sup> Allison Abbe i inni, „The role of rapport in investigative interviewing: a review” [„Rola relacji w przesłuchaniach śledczych: przegląd”], *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, tom 10, nr 3 (2013), s. 237-249; oraz Jonathan P. Vallano i inni, „Rapport-building during witness and suspect interviews: a survey of law enforcement” [„Budowanie relacji podczas przesłuchań świadków i podejrzanych: badanie organów ścigania”], *Applied Cognitive Psychology*, tom 29, nr 3 (2015), s. 369-380.



**(a) Rodzaje pytań**

**334.** Wykorzystanie pytań otwartych jako techniki przeprowadzania wywiadu znacznie zwiększa zarówno ilość, jak i dokładność informacji dostarczanych przez rozmówcę. Pytania otwarte często zaczynają się od słów „powiedz”, „wyjaśnij” lub „opisz” (np. „Powiedz mi, co się stało” i „Opisz, co masz na myśli, mówiąc ...”). Pytania otwarte dają rozmówcom swobodę odpowiadania: mogą oni przedstawić swoją historię własnymi słowami, tak jak ją pamiętają. Ten styl zadawania pytań zachęca zatem osoby do przyjęcia aktywnej roli generowania i dostarczania informacji, a nie biernej roli odpowiadania na pytania.

**335.** Aby doprecyzować otwarte odpowiedzi lub zmotywować niezdecydowanych rozmówców, należy użyć pytań ukierunkowanych lub sondujących. Pytania ukierunkowane mogą zaczynać się od słów „kto”, „co”, „gdzie”, „kiedy” i „jak”.

**336.** Pytania zamknięte mogą być wymagane w celu doprecyzowania pewnych kwestii, na przykład „Czy stało się to przed czy po ...?” lub „Która osoba to zrobiła?”. Pytania zamknięte (czasami nazywane „pytaniami szczegółowymi” lub „pytaniami z opcją”) generalnie wywołują krótsze odpowiedzi; dlatego nie są skuteczne jako główna technika zbierania wywiadu. Należy zachować ostrożność przy zadawaniu pytań zamkniętych, ponieważ jak wiadomo, stosowanie szybkich pytań zamkniętych ogranicza zarówno ilość, jak i dokładność informacji dostarczanych przez rozmówcę. Co więcej, zadawanie zbyt wielu pytań zbyt szybko może dezorientować osoby, a to może wywołać sprzeczne odpowiedzi lub nawet przypomnieć tym osobom, że są przesłuchiwane.

**337.** W miarę możliwości należy unikać pytań naprowadzających, ponieważ dane osoby mogą odpowiedzieć to, co ich zdaniem osoba prowadząca rozmowę chce usłyszeć. Jest to szczególnie ważne podczas przeprowadzania wywiadów do celów medyczno-prawnych w sytuacjach, w których zeznania mogą zostać zakwestionowane w sądzie. Szczególnie podatne na pytania naprowadzające, które sugerują pożądaną odpowiedź, są dzieci.

**(b) Techniki poznawcze**

**338.** Jakość uzyskanych informacji można poprawić za pomocą określonych technik ułatwiających ich pozyskiwanie. Po pierwsze, w warunkach klinicznych, w których pozwala na to czas, osoby powinny zostać poproszone o opisanie wszystkiego, co działo się w czasie, w którym doszło do niewłaściwego traktowania (np. opisanie wydarzeń i procesu zatrzymania), nawet jeśli nie wydaje się to bezpośrednio istotne z ich punktu widzenia. Może to pomóc w odkryciu szczegółów lub wydarzeń, które mogą być ważniejsze niż wydaje się to danym osobom. Po drugie, gdy dane osoby opowiadają o tych wydarzeniach, mogą przypomnieć sobie inne wydarzenia. Przydatne jest, jeśli osoby zachęca się do przypomnienia sobie kontekstu, w którym wydarzenia miały miejsce, w tym fizycznych, emocjonalnych i sensorycznych aspektów tego wydarzenia (np. „Co mogłeś(-aś) zobaczyć?”, „Co mogłeś(-aś) usłyszeć?”, „Co mogłeś poczuć?” i „Jak się czuleś(-aś)?”). Mentalne przywrócenie kontekstu w ten sposób zazwyczaj pomaga przywołać dodatkowe dokładne informacje i jest szczególnie skuteczne po długim opóźnieniu<sup>410</sup>. Stosowanie takich technik może jednak wywoływać retrospekcje, więc osoba przeprowadzająca wywiad powinna stosować te techniki ostrożnie.

**339.** Przekazywanie niektórych rodzajów informacji może być trudne do wykonania werbalnie lub w narracji liniowej. Osoby przeprowadzające wywiad powinny zatem rozważyć, czy niektóre informacje, które dana osoba ma do przekazania, mogą być lepiej opisane lub przekazane niewerbalnie. Na przykład, przydatne może być poproszenie danej osoby o wykonanie szkicu pomieszczenia lub budynku(-ów), aby w ten sposób przekazała ważne informacje przestrzenne i aby pomóc jej w zapamiętaniu szczegółów, które w przeciwnym razie mogłyby zostać zapomniane. Podobnie korzystanie z osi czasu może poprawić przekazywanie chronologicznej kolejności wydarzeń i działań.

**340.** Rozsądne wykorzystanie ciszy i pauz może pomóc w stworzeniu bezpiecznej przestrzeni do ujawnienia bardzo osobistych szczegółów, a także zapewnić rozmówcy niezbędny czas na uporządkowanie myśli. Nawet jeśli czas na rozmowę jest ograniczony, osoba, od której zbierany jest wywiad, nie powinna czuć się ponaglana. Lepiej jest skupić się na kilku

<sup>410</sup> Ronald P. Fisher i Ronald E. Geiselman, *Memory Enhancing Techniques for Investigative Interviewing: The Cognitive Interview [Techniki wzmacniania pamięci w przesłuchaniach śledczych: przesłuchanie kognitywne]* (Springfield, Charles C. Thomas Publisher, 1992), s. 99-102.

konkretnych punktach, niż próbować omówić zbyt dużo w zbyt krótkim czasie.

341. Ważne jest, aby pamiętać, że w różnych kulturach istnieją różne pojęcia tego, co jest normalnym zachowaniem podczas rozmowy. Kulturowa pokora i zrozumienie pomogą w przeprowadzaniu ocen międzykulturowych (zob. pkt 294-295 powyżej).

## 11. Trudności w przypominaniu i relacjonowaniu zdarzeń

342. Ofiary tortur mogą mieć trudności z opowiedzeniem konkretnych szczegółów tortur lub niewłaściwego traktowania z kilku ważnych powodów, takich jak:

(a) aspekty podczas samych tortur, np. zawiązanie oczu, odurzenie narkotykami, utrata przytomności itp;

(b) obawa przed narażeniem siebie lub innych na ryzyko;

(c) brak zaufania do badającego lekarza klinicysty lub tłumacza ustnego;

(d) psychologiczny wpływ tortur i traumy, na przykład wysokie pobudzenie emocjonalne, unikanie poznawcze z powodu bolesnych emocji, takich jak poczucie winy i wstyd, oraz zaburzenia pamięci, wtórne do chorób psychicznych związanych z traumą, takich jak depresja i zespół stresu pourazowego;

(e) neuropsychiatryczne zaburzenia pamięci spowodowane urazem głowy, duszeniem, tonięciem lub głodzeniem;

(f) ochronne mechanizmy radzenia sobie z traumą, takie jak zaprzeczanie, unikanie i dysocjacja<sup>411</sup>;

(g) kulturowo określone sankcje, które pozwalają na ujawnienie traumatycznych doświadczeń tylko w wysoce poufnych warunkach<sup>412</sup>.

## 12. Zmienność i niespójności w historii

343. Ważne jest, aby pamiętać, że często występuje zmienność w stopniu szczegółowości tego, co dana osoba przypomni sobie w odniesieniu do wydarzeń związanych z traumą. Ta zmienność niekoniecznie oznacza, że narrator podaje fałszywe informacje lub jest niewiarygodny<sup>413</sup>. Normalną zmienność pamięci, w której kolejne relacje mogą za każdym razem zawierać więcej innych szczegółów z pominięciem innych szczegółów, mogą zaostrzyć tortury lub niewłaściwe traktowanie. Ofiary tortur są często poddawane wielu formom znęcania się, często jednocześnie. Dzieje się tak często, gdy dana osoba jest poddawana powtarzającym się lub długotrwałym epizodom tortur lub

niewłaściwego traktowania. Co więcej, osoby mogły być zatrzymane w warunkach, w których traciły poczucie czasu i miejsca, na przykład mogły mieć zawiązane oczy lub przebywać w izolacji w ciemnej celi, lub mogły być

ostabione z powodu braku pożywienia, wody lub snu. W związku z tym osoby są podatne na popełnianie błędów w zakresie „monitorowania źródła”, stąd mogą mylić jeden epizod z innym, i trudno jest stwierdzić z całą pewnością, że źródłem dostarczanych przez nich informacji jest ich pamięć o konkretnym epizodzie.

344. Pamięć wydarzeń może być zaburzona na jeden lub więcej z co najmniej trzech sposobów:

(a) niepowodzenie w zapamiętywaniu (np. wtórne w wyniku urazu głowy lub skrajnego pobudzenia emocjonalnego);

(b) celowe zapominanie nieprzyjemnych wspomnień;

(c) upośledzona zdolność zapamiętywania.

345. W skrajnym pobudzeniu emocjonalnym, gdy ciało jest zagrożone, przechowywanie pamięci jest upośledzone.

<sup>411</sup> Dysocjacja to psychiczny proces rozłączenia lub braku ciągłości między myślami, wspomnieniami, otoczeniem, działaniami i tożsamością. Zaburzenia dysocjacyjne zwykle rozwijają się jako reakcja na traumę, aby pomóc zahamować trudne wspomnienia.

<sup>412</sup> Richard F. Mollica i Yael Caspi-Yavin, „Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms” [„Przegląd: ocena i diagnoza zdarzeń i objawów związanych z torturami”], w *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches*, Metin Başoğlu, red. (Cambridge, Zjednoczone Królestwo, Cambridge University Press, 1992), s. 255-274; oraz Juliet Cohen, „Errors of recall and credibility: can omissions and discrepancies in successive statements reasonably be said to undermine credibility of testimony?” [„Błędy pamięciowe a wiarygodność: czy pominięcia i rozbieżności w kolejnych oświadczeniach mogą w uzasadniony sposób podważyć wiarygodność zeznań?”], *Medico-Legal Journal*, tom 69, nr 1 (2001), s. 25-34.

<sup>413</sup> Cohen, „Errors of recall and credibility” [„Błędy pamięciowe a wiarygodność”].

W rezultacie wspomnienia traumatycznych doświadczeń mogą być fragmentaryczne i słabo umiejscowione w ogólnym kontekście chronologii lub lokalizacji. Szczegóły kluczowe dla doświadczenia są zapamiętywane lepiej niż szczegóły peryferyjne (szczegóły dotyczące daty i numeru są szczególnie słabo zapamiętywane), ale nawet niektóre szczegóły kluczowe dla doświadczenia mogą nie być właściwie zapamiętywane. Zdolność do przypominania sobie i relacjonowania szczegółów traumatycznych wydarzeń może zmieniać się w czasie, szczególnie gdy dana osoba cierpi na zespół stresu pourazowego. Należy spodziewać się różnic w historii (w szczególności zmiennej zdolności przypominania sobie szczegółów dotyczących tortur i doświadczeń niewłaściwego traktowania) uzyskanej podczas wywiadów przeprowadzonych w różnym czasie.

**346.** Osoby przeprowadzające wywiad powinny ocenić, ile szczegółów jest potrzebnych do udokumentowania domniemanych nadużyć.

Na przykład, jeśli ktoś był wielokrotnie torturowany lub gwałcony, uzyskanie wszystkich szczegółów dotyczących każdego epizodu może być niepotrzebne lub niewłaściwe. Jeśli ważne jest uzyskanie informacji o wielu różnych epizodach, należy poprosić rozmówcę o wskazanie tych, które pamiętają najlepiej lub które miały na niego największy wpływ. Może to być pierwsza sytuacja, ostatnia sytuacja lub konkretny epizod, który zapadł w pamięć z określonego powodu. Należy pozwolić osobie, od której zbierany jest wywiad, nazwać te sytuacje, aby wprowadzić rozróżnienie między nimi, a następnie zająć się każdym epizodem po kolei i zapytać o niego bardziej szczegółowo. Zalecenie to jest jeszcze ważniejsze, gdy rozmówcą jest dziecko, ponieważ dzieci są bardziej podatne na mylenie szczegółów powtarzających się wydarzeń.

**347.** Niespójności między zarzutami danej osoby o znęcanie się a ustaleniami oceny mogą wynikać z dowolnego lub wszystkich wyżej wymienionych czynników i nie należy zakładać, że wskazują one na nieprawdziwość. Lekarze klinicyści mają obowiązek poszukiwać możliwych wyjaśnień takich niespójności. Jeśli to możliwe, lekarz klinicysta powinien poprosić o dalsze wyjaśnienia. Jeśli nie jest to możliwe, lekarz klinicysta powinien poszukać innych dowodów, które potwierdzają lub obalają opis

wydarzeń. Sieć spójnych szczegółów uzupełniających może potwierdzić i wyjaśnić zarzuty danej osoby. Chociaż dana osoba może nie być w stanie podać szczegółów pożądanых przez osobę zbierającą wywiad, takich jak data, godzina, miejsca, częstotliwość i dokładna tożsamość sprawców, to wyłoniony zostanie ogólny zarys domniemanych traumatycznych wydarzeń i będzie się on z czasem rozwijał. W kontekście sądowym różnice w narracji uzyskanej z czasem mogą być interpretowane jako wpływające na ocenę wiarygodności; dlatego konieczne jest, aby zeznania przedstawione przez oceniającego zawierały dyskusję na temat tego, jak należy interpretować zmienność i niespójność.

**348.** Ważne jest, aby zdawać sobie sprawę, że niektórzy ludzie, z różnych powodów, fałszywie oskarżają o tortury. Inni mogą wyolbrzymiać stosunkowo drobne doświadczenia z powodów osobistych lub politycznych. Lekarz klinicysta musi być zawsze świadomy tych możliwości i starać się zidentyfikować ewentualne wyolbrzymienia lub fabrykowanie informacji. Lekarz klinicysta powinien jednak pamiętać, że taka fabrykacja wymaga szczegółowej wiedzy na temat objawów związanych z traumą, którą osoby rzadko posiadają. Skuteczna dokumentacja fizycznych i psychologicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania wymaga od lekarzy klinicystów umiejętności oceny spójności i niespójności w sprawozdaniu. Jeśli lekarz klinicysta podejrzewa fabrykowanie informacji, musi zaplanować dodatkowe wywiady w celu wyjaśnienia niespójności w sprawozdaniu. Rodzina lub przyjaciele mogą być w stanie potwierdzić szczegóły relacji z wydarzeń. Jeśli lekarz klinicysta przeprowadzi dodatkowe badania i nadal będzie podejrzewał fabrykowanie informacji, powinien skierować pacjenta do innego lekarza i poprosić go o opinię. W niektórych przypadkach podejrzenie fabrykowania informacji powinno być udokumentowane opinią dwóch lekarzy.

### 13. Rozwiązanie problemu zmienności i niespójności

**349.** Wiarygodność dowodów klinicznych często opiera się na elementach spójności wewnętrznej i zewnętrznej. Spójność wewnętrzna odnosi się do potwierdzenia elementów danej sprawy, natomiast spójność zewnętrzna odnosi się do spójności między ustaleniami indywidualnej sprawy a wiedzą na temat metod oraz praktyk tortur i niewłaściwego traktowania w danym

regionie lub dodatkowymi informacjami pochodzącymi od świadków.

**350.** Wewnętrzna spójność w kontekście oceny klinicznej może być wspierana przez szeroki zakres ogólnych i szczegółowych obserwacji. Po pierwsze i najważniejsze, wiarygodność dowodów klinicznych znajduje odzwierciedlenie w stopniu spójności między konkretnymi zarzutami znęcania się a dokumentacją ustaleń fizycznych i psychologicznych. Podobnie stopień spójności między opisem obrażeń fizycznych a doniesieniami o późniejszych ostrych objawach, procesie gojenia (z uwzględnieniem odpowiednich czynników łagodzących) oraz przewlekłych objawach i niepełnosprawności może również wspierać wewnętrzną spójność ustaleń klinicznych. Obserwacje zgodności między zaobserwowanym afektem (stanem emocjonalnym) domniemanej ofiary podczas wywiadu a treścią oceny, na przykład zauważony stres psychiczny w odniesieniu do bolesnych doświadczeń, mogą odzwierciedlać wewnętrzną spójność ustaleń klinicznych - należy przy tym pamiętać, że odpowiedni afekt może się znacznie różnić ze względu na okoliczności i mechanizmy radzenia sobie z traumą przez daną osobę.

**351.** Niespójności są powszechne w relacjach ofiar tortur i występują z wielu powodów. Odpowiednie wyjaśnienie takich niespójności należy rozumieć jako wskazanie wiarygodności ustaleń klinicznych, a nie kwestię nieprawdziwości. Należy zauważyć, że bez wiedzy medycznej na temat ludzkiej anatomii i patofizjologii większość osób nie byłaby w stanie sfabrykować dokładnych informacji historycznych dotyczących fizycznych następstw określonych form tortur lub niewłaściwego traktowania.

**352.** Lekarze klinycyści, którzy przeprowadzają ocenę psychologicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania, mogą wziąć pod uwagę szereg dodatkowych czynników, które mogą być istotne dla wiarygodności ustaleń psychologicznych - na przykład związek czasowy między domniemanym znęcaniem się a wystąpieniem objawów psychologicznych, a także wahania objawów psychologicznych w odniesieniu do wewnętrznych i zewnętrznych stresorów psychologicznych oraz czynników łagodzących. Indywidualne znaczenie przypisane domniemanemu znęcaniu się w świetle historii psychospołecznej danej osoby może być również wskaźnikiem wewnętrznej spójności, a także

zgodności między emocjami osób (zarówno zgłaszanymi, jak i obserwowanymi przez lekarza klinycystę) a ich mechanizmami radzenia sobie z traumą. Niektóre psychologiczne objawy zespołu stresu pourazowego mogą odnosić się konkretnie do domniemanego znęcania się, a nie do innych traumatycznych doświadczeń. Na przykład natrętne wspomnienia i koszmary senne lub czynniki wywołujące natrętne wspomnienia, ponowne przeżywanie doświadczeń oraz myśli i zachowania związane z unikaniem, które odnoszą się do domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, są zwykle spowodowane doświadczeniem tortur lub niewłaściwego traktowania, a nie innymi traumatycznymi doświadczeniami.

**353.** Przykłady spójności zewnętrznej mogą obejmować opisy metod tortur i niewłaściwego traktowania lub konkretnych urządzeń, pozycje ciała podczas stosowania metod tortur i niewłaściwego traktowania, metody krępowania podczas tortur i niewłaściwego traktowania oraz informacje identyfikujące sprawców i miejsca zatrzymania. Ponadto inne zewnętrzne źródła potwierdzające domniemane zdarzenia mogą pochodzić od świadków, takich jak inne osoby zatrzymane, rodzina, przyjaciele, przedstawiciele prawni; mogą być to też sprawozdania medyczne, dokumentacja leczenia i zdjęcia.

### C. Treść wywiadów

**354.** Wszystkie oceny kliniczne domniemanych lub podejrzewanych przypadków tortur lub niewłaściwego traktowania w środowisku medyczno-prawnym muszą być przeprowadzane zgodnie z zasadami stambulskimi (zob. załącznik I) podsumowanymi w następujący sposób:

- (a) oceniający lekarze klinycyści powinni postępować zgodnie z najwyższymi normami etycznymi i uzyskać świadomą zgodę przed przeprowadzeniem jakiegokolwiek badania;
- (b) oceny kliniczne:
  - (i) muszą być przeprowadzane niezwłocznie i na osobności;
  - (ii) muszą być zgodne z ustalonymi normami praktyki klinicznej;

(iii) muszą być kontrolowane przez ekspertów klinicznych, a nie pracowników ochrony;

(c) pisemne sprawozdania muszą być dokładne i zawierać następujące elementy:

(i) identyfikacja domniemanej ofiary; czas i miejsce wywiadu, dokumentacja jakiegokolwiek fizycznego skrępowania rozmówcy lub obecność policji lub osób trzecich podczas oceny;

(ii) szczegółowy zapis zarzutów, w tym metod tortur lub niewłaściwego traktowania, oraz wszelkich skarg na objawy fizyczne i psychiczne;

(iii) rejestr wszystkich fizycznych i psychologicznych wyników badania klinicznego, w tym odpowiednich testów diagnostycznych, schematów ciała w celu odnotowania lokalizacji i charakteru wszystkich obrażeń (zob. załącznik III) oraz, w miarę możliwości, kolorowych zdjęć wszystkich obrażeń;

(iv) interpretacja prawdopodobnego związku ustaleń fizycznych i psychologicznych z możliwymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem;

(v) zalecenie dotyczące niezbędnego leczenia medycznego i psychologicznego lub dalszych badań;

(vi) wskazanie i podpis oceniającego lekarza klinicysty (oceniających lekarzy klinicystów).

**355.** Należy zauważyć, że zasady stambulskie mają zastosowanie do ocen klinicznych w kontekstach prawnych i pozaprawnych z jednym wyjątkiem - oceny kliniczne w kontekstach pozaprawnych nie wymagają interpretacji stopnia spójności między ustaleniami klinicznymi a zarzutami tortur lub niewłaściwego traktowania ani opinii na temat możliwości tortur (zob. pkt 635 poniżej). Niemniej jednak, w tych pozaprawnych kontekstach, lekarze klinicyści, którzy mają wiedzę i doświadczenie w stosowaniu Protokołu stambulskiego i jego zasad, powinni nadal rozważyć przedstawienie interpretacji stopnia spójności między wynikami badań klinicznych a domniemaną metodą (metodami) obrażeń, a także opinię na temat możliwości tortur lub niewłaściwego

traktowania zgodnie z definicją zawartą w konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur.

**356.** Protokół stambulski zawiera minimalne standardy dotyczące obowiązku państwa do skutecznego prowadzenia dochodzeń w sprawie tortur i niewłaściwego traktowania, które zostały wyartykułowane w zasadach stambulskich i szerzej omówione w niniejszym podręczniku. Protokół stambulski i jego zasady zawierają szczegółowe wytyczne dla lekarzy klinicystów przeprowadzających oceny medyczno-prawne, które powinny być stosowane zgodnie z rozsądną oceną dostępnych zasobów i osądem klinicznym (zob. załącznik IV). Należy zrozumieć, że kompleksowe oceny kliniczne zwykle trwają kilka godzin lub dłużej, a oświadczenia medyczno-prawne mogą mieć wiele stron. Jeśli czas jest ograniczony, lekarze klinicyści powinni dążyć do uzyskania najbardziej krytycznych informacji zgodnie z Protokołem stambulskim i jego zasadami oraz zgłaszać ograniczenia czasowe.

**357.** Szczegółowa ocena kliniczna spraw, w których zarzuca się lub podejrzewa tortury lub niewłaściwe traktowanie, obejmuje szereg elementów, z których wiele jest wspólnych dla oceny zarówno dowodów fizycznych, jak i psychologicznych. Poniższe wskazówki dotyczące treści wywiadu dotyczą typowych elementów oceny klinicznej. Dodatkowe wytyczne dotyczące oceny klinicznej fizycznych i psychologicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania znajdują się odpowiednio w rozdziałach V i VI.

#### 1. Przedstawienie się i ustalenie tożsamości

**358.** Wywiady na potrzeby oceny klinicznej zwykle rozpoczynają się od przedstawienia się osób przeprowadzających ocenę, po którym następuje:

(a) wyjaśnienie celu oceny i roli osoby zbierającej wywiad jako osoby przeprowadzającej ocenę, a nie lekarza prowadzącego;

(b) przegląd warunków oceny:

(i) niezależność osoby oceniającej lub jej brak;

(ii) poufność ustaleń lekarza klinicysty i wszelkie obowiązujące ograniczenia, takie jak obowiązkowe wymogi zgłaszania;

(iii) prawo do odmowy odpowiedzi na pytania lub udziału w badaniach;

(iv) znaczenie szczegółowości i dokładności informacji;

(v) możliwe trudności z przypomnieniem sobie pewnych wydarzeń oraz możliwość retraumatyzacji i reakcji emocjonalnych;

(vi) możliwość robienia przerw;

(vii) dostęp do pralki/napojów i toalet;

(c) oświadczenie dotyczące ogólnej treści oceny, w tym: szczegółowe pytania dotyczące wydarzeń poprzedzających domniemane torturowanie lub niewłaściwe traktowanie, występujących w ich trakcie lub po ich zakończeniu, a następnie badanie fizyczne i psychologiczne, jeśli ma to miejsce, oraz możliwość wykonania zdjęć;

(d) omówienie prawdopodobnych korzyści i zagrożeń związanych z oceną;

(e) odpowiedzi na wszelkie pytania lub wątpliwości, jakie może mieć dana osoba;

(f) wniosek o wyrażenie świadomej zgody na przeprowadzenie oceny<sup>414</sup>.

**359.** W przypadku ocen medyczno-prawnych lekarz klinicysta powinien ustalić tożsamość uczestnika. Jak wspomniano wcześniej, funkcjonariusze organów ścigania nie powinni być obecni podczas oceny. Jeśli funkcjonariusze odmawiają opuszczenia sali badań, powinno to zostać odnotowane w sprawozdaniu lekarza klinicysty, w przeciwnym razie ocena może zostać anulowana.

## 2. Informacje ogólne/informacje o sprawie

**360. Informacje ogólne.** Lekarze klinicyści powinni uzyskać odpowiednie informacje ogólne, które zazwyczaj obejmują imię i nazwisko danej osoby, datę i miejsce urodzenia, powód (powody) oceny, imię i nazwisko osoby lub organu żądającego oceny, imię i nazwisko tłumacza ustnego lub strony trzeciej obecnej

podczas oceny, język używany do przeprowadzenia wywiadu oraz czy istniały jakiegokolwiek ograniczenia dotyczące oceny, w tym fizyczne ograniczenia domniemanej ofiary lub ograniczenia czasowe.

**361. Historia dotychczasowych chorób i historia zdrowia psychicznego.** Lekarze klinicyści powinni zebrać pełny wywiad, w tym dotyczący wcześniejszych problemów medycznych, chirurgicznych lub psychiatrycznych. Lekarz klinicysta powinien udokumentować wszelkie historie urazów przed okresem zatrzymania oraz ich wszelkie możliwe następstwa. Znajomość wcześniejszych urazów może pomóc w odróżnieniu objawów fizycznych związanych z torturami od tych, które nie są z nimi związane. Lekarz klinicysta powinien zapytać o leki przyjmowane przez daną osobę; jest to szczególnie ważne, ponieważ osobie zatrzymanej można odmówić podawania leków, co może mieć poważne negatywne konsekwencje zdrowotne.

**362. Przegląd wcześniejszych ocen klinicznych dotyczących domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania.** Lekarze klinicyści powinni zapytać o możliwość tego, że kliniczną ocenę domniemanego torturowania lub niewłaściwego traktowania przeprowadzono już wcześniej, zarówno w areszcie, jak i po zwolnieniu. Za zgodą danej osoby lekarze klinicyści powinni dołożyć wszelkich starań, aby uzyskać kopię wszelkich takich sprawozdań, ponieważ mogą one dostarczyć potwierdzających lub sprzecznych informacji klinicznych.

## 3. Historia psychospołeczna przed aresztowaniem

**363.** Osoba przeprowadzająca ocenę powinna przeanalizować historię społeczną danej osoby, informacje na temat codziennych czynności, relacji z przyjaciółmi i rodziną, pracy lub szkoły, zawodu, zainteresowań, planów na przyszłość oraz używania alkoholu i narkotyków przed domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem. Należy również uzyskać informacje dotyczące historii psychospołecznej osoby po zatrzymaniu. Dociekania dotyczące działalności politycznej, tożsamości, przekonań i opinii są istotne, o ile pomagają wyjaśnić, dlaczego dana osoba była zatrzymana, torturowana lub niewłaściwie traktowana.

<sup>414</sup> Jeśli przed rozpoczęciem oceny lub w jej trakcie istnieją jakiegokolwiek wątpliwości co do zdolności umysłowych danej osoby, należy przeprowadzić ocenę możliwych zaburzeń poznawczych, ponieważ zgoda osób uznanych za niezdolne umysłowo jest nieważna.

Lekarz klinicysta powinien być świadomy faktu, że włączenie informacji o działalności politycznej danej osoby do dokumentacji klinicznej może powodować dodatkowe ryzyko dla tej osoby, w związku z czym może być sprzeczne z etyczną zasadą „nie szkodzić”. Takie dociekania mogą czasami przynieść odpowiedzi zawierające istotne informacje, gdy są prowadzone pośrednio, przez pytanie danej osoby o to, jakie zarzuty zostały postawione.

#### 4. Zarzuty tortur i niewłaściwego traktowania

364. W wielu przypadkach domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania może pojawić się sporo osób przeprowadzających rozmowy: mogą to być, na przykład, osoby ustalające fakty, prawnicy i inni. Wszelka komunikacja, wymiana informacji lub inne interakcje z tymi podmiotami powinny być prowadzone w sposób przemyślany i zgodny z zasadami etycznymi.

##### (a) Podsumowanie zatrzymania i tortur lub niewłaściwego traktowania

365. Przed uzyskaniem szczegółowej relacji z wydarzeń należy pozyskać informacje podsumowujące, w tym daty, miejsca, czas trwania zatrzymania oraz częstotliwość i czas trwania sesji obejmujących tortury lub niewłaściwe traktowanie. Podsumowanie pomoże efektywnie wykorzystać czas. W niektórych przypadkach, w których ofiary były wielokrotnie poddawane torturom lub niewłaściwemu traktowaniu, mogą być w stanie przypomnieć sobie, co im się przydarzyło, ale często nie są w stanie przypomnieć sobie dokładnie, gdzie i kiedy miało miejsce każde zdarzenie. W takich okolicznościach może być wskazane, aby uzyskać relację uporządkowaną według metod tortur lub niewłaściwego traktowania, zamiast relacji z serii wydarzeń podczas konkretnych aresztowań. Miejsca zatrzymań są prowadzone przez różne służby bezpieczeństwa, policję lub siły zbrojne, a zrozumienie tego, co wydarzyło się w różnych miejscach, może być przydatne dla pełnego obrazu systemu tortur. Uzyskanie mapy miejsca, w którym doszło do przypadków domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, może być przydatne, aby połączyć relacje różnych osób. Często okazuje się to bardzo przydatne dla całego dochodzenia.

##### (b) Okoliczności aresztowania i zatrzymania

366. Należy poznać okoliczności zatrzymania. Należy rozważyć pytania dotyczące sprawców, ich wyglądu, świadków, rodzajów zatrzymań i opisów zdarzeń. Niektóre ukierunkowane lub sondujące pytania mogą brzmieć następująco: Która była godzina? Gdzie Pan/Pani był(-a)? Co Pan/Pani robił(-a)? Kto tam był? Jak opisałby Pan/opisałaby Pani wygląd osób, które Pana/Panią zatrzymały? Kim byli i co mieli na sobie? Jaki rodzaj broni, jeśli w ogóle, mieli przy sobie? Co mówili? Czy byli jacyś świadkowie? Czy było to formalne aresztowanie, zatrzymanie administracyjne czy zaginięcie? Czy użyto przemocy, wypowiedziano groźby? Czy była jakaś interakcja z członkami rodziny? Należy odnotować użycie środków krępujących lub opaski na oczy, środek transportu, miejsce docelowe i nazwiska funkcjonariuszy, jeśli są znane.

##### (c) Miejsce i warunki zatrzymania

367. Lekarz klinicysta powinien udokumentować wszelkie kontakty z rodziną, prawnikami lub pracownikami ochrony zdrowia, warunki przeludnienia lub izolacji, wymiary miejsca zatrzymania oraz to, czy inne osoby mogą potwierdzić zatrzymanie. Należy rozważyć następujące pytania: Co stało się najpierw? Gdzie Pana/Panią zabrano? Czy przeprowadzono procedurę ustalenia tożsamości (zarejestrowano dane osobowe, odciski palców lub zdjęcia)? Czy poproszono Pana/Panią o podpisanie czegokolwiek? Proszę opisać warunki panujące w celi lub pomieszczeniu (należy zwrócić uwagę na rozmiar, obecność innych osób, oświetlenie, wentylację, temperaturę, obecność owadów, gryzoni, pościel oraz dostęp do jedzenia, wody i toalety). Co Pan/Pani słyszał(-a), widział(-a) i czuł(-a)? Czy miał(-a) Pan/Pani kontakt z osobami z zewnątrz lub dostęp do opieki medycznej? Jaki był fizyczny układ miejsca, w którym został(-a) Pan/Pani zatrzymany(-a)?

##### (d) Opis tortur lub niewłaściwego traktowania

368. Lekarz klinicysta powinien uzyskać szczegółowy opis wszelkich zarzutów dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania, w tym zarówno form fizycznych, jak i psychicznych. Aby zmniejszyć ryzyko potencjalnego podkolorowania zdarzeń, lekarze klinicyści powinni zachować ostrożność w stosowaniu bezpośrednich pytań sugerujących określone formy znęcania się, jak opisano w pkt 372 poniżej. Niemniej uzyskanie negatywnych odpowiedzi na pytania dotyczące różnych form tortur może również pomóc w określeniu

wiarygodności ustaleń klinicznych. Pytania należy opracować w taki sposób, aby uzyskać spójną relację wydarzeń. Należy rozważyć następujące pytania: Gdzie miało miejsce domniemane znęcanie się, kiedy i jak długo trwało? Czy miał(-a) Pan/Pani zawiązane oczy? Przed omówieniem form znęcania się, należy zanotować, kto był obecny (proszę podać nazwiska i stanowiska). Proszę opisać pomieszczenie lub miejsce. Jakie objekty Pan/Pani zaobserwował(-a)? Jeśli to możliwe, należy szczegółowo opisać każde narzędzie domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania; w przypadku tortur elektrycznych - rodzaj prądu, urządzenie, liczbę i kształt elektrod. Należy zapytać o ubiór, rozbieranie się i zmianę odzieży. Należy zapisać cytaty z tego, co zostało powiedziane podczas przesłuchania, obelgi użyte wobec domniemanej ofiary itp. O czym sprawcy rozmawiali między sobą?

- 369.** W ocenie fizycznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania, dla każdej formy domniemanego znęcania się, lekarz klinicysta może odnotować: pozycję ciała, ograniczenie ruchów, charakter kontaktu, w tym czas trwania, częstotliwość, lokalizację anatomiczną i obszar ciała, który doznał urazu. Czy wystąpiło krwawienie, uraz głowy lub utrata przytomności? Czy utrata przytomności była spowodowana urazem głowy, duszeniem lub bólem? Lekarz klinicysta powinien również zapytać o stan danej osoby, jak wyglądała po zakończeniu „sesji”, czyli na przykład o jej chód, wszelkie trudności z chodzeniem, zdolność do funkcjonowania w kolejnych dniach i objawy fizyczne, takie jak obrzęk stóp. Te szczegóły zapewniają dokładniejsze opisy w porównaniu z listą kontrolną. Historia powinna zawierać datę (daty) domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, ile razy występowały i przez ile dni trwały tortury lub niewłaściwe traktowanie, okres każdego epizodu oraz opis i styl podwieszenia (do góry nogami, przykrycie grubym kocem lub bezpośrednio związanie liną, ciężar przywiązany do nóg lub ciągnięcie w dół) lub pozycję. W przypadku tortur polegających na podwieszeniu lekarz klinicysta powinien zapytać, jakiego rodzaju materiału użyto, ponieważ lina, drut i tkanina pozostawiają różne ślady na skórze po podwieszeniu. Lekarz klinicysta musi pamiętać, że oświadczenia o długości sesji obejmującej tortury lub niewłaściwe traktowanie przez domniemaną ofiarę są subiektywne i mogą nie być precyzyjne, ponieważ dezorientacja czasu i miejsca podczas tortur i niewłaściwego

traktowania jest powszechnie obserwowanym zjawiskiem. Domniemaną ofiarę należy poprosić o opisanie wszelkich epizodów molestowania seksualnego, gróźb lub znęcania się, a lekarz klinicysta powinien dowiedzieć się, co zostało powiedziane podczas domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania. Na przykład podczas tortur polegających na rażeniu prądem genitaliów sprawcy często mówią swoim ofiarom, że nie będą już zdolne do normalnych stosunków seksualnych itp. Szczegółowe omówienie oceny zarzutów dotyczących tortur seksualnych, w tym gwałtów, znajduje się w pkt 455-479 poniżej.

- 370.** Jak stwierdzono w rozdziale I, tortury i niewłaściwe traktowanie obejmują szeroki zakres czynów, w których zadawany jest fizyczny lub psychiczny ból lub cierpienie. Wiele aktów przemocy, które stanowią tortury lub inne niewłaściwe traktowanie, ma miejsce w warunkach innych niż miejsce zatrzymania, na przykład obrażenia fizyczne i psychiczne zadawane ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową oraz użycie niepotrzebnej i nieproporcjonalnej siły w warunkach kontroli tłumy. Osoba zbierająca wywiad powinna być przygotowana na zadanie pytania o charakter i zakres takich krzywd oraz ich skutki fizyczne i psychiczne.

## 5. Przegląd metod tortur

- 371.** Po uzyskaniu szczegółowej relacji z wydarzeń zaleca się zapoznanie się z innymi możliwymi metodami tortur. Pytanie o konkretne formy tortur i niewłaściwego traktowania jest pomocne, gdy:

- (a) objawy psychologiczne zaburzają wspomnienia;
- (b) domniemane tortury lub niewłaściwe traktowanie były związane z upośledzeniem zdolności sensorycznych;
- (c) mogło dojść do organicznego uszkodzenia mózgu;
- (d) istnieją łagodzące czynniki edukacyjne i kulturowe, które wpływają na relację z wydarzeń.

- 372.** Rozróżnienie między fizycznymi i psychicznymi metodami tortur jest sztuczne. To, co powszechnie określa się mianem „tortur fizycznych”, obejmuje aspekty psychologiczne,



a to, co określa się mianem „tortur psychologicznych”, obejmuje aspekty fizyczne. Co więcej, ofiary są często poddawane wielu formom znęcania się jednocześnie, na przykład są zastraszane, bite i kopane, gdy są skrępowane i mają zawiązane oczy. Poniższa lista metod tortur ma na celu zilustrowanie niektórych kategorii możliwych tortur i niewłaściwego traktowania. Nie jest ona przeznaczona do wykorzystania przez osoby zbierające wywiad jako lista kontrolna lub wzorzec służący do wymieniania metod tortur i niewłaściwego traktowania w sprawozdaniu. Podejście polegające na wymienianiu metod może przynieść efekt przeciwny do zamierzonego, ponieważ cały obraz kliniczny powstały na podstawie tortur i niewłaściwego traktowania to znacznie więcej niż zwykła suma zmian wywołanych metodami z listy. Metody tortur i niewłaściwego traktowania, które należy wziąć pod uwagę to m.in.:

(a) tępe urazy, takie jak uderzenie, kopnięcie, spoliczkowanie, biczowanie, bicie drutem lub pałkami lub wymuszony kontakt z twardymi powierzchniami, takimi jak podłogi i ściany;

(b) tortury pozycyjne polegające na podwieszaniu, rozciąganiu kończyn, długotrwałym krępowaniu ruchów i przymusowym przyjmowaniu określonych pozycji;

(c) oparzenia papierosami, rozgrzanymi narzędziami, płynami parzącymi lub substancjami żrącymi;

(d) porażenie prądem;

(e) duszenie, np. metodami mokrymi i suchymi, prawie utonięcie, podduszenia, zamknięcie w małych lub przypominających trumny skrzynkach, dławienie lub użycie środków chemicznych;

(f) zmiżdżenia, takie jak zmiżdżenie palców lub użycie ciężkiego wałka w celu zranienia ud lub pleców;

(g) obrażenia penetrujące, takie jak rany klute i postrzałowe lub druty pod paznokciami;

(h) ekspozycja na działanie czynników chemicznych, np. sól, papryczkę chili, benzynę itp. (w ranach lub jamach ciała);

(i) przemoc seksualna, molestowanie, użycie narzędzi lub gwałt;

(j) urazowa lub chirurgiczna amputacja części ciała, takich jak uszy, palce lub kończyny;

(k) chirurgiczne usunięcie narządów;

(l) tortury farmakologiczne z użyciem toksycznych dawek środków uspokajających, neuroleptycznych lub paralitycznych, halucynogenów lub innych substancji;

(m) warunki zatrzymania, takie jak małe lub przepelnione cele, niehigieniczne warunki, brak dostępu do toalet, nieregularne lub zanieczyszczone jedzenie i woda, narażenie na skrajne temperatury, odmowa prywatności i przymusowa nagość;

(n) pozbawienie normalnej stymulacji sensorycznej, takiej jak dźwięk, światło, poczucie czasu oraz kontakty fizyczne i społeczne;

(o) odmowa opieki medycznej i psychiatrycznej oraz leczenia;

(p) zatrzymanie bez prawa kontaktu i odmowa kontaktów społecznych w areszcie lub ze światem zewnętrznym;

(q) długotrwałe stosowanie środków przymusu, takich jak kajdanki, łańcuchy, kajdany i kaftany bezpieczeństwa;

(r) izolacja i inne formy odosobnienia;

(s) przeciążenie sensoryczne, takie jak głośna muzyka, jasne światła i przedłużające się przesłuchania;

(t) wyczerpanie spowodowane długotrwałymi, wymuszonymi ćwiczeniami, często w połączeniu z brakiem snu;

(u) upokorzenie, poczucie winy i wstyd, często wynikające z przemocy werbalnej i wykonywania upokarzających czynności ze względu na tożsamość, płeć lub (faktyczną lub domniemaną) orientację seksualną;

(v) groźby śmierci, wyrządzenia krzywdy rodzinie, dalsze tortury, uwięzienie i pozorowane egzekucje; lub ataki ze strony

zwierząt, takich jak psy, koty, szczury lub skorpiony;

(w) techniki psychologiczne mające na celu złamanie danej osoby, w tym wymuszone zdrady, wzmacnianie poczucia bezradności, narażanie na dwuznaczne sytuacje lub sprzeczne komunikaty oraz naruszanie tabu;

(x) przymus behawioralny, taki jak przymusowe angażowanie się w praktyki niezgodne z religią ofiary (np. zmuszanie muzułmanów do jedzenia wieprzowiny), przymusowe krzywdzenie innych poprzez tortury lub inne nadużycia, przymusowe niszczenie mienia i przymusowa zdrada osoby narażającej ją na krzywdę;

(y) manipulacja afektem i emocjami;

(z) zmuszanie ofiar do bycia świadkami tortur lub okrucieństw zadawanych innym osobom, w tym członkom ich rodzin.

## 6. Ocena dowodów fizycznych i psychologicznych

373. Gdy ocenę domniemanej ofiary przeprowadza więcej niż jeden lekarz, na przykład jeden w celu uzyskania dowodów fizycznych, a drugi - dowodów psychologicznych, treść wywiadu powinna dotyczyć informacji najbardziej istotnych dla wiedzy specjalistycznej lekarza klinicysty. Rozdziały V i VI zawierają szczegółowe wytyczne dotyczące tych ocen. Podsumowując, ocena dowodów fizycznych obejmuje: (a) przegląd ostrych i przewlekłych objawów i niepełnosprawności; (b) dokładne badanie fizykalne; (c) badania diagnostyczne i konsultacje kliniczne, jeśli są wskazane; (d) wykorzystanie schematów anatomicznych (zob. załącznik III) i dokumentacji fotograficznej do opisanego objawów fizycznych; oraz (e) ocenę niepełnosprawności funkcjonalnej. Ocena psychologiczna zazwyczaj obejmuje: (a) metody oceny; (b) aktualne problemy psychologiczne; (c) sytuację danej osoby przed torturami; (d) sytuację danej osoby po torturach; (e) poprzedni wywiad psychologiczny/psychiatryczny; (f) informacje na temat nadużywania substancji; (g) badanie stanu psychicznego; (h) ocenę funkcjonowania społecznego; (i) testy psychologiczne, jeśli są wskazane; oraz (j) testy neuropsychologiczne, jeśli są wskazane.

374. Oceniając konsekwencje zdrowotne tortur i niewłaściwego traktowania, ważne jest, aby wziąć pod uwagę i zbadać wzajemne powiązania między fizycznymi, psychologicznymi i społecznymi konsekwencjami niewłaściwego traktowania. Na przykład pobicie może skutkować przewlekłym bólem mięśniowo-szkieletowym, który z kolei może wywoływać przerażające wspomnienia, co z kolei prowadzi do izolacji społecznej. Takie badanie może zapewnić pełniejszy obraz negatywnych skutków tortur lub niewłaściwego traktowania.

## 7. Zakończenie i wskazania do skierowania

375. Aby zakończyć ocenę, lekarze klinicyści powinni zapoznać się z kolejnymi krokami procesu dokumentacji medyczno-prawnej, na przykład przekazując kopię swoich sprawozdań prawnikowi danej osoby lub zalecając dodatkowe testy lub konsultacje. Lekarze klinicyści powinni rozważyć uznanie trudności emocjonalnych związanych z wywiadem, podziękować rozmówcom za poświęcony czas i wysiłek oraz zająć się wszelkimi bieżącymi obawami lub niepełnosprawnościami przez wydanie odpowiednich skierowań. Należy ocenić stan emocjonalny osoby przestuchiwanej, a lekarze klinicyści powinni poczynić kroki w celu złagodzenia oznak stresu. Lekarze klinicyści mają etyczny obowiązek kierowania pacjentów do odpowiednich placówek medycznych i psychologicznych, zwłaszcza jeśli istnieje ryzyko samookaleczenia lub popełnienia samobójstwa. Podczas oceny psychologicznej lekarze klinicyści mogą zapewnić osoby, że ich objawy są normalnymi reakcjami na ekstremalne doświadczenia. Jest to szczególnie pomocne, gdy dane osoby czują, że ich objawy są oznaką „szaleństwa”. Lekarze klinicyści mogą rozważyć omówienie tej kwestii z daną osobą pod koniec przesłuchania. Lekarze klinicyści powinni również omówić, w jaki sposób przesłuchanie i proces badania mogą nasilać objawy psychologiczne.

376. Gdy lekarze klinicyści wykryją dowody tortur lub niewłaściwego traktowania, mają prawny i etyczny obowiązek zgłaszania takich dowodów odpowiednim organom. Jak omówiono w rozdziale II (zob. pkt 174-182 powyżej), decyzja o zgłoszeniu klinicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania powinna ostatecznie opierać się na świadomej zgodzie domniemanej ofiary. Prawo ustawowe może wymagać od lekarzy zgłaszania dowodów przestępstw, w tym tortur i niewłaściwego

traktowania, może to jednak narazić domniemaną ofiarę na represje ze strony funkcjonariuszy państwowych, w tym dodatkowe niewłaściwe traktowanie lub sankcje prawne. Ponadto międzynarodowe organy monitorujące, krajowe mechanizmy prewencji i krajowe instytucje praw człowieka powinny starać się przekazywać odpowiednie sprawy do celów rozliczalności w ramach swoich oficjalnych mandatów.

**377.** Tam, gdzie to możliwe, badania mające na celu udokumentowanie tortur i niewłaściwego traktowania ze względów medyczno-prawnych powinny być połączone z oceną bieżących potrzeb medycznych, psychologicznych i społecznych. Poproszeni o udzielenie porady lub zapewnienie opieki medycznej podczas badania lub po jego zakończeniu lekarze muszą zrównoważyć swoją rolę jako niezależnej osoby przeprowadzającej badanie z obowiązkami etycznymi. W sprawach niecierpiących zwłoki odpowiednie mogą być porady i skierowanie do lekarzy specjalistów, psychologów, fizjoterapeutów lub osób, które mogą zaoferować porady i wsparcie społeczne. Jeśli opieka medyczna jest wymagana w trybie pilnym, lekarze są zobowiązani do zapewnienia pomocy osobie, od której zbierają wywiad. Lekarze nie powinni wahać się przed skierowaniem pacjenta na konsultację, którą uznają za klinicznie niezbędną w ramach oceny klinicznej. Osoby przeprowadzające ocenę powinny być świadome lokalnych usług rehabilitacyjnych i wsparcia.

#### D. Uwagi po zebraniu wywiadu

**378.** Po przeprowadzeniu medyczno-prawnej oceny domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania lekarze klinicyści rozpoczynają proces sporządzania formalnego sprawozdania, który zawiera interpretację wszystkich istotnych ustaleń oraz wniosek dotyczący możliwości tortur lub niewłaściwego traktowania.

##### 1. Interpretacja ustaleń

**379.** Zasady stambulskie zawierają wymóg, aby lekarze klinicyści przedstawili „interpretację prawdopodobnego związku ustaleń fizycznych i psychologicznych z możliwymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem”. Powinno to obejmować co najmniej ocenę stopnia spójności między wszystkimi wynikami oceny klinicznej a zarzutami tortur lub niewłaściwego traktowania. Jeśli lekarz klinicysta uzna, że

istnieją kliniczne powody niespójnych wyników, należy to omówić (zob. pkt 342-353 powyżej i 386 poniżej).

**380.** Stopień spójności dla takich korelacji zwykle wyraża się w następujący sposób:

(a) „niezgodne z”: ustalenie nie mogło być wynikiem domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania;

(b) „zgodne z”: ustalenie mogło być wynikiem domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, ale jest niespecyficzne i istnieje wiele innych możliwych przyczyn;

(c) „wysoce zgodne z”: ustalenie mogło być wynikiem domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania i istnieje niewiele innych możliwych przyczyn;

(d) „typowe dla”: ustalenie jest zwykle obserwowane w przypadku tego rodzaju domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, ale istnieją inne możliwe przyczyny;

(e) „charakterystyczne dla”: ustalenie nie mogło zostać spowodowane w żaden inny sposób niż opisany.

Stopień spójności określony jako „typowe dla” nie jest powszechnie stosowany do oceny psychologicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania, ponieważ ustalenia psychologiczne zwykle zależą od czynników indywidualnych. Ponadto stopień spójności oznaczony jako „charakterystyczne dla” jest częściej stosowany w interpretacji fizycznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania i jest rzadko stosowany w interpretacji dowodów psychologicznych.

**381.** Dodatkowe wytyczne dotyczące interpretacji fizycznych i psychologicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania omówiono szerzej w rozdziałach V i VI oraz w załączniku IV. Chociaż interpretacje dowodów fizycznych i psychologicznych nieco się różnią, obie oceny wymagają od lekarzy klinicystów określenia stopnia spójności między wszystkimi dowodami klinicznymi, które lekarz klinicysta udokumentował, a zarzutami tortur lub niewłaściwego traktowania. W niektórych przypadkach ogólna ocena może wykazywać wyższy stopień spójności niż poszczególne

pojedyncze ustalenia kliniczne, zwłaszcza jeśli istnieje wiele ustaleń klinicznych, które łącznie potwierdzają ten sam wniosek. Należy zauważyć, że najwyższy stopień spójności poszczególnych ustaleń często determinuje stopień spójności wszystkich dowodów klinicznych.

## 2. Wnioski i zalecenia

**382.** Zasady stambulskie zawierają wymóg, aby lekarze klinicyści przedstawiali opinie kliniczne na temat ogólnej możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Formułując opinię kliniczną na temat możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania, lekarze klinicyści powinni wziąć pod uwagę wszystkie istotne dowody kliniczne, w tym „wyniki badań fizycznych i psychologicznych, informacje historyczne, wyniki badań fotograficznych, wyniki badań diagnostycznych, wiedzę na temat regionalnych praktyk stosowania tortur, sprawozdania z konsultacji itp.”, zgodnie z załącznikiem IV. Opinia lekarza klinicyisty na temat możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania jest wyrażana przy użyciu tych samych stopni spójności, co te stosowane do interpretacji ustaleń. Ze względu na możliwości dzieci lekarze powinni wziąć pod uwagę, że: „[p]róg, w odniesieniu do którego traktowanie lub karanie można zakwalifikować jako tortury lub niewłaściwe traktowanie, jest zatem niższy w przypadku dzieci, a w szczególności w przypadku dzieci pozbawionych wolności”<sup>415</sup>.

**383.** Ostatecznie to ogólna ocena wszystkich wyników badań klinicznych, a nie spójność jednego z nich w szczególności, jest ważna przy ocenie zarzutów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Gdy dowody fizyczne i psychologiczne są udokumentowane w jednym sprawozdaniu przez jedną osobę przeprowadzającą badanie, wnioski dotyczące wszystkich dowodów klinicznych powinny być zgłaszane przy użyciu najwyższego stopnia spójności. Podobnie, gdy rozważany jest wniosek dotyczący dowodów fizycznych i psychologicznych, które zostały zgłoszone w oddzielnych ocenach klinicznych, wniosek dotyczący wszystkich dowodów klinicznych powinien odzwierciedlać najwyższy stopień spójności zgłoszony w jednej z oddzielnych ocen

klinicznych lub, jeśli potwierdza ten sam wniosek, może być jeszcze wyższy.

**384.** Oceny medyczno-prawne, które nie zawierają oceny i opinii na temat możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania, nie są zgodne z zasadami stambulskimi i należy je uznać za wadliwe. Opinie kliniczne dotyczące możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania są czasami kwestionowane w środowisku medyczno-prawnym. Ważne jest, aby zrozumieć, że opinie kliniczne dotyczące możliwości stosowania tortur opierają się na prawdopodobieństwie, że całość dowodów klinicznych była spowodowana domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem, zgodnie z definicją zawartą w konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur lub innymi obowiązującymi definicjami prawnymi<sup>416</sup>. Związek przyczynowy jest wyrażony w kategoriach spójności, a nie sądowych standardów dowodowych (np. „bardziej prawdopodobne niż nie” lub „ponad wszelką wątpliwość”), aby uniknąć zbieżności opinii klinicznych z ustaleniami sądowymi. Lekarze klinicyści rutynowo rozważają przyczynę objawów u swoich pacjentów. W przypadku medyczno-prawnej oceny tortur lub niewłaściwego traktowania lekarze klinicyści posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie, aby sformułować opinię na temat możliwości, czy zaobserwowane przez nich ustalenia kliniczne były spowodowane zadawaniem ciężkiego fizycznego lub psychicznego bólu lub cierpienia.

**385.** Oprócz przedstawienia wniosków dotyczących możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania lekarze klinicyści powinni jeszcze raz wskazać obecne objawy i niepełnosprawność oraz prawdopodobny wpływ na funkcjonowanie społeczne, a także przedstawić wszelkie zalecenia dotyczące dalszej oceny i opieki nad daną osobą. Jak wskazano w załączniku IV, sprawozdania medyczno-prawne mogą również zawierać oświadczenie o prawdziwości sprawozdania medyczno-prawnego lekarza klinicyisty, oświadczenie o wszelkich ograniczeniach dotyczących oceny, dane identyfikacyjne i podpis lekarza oraz wszelkie odpowiednie załączniki.

## 3. Samoocena i symulacja

<sup>415</sup> A/HRC/28/68, pkt 33. Zob. również tamże, pkt 17.

<sup>416</sup> W niektórych krajach definicja tortur może różnić się od tej zawartej w konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, a organy orzekające mogą wymagać od lekarzy opinii na temat tego, czy tortury miały miejsce. W takich okolicznościach lekarze klinicyści mogą rozważyć wyjaśnienie granic swojej wiedzy specjalistycznej i etycznych zobowiązań do pracy w granicach swoich kompetencji zawodowych.

**386.** Kwestia samookaleczenia (lub samookaleczenia przez pełnomocnika, tj. przez kogoś innego) oraz symulowania objawów fizycznych lub psychicznych może zostać podniesiona w kontekście medyczno-prawnym. Zarówno lekarze klinicyści, jak i osoby orzekające powinni zrozumieć, że Protokół stambulski jest użytecznym narzędziem do popierania konkretnych zarzutów znęcania się za pomocą odpowiednich ustaleń klinicznych, takich jak dowody fizyczne i psychologiczne. Jeśli lekarz klinicysta podejrzewa fałszerstwo informacji, inny lekarz klinicysta powinien przeprowadzić dodatkowe wywiady. Dokumentację możliwości samookaleczenia lub symulacji powinni sporządzić obaj lekarze klinicyści w porozumieniu ze sobą w zakresie interpretacji ustaleń i wniosków. Lekarze klinicyści nie mają jednak obowiązku rozważania tych możliwości przy braku podstaw dowodowych, ponieważ decyzje sądowe opierają się na istnieniu i wadze dowodów, a nie na hipotetycznych możliwościach przy braku dowodów potwierdzających.

#### 4. Rzetelność dowodów klinicznych i wiarygodność

**387.** W sprawach medyczno-prawnych prawnicy, prokuratorzy i sędziowie często zastanawiają się nad wiarygodnością domniemanej ofiary lub podejrzanego. Ustalenia dotyczące wiarygodności są często wykorzystywane przez takich ekspertów prawnych do oceny prawdziwości twierdzeń danej osoby i nierzadko mają znaczący wpływ na decyzje sądowe. Ustalenia sądowe dotyczące wiarygodności danej osoby różnią się w zależności od kraju, ale generalnie obejmują szereg czynników - dowody kliniczne stanowią tylko jeden z nich. Eksperti prawni czasami proszą lekarzy klinicystów o opinie na temat wiarygodności domniemanych ofiar i podejrzanych. W rzeczywistości w niektórych krajach lekarze klinicyści mogą być zobowiązani w sprawach azytowych do wydania opinii na temat wiarygodności domniemanej ofiary w celu rozpatrzenia sprawy danej osoby.

**388.** Opinie kliniczne na temat wiarygodności domniemanej ofiary lub osoby podejrzanej powinny być rozpatrywane w świetle wiedzy specjalistycznej lekarza klinicysty i ograniczone, jeśli to możliwe, do wiarygodności dowodów klinicznych oraz zakresu, w jakim dowody kliniczne są spójne lub niespójne z konkretnymi zarzutami tortur lub niewłaściwego traktowania.

Rzetelność dowodów klinicznych często opiera się na elementach spójności wewnętrznej i zewnętrznej, jak opisano w pkt 349-353 powyżej. W sytuacjach, w których sądy żądają lub wymagają od lekarza klinicysty wydania opinii na temat wiarygodności osób, a nie ustaleń klinicznych, lekarz klinicysta powinien zauważyć, że ocena wiarygodności osoby wykracza poza zakres Protokołu stambulskiego, w którym zaleca się, aby opinie kliniczne ograniczały się do opinii na temat rzetelności dowodów klinicznych oraz zakresu, w jakim dowody kliniczne są spójne lub niespójne z konkretnymi zarzutami tortur lub niewłaściwego traktowania.

**389.** Lekarzom klinicystom nie zaleca się komentowania wiarygodności domniemanej ofiary lub osoby podejrzanej w sprawozdaniach medyczno-prawnych lub zeznaniach świadków. Jeśli lekarz klinicysta zostanie poproszony przez eksperta prawnego o ocenę wiarygodności, powinien przedstawić swoją ocenę rzetelności dowodów klinicznych w odniesieniu do wiarygodności i upewnić się, że odróżnia swoją ocenę i opinię od sądowego ustalenia wiarygodności.

#### 5. Ograniczenia, błędna interpretacja lub celowe niewłaściwe wykorzystanie Protokołu stambulskiego

**390.** Ważne jest, aby rozpoznać ograniczenia i potencjalne błędne interpretacje lub celowe niewłaściwe wykorzystanie Protokołu stambulskiego. Podczas gdy Protokół stambulski i jego zasady mogą pomóc w odkryciu klinicznych dowodów domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, brak fizycznych lub psychologicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania nie oznacza jednak, że nie miały one miejsca. Wiele czynników może tłumaczyć brak fizycznych i psychologicznych ustaleń, a udokumentowanie tych czynników może być przydatne w potwierdzeniu konkretnych twierdzeń o torturach lub niewłaściwym traktowaniu. Niestety w niektórych przypadkach strony oskarżone o tortury lub niewłaściwe traktowanie błędnie interpretowały lub celowo niewłaściwie wykorzystywały Protokół stambulski, z powodzeniem argumentując, że powinny zostać uniewinnione, gdy nie ma wyników badań fizycznych lub psychologicznych, na przykład w przypadku braku kryteriów diagnostycznych w odniesieniu do zespołu stresu pourazowego. W takich okolicznościach błędna interpretacja lub

celowe niewłaściwe wykorzystanie standardów zapisanych w Protokole stambulskim w celu zlekceważenia lub ukrycia dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania może stanowić formę współudziału lub innych form odpowiedzialności.

**391.** W takich okolicznościach i w sądach niektórych krajów błędna interpretacja lub celowe niewłaściwe wykorzystanie takich norm może być równoznaczne z działaniami funkcjonariuszy państwowych mającymi na celu zignorowanie lub ukrycie dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania, a w niektórych przypadkach może oznaczać ściganie osób fizycznych za wnoszenie „fałszywych oskarżeń” przeciwko funkcjonariuszom organów ścigania.

Nieodłączną wartością Protokołu stambulskiego jest budowanie zdolności do odkrywania dowodów klinicznych, które mogą potwierdzać konkretne zarzuty dotyczące znęcania się. Protokół nie jest narzędziem służącym udowodnieniu, że hipotetyczny czyn nie miał miejsca.

**392.** Odrzucając dowody tortur lub niewłaściwego traktowania, niektóre sądy odrzuciły również odpowiednie opinie kliniczne, błędnie twierdząc, że wykraczają one poza zakres kompetencji lub wiedzy specjalistycznej lekarza klinicysty. Jest wręcz przeciwnie: zgodnie z zasadami stambulskimi, wszyscy lekarze klinicyści powinni zawsze uwzględniać opinie na temat możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania w swoich ocenach medyczno-prawnych<sup>417</sup>.

---

<sup>417</sup> W wyroku Sądu Najwyższego Zjednoczonego Królestwa z 2019 r. Protokół stambulski uznano za autorytatywne wytyczne dotyczące oceny klinicznej domniemych tortur i niewłaściwego traktowania, w tym formułowania opinii na temat możliwości stosowania tortur jako przyczyny ustaleń klinicznych. Zob. Zjednoczone Królestwo, Sąd Najwyższy, KV (Sri Lanka) przeciwko Secretary of State for the Home Department, wyrok z dnia 6 marca 2019 r.

**Fizyczne  
dowody tortur  
i niewłaściwego  
traktowania**

**393.** Oceny kliniczne domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania należy przeprowadzać zgodnie z rozdziałami IV, V i VI. Niniejszy rozdział zawiera szczegółowe informacje na temat oceny klinicznej fizycznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania i dlatego należy go rozumieć jako integralny element oceny klinicznej. W zakresie, w jakim istnieją fizyczne dowody tortur lub niewłaściwego traktowania, stanowią one ważny dowód potwierdzający, że dana osoba była torturowana lub niewłaściwie traktowana. Braku takich dowodów fizycznych nie należy jednak interpretować jako sugestii, że tortury lub niewłaściwe traktowanie nie miały miejsca, ponieważ takie akty przemocy wobec osób często nie pozostawiają trwałych śladów.

## A. Wywiad chorobowy

**394.** Lekarz klinicysta powinien uzyskać pełny wywiad chorobowy, w tym informacje o wcześniejszych problemach medycznych, chirurgicznych lub psychiatrycznych, i upewnić się, czy udokumentował wszelkie urazy przed każdym okresem domniemanych tortur lub innego niewłaściwego traktowania oraz wszelkie możliwe skutki uboczne. Należy unikać pytań naprowadzających, a pytania powinny być skonstruowane tak, aby uzyskać otwartą, chronologiczną relację z przeżytych wydarzeń. Jeśli dana osoba nie jest w stanie tego zrobić, lekarze klinicyści powinni pamiętać, że niektóre osoby mogą mieć trudności zarówno ze względu na skutki tortur lub niewłaściwego traktowania, jak i dlatego, że mogą pochodzić z kultury, w której opowiadanie o własnych doświadczeniach nie jest priorytetem. Lekarz klinicysta powinien zapytać w szczególności o kary fizyczne w dzieciństwie, przemoc domową i obrażenia spowodowane życiem w strefie konfliktu lub służbą wojskową, ponieważ mogą one najbardziej przypominać fizyczne oznaki tortur i należy je od nich odróżnić. Pełny przegląd objawów jest ważny, ponieważ może ujawnić skutki tortur, które nie zostały ujawnione podczas etapu badania poświęconego wywiadowi chorobowemu, szczególnie, ale nie wyłącznie, w odniesieniu do możliwości tortur seksualnych.

**395.** Konkretnie informacje historyczne mogą być przydatne w ustalaniu korelacji regionalnych praktyk tortur z indywidualnymi zarzutami tortur lub niewłaściwego traktowania. Przykłady przydatnych informacji obejmują opisy narzędzi tortur, pozycji ciała, metod krępowania, opisy

ostrzych lub przewlekłych ran i niepełnosprawności oraz informacje identyfikujące sprawców i miejsca zatrzymania. Praktyki mogą się jednak zmieniać w czasie i różnić w zależności od lokalizacji, dlatego należy zachować ostrożność podczas przeglądania innych informacji źródłowych. Wszystkie skargi złożone przez domniemaną ofiarę tortur są istotne. Chociaż może nie być bezpośredniej korelacji z objawami fizycznymi, należy je zgłaszać. Należy udokumentować ostre i przewlekłe objawy oraz niepełnosprawność związane z konkretnymi formami znęcania się i późniejsze procedury leczenia.

**396.** W przypadku osób ubiegających się o azyl dokumentacja medyczna i sprawozdania z kraju pochodzenia mogą być czasami dostępne i mogą potwierdzać relację z przeszłego leczenia urazów lub chorób psychicznych spowodowanych torturami lub niewłaściwym traktowaniem. W niektórych przypadkach mogą one nie być dokładnym zapisem tortur, ponieważ mogą celowo pomijać wzmiankę o torturach lub napaści, na przykład w przypadkach, w których wymaga to obowiązkowego zgłoszenia, które może zwrócić uwagę władz. Ogólnie rzecz biorąc, dokumentacja medyczna może zawierać jedynie krótkie notatki na temat stanu zdrowia i leczenia i jest zazwyczaj przygotowywana w celu przekazania istotnych klinicznie informacji od jednego lekarza do drugiego lub do pacjenta. Nie mogą one być oceniane w tym samym świetle co sprawozdanie medyczno-prawne przygotowane przez wykwalifikowanego lekarza i mogą nie zawierać opinii na temat przyczyny wyników badań klinicznych.

### 1. Ostre objawy

**397.** Dane osoby należy poprosić o opisanie wszelkich objawów i oznak obrażeń, które mogły wynikać z konkretnych metod domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania. Mogą to być na przykład krwawienia, zasinienia, obrzęki, otwarte rany, skaleczenia, złamania, zwichnięcia, bóle stawów, paraliż, krwioplucie, odma płucnowa, zaburzenia widzenia, perforacja błony bębenkowej, urazy układu moczowo-płciowego związane z czerwonym lub ciemnym moczem, bolesne oddawanie moczu, nietrzymanie moczu, wydzielina z pochwy i krwawienie, oparzenia (kolor, pęcherze lub martwica w zależności od stopnia oparzenia), urazy elektryczne (ich kolor i charakterystyka powierzchni), urazy spowodowane narażeniem na działanie substancji chemicznych (kolor



i oznaki martwicy), ból, drętwienie, zaparcia, nietrzymanie kału, nudności i wymioty, zaburzenia świadomości, drgawki lub luki w pamięci. Należy odnotować intensywność, chronologię, częstotliwość i czas trwania każdego objawu. Należy opisać rozwój wszelkich późniejszych zmian skórnych<sup>418</sup>, wskazując, czy pozostawiły one blizny. Lekarze klinicyści powinni pytać o stan zdrowia osób, które doświadczyły traumatycznych wydarzeń: Czy były w stanie chodzić, czy były przykute do łóżka? Jeśli przebywały w odosobnieniu, to jak długo? Jak długo trwało gojenie się ran? Czy zostały czymś zarażone? Jakie zastosowano leczenie? Czy był to lekarz czy tradycyjny uzdrowiciel? Lekarze klinicyści powinni być świadomi, że zdolność domniemanej ofiary do czynienia takich obserwacji mogła zostać osłabiona przez same tortury lub ich następstwa i powinna zostać udokumentowana.

## 2. Objawy przewlekłe

**398.** Lekarz klinicysta powinien uzyskać informacje na temat wszystkich dolegliwości fizycznych, które zdaniem danej osoby były związane z torturami lub niewłaściwym traktowaniem, a także odnotować nasilenie, częstotliwość i czas trwania każdego objawu oraz związaną z nim niepełnosprawność lub potrzebę opieki medycznej lub psychologicznej, lub też otrzymane leczenie. Nawet jeśli następstwa ostrych zmian nie są widoczne miesiące lub lata później, niektóre fizyczne objawy mogą pozostać, takie jak blizny, zwiększona lub zmniejszona pigmentacja, deformacje szkieletu, nieprawidłowości kostne związane ze złamaniami, uszkodzenia zębów, utrata włosów i zwłóknienie mięśni. Typowe objawy obejmują bóle głowy, pleców i stawów, dyskomfort żołądkowo-jelitowy, dysfunkcje seksualne i bóle mięśni. Typowe objawy psychologiczne obejmują depresję, niepokój, bezsenność, koszmary senne, wspomnienia i trudności z pamięcią (zob. pkt 499-522 poniżej).

## 3. Znaczenie wywiadu chorobowego

**399.** Ofiary tortur mogą mieć obrażenia, które znacznie różnią się od innych form urazów. Chociaż ostre zmiany mogą być charakterystyczne dla opisanych urazów, większość zmian goi się w ciągu kilku tygodni od wystąpienia tortur, nie pozostawiając blizn lub

co najwyżej niespecyficzne blizny. Dzieje się tak często, gdy oprawcy stosują techniki, które zapobiegają wystąpieniu wykrywalnych oznak obrażeń lub ograniczają ich wystąpienie. Uraz tępy jest jednym z najczęstszych rodzajów obrażeń podczas tortur i zwykle powoduje głównie siniaki i otarcia, które mogą się zagoić bez pozostawienia trwałych śladów fizycznych. W takich okolicznościach badanie fizykalne może mieścić się w normalnych granicach, ale w żaden sposób nie neguje to zarzutów stosowania tortur. Szczegółowy opis obserwacji ostrych zmian i późniejszego procesu gojenia często stanowi ważne źródło dowodów potwierdzających konkretne zarzuty dotyczące stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania.

## B. Badanie fizykalne

**400.** Zazwyczaj badanie fizykalne jest przeprowadzane przez wykwalifikowanego lekarza po zakończeniu oceny klinicznej i tylko za zgodą domniemanej ofiary. O ile to możliwe, domniemana ofiara powinna mieć możliwość wyboru płci lekarza i, w stosownych przypadkach, tłumacza ustnego. Jeśli lekarz nie jest tej samej płci co pacjent, należy zaproponować opiekuna, który jest tej samej płci co domniemana ofiara (zob. pkt 283 powyżej). Domniemane ofiary muszą zrozumieć, że mają kontrolę nad badaniem i prawo do jego ograniczenia lub przerwania w dowolnym momencie. Chociaż ważne jest, aby zbadać całe ciało, należy to zrobić w sekcjach i zakrywać jak największą część ciała w poszczególnych momentach. Odstawianie ciała może być dla ofiary traumatyzujące, ponieważ wymuszona nagość jest powszechną formą tortur. Należy przeprowadzić pełne badanie, ponieważ mogą istnieć obrażenia, których ofiary nie są świadome (np. na plecach) lub o których zapomniały wspomnieć podczas zbierania wywiadu.

**401.** Ocena kliniczna fizycznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania może wymagać skierowania do specjalisty i dalszego badania. O ile domniemana ofiara nie przebywa w miejscu zatrzymania, ważne jest, aby lekarze mieli dostęp do placówek leczenia fizycznego i psychologicznego, aby można było monitorować wszelkie zidentyfikowane potrzeby. W wielu sytuacjach niektóre techniki

<sup>418</sup> Zmiana to dowolny objaw fizyczny stwierdzony w toku badania lub dochodzenia. Jeśli chodzi o skórę, zagojone lub gojące się zmiany obejmują rany, blizny i obszary o zmienionej pigmentacji. Niektóre zmiany skórne mogą zawierać obszary zarówno blizn, jak i zmienionej pigmentacji. Procesy zapalne po urazie mogą prowadzić do zwiększonej lub zmniejszonej pigmentacji uszkodzonej skóry. Zmiany obejmują również uszkodzenia kości, deficyty neurologiczne i zaburzenia funkcji stawów.

badan diagnostycznych nie będą dostępne, a ich brak nie może unieważniać sprawozdania. W przypadku wielu dochodzeń, podczas gdy pozytywny wynik może potwierdzać opis tortur, wynik negatywny niekoniecznie oznacza, że tortury nie miały miejsca.

**402.** W przypadkach domniemanych niedawnych tortur lub niewłaściwego traktowania oraz gdy odzież noszona podczas tortur lub niewłaściwego traktowania jest nadal noszona przez domniemaną ofiarę, powinna ona zostać zabrana do badania bez uprzedniego prania i należy zapewnić ofierze nowy zestaw ubrań. Należy przestrzegać lokalnych procedur zapewniających łańcuch dowodowy. Tam, gdzie to możliwe, pomieszczenie do badania powinno być wyposażone w wystarczającą ilość światła i sprzętu medycznego do przeprowadzenia badania. Wszelkie niedociągnięcia należy odnotować w sprawozdaniu. Osoba przeprowadzająca badanie powinna odnotować wszystkie istotne pozytywne i negatywne ustalenia, wykorzystując schematy ciała w celu odnotowania lokalizacji i charakteru wszystkich obrażeń (zob. załącznik III). Niektóre formy tortur, takie jak porażenie prądem lub tępy uraz, mogą być początkowo niewykrywalne, ale mogą zostać wykryte podczas badania kontrolnego. Chociaż możliwość fotograficznego rejestrowania zmian w organizmie więźniów podczas ich przetrzymywania przez oprawców jest rzadko spotykana, fotografia jest przydatnym elementem badań. Jeśli dostępny jest aparat fotograficzny, lekarz klinicysta powinien uzyskać jak najlepsze zdjęcia i uzupełnić je szczegółowymi opisami i schematami ciała, a następnie jak najszybciej wykonać profesjonalne zdjęcia (zob. pkt 234 powyżej). W przypadku zdjęć wymagana jest konkretna świadoma zgoda, w tym wyjaśnienie ich charakteru i celu, a w przypadku zdjęć intymnych należy wdrożyć protokoły dotyczące sposobu ich przechowywania i tego, kto może je oglądać. Jakość obrazu może się znacznie różnić i dostępnych jest wiele praktycznych wskazówek. Zdjęcia można wykonywać na różnych urządzeniach, w tym smartfonach i tabletach. Lekarze kliniści powinni zawsze upewnić się, czy zostały uwzględnione zasady i skale kolorów. Zdjęcie w świetle spolaryzowanym krzyżowo może również wykazać, że niektóre tępe urazy nie są już widoczne na skórze.

**403.** Należy zauważyć, że jeśli zmiany nie można zobaczyć na zdjęciu, nie oznacza to, że jej tam nie było, zwłaszcza jeśli lekarz klinicysta nie jest wyszkolonym fotografem sądowym z dobrej jakości sprzętem. Jeśli nie ma zmian skórnych, scyntygrafia kości może być użyteczną metodą wykrywania niezłamanych zmian kostnych po pobiciu, szczególnie gdy tortury były długotrwałe<sup>419</sup>.

## 1. Skóra

**404.** Badanie powinno obejmować całą powierzchnię ciała w celu wykrycia oznak uogólnionej choroby skóry, w tym oznak niedoboru witamin A, B i C, zmian przed torturami lub zmian spowodowanych torturami, takich jak otarcia, siniaki, zmiany pigmentacji, rany szarpane, rany klute, oparzenia papierosami, chemikaliami, płynami parzącymi lub rozgrzanyimi narzędziami, urazy elektryczne, rany cięte, łysienie i usuwanie paznokci. Zmiany powstałe w wyniku tortur należy opisać na podstawie ich lokalizacji, symetrii, kształtu, rozmiaru, koloru i powierzchni (np. łuszczące się, chropowate lub wrzodziejące), a także ich rozgraniczenia i poziomu w stosunku do otaczającej skóry. Lekarze powinni zwrócić uwagę na brak normalnego wzrostu włosów lub jakiegokolwiek obszary drętwienia. Zmiany mogą być opisane jako świeże/ostre lub zagojone. W miarę możliwości zaleca się robienie zdjęć. W przypadku interpretacji urazu przydatne jest rozważenie, czy zmiana jest zmianą pigmentową lub depigmentacyjną, blizną lub zawiera obszary blizny.

## 2. Twarz

**405.** Twarz należy zbadać palpacyjnie pod kątem oznak złamania, trzeszczenia, obrzęku lub bólu. Należy zbadać wszystkie nerwy czaszkowe. W miarę możliwości należy stosować odpowiednie techniki radiologiczne w celu potwierdzenia złamań twarzy, określenia jej ustawienia i zdiagnozowania powiązanych urazów tkanek miękkich i powikłań. Urazy wewnętrzczaszkowe i szyjnego odcinka kręgosłupa są często związane z urazami twarzy.

### (a) Oczy

**406.** Bezpośredni uraz oka może objawiać się na wiele sposobów, w tym krwotokiem spojówkowym, zwężeniem soczewki,

<sup>419</sup> Onder Ozkalipci i inni, „A significant diagnostic method in torture investigation: bone scintigraphy” [„Istotna metoda diagnostyczna w badaniu tortur: scyntygrafia kości”], *Forensic Science International*, tom 226, nr 1-3 (2013), s. 142-145.

krwotokiem podtwardówkowym, krwotokiem pozagałkowym, krwotokiem siatkówkowym, urazową neuropatią nerwu wzrokowego, pęknięciem gałki ocznej i utratą pola widzenia. Konkretnie urazy gałki ocznej mogą powodować blizny po krwotoku naczyniówkowym lub nieregularną źrenicę w wyniku urazów tęczęwki. Konsultacja okulistycka powinna być przeprowadzona w każdym przypadku podejrzenia urazu lub choroby oczu. W celu potwierdzenia złamań oczodołu i urazów tkanek miękkich struktur opuszkowych i pozagałkowych należy zastosować techniki radiologiczne. Wymuszone wpatrywanie się w słońce może spowodować uszkodzenie wzroku, w tym oparzenia siatkówki. Należy również przeprowadzić badanie siatkówki, aby wykluczyć krwawienie do siatkówki, które może być związane z odgięciowym urazem kręgosłupa szyjnego/urazem głowy.

#### (b) Uszy

407. Urazy uszu, zwłaszcza pęknięcie błony bębenkowej, są częstą konsekwencją brutalnych pobić. Przewody słuchowe i błony bębenkowe należy zbadać za pomocą otoskopu i opisać obrażenia. Powszechną formą tortur, znaną w Ameryce Łacińskiej jako *teléfono*, jest mocne uderzenie dłonią w jedno ucho lub oboje uszu, gwałtownie zwiększające ciśnienie w przewodzie słuchowym, co powoduje pęknięcie błony bębenkowej. Ten rodzaj uderzenia może również powodować krwawienie podtwardówkowe po tej samej stronie, które może wymagać badania za pomocą tomografii komputerowej. Konieczne jest szybkie badanie w celu wykrycia pęknięć błony bębenkowej, które mogą zagoić się w ciągu 10 dni, chociaż gojenie może być opóźnione. W uchu środkowym lub zewnętrznym można zaobserwować płyn. Jeśli krwotok zostanie potwierdzony analizą laboratoryjną, należy wykonać rezonans magnetyczny lub tomografię komputerową w celu określenia miejsca pęknięcia. Obecność ubytku słuchu należy zbadać za pomocą prostych metod przesiewowych. W razie potrzeby technik audiometrii powinien przeprowadzić testy audiometryczne. Badanie radiologiczne złamań kości skroniowej lub przerwania łańcucha kosteczek słuchowych wymaga specjalistycznego obrazowania radiologicznego.

#### (c) Nos

408. Nos należy ocenić pod kątem ułożenia, trzeszczenia i odchylenia przegrody nosowej. W

przypadku prostych złamań nosa standardowe radiogramy nosa powinny być wystarczające. W celu potwierdzenia złamań i identyfikacji uszkodzeń tkanek miękkich należy zastosować techniki radiologiczne.

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

409. Złamania lub zwichnięcia żuchwy mogą być wynikiem pobicia. Zespół skroniowo-żuchwowy jest częstą konsekwencją pobić, w tym silnych uderzeń w dolną część twarzy i szczękę. Domniemaną ofiarę należy zbadać pod kątem oznak trzeszczenia kości gnykowej lub chrząstki krtani w wyniku uderzeń w szyję. Należy szczegółowo odnotować wyniki dotyczące części ustnej gardła, w tym zmiany odpowiadające oparzeniom spowodowanym porażeniem prądem lub innym urazem. Wędzidełko wargowe może być rozdarte. Należy również odnotować krwawienie z dziąseł i stan dziąseł.

410. W przypadku próby duszenia za pomocą podwiązania lub dłoni, potencjalne ustalenia obejmują:

- (a) brak zaobserwowanych obrażeń;
- (b) ból lub tkliwość - w miejscu przyłożenia siły bez widocznego urazu podczas potykania lub ruchu szyi;
- (c) zaczerwienienie (rumień), które może ustąpić po kilku godzinach;
- (d) siniaki, otarcia lub obrzęk skóry w miejscu ucisku - na przykład w miejscu przyłożenia palca/kciuka/podwiązania - mogą pojawić się wcześniej lub później i utrzymywać się przez kilka dni;
- (e) punktowe siniaki (wybroczyny) powyżej miejsca ucisku;
- (f) uszkodzenie krtani - chrząstki tarczycy (komory głosowej) - powodujące chrypkę lub kości gnykowej (kości u podstawy szyi);
- (g) zadrapania na szyi - zadane przez napastnika lub ofiarę lub oboje, lub też przypadkowe założenie podwiązki na szyję (gdy ofiara próbuje wyrwać się z rąk napastnika lub podwiązki);
- (h) uszkodzenie błony śluzowej jamy ustnej i języka spowodowane bezpośrednim naciskiem na zęby wewnątrz i obrzękiem języka;

(i) krwawienie z błon śluzowych w miejscach, w których zwiększono ciśnienie dożylnie - na przykład z nosa i uszu;

(j) dodatkowe niespecyficzne cechy, które mogą występować rzadko, obejmują silny krwotok z otworów takich jak nos i ucho oraz spontaniczne wydalanie kału i moczu. Mogą one występować pojedynczo lub w połączeniu.

411. W ewentualnych przypadkach ucisku szyi lub duszenia istotne jest, aby wszystkie obszary oczu, skóry i błon śluzowych (w tym wewnątrz jamy ustnej, powieki, podniebienie i języczek oraz skóra głowy) powyżej poziomu ucisku zostały zbadane przy użyciu dobrego światła w celu zidentyfikowania wszelkich zlokalizowanych obszarów wybroczyn. Ważne jest, aby zidentyfikować wybroczyny na wczesnym etapie, ponieważ bledną i znikają w ciągu około 24 godzin. W przypadku ręcznego duszenia lub ucisku szyi wybroczyny mogą być duże i mogą łączyć się w większe siniaki. Mogą również wystąpić trudności w oddychaniu, opadanie powiek lub porażenie nerwu twarzowego. Późne powiktania obejmują zachyłkowe zapalenie płuc, obrzęk płuc i drgawki<sup>420</sup>. W wielu przypadkach, w których mechanizm duszenia jest stosowany tylko przez krótki czas, obrażenia mogą być całkowicie nieobecne lub niewielkie. Takie obrażenia mogą być również nieobecne w przypadku silnego ucisku przez dłuższy czas. Ogólnie rzecz biorąc, im dłuższej trwająca i większa siła, tym bardziej prawdopodobne jest, że widoczne będą wizualne ślady działania siły ściskającej<sup>421</sup>.

#### (e) Jama ustna i zęby

412. Badanie stomatologiczne powinno być stałym elementem okresowych badań lekarskich w miejscu zatrzymania. Badanie to jest często zaniedbywane, ale jest ważnym elementem badania fizykalnego. Opieka stomatologiczna może być celowo zaniechana, aby umożliwić pogłębienie się próchnicy, zapalenia dziąseł lub ropni zębów. Należy przeprowadzić dokładny wywiad stomatologiczny, a jeśli istnieje dokumentacja stomatologiczna, należy o nią poprosić. Pęknięcia zębów, złamania zębów, zniszczone wypełnienia i złamane protezy mogą być wynikiem bezpośredniego urazu lub porażenia prądem. Należy zwrócić uwagę na

próchnicę zębów i zapalenie dziąseł. Niska jakość uzębienia może być spowodowana warunkami panującymi w miejscu zatrzymania lub mogła występować już przed zatrzymaniem. Należy dokładnie zbadać jamę ustną. Podczas stosowania prądu elektrycznego może dojść do przygryzienia języka, dziąseł lub warg. Zmiany mogą powstać w wyniku wepchnięcia przedmiotów lub materiałów do jamy ustnej, a także w wyniku zastosowania prądu elektrycznego. Uderzenie w twarz może skutkować wzorzystymi otarciami lub siniakami na wewnętrznej stronie policzka. Wędzidełko może być rozdarte. W celu potwierdzenia rozległości urazu tkanek miękkich, żuchwy i zębów należy zastosować techniki radiologiczne. Próchnica częściej rozwija się w zepsutych zębach, co może prowadzić do utraty zęba. Brak zęba może być zatem spowodowany bezpośrednio lub pośrednio urazem.

### 3. Klatka piersiowa i brzuch

413. Badanie tułowia, oprócz odnotowania zmian skórnych, powinno być ukierunkowane na wykrycie obszarów bólu, tkliwości lub dyskomfortu, które odzwierciedlałyby podstawowe urazy mięśni klatki piersiowej i szkieletu lub narządów jamy brzusznej. Osoba przeprowadzająca badanie musi wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia krwiaków wewnątrzmięśniowych, zaotrzewnowych i wewnątrzbrzusznych, a także zranienia lub pęknięcia narządów wewnętrznych. Do potwierdzenia takich obrażeń wymagane są techniki radiologiczne. Badania krwi i moczu mogą być przydatnymi badaniami przesiewowymi w przypadku takich urazów. Rutynowe badania układu sercowo-naczyniowego, płuc i jamy brzusznej powinny być wykonywane w zwykły sposób. Istniejące wcześniej zaburzenia układu oddechowego mogą ulec nasileniu w miejscu zatrzymania i często rozwijają się nowe zaburzenia układu oddechowego.

### 4. Układ mięśniowo-szkieletowy

414. Ofiary tortur bardzo często zgłaszają ból mięśniowo-szkieletowy<sup>422</sup>. Mogą one być wynikiem powtarzających się pobić,

<sup>420</sup> Międzynarodowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Sądowych, Non-Fatal Strangulation Documentation Toolkit [Zestaw narzędzi do dokumentowania duszenia niezakończzonego zgonem] (Elkridge, 2016).

<sup>421</sup> Jason Payne-James, „Asphyxia: clinical findings” [„Asfiksja: wyniki badań klinicznych”], w *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2. wyd., Jason Payne-James i Roger Byard, red. (Elsevier, 2015).

<sup>422</sup> Emma Baird i inni, „Interventions for treating persistent pain in survivors of torture” [„Interwencje w leczeniu uporczywego bólu u ofiar tortur”], *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2017).

podwieszania, innych tortur pozycyjnych lub ogólnego fizycznego środowiska zatrzymania<sup>423</sup>. Mogą mieć również charakter psychosomatyczny lub somatyczny (zob. pkt 507 poniżej), ale powinny być udokumentowane. Ból może być specyficzny dla mechanizmu tortur lub niespecyficzny i uogólniony. Badanie fizykalne powinno obejmować badanie ruchomości stawów, kręgosłupa i kończyn. Lekarze klinicyści powinni zwrócić uwagę na: ból przy badaniu palpacyjnym lub podczas ruchu, siłę mięśni, przykurcze, objawy zespołu ciasnoty przedziałów powięziowych, złamania z przemieszczeniem lub bez oraz zwichnięcia. W przypadku ciężkich pobić rozpad tkanki mięśniowej może prowadzić do uwolnienia mioglobiny do krążenia krwi w dużych ilościach, potencjalnie prowadząc do ostrej niewydolności nerek. Jeśli jest taka możliwość, u ofiar pobicia w fazie ostrej można zbadać poziom mioglobiny w moczu<sup>424</sup>. Podejrzewane zwichnięcia, złamania i zapalenie kości i szpiku należy oceniać radiologicznie. Urazy ścięgien, więzadeł i mięśni najlepiej oceniać za pomocą rezonansu magnetycznego, chociaż można również wykonać artrografię. W ostrej fazie można wykryć krwotoki i ewentualne naderwanie mięśni. Mięśnie zazwyczaj goją się całkowicie bez powstawania blizn, dlatego późniejsze badania obrazowe będą negatywne. Obrazy RM i TK uszkodzonych mięśni i przewlekłego zespołu ciasnoty przedziałów powięziowych mogą wykazywać zwłóknienie mięśni. Stłuczenia kości można wykryć za pomocą rezonansu magnetycznego lub scyntygrafii. Stłuczenia kości zazwyczaj goją się bez pozostawiania śladów. Niedobór witaminy D spowodowany brakiem światła słonecznego i złą dietą może być również przyczyną bólu mięśniowo-szkieletowego i reaguje na terapię zastępczą.

## 5. Układ moczowo-płciowy

415. Jeśli konieczne jest badanie narządów płciowych, musi ono zostać przeprowadzone wyłącznie za wyraźną zgodą domniemanej ofiary i może wymagać przełożenia na późniejsze badanie. Jeśli płeć lekarza przeprowadzającego badanie jest inna niż płeć pacjenta, należy zapewnić opiekuna. Więcej informacji można znaleźć w pkt 283 powyżej. Zob. pkt 455-479 poniżej dotyczące tortur seksualnych, w tym gwałtów, oraz dalsze informacje dotyczące badania ofiar napaści na tle seksualnym.

Ultrasonografia, testy czynności nerek, badanie moczu i scyntygrafia dynamiczna mogą być wykorzystywane do wykrywania urazów układu moczowo-płciowego.

## 6. Ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy

416. W badaniu neurologicznym należy ocenić nerwy czaszkowe, narządy zmysłów i obwodowy układ nerwowy, sprawdzając zarówno neuropatie ruchowe, jak i czuciowe związane z możliwymi urazami, niedoborami witamin lub chorobami. Należy również ocenić zdolności poznawcze i stan psychiczny (zob. pkt 523-598 poniżej w sprawie oceny psychologicznej/psychiatrycznej). U pacjentów, którzy zgłaszają, że byli podwieszani, należy położyć szczególny nacisk na badanie splotu ramiennego (asymetryczna siła ręki, opadanie nadgarstka i osłabienie ramienia ze zmiennymi odruchami czuciowymi i ścięgnistymi). Radikulopatie, inne neuropatie, deficyty nerwów czaszkowych, hiperalgezia, parestezje, przeczulica, zmiany poczucia pozycji, odczuwania temperatury, funkcji motorycznych, chodu i koordynacji mogą wynikać z urazów związanych z torturami lub niewłaściwym traktowaniem. U pacjentów z zawrotami głowy i wymiotami w wywiadzie należy przeprowadzić badanie przedsionkowe i odnotować objawy oczopląsu. Ocena radiologiczna powinna obejmować rezonans magnetyczny lub tomografię komputerową. Do oceny radiologicznej mózgu i tylnego dołu czaszki preferuje się rezonans magnetyczny zamiast tomografii komputerowej. Drgawki mogą wystąpić w wyniku urazu głowy i wymagają dokładnego wywiadu i badania w celu odróżnienia od ataków paniki i epizodów wazowagalnych.

## C. Interpretacja ustaleń

417. Zasady stambulskie wymagają, aby lekarze klinicyści przedstawili „interpretację prawdopodobnego związku ustaleń fizycznych i psychologicznych z możliwymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem” (zob. pkt 379 powyżej i załącznik I). W tym sensie „ustalenia fizyczne i psychologiczne” mogą obejmować objawy, oznaki, informacje historyczne, wyniki testów diagnostycznych, zdjęcia i wcześniejsze

<sup>423</sup> Duncan Forrest, „Examination for the late physical after effects of torture” [„Badanie późnych fizycznych skutków tortur”], *Journal of Clinical Forensic Medicine*, tom 6, nr 1 (1999), s. 4-13.

<sup>424</sup> Michael S. Pollanen, „The pathology of torture” [„Patologia tortur”], *Forensic Science International*, tom 284 (2018), s. 85-96.

oceny medyczne. Lekarz klinicysta powinien skoordynować następujące elementy:

(a) W jakim stopniu historia ostrych i przewlekłych objawów fizycznych i niepełnosprawności jest zgodna z zarzutami stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania?

(b) W jakim stopniu wyniki badania fizykalnego są zgodne z zarzutami stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania? (Uwaga: brak fizycznych objawów nie wyklucza możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania.)

(c) W jakim stopniu wyniki badania są zgodne ze znanymi metodami tortur i ich powszechnymi następstwami stosowanymi w danym regionie?

**418.** Podczas przeprowadzania oceny fizycznych dowodów domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania lekarze klinicyści powinni wziąć pod uwagę następujące warunki dotyczące stopni spójności:

(a) „niezgodne z”: ustalenie nie mogło być wynikiem domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania;

(b) „zgodne z”: ustalenie mogło być wynikiem domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, ale jest niespecyficzne i istnieje wiele innych możliwych przyczyn;

(c) „wysoce zgodne z”: ustalenie mogło być wynikiem domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania i istnieje niewiele innych możliwych przyczyn;

(d) „typowe dla”: ustalenie jest zwykle obserwowane w przypadku tego rodzaju domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, ale istnieją inne możliwe przyczyny;

(e) „charakterystyczne dla”: ustalenie nie mogło zostać spowodowane w żaden inny sposób niż opisany.

**419.** Analiza korelacji objawów może mieć szczególne znaczenie, gdy zastosowano metody tortur lub niewłaściwego traktowania, które nie pozostawiają trwałych dowodów fizycznych. Może to dotyczyć na przykład doświadczeń związanych z duszeniem, urazami głowy, wstrząsami elektrycznymi, podwieszaniem

i pozycjami wywołującymi dyskomfort, torturami seksualnymi i torturami środowiskowymi. W korelacji wyników badań z wiedzą na temat skutków tortur stosowanych w danym regionie należy pamiętać o zmieniającym się wzorcu tortur i niewłaściwego traktowania w czasie i w różnych miejscach.

**420.** Korelując spójność między wynikami badania fizykalnego a domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem, lekarz klinicysta powinien wskazać stopień spójności dla wyniku każdego pojedynczego badania. Jeśli lekarz klinicysta uważa, że istnieją kliniczne powody niespójnych wyników, należy to omówić (zob. pkt 342-353 i 386 powyżej). Czasami grupa podobnych zmian lub zmian z tymi samymi cechami może być rozpatrywana razem, a stopień spójności stosowany do grupy jako całości. Lekarz klinicysta powinien rozważyć możliwe przyczyny fizycznych objawów, sugerowane przez dowody; takimi przyczynami mogą być na przykład tortury lub inne celowe obrażenia, przypadkowe obrażenia, choroby skóry, procedury medyczne, kulturowa opieka medyczna, rytualne skaryfikacje, samookaleczenia i celowe zadawanie obrażeń w celu sfabrykowania dowodów obrażeń. Powszechne jest przypisywanie niektórych objawów fizycznych w organizmie przyczynom innym niż tortury, takim jak przypadkowe obrażenia; powszechne jest też występowanie fizycznych objawów, w odniesieniu do których dana osoba nie może przypomnieć sobie przyczyny. Osoba może niewinnie pomylić fizyczny objaw z torturami (np. rozstępy na dolnej części pleców), ponieważ nie zauważyła go przed domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem, ale dopiero później, gdy w miejscu tym wystąpił ból lub został on wskazany przez badającego lekarza.

**421.** Może się zdarzyć, że nie można opisać przyczyny konkretnego objawu, dlatego że dane osoby nie miały pełnego pola widzenia, ponieważ wokół nich znajdowało się wielu sprawców lub miały związane oczy lub nałożony kaptur, lub dlatego że były częściowo lub całkowicie nieprzytomne w tym czasie lub istnieją inne kliniczne powody upośledzonej pamięci na temat zdarzenia. W takich przypadkach lekarz klinicysta może być w stanie wskazać stopień spójności między ustaleniami fizycznymi a ich prawdopodobną przyczyną. Częściej, w przypadku mniej charakterystycznych ustaleń, które nie mają konkretnych cech, nie można dokonać

konkretnej oceny spójności, ale możliwe jest ogólne skomentowanie rozmiaru, liczby i lokalizacji zmian pod względem cech charakterystycznych obrażeń spowodowanych torturami lub innymi przyczynami. Mogą istnieć objawy, które nie są konkretnie przypisywane torturom, ale na przykład upadkom podczas próby ucieczki przed sprawcami. Jeśli dana osoba znajdowała się w tym czasie pod kontrolą sprawcy, to nadal mieszczą się one w definicji obrażeń spowodowanych torturami i powinny zostać ocenione pod kątem zgodności z podanymi cechami. Jeśli istnieją ustalenia przypisywane innym doświadczeniom napaści, niezwiązanym z konkretnym zarzutem stosowania tortur poddawanym badaniu, czyli takim doświadczeniom jak na przykład przemoc domowa, znęcanie się nad dziećmi, okaleczanie żeńskich narządów płciowych, kary fizyczne, napaść kryminalna lub przemoc związana z wojną i konfliktami, można je ocenić pod kątem zgodności z podanymi cechami, jeśli jest to istotne dla procedury prawnej, dla której wymagane jest sprawozdanie medyczne.

**422. Przypadkowe obrażenia.** Przypadkowe obrażenia częściej występują na kończynach (a nie w centralnych częściach ciała<sup>425</sup>), czyli częściach ciała, które są najczęściej odłonięte, a nie chronione przez odzież, i mają pierwszy kontakt z twardą powierzchnią podczas upadku. Tak więc kolana, golenie, grzebień biodrowy, łokcie, dłonie, kostne wypukłości kręgosłupa, czoło i czubek głowy są częstszymi miejscami przypadkowych obrażeń. Centralne części ciała - uszy, policzki, oczy, usta, górna część ręki, wewnętrzna część przedramienia, klatka piersiowa, genitalia, przód uda, wewnętrzna część uda, tył uda, pośladki, brzuch, grzbiety dłoni, ramiona i szyja - są częściej kojarzone z celowymi obrażeniami. Na przykład nie jest niczym niezwykłym, że dana osoba ma na twarzy jedną lub dwie małe blizny po przypadkowych urazach, ale wraz ze wzrostem liczby takich zmian szansa na to, że wszystkie są spowodowane wypadkami, odpowiednio maleje. Na oczekiwaną liczbę przypadkowych obrażeń i ich lokalizację ma również wpływ historia zawodowa danej osoby.

**423. Samookaleczenia.** Samookaleczenia poprzez cięcie mogą występować w wielu różnych miejscach na ciele, w tym w szczególności na wewnętrznej stronie nadgarstka (dłoni) lub

przedramienia niedominującej kończyny górnej. Często to nie miejsce ma znaczenie, ale charakter i powtarzalność obrażeń. Plecy są zazwyczaj oszczędzane, ale przedramiona, ramiona, szyja, klatka piersiowa, brzuch i uda mogą być innymi typowymi miejscami samookaleczenia. Inne części ciała również mogą zostać uszkodzone w inny sposób, na przykład czoło, jeśli osoba uderzy głową o ścianę, lub pięść, jeśli uderzy w ścianę. Najczęstszą formą samookaleczenia jest cięcie, a cięcia są zazwyczaj powierzchowne, liczne i ściśle zgrupowane. Może dojść do samookaleczenia papierosami lub innymi źródłami ciepła. Ofiary tortur mogą chętnie ujawniać te obrażenia i wyjaśniać, że zadały je sobie w odpowiedzi na tortury, jako wyraz bólu związanego z torturami lub sposób radzenia sobie z tym bólem. Innym ofiarom może być bardzo trudno ujawnić samookaleczenie, ponieważ wiąże się to ze wstydem i napiętnowaniem. Najpoważniejsze samookaleczenia mogą być związane z poważniejszymi chorobami psychicznymi, takimi jak psychoza. Umysłne obrażenia w celu uzyskania wtórnego zysku są rzadkie, a takie obrażenia są zwykle powierzchowne, mają jeden mechanizm przyczynowy, dotyczą dostępnych części ciała i nie mają wiele wspólnego z wywiadem, wynikami badań i kolejnością zdarzeń. Oznaki obrażeń w nietypowych miejscach i rozproszony rozkład obrażeń sugerują tortury, podobnie jak znalezienie wielu rodzajów obrażeń - powstałych przy użyciu tępej sily i ostrego narzędzia - oraz oparzeń. Ogólna ocena wszystkich dowodów fizycznych, wraz z dowodami psychologicznymi, w kontekście przedstawionej relacji jest kluczowa dla rozważenia fabrykowania informacji (zob. pkt 348 powyżej).

## D. Wnioski i zalecenia

**424.** Lekarze klinicyści powinni sformułować opinię kliniczną na temat możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania na podstawie wszystkich istotnych dowodów klinicznych, w tym wyników badań fizycznych i psychologicznych<sup>426</sup>, informacji historycznych, wyników badań fotograficznych, wyników badań diagnostycznych, wiedzy na temat regionalnych praktyk stosowania tortur, sprawozdań z konsultacji itp., jak określono w pkt 382-383

<sup>425</sup> Terry Allen, Shannon A. Novak i Lawrence L. Bench, „Patterns of injuries: accident or abuse” [„Wzorce obrażeń: wypadek lub znęcanie się”], *Violence against Women*, tom 13, nr 8 (2007), s. 802-816.

<sup>426</sup> Oceny kliniczne, które są przeprowadzane specjalnie w celu oceny „dowodów fizycznych”, mogą, ale nie muszą, zawierać pewne „ustalenia psychologiczne”, na przykład obserwacje niepokoju psychicznego podczas zbierania wywiadu lub sprawozdanie na temat objawów psychologicznych.

powyżej i w załączniku IV. Opinia lekarza klinicysty na temat możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania powinna być wyrażona przy użyciu tych samych stopni spójności, które są używane do interpretacji wyników: niezgodne, zgodne, wysoce zgodne, typowe dla i charakterystyczne dla. Ostatecznie to ogólna ocena wszystkich ustaleń klinicznych, a nie spójność każdej zmiany lub objawu z konkretną formą tortur lub niewłaściwego traktowania, jest ważna przy ocenie zarzutów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania.

425. Oprócz przedstawienia wniosków dotyczących możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania lekarze klinicyści powinni jeszcze raz wskazać obecne objawy i niepełnosprawność oraz prawdopodobny wpływ na funkcjonowanie społeczne, a także przedstawić wszelkie zalecenia dotyczące dalszej oceny i opieki nad daną osobą.

## E. Badanie i ocena w następstwie określonych form tortur

### 1. Pobicia i inne urazy tępe

#### (a) Uszkodzenie skóry

426. Ostre zmiany wykazują często charakterystyczne cechy dla tortur i niewłaściwego traktowania, ponieważ uwydatniają wzór zadanych obrażeń, który różni się od obrażeń nie zadanych, na przykład kształtem, rozmiarem, rozmieszczeniem na ciele i liczbą. Jako że większość zmian goi się w ciągu kilku tygodni od tortur lub niewłaściwego traktowania, nie pozostawiając blizn, w tym niespecyficznych blizn, charakterystyczna historia ostrych zmian i ich rozwoju do czasu wygojenia może być jedynym dowodem popierającym zarzut stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Trwałe zmiany na skórze spowodowane tępym urazem są niespecyficzne i zwykle nie mają znaczenia diagnostycznego. Długotrwałe stosowanie ciasnych wiązań może skutkować charakterystycznymi objawami, w tym liniową strefą rozciągającą się okrężnie wokół ramienia lub nogi, zwykle na nadgarstku lub kostce, zawierającą niewiele włosów lub mieszków

włosowych, co jest formą łysienia bliznowaciejącego. Ustalenia te mogą być charakterystyczne dla domniemych tortur lub niewłaściwego traktowania, ponieważ nie ma innych chorób skóry lub urazów, które mogłyby tłumaczyć takie objawy. Takie przypadki są jednak stosunkowo rzadkie; częściej można zaobserwować krótkie, liniowe, wąskie blizny na nadgarstkach od strony kości, spowodowane otarciami od kajdanek, zwłaszcza w sytuacjach, w których osoba została pobita, gdy była zawieszona na kajdankach. Obrażenia te można odróżnić od samookaleczeń na podstawie ich umiejscowienia na częściach kostnych i często względnej symetrii, podczas gdy samookaleczenia częściej występują na przedramieniu niedominującym. Obrażenia powstałe w wyniku zastosowania kajdanek będą zależeć od ciasności kajdanek, rodzaju użytych kajdanek<sup>427</sup> i zastosowanej siły, takiej jak skręcenie kajdanek lub zawieszenie i bicie podczas zakucia w kajdanki.<sup>428</sup>

427. Ostre otarcia powstałe w wyniku powierzchniowych zmian skóry mogą wyglądać jak zadrapania, zmiany typu oparzenia lub zmiany spowodowane zadrapaniem. Czasami ostre otarcia mogą wykazywać wzór, który odzwierciedla kontury narzędzia lub powierzchni, która spowodowała uraz. Powtarzające się lub głębokie otarcia mogą tworzyć obszary hipo- lub hiperpigmentacji, w zależności od rodzaju skóry. Występują po wewnętrznej stronie nadgarstków, jeśli ręce zostały ciasno związane.
428. Siniaki to obszary krwotoku do tkanek miękkich spowodowane pęknięciem naczyń krwionośnych w wyniku tępego urazu. Zakres i nasilenie siniaka zależy nie tylko od zastosowanej siły, lecz także od struktury i unaczynienia posiniaczonej tkanki. Siniaki pojawiają się częściej w obszarach o cienkiej skórze pokrywającej kości lub w obszarach tłuszczowych. Wiele schorzeń, w tym niedobory witamin i innych składników odżywczych, wiek i przyjmowane leki mogą być związane z łatwym powstawaniem siniaków lub plamicy. Siniaki i otarcia wskazują, że na dany obszar zadziałała tępa siła. Brak siniaka lub otarcia nie oznacza jednak, że nie doszło do uderzenia tępym narzędziem w tym obszarze. Siniaki mogą układać się we wzór, tj. odzwierciedlać kształt

<sup>427</sup> Muhammed Nabi Kantarci i inni, „Evaluation of plastic and metal handcuff-related injuries under custody in medical examinations” [„Ocena w badaniach lekarskich obrażeń związanych z plastikowymi i metalowymi kajdankami używanymi w areszcie”], *Turkiye Klinikleri Journal of Medicine Sciences*, tom 33, nr 2 (2013), s. 360-365 (w języku tureckim ze streszczeniem w języku angielskim).

<sup>428</sup> Miriam Y. Neufeld i inni, „Forensic evaluation of alleged wrist restraint/handcuff injuries in survivors of torture utilizing the Istanbul Protocol” [„Kryminalistyczna ocena rzekomych obrażeń nadgarstka spowodowanych kajdankami u ofiar tortur, z wykorzystaniem Protokołu stambulskiego”], *International Journal of Legal Medicine*, tom 135, nr 2 (2021), s. 583-590.



narzędzia zadającego obrażenia. Na przykład siniaki w kształcie linii mogą wystąpić, gdy użyto narzędzia takiego jak pałka lub laska. Kształt przedmiotu można wywnioskować na podstawie kształtu siniaka. Kolor siniaka nie pomaga w ocenie wieku urazu. Postrzeganie koloru siniaka różni się w zależności od odcienia skóry i nie można go dokładnie określić na podstawie zdjęć. W przypadku niektórych typów skóry siniaki mogą prowadzić do przebarwień, które mogą utrzymywać się przez kilka lat. Siniaki, które rozwijają się w głębszych tkankach podskórnych, mogą pojawić się dopiero kilka dni po urazie, gdy wynaczyniona krew dotrze na powierzchnię. W przypadku zarzutu, ale braku siniaka, ofiarę należy ponownie zbadać po kilku dniach. Należy wziąć pod uwagę, że ostateczna pozycja i kształt siniaków mogą nie mieć związku z pierwotnym urazem, a niektóre zmiany mogą wyblaknąć do czasu ponownego badania<sup>429</sup>.

**429.** Rany szarpane, rozerwanie lub zmiżdżenie skóry i leżących pod nią tkanek miękkich przez nacisk tępej siły łatwo powstają w widocznych kostnych punktach orientacyjnych ciała, ponieważ skóra jest ściskana między tępym przedmiotem a powierzchnią kości pod tkankami podskórnymi. Przy użyciu odpowiedniej siły skóra może jednak zostać rozerwana na dowolnej części ciała. To, czy w wyniku urazu spowodowanego użyciem tępej siły powstaje rana szarpana, a nie siniak, zależy nie tylko od części ciała dotkniętej urazem, lecz także od innych czynników, w tym zastosowanej siły, konturu narzędzia oraz obecności lub braku odzieży ochronnej.

**430.** Blizny powstałe w wyniku biczowania mogą być widoczne, jeśli powstały rany pełnej grubości. Blizny te mogą być hipo- lub hiperpigmentowane i mogą być przerostowe, często w zależności od odcienia skóry i lokalizacji. Biczowanie może nie spowodować blizn, a jedynie bąble i siniaki, w zależności od rodzaju narzędzia, użytej siły, liczby uderzeń i ochrony zapewnianej przez odzież. Blizny podobne do tych po karnym biczowaniu może powodować samobiczowanie jako część rytuału religijnego. Symetryczne, zanikowe, odbarwione zmiany liniowe brzucha, dolnej części pleców, pach i nóg, które są czasami uważane za następstwa tortur, mogą być rozstępami i wskazywać na wcześniejszy wzrost, ciężę lub zwiększenie masy ciała

i należy je odróżnić od tych związanych z torturami<sup>430</sup>. Osoba, która opisuje, że była bita lub chłostana po plecach, mogła wcześniej nie zdawać sobie sprawy z rozstępów w tym miejscu, dopóki nie zostały one zidentyfikowane podczas badania i niewinnie założyć, że są one wynikiem tortur. Rozstępy mogą zostać znalezione wokół pachy po zgłoszonym podwieszeniu i przypisane przez daną osobę jako skutek tortur. Stosowanie kremów rozjaśniających skórę może pogorszyć wygląd i rozmiar rozstępów.

**431.** Oparzenia mogą pozostawić trwałe zmiany na skórze w postaci zmian barwnikowych lub blizn, w zależności od głębokości oparzenia i rodzaju skóry. Zmiany pigmentowe po oparzeniu częściowej grubości mogą utrzymywać się przez miesiące lub lata, zanim stopniowo ustąpią. Temperatura ogrzewanego przedmiotu lub substancji oraz czas kontaktu są głównymi czynnikami decydującymi o wyglądzie i głębokości oparzenia. Oparzenia gorącą cieczą będą różnić się głębokością i kształtem w zależności od lepkości cieczy - na przykład oparzenie stopionym plastikiem o wysokiej lepkości będzie głębokie i stosunkowo ograniczone w porównaniu z oparzeniem gorącą wodą, które może wskazywać miejsce początkowego oddziaływania, rozprzestrzeniać się zgodnie z grawitacją i czasem mogą pojawić się mniejsze oparzenia wokół spowodowane rozpryskami. Oparzenia papierosami często pozostawiają okrągłe lub owalne blizny plamkowe o średnicy 5-10 milimetrów z hipo- lub hiperpigmentowanym środkiem i hiperpigmentowanym, stosunkowo niewyraźnym obrzeżem. Średnica takich blizn może różnić się w zależności od rodzaju papierosa. Oparzenia od papierosów mogą pozostawiać mniej charakterystyczne zmiany. W związku z torturami odnotowano również przypadki wypalania tatuaży papierosami. W diagnozie pomoże charakterystyczny kształt powstałej blizny i wszelkie pozostałości tatuażu. Oparzenia gorącymi przedmiotami mogą powodować zmiany, które odzwierciedlają kształt narzędzia i są początkowo ostro odgraniczone z wąskimi przerostowymi lub przebarwionymi strefami brzeżnymi odpowiadającymi początkowej strefie zapalenia. Krawędzie oparzeń, które początkowo są ostro odgraniczone, z czasem stają się rozmyte w wyniku migracji

<sup>429</sup> Jason Payne-James, Jack Crane i Judith A. Hinchliffe, „Injury assessment, documentation, and interpretation” [„Ocena, dokumentacja i interpretacja obrażeń”], w *Clinical Forensic Medicine: A Physician's Guide*, 2. wyd., Margaret M. Stark, red. (Totowa, New Jersey, Humana Press), s. 127-158.

<sup>430</sup> Kartlijn Clarysse i inni, „Skin lesions, differential diagnosis and practical approach to potential survivors of torture” [„Zmiany skórne, diagnostyka różnicowa i praktyczne podejście do potencjalnych ofiar tortur”], *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, tom 33, nr 7 (2019), s. 1232-1240.

melanocytów, co jest szczególnie widoczne u osób o bardziej napigmentowanej skórze. Można to na przykład zaobserwować po oparzeniu rozgrzanym metalowym prętem lub zapalniczką gazową. Spontanicznie występujące procesy zapalne nie mają charakterystycznej strefy brzeżnej i tylko rzadko wykazują wyraźną utratę tkanki. Po oparzeniu spowodowanym spaleniem gumy lub stopionego plastiku mogą powstać blizny przerostowe lub keloidowe.

**432.** Gdy macierz paznokcia jest spalona, późniejszy wzrost powoduje pasiaste, cienkie, zdeformowane paznokcie, czasami połamane na podłużne segmenty. Jeśli paznokieć został oderwany, może dojść do przerostu tkanki z proksymalnego fałdu paznokcia, co prowadzi do powstania skrzydlika. Możliwe jest jednak odrośnięcie normalnego paznokcia. Zmiany w paznokciach spowodowane przez liszaj płaski stanowią jedyną istotną diagnozę różnicową, ale zwykle towarzyszy im rozległe uszkodzenie skóry. Z kolei infekcje grzybicze charakteryzują się pogrubionymi, żółtawymi, kruszącymi się paznokciami, różniącymi się od powyższych zmian. W uszkodzonym paznokciu może współistnieć infekcja grzybicza.

**433.** Ostre rany urazowe powstają, gdy skóra zostaje przecięta ostrym przedmiotem, takim jak nóż, bagnet lub potłuczone szkło, i obejmują rany cięte i klute. Ostry wygląd jest zwykle łatwy do odróżnienia od nieregularnego i rozdartego wyglądu ran i blizn stwierdzonych podczas późniejszego badania, które mogą być charakterystyczne. Regularne wzorce małych blizn po nacięciach mogą być spowodowane przez tradycyjnych uzdrowicieli<sup>431</sup>. Jeśli pieprz lub inne szkodliwe substancje zostaną zastosowane na otwarte rany, blizny mogą stać się przerośnięte. Blizny po rytuałach Juju mogą być pokryte pigmentem, takim jak sadza.

**434.** Lekarze klinicyści mogą zostać poproszeni o oszacowanie wieku blizn. Jest mało prawdopodobne, aby można było wiele powiedzieć, chyba że rana wydaje się bardzo świeża, jest zaczerwieniona i występuje strup. Podczas procesu gojenia się rany po początkowym powstaniu strupa następuje tworzenie się tkanki bliznowatej, która początkowo wydaje się czerwona i stopniowo staje się jaśniejsza i bardziej płaska. Zaczerwienienie blizny jest zmienne i zależy od czynników innych niż upływ czasu, w tym od odcienia skóry. Czas potrzebny do ewolucji

blizny z ostrej formy do płaskiej, bladej, dojrzałej formy jest zmienny, w zależności od wielu czynników, w tym brzegów rany, głębokości rany, infekcji, metody zamknięcia rany, „brudnej” lub czystej rany, dostępu do higieny, miejsca na ciele, napięcia i ruchu rany, odżywiania, chorób przewlekłych, ucisku i tarcia odzieży. Niektóre rany (np. oparzenia papierosem) mogą intensywnie swędzieć podczas gojenia, co prowadzi do nawyku drapania lub pocierania ich, a to może pozostawić je czerwone lub różowe na długo po tym, jak inne rany ustąpią. Z tych powodów blizny powstałe w tym samym czasie i w wyniku tego samego urazu mogą goić się w różnym tempie. Chociaż zwykle nie jest możliwe wydanie dokładnej opinii na temat daty powstania uszkodzenia, może być możliwe stwierdzenie, że wygląd jest zgodny z podanym czasem.

#### (b) Złamania

**435.** Złamania powodują utratę integralności kości w wyniku działania tępej siły mechanicznej na różnych płaszczyznach wektorowych. Bezpośrednie złamanie występuje w miejscu uderzenia lub w miejscu, w którym zadziałała siła. Lokalizacja, kontur i inne cechy złamania wskazują na charakter i kierunek przyłożonej siły. Czasami możliwe jest odróżnienie złamania spowodowanego przypadkowym urazem na podstawie radiologicznego wyglądu złamania. Datowanie radiologiczne stosunkowo świeżych złamań powinno być wykonywane przez doświadczonego radiologa urazowego.

#### (c) Urazy głowy

**436.** Uraz głowy jest jedną z najczęstszych form tortur. W przypadku powtarzających się urazów głowy, nawet jeśli nie zawsze poważnych, można spodziewać się zaników kory mózgowej i rozlanych urazów aksonalnych. W przypadku urazów spowodowanych upadkami można zaobserwować urazy mózgu z odbicia (lokalizacja w opozycji do urazu), podczas gdy w przypadku urazów bezpośrednich stłuczenia mózgu można zaobserwować bezpośrednio pod obszarem, w którym zadano uraz. Stłuczenia skóry głowy są często niewidoczne na zewnątrz, chyba że występuje obrzęk. Siniaki mogą być trudne do zauważenia u osób o ciemnej karnacji, ale będą tkliwe przy badaniu palpacyjnym. Szacunki dotyczące okresu utraty przytomności po urazie głowy są mało

<sup>431</sup> Tamże.

prawdopodobne, ponieważ dana osoba może cierpieć na amnezję pourazową.

**437.** Po otrzymaniu ciosów w głowę ofiara tortur może skarżyć się na ból, zawroty głowy, nudności, wymioty i zaburzenia widzenia. Przewlekłe mogą występować uporczywe bóle i zawroty głowy oraz zaburzenia pamięci lub innych funkcji poznawczych. Mogą występować zaburzenia napadowe. Ból może być somatyczny lub promieniować z szyi. Ofiara może zgłaszać ból podczas dotykania w tym obszarze, a palpacyjnie można zaobserwować rozproszoną lub miejscową opuchliznę lub zwiększoną jędrność skóry głowy. Blizny można zaobserwować w przypadkach, w których doszło do uszkodzenia skóry głowy. W okresie po urazie głowy bóle głowy mogą być początkowym objawem powiększającego się krwiaka podtwardówkowego. Mogą one być związane z ostrym początkiem zmian stanu psychicznego i należy pilnie wykonać tomografię komputerową. Obrzęk tkanek miękkich lub krwotok są zwykle wykrywane za pomocą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Właściwe może być również przeprowadzenie oceny psychologicznej lub neuropsychologicznej (zob. pkt 549-565). Późne skutki urazu mózgu można wykryć za pomocą specjalistycznych technik radiologicznych. Drobne urazy mózgu, nawet bez utraty przytomności, mogą wpływać na pamięć i koncentrację w krótkim i długim okresie. Uszkodzenie mózgu w wyniku duszenia może również prowadzić do deficytu poznawczego.

**438.** Gwałtowne potrząsanie jako forma tortur może powodować obrażenia mózgu bez pozostawiania zewnętrznych śladów, chociaż siniaki mogą być obecne na górnej części klatki piersiowej lub ramionach, gdzie ofiary lub ich ubrania zostały chwyczone. W najbardziej ekstremalnych przypadkach potrząsanie może powodować obrażenia identyczne z tymi obserwowanymi w zespole dziecka potrząsanego: obrzęk mózgu, krwiak podtwardówkowy i krwotoki siatkówki. Częściej ofiary skarżą się na nawracające bóle głowy, dezorientację lub zmiany stanu psychicznego. Epizody drżenia są zwykle krótkie, trwają zaledwie kilka minut lub krócej, ale mogą powtarzać się wielokrotnie w ciągu kilku dni lub tygodni. Zalecane są badania radiologiczne i siatkówki.

#### (d) Urazy klatki piersiowej i jamy brzusznej

**439.** Złamania żeber są częstą konsekwencją uderzeń w klatkę piersiową. Jeśli zostaną przemieszczone, mogą być związane z uszkodzeniem płuca i możliwą odma opłucnową. Złamania nasady łuku kręgowego mogą wynikać z bezpośredniego użycia tępej siły. W przypadku podejrzenia złamania żebra należy wykonać zwykłe zdjęcie radiologiczne.

**440.** W przypadku ostrego urazu jamy brzusznej badanie fizykalne powinno wykazać uszkodzenie narządów jamy brzusznej i dróg moczowych. Często jednak wynik badania jest negatywny. Krwiomocz jest najważniejszym objawem stłuczenia nerki. Płukanie otrzewnej może wykryć utajony krwotok brzuszny. Wolny płyn w jamie brzusznej wykryty w badaniu radiologicznym po płukaniu otrzewnej może pochodzić z płukania lub krwotoku, co unieważnia wynik badania. Uszkodzenia narządów mogą występować w postaci wolnego powietrza, płynu pozakomórkowego lub obszarów o niskiej atenuacji, które mogą reprezentować obrzęk, stłuczenie, krwotok lub ranę. Obrzęk okołotrzustkowy jest jednym z objawów ostrego urazowego i nieurazowego zapalenia trzustki. USG jest szczególnie przydatne w wykrywaniu krwiaków podtorebkowych śledziony. Niewydolność nerek spowodowana zespołem zmiążdżenia może być ostra po ciężkim pobiciu. Nadciśnienie nerkowe może być późnym powikłaniem uszkodzenia nerek.

## 2. Bicie w stopy

**441.** *Falanga* lub *falaka* to powszechnie stosowane określenia powtarzających się tępych uderzeń w stopy (lub rzadziej w dłoń lub biodra), zwykle zadawanych pałką, długą rurą lub podobną bronią. Ofiary mogą opisywać ból przenikający aż do głowy. Ponieważ urazy są zwykle ograniczone do tkanek miękkich, tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny są preferowanymi metodami radiologicznej dokumentacji urazu, ale należy podkreślić, że badanie fizykalne w ostrej fazie powinno mieć charakter diagnostyczny. *Falanga* może powodować trwałą niepełnosprawność. Chodzenie może być bolesne i utrudnione. Ściskanie podeszwy stopy i zgięcie grzbietowe dużego palca może powodować ból.

442. Mogą wystąpić liczne powikłania i objawy:<sup>432</sup>

(a) *Zespół ciasnoty przedziałów powięziowych.* Jest to najpoważniejsze powikłanie. Obrzęk w zamkniętym przedziale powięziowym powoduje niedrożność naczyń krwionośnych i martwicę mięśni, co może skutkować zwłóknieniem, przykurczem lub zgorzelą w dystalnej części stopy lub palców. Zazwyczaj diagnozuje się go poprzez pomiar ciśnienia w przedziale powięziowym;

(b) *Zmiażdżone pięty i przednie poduszki stopy.* Elastyczne poduszki pod kością piętową i paliczkami bliższymi są zmiażdżone podczas *falangi*, bezpośrednio lub w wyniku obrzęku związanego z urazem. Rozerwane są również pasma tkanki łącznej, które rozciągają się przez tkankę tłuszczową i łączy kości ze skórą. Tkanka tłuszczowa zostaje pozbawiona dopływu krwi i zanika. Efekt amortyzacji zostaje utracony, a stopy nie absorbują już naprężeń powstających podczas chodzenia;

(c) *Sztywne i nieregularne blizny w skórze i tkance podskórnej stopy.* W normalnej stopie tkanki skórne i podskórne są połączone z rozciągniętym podeszwowym za pomocą ciasnych pasm tkanki łącznej. Pasma te mogą jednak zostać częściowo lub całkowicie zniszczone z powodu obrzęku, który rozrywa pasma po ekspozycji na *falangę*;

(d) *Zerwanie rozciągniętego podeszwowego i ścięgien stopy.* Obrzęk w okresie po *falandze* może spowodować pęknięcie tych struktur. Gdy rozciągnięto nie może się normalnie napiąć, funkcja podtrzymująca niezbędna dla łuku stopy zanika, chodzenie staje się trudniejsze, a mięśnie stopy, zwłaszcza mięsień czworoboczny długi, są nadmiernie obciążane i ulegają zmęczeniu. Bierne rozciągnięcie dużego palca może ujawnić, czy rozciągnięto zostało rozerwane;

(e) *Zapalenie powięzi podeszwy.* Może wystąpić jako dalsze powikłanie bicia w stopy. W przypadku *falangi* podrażnienie często występuje w całym rozciągnięciu, powodując przewlekłe zapalenie rozciągnięta. Badania na ten temat wykazały, że u więźniów zwolnionych po 15 latach aresztu, którzy twierdzili, że byli

poddawani *falandze* podczas pierwszego aresztowania, w scyntygrafii kości zaobserwowano nadaktywne miejsca w kości piętowej lub śródstopia<sup>433</sup>;

(f) *Trwale deformacje stóp.* Takie deformacje są rzadkie, ale zdarzają się, podobnie jak złamania kości stępu, śródstopia i paliczek. Kości stępu mogą być nieruchome lub mieć zwiększony zakres ruchu;

(g) *Bolesna neuropatia obwodowa.* Może to być późne powikłanie w następstwie *falangi*. Należy wykluczyć inne przyczyny, takie jak cukrzyca.

443. Jako badanie wstępne zaleca się rutynowe zdjęcia radiologiczne. Rezonans magnetyczny jest preferowanym badaniem radiologicznym do wykrywania urazów tkanek miękkich. Rezonans magnetyczny lub scyntygrafia mogą wykryć uszkodzenie kości w postaci siniaka, który może nie zostać wykryty przez rutynowe zdjęcia radiologiczne lub tomografię komputerową<sup>434</sup>.

### 3. Podwieszanie

444. Podwieszanie jest powszechną formą tortur, która może powodować ekstremalny ból, ale pozostawia niewiele, jeśli w ogóle, widocznych śladów obrażeń. W przypadku długotrwałego unieruchomienia w jednej pozycji, w tym wymuszonego stania, może wystąpić obrzęk zależnych lub skrępowanych kończyn z ryzykiem zakrzepicy żył głębokich. Stwierdzenie obwodowych deficytów neurologicznych, diagnostycznych dla splotu ramiennego, praktycznie potwierdza diagnozę tortur polegających na podwieszaniu. Podwieszanie może być stosowane w różnych formach:

(a) podwieszenie poprzeczne (krzyżowanie), które jest stosowane przez rozłożenie ramion i przywiązanie ich do poziomego pręta;

(b) podwieszenie „rzeźnicze”, które jest stosowane przez unieruchomienie rąk do góry, razem lub pojedynczo;

<sup>432</sup> Kristine Amris, Søren Torp-Pedersen i Ole Vedel Rasmussen, „Long term consequences of falanga torture - what do we know and what do we need to know” [„Długoterminowe konsekwencje *falangi* - co wiemy i co musimy wiedzieć?”], *Torture*, tom 19, nr 1 (2009), s. 33-40.

<sup>433</sup> Veli Lök i inni, „Bone scintigraphy as clue to previous torture” [„Scyntygrafia kości jako wskazówka dotycząca wcześniejszych tortur”], *Lancet*, tom 337, nr 8745 (1991), s. 846-847. Zobacz także Mehmet Tunca i Veli Lök, „Bone scintigraphy in screening of torture survivors” [„Scyntygrafia kości w badaniach przesiewowych ofiar tortur”], *Lancet*, tom 352, nr 9143 (1998), s. 1859.

<sup>434</sup> Ozkalipci i inni, „A significant diagnostic method in torture investigation: bone scintigraphy” [„Istotna metoda diagnostyczna w badaniu tortur: scyntygrafia kości”].

(c) odwrotne podwieszenie „rzeźnicze”, które jest stosowane przez unieruchomienie stóp w górę i głowy w dół;

(d) podwieszenie odwrotne, które jest stosowane przez podwieszenie ofiary z przedramionami związanymi razem za plecami, łokciami zgiętymi pod kątem 90 stopni i przedramionami przywiązanymi do poziomego drążka. Alternatywnie, więzień jest zawieszony na podwiązce zawiązanej wokół łokci lub nadgarstków z rękami za plecami. Podobny efekt można uzyskać, gdy ofiara jest zmuszana do leżenia na brzuchu z kajdankami za plecami, a następnie ciągnięta do góry przez kajdanki;

(e) podwieszenie w stylu „papugi na żerdzi”, które jest stosowane przez podwieszenie ofiary za zgięte kolana na drążku umieszczonym za kolanami, zwykle podczas gdy nadgarstki są przywiązane do kostek.

445. Podwieszenie może trwać od kilku minut do kilku godzin lub nawet dłużej. Czas opisany jako spędzony w zawieszeniu jest często niedokładny, ponieważ ofiary są zdezorientowane lub tracą przytomność. Należy dokładnie zbadać ślady podwiązania, które mogą się różnić w zależności od rodzaju podwiązania (np. metalowe kajdanki, plastikowe więzy lub lina). Odwrotne podwieszenie może spowodować trwałe uszkodzenie splotu ramiennego w krótkim czasie. „Papuga na żerdzi” może powodować zerwanie więzadeł krzyżowych kolan. Ofiary są często bite podczas zawieszenia lub w inny sposób torturowane lub niewłaściwie traktowane. W fazie przewlekłej zwykle utrzymuje się ból i tkliwość w okolicy stawów barkowych, ponieważ podnoszenie ciężarów i rotacja, zwłaszcza wewnętrzna, będą powodować silny ból wiele lat później. Powikłania w fazie ostrej po podwieszeniu obejmują osłabienie ramion lub dłoni, ból i parestezje, drętwienie, brak wrażliwości na dotyk, powierzchowny ból i utratę odruchu ścięgniętego. Intensywny, głęboki ból może maskować osłabienie mięśni. W fazie przewlekłej osłabienie może się utrzymywać i prowadzić do zaniku mięśni. Występuje drętwienie i, częściej, parestezja. Podnoszenie ramion lub podnoszenie ciężarów może powodować ból, drętwienie lub osłabienie. Oprócz uszkodzeń neurologicznych może dojść do zerwania więzadeł stawów barkowych, zwichnięcia łopatki i uszkodzenia mięśni w okolicy barku. Podczas oględzin pleców można

zaobserwować „skrzydlatą łopatkę” (wystającą granicę kręgów łopatki) z uszkodzeniem długiego nerwu piersiowego lub zwichnięciem łopatki.

446. Uraz neurologiczny jest zwykle asymetryczny w kończynach górnych. Uszkodzenie splotu ramiennego objawia się na wiele różnych sposobów, w tym dysfunkcją ruchową, czuciową i odruchową. Subtelne zmiany mogą być trudne do wykrycia lub zdiagnozowania przez osobę niebędącą specjalistą. Do czasu oceny uraz mógł ustąpić, ale dokładny wywiad dotyczący odczuwanych objawów ma znaczenie w ocenie i nawet w przypadku niewielkich objawów osobę należy skierować do specjalisty. Ocena możliwego urazu neurologicznego powinna obejmować:

(a) *Badanie motoryczne.* Asymetryczne osłabienie mięśni, bardziej widoczne dystalnie, jest najbardziej oczekiwanym objawem. Ostry ból może utrudniać interpretację badania siły mięśni. Jeśli uraz jest poważny, w fazie przewlekłej może wystąpić zanik mięśni;

(b) *Badanie sensoryczne.* Często występuje całkowita utrata czucia lub parestezja wzdłuż ścieżek nerwów czuciowych. Należy zbadać percepcję pozycji, rozróżnianie dwóch punktów, ocenę uklucia oraz percepcję ciepła i zimna. Jeśli co najmniej trzy tygodnie później wystąpi ograniczenie lub utrata odruchów, neurolog doświadczony w stosowaniu i interpretacji tych metod powinien przeprowadzić odpowiednie badania elektrofizjologiczne;

(c) *Badanie odruchów.* Może wystąpić utrata odruchów, ograniczenie odruchów lub różnice między dwiema kończynami. W przypadku odwrotnego podwieszenia, mimo że oba sploty ramienne są narażone na urazy, może rozwinąć się asymetryczna pleksopatia ze względu na sposób, w jaki ofiara tortur została podwieszona, w zależności od tego, które ramię jest umieszczone w pozycji nadrzędnej, lub od metody wiązania. Chociaż badania sugerują, że pleksopatie ramienne są zwykle jednostronne (zwykle po upadku z motocykla i lądowaniu na jednym ramieniu), jest to sprzeczne z doświadczeniem w kontekście tortur, w których obustronne obrażenia są powszechne;

447. Spośród tkanek okolicy barku splot ramienny jest strukturą najbardziej wrażliwą na urazy trakcyjne. Występowanie i nasilenie tego powikłania po podwieszeniu będzie zależeć od

czasu trwania i częstotliwości tortur oraz stopnia umięśnienia - dobrze umięśniona osoba może uniknąć takich obrażeń. Odwrotne podwieszenie powoduje uszkodzenie splotu ramiennego z powodu wymuszonego tylnego wyprost ramion. Jak zaobserwowano w klasycznym typie odwrotnego podwieszenia, gdy ciało jest podwieszane z ramionami w tylnym przeproście, zazwyczaj dolny splot, a następnie środkowe i górne włókna splotu są uszkodzone, jeśli siła działająca na splot jest wystarczająco duża. Jeśli podwieszenie jest typu „krzyżowego”, ale nie obejmuje przeprostu, włókna splotu dolnego i środkowego mogą zostać uszkodzone z powodu hiperabdukcji. Urazy splotu ramiennego można podzielić na następujące kategorie:

(a) *Uszkodzenie dolnego splotu nerwowego.* Niedobory są zlokalizowane w mięśniach przedramienia i dłoni. Niedobory czucia można zaobserwować na przedramieniu oraz na czwartym i piątym palcu dłoni po stronie przysiódkowej w dystrybucji nerwu łokciowego;

(b) *Uszkodzenie splotu środkowego.* Dotknięte są mięśnie prostowników przedramienia, łokcia i palców. Pronacja przedramienia i zgięcie promieniowe dłoni mogą być słabe. Niedobór czucia występuje na przedramieniu oraz na grzbietowej stronie pierwszego, drugiego i trzeciego palca dłoni w rozmieszczeniu nerwu promieniowego. Odruchy tricepsa mogą zostać utracone;

(c) *Uszkodzenie górnego splotu nerwowego.* Szczególnie dotknięte są mięśnie ramion. Abdukcja barku, rotacja osiowa i pronacja-supinacja przedramienia mogą być upośledzone. Niedobór czucia występuje w okolicy naramiennej i może obejmować ramię i zewnętrzne części przedramienia.

#### 4. Inne tortury pozycyjne

448. Istnieje wiele form tortur pozycyjnych, we wszystkich z nich wiąże się lub krępuje ofiarę w wykrzywionych, nadmiernie wyprostowanych lub innych nienaturalnych pozycjach, które powodują silny ból i mogą powodować urazy więzadeł, ścięgien, nerwów i naczyń krwionośnych. Charakterystyczne jest, że te formy tortur pozostawiają niewiele, jeśli w ogóle, zewnętrznych śladów lub wyników radiologicznych, pomimo późniejszej często poważnej trwałej niepełnosprawności. Urządzenia do krępowania nadgarstków mogą

powodować powierzchowne siniaki, otarcia i rany szarpane, szczególnie na częściach nadgarstka od strony kości. Mogą również powodować obrzęk dłoni, objawy zapalenia pochewki ścięgna, złamanie wyrostka rylcowatego kości promieniowej lub łokciowej lub deficyt neurologiczny o różnym czasie trwania z powodu ucisku nerwu, najczęściej powierzchownej gałęzi nerwu promieniowego.

449. Tortury pozycyjne wpływają przede wszystkim na ścięgna, stawy i mięśnie. Dodatkowe metody tortur pozycyjnych obejmują tzw.: „stojak na banany” lub „krawat bananowy” nad krzesłem, na ziemi lub na motocyklu; wymuszone stanie; wymuszone stanie na jednej nodze; długotrwałe stanie z ramionami i rękami wyciągniętymi wysoko na ścianie; długotrwałe wymuszone kucanie; oraz wymuszone unieruchomienie w małej klatce. Zgodnie z charakterystyką tych pozycji dolegliwości charakteryzują się bólem w danym obszarze ciała, ograniczeniem ruchu stawów, bólem pleców, bólem rąk lub szyjnych części ciała oraz obrzękiem podudzi. Do tych form tortur pozycyjnych mają zastosowanie te same zasady badania neurologicznego i mięśniowo-szkieletowego co do podwieszania. Preferowaną metodą radiologiczną do oceny urazów związanych ze wszystkimi formami tortur pozycyjnych jest rezonans magnetyczny.

#### 5. Tortury elektrowstrząsami

450. W torturach elektrowstrząsami prąd elektryczny jest przesyłany przez elektrody umieszczone na dowolnej części ciała. Najczęstsze obszary to dłonie, stopy, palce, uszy, sutki, usta, wargi i okolice narządów płciowych. Źródłem zasilania może być generator ręczny lub spalinowy, źródło ściennie, paralizator, paralizator dla bydła lub inne urządzenie przewodzące energię. Prąd elektryczny płynie najkrótszą drogą między dwiema elektrodami. Objawy występujące po podłączeniu prądu elektrycznego są charakterystyczne. Na przykład, jeśli elektrody zostaną umieszczone na palcu prawej stopy i w okolicy narządów płciowych, pojawi się ból, skurcz mięśni i skurcze mięśni prawego uda i łydki. Rozdzierający ból będzie odczuwany w okolicy narządów płciowych. Ponieważ wszystkie mięśnie wzdłuż trasy prądu elektrycznego są tężczo skurczone, zwichnięcie barku oraz radikulopatie lędźwiowe i szyjne mogą być obserwowane, gdy natężenie prądu jest umiarkowanie wysokie. Rodzaj, czas zastosowania, natężenie i napięcie użytej energii nie mogą być jednak z całą pewnością

ustalone na podstawie fizykalnego badania ofiary. Oprawcy często używają wody lub żeli, aby zwiększyć skuteczność tortur, rozszerzyć punkt wejścia prądu elektrycznego na ciało i zapobiec wykrywalnym oparzeniom elektrycznym. Śladowe oparzenia elektryczne mogą mieć postać czerwono-brązowej okrągłej zmiany o średnicy kilku milimetrów, zwykle bez stanu zapalnego, która może skutkować przebarwioną blizną. Powierzchnie skóry muszą być dokładnie zbadane, ponieważ zmiany nie są często łatwo dostrzegalne. Może być zgłaszane nadmierne ślinienie się, ale często wspomnienia są ograniczone z powodu utraty przytomności podczas tortur.

## 6. Tortury dentystyczne

451. Tortury dentystyczne mogą mieć formę łamania lub ekstrakcji zębów lub rażenia zębów prądem elektrycznym. Może to skutkować utratą lub złamaniem zębów, obrzękiem dziąseł, krwawieniem, bólem, zapaleniem dziąseł, zapaleniem jamy ustnej, złamaniami żuchwy lub utratą wypełnień zębów. Zespół stawu skroniowo-żuchwowego powoduje ból w stawie skroniowo-żuchwowym, ograniczenie ruchu szczęki, a w niektórych przypadkach podwichnięcie tego stawu z powodu skurczów mięśni występujących w wyniku działania prądu elektrycznego lub uderzeń w twarz.

## 7. Duszenie

452. Podduszenia jest coraz częściej stosowaną metodą tortur. Zwykle nie pozostawia żadnych śladów, a rekonwalescencja jest szybka. Ta metoda tortur była tak szeroko stosowana w Ameryce Łacińskiej, że jej nazwa w języku hiszpańskim - *submarino* - weszła na stałe do słownictwa

związanego z ochroną praw człowieka. Ofierze można uniemożliwić oddychanie, zakrywając jej głowę plastikową torbą, zatykając usta i nos, wywierając nacisk na kręgosłup szyjny lub zmuszając ją do wdychania pyłu, cementu, benzyny, ostrych przypraw itd. Odmiana ta jest również znana pod nazwą „*submarino* na sucho”. Mogą wystąpić różne powikłania, takie jak wybroczyny na skórze, krwawienia z nosa, krwawienia z uszu, przekrwienie twarzy, infekcje jamy ustnej oraz ostre lub przewlekłe problemy z oddychaniem. Benzyna

w plastikowej torbie może spowodować oparzenia skóry twarzy. Przymusowe zanurzenie głowy w wodzie, często zanieczyszczonej moczem, kałem, wymiocinami lub innymi substancjami, może spowodować podtopienie lub utopienie ofiary. Woda, która dostanie się do płuc, może również przyczynić się do zapalenia płuc. Ta forma tortur nazywana jest „*submarino* na mokro”.

453. Inna forma duszenia - *waterboarding* - polega na polewaniu wodą szmatki trzymanej nad nosem i ustami ofiary, powodując wrażenie tonięcia lub faktyczne utonięcie. Ofiara leży twarzą do góry, poziomo lub ze stopami wyżej niż głowa. W przypadku powieszenia lub innego duszenia z użyciem podwiązania, na szyi często można znaleźć wzorzyste otarcia lub stłuczenia. Może dojść do złamania kości gnykowej i uszkodzenia chrząstki krtani z powodu ucisku szyi lub zadawanych ofierze ciosów.

454. Każda z tych form duszenia może powodować utratę przytomności z powodu niewystarczającego dopływu tlenu do mózgu, a konsekwencje tego rodzaju utraty przytomności mogą być podobne do tych wynikających z tępego urazu głowy, pod względem utraty pamięci krótko- lub długoterminowej lub innych deficytów poznawczych.

## 8. Tortury seksualne, w tym gwałt<sup>435</sup>

455. Tortury seksualne zaczynają się od wymuszonej nagości, która w wielu krajach jest stałym elementem tortur. Człowiek nigdy nie jest tak bezbronny jak wtedy, gdy jest nagi i bezradny. Nagość potęguje psychologiczny lęk przed każdym aspektem tortur, ponieważ zawsze istnieje zagrożenie potencjalnymi torturami seksualnymi lub niewłaściwym traktowaniem, w tym gwałtem. Co więcej, werbalne o charakterze seksualnym, przemoc i drwiny są również elementem tortur seksualnych, ponieważ zwiększają upokorzenie i poniżają ofiarę. Tortury seksualne obejmują wymuszoną nagość, napaść seksualną w postaci dotykania intymnych części ciała, palcówki, wymuszonej masturbacji, wymuszonego włożenia przedmiotu do pochwy lub odbytu, gwałt oralny, gwałt analny i gwałt pochwowy, wytrysk lub oddanie moczu na ofiarę, niewolnictwo seksualne, wymuszoną ciążę i wymuszoną sterylizację.

<sup>435</sup> Dodatkowe wskazówki dotyczące badania i dokumentowania przemocy seksualnej można znaleźć w Ferro Ribeiro i van der Straten Ponthoz, *International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence [Międzynarodowy protokół w sprawie dokumentowania i badania przemocy seksualnej]* (zob. przypis 357).

Tortury seksualne są często długotrwałą męką dla ofiary, podczas której dochodzi do wielu różnych traumatycznych wydarzeń. Podczas gdy niektóre ofiary są w stanie opowiedzieć o każdym momencie swojej męki, wiele z nich nie jest w stanie i zataja pewne części, które są zbyt przygnębiające, aby o nich opowiedzieć, lub obawiają się, że rozmówca nie będzie w stanie ich wysłuchać. Ujawnienie tortur seksualnych może być trudne i opóźnione w czasie (zob. pkt 274-276 powyżej).

**456.** Istnieją pewne różnice między torturami seksualnymi wobec mężczyzn a torturami seksualnymi wobec kobiet, ale kilka kwestii dotyczy obu płci. Może dochodzić do werbalnego znęcania się o charakterze seksualnym, fizycznych tortur intymnych obszarów ciała, takich jak piersi i pośladki, a także tortur ukierunkowanych konkretnie na genitalia. Porażenia prądem i uderzenia są często wymierzane w genitalia mężczyzn, z dodatkowymi torturami analnymi lub bez nich. Uraz fizyczny jest wzmacniany przez przemoc werbalną. Więźniowie mogą być umieszczani nago w celach z członkami rodziny, przyjaciółmi lub zupełnie obcymi osobami, co łamie kulturowe tabu. Sytuację może pogarszać brak prywatności podczas korzystania z toalet. Ponadto więźniowie mogą być zmuszani do wzajemnego wykorzystywania seksualnego, co może być szczególnie trudne do zniesienia pod względem emocjonalnym. Strach przed potencjalnym gwałtem, biorąc pod uwagę związane z nim głębokie piętno kulturowe, może potęgować traumę. W przypadku kobiet dochodzi do tego trauma potencjalnej ciąży, strach przed utratą dziewictwa i strach przed niemożnością posiadania dzieci (nawet jeśli gwałt można ukryć przed potencjalnym mężem i resztą społeczeństwa). Gwałt zawsze wiąże się z ryzykiem rozwoju infekcji przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS. Obecnie jedyna skuteczna profilaktyka przeciwko HIV/AIDS musi zostać podjęta w ciągu 72 godzin od incydentu, im wcześniej, tym skuteczniej, i jest mało prawdopodobne, aby była dostępna, gdy ofiara jest nadal zatrzymana.

**457.** Ogólnokrajowe badanie wykazało, że najczęstszymi skutkami poważnych napaści na tle seksualnym są problemy psychiczne lub emocjonalne (63%), a następnie trudności

z zaufaniem innym osobom lub trudności w innych relacjach (53%)<sup>436</sup>. W tym badaniu tylko 27 procent ofiar miało niewielkie siniaki lub podbite oko, a poważniejsze obrażenia były rzadkością<sup>437</sup>. Pogląd, że ofiara, która nie doznała obrażeń fizycznych, musiała wyrazić zgodę, nadal jest jednak szeroko rozpowszechniony. Strach przed dalszą przemocą często ogranicza opór ofiar lub mogą one po prostu „zastygać w bezruchu”. W globalnym przeglądzie spraw dotyczących napaści na tle seksualnym średnio 65% ofiar miało jakieś obrażenia fizyczne (35% nie), a średnio 30% miało dowody na urazy anogenitalne (70% nie)<sup>438</sup>. Nieujawniona wcześniej historia przemocy seksualnej może zostać wykryta przez przeprowadzenie pełnego przeglądu objawów, w szczególności układu moczowo-płciowego i odbytu, oraz kompleksowego badania. Jeśli stwierdzono obrażenia intymnych części ciała, takich jak piersi, pośladki lub uda, może to wskazywać na przemoc seksualną. Należy zauważyć, że brak obrażeń narządów płciowych nie oznacza od razu, że przemoc seksualna nie miała miejsca. Zapalenie sromu i pochwy występujące w wyniku wielokrotnej irygacji może być wskaźnikiem przemocy seksualnej w przeszłości.

**458.** Gwałtowny i powtarzający się gwałt lub napaść seksualna przez penetrację odbytu za pomocą przedmiotu może spowodować znaczne fizyczne uszkodzenie zwieracza odbytu i odbytnicy z długotrwałymi skutkami, tj. ból podczas defekacji, przewlekła szczelina odbytu i hemoroidy oraz nietrzymanie kału lub wzdęcia. Ujawnienie tych objawów może być trudne, ale paradoksalnie zapytanie o takie objawy w ramach przeglądu układów ciała przez lekarza może prowadzić do ujawnienia napaści, która je spowodowała. Innymi wskazówkami mogą być niezdolność do wygodnego lub długiego siedzenia, skargi na problemy z dolną częścią pleców oraz wysoki poziom gniewu i drażliwości<sup>439</sup>. Zgodnie z wytycznymi Biura UNHCR: „Wiele ofiar będących mężczyznami zgłasza swoje doświadczenia tylko wtedy, gdy wymagają one pilnej interwencji medycznej”<sup>440</sup>. Innym możliwym sposobem ujawnienia takich objawów jest przeprowadzenie oceny ryzyka wyrządzenia krzywdy sobie lub innym, kiedy szczegółowa analiza myśli wyzwalających

<sup>436</sup> Zjednoczone Królestwo, Office for National Statistics, „Sexual offences in England and Wales” [„Przestępstwa seksualne w Anglii i Walii”] (zob. przypis 401).

<sup>437</sup> Tamże.

<sup>438</sup> Tamże.

<sup>439</sup> Biuro UNHCR, „Working with men and boy survivors” [„Praca z ofiarami będącymi mężczyznami i chłopcami”] (zob. przypis 402).

<sup>440</sup> Tamże, s. 11.



impulsywne akty przemocy może ułatwić ujawnienie takich informacji.

**459.** Jeśli, w przypadku tortur seksualnych, ofiara nie chce, aby zdarzenie zostało ujawnione ze względu na presję społeczno-kulturową lub z powodów osobistych, lekarz przeprowadzający badanie, agencje dochodzeniowo-śledcze i sądy mają obowiązek współpracować w celu zachowania prywatności ofiary. Nawiązanie relacji z ofiarami tortur, które niedawno padły ofiarą napaści na tle seksualnym, wymaga specjalnej edukacji psychologicznej i odpowiedniego wsparcia psychologicznego. Należy unikać jakiegokolwiek leczenia, które mogłoby zwiększyć traumę psychiczną ofiary tortur. Przed rozpoczęciem badania należy uzyskać od danej osoby wyraźną zgodę. Pacjenta należy poinformować, w jasny i zrozumiały sposób, o znaczeniu badania i jego możliwych wynikach.

#### (a) Przegląd objawów

**460.** Dokładną historię domniemanych tortur seksualnych lub niewłaściwego traktowania należy zarejestrować, jak opisano wcześniej w niniejszym podręczniku (zob. pkt 394-396 powyżej). Istnieją jednak pewne konkretne pytania, które są istotne tylko w przypadku zarzutu stosowania tortur seksualnych. Mają one na celu ujawnienie bieżących objawów wynikających z niedawnej napaści, na przykład krwawienia, wydzieliny z pochwy lub odbytu oraz lokalizacji bólu, siniaków lub ran. W przypadku napaści na tle seksualnym w przeszłości pytania powinny dotyczyć bieżących objawów wynikających z napaści, takich jak częstotliwość oddawania moczu, nietrzymanie moczu lub bolesne oddawanie moczu, nieregularne miesiączkowanie, ciąża, aborcja lub krwawienie z pochwy, problemy z funkcjami seksualnymi, w tym stosunkiem płciowym i bólem odbytu, krwawienie, zaparcia lub nietrzymanie moczu, stolca lub kału oraz ból w dolnej części brzucha. Pacjenci mogą opisywać wymioty, odruchy wymiotne i nudności po przypomnieniu sobie gwałtu oralnego.

**461.** Idealnie byłoby, gdyby istniało odpowiednie zaplecze fizyczne i techniczne do odpowiedniego badania osób, które doświadczyły przemocy seksualnej, przez zespół doświadczonych psychiatrów, psychologów, ginekologów i pielęgniarek, którzy są przeszkoleni w leczeniu ofiar tortur seksualnych. Dodatkowym celem konsultacji po

napaści na tle seksualnym jest zaoferowanie wsparcia, porady i, w razie potrzeby, uspokojenia. Powinno to obejmować takie kwestie, jak choroby przenoszone drogą płciową, HIV/AIDS, ciąża, jeśli ofiara jest kobietą, oraz trwałe uszkodzenia fizyczne, ponieważ oprawcy często mówią ofiarom, że już nigdy nie będą normalnie funkcjonować pod względem seksualnym, co może stać się samospelniającą się przepowiednią. Może istnieć konieczność przeprowadzenia badania obrażeń odbytu w sedacji, jeśli objawy wskazują, że ofiara nie poradziłaby sobie z takim badaniem w inny sposób. Celem powinno być przeprowadzenie tylko jednego badania, aby zminimalizować retraumatyzację, przy czym należy mieć do dyspozycji wszelką niezbędną wiedzę i sprzęt do zbierania dowodów, wymazów i leczenia.

#### (b) Badanie po niedawnej napaści

**462.** Rzadko zdarza się, aby ofiara gwałtu podczas tortur została zwolniona, gdy nadal można zidentyfikować wyraźne oznaki napaści. W takich przypadkach należy pamiętać o wielu kwestiach, które mogą utrudniać ocenę medyczną. Ofiary, które niedawno zostały napadnięte, mogą być zaniepokojone i dezorientowane poszukiwaniem pomocy medycznej lub prawnej z powodu swoich obaw, obaw społeczno-kulturowych lub destrukcyjnego charakteru tortur lub niewłaściwego traktowania. W takich przypadkach lekarz powinien wyjaśnić ofierze wszystkie możliwe możliwości medyczne i sądowe oraz działać zgodnie z życzeniem ofiary. Do obowiązków lekarza należy uzyskanie dobrowolnej, świadomej zgody na badanie, rejestrowanie wszystkich ustaleń medycznych dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania oraz pobieranie próbek do badań kryminalistycznych. O ile to możliwe, badanie powinno być przeprowadzone przez eksperta w dziedzinie dokumentowania napaści na tle seksualnym. W przeciwnym razie lekarz przeprowadzający badanie powinien porozmawiać z ekspertem lub zapoznać się ze standardową literaturą na temat klinicznej medycyny sądowej. Jeśli lekarz jest innej płci niż ofiara, ofierze powinien towarzyszyć opiekun tej samej płci znajdujący się w sali badań. Biorąc pod uwagę delikatny charakter dochodzenia w sprawie napaści na tle seksualnym, nie jest wskazane, aby osoba ta była krewnym ofiary lub tłumaczem ustnym (zob. pkt 219 powyżej). Lekarze powinni pozwolić, aby badania przebiegały w tempie

dyktowanym przez domniemane ofiary, oraz należy zminimalizować ekspozycję ich ciała poprzez badanie jednej części na raz, jeśli jest to dla nich łatwiejsze do zniesienia. Lekarze powinni obserwować zachowanie i emocje domniemanych ofiar i być gotowi przerwać badanie, jeśli będzie ono wywoływać za duży stres. Należy przeprowadzić dokładne badanie fizykalne, m.in. skrupulatnie udokumentować wszystkie objawy fizyczne, w tym rozmiar, lokalizację i kolor, a jeśli to możliwe, objawy te należy sfotografować i zebrać dowody z próbek z badania.

- 463.** Badanie fizykalne nie powinno być początkowo ukierunkowane na okolice narządów płciowych. Należy odnotować wszelkie deformacje. Szczególną uwagę należy zwrócić na dokładne zbadanie skóry w poszukiwaniu zmian skórnych, które mogły powstać w wyniku napaści. Należą do nich siniaki, rany szarpane i wybroczyny spowodowane ssaniem lub gryzieniem. Gdy uszkodzenia narządów płciowych są minimalne, zmiany zlokalizowane na innych częściach ciała mogą być najbardziej znaczącym dowodem napaści; mowa tu zwłaszcza o tych częściach ciała, które na przykład mają wymuszony kontakt z podłożem, takich jak plecy, pośladki lub kolana. Nawet podczas badania żeńskich narządów płciowych bezpośrednio po gwałcie, obrażenia są obecne tylko w mniejszości przypadków. Badania odbytu mężczyzn i kobiet po gwałcie analnym podobnie wykazują obrażenia w mniejszości przypadków. W przypadkach, w których występują urazy, większość z nich zostanie wyleczona w ciągu kilku dni. W sytuacjach, w których stosunkowo duże przedmioty zostały użyte do penetracji pochwy lub odbytu, prawdopodobieństwo wystąpienia możliwych do zidentyfikowania uszkodzeń wzrasta, ale brak obrażeń nie jest rzadkością.
- 464.** W sytuacjach, w których dostępne jest laboratorium kryminalistyczne, należy skontaktować się z nim przed badaniem, aby omówić, jakie rodzaje próbek mogą być badane, a zatem, które próbki należy pobrać i w jaki sposób. Wiele laboratoriów zapewnia zestawy umożliwiające lekarzom pobranie wszystkich niezbędnych próbek od osób, które są domniemanymi ofiarami napaści na tle seksualnym. Jeśli nie ma dostępnego laboratorium, nadal warto pobrać mokre wymazy i wysuszyć je później na powietrzu. Próbki te można później wykorzystać do testów DNA. Należy wprowadzić restrykcyjne środki

ostrożności, aby zapobiec zarzutom zanieczyszczenia krzyżowego, gdy próbki pobrano od kilku różnych ofiar, zwłaszcza jeśli pobrano je od domniemanych sprawców. Należy zachować i udokumentować łańcuch dowodowy w odniesieniu do wszystkich próbek kryminalistycznych.

**(c) Badanie bezpośrednio po napaści**

- 465.** W przypadkach, w których domniemane tortury seksualne lub niewłaściwe traktowanie miały miejsce ponad tydzień wcześniej i nie ma śladów siniaków lub ran, przeprowadzenie badania miednicy ma mniej pilny charakter. Można poświęcić czas na znalezienie najbardziej wykwalifikowanej osoby do udokumentowania objawów i najlepszego środowiska, w którym można przeprowadzić przesłuchanie z daną osobą. Nadal korzystne może być jednak prawidłowe sfotografowanie pozostałych zmian, jeśli jest to możliwe.
- 466.** Ocenę kliniczną należy udokumentować w sposób opisany powyżej, a następnie badanie i dokumentację ogólnych objawów fizycznych. U kobiet, które urodziły dzieci przed gwałtem, a zwłaszcza u tych, które urodziły je później, objawy patognomoniczne nie są prawdopodobne. Może minąć trochę czasu, zanim osoby będą skłonne omówić te aspekty tortur, które uważają za najbardziej wstydlive lub stygmatyzujące. Podobnie, domniemane ofiary mogą chcieć odłożyć bardziej intymne części badania na późniejszą konsultację, jeśli czas i okoliczności na to pozwalają.
- 467.** Tylko w nielicznych przypadkach podczas badania genitaliów po napaści identyfikuje się dowody fizyczne. Podczas późniejszego badania, gdy dana osoba mogła być aktywna seksualnie, za obopólną zgodą lub nie, lub urodziła dziecko, należy zachować ostrożność w przypisywaniu wszelkich objawów do konkretnego incydentu domniemanego torturowania lub niewłaściwego traktowania. W związku z tym, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn, najważniejszym elementem oceny medycznej może być ocena przez lekarza informacji ogólnych (np. korelacji między zarzutami stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania a poważnymi obrażeniami zaobserwowanymi przez daną osobę), zachowania danej osoby i psychologicznego wpływu tego doświadczenia.

**(d) Działania następcze**

468. Wiele chorób zakaźnych może być przenoszonych w drodze tortur seksualnych lub niewłaściwego traktowania, w tym infekcje przenoszone drogą płciową, takie jak rzeżączka, chłamydia, kiła, HIV, HPV, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, opryszczka zwykła, brodawki anogenitalne, zapalenie sromu i pochwy wynikające z rzęsistkowicy, moniliaalne zapalenie pochwy, bakteryjne zapalenie pochwy i owsica, a także infekcje dróg moczowych.

469. We wszystkich przypadkach tortur seksualnych lub niewłaściwego traktowania należy zalecić odpowiednie badania laboratoryjne i leczenie. W przypadku rzeżączki i chłamydii należy złożyć jednoczesne zakażenie odbytu lub jamy ustnej i gardła, przynajmniej do celów badawczych. W przypadku napaści na tło seksualnym należy wykonać wstępne posiewy i testy serologiczne oraz rozpocząć odpowiednią terapię. Obecność zakażenia przenoszonego drogą płciową może być spójna z relacją dotyczącą tortur seksualnych, ale niekoniecznie potwierdza, że przyczyną były tortury.

470. Dysfunkcje seksualne są powszechne wśród osób, które przeżyły tortury lub niewłaściwe traktowanie, szczególnie wśród tych, które doświadczyły tortur seksualnych lub gwałtu, ale nie tylko. Dysfunkcje seksualne mogą występować u osób, które nie doświadczyły tortur seksualnych lub jeszcze ich nie ujawniły. Objawy mogą mieć podłoże fizyczne lub psychiczne lub mogą być kombinacją obu tych czynników:

(a) niechęć do osób płci przeciwnej lub zmniejszone zainteresowanie aktywnością seksualną;

(b) strach przed aktywnością seksualną, ponieważ partner seksualny „dowie się”, że ofiara była torturowana seksualnie, lub strach przed uszkodzeniem narządów płciowych w związku z aktywnością seksualną. Oprawcy mogli tym grozić i zaszczepić strach przed homoseksualnością u mężczyzn, którzy byli torturowani analnie. Niektórzy mężczyźni mieli erekcję i czasami wytrysk podczas gwałtu analnego. Należy ich uspokoić, że jest to reakcja fizjologiczna i nie oznacza zgody, przyjemności ani nie musi odzwierciedlać ich orientacji seksualnej;

(c) głęboki wpływ na psychikę spowodowany wymuszonym naruszeniem orientacji seksualnej i tożsamości płciowej;

(d) niezdolność do zaufania partnerowi seksualnemu;

(e) zaburzenia podniecenia seksualnego i zaburzenia erekcji;

(f) dyspareunia (bolesny stosunek płciowy u kobiet) lub niepłodność spowodowana nabytą infekcją przenoszoną drogą płciową, bezpośrednim urazem narządów rozrodczych lub źle przeprowadzoną aborcją ciąży w wyniku gwałtu.

#### (e) Badanie narządów płciowych kobiet

471. W wielu kulturach lub grupach społecznych całkowicie niedopuszczalne jest penetrowanie pochwy kobiety, która jest dziewicą, czymkolwiek, w tym wziernikiem, palcem lub wacikiem. Jeśli kobieta wykazuje dowody penetracji pochwy podczas oględzin zewnętrznych, przeprowadzenie badania wewnętrznego miednicy może być zbędne. Wyniki badania narządów płciowych mogą obejmować:

(a) *niewielkie skaleczenia lub rozdarcia sromu*. Mogą być ostre i spowodowane nadmiernym rozciąganiem. Zazwyczaj goją się w pełni, ale mogą pozostawiać blizny, choć wielokrotna penetracja nie musi skutkować widocznymi śladami;

(b) *otarcia żeńskich narządów płciowych*. Otarcia mogą być spowodowane kontaktem z szorstkimi przedmiotami, takimi jak paznokcie lub pierścienie, lub brakiem lubrykacji;

(c) *skaleczenia pochwy*. Nie zawsze można je odróżnić od nacięć spowodowanych przez włożenie ostrych przedmiotów;

(d) *wygojone blizny w okolicy narządów płciowych*. Mogą być spowodowane oparzeniami papierosowymi lub ranami ciętymi.

472. Wiele z wymienionych powyżej wyników badań narządów płciowych może wynikać z „badań dziewictwa”, które są praktykowane w wielu krajach, często przymusowo, w tym w miejscach zatrzymań, wobec kobiet, które twierdzą, że padły ofiarami gwałtu lub są oskarżone o prostytutkę; oraz jako część polityki publicznej lub społecznej mającej na celu kontrolę seksualności. W swoim

oświadczeniu z 2014 r. w tej sprawie<sup>441</sup> niezależna grupa ekspertów medycyny sądowej stwierdziła, że badania dziewictwa są niewiarygodne z medycznego punktu widzenia i nie mają żadnej wartości klinicznej. Badania te są z natury dyskryminujące i w prawie wszystkich przypadkach, gdy są przeprowadzane przymusowo, powodują znaczny ból fizyczny i psychiczny oraz cierpienie. Jeśli badanie dziewictwa jest przeprowadzane przez funkcjonariusza publicznego lub inną osobę działającą w charakterze urzędowym lub z ich polecenia, stanowi ono okrutne, nieludzkie lub poniżające traktowanie albo tortury. Gdy badanie dziewictwa jest przeprowadzane siłą i obejmuje penetrację pochwy, badanie to należy uznać za napaść na tle seksualnym i gwałt. Zaangażowanie pracowników ochrony zdrowia w te badania narusza podstawowe standardy i etykę odpowiednich zawodów.

**473.** Należy rozpoznać okaleczenie żeńskich narządów płciowych, jeśli takowe występuje. Pomimo międzynarodowych starań na rzecz wyeliminowania okaleczania żeńskich narządów płciowych, jest ono nadal powszechnie praktykowane, a na całym świecie żyje 200 milionów kobiet i dziewcząt, które poddano tej praktyce z powodów społeczno-kulturowych. Okaleczenie narządów płciowych mogło być również częścią tortur seksualnych. Światowa Organizacja Zdrowia klasyfikuje okaleczanie żeńskich narządów płciowych w następujący sposób:

- (a) typ I: częściowe lub całkowite usunięcie żołądźki techtaczki lub napletka/kapturka techtaczki;
- (b) typ Ia: usunięcie wyłącznie kapturka/napletka techtaczki;
- (c) typ Ib: usunięcie żołądźki techtaczki wraz z napletkiem/kapturkiem techtaczki;
- (d) typ II: częściowe lub całkowite usunięcie żołądźki techtaczki i warg sromowych mniejszych, z wycięciem lub bez wycięcia warg sromowych większych (wycięcie);
- (e) typ IIa: usunięcie wyłącznie warg sromowych mniejszych;

- (f) typ IIb: częściowe lub całkowite usunięcie żołądźki techtaczki i warg sromowych mniejszych;
- (g) typ IIc: częściowe lub całkowite usunięcie żołądźki techtaczki, warg sromowych mniejszych i większych;
- (h) typ III: zwężenie otworu pochwy z utworzeniem uszczelnienia pokrywającego poprzez wycięcie i zmianę położenia warg sromowych mniejszych lub większych, z wycięciem lub bez wycięcia napletka/kapturka techtaczki i żołądźki (infibulacja);
- (i) typ IIIa: usunięcie i zmiana położenia warg sromowych mniejszych;
- (j) typ IIIb: usunięcie i zmiana położenia warg sromowych większych;
- (k) typ IV: wszystkie inne szkodliwe zabiegi na żeńskich narządach płciowych w celach pozamedycznych, na przykład: nakłuwanie, przekłuwanie, nacinanie, skrobanie i kauteryzacja.

**474.** Kobiety należy zapytać, jak wpłynął na nią ten zabieg i czy w jego wyniku wystąpiły powikłania. W ostrych przypadkach kobiety i dziewczęta mogą cierpieć na krwotok lub ostrą infekcję. Okaleczanie żeńskich narządów płciowych wiąże się z długotrwałymi powikłaniami medycznymi, w tym nawracającymi infekcjami, torbielami i ropniami, tworzeniem się blizn keloidowych powodujących ból, uszkodzeniem cewki moczowej powodującym nietrzymanie moczu, powikłaniami przyszłego porodu (w tym zwiększonym ryzykiem krwotoku i śmierci), dysfunkcjami seksualnymi i urazami psychicznymi, w tym zespołem stresu pourazowego, lękiem i depresją. Ponadto niemowlęta urodzone przez kobiety, które przeszły okaleczenie żeńskich narządów płciowych, są bardziej narażone na zachorowalność i śmiertelność okołoporodową.

**(f) Badanie narządów płciowych mężczyzn**

**475.** Mężczyźni, których poddano torturom okolicy narządów płciowych, w tym zginiataniu, wykręcaniu lub ciągnięciu moszny lub bezpośredniemu urazowi tej okolicy, zwykle skarżą się na ból i wrażliwość w okresie następującym bezpośrednio po torturach. Można

<sup>441</sup> Niezależna grupa ekspertów medycyny sądowej, „Statement on virginity testing” [„Oświadczenie w sprawie testów na dziewictwo”] (zob. przypis 309).

zaobserwować przekrwienie, znaczny obrzęk i wybroczyny. Mocz może zawierać dużą liczbę erytrocytów i leukocytów. W przypadku wykrycia zgrubienia należy ustalić, czy jest to wodniak czy krwiak, który mógł powstać w wyniku tortur lub przepukliny pachwinowej. W przypadku przepukliny pachwinowej osoba przeprowadzająca badanie nie wyczuje palpacyjnie powrózka nasiennego powyżej zgrubienia. W przypadku wodniaka lub krwiaka normalne struktury powrózka nasiennego są zwykle wyczuwalne powyżej zgrubienia. Wodniak powstaje w efekcie nadmiernego nagromadzenia płynu w osłonce pochwowej jądra z powodu stanu zapalnego jąder i przydatków lub ograniczenia odprowadzania płynu w związku z niedrożnością naczyń limfatycznych lub żył powrózka lub przestrzeni pozaotrzewnowej. Krwiak to nagromadzenie krwi w osłonce pochwowej, wtórne do urazu. W przeciwieństwie do wodniaka nie występuje tu objaw transiluminacji. Choroba Peyroniego może pojawić się wtórnie do urazu penisa (np. przytraśnięcia go szufladą).

476. Skręcenie jądra może również wynikać z urazu moszny. Uraz ten powoduje skręcenie jądra u podstawy i zablokowanie przepływu krwi do jądra. Powoduje to silny ból i obrzęk i kwalifikuje badanego do natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Brak natychmiastowego zmniejszenia skrętu doprowadzi do zawału tkanki jądra. W warunkach pozbawienia wolności, gdzie może dojść do odmowy opieki medycznej, można zaobserwować późne następstwa tego uszkodzenia.
477. Osoby, które były poddawane torturom moszny, mogą cierpieć na przewlekłe infekcje dróg moczowych, zaburzenia erekcji lub atrofię jąder. Objawy zespołu stresu pourazowego nie są rzadkością. W fazie przewlekłej odróżnienie stanu patologicznego moszny, spowodowanego torturami, od następstw innych procesów chorobowych, może okazać się niemożliwe. Brak wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości fizycznych podczas pełnego badania urologicznego sugeruje, że objawy dotyczące układu moczowego, impotencję lub inne zaburzenia seksualne można wyjaśnić na gruncie psychologicznym. Blizny na skórze moszny i penisa mogą być niezwykle trudno dostrzegalne. Z tego powodu brak blizn w tych konkretnych miejscach nie świadczy o braku tortur. Z drugiej strony, obecność blizn zwykle wskazuje, że doszło do poważnego urazu.

#### (g) Badanie okolicy odbytu

478. Penetracja odbytu przedmiotem lub penisem we wzwodzie nie zawsze skutkuje obrażeniami. Można zaobserwować początkowy ból i krwawienie. Większość urazów goi się w ciągu kilku dni. Czasami ból i krwawienie mogą występować przez kilka dni lub tygodni. Może to prowadzić do zapań, które mogą być nasilone przez ubogą dietę w wielu miejscach zatrzymań. Hemoroidy lub szczelina mogą pojawić się wtórnie do zapań. Mogą również wystąpić objawy żołądkowo-jelitowe i moczowe. W ostrej fazie każde badanie wykraczające poza kontrolę wzrokową może wymagać znieczulenia miejscowego lub ogólnego i powinno być wykonywane przez specjalistę. W fazie przewlekłej może utrzymywać się kilka objawów, które należy zbadać. Mogą występować blizny odbytu o nietypowym rozmiarze lub położeniu, które należy udokumentować. Szczeliny odbytu mogą utrzymywać się przez wiele lat, ale nie jest możliwe rozróżnienie za pomocą kontroli wzrokowej między tymi spowodowanymi torturami a tymi spowodowanymi innymi mechanizmami, takimi jak choroby układu pokarmowego. Podczas badania odbytu należy sprawdzić i udokumentować następujące objawy:

(a) szczeliny są zwykle niespecyficznymi objawami, ponieważ mogą występować w wielu „normalnych” sytuacjach (zapań lub niewłaściwa higiena). Gdy są jednak zauważalne bezpośrednio w stanie ostrym (tj. w ciągu 72 godzin), szczeliny są bardziej specyficznym objawem i mogą wskazywać na penetrację;

(b) można zauważyć rozdarcia odbytu z krwawieniem lub bez;

(c) nieregularne fałdy odbytu mogą przybrać postać blizn w kształcie wachlarza. Jeżeli odbiegają one od linii środkowej (tzn. od wskazania na

godzinę 12.00 lub 6.00), mogą być świadectwem, że doszło do urazu w wyniku penetracji.

(d) znamiona skórne, które mogą być wynikiem gojenia się urazu;

(e) ropna wydzielina z odbytu. We wszystkich przypadkach domniemanej penetracji odbytu, niezależnie od tego, czy stwierdzono

wydzielinę, należy wykonać posiew w kierunku rzeżączki i chlamydii.

**479.** Badania analne są przymusowo przeprowadzane w wielu krajach, w których stosunek analny za obopólną zgodą jest uznawany za czyn przestępczy<sup>442</sup>. Przeprowadza się je niemal wyłącznie na mężczyznach w celu „udowodnienia”, że angażują się oni w „zachowania homoseksualne”. W oświadczeniu wydanym w 2016 r. niezależna grupa ekspertów sądowych stwierdziła, że takie badanie nie ma żadnego znaczenia klinicznego. Takie badania z natury są dyskryminujące. W wielu przypadkach, w których badania analne są przeprowadzane siłą, towarzyszą im inne formy tortur fizycznych lub niewłaściwego traktowania, takie jak bicie przez policję i poniżające uwagi na temat domniemanej homoseksualności danej osoby ze strony policji i personelu medycznego. Często stosowane są groźby, przymus i siła fizyczna. Fakt, że badanie może być przeprowadzane w obecności personelu niemedycznego stanowi dodatkowe źródło obaw. Ponadto elementy wymuszonej nagości i fizycznego skrępowania, gdy są stosowane, potęgują poczucie bezradności, strachu, upokorzenia i degradacji, których doświadczają dane osoby. Komitet przeciwko Torturom, specjalny sprawozdawca ds. tortur i Grupa Robocza ds. Arbitralnych Zatrzymań stwierdzili, że praktyka przymusowych badań analnych narusza zakaz stosowania tortur i niewłaściwego traktowania<sup>443</sup>. Gdy badanie odbytu jest przeprowadzane siłą i obejmuje penetrację odbytu, badanie to należy uznać za formę napaści seksualnej i gwałtu. Zaangażowanie pracowników ochrony zdrowia w te badania narusza podstawowe standardy i etykę odpowiednich zawodów. Badania analne przeprowadzane jako kontrole jamy ciała muszą odbywać się wyłącznie zgodnie z regułami z Bangkoku (reguły 19-21), Regułami Nelsona Mandeli (reguły 50-52) oraz oświadczeniem WMA w sprawie rewizji osobistej więźniów.

## F. Specjalistyczne testy diagnostyczne

**480.** Testy diagnostyczne nie są istotną częścią oceny klinicznej osoby, która twierdzi, że padła ofiarą tortur lub niewłaściwego traktowania. W wielu przypadkach wystarczy wywiad chorobowy i badanie fizykalne. Istnieją okoliczności, w których takie testy są cennym dowodem

potwierdzającym, na przykład w sytuacjach, w których toczy się sprawa sądowa przeciwko władzom lub powództwo odszkodowawcze. Należy jednak pamiętać, że każdy test będzie miał fałszywie ujemny wskaźnik, który często jest tym wyższy, im dłuższy jest odstęp czasu między wykonaniem testu a momentem wystąpienia urazu. Jeśli testy diagnostyczne są wykonywane z powodów klinicznych, a nie prawnych, ich wyniki należy uwzględnić w sprawozdaniu z badania klinicznego. Należy uznać, że brak pozytywnego wyniku testu diagnostycznego, podobnie jak w przypadku objawów fizycznych, nie może sugerować, że tortury lub niewłaściwe traktowanie nie miały miejsca. Istnieje wiele sytuacji, w których testy diagnostyczne nie są dostępne z przyczyn technicznych, ale ich brak nigdy nie powinien unieważniać prawidłowo sporządzonego sprawozdania.

**481.** Testy diagnostyczne są cały czas opracowywane i oceniane. Z tego powodu odniesienie do konkretnych testów jest tutaj ograniczone, ale gdy wymagane są dodatkowe dowody potwierdzające, śledczy powinni korzystać z najbardziej aktualnych dostępnych im zasobów.

**482.** W ostrej fazie urazu różne metody obrazowania mogą być przydatne w zapewnieniu dodatkowej dokumentacji urazu szkieletu i tkanek miękkich. Po zagojeniu się fizycznych obrażeń spowodowanych torturami lub niewłaściwym traktowaniem pozostałe następstwa zwykle nie są już jednak wykrywalne za pomocą tych samych metod obrazowania. Często dzieje się tak nawet wtedy, gdy ofiary nadal odczuwają znaczny ból lub niepełnosprawność w wyniku odniesionych obrażeń. Ponadto bardziej zaawansowana i droższa technologia może nie być powszechnie dostępna, a przynajmniej nie dla osoby przebywającej w areszcie.

**483.** Rezonans magnetyczny może wykryć stłuczenie kości i złamania przeciążeniowe lub utajone, zanim będzie można je zobrazować za pomocą rutynowych zdjęć radiologicznych, tomografii komputerowej lub scyntygrafii.

**484.** Korzystanie z otwartych skanerów i sedacji może złagodzić lęk i klaustrofobię, które są powszechne wśród ofiar tortur.

<sup>442</sup> Niezależna grupa ekspertów sądowych, „Statement on anal examinations” [„Oświadczenie w sprawie badań analnych”] (zob. przypis 309), s. 85.

<sup>443</sup> A/HRC/19/41, pkt 37. Zob. także A/HRC/22/53, pkt 79.

## G. Ocena niepełnosprawności funkcjonalnej

**485.** Ocena niepełnosprawności funkcjonalnej jest szczególnie przydatna w okolicznościach, w których toczy się powództwo odszkodowawcze, ale jest również pomocna w planowaniu indywidualnych strategii i celów rehabilitacyjnych. Schemat oceny niepełnosprawności Światowej Organizacji Zdrowia w wersji 2.0 jest narzędziem, które może być wykorzystane w tym celu do stworzenia znormalizowanych stopni niepełnosprawności i profili mających zastosowanie w różnych kulturach. Jest to narzędzie operacyjne dla Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia<sup>444</sup>.

**486.** Schemat obejmuje sześć obszarów funkcjonowania, mianowicie: poznanie (rozumienie i komunikacja); mobilność (poruszanie się i przemieszczanie); samoopieka (higiena, ubieranie się, jedzenie i pozostawianie w samotności); dogadywanie się (interakcje z innymi osobami); czynności życiowe (obowiązki domowe, czas wolny, praca i szkoła); oraz uczestnictwo (dotychczas do działań społeczności i uczestnictwo w życiu społeczeństwa).

**487.** Podczas oceny punktowej do odpowiedzi w każdej dziedzinie przypisuje się następujące numery: 1 („brak”); 2 („lekka”); 3 („umiarkowana”); 4 („poważna”); i 5 („ekstremalna lub nie można tego zrobić”). Wyniki w każdej dziedzinie są sumowane, a następnie sumuje się wyniki we wszystkich sześciu dziedzinach. Sumaryczny wynik jest następnie konwertowany na wskaźnik w zakresie od 0 do 100 (gdzie 0 = brak niepełnosprawności; a 100 = pełna niepełnosprawność)<sup>445</sup>.

## H. Dzieci

**488.** Badania lekarskie powinny być przeprowadzane w warunkach przyjaznych dzieciom przez przeszkolonych lekarzy mających doświadczenie w ocenie i dokumentowaniu obrażeń fizycznych (w tym wynikających z napaści na tle seksualnym) u niemowląt, dzieci i młodzieży.

Zgodę na badanie należy uzyskać od opiekunów dzieci oraz, w stosownych przypadkach, od samych dzieci lub młodzieży (zob. pkt 165-171 i 285 powyżej). Najlepiej byłoby, gdyby lekarze mieli dostęp do dodatkowego zaplecza diagnostycznego (na przykład zdjęć rentgenowskich i innych badań obrazowych), badań hematologicznych i dalszych specjalistycznych porad w razie potrzeby. Interpretując wyniki badań, lekarze klinicyści zwykle muszą pozyskać dodatkowe informacje od dzieci, młodzieży i ich opiekunów, wykraczające poza te pochodzące z wywiadów niemedyceńskich.

**489.** Dzieci, które doświadczyły tortur i innych form niewłaściwego traktowania oraz naruszeń praw człowieka, muszą mieć dostęp do przeszkolonych, kompetentnych lekarzy pediatrów, którzy mogą sporządzić ocenę medyczną i zalecenia dotyczące opieki. W przypadku dzieci część oceny musi być poświęcona zabezpieczeniu mającym na celu zapobieganie dalszym torturom i niewłaściwym traktowaniu, zaleceniom dotyczącym powrotu do zdrowia i reintegracji oraz zmniejszeniu narażenia na doświadczanie lub bycie świadkiem przemocy. Dzieciom przysługuje dostęp do odpowiedniej i poufnej opieki medycznej i psychologicznej<sup>446</sup>.

**490.** Badanie narządów płciowych u dzieci powinno być wykonywane przez lekarzy posiadających doświadczenie w dokumentowaniu i interpretowaniu takich objawów. W warunkach, w których możliwe jest nagrywanie wideo, inni eksperci mogą wydawać opinie na temat wyników badań fizykalnych i urazów narządów płciowych bez konieczności ponownego badania dziecka. Lekarz klinicysta powinien być jednak świadomy, że badanie może przypominać pierwotną napaść i dlatego należy je przeprowadzać z wyczuciem, przedstawiając dziecku i jego opiekunowi odpowiednie wyjaśnienia. Badanie okolic narządów płciowych i odbytu w znieczuleniu ogólnym może skutkować zmianami w wynikach badania fizykalnego i wiąże się z dodatkowym ryzykiem klinicznym; zwykle nie należy go przeprowadzać, chyba że rozważane jest jednoczesne leczenie chirurgiczne tego obszaru.

<sup>444</sup> Światowa Organizacja Zdrowia, How to Use the ICF: A Practical Manual for Using the International Classification of Functioning, Disability and Health - Exposure Draft for Comment [Jak korzystać z ICF: praktyczny podręcznik korzystania z Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia - projekt do przedstawienia uwag] (Genewa, 2013).

<sup>445</sup> Szablony punktacji można uzyskać pod adresem: [www.who.int/classifications/icf/more\\_whodas/en](http://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en).

<sup>446</sup> Art. 39 Konwencji o prawach dziecka stanowi, że: „Państwa-Strony będą podejmowały wszelkie właściwe kroki dla ułatwienia przebiegu rehabilitacji fizycznej i psychicznej oraz reintegracji społecznej dziecka, które padło ofiarą jakiegokolwiek formy zaniedbania, wyzysku lub wykorzystania, torturowania lub jakiegokolwiek innej formy okrutnego, nieludzkiego czy poniżającego traktowania albo karania bądź konfliktu zbrojnego. Taka rehabilitacja czy reintegracja przebiegać będzie w środowisku, które sprzyja zdrowiu, zapewnieniu własnego szacunku i godności dziecka”.

Lekarze klinicyści powinni mieć świadomość, że proces tworzenia się blizn u dzieci może różnić się od tego u dorosłych, ponieważ rany mogą goić się szybciej. Urazy kostne, w zależności od ich położenia w stosunku do chrząstki wzrostowej, mogą nie być widoczne na początkowych zdjęciach rentgenowskich lub kilka miesięcy po wygojeniu złamania. Techniki radiologiczne w badaniu dzieci należy stosować z rozwagą, biorąc pod uwagę niepokój, jaki mogą wywoływać i potencjalne skutki uboczne promieniowania u dzieci.



**Psychologiczne dowody  
tortur i  
niewłaściwego  
traktowania**

## A. Uwagi ogólne

### 1. Główna rola oceny psychologicznej

491. Powszechnie uważa się, że tortury są nadzwyczajnym doświadczeniem życiowym, które może powodować szeroki zakres cierpień fizycznych i psychicznych. Badania i doświadczenie kliniczne wykazały, że psychologiczne następstwa tortur są często bardziej trwałe i przewlekłe niż następstwa fizyczne<sup>447</sup>, a dokumentacja tortur często ma miejsce, gdy fizyczne zmiany już zniknęły. Okoliczności te nadają ocenie psychologicznej kluczową rolę w zakresie udowadniania tortur, pociągania sprawców do odpowiedzialności i domagania się zadośćuczynienia. Większość lekarzy klinicystów i badaczy zgadza się, że ekstremalny charakter tortur sam w sobie jest wystarczająco silny, aby wywołać konsekwencje psychiczne i emocjonalne, niezależnie od stanu psychicznego danej osoby przed torturami. Psychologiczne konsekwencje tortur różnią się jednak w zależności od charakteru wyrządzonej krzywdy i kontekstu osobistego nadawania znaczenia, rozwoju osobowości oraz czynników społecznych, politycznych i kulturowych. Z tego powodu nie można zakładać, że wszystkie formy tortur mają takie same konsekwencje dla każdej osoby. Na przykład psychologiczne konsekwencje pozorowanej egzekucji nie są takie same jak te wynikające z napaści na tle seksualnym, a izolacja i odosobnienie prawdopodobnie nie wywołają takich samych skutków jak fizyczne akty tortur. Podobnie skutki zatrzymania i tortur dla osoby dorosłej zwykle nie będą takie same jak dla dziecka. Niemniej jednak istnieją grupy objawów i reakcji psychologicznych, które pewną regularnością obserwuje się i dokumentuje u osób, które były poddawane torturom.

492. Sprawcy często próbują usprawiedliwić swoje akty tortur lub niewłaściwego traktowania potrzebą zebrania informacji. Takie konceptualizacje zaciemniają cel tortur i ich zamierzone konsekwencje. Jednym z głównych celów tortur jest doprowadzenie danej osoby do

stanu skrajnej bezradności i cierpienia, co może prowadzić do pogorszenia funkcji poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych<sup>448</sup>. Tak więc tortury są środkiem ataku na podstawowe sposoby psychologicznego i społecznego funkcjonowania danej osoby. W takich okolicznościach oprawca dąży nie tylko do fizycznego ubezwłasnowolnienia ofiary, ale także do dezintegracji jej osobowości<sup>449</sup>. Oprawca próbuje zniszczyć u ofiary poczucie przynależności do rodziny i społeczeństwa jako istoty ludzkiej, która ma marzenia, nadzieje i aspiracje na przyszłość. Odczuwając i łamiąc wolę swoich ofiar, oprawcy dają straszliwy przykład osobom, które będą miały później kontakt z ofiarą. W ten sposób tortury mogą złamać lub zniszczyć wolę i spójność całych społeczności. Ponadto tortury mogą głęboko zaburzyć intymne relacje między małżonkami, rodzicami, dziećmi, innymi członkami rodziny oraz między ofiarami a ich społecznościami.

493. Ważne jest, aby zdawać sobie sprawę, że nie u każdej ofiary tortur dochodzi do rozwoju choroby psychicznej<sup>450</sup>. Większość ofiar doświadcza jednak głębokich reakcji emocjonalnych i objawów psychologicznych, często obejmujących również poważne zmiany poznawcze i behawioralne. Głównymi zaburzeniami psychicznymi związanymi z torturami są zespół stresu pourazowego i depresja. Chociaż zaburzenia te występują wśród ogółu populacji, ich częstość występowania, choć różni się w zależności od badań, jest znacznie wyższa wśród ofiar tortur. Badania epidemiologiczne z udziałem ofiar tortur i uchodźców wykazują częstość występowania zespołu stresu pourazowego na poziomie 23-88% i depresji na poziomie 28-95%<sup>451</sup>. Duża zmienność między badaniami jest prawdopodobnie spowodowana różnymi próbami populacji (w tym badaniami z udziałem ofiar tortur poszukujących leczenia), różnymi metodami oceny, współistniejącymi stresorami i innymi czynnikami. Unikalne kulturowe, społeczne i polityczne skutki tortur dla poszczególnych osób wpływają jednak na jej

<sup>447</sup> José Quiroga i James M. Jaranson, „Politically-motivated torture and its survivors. A desk review of the literature” [„Tortury motywowane politycznie i ich ofiary. Przegląd literatury”], *Torture*, tom 15, nr 2-3 (2005).

<sup>448</sup> José A. Saporta i Bessel A. van der Kolk, „Psychobiological consequences of severe trauma” [„Psychobiologiczne konsekwencje ciężkiej traumy”], w *Torture and its Consequences: Current Treatment Approaches*, Metin Başoğlu, [Tortury i ich konsekwencje: aktualne metody leczenia, Metin Başoğlu]: red. (Cambridge, Zjednoczone Królestwo, Cambridge University Press, 1998), s. 151-181.

<sup>449</sup> Almerindo E. Ojeda, red., *The Trauma of Psychological Torture* [Trauma związana z torturami psychologicznymi] (Westport, Praeger, 2008) oraz Pau Pérez-Sales, *Psychological Torture: Definition, Evaluation and Measurement* [Tortury psychologiczne: definicja, ocena i pomiar] (Routledge, 2016).

<sup>450</sup> Należy pamiętać, że kwalifikacja czynu jako tortury nie jest uzależniona od istnienia późniejszego długotrwałego uszczerbku na zdrowiu psychicznym. Zob. w tym względzie Manfred Nowak, „What practices constitute torture?: US and UN standards” [„Jakie praktyki stanowią tortury?: standardy USA i ONZ”, *Human Rights Quarterly*, tom 28, nr 4 (2006), s. 809-841.

<sup>451</sup> Hiba Abu Suhaiban, Lana Ruvolo Grasser i Arash Javanbakht, „Mental health of refugees and torture survivors: a critical review of prevalence, predictors and integrated care” [„Zdrowie psychiczne uchodźców i ofiar tortur: krytyczny przegląd częstości występowania, czynników prognostycznych i zintegrowanej opieki”], *International Journal on Environmental Research and Public Health*, tom 16, nr 13 (2019).

zdolność do opisywania i mówienia o nich. Taki wpływ na zdolność ofiary do nadania sensu i opisanie doświadczenia tortur musi być brany pod uwagę zwłaszcza przy ocenie osoby pochodzącej z innej kultury. Badania międzykulturowe pokazują, że metody fenomenologiczne lub opisowe są najbardziej użytecznymi podejściami przy próbie oceny zaburzeń psychologicznych lub psychiatrycznych. To, co w jednej kulturze uważane jest za zaburzone zachowanie lub chorobę, w innej może nie być postrzegane jako zachowanie patologiczne<sup>452</sup>.

494. W ostatnich latach diagnozę zespołu stresu pourazowego zaczęto stosować w odniesieniu do coraz szerszego grona osób cierpiących z powodu wpływu bardzo różnych rodzajów przemocy. Użyteczność tej diagnozy zakwestionowano jednak z wielu powodów, w tym z powodu jej uniwersalnego zastosowania. Niemniej jednak dowody sugerują, że istnieją wysokie wskaźniki występowania zespołu stresu pourazowego i objawów depresyjnych wśród populacji uchodźców po traumatycznych przeżyciach z wielu różnych środowisk etnicznych i kulturowych<sup>453</sup>. Międzykulturowe badanie depresji dostarcza pomocnych informacji<sup>454</sup>. Chociaż niektóre objawy mogą występować w różnych kulturach, ważne jest, aby wziąć pod uwagę specyficzne dla danej kultury sposoby doświadczania, wyrażania i opisywania cierpienia psychicznego w celu rozpoznania i udokumentowania szerokiego zakresu cierpienia, które może pozostać niewidoczne, jeśli koncepcja zespołu stresu pourazowego jest stosowana bezkrytycznie. Takie przejawy cierpienia ukształtowane przez kulturę mogą

być bardziej istotne dla ocalałego niż objawy zespołu stresu pourazowego.

## 2. Kontekst oceny psychologicznej

495. Oceny przeprowadza się w różnych kontekstach politycznych. Powoduje to istotne różnice w sposobie przeprowadzania oceny. Lekarz klinicysta musi dostosować poniższe wytyczne do konkretnej sytuacji i celu oceny (zob. pkt 185 powyżej), zachowując w każdych okolicznościach najwyższe standardy etyczne, określone w rozdziale II powyżej. Oceny psychologiczne mogą pomóc zidentyfikować stany pourazowe (np. problemy z pamięcią, wspomnienia, unikanie i dysocjacja)<sup>455</sup>, które mogą powodować, że ofiary działają nieświadomie lub nieumyślnie i mogą wpływać na lub zmieniać zdolność ofiar do przypominania sobie i przedstawiania tego, czego doświadczyły, co z kolei może wpływać na ich zdolność do uczestniczenia i zeznawania w różnych formach postępowania sądowego, w tym w postępowaniu związanym z dochodzeniem w sprawie tortur<sup>456</sup>. Ocena i dokumentacja tych przeszkód w pełnym uczestnictwie w postępowaniu sądowym w wyniku następstw tortur może pomóc zapobiec wyciąganiu niedokładnych wniosków w postępowaniu sądowym przez prawników i sędziów<sup>457</sup>.

496. To, o co można zapytać i co można bezpiecznie udokumentować, będzie się znacznie różnić i zależy od stopnia, w jakim można zapewnić poufność i bezpieczeństwo. Na przykład badanie w więzieniu przez odwiedzającego lekarza klinicystę, które jest ograniczone do 15 minut, nie może mieć takiego samego przebiegu jak ocena psychologiczna w prywatnym gabinecie,

<sup>452</sup> H. Tristram Engelhardt, Jr., „The concepts of health and disease” [„Pojęcia zdrowia i choroby”], w *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences* [Ocena i wyjaśnienie w naukach biomedycznych], H. Tristram Engelhardt, Jr. i Stuart F. Spicker, red. (Dordrecht, D. Reidel Publishing Co., 1975), s. 125-141. Zob. także Joseph Westermeyer, „Psychiatric diagnosis across cultural boundaries” [„Diagnoza psychiatryczna ponad granicami kulturowymi”], *American Journal of Psychiatry*, tom 142, nr 7 (1985), s. 798-805.

<sup>453</sup> Richard F. Mollica i inni, „The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps” [„Wpływ traumy i uwięzienia na zdrowie funkcjonalne i stan zdrowia psychicznego Kambodżan mieszkających w obozach granicznych w Tajlandii i Kambodży”], *Journal of the American Medical Association*, tom 270, nr 5 (1993), s. 581-586; Kathleen Allden i in., „Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile” [„Birmańscy dysydenci polityczni w Tajlandii: trauma i przetrwanie wśród młodych dorosłych na wygnaniu”], *American Journal of Public Health*, tom 86, nr 11 (1996), s. 1561-1569; J. David Kinzie i inni, „The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees” [„Częstość występowania zespołu stresu pourazowego i jego znaczenie kliniczne wśród uchodźców z Azji Południowo-Wschodniej”], *American Journal of Psychiatry*, tom 147, nr 7 (1990), s. 913-917.

<sup>454</sup> Norman Sartorius, „Cross-cultural research on depression” [„Międzykulturowe badania nad depresją”], *Psychopathology*, tom 19, nr 2 (1986), s. 6-11.

<sup>455</sup> Andrea R. Ashbaugh, Julia Marinos i Brad Bujaki, „The impact of depression and PTSD symptom severity on trauma memory” [„Wpływ depresji i nasilenia objawów zespołu stresu pourazowego na wspomnienia dotyczące traumy”], *Memory*, tom 26, nr 1 (2018), s. 106-116.

<sup>456</sup> Karen E. Krinsley i inni, „Consistency of retrospective reporting about exposure to traumatic events” [„Spójność retrospektywnych sprawozdań dotyczących narażenia na traumatyczne wydarzenia”], *Journal of Traumatic Stress*, tom 16, nr 4 (2003), s. 399-409; Amina Memon, „Credibility of asylum claims: consistency and accuracy of autobiographical memory reports following trauma” [„Wiarygodność wniosków o udzielenie azylu: spójność i dokładność relacji dotyczących wspomnień autobiograficznych po traumie”], *Applied Cognitive Psychology*, tom 26, nr 5 (2012), s. 677-69. 26, nr 5 (2012), s. 677-679; Hannah Rogers, Simone Fox i Jane Herlihy, „The importance of looking credible: the impact of the behavioural sequelae of post-traumatic stress disorder on the credibility of asylum seekers” [„Znaczenie wiarygodnego wyglądu: wpływ behawioralnych następstw zespołu stresu pourazowego na wiarygodność osób ubiegających się o azyl”], *Psychology, Crime & Law*, tom 21, nr 2 (2015), s. 139-155.

<sup>457</sup> Belinda Graham, Jane Herlihy i Chris R. Brewin, „Overgeneral memory in asylum seekers and refugees” [„Pamięć ogólna u osób ubiegających się o azyl i uchodźców”], *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, tom 45, nr 3 (2014), s. 375-380; Urs Hepp i inni, „Inconsistency in reporting potentially traumatic events” [„Niespójność w zgłaszaniu potencjalnie traumatycznych zdarzeń”], *British Journal of Psychiatry*, tom 188, nr 3 (2006), s. 278-283. 3 (2006), s. 278-283; Jane Herlihy, Peter Scragg i Stuart Turner, „Discrepancies in autobiographical memories - implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study” [„Różnice we wspomnieniach autobiograficznych - implikacje dla oceny osób ubiegających się o azyl: badanie powtarzanych przesłuchań”], *British Medical Journal*, tom 324 (2002), s. 324-327; oraz Cohen, „Errors of recall and credibility” [„Błędy przypominania i wiarygodności”] (zob. przypis 412).

która może trwać kilka godzin. Dodatkowo problemy pojawiają się przy próbie oceny, czy objawy psychologiczne lub zachowania są patologiczne czy wynikają z konieczności przystosowania się. Kiedy osoba badana znajduje się w miejscu zatrzymań lub żyje w poczuciu nieustającego zagrożenia represjami, niektóre objawy należy uznać za przejaw zdolności przystosowawczych. Na przykład zmniejszone zainteresowanie aktywnościami i poczucie oderwania lub wyobcowania byłyby zrozumiałe u osoby przebywającej w izolacji. Podobnie nadmierna czujność i zachowania unikające mogą być konieczne w przypadku osób żyjących w społeczeństwach represyjnych<sup>458</sup>. Pomimo możliwych ograniczeń wynikających z warunków, w których przeprowadzane jest przesłuchanie, należy dążyć do wszelkich starań w celu przestrzegania wytycznych Protokołu stambulskiego. W trudnych okolicznościach szczególnie ważne jest, aby zaangażowane rządy i władze przestrzegały tych standardów w jak największym stopniu.

## B. Psychologiczne konsekwencje tortur i niewłaściwego traktowania

### 1. Uwagi wstępne

**497.** Przed przystąpieniem do technicznego opisu objawów i klasyfikacji psychiatrycznych należy zauważyć, że klasyfikacje psychiatryczne co do zasady uważa się za oparte na zachodnich koncepcjach medycznych, a ich zastosowanie w populacjach innych niż zachodnie wiąże się z pewnymi trudnościami<sup>459</sup>. Można argumentować, że kultury zachodnie cierpią z powodu nadmiernej medykacji procesów psychologicznych. Pomysł, że cierpienie psychiczne stanowi zaburzenie, które występuje u danej osoby i charakteryzuje się zestawem typowych objawów, może być nie do przyjęcia dla wielu członków społeczeństw innych niż zachodnie. Niemniej jednak istnieją znaczące dowody na zmiany biologiczne zachodzące w przebiegu zespołu stresu pourazowego i z tej perspektywy zespół stresu pourazowego jest możliwym do zdiagnozowania zespołem, który

można leczyć pod względem biologicznym i psychologicznym<sup>460</sup>. W miarę możliwości oceniający lekarz klinicysta powinien próbować odnieść się do cierpienia psychicznego w kontekście przekonań i norm kulturowych danej osoby. Obejmuje to poszanowanie kontekstu politycznego, a także przekonań kulturowych i religijnych. Biorąc pod uwagę powagę tortur i ich konsekwencje, podczas przeprowadzania oceny psychologicznej należy przyjąć postawę świadomego uczenia się, a nie pośpiechu w diagnozowaniu i klasyfikowaniu. W idealnej sytuacji taka postawa pokaże ofiarom, że ich skargi i cierpienie postrzega się za rzeczywiste i zrozumiałe w danych okolicznościach. W tym sensie empatyczna postawa może przynieść ofierze ulgę w doświadczeniu wyobcowania.

**498.** W większości przypadków intensywność objawów psychologicznych związanych z traumą zmienia się w czasie w zależności od osobistego przetwarzania traumy, skuteczności dostępnych strategii radzenia sobie z traumą, a także czynników zewnętrznych. Mogą występować objawy podprogowe w czasie oceny lub zgłaszane w fazach od traumatycznego zdarzenia, które nie są równoznaczne z możliwym do zdiagnozowania zaburzeniem psychicznym. Wyrażanie niepokoju może być zróżnicowane lub zminimalizowane przez kulturę i kontekst społeczny, na przykład w zależności od doświadczenia wstydu, strachu przed odwetem i strachu przed dalszym napiętnowaniem lub ostracyzmem w rodzinie lub społeczności. Ważne jest, aby uznać, że brak formalnej diagnozy nie wyklucza obecności poważnego cierpienia psychicznego i niepełnosprawności i nie jest sprzeczny z faktem, że tortury lub niewłaściwe traktowanie miały miejsce. Ocena psychologiczna powinna mieć na celu zrozumienie wielu krótko- i długoterminowych reakcji psychologicznych, psychosomatycznych i psychospołecznych wykraczających poza możliwą klasyfikację psychiatryczną.

<sup>458</sup> Michael A. Simpson, „What went wrong?: Diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa” [„Co poszło nie tak? Problemy diagnostyczne i etyczne w radzeniu sobie ze skutkami tortur i represji w RPA”], w: *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics* [Poza traumą: dynamika kulturowa i społeczna], Rolf J. Kleber, Charles R. Figley i Berthold P.R. Gersons, red. (Nowy Jork, Plenum Press, 1995), s. 187-212.

<sup>459</sup> Derek Summerfield, „The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category” [„Wynalezienie zespołu stresu pourazowego i społeczna użyteczność kategorii psychiatrycznej”], *British Medical Journal*, tom 322 (2001), s. 95-98; oraz Nimisha Patel, „The psychologization of torture” [„Psychologizacja tortur”] w *De-Medicalizing Misery: Psychiatry, Psychology and the Human Condition* [Demedykalizacja nieszczęścia: psychiatria, psychologia i kondycja ludzka], Mark Rapley, Joanna Moncrieff i Jacqui Dillon, red. (Londyn, Palgrave Macmillan, 2011), s. 239-255.

<sup>460</sup> Matthew Friedman i James Jaranson, „The applicability of the post-traumatic stress disorder concept to refugees” [„Możliwość zastosowania koncepcji zespołu stresu pourazowego w odniesieniu do uchodźców”], w: *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees* [Pośród niebezpieczeństwa i bólu: zdrowie psychiczne i dobrostan uchodźców na świecie], Anthony J. Marsella i inni, red. (Washington, D.C., American Psychological Association, 1994), s. 207-227.

## 2. Typowe reakcje psychologiczne

499. W tej sekcji opisano niektóre z częstych reakcji psychologicznych na tortury. Nie jest to wykaz wyczerpujący, ponieważ mogą wystąpić również inne reakcje.

### (a) Ponowne przeżywanie traumy

500. Osoba, która doświadczyła tortur, może mieć niechciane natrętne wspomnienia lub doznania, w których traumatyczne wydarzenie pojawia się ponownie, nawet gdy osoba ta jest świadoma i przytomna, lub nawracające koszmary senne, które zawierają elementy traumatycznego wydarzenia w ich pierwotnej lub symbolicznej formie. Takie epizody ponownego przeżywania traumatycznego wydarzenia powodują znaczny stres emocjonalny lub reakcje fizjologiczne, a dana osoba może czuć się lub zachowywać tak, jakby wydarzenie się powtarzało. Osoba ta może również doświadczać stresu emocjonalnego i reakcji fizjologicznych w przypadku ekspozycji na bodźce, które symbolizują lub przypominają traumę. Może to obejmować brak zaufania i strach przed osobami sprawującymi władzę, w tym pracownikami ochrony zdrowia, ponieważ mogą oni przywoływać wspomnienia doświadczonych tortur i ich sprawców.

### (b) Unikanie

501. Ponieważ wspomnieniom tortur towarzyszy zazwyczaj silny stres emocjonalny, często doświadczany jako przytłaczający i niekontrolowany, ofiary mogą unikać okoliczności lub sygnałów, które mogą wywołać te wspomnienia. Unikanie może obejmować miejsca, osoby, czynności, rozmowy, myśli, uczucia lub wszelkie inne bodźce, które wywołują wspomnienie tortur. Unikanie może poważnie ograniczyć zdolność ofiar do uczestniczenia w codziennych czynnościach i interakcjach społecznych oraz realizowania planów i przedsięwzięć. Może nawet prowadzić do tego, że ofiary unikają szukania pomocy w związku z objawami, a tym samym hamują leczenie lub terapię.

### (c) Nadpobudliwość

502. Nadpobudliwość obejmuje:

- (a) trudności z zasypianiem lub snem;
- (b) drażliwość lub wybuchy gniewu;
- (c) trudności z koncentracją;
- (d) nadmierną czujność, przesadne reakcje.

### (d) Zaburzona samoocena i negatywne zmiany poznawcze oraz zmiany nastroju

503. Dla wielu ofiar doświadczenie tortur oznacza głęboki rozłam w ich życiu. Mają subiektywne poczucie nieodwracalnego zaburzenia i nieodwracalnej zmiany osobowości<sup>461</sup>, często wierząc, że już nigdy nie będą tą samą osobą. Nadmiernie negatywne przekonania i założenia dotyczące siebie i świata - nieufność, oczekiwanie najgorszego, beznadzieja i obwinianie siebie i innych za spowodowanie traumy - często charakteryzują relację z otoczeniem. Poczucie wyobcowania w stosunku do innych osób dodatkowo wpływa na relacje, a także może prowadzić do wycofania społecznego i izolacji. Ofiary mają poczucie, że ich przyszłość została skrócona, nie mając nadziei na karierę, małżeństwo, dzieci lub normalne życie. Powszechne u ofiar tortur są również trudności w doświadczaniu pozytywnych uczuć, takich jak szczęście lub miłość, lub przewaga negatywnych emocji (np. strach, przerażenie, złość, poczucie winy i wstyd), a także ogólne ograniczenie emocjonalne.

### (e) Poczucie winy i wstydu

504. Poczucie winy i wstyd to emocje związane z samoświadomością. Wstyd jest spowodowany wewnętrznym przekonaniem o nieadekwatności, niegodności, hańbie lub żalu, którego inni mogą być świadomi lub nie. Wstyd może być wywołany przez inną osobę, niepowodzenie lub szczególne okoliczności. Poczucie winy jest doświadczeniem poznawczym lub emocjonalnym, które pojawia się, gdy poszczególne osoby wierzą lub zdają sobie sprawę, trafnie lub nie, że naruszyły własne standardy postępowania lub naruszyły uniwersalną normę moralną i ponoszą znaczną odpowiedzialność za to naruszenie. Jest to ściśle związane z pojęciem wyrzutów sumienia. Biorąc pod uwagę, że poczucie winy i wstydu może prowadzić do wniosków, że „całe ja” jest wadliwe, złe lub podlega wykluczeniu, sprawia,

<sup>461</sup> Neal R. Holtan, „How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care” [„Jak ocena medyczna ofiar tortur odnosi się do opieki psychiatrycznej?”], w *Caring for Victims of Torture [Opieka nad ofiarami tortur]*, James M. Jaranson i Michael K. Popkin, red. (Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1998), s. 107-113.

że osoby chcą się wycofać lub ukryć. Poczucie wstydu i winy wywołuje w szczególności przemoc seksualna.

**(f) Objawy depresji**

**505.** Mogą występować następujące objawy depresji: obniżony nastrój, anhedonia (wyraźne zmniejszenie zainteresowania lub przyjemności z wykonywanych czynności), zaburzenia apetytu lub utrata masy ciała, bezsenność lub hipersomnia, pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe, zmęczenie i utrata energii, poczucie bezwartościowości i nadmierne poczucie winy, trudności ze skupieniem uwagi, koncentracją lub przywoływaniem z pamięci, myśli o śmierci i umieraniu, myśli samobójcze lub próby samobójcze. Ocena ryzyka samobójstwa ma kluczowe znaczenie, a lekarze klinicyści powinni pamiętać, że niektóre osoby niechętnie przyznają się do takich zachowań i myśli, ponieważ może to być postrzegane jako oznaka słabości i osoby te są często stygmatyzowane. Badanie zachowań autodestrukcyjnych może prowadzić do dodatkowego ujawnienia tortur, takich jak tortury seksualne, które nie zostały ujawnione wcześniej.

**(g) Dysocjacja, depersonalizacja i nietypowe zachowanie**

**506.** Dysocjacja to zaburzenie integracji świadomości, postrzegania siebie, pamięci i działań. Osoby mogą być odizolowane lub nieświadome pewnych działań i mogą czuć się oderwane od siebie lub swoich ciał, jakby obserwowały siebie z daleka (depersonalizacja). Derealizacja opisuje subiektywne doświadczenie nierealności lub zniekształcenia świata zewnętrznego lub środowiska. Zjawiska dysocjacyjne mogą występować podczas traumatycznych wydarzeń w wyniku ekstremalnego stresu fizycznego i psychicznego, prowadząc do zmian w percepcji i przetwarzaniu informacji z poczuciem dystansu i oderwania od traumatycznego wydarzenia i towarzyszących mu emocji. Niektóre wrażenia zmysłowe nie są rejestrowane, podczas gdy inne mogą być odbierane bardzo intensywnie. Dysocjacja okołourazowa, a także represja i unikanie traumatycznych wspomnień, mogą powodować niekompletne lub fragmentaryczne wspomnienia traumatycznego wydarzenia i mogą utrudniać spójne i pełne przedstawienie informacji na ten temat. Dysocjacja może również wystąpić, gdy ofiara konfrontuje się z traumatycznym

wydarzeniem podczas oceny. W tym przypadku osoby często wydają się być zdystansowane, odcięte od swoich emocji, wykazujące obojętność lub inne stany emocjonalne niezgodne ze wspomnieniami dotyczącymi traumy. Ofiary mogą również wykazywać problemy z kontrolą impulsów, co skutkuje zachowaniami, które uważają za wysoce nietypowe w odniesieniu do ich osobowości sprzed traumy. Na przykład osoba, która wcześniej była ostrożna, może angażować się w zachowania wysokiego ryzyka.

**(h) Dolegliwości fizyczne (objawy somatyczne)**

**507.** Ból, bóle głowy lub inne dolegliwości fizyczne, które powodują objawy fizyczne lub nie, są powszechnymi problemami wśród ofiar tortur. Ból może być jedyną widoczną dolegliwością i może zmieniać swoją lokalizację i intensywność. Objawy somatyczne mogą wynikać bezpośrednio z fizycznych konsekwencji tortur lub mieć podłoże psychologiczne. Na przykład wszelkiego rodzaju ból może być bezpośrednią fizyczną konsekwencją tortur lub mieć podłoże psychologiczne. Typowe dolegliwości somatyczne obejmują bóle pleców, bóle mięśniowo-szkieletowe i bóle głowy. Bóle głowy są bardzo powszechne wśród ofiar tortur i mogą być spowodowane urazami będącymi wynikiem stosowania tortur (urazy głowy i szyi są częstym elementem tortur), a także mogą być spowodowane lub nasilone przez nieprawidłowy rytm snu, stres i niepokój.

**(i) Problemy seksualne**

**508.** Dysfunkcje seksualne są powszechne wśród ofiar tortur, szczególnie wśród tych, które doświadczyły tortur seksualnych lub gwałtu, ale nie tylko (zob. pkt 470 powyżej). Problemy seksualne obejmują zmniejszone zainteresowanie/podniecenie/pragnienie seksualne lub ich brak, zaburzenia erekcji, ból narządów moczowo-płciowych, bolesne stosunki płciowe, obrzydzenie lub strach przed intymnością i zaangażowaniem seksualnym, wspomnienia i dysocjacje wywołane stosunkiem płciowym oraz obawy związane z orientacją seksualną, tożsamością płciową i płodnością. Przemoc seksualna może również prowadzić do ryzykownych, autodestrukcyjnych lub lekkomyślnych zachowań. Rozmowa o problemach seksualnych jest często trudna ze względu na poczucie bezwartościowości, wstydu i winy, a dodatkowo utrudniają ją tabu kulturowe, religijne lub związane z płcią. Jeśli sprawcą był mężczyzna, częstym objawem jest

lęk przed mężczyznami. W przypadku ofiar będących mężczyznami poczucie upokorzenia po torturach seksualnych jest często szczególnie głębokie i mogą oni również doświadczyć kryzysu tożsamości seksualnej (np. obawy o bycie gejem po przebytych gwałcie). Często postrzegają siebie jako osoby słabe, niewystarczająco silne, by się bronić, a nie jako ofiary. Dlatego też mężczyznom często bardzo trudno jest ujawnić swoje doświadczenia związane z przemocą seksualną.

#### (j) Objawy psychotyczne

509. Różnice kulturowe i językowe, a także wspomnienia i lęki mogą powodować błędną interpretację objawów psychotycznych. Przed zdiagnozowaniem danej osoby jako wykazującej objawy psychotyczne (cierpiącej na zaburzenie psychiczne charakteryzujące się zniekształconym postrzeganiem lub przetwarzaniem rzeczywistości), objawy należy ocenić w unikalnym kontekście kulturowym danej osoby. Reakcje psychotyczne mogą być krótkotrwałe lub długotrwałe, a objawy mogą pojawić się podczas zatrzymania i torturowania danej osoby lub później. Mogą wystąpić następujące objawy:

- (a) urojenia;
- (b) halucynacje słuchowe, wzrokowe, dotykowe i węchowe;
- (c) dziwne myśli i zachowania;
- (d) iluzje lub zniekształcenia percepcyjne, które mogą przybierać formę pseudohalucynacji i graniczyć z prawdziwymi stanami psychotycznymi. Fałszywe postrzeganie i halucynacje występujące podczas zasypiania lub po przebudzeniu są powszechne u ogółu społeczeństwa i nie oznaczają psychozy. Nierzadko ofiary tortur zgłaszają sporadyczne słyszenie krzyków, wołanie ich imienia lub widzenie cieni, ale nie mają nasilonych objawów psychozy. Ponadto niektóre ofiary zgłaszają objawy dysocjacyjne, które mogą być mylone z psychozą, takie jak poczucie, że środowisko fizyczne nie jest rzeczywiste lub że ich ciało jest zmienione lub odłączone. Podczas epizodu dysocjacyjnego mogą wystąpić sugestywne doświadczenia percepcyjne. Halucynacje mogą również wystąpić w kontekście traumatycznej straty. Ważne jest, aby zapytać o pochodzenie i zrozumienie objawów przez daną osobę. Wiele ofiar rozpoznaje, że te doświadczenia nie są tym,

czym postrzegają je inne osoby, i że są one wytworem ich własnego umysłu. To rozróżnienie może pomóc w odróżnieniu dysocjacji od zjawisk psychotycznych, w których osoby wierzą, że inni postrzegają zniekształcenia rzeczywistości tak jak one. Rozróżnienie między wspomnieniami a halucynacjami może nie być łatwe w trakcie doświadczenia, ale osoba doświadczająca dysocjacji może później rozpoznać, że doświadczenie nie reprezentuje obecnej rzeczywistości;

(e) paranoja i urojenia prześladowcze. Ponieważ prześladowania, nękanie i wrogość mogą być rzeczywistością ofiar tortur, lekarze klinicyści powinni zachować szczególną ostrożność, aby nie mylić tych rzeczywistych sytuacji z paranoją i urojeniami prześladowczymi;

(f) nawrót zaburzeń psychotycznych lub zaburzeń nastroju z cechami psychotycznymi u osób z chorobą psychiczną w wywiadzie chorobowym. Osoby z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi w wywiadzie chorobowym, nawracającą dużą depresją z cechami psychotycznymi, schizofrenią i zaburzeniami schizoafektywnymi mogą doświadczyć epizodu tych zaburzeń w wyniku ekstremalnego stresu związanego z torturami.

#### (k) Nadużywanie substancji psychoaktywnych

510. Nadużywanie alkoholu i narkotyków, w tym nadużywanie leków na receptę (np. środków uspokajających, nasennych i przeciwbólowych), często rozwija się wtórnie u ofiar tortur, jako sposób na zatarcie traumatycznych wspomnień, regulację afektu i radzenie sobie z lękiem, bólem i problemami ze snem.

#### (l) Zaburzenia neuropsychologiczne i neurokognitywne

511. Rozległe zmiany w procesach poznawczych można stwierdzić u osób, które zostały narażone na dramatyczne sytuacje zagrażające życiu, takie jak tortury, lub doświadczały ciągłego narażenia na takie sytuacje i u których rozwija się zespół stresu pourazowego. Nie są one koniecznie związane z urazami mózgu i mogą również występować u osób, które zostały zmuszone do bycia świadkami przemocy wobec innych. Mogą one obejmować zmiany funkcji pamięci, uwagi, przetwarzania informacji, planowania i rozwiązywania problemów. Wiadomo również, że metody tortur, takie jak izolacja lub pozbawienie snu i deprywacja

sensoryczna, powodują poważne upośledzenie funkcji poznawczych, w tym w obszarach pamięci, uczenia się, logicznego rozumowania, złożonego przetwarzania werbalnego i podejmowania decyzji<sup>462</sup>. Z drugiej strony tortury mogą powodować urazy fizyczne, które prowadzą do różnych poziomów uszkodzenia mózgu. Uderzenia w głowę, duszenie i długotrwałe niedożywienie mogą mieć długoterminowe konsekwencje neurologiczne i neuropsychologiczne, których nie można łatwo ocenić podczas badania lekarskiego. Diagnoza urazowego uszkodzenia mózgu w wyniku tępego urazu jest szczególnie trudna i nawet prawidłowo wykonany rezonans magnetyczny mózgu może dać wynik negatywny. Objawy urazowego uszkodzenia mózgu w wyniku tępego urazu obejmują bóle głowy, dezorientację, problemy z koncentracją lub pamięcią, drażliwość, niestabilność emocjonalną i zaburzenia snu. Podobnie jak we wszystkich przypadkach uszkodzenia mózgu, których nie można udokumentować za pomocą obrazowania głowy lub innych procedur medycznych, diagnoza może być oparta na profilu objawów klinicznych, a ocena i testy neuropsychologiczne mogą być jedynym wiarygodnym sposobem udokumentowania skutków. Często objawy docelowe dla takich ocen w znacznym stopniu pokrywają się z symptomatologią wynikającą z zespołu stresu pourazowego i zaburzeń depresyjnych opisanych powyżej. Dlatego też specjalistyczne umiejętności w zakresie oceny neuropsychologicznej i świadomość problemów związanych z międzykulturową walidacją narzędzi neuropsychologicznych są niezbędne, gdy takie rozróżnienia i diagnostyka są istotne (zob. pkt 550-565 poniżej).

### 3. Klasyfikacje diagnostyczne

512. Podczas gdy główne skargi i najbardziej znaczące objawy wśród ofiar tortur są bardzo zróżnicowane i odnoszą się do ich unikalnych doświadczeń życiowych, mechanizmów radzenia sobie z traumą oraz kontekstu kulturowego, społecznego i politycznego, w którym żyją, osoby przeprowadzające ocenę powinny zapoznać się z najczęściej diagnozowanymi zaburzeniami wśród osób, które przeżyły traumę i tortury. Ponadto najczęściej występuje więcej niż jedno zaburzenie psychiczne, ponieważ istnieje znaczna współzachorowalność wśród

zaburzeń psychicznych związanych z traumą. Różne przejawy depresji, lęku i zespołów związanych z traumą są najczęstszymi konsekwencjami wynikającymi z tortur. Dwa najczęściej akceptowane systemy klasyfikacji to Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), opracowana przez Światową Organizację Zdrowia<sup>463</sup>, oraz Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych (DSM)<sup>464</sup>, opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Obecne wersje ICD i DSM są zasadniczo zgodne, ale nadal istnieją znaczące różnice, które mogą skutkować różnymi diagnozami. Oba podręczniki są okresowo aktualizowane, a nowe wydania odzwierciedlają nowe dane badawcze i zmiany koncepcyjne. Niniejszy przegląd będzie dotyczył najczęstszych diagnoz związanych z traumą: depresji i zespołu stresu pourazowego. Aby uzyskać pełne opisy kategorii diagnostycznych, czytelnik powinien zapoznać się z ICD-10/11 i DSM-5, które są najnowszymi obecnie używanymi wydaniem.

#### (a) Zaburzenia depresyjne

513. Stany depresyjne są niezwykle powszechne wśród ofiar tortur. W kontekście oceny konsekwencji tortur problematyczne jest założenie, że zespół stresu pourazowego i zaburzenia depresyjne to dwa odrębne zaburzenia o wyraźnie rozróżnialnej etiologii. Objawy w znacznym stopniu nakładają się na siebie, a współwystępowanie depresji i zespołu stresu pourazowego jest wysokie. Zaburzenia depresyjne mogą objawiać się jako pojedyncze lub nawracające epizody o różnym nasileniu (łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim). Objawy depresji powodują znaczne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach. Zaburzenia depresyjne mogą występować z objawami psychotycznymi, katatonicznymi, melancholicznymi lub atypowymi bądź bez takich objawów. Główne objawy zaburzeń depresyjnych to:

(a) przygnębiony nastrój (smutek, rozdrażnienie, pustka);

<sup>462</sup> Lekarze na rzecz Praw Człowieka, Break Them Down: Systematic Use of Psychological Torture by US Forces [Złam ich: systematyczne stosowanie tortur psychologicznych przez siły zbrojne USA], (Cambridge, Massachusetts, 2005).

<sup>463</sup> ICD-11 została przyjęta przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w maju 2019 r. i weszła w życie 1 stycznia 2022 r. Lekarze klinicyści powinni zawsze odnosić się do najnowszego wydania aktualnie używanego w danym regionie. Zob. [www.who.int/classifications/classification-of-diseases](http://www.who.int/classifications/classification-of-diseases).

<sup>464</sup> Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, *Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych: DSM-5*, wyd. 5 (Waszyngton, 2013).



(b) wyraźnie zmniejszone zainteresowanie lub przyjemność ze wszystkich lub prawie wszystkich czynności;

(c) utrata/zwiększenie masy ciała lub zmniejszenie/zwiększenie apetytu;

(d) bezsenność lub nadmierna senność;

(e) zauważalne spowolnienie myślenia i ograniczenie ruchów fizycznych;

(f) zmęczenie lub obniżony poziom energii;

(g) poczucie bezwartościowości lub nadmierne lub niewłaściwe poczucie winy;

(h) zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji lub niezdecydowanie;

(i) nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze lub próby samobójcze lub konkretny plan popełnienia samobójstwa.

#### (b) Zespół stresu pourazowego

514. Diagnozą najczęściej kojarzoną z psychologicznymi konsekwencjami tortur jest zespół stresu pourazowego. Związek między torturami a tą diagnozą stał się bardzo silny w opinii pracowników ochrony zdrowia, sędziów, sądów imigracyjnych i opinii publicznej. Stworzyło to błędne i uproszczone wrażenie, że zespół stresu pourazowego jest główną i nieuniknioną psychologiczną konsekwencją tortur.

515. W DSM-5 zespół stresu pourazowego klasyfikuje się w kategorii „zaburzeń związanych z traumą i stresem”. Aby zdiagnozować zespół stresu pourazowego, dana osoba musi być bezpośrednio lub pośrednio narażona na śmierć, zdarzenia zagrażające życiu, poważne obrażenia lub przemoc seksualną. Ta definicja traumy podkreśla powagę zdarzenia i wyraźnie odróżnia ją od innych stresorów, na przykład ogólnego braku poczucia bezpieczeństwa. Wyróżnia się cztery główne grupy objawów:

(a) objawy natrętne: niechciane przykre wspomnienia, koszmary senne, przeblyski, niepokój emocjonalny lub reakcje fizjologiczne po ekspozycji na bodźce związane z traumą;

(b) unikanie bodźców związanych z traumą: wspomnień, myśli, uczuć i zewnętrznych czynników wywołujących wspomnienia, takich jak miejsca lub osoby;

(c) negatywne zmiany poznawcze i zmiany nastroju: niezdolność do przypomnienia sobie ważnych aspektów traumy, utrzymujące się nadmiernie negatywne myśli i założenia dotyczące siebie i świata, przesadne obwinianie siebie i innych za spowodowanie traumy, negatywny afekt (np. strach, wstyd i poczucie winy), utrata zainteresowania, poczucie izolacji i oderwania oraz trudności w doświadczaniu pozytywnego afektu;

(d) zmiany w pobudzeniu i reaktywności: drażliwość i wybuchy gniewu, ryzykowne lub destrukcyjne zachowania.

516. Aby można było postawić diagnozę, objawy muszą utrzymywać się przez co najmniej miesiąc, a zaburzenie musi powodować znaczny niepokój lub upośledzenie w ważnych obszarach funkcjonowania. W DSM-5 opisano również dysocjacyjny podtyp zespołu stresu pourazowego, który obejmuje dodatkowe doświadczenie wysokiego poziomu depersonalizacji i derealizacji.

517. W ICD-11 dokonano rozróżnienia między zespołem stresu pourazowego i złożonym zespołem stresu pourazowego. Złożony zespół stresu pourazowego obejmuje podstawowe objawy ponownego przeżywania, unikania i nadmiernego niepokoju, a także trwałe i rozległe zaburzenia funkcjonowania afektywnego (dysregulacja emocjonalna, podwyższona reaktywność emocjonalna, wybuchy agresji, stany dysocjacyjne), postrzegania siebie (negatywne postrzeganie siebie oraz poczucie wstydu i winy) oraz funkcjonowania społecznego (trudności w utrzymywaniu relacji społecznych i trudności w odczuwaniu bliskości z innymi). Koncepcja złożonego zespołu stresu pourazowego jest w stanie uchwycić złożone symptomatologie, które głęboko wpływają na zdolność ofiary do integracji i funkcjonowania w relacjach społecznych, reagowania na wymagania codziennego życia i prowadzenia satysfakcjonującego życia.

518. Objawy zespołu stresu pourazowego pojawiają się zwykle w ciągu pierwszego miesiąca po doświadczeniu tortur, ale może również wystąpić opóźnienie o miesiące lub lata, zanim objawy zaczną się pojawiać. Objawy zespołu stresu pourazowego mogą być przewlekłe lub zmieniać się w dłuższych okresach. W

niektórych okresach objawy nadpobudliwości i drażliwości mogą dominować w obrazie klinicznym. W tym czasie ofiara zwykle zgłasza również nasilenie natrętnych wspomnień, koszmarów sennych i przebłysków. W innych przypadkach ofiara może nie wykazywać żadnych objawów lub być emocjonalnie ograniczona i wycofana. Konsekwentne unikanie czasami nie jest łatwe do wykrycia, ale może skutkować niskim poziomem natrętnych objawów. Zewnętrzne czynniki stresogenne, załamanie indywidualnych mechanizmów radzenia sobie z traumą i utrata wsparcia społecznego są jednymi z czynników wpływających na przebieg zaburzenia i jego możliwe nasilenie. Z drugiej strony wsparcie społeczne, indywidualne strategie radzenia sobie z traumą, zaangażowanie ideologiczne lub religijne, sprawiedliwość i oficjalne uznanie odpowiedzialności mogą przyczynić się do procesu powrotu do zdrowia.

### (c) Ostra reakcja na stres

**519.** Ostra reakcja na stres (DSM-5)<sup>465</sup> obejmuje objawy pourazowe, które mogą rozpocząć się natychmiast po ekspozycji na traumę, ale nie utrzymują się dłużej niż miesiąc. Co do zasady wiąże się z takimi samymi objawami jak zespół stresu pourazowego z dowolnej kategorii intruzji, negatywnego nastroju, dysocjacji, unikania i pobudzenia, przy czym objawy dysocjacyjne często są dominujące. W przeciwieństwie do zespołu stresu pourazowego, który wymaga obecności objawów przez co najmniej miesiąc, objawy ostrej reakcji na stres znikają w ciągu pierwszego miesiąca po ekspozycji na traumę. Wiele ofiar tortur, u których w późniejszym okresie nie wystąpił zespół stresu pourazowego, zgłasza jednak objawy przypominające ostrą reakcję na stres w pierwszych tygodniach po torturach. Lekarze klinicyści oceniający ofiary tortur wkrótce po ich zakończeniu powinni zatem wyraźnie zapytać o takie objawy. Ponadto, podczas oceny następującej wiele miesięcy lub lat po domniemanych traumatycznych wydarzeniach,

należy zapytać o przebieg objawów w czasie, a także ewentualne objawy okołourazowe i objawy, które mogły wystąpić w okresie bezpośrednio po torturach. Czasami utrzymujące się objawy zespołu stresu pourazowego lub depresji nie występują w czasie oceny psychologicznej, ale objawy opisane w okresie okołourazowym lub wczesnym okresie pourazowym mogą, z klinicznego punktu widzenia, być zgodne z domniemanymi torturami.

### (d) Zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych

**520.** Lekarze klinicyści zaobserwowali, że zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych często rozwijają się wtórnie u ofiar tortur jako sposób na tłumienie traumatycznych wspomnień, regulowanie nieprzyjemnych skutków, radzenie sobie z lękiem i przewlekłym bólem lub łagodzenie zaburzeń snu (samoleczenie). U osób, które przeżyły traumę, często współwystępują zespół stresu pourazowego i zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych<sup>466</sup>. Wyniki rozległych badań epidemiologicznych wykazały, że od jednej trzeciej (34 procent)<sup>467</sup> do prawie połowy (46 procent)<sup>468</sup> osób cierpiących na zespół stresu pourazowego spełniało również kryteria zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, głównie alkoholu, a ponad 20 procent spełniało kryteria uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Podsumowując, istnieją znaczące dowody z innych populacji zagrożonych zachorowaniem na zespół stresu pourazowego, że zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych są potencjalną diagnozą współwystępującą u ofiar tortur. Ta współzachorowalność wydaje się być związana z płcią i częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet<sup>469</sup>. Istnieje również współwystępowanie zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych i przewlekłego bólu, ponieważ ofiary tortur

<sup>465</sup> W ICD-11 kategoria „ostrego zaburzenia stresowego” została zmieniona na „ostrą reakcję na stres”. Nie jest to już kategoria diagnostyczna, ale niepatologiczna reakcja, w której objawy pojawiają się po urazie w ciągu kilku godzin lub dni i zanikają w ciągu tygodnia.

<sup>466</sup> Jenna L. McCauley i inni, „Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: advances in assessment and treatment” [„Zespół stresu pourazowego i współwystępujące zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych: postępy w ocenie i leczeniu”], *Clinical Psychology: Nauka i Praktyka*, tom 19, nr 3 (2012), s. 283-304.

<sup>467</sup> Katherine L. Mills i inni, „Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being” [„Trauma, zespół stresu pourazowego i zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych: wyniki australijskiego krajowego badania zdrowia psychicznego i dobrostanu”], *American Journal of Psychiatry*, tom 163, nr 4 (2006), s. 652-658.

<sup>468</sup> Robert H. Pietrzak i inni, „Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from the Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions” [„Rozpowszechnienie i współwystępowanie osi I pełnego i częściowego zespołu stresu pourazowego w Stanach Zjednoczonych: wyniki fali 2 Narodowego Badania Epidemiologicznego dotyczącego Alkoholu i Chorób Pokrewnych”], *Journal of Anxiety Disorders*, tom 25, nr 3 (2011), s. 456-465.

<sup>469</sup> Marianne Kastrup i Libby Arcel, „Gender specific treatment of refugees with PTSD” [„Specyficzne dla płci leczenie uchodźców z zespołem stresu pourazowego”], w *Broken Spirits: the Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees and War and Torture Victims* [Załamanie: leczenie osób z traumą uciekających się o azyl, uchodźców oraz ofiar wojny i tortur], John P. Wilson i Boris Drozdek, red. (Nowy Jork, Routledge, 2005 r.), s. 547-571.

często cierpią na przewlekły ból, który jest trudny do leczenia.

#### (e) Inne diagnozy

521. Istnieją inne diagnozy, które należy wziąć pod uwagę oprócz tych opisanych powyżej. Obejmują one m.in.:

(a) zaburzenia lękowe: (i) zespół lęku uogólnionego charakteryzuje się nadmiernym lękiem i martwieniem się o wiele różnych wydarzeń lub działań, napięciem motorycznym i zwiększoną aktywnością autonomiczną; (ii) zespół lęku napadowego objawia się nawracającymi i nieoczekiwanymi atakami intensywnego strachu lub dyskomfortu, w tym objawami takimi jak pocenie się, dławienie, drżenie, szybkie bicie serca, zawroty głowy, nudności, dreszcze lub uderzenia gorąca; oraz (iii) fobie, takie jak fobia społeczna, agorafobia lub klaustrofobia;

(b) zaburzenia dysocjacyjne, charakteryzujące się częściową lub całkowitą utratą normalnej integracji wspomnień z przeszłości, świadomości tożsamości, bezpośrednich doznań i kontroli ruchów ciała. Zdolność dobrowolnej i świadomej kontroli ruchów i uwagi wydaje się być zaburzona i może zmieniać się w krótkich okresach;

(c) zaburzenia somatomorficzne, charakteryzujące się objawami somatycznymi, którym towarzyszą nadmierne i nieproporcjonalne myśli, uczucia i zachowania oraz wysoki poziom dyskomfortu lub znaczne zakłócenia funkcjonowania. Objawy mogą, ale nie muszą być związane z chorobą. W ICD-11 zaburzenia te sklasyfikowano jako zaburzenia cielesne;

(d) choroba afektywna dwubiegunowa z epizodami maniakalnymi lub hipomaniakalnymi z podwyższonym, ekspansywnym lub drażliwym nastrojem, megalomanią, zmniejszonym zapotrzebowaniem na sen, ucieczką myśli, pobudzeniem psychoruchowym i powiązаныmi zjawiskami psychotycznymi;

(e) zaburzenia wynikające z ogólnego stanu zdrowia (np. urazowe uszkodzenie mózgu) często w postaci upośledzenia funkcji mózgu z wynikającymi z tego wahaniem lub deficytami poziomu świadomości, orientacji, uwagi, koncentracji, pamięci i funkcjonowania wykonawczego;

(f) zaburzenia psychotyczne, jako pierwszy objaw lub zaostrzenie objawów po torturach;

(g) zaburzenia seksualne.

522. Należy również wziąć pod uwagę, że zaburzenia niezwiązane z torturami, występujące przed torturami (np. nawracające epizody depresyjne) mogą się pogorszyć lub powrócić w wyniku tortur.

## C. Ocena psychologiczna/psychiatryczna

### 1. Względy etyczne i kliniczne

523. Oceny psychologiczne mogą dostarczyć krytycznych dowodów nadużyć wśród ofiar tortur z kilku powodów: tortury często powodują bardzo poważne objawy psychiczne; metody tortur są często zaplanowane tak, aby nie pozostawiać żadnych fizycznych zmian; fizyczne metody tortur mogą skutkować fizycznymi objawami, które ustępują albo nie są specyficzne.

524. Oceny psychologiczne dostarczają krytycznych dowodów w badaniach medyczno-prawnych, wnioskach o udzielenie azylu, ustalaniu warunków, w których zeznania mogły zostać wymuszone, zrozumieniu krajowych, regionalnych i międzynarodowych praktyk tortur, określaniu potrzeb terapeutycznych ofiar, wspieraniu roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie oraz jako zeznania w dochodzeniach w sprawie praw człowieka, misjach informacyjnych i dochodzeniach. Ponieważ emocjonalny wpływ tortur jest głęboki, a wynikające z nich objawy psychologiczne są tak powszechne wśród ofiar tortur, wysoce wskazane jest, aby każda ocena domniemanych ofiar tortur obejmowała kompleksową ocenę psychologiczną. Ogólnym celem oceny psychologicznej na potrzeby sprawozdania medyczno-prawnego zgodnie z Protokołem stambulskim jest ocena stopnia spójności między relacją danej osoby na temat tortur a objawami psychologicznymi uzyskanymi w trakcie oceny oraz przedstawienie opinii na temat prawdopodobnego związku między objawami psychologicznymi a możliwymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem. Dowody psychologiczne obejmują nie tylko zeznania domniemanej ofiary, ale także różne informacje, w tym obserwacje dotyczące komunikacji werbalnej i niewerbalnej, reakcji emocjonalnych, rezonansu afektywnego

i zachowania. W tym celu ocena powinna zawierać szczegółowy opis metod oceny, aktualnych objawów psychologicznych, historii przed torturami i po nich, historii tortur i niewłaściwego traktowania, historii psychologicznej/psychiatrycznej w przeszłości, historii używania/nadużywania substancji, badania stanu psychicznego, oceny funkcjonowania społecznego, wyników testów psychologicznych/neuropsychologicznych, jeśli wskazano, oraz sformułowania opinii klinicznych. W razie potrzeby należy postawić diagnozę psychiatryczną.

- 525.** Ocena stanu psychicznego i sformułowanie diagnozy klinicznej powinny być zawsze przeprowadzane ze świadomością kontekstu kulturowego. Świadomość tego, w jaki sposób pochodzenie kulturowe i język ofiary kształtują indywidualny psychologiczny wyraz cierpienia, ma ogromne znaczenie dla zebrania wywiadu i sformułowania opinii klinicznej oraz wniosków. Gdy osoba zbierająca wywiad ma niewielką wiedzę na temat kultury domniemanej ofiary lub nie ma jej wcale, niezbędna jest pomoc tłumacza ustnego. Najlepiej byłoby, gdyby tłumacz z kraju domniemanej ofiary znał język, zwyczaje, tradycje religijne i inne przekonania, które należy wziąć pod uwagę podczas oceny. Wywiady mogą wywoływać u ofiar strach i nieufność oraz przypominać im o wcześniejszych przesłuchaniach. Aby zmniejszyć ryzyko retraumatyzacji, lekarz klinicysta powinien wykazać się zrozumieniem dla doświadczeń i tła kulturowego danej osoby. Niewłaściwe jest przestrzeganie ścisłej „neutralności klinicznej” stosowanej w niektórych formach psychoterapii, podczas których lekarz klinicysta jest nieaktywny i niewiele mówi. Lekarz klinicysta powinien komunikować się w sposób przejrzysty i empatyczny oraz przyjąć wspierające, nieoceniające podejście.

## 2. Przebieg wywiadu

- 526.** Lekarze klinicyści powinni zaprezentować się oraz przedstawić cel i przebieg wywiadu, tak aby szczegółowo wyjaśnić procedury, których należy przestrzegać, i tematy, które należy poruszyć, a także przygotować daną osobę na trudne reakcje emocjonalne, które mogą wywołać zadawane pytania. Lekarze klinicyści muszą być wrażliwi i empatyczni podczas zadawania pytań, zachowując jednocześnie obiektywizm w ocenie klinicznej. Przez cały czas muszą równoważyć swoją potrzebę

uzyskania szczegółowych informacji i potrzeby domniemanych ofiar dotyczące utrzymania lub odzyskania równowagi emocjonalnej. Wywiady muszą być prowadzone w sposób, który zmniejsza ryzyko retraumatyzacji i przez cały czas pozwala domniemanej ofierze zachować poczucie kontroli. W rozdziale IV opisano kompleksowe wytyczne dotyczące przeprowadzania wywiadów klinicznych.

- 527.** Odpowiednia struktura wywiadu klinicznego ma fundamentalne znaczenie dla budowania odpowiedniej relacji i zaufania. Ogólnie rzecz biorąc, zaleca się rozpoczęcie wywiadu od mniej drażliwych kwestii, a następnie przejście do tych trudniejszych lub bardziej stresujących. W wielu przypadkach warto zacząć od historii sprzed tortur i postępować zgodnie z porządkiem chronologicznym. W innych przypadkach, zwłaszcza gdy dana osoba znajduje się w stanie silnego stresu emocjonalnego, lepiej jest zacząć od bieżących dolegliwości psychicznych i aktualnego stanu funkcjonowania społecznego. Lekarzowi klinicyście zaleca się stosowanie elastycznego podejścia zamiast przestrzegania z góry określonej kolejności. Poniższy opis elementów oceny psychologicznej/psychiatrycznej jest zgodny z sugerowaną kolejnością odpowiednią dla sprawozdania pisemnego (zob. załącznik IV), ale nie dla wywiadu klinicznego.

## 3. Elementy oceny psychologicznej/psychiatrycznej

- 528.** Wprowadzenie powinno zawierać wzmiankę o źródle skierowania, podsumowanie dodatkowych źródeł (takich jak dokumentacja medyczna, prawna i psychiatryczna) oraz opis zastosowanych metod oceny (np. wywiady, wykazy objawów, listy kontrolne i testy neuropsychologiczne).

### (a) Historia tortur i niewłaściwego traktowania

- 529.** Należy dążyć do wszelkich starań, aby udokumentować pełną historię domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania oraz innych istotnych traumatycznych doświadczeń, zgodnie z oświadczeniem domniemanej ofiary (zob. pkt 364-372 powyżej). Ta część oceny jest często wyczerpująca dla osoby ocenianej. W związku z tym konieczne może być przeprowadzenie kilku sesji. Wywiad powinien rozpocząć się od ogólnego podsumowania wydarzeń, a następnie należy uzyskać szczegółowe informacje na temat

domniemanego torturowania lub niewłaściwego traktowania. Osoba przeprowadzająca wywiad musi mieć świadomość kwestii prawnych, ponieważ określi to charakter i ilość informacji niezbędnych do uzyskania kompleksowej dokumentacji domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania.

#### (b) Bieżące objawy psychologiczne

530. Ocena aktualnego stanu psychicznego i objawów stanowi podstawę oceny. Oprócz spontanicznego opisu osoby ocenianej należy zadać szczegółowe pytania dotyczące typowych reakcji psychologicznych na tortury (jak opisano w pkt 499-522). Należy szczegółowo opisać wszystkie objawy afektywne, poznawcze i behawioralne, w tym ich nasilenie, częstotliwość, początek i zmiany w czasie, niezależnie od tego, czy stanowią one konkretną diagnozę. Ważne jest, aby podać szczegółowy opis konkretnych objawów, ponieważ pomaga to uzasadnić poziom zgodności między domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem a objawami psychologicznymi na późniejszym etapie. Może to obejmować opis treści koszmarów sennych, powracających myśli lub wspomnień, przeżyć lub halucynacji. Należy również zbadać i opisać czynniki wywołujące niepokój emocjonalny, smutek, strach lub ponowne przeżywanie doświadczeń. Należy zadać pytania dotyczące snu (czas trwania, co przerywa sen, uczucia po przebudzeniu z koszmaru), sposobu spędzania dnia (w izolacji społecznej, starając się być zajętym za wszelką cenę, obsesyjne/kompulsywne zachowania i zdolność do wykonywania czynności związanych z codziennym życiem), a także pytania mające na celu zidentyfikowanie zachowań unikających związanych z czynnikami wyzwalającymi ponowne doświadczenia. Brak lub podprogowy poziom objawów w momencie oceny może być spowodowany epizodycznym charakterem lub opóźnionym wystąpieniem określonych objawów lub zaprzeczaniem objawom z powodu wstydu. Dlatego też ogromne znaczenie ma zbadanie i ocena zmian objawów od czasu domniemanych tortur.

#### (c) Historia po torturach

531. Ten element oceny psychologicznej ma na celu uzyskanie informacji na temat bieżącej sytuacji życiowej. Ważne jest, aby zapytać o aktualne źródła stresu, takie jak separacja lub utrata bliskich, ucieczka z kraju ojczystego i życie na emigracji. Osoby przeprowadzające wywiad

powinny również pytać o zdolność danej osoby do produktywnego działania, zarabiania na życie, opieki nad rodziną, angażowania się w interakcje społeczne, tworzenia relacji opartych na zaufaniu i dostępności wsparcia społecznego. Ponadto należy wziąć pod uwagę możliwy wpływ tortur seksualnych w przeszłości na orientację seksualną, tożsamość płciową, zdolność do cieszenia się intymnością seksualną i partnerstwem.

#### (d) Historia przed torturami

532. Historia przed torturami powinna zawierać informacje dotyczące dzieciństwa, dorastania, wczesnej dorosłości domniemanych ofiar, ich pochodzenia rodzinnego, chorób rodzinnych i składu rodziny. Należy również opisać historię kształcenia i zawodową domniemanej ofiary. Należy również uzyskać opis wszelkich traumatycznych wydarzeń z przeszłości, takich jak znęcanie się w dzieciństwie, trauma wojenna lub przemoc domowa, a także kulturowe i religijne pochodzenie domniemanej ofiary.

533. Opis historii sprzed traumy jest ważny dla oceny stanu zdrowia psychicznego i poziomu funkcjonowania psychospołecznego domniemanej ofiary przed zgłoszonymi traumatycznymi wydarzeniami. W ten sposób osoba przeprowadzająca wywiad może porównać obecny stan psychiczny z tym, który dana osoba zgłasza w okresie poprzedzającym domniemane tortury lub niewłaściwe traktowanie, oraz ocenić względny wpływ różnych doświadczeń, w tym domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania. Oceniając informacje ogólne, osoba przeprowadzająca wywiad powinna pamiętać, że na czas trwania i nasilenie reakcji na traumę wpływa wiele czynników. Czynniki te obejmują m.in. okoliczności tortur, postrzeganie i interpretację tortur przez ofiarę, kontekst społeczny przed torturami, w ich trakcie i po ich zakończeniu, społeczności i rówieśnicy, osobiste wartości i postawy wobec traumatycznych doświadczeń, czynniki polityczne i kulturowe, dotkliwość i czas trwania traumatycznych wydarzeń, podatność genetyczną i biologiczną, fazę rozwoju i wiek ofiary, wcześniejszą historię traumy i mechanizmy radzenia sobie z traumą. W wielu sytuacjach, ze względu na ograniczenia czasowe i inne problemy, uzyskanie tych informacji może być trudne. Niemniej jednak ważne jest, aby uzyskać wystarczającą ilość danych na temat wcześniejszego stanu zdrowia

psychicznego i funkcjonowania psychospołecznego danej osoby, aby ocenić stopień, w jakim domniemane tortury lub niewłaściwe traktowanie przyczyniły się do jej stanu psychicznego.

#### (e) Wywiad chorobowy

534. Wywiad chorobowy zawiera podsumowanie stanu zdrowia przed urazem, obecnego stanu zdrowia, bólu cielesnego, dolegliwości somatycznych, stosowania leków i ich skutków ubocznych, istotnej historii aktywności seksualnej, przebytych zabiegów chirurgicznych i innych danych medycznych (zob. pkt 394-399 powyżej).

#### (f) Historia psychiatryczna

535. Należy zbadać historię chorób psychicznych lub psychologicznych, charakter takich chorób oraz to, czy domniemane ofiary były leczone lub wymagały hospitalizacji psychiatrycznej. Badanie powinno również obejmować wcześniejsze terapeutyczne stosowanie leków psychotropowych.

#### (g) Historia używania i nadużywania substancji psychoaktywnych

536. Lekarz klinicysta powinien zapytać o używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych, w tym o sposób używania, częstotliwość, ilość i okresy używania, przed domniemanymi torturami i po nich, zmiany i rozwój wzorca używania oraz o to, czy substancje są używane w celu radzenia sobie z bezsennością, bólem lub problemami psychologicznymi/psychiatrycznymi. Substancje te obejmują alkohol, konopie indyjskie i opium, ale także przepisane leki i regionalne substancje uzależniające, takie jak orzechy betelu i wiele innych.

#### (h) Badanie stanu psychicznego

537. Badanie stanu psychicznego rozpoczyna się w chwili spotkania lekarza klinicysty z pacjentem. Osoba przeprowadzająca wywiad powinna zwrócić uwagę na wygląd osoby, tj. oznaki niedożywienia, brak higieny, zmiany w aktywności ruchowej podczas wywiadu, nastrój, koncentrację, występowanie reakcji dysocjacyjnych lub wspomnień, powtarzające się reakcje na czynniki wyzwalające, używanie języka, obecność kontaktu wzrokowego, zdolność do nawiązania kontaktu z osobą przeprowadzającą wywiad oraz środki, których

dana osoba używa do nawiązania komunikacji. Należy uwzględnić następujące elementy, a wszystkie aspekty badania stanu psychicznego powinny zostać zawarte w sprawozdaniu z oceny psychologicznej; aspekty takie jak ogólny wygląd, aktywność ruchowa, mowa, koncentracja, nastrój (ocena subiektywna i obiektywna) i afekt, sen, zaburzenia apetytu, treść myśli, proces myślowy, myśli samobójcze i dotyczące zabójstwa oraz badanie poznawcze (orientacja, pamięć długoterminowa, pamięć pośrednia i pamięć natychmiastowa).

#### (i) Ocena funkcji społecznych

538. Trauma i tortury mogą bezpośrednio i pośrednio wpływać na zdolność danej osoby do funkcjonowania. Tortury mogą również pośrednio powodować upośledzenie lub utratę funkcjonowania i niepełnosprawność, jeśli psychologiczne konsekwencje doświadczeń upośledzają zdolność osób do dbania o siebie, zarabiania na życie, utrzymywania rodziny i kontynuowania edukacji. Lekarz klinicysta powinien ocenić aktualny poziom funkcjonowania danej osoby, pytając o codzienne czynności, rolę społeczną (np. uczeń, pracownik lub rodzic), aktywność społeczną i rekreacyjną oraz postrzeganie stanu zdrowia. Osoba przeprowadzająca wywiad powinna poprosić poszczególne osoby o ocenę własnego stanu zdrowia, stwierdzenie obecności lub braku uczucia chronicznego zmęczenia oraz zgłoszenie potencjalnych zmian w ogólnym funkcjonowaniu. Ponieważ funkcjonowanie społeczne z definicji obejmuje zachowanie, umiejętności społeczne, uczucia i ogólne samopoczucie danej osoby, ważne jest, aby oceniać funkcjonowanie społeczne w wielu wymiarach. Zmiany w funkcjonowaniu społecznym mogą wynikać z fizycznych konsekwencji tortur (takich jak niezdolność do podnoszenia ciężarów z powodu dysfunkcji stawu barkowego) lub być związane z psychologicznymi konsekwencjami tortur. Na przykład może to mieć negatywny wpływ na poziom aktywności danej osoby (w tym gotowość do angażowania się w czynności, które wcześniej sprawiały jej przyjemność), a także na poziom uczestnictwa (w tym zaangażowanie w spotkania rodzinne lub zaangażowanie w życie społeczne). Dlatego osoba przeprowadzająca wywiad powinna wziąć te aspekty pod uwagę podczas rozmowy.

#### (j) Testy psychologiczne oraz korzystanie z list kontrolnych i kwestionariuszy

**539.** Ofiary tortur mogą mieć trudności z wyrażeniem słowami swoich doświadczeń i objawów. W niektórych przypadkach pomocne może być skorzystanie z list kontrolnej zdarzeń i objawów traumy lub kwestionariuszy<sup>470</sup>. Jeśli lekarz klinicysta uważa, że ich użycie może być pomocne, dostępnych jest wiele kwestionariuszy, choć żaden z nich nie jest specyficzny dla ofiar tortur. Przed użyciem testów/kwestionariuszy psychologicznych lekarz klinicysta musi zachować szczególną ostrożność, aby ocenić ich kulturową adekwatność i potencjalny negatywny wpływ na ofiary tortur w określonych sytuacjach. Brak standaryzacji dla konkretnej grupy odniesienia, brak ważności międzykulturowej i różnice językowe mogą poważnie ograniczyć znaczenie i wiarygodność wyników. Istnieje niewiele opublikowanych danych na temat stosowania projekcyjnych i obiektywnych testów osobowości w ocenie ofiar tortur, dlatego ich stosowanie należy oceniać ze szczególną ostrożnością. Nie ma dowodów na to, że określone cechy osobowości mierzone w tych testach zazwyczaj wynikają z doświadczenia tortur lub że pewne cechy osobowości są sprzeczne z faktem bycia torturowanym. Ponadto psychologiczne testy osobowości nie mają znaczenia międzykulturowego. Testy osobowości były często niewłaściwie wykorzystywane do stygmatyzowania domniemanych ofiar, kwestionowania ich ogólnej wiarygodności lub przypisywania stanu emocjonalnego cechom osobowości. W każdym przypadku testy psychologiczne mogą jedynie uzupełniać wywiad kliniczny, nigdy nie mogą zastąpić kompleksowej oceny psychologicznej opisanej w niniejszym rozdziale. Korzystanie z testów psychologicznych nie powinno być traktowane jako imperatyw ani jako mające bardziej ogólny obiektywny lub dowodowy charakter niż ocena lekarza klinicysty. Niemniej jednak mogą one stanowić ważne źródło dodatkowych informacji, a w przypadku niezgodności z opiniami klinicznymi, powinny skłaniać do dalszego badania danego zjawiska. Testy neuropsychologiczne mogą być jednak pomocne w ocenie przypadków uszkodzenia mózgu w wyniku tortur, chociaż należy poważnie rozważyć kwestie wiarygodności, ważności i znaczenia kulturowego (zob. pkt 549-565 poniżej).

#### (k) Interpretacja objawów

**540.** Objawy psychologiczne stwierdzone w ramach oceny obejmują wszystkie informacje zgłoszone przez domniemaną ofiarę, a także obiektywne ustalenia zaobserwowane lub zapamiętane przez lekarza klinicystę podczas oceny. Aby zinterpretować wyniki badań psychologicznych w celu wydania opinii na temat możliwości stosowania tortur, osoba przeprowadzająca ocenę powinna rozważyć następujące ważne kwestie:

- (a) Czy objawy psychologiczne są zgodne z domniemanymi zgłoszonymi przypadkami tortur?
- (b) Czy wyniki badań psychologicznych są oczekiwanymi lub typowymi reakcjami na ekstremalny stres w kontekście kulturowym i społecznym danej osoby?
- (c) Biorąc pod uwagę zmienny w czasie przebieg zaburzeń psychicznych związanych z traumą, jakie są ramy czasowe w odniesieniu do wydarzeń związanych z torturami? Na jakim etapie powrotu do zdrowia znajduje się dana osoba?
- (d) Jakie są współistniejące czynniki stresogenne wpływające na daną osobę (np. trwające prześladowania, przymusowa migracja, wygnanie, utrata rodziny i roli społecznej)? Jaki wpływ mają te kwestie na daną osobę?
- (e) Jakie warunki fizyczne mogą wpływać na obraz kliniczny? Szczególną uwagę należy zwrócić na ewentualne dowody obrażeń głowy odniesionych podczas tortur lub zatrzymania.

**541.** Lekarze klinicyści powinni wyrazić opinię na temat zgodności objawów psychologicznych oraz zakresu, w jakim korelują one z domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem. W tym celu należy wziąć pod uwagę stan emocjonalny i ekspresję osoby podczas przeprowadzania wywiadu, zgłoszony psychologiczny, psychospołeczny i społeczny wpływ domniemanych tortur, obserwacje kliniczne, domniemaną historię zatrzymania i tortur oraz osobistą historię przed torturami, początek i rozwój określonych objawów związanych z domniemanymi torturami, specyfikę wszelkich szczególnych objawów psychologicznych i wzorców funkcjonowania psychologicznego, a także możliwe interakcje.

<sup>470</sup> Joseph Westermeyer i inni, „Comparison of two methods of inquiry for torture with East African refugees: single query versus checklist” [„Porównanie dwóch metod badania tortur wśród uchodźców z Afryki Wschodniej: pojedyncze pytanie a lista kontrolna”], *Torture*, tom 21, nr 3 (2011 r.), s. 155-172.

Należy również opisać i omówić możliwe przyczyny niezgodności (np. luki w pamięci, upośledzenie funkcji poznawczych, dysocjacja, nieufność, poczucie wstydu lub winy lub inne czynniki, które mogą utrudniać ujawnienie informacji) (zob. pkt 343-353 powyżej). Należy wziąć pod uwagę warunki fizyczne, takie jak uraz głowy lub mózgu, a także dodatkowe czynniki, takie jak trwające prześladowania, przymusowa migracja, przesiedlenie, trudności z akulturacją, problemy językowe, bezrobocie, utrata domu oraz status rodzinny i społeczny. Należy ocenić i opisać związek i zgodność między zdarzeniami i objawami.

**542.** Jeśli poziom objawów u danej osoby odpowiada diagnozie opisanej w DSM lub ICD, należy podać tę diagnozę. Zastosowanie może mieć więcej niż jedna diagnoza. Ponownie należy podkreślić, że nawet jeśli diagnoza zaburzeń psychicznych związanych z traumą może uzasadniać doświadczenie tortur, niespełnienie kryteriów diagnozy psychiatrycznej nie oznacza, że dana osoba nie była torturowana. Ofiara tortur może nie wykazywać poziomu objawów wymaganego do pełnego spełnienia kryteriów diagnostycznych DSM lub ICD. W takich przypadkach, podobnie jak we wszystkich innych, objawy występujące u ofiary i domniemane tortury, a także czynniki ochronne i mechanizmy radzenia sobie z traumą powinny być rozpatrywane jako całość. Stopień spójności między domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem a całością objawów psychologicznych należy ocenić i opisać w sprawozdaniu.

**543.** W zależności od kontekstu prawnego i sądowego oraz wymogów, zgodnie z którymi lekarze klinicyści przygotowują sprawozdanie medyczno-prawne, zgodność objawów psychologicznych z domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem można opisać w następujący sposób:

**(a)** „niezgodne z”: objawy psychologiczne nie mogły być spowodowane domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem;

**(b)** „zgodne z”: objawy psychologiczne mogły być spowodowane domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem, ale są one niespecyficzne i istnieje wiele innych możliwych przyczyn;

**(c)** „wysoce zgodne z”: objawy psychologiczne mogły być spowodowane domniemanymi

torturami lub niewłaściwym traktowaniem i istnieje niewiele innych możliwych przyczyn;

**(d)** „typowe dla”: objawy psychologiczne są zazwyczaj konsekwencją domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania i istnieje niewiele innych możliwych przyczyn;

**(e)** „charakterystyczne dla”: objawy psychologiczne nie mogły być spowodowane w żaden inny sposób niż domniemane tortury lub niewłaściwe traktowanie.

**544.** Określenie stopnia spójności jest powszechnie w ocenie fizycznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania i może być również przydatne w przypadku dowodów psychologicznych. Podstawowa logika jest jednak inna, ponieważ spójność między objawami psychologicznymi a domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem nie odnosi się do związku między konkretnym objawem a konkretną metodą tortur lub niewłaściwego traktowania. Zamiast tego odnosi się do powiązań między zestawem traumatycznych doświadczeń a ogólnym stanem psychologicznym, psychospołecznym i psychiatrycznym danej osoby. Podstawową kwestią jest to, czy te powiązania mają sens i w jakim stopniu można je wytłumaczyć nadużyciami, których dana osoba rzekomo doświadczyła. Jeśli lekarz klinicysta uzna, że istnieją kliniczne powody niespójnych wyników, należy to omówić (zob. pkt 343-353 powyżej).

**545.** Lekarze klinicyści powinni pamiętać, że stopień spójności określony jako „typowy dla” odnosi się do oczekiwanych lub typowych reakcji na ekstremalny stres w kontekście kulturowym i społecznym danej osoby. Nie jest on powszechnie stosowany do oceny psychologicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania, ponieważ konsekwencje psychologiczne zwykle zależą od czynników indywidualnych. Obecność lub brak „typowej reakcji psychologicznej” nie powinny być uważane za mniej lub bardziej znaczące lub potwierdzające niż stopień spójności oznaczony jako „wysoce zgodne”. Ponadto stopień spójności oznaczony jako „charakterystyczne dla” jest częściej stosowany w interpretacji fizycznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania i jest rzadko stosowany w interpretacji dowodów psychologicznych.

#### **(I) Wnioski i zalecenia**



546. Lekarze klinicyści powinni sformułować opinię kliniczną na temat możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania na podstawie wszystkich istotnych dowodów klinicznych, w tym „fizycznych”<sup>471</sup> i psychologicznych objawów, informacji historycznych, wyników badań fotograficznych, wyników badań diagnostycznych, wiedzy na temat regionalnych praktyk stosowania tortur, sprawozdania z konsultacji itp.”, zgodnie z pkt 382 powyżej i załącznikiem IV. Opinia lekarza klinicysty na temat możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania powinna być wyrażona przy użyciu tych samych stopni spójności, które są używane do interpretacji wyników: niezgodne z, zgodne z, wysoce zgodne z, typowe dla i charakterystyczne dla. Ostatecznie to ogólna ocena wszystkich wyników badań klinicznych, a nie zgodność każdej zmiany lub objawu z konkretną formą tortur lub niewłaściwego traktowania, jest ważna przy ocenie zarzutów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania.

547. Oprócz przedstawienia wniosków dotyczących możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania lekarze klinicyści powinni jeszcze raz wskazać obecne objawy i niepełnosprawność oraz prawdopodobny wpływ na funkcjonowanie społeczne, a także przedstawić wszelkie zalecenia dotyczące dalszej oceny i opieki nad daną osobą.

548. Zalecenia wynikające z oceny psychologicznej mogą się różnić i zależeć od pytania postawionego w momencie zlecenia oceny. Rozważane kwestie mogą dotyczyć spraw prawnych i sądowych, azylu, przesiedlenia, potrzeby leczenia lub uzyskania zadośćuczynienia. Zalecenia mogą dotyczyć dalszej oceny, np. testów neuropsychologicznych, leczenia medycznego, psychologicznego lub psychiatrycznego, warunków pozbawienia wolności lub potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa lub azylu. Za każdym razem, gdy lekarz klinicysta stwierdzi potrzebę leczenia psychologicznego lub medycznego, należy skierować pacjenta na takie leczenie, niezależnie od pytania postawionego w momencie zlecenia oceny.

#### 4. Ocena neuropsychologiczna

549. Neuropsychologia kliniczna to nauka stosowana dotycząca behawioralnych ekspresji dysfunkcji

mózgu. Ocena neuropsychologiczna dotyczy w szczególności pomiaru i klasyfikacji zaburzeń zachowania związanych z organicznym zaburzeniem funkcjonowania mózgu, a testy neuropsychologiczne mają na celu ocenę deficytów w zakresie sprawności poznawczej. Zrozumieniu charakteru, nasilenia i sposobu występowania dolegliwości poznawczych najlepiej służy ocena neuropsychologiczna przeprowadzona przez wykwalifikowanego psychologa posiadającego odpowiednie kompetencje w zakresie takich ocen. Ocena neuropsychologiczna dostarcza przydatnych informacji na temat funkcjonowania poznawczego pacjenta, co nie jest łatwe do uzyskania w inny sposób. Wszelkie oceny neuropsychologiczne domniemanych ofiar tortur przeprowadzane są rzadko, mogą jednak być pomocne w rozpoznaniu i zmierzeniu niektórych form zaburzeń poznawczych. Poniższe uwagi ograniczone są do omówienia ogólnych zasad, które mają pomóc lekarzom klinicytom w zrozumieniu przydatności i wskazań do oceny neuropsychologicznej domniemanych ofiar tortur. Przed omówieniem kwestii użyteczności i wskazań konieczne jest rozpoznanie ograniczeń ocen neuropsychologicznych w tej grupie badanych.

##### (a) Ograniczenia ocen neuropsychologicznych

550. Istnieje szereg wspólnych czynników utrudniających ogólną ocenę stanu ofiar tortur - czynniki te opisano w innych częściach niniejszego podręcznika. Mają one zastosowanie do ocen neuropsychologicznych w taki sam sposób jak do badań medycznych lub psychologicznych. Użyteczność ocen tego rodzaju może podlegać dalszemu ograniczeniu przez czynniki dodatkowe, takie jak brak dostępnych badań na temat ofiar tortur, konieczność polegania na normach opracowanych dla ogółu populacji, różnice kulturowe i językowe oraz retraumatyzacja ofiar tortur.

551. Jak wspomniano powyżej, ocena neuropsychologiczna osób, które przeżyły tortury, bardzo rzadko jest rozważana w literaturze przedmiotu. Opisane zostały jedynie różne rodzaje urazów głowy i ogólna ocena neuropsychologiczna zespołu stresu pourazowego. Dlatego też poniższa dyskusja i wynikająca z niej wykładnia ocen neuropsychologicznych są z konieczności oparte

<sup>471</sup> Oceny kliniczne przeprowadzane specjalnie w celu oceny „dowodów psychologicznych” mogą obejmować pewne „objawy fizyczne”, na przykład skargi na urazy fizyczne i objawy lub obserwacje objawów fizycznych podczas wywiadu.

na zastosowaniu ogólnych zasad opracowanych dla innych grup badanych.

**552.** Oceny neuropsychologiczne, opracowane i stosowane w krajach zachodnich, opierają się w dużej mierze na podejściu aktuarialnym. Podejście to zazwyczaj obejmuje porównanie wyników szeregu standardowych testów z normami dostosowanymi do grupy badawczej. Chociaż interpretacje ocen neuropsychologicznych oparte na normach mogą być uzupełnione podejściem Łurii opartym na analizie jakościowej, zwłaszcza gdy wymaga tego sytuacja kliniczna, to podejście aktuarialne pełni rolę dominującą<sup>472</sup>. Ponadto na punktacji testu można polegać przede wszystkim w przypadkach uszkodzeń mózgu od łagodnych do umiarkowanych, nie zaś ciężkich, lub gdy deficyt neuropsychologiczny wydaje się mieć znaczenie drugorzędne w stosunku do zaburzenia psychicznego.

**553.** Różnice kulturowe i językowe mogą znacznie ograniczać użyteczność i możliwość zastosowania ocen neuropsychologicznych wśród domniemanych ofiar tortur. Dostępnych jest wiele testów neuropsychologicznych, ale większość z nich została opracowana i „znormalizowana” w kontekście zachodnim/europejskim. Osoba przeprowadzająca badanie powinna być świadoma tych ograniczeń i dostosować wybór metod i instrumentów do konkretnego środowiska osoby badanej, w tym wykształcenia, języka, kultury i znajomości testów<sup>473</sup>. Oceny neuropsychologiczne mają wątpliwą wiarygodność, gdy standardowe tłumaczenia testów nie są dostępne, a osoba przeprowadzająca badanie kliniczne nie posługuje się biegle językiem osoby badanej. Jeśli nie są dostępne tłumaczenia testów odpowiadające standardowi, a osoby przeprowadzające badanie nie posługują się biegle językiem badanego, zadania werbalne nie mogą być w ogóle przeprowadzane i nie mogą podlegać interpretacji w znaczący sposób. Oznacza to, że można stosować tylko testy niewerbalne, co wyklucza porównywanie zdolności werbalnych i niewerbalnych. Analiza lateralizacji (lub lokalizacji) deficytów także jest utrudniona. Analiza ta jest jednak często przydatna ze względu na asymetryczną

strukturę mózgu, w której lewa półkula zwykle odpowiada za funkcję mowy. Jeśli normy dostosowane do grupy badawczej są niedostępne dla grupy kulturowej i językowej badanego, wiarygodność oceny neuropsychologicznej również stoi pod znakiem zapytania. Szacunkowa wartość IQ to jeden z podstawowych punktów odniesienia, umożliwiającą osobom przeprowadzającym badanie spojrzeć na wyniki testów neuropsychologicznych z właściwej perspektywy. Na przykład w badaniach dotyczących populacji Stanów Zjednoczonych te wartości szacunkowe wylicza się często z podzbiorów werbalnych przy użyciu skal Wechslera, w szczególności podskali informacyjnej, ponieważ w przypadku organicznego uszkodzenia mózgu nabyta wiedza w mniejszym stopniu niż inne zadania mózgu podlega degradacji i jest bardziej reprezentatywna dla zdolności uczenia się w przeszłości niż inne miary. Pomiar może również bazować na historii wykształcenia i zatrudnienia oraz na danych demograficznych. Oczywiście żadna z tych dwóch kwestii nie ma zastosowania do osób, dla których nie ustalono norm dostosowanych do grupy badawczej. W związku z tym można dokonać jedynie bardzo przybliżonych szacunków dotyczących zdolności intelektualnych w okresie poprzedzającym uraz. W rezultacie upośledzenie neuropsychologiczne o stopniu mniejszym niż poważne lub umiarkowane może być trudne do interpretacji.

**554.** Ocena neuropsychologiczna może prowadzić do retraumatyzacji osób, które doświadczyły tortur. Należy dochować wszelkich starań, aby zminimalizować możliwość retraumatyzacji domniemanej ofiary w wyniku zastosowania procedury diagnostycznej w jakiegokolwiek formie (zob. pkt 277-280 powyżej). Posługując się tylko jednym, typowym przykładem, przeprowadzenie testu neuropsychologicznego z zastosowaniem Baterii Testowej Halsteada-Reitana, w szczególności zaś Testu Dotykowej Dyskryminacji Przedmiotów (TPT), w trakcie którego badany ma zastonięte oczy, miałyby katastrofalne skutki. Dla większości osób, których oczy były zawiązywane w trakcie zatrzymania lub tortur, a nawet dla tych, które tego nie doświadczyły, byłoby to bardzo traumatyczne, jako że w trakcie takiej

<sup>472</sup> Alexander Romanovich Luria and Lawrence V. Majovski, „Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology” [„Podstawowe podejścia stosowane w amerykańskiej i radzieckiej neuropsychologii klinicznej”], *American Psychologist*, tom 32, nr 11 (1977), s. 959-968. Zob. także Robert J. Ivnik, „Overstatement of differences” [„Zawyżanie różnic”], *American Psychologist*, tom 33, nr 8 (1978), s. 766-767 oraz Uwe Jacobs i Vincent Iacopino, „Torture and its consequences: a challenge to clinical neuropsychology” [„Tortury i ich konsekwencje: wyzwanie dla neuropsychologii klinicznej”], *Professional Psychology Research and Practice*, tom 32, nr 5 (2001), s. 458-464.

<sup>473</sup> Bahrie Velu and Janet Leatham, „Neuropsychological assessment of refugees: methodological and cross-cultural barriers” [„Ocena neuropsychologiczna uchodźców: bariery metodyczne i międzykulturowe”], *Applied Neuropsychology: Adult*, tom 24, nr 6 (2017), s. 481-492.

procedury osoba badana jest całkowicie bezradna. W istocie, przeprowadzenie praktycznie każdego testu neuropsychologicznego może okazać się problematyczne, niezależnie od zastosowanych narzędzi. Obserwacja osoby badanej, odmierzanie czasu wykonania zadań, wysiłek związany z wykonaniem nieznanego zadania zamiast rozmowy - wszystko to może okazać się zbyt stresujące lub w zbyt dużym stopniu przypominać ofierze o traumatycznych doświadczeniach tortur.

#### (b) Wskazania do oceny neuropsychologicznej

**555.** Przy ocenie deficytów behawioralnych domniemanych ofiar tortur można wyodrębnić dwa podstawowe wskazania do oceny neuropsychologicznej: uraz mózgu i zespół stresu pourazowego wraz z pokrewnymi diagnozami. Co prawda obie grupy schorzeń pokrywają się w niektórych aspektach i często są ze sobą zbieżne, ale tylko pierwsza z nich jest typowym i tradycyjnym przedmiotem zastosowania neuropsychologii klinicznej, podczas gdy druga grupa jest stosunkowo nowa, niezbyt dobrze zbadana i raczej problematyczna. Typowa ocena neuropsychologiczna obejmuje wywiad kliniczny z pacjentem w celu ustalenia: najwyższego stopnia uzyskanego formalnego wykształcenia, występowania istniejących wcześniej trudności w nauce, historii medycznej i psychologicznej, wcześniejszych urazów głowy, w tym urazów z dzieciństwa, oraz sporządzenia bardziej szczegółowego przeglądu skarg poznawczych i stanu emocjonalnego pacjenta. Na podstawie informacji zebranych podczas wywiadu oraz na podstawie dokumentacji i pytań referencyjnych neuropsycholog decyduje, które obszary poznawcze i emocjonalne należy ocenić, i może określić zweryfikowane, wiarygodne i kulturowo odpowiednie dla danej osoby testy lub zdecydować się z nich nie korzystać, a zamiast tego polegać na szczegółowym wywiadzie klinicznym. Większość neuropsychologów stosuje obecnie elastyczne podejście do baterii testowych, zgodnie z którym są one wybierane na podstawie zebranych informacji, systematycznego testowania hipotez i zrozumienia podstawowego zaburzenia, które ma odpowiadać za trudności poznawcze i emocjonalne.

**556.** Uraz mózgu i związane z nim uszkodzenia mózgu mogą być wynikiem rozmaitych urazów głowy i zaburzeń metabolicznych w okresie prześladowania i tortur. Mogą to być m.in.: rany postrzałowe, efekt zatrucia, niedożywienia lub przyjmowania szkodliwych substancji, efekt niedotlenienia w wyniku duszenia lub podtapiania, a także, co jest najczęstszym przypadkiem, skutek pobicia i wynikających z niego uderzeń w głowę. Uderzenia w głowę są często zadawane podczas zatrzymań i tortur. Na przykład w jednej z prób badawczych złożonej z osób, które przeżyły tortury, 91% zgłosiło bicie po głowie.<sup>474</sup> Uszkodzenia mózgu są często odnotowywanym urazem wśród ofiar tortur.

**557.** Zamknięte urazy głowy, będące przyczyną tak łagodnych, jak i umiarkowanych zaburzeń długotrwałych, to, jak wskazują badania, prawdopodobnie najczęstsza przyczyna nieprawidłowości neuropsychologicznych. Obszary poznawcze i emocjonalne, które zwykle podlegają kompleksowej ocenie neuropsychologicznej, obejmują: intelekt, wyższe zdolności poznawcze (funkcjonowanie wykonawcze), umiejętność utrzymywania uwagi, pamięć, zdolności wzrokowo-przestrzenne, zdolności motoryczne i sensoryczne oraz stan emocjonalny. Śladami wskazującymi na uraz mogą być blizny na głowie, ich brak nie wyklucza jednak poważnego urazu mózgu. Czasami uszkodzeń mózgu w ogóle nie można wykryć za pomocą obrazowania diagnostycznego. Łagodne lub umiarkowane uszkodzenia mózgu mogą zostać przeoczone lub niedocenione przez specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, ponieważ objawy depresji i zespołu stresu pourazowego prawdopodobnie wysuwają się w trakcie badania klinicznego na pierwszy plan, przez co mniej uwagi poświęca się potencjalnym następstwom urazu głowy. Z reguły ofiary tortur w swoim subiektywnym odczuciu skarżą się na trudności z utrzymaniem uwagi, problemy z koncentracją, a także z pamięcią krótkotrwałą, co może być spowodowane uszkodzeniem mózgu, może jednak stanowić również psychologiczną konsekwencję tortur. Ponieważ powyższe dolegliwości są powszechne u ofiar tortur cierpiących na zespół stresu pourazowego, pytanie, czy są one rzeczywiście spowodowane urazem głowy, może nawet nie zostać zadane.

<sup>474</sup> Dorte Reff Olsen and others, „Prevalent pain and pain level among torture survivors: a follow up study” [Częstość występowania bólu i jego poziom wśród osób, które przeżyły tortury: badanie kontrolne], *Danish Medical Bulletin*, tom 53, nr 2 (2006), s. 210-214.

**558.** W początkowej fazie badania lekarz wystawiający diagnozę musi polegać na zgłoszonej historii urazów głowy oraz na przebiegu symptomatologii. Decyzję o tym, kiedy skierować pacjenta do oceny neuropsychologicznej, należy podejmować indywidualnie dla każdego przypadku. Z reguły w przypadku osób z uszkodzeniami mózgu bardzo przydatne mogą okazać się informacje pochodzące od osób trzecich, szczególnie krewnych. Należy pamiętać, że osoby z urazem mózgu często mają duże trudności z wyrażeniem lub nawet zauważeniem swoich ograniczeń, ponieważ znajdują się niejako „wewnątrz” problemu. Ocena przewlekłości objawów jest pomocnym punktem wyjścia dla zbierania pierwszych danych dotyczących różnicy między organicznym uszkodzeniem mózgu, a zespołem stresu pourazowego. Jeśli zaobserwowano, że objawy w postaci trudności z utrzymaniem uwagi, koncentracji oraz problemów z pamięcią zmieniają się w czasie i współwystępują z okresami natężenia lęku i depresji, jest to prawdopodobnie spowodowane fazowym charakterem zespołu stresu pourazowego. Z drugiej strony, jeśli powyższe trudności wydają się być przewlekłe, bez fluktuacji i są potwierdzone przez członków rodziny, należy rozważyć możliwość wystąpienia uszkodzenia mózgu, nawet przy braku wyraźnej historii wskazującej na uraz głowy.

**559.** Gdy pojawi się podejrzenie organicznego uszkodzenia mózgu, pierwszym krokiem jest rozważenie skierowania do lekarza w celu przeprowadzenia dalszych badań neurologicznych. W zależności od wstępnych ustaleń lekarz może wtedy skonsultować się z neurologiem lub zlecić badania diagnostyczne. Wśród możliwości, które należy rozważyć, znajdują się szeroko zakrojone badania medyczne, szczegółowe konsultacje neurologiczne i ocena neuropsychologiczna. Zastosowanie procedur oceny neuropsychologicznej jest zwykle wskazane, jeśli brak jest poważnych zaburzeń neurologicznych, zgłaszane objawy mają głównie charakter poznawczy lub należy postawić diagnozę różnicową między uszkodzeniem mózgu a zespołem stresu pourazowego.

**560.** Wybór testów i procedur neuropsychologicznych podlega ograniczeniom określonym powyżej, a zatem nie może przebiegać zgodnie ze

standardowym podejściem do przeprowadzania baterii testowych; musi raczej być ustalony dla danego przypadku i brać pod uwagę cechy indywidualne. Osoba przeprowadzająca badanie musi wykazać się znacznym doświadczeniem, wiedzą i ostrożnością, aby być w stanie elastycznie dostosować wymagane testy i procedury. Jak wskazano powyżej, zakres dostępnych narzędzi jest często ograniczony wyłącznie do zadań niewerbalnych, a fakt, że normy dla ogółu populacji nie mają zastosowania do osoby badanej, odbije się zapewne na właściwościach psychometrycznych testów standaryzowanych. Brak możliwości stosowania środków werbalnych stanowi bardzo poważne ograniczenie. Język pośredniczy w wielu obszarach funkcjonowania poznawczego, a systematyczne porównania między różnymi werbalnymi i niewerbalnymi pomiarami zwykle stosuje się w celu wyciągnięcia wniosków dotyczących charakteru stwierdzonych deficytów.

**561.** Wybór instrumentów i procedur w ocenie neuropsychologicznej domniemanych ofiar tortur należy pozostawić lekarzowi klinicyście, który będzie musiał dokonać stosownego wyboru zgodnie z wymaganiami i możliwościami danej sytuacji. Testy neuropsychologiczne nie mogą być zastosowane prawidłowo bez odpowiedniego dokładnego szkolenia i wiedzy z dziedziny funkcji behawioralnych mózgu. Wyczerpujący wykaz procedur i testów neuropsychologicznych oraz ich właściwe zastosowanie można znaleźć w ogólnych opracowaniach<sup>475</sup>.

#### (c) Zespół stresu pourazowego

**562.** Powyższa analiza wskazuje jednoznacznie, że przystępując do oceny neuropsychologicznej uszkodzenia mózgu u domniemanych ofiar tortur, należy zachować szczególną ostrożność. Tym większą ostrożność należy zachować przy próbach udokumentowania zespołu stresu pourazowego u domniemanych ofiar za pomocą oceny neuropsychologicznej. Nawet w przypadku przeprowadzania oceny osób z zespołem stresu pourazowego, dla których dostępne są normy dostosowane do tej grupy badawczej, należy wziąć pod uwagę znaczne utrudnienia. Zespół stresu pourazowego (PTSD) jest zaburzeniem psychiatrycznym i tradycyjnie nie był w ogóle przedmiotem oceny neuropsychologicznej. Co więcej, PTSD nie jest zgodne z klasycznym paradygmatem analizy

<sup>475</sup> Esther Strauss, Elisabeth M.S. Sherman and Otfried Spreen, *A Compendium of Neuropsychological Tests [Kompendium testów neuropsychologicznych]*: wyd. 3 (Nowy Jork, Oxford University Press, 2006).

możliwych do zidentyfikowania zmian w mózgu, które można potwierdzić metodami diagnostycznymi. Wraz ze zwiększonym naciskiem na zrozumienie mechanizmów biologicznych związanych z zaburzeniami psychicznymi odwołania do paradygmatów neuropsychologicznych zdarzają się częściej, niż miało to miejsce w przeszłości. Dotychczasowe ustalenia są jednak zróżnicowane i niejednoznaczne, a zatem nie można ich zastosować do celów diagnostycznych.

**563.** Istnieje duża różnorodność między próbami badawczymi wykorzystywanymi do badania miar neuropsychologicznych mających zastosowanie w stresie pourazowym. Być może jest to przyczyną zróżnicowania problemów poznawczych, opisanych w wynikach tych badań. Jak stwierdzono, „badania kliniczne sugerują, że objawy PTSD w największym stopniu nakładają się na obszary neurokognitywne odpowiedzialne za skupienie uwagi, pamięć i funkcje wykonawcze”.<sup>476</sup> Jest to zgodne ze skargami często słyszanyymi od ofiar tortur. Osoby te opisują trudności z koncentracją i niezdolność do zapamiętywania informacji, jak również problemy z angażowaniem się w zaplanowane, ukierunkowane na cel działania.

**564.** Metody oceny neuropsychologicznej wydają się umożliwiać rozpoznanie deficytów neurokognitywnych w PTSD, niemniej ich konkretyzacja stanowi trudniejsze zadanie. W niektórych badaniach udokumentowano występowanie deficytów u osób z diagnozą PTSD w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych, ale nie udało się w nich odróżnić osób z zespołem stresu pourazowego od dopasowanej grupy kontrolnej z innymi rodzajami zaburzeń psychiatrycznych<sup>477</sup>. Innymi słowy, jest prawdopodobne, że deficyty neurokognitywne w wynikach testów będą widoczne w przypadkach PTSD, ale niewystarczające do jego zdiagnozowania. Podobnie jak w przypadku wielu innych rodzajów oceny, interpretacja wyników testu musi być zintegrowana z szerszym kontekstem informacji uzyskanych podczas wywiadu. W tym sensie konkretne metody oceny neuropsychologicznej mogą przyczynić się do udokumentowania przypadków

PTSD w taki sam sposób jak w przypadku innych zaburzeń psychicznych związanych ze znanymi deficytami neurokognitywnymi.

**565.** Pomimo istotnych ograniczeń ocena neuropsychologiczna może być przydatna w ocenie osób podejrzanych o uraz mózgu i w odróżnianiu urazu mózgu od PTSD. Ocena neuropsychologiczna może być również wykorzystana do oceny konkretnych objawów, takich jak problemy z pamięcią, oraz do określenia rzeczywistego stopnia zaburzeń i wynikających z tego rozważań dotyczących zadośćuczynienia i rehabilitacji. Ocena zdolności poznawczych może być również przydatna w określaniu przeszkód w uczestnictwie w postępowaniach przed organami sprawiedliwości. Ocena trudności z pamięcią może stanowić wskazówkę dla sędziów i innych osób lub organów decyzyjnych o tym, jak należy oceniać rozbieżności w dowodach. Dana osoba może nie mieć wystarczających zdolności umysłowych<sup>478</sup> do poinstruowania przedstawiciela prawnego, wyrażenia zgody na badanie, przesłuchanie lub złożenie zeznań. Ocena zaburzeń funkcji poznawczych może wykazać, że osoba z podstawową zdolnością do podejmowania decyzji nie potrafi ocenić, w jaki sposób jej trudności z pamięcią i koncentracją wpływają na jej zdolność do składania zeznań i bycia przesłuchiwaną. Zagrożona może być zdolność takich osób do zrozumienia wniosków, wyciąganych przez inne osoby, co do wpływu zaburzeń na dostarczone przez nie dowody.

## 5. Dzieci i kwestia tortur

**566.** Tortury mogą mieć bezpośredni lub pośredni wpływ na dziecko. Wpływ może być spowodowany tym, że dziecko było torturowane lub przetrzymywane, poddani torturom byli rodzice lub bliscy członkowie rodziny lub że było świadkiem tortur i przemocy lub dowiedziało się, że były one stosowane wobec innych ważnych dla dziecka osób. Tortury są istotnym czynnikiem ryzyka zakłócającym rozwój psychiczny, fizyczny, emocjonalny i społeczny dzieci oraz negatywnie wpływającym na ich zdrowie psychiczne i fizyczne. Pełne omówienie psychologicznego wpływu tortur na dzieci

<sup>476</sup> Jeffrey A. Knight, „Neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder” [„Ocena neuropsychologiczna w zespole stresu pourazowego”], w: *Assessing Psychological Trauma and PTSD [Ocena urazów psychicznych i PTSD]*, John P. Wilson and Terence M. Keane, red. (New York, Guilford Press, 1997), s. 448-492.

<sup>477</sup> John E. Dalton, Sanford L. Pederson i Joseph J. Ryan, „Effects of post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance” [„Wpływ zespołu stresu pourazowego na wyniki testów neuropsychologicznych”], *International Journal of Clinical Neuropsychology*, tom 11, nr 3 (1989), s. 121-124 oraz Tzvi Gil i inni, „Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder” [„Funkcjonowanie poznawcze w zespole stresu pourazowego”], *Journal of Traumatic Stress*, tom 3, nr 1 (1990), s. 29-45.

<sup>478</sup> Zdolność umysłowa odnosi się do zdolności rozumienia informacji istotnych dla podjęcia decyzji, a także przechowywania i ważenia informacji oraz skutecznego komunikowania decyzji. U osób, które przeżyły tortury, zdolności te mogą być zaburzone, ponieważ zaburzenia nastroju i zaburzenia psychotyczne mogą wpływać na zdolność oceny i wartościowania informacji, a deficyty poznawcze mogą wpływać na zdolność rozumienia i zachowywania istotnych informacji.

i pełne wytyczne dotyczące przeprowadzania oceny dziecka, które było torturowane, wykraczają poza zakres tego podręcznika. Niemniej można przedstawić zarys najważniejszej problematyki.

**567.** Po pierwsze podczas oceny dziecka podejrzanego o bycie poddanym torturom lekarz klinicysta musi być poinformowany o istnieniu Protokołu stambulskiego i przestrzegać jego zasad. Lekarz klinicysta musi upewnić się, czy dzieci otrzymują wsparcie od troszczących się o nie osób i czy czują się bezpiecznie podczas oceny. Może to wymagać obecności rodzica lub zaufanego opiekuna podczas procesu przeprowadzania oceny lub jego części. Po drugie lekarz klinicysta musi pamiętać, że dzieci często nie wyrażają swoich myśli i emocji związanych z traumą słownie, a raczej za pomocą odpowiednich zachowań. Stopień, w jakim dzieci są w stanie ująć uczucia, myśli i wspomnienia w słowa, zależy od wieku dziecka, poziomu rozwoju i innych czynników, takich jak dynamika życia rodzinnego, cechy osobowości, normy kulturowe i kontekst psychospołeczny. Istnieje kilka wskazówek dotyczących tego, jak najlepiej przeprowadzić rozmowę z dzieckiem, które lekarze klinicyści mogą wykorzystać do wsparcia swojej pracy (zob. pkt 284-293 powyżej).

**568.** Jeśli dziecko padło ofiarą napaści fizycznej lub seksualnej, ważne jest, aby - o ile to w ogóle możliwe - zostało zbadane przez eksperta ds. przemocy wobec dzieci i przy wykorzystaniu odpowiednich porad<sup>479</sup>.

**(a) Względy rozwojowe**

**569.** Czynniki warunkujące rozwój wpływają na zdolność dzieci i młodzieży do wykonywania zadań istotnych dla oceny<sup>480</sup>. Badania nad przebiegiem przesłuchań sądowych wskazują, że dzieci zaczynają wykazywać zdolność do dokładnego przypominania sobie wydarzeń będąc w wieku od 3 do 6 lat, ale istnieje w tym duża zmienność<sup>481</sup>. Niemniej od dzieci można uzyskać cenne i prawdziwe informacje. Wymaga to jednak starannego dochowania procedur w zakresie przeprowadzania wywiadów oraz

świadomości na temat możliwości i ograniczeń dzieci<sup>482</sup>.

**570.** Można obserwować i oceniać niemowlęta, chociaż nie można przeprowadzić z nimi wywiadu werbalnego. Lekarz klinicysta może oceniać poziom ich aktywności, charakter interakcji i relacji z innymi, afekt i stan regulacji, jak również ogólny nastrój i zaangażowanie w zabawę. Przekazane od rodziców lub opiekunów informacje na temat zachowania ich niemowląt (jedzenie, sen i temperament) mogą być przydatne, szczególnie w odniesieniu do zmian w standardowych etapach rozwoju, godnych uwagi regresjach lub do utraty wcześniej posiadanych umiejętności. Oceny wykorzystujące skale rozwoju niemowląt mogą wskazywać na poziom funkcjonowania niemowlęcia w odniesieniu do grupy wiekowej.

**571.** Dzieci w wieku przedszkolnym mają zazwyczaj wysoki poziom sugestywności i chętnie przystają na prośby dorosłych; ich poznanie charakteryzuje się prelogicznym, magicznym i egocentrycznym myśleniem, którego wytwory mogą być mylone z rzeczywistymi wydarzeniami. Konstruują one rzeczywistość na podstawie obserwowalnego świata, mają tendencję do myślenia w kategoriach absolutnych i doświadczają gwałtownych zmian stanów emocjonalnych. Język jednak rozwija się szybko między trzecim a piątym rokiem życia, a dzieci są zdolne mówić o swoich obawach i uczuciach oraz podawać prawdziwe opisy wydarzeń. Najlepiej reagują na krótkie, konkretne i dociekliwe pytania mające na celu rozwinięcie i wyjaśnienie ich pomysłów.

**572.** W wieku od 6 do 12 lat dzieci potrafią myśleć przyszłościowo, formułować plany i wykonywać różne zadania umysłowe. Ich myślenie pozostaje jednak konkretne, sztywne i dosłowne. Mają tendencję do myślenia w kategoriach faktycznych, a nie logicznych relacji, i nie potrafią przewidzieć możliwych konsekwencji czy wyników. Jednocześnie rozumieją związki przyczynowo-skutkowe, mają świadomość społeczną i potrafią zrozumieć niespójności w zachowaniach społecznych. Ich zdolność do omawiania abstrakcyjnych kwestii jest jednak

<sup>479</sup> Royal College of Paediatrics and Child Health, *The Physical Signs of Child Sexual Abuse: An Evidence-Based Review and Guidance for Best Practice* [Fizyczne oznaki wykorzystywania seksualnego dzieci: Oparty na dowodach przegląd i wskazówki dotyczące najlepszych praktyk] (Lavenham, Wielka Brytania, Lavenham Press, 2015). Zob. także Astrid Heger, S. Jean Means i David Muram, eds., *Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas* [Ocena dziecka, które doświadczyło przemocy seksualnej: podręcznik medyczny i atlas fotograficzny], wyd. 2 (Nowy Jork, Oxford University Press, 2000).

<sup>480</sup> Linda Sayer Gudas i Jerome M. Sattler, „Forensic interviewing of children and adolescents” [„Przesłuchanie sądowe dzieci i młodzieży”], *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta and Gerald P. Koocher, red. (Nowy Jork, Oxford University Press, 2006), s. 115-128.

<sup>481</sup> Tamże.

<sup>482</sup> Tamże.

ograniczona i wykazują podatność na negatywne opinie i wprowadzające w błąd pytania.

**573.** Osoby nastoletnie wykazują się mniej konkretnym myśleniem i są zdolne do myślenia symbolicznego i racjonalnego. Duży wpływ mają na nich rówieśnicy; osobom w tym wieku może wydawać się, że są niezwykłe, przez co są one bardziej skłonne do podejmowania ryzykownych zachowań. Niemniej są też w większym stopniu zdolne rozpoznawać granice i wymogi etyczne oceny, a także lepiej rozumieją powód badania związanego z doświadczeniami dotyczącymi tortur lub niewłaściwego traktowania. Naukowcy zauważają, że osoby nastoletnie mogą w dokładny sposób zgłaszać objawy, wydarzenia i doświadczenia, zachowując konkretne ramy czasowe i charakterystykę otoczenia<sup>483</sup>. Lekarz klinicysta powinien poinformować osobę nastoletnią, że jej opinie i wkład są cenne. Prywatność może mieć dla osób nastoletnich szczególne znaczenie, a wszelkie ograniczenia poufności należy dokładnie przeanalizować. Zaleca się rozpocząć ocenę od kwestii neutralnych, a dopiero później zająć się kwestiami drażliwymi<sup>484</sup>.

**574.** Istnieją istotne różnice między strategiami odzyskiwania pamięci autobiograficznej a możliwościami dzieci w wieku przedszkolnym i starszych: młodsze dzieci mają tendencję do zapamiętywania mniejszej liczby informacji, w porównaniu do starszych dzieci dostarczają krótszych opisów swoich doświadczeń i częściej niż starsze dzieci odpowiadają błędnie na sugestywne pytania. Co więcej, im młodsze dzieci, tym większy wpływ na ich doświadczenie i zrozumienie traumatycznego wydarzenia będą miały reakcje i postawy opiekunów natychmiast po zdarzeniu<sup>485</sup>. Należy jednak zauważyć, że relacje młodszych dzieci są nie mniej dokładne niż relacje dzieci starszych.<sup>486</sup>

**575.** Reakcje dziecka na tortury zależą od jego wieku, etapu rozwoju i umiejętności poznawczych<sup>487</sup>. Dla dzieci poniżej trzeciego

roku życia, które doświadczyły tortur lub były ich świadkami, kluczowa jest ochronna i uspokajająca rola ich opiekunów<sup>488</sup>. Reakcje bardzo małych dzieci na traumatyczne przeżycia zazwyczaj obejmują nadmierne pobudzenie, przejawiające się niepokojem, zaburzeniami snu, drażliwością, wzmożonymi reakcjami na zaskakujące informacje i unikaniem ludzi, miejsc, przedmiotów, sytuacji międzyludzkich lub rozmów (takich jak wywiad kliniczny), które przywołują wspomnienia traumy. Dzieci powyżej trzeciego roku życia często mają tendencję do wycofywania się i odmawiają mówienia bezpośrednio o traumatycznych doświadczeniach. Zdolność do ekspresji werbalnej wzrasta w trakcie rozwoju. Wyraźny wzrost następuje około ósmego/dziewiątego roku życia, gdy rozwój dziecka osiąga tzw. „stadium operacji konkretnych”, w którym dzieci rozwijają zdolność do zapewnienia wiarygodnej chronologii wydarzeń<sup>489</sup>. Te nowe umiejętności są wciąż kruche i zwykle dopiero na początku „stadium operacji formalnych” (12 lat) dzieci są w stanie konsekwentnie konstruować spójną narrację. Okres dojrzewania to czas intensywnego rozwoju, w trakcie którego skutki tortur mogą się znacznie różnić. Doświadczenia związane z torturami mogą powodować głębokie zmiany osobowości u osób nastoletnich, skutkujące chronicznie rozregulowanym funkcjonowaniem emocjonalnym oraz problemami związanymi z zachowaniem i budowaniem relacji. Może jednak dojść do sytuacji, w której skutki tortur będą objawiać się podobnie u małych dzieci i osób nastoletnich, regresją i zanikami umiejętności.

#### (b) Rozważania dotyczące przeprowadzania oceny

**576.** Przygotowując się do przeprowadzenia oceny, lekarze klinicyści muszą wziąć pod uwagę okoliczności wynikające z osobistych kwestii, jak również z kontekstu sytuacji, które wymagają dostosowania złożoności języka i oczekiwań dotyczących poziomu szczegółów,

<sup>483</sup> Tamże. Zob. także Zoe Given-Wilson, Jane Herlihy i Matthew Hodes, „Telling the story: a psychological review on assessing adolescents' asylum claims” [„Opowiadanie historii: przegląd psychologiczny dotyczący oceny wniosków o azyl składanych przez nastolatków”], *Canadian Psychology*, tom 57, nr 4 (2016), s. 265-273.

<sup>484</sup> Sayer Gudas i Sattler, „Przesłuchania sądowe dzieci i młodzieży”.

<sup>485</sup> Saskia von Overbeck Ottino, „Familles victimes de violences collectives et en exil: quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d'une pédopsychiatre”, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, tom 14 (1998), s. 35-39.

<sup>486</sup> Michael E. Lamb i inni, „Structured forensic interview protocols improve the quality and informativeness of investigative interviews with children: a review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol” [„Ustrukturyzowane protokoły przesłuchań sądowych poprawiają jakość i informatywność przesłuchań śledczych z dziećmi: przegląd badań z wykorzystaniem protokołu przesłuchania śledczego NICHD”], *Child Abuse & Neglect*, tom 31, nr 11-12 (2007), s. 1201-1231.

<sup>487</sup> Australian Child and Adolescent Trauma, Loss and Grief Network, „How children and young people experience and react to traumatic events” [Jak dzieci i młodzież przeżywają traumatyczne wydarzenia i reagują na nie”](2010), s. 4.

<sup>488</sup> Michel Grappe, „La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés”, w *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie: face au traumatisme*, Marie Rose Moro i Serge Lebovici, red. (Paryż, Presses universitaires de France, 1995), s. 89-106.

<sup>489</sup> Jean Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, wyd. 9 (Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1977).

jakie dziecko będzie w stanie podać<sup>490</sup>. W miarę możliwości zaleca się zbieranie informacji od rodziców, nauczycieli i innych osób na temat historii rozwoju dziecka, jego specjalnych potrzeb, dotychczasowych chorób i leczenia psychiatrycznego oraz na temat zaburzeń psychicznych, funkcjonowania w szkole i społeczeństwie oraz dostosowania behawioralnego<sup>491</sup>. Opiekunowie mogą również przekazać informacje o emocjach dziecka oraz zmianach jego nastroju i zachowania. Jeśli dziecku lub nastolatkowi nie towarzyszą rodzice lub ich zastępcy, jak ma to miejsce w przypadku pozbawionych opieki osób małoletnich w sprawach azylowych, należy dążyć do wszelkich starań, aby zapewnić atmosferę zaufania i życzliwości. Ważne jest również, aby upewnić się, czy pozbawiona opieki osoba małoletnia zostanie objęta opieką po rozmowie.

**577.** Lekarz klinicysta powinien być świadomy potencjalnego ryzyka i zagrożenia dla dziecka na przykład ze strony sprawców tortur i wziąć je pod uwagę. Zdecydowanie zaleca się, aby lekarze klinicyści, planując przeprowadzenie oceny, wzięli pod uwagę, że może być ona dłuższa niż w przypadku dorosłych, ze względu na czas, który może być wymagany do nawiązania kontaktu z dzieckiem, lub konieczność zapewnienia mu czasu i warunków, by mogło podzielić się ważnymi i wrażliwymi informacjami<sup>492</sup>. Może to oznaczać konieczność zaplanowania oceny na więcej spotkań na przestrzeni kilku dni i uwzględnienia czasu na przerwy, rozmowy i działania niezwiązane z doświadczeniem tortur lub niewłaściwego traktowania. Poziom, na którym przeprowadzana jest komunikacja z dzieckiem, musi być odpowiedni do jego wieku, poziomu rozwoju, umiejętności komunikacyjnych oraz innych indywidualnych i wynikających z kontekstu okoliczności<sup>493</sup>. Dziecko powinno otrzymać informacje i wyjaśnienia dotyczące oceny, które umożliwią mu podjęcie decyzji o tym, czy i w jaki sposób chce uczestniczyć w procedurze w sposób dla niego zrozumiały i odpowiedni do jego wieku i poziomu dojrzałości. Potencjalne i rzeczywiste zagrożenia należy rozważyć wspólnie z dzieckiem. W stopniu, w jakim jest to możliwe i w najlepszym interesie dzieci, dobrą praktyką

jest włączenie ich rodziców lub opiekunów w proces oceny, przy czym należy osiągnąć jasne, wzajemne porozumienia co do charakteru i stopnia ich uczestnictwa oraz informacji, które zostaną im przekazane.

**578.** Zbudowanie zaufania może być trudne, ponieważ sytuacja zbierania wywiadu może przypominać dziecku tortury lub niewłaściwe traktowanie. Zaufanie może zostać podważone ze względu na różnicę wieku lub nierównowagę sił, bądź też w sytuacji gdy lekarze klinicyści lub tłumacze są postrzegani jako przedstawiciele grupy politycznej, etnicznej lub społecznej, której władze dokonywały tortur. Czynniki te mogą również wpływać na zaufanie i pozytywny stosunek rodziców i opiekunów do przeprowadzenia oceny. Osiągnięcie zaufania może być niemożliwe w ograniczonych ramach czasowych oceny. Wytyczne Wysokiego komisarza ONZ do spraw Uchodźców (UNCHR) dotyczące przesłuchiwanie dzieci w sprawach dotyczących wniosków o azyl w Unii Europejskiej stanowią, że: „Dobre praktyki w budowaniu zaufania były widoczne na początku wielu wywiadów, podczas których ankieterzy przedstawiali tłumaczy, wyjaśniali ich rolę, znaczenie poufności oraz że będą mówić w pierwszej osobie i tłumaczyć dosłownie”<sup>494</sup>.

**579.** Zaleca się, aby odpowiednio przywitać dziecko i rozpocząć ocenę od neutralnych tematów związanych z codziennym życiem dziecka, takich jak szkoła, przyjaźnie i ulubione zajęcia. Innym czynnikiem, który może potencjalnie ułatwić budowanie zaufania, jest zmniejszenie dystansu psychologicznego i formalności; na przykład przez użycie okrągłego lub owalnego stołu i unikanie umieszczania ekranu komputera przed lekarzem klinicystą i tłumaczem. Dobrze, aby lekarz klinicysta zapewnił wystarczająco dużo czasu na przerwy i zwrócił uwagę na kondycję dziecka, uważając, aby go nie przytłoczyć. Jeśli istnieją oznaki, że dziecko staje się niespokojne, nieobecne lub odczuwa znaczny niepokój, oceniający powinien odnotować te wskaźniki kliniczne i poczynić wszelkie kroki, aby ulżyć dziecku lub zapewnić mu wsparcie psychospołeczne. Ocena może być nagrywana za zgodą dziecka i ewentualnie

<sup>490</sup> UNHCR, *The Heart of the Matter: Assessing Credibility when Children Apply for Asylum in the European Union* [Jak włożyć w to serce: ocena wiarygodności w przypadkach, gdy dzieci występują o azyl w Unii Europejskiej] (Bruksela, 2014), s. 107.

<sup>491</sup> Kathryn Kuehnle i Steven N. Sparta, „Assessing child sexual abuse allegations in a legal context” [„Ocena zarzutów wykorzystywania seksualnego dzieci w kontekście prawnym”], w: *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta i Gerald P. Koocher, red. (Nowy Jork, Oxford University Press, 2006), s. 129-148.

<sup>492</sup> Tamże.

<sup>493</sup> UNHCR, *The Heart of the Matter*, s. 107.

<sup>494</sup> Tamże, s. 126.



rodzica lub opiekuna, aby umożliwić ankieterom bezpośrednią komunikację z dzieckiem, bez zakłóceń związanych z robieniem notatek<sup>495</sup>. Jeśli ocena jest nagrywana, należy dołożyć wszelkich starań, aby nagranie pozostało poufne, z ograniczonym dostępem przyznanym tylko zespołowi oceniającemu, a także aby chronić tożsamość dziecka. Jeśli istnieją inne lokalne wymogi prawne dotyczące ochrony danych, należy ich przestrzegać.

**580.** Użycie instrumentów oceny może być przydatne i zapewnić dodatkowe wsparcie dla wyciągania wniosków z oceny. Zaleca się, aby lekarze klinicyści korzystali z instrumentów, których ważność i wiarygodność zostały ustalone dla konkretnej - ocenianej - grupy badawczej. Jeśli takie instrumenty nie są dostępne, należy zachować dużą ostrożność w interpretacji wyników testu. Należy udokumentować wszelkie zmiany w procedurach administracyjnych i interpretacyjnych i odnotować ich potencjalny wpływ na wyniki<sup>496</sup>.

### (c) Uwagi kliniczne

**581.** Ocena psychologicznych skutków tortur i niewłaściwego traktowania dzieci i młodzieży powinna obejmować informacje dotyczące następujących kwestii: (a) wieku dziecka, stadium rozwoju, a także obecnych i przeszłych stanów zdrowia, w tym psychicznego (zdolności poznawcze, komunikacyjne i językowe, specjalne potrzeby, funkcjonowanie w społeczeństwie i szkole, dostosowanie behawioralne i zaburzenia emocjonalne); (b) osobistej i rodzinnej historii przedstawionej chronologicznie, miejsc zamieszkania itp. (c) opisu domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, ich częstotliwości i czasu trwania; (d) informacji dotyczących tego, czy dziecko było świadkiem śmierci lub tortur innych, zwłaszcza bliskich i ważnych dla niego osób, lub dowiedziało się, że torturom czy niewłaściwemu

traktowaniu poddane były ważne dla niego osoby; (e) tożsamości domniemanego oprawcy i tego, co oznacza ona dla dziecka w szczególnym dla niego kontekście społecznym i politycznym; (f) czynników ochronnych i wskaźników odporności; (g) dostępności rodziny i innych opiekunów w celu zapewnienia wsparcia psychospołecznego; (h) statusu prawnego dziecka; oraz (i) obowiązujących przepisów dotyczących leczenia i wsparcia.

**582.** Podczas gdy objawy, które pojawiają się u dzieci mogą być podobne do tych obserwowanych u dorosłych, manifestacja objawów może wyglądać inaczej niż u dorosłych, a lekarz klinicysta musi w większym stopniu polegać na obserwacjach zachowania dziecka niż na jego ekspresji werbalnej, brać pod uwagę zachowanie dziecka przed domniemanymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem i uwzględnić standardowe etapy rozwoju, aby rozpoznać jakiegokolwiek potencjalne wpływy na normalne zachowanie<sup>497</sup>. Zbieranie informacji od opiekunów, nauczycieli lub innych dorosłych w otoczeniu dziecka jest zalecane i może być konieczne. Badania nakreśliły wpływ traumy na zdrowie psychiczne i fizyczne dzieci. Stwierdzono na przykład, że trauma znacząco wpływa na rozwój poznawczy<sup>498</sup> a narażenie na traumatyczne doświadczenia zwiększa ryzyko wystąpienia problemów behawioralnych, problemów z nauką, otyłości<sup>499</sup> i objawów psychotycznych w dzieciństwie<sup>500</sup>. Badania nad rozwojem neurobehawioralnym pokazują, że na rozwój mózgu dzieci wpływa środowisko, w którym dorastają. Chociaż dzieci mogą nie być w stanie przypomnieć sobie danego zdarzenia, wspomnienie tortur może mieć traumatyczny wpływ na niemowlęta i małe dzieci, w tym także potencjalnie długoterminowy wpływ na ich umiejętność budowania więzi, regulacji emocjonalnej i doświadczania zaufania<sup>501</sup>. Środowisko i trauma będą miały wpływ na

<sup>495</sup> Tamże, s. 107.

<sup>496</sup> Gerald P. Koocher, „Ethical issues in forensic assessment of children and adolescents” [„Kwestie etyczne w sądowej ocenie dzieci i młodzieży”], w: *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents [Sądowa ocena zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży]*, Steven N. Sparta i Gerald P. Koocher, red. (Nowy Jork, Oxford University Press, 2006), s. 46-63.

<sup>497</sup> Zob. Lenore C. Terr, „Childhood traumas: an outline and overview” [„Trauma z dzieciństwa: zarys i przegląd”], *American Journal of Psychiatry*, tom 148, nr 1 (1991), s. 10-20; Zero to Three, DC:0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood [Ode zera do trzech, DC:0-5:

Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń zdrowia psychicznego i rozwoju w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym], wersja 2.0 (Washington, D.C., 2021); Françoise Sironi, „On torture un enfant”, ou les avatars de l’ethnocentrisme psychologique”, *Sud/Nord - Folies et Cultures*, nr 4 (Enfances) (1995), s. 205-215 oraz Lionel Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l’enfant* (Paris, ESF, 1996).

<sup>498</sup> Michelle Bosquet Enlow i inni, „Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study” Interpersonalne narażenie na traumę i rozwój poznawczy u dzieci w wieku do 8 lat: badanie podłużne], *Journal of Epidemiology and Community Health*, tom 66, nr 11 (2012), s. 1005-1010.

<sup>499</sup> Nadine J. Burke i inni, „The impact of adverse childhood experiences on an urban paediatric population” [„Wpływ niepożądanych doświadczeń z dzieciństwa na miejską populację pediatryczną”], *Child Abuse & Neglect*, tom 35, nr 6 (2011), s. 408-413.

<sup>500</sup> Louise Arseneault i inni, „Childhood trauma and children’s emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study” [„Trauma z dzieciństwa i pojawiające się objawy psychotyczne u dzieci: podłużne badanie kohortowe uwzględniające podatność genetyczną”], *American Journal of Psychiatry*, tom 168, nr 1 (2011), s. 65-72.

<sup>501</sup> Atilgan Erozkun, „The link between types of attachment and childhood trauma” [„Związek między typami przywiązania a traumą z dzieciństwa”], *Universal Journal of Educational Research*, tom 4, nr 5 (2016), s. 1071-1079.

tożsamość nastolatka, dojrzewanie mózgu i funkcje myślowe, takie jak myślenie abstrakcyjne i zdolność do rozważania wielu perspektyw, a także regulację emocji i przetwarzanie emocjonalne, które wciąż rozwijają się w tym wieku<sup>502</sup>.

- 583.** U dzieci mogą pojawić się objawy stresu pourazowego. Objawy mogą być podobne do tych obserwowanych u dorosłych, ale lekarz klinicysta musi w większym stopniu polegać na obserwacji zachowania dziecka niż na jego ekspresji słownej<sup>503</sup>. Na przykład dziecko może wykazywać objawy ponownego przeżywania traumy, objawiające się monotonna, powtarzającą się zabawą przedstawiającą aspekty traumatycznego wydarzenia, wizualnymi wspomnieniami wydarzeń w zabawie i poza nią, powtarzającymi się pytaniami lub deklaracjami dotyczącymi traumatycznego wydarzenia oraz nawracającymi koszmarami sennymi, które w szczególności dla młodszych dzieci (np. w wieku 6 lat i mniej) mogą nie mieć rozpoznawalnej treści. Dzieci mogą również wyrażać powtarzające się obawy, że tortury ponownie wystąpią lub że sprawcy ponownie skrzywdzą je lub ich bliskich pomimo zapewnień, że są bezpieczne. U dziecka może wystąpić moczenie nocne, utrata kontroli nad wypróżnianiem, wycofanie społeczne, ograniczony afekt, zmiany w nastawieniu do samego siebie i innych oraz poczucie, że nie ma przyszłości. Dziecko może doświadczać nadmiernego niepokoju i mieć lęki nocne, problemy z zasypianiem, zaburzenia snu, wzmożoną reakcję zaskoczenia, drażliwość oraz znaczne zaburzenia uwagi i koncentracji. Dziecko może również skarżyć się na bóle ciała, takie jak bóle brzucha lub inne problemy natury fizycznej. Lęki i agresywne zachowania, które nie istniały przed traumatycznym wydarzeniem, mogą objawiać się jako agresja wobec rówieśników, dorosłych lub zwierząt, strach przed ciemnością, strach przed samotnym chodzeniem do toalety i fobie. Dzieci mogą wykazywać zachowania seksualne, które są nieodpowiednie dla ich wieku. Pourazowe zmiany w zachowaniu mogą również obejmować zachowania ryzykowne, samookaleczenia i próby samobójcze. Dziecko może stać się lękliwe lub przywiązane do rodziców lub opiekunów, wykazywać zachowania wybuchowe lub napady złości, wykazywać stan podobny do transu, zaniki uwagi, dezorientację, skłonność do

zapominania i brak reakcji. Mogą pojawić się objawy lękowe, takie jak przesadny strach przed obcymi, lęk separacyjny, panika, pobudzenie, napady złości i niekontrolowany płacz. Niepokój może przejawiać się w innych zachowaniach, takich jak obgryzanie paznokci i ssanie kciuka oraz zmiany w używaniu języka mówionego. U dziecka mogą również wystąpić problemy z jedzeniem. Osoby nastoletnie mogą prezentować bardzo różne zachowania, początkowo zaprzeczając jakimkolwiek objawom i twierdząc, że ich poziom funkcjonowania jest dobry i nie potrzebują pomocy. Presja rówieśników, aby dopasować się do innych, i strach przed piętnem choroby psychicznej mogą być szczególnie widoczne. U osób nastoletnich mogą wystąpić szczególnie trudności z radzeniem sobie z objawami stresu pourazowego, takimi jak wybuchy gniewu i drażliwość czy kierowanie przemocą na innych lub siebie. Osoba przeprowadzająca badanie musi poświęcić dodatkowy czas na zbudowanie zaufania i relacji oraz uważnie ocenić pośrednie przesłanki cierpienia psychicznego, w tym na przykład apetyt, wzorec snu, zdolność do nawiązywania przyjaźni i zwierzania się innym, zachowania samookaleczające, zachowania ryzykowne i zarządzanie gniewem.

**(d) Klasyfikacja diagnostyczna**

- 584.** Podczas przeprowadzania oceny zdrowia psychicznego dzieci należy odróżnić zachowania i emocje, które są zgodne z etapami rozwoju dziecka, od tych, które są powodem do niepokoju. Te same kategorie diagnostyczne mogą być postrzegane jako problematyczne w niektórych grupach wiekowych i stanowić normalne zachowanie w młodszych grupach wiekowych. W związku z tym zachowanie i objawy należy oceniać i uwzględniać pod kątem tego, czego należy spodziewać się w danym wieku i na danym etapie rozwoju, a także w kontekście kulturowym dziecka. Co więcej, tortury mogą pogorszyć istniejące wcześniej problemy we wszystkich domenach ludzkiego funkcjonowania i mogą spowodować utratę lub regres już osiągniętego funkcjonowania.
- 585.** Poniższa lista uzupełnia powyższe informacje dotyczące klasyfikacji diagnostycznych u dorosłych. Nie jest ona wyczerpująca

<sup>502</sup> UNHCR, *The Heart of the Matter*, s. 58-60.

<sup>503</sup> Terr, „Childhood traumas” [„Trauma z dzieciństwa”]; Zero to Three, *DC:0-5 Diagnostic Classification* [„Od zera do trzech, DC: 0-5 Klasyfikacja diagnostyczna”]; Sironi, „On torture un enfant” oraz Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences*.

i wymienia diagnozy lub kryteria, które są charakterystyczne dla dzieci i młodzieży.

*(i) Zespół stresu pourazowego*

**586.** Traumatyczne wydarzenia, których doświadczył opiekun lub inna obdarzona zaufaniem dorosła osoba, są przez dzieci odbierane jako poważnie niepokojące, nawet gdy dziecko jedynie pośrednio słyszy o takich wydarzeniach. Ponieważ dzieci potrzebują relacji z rodzicami i opiekunami, aby czuć się bezpiecznie, takie wydarzenia mogą być postrzegane jako zagrożenie dla fizycznego i psychicznego przetrwania dziecka<sup>504</sup>. Rzeczywiście kryterium A w diagnozie zespołu stresu pourazowego (PTSD) przedstawionej w DSM-5 (Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych) u dzieci w wieku 6 lat lub młodszych obejmuje w definicji traumy bycie świadkiem wydarzenia (wydarzeń), które miało miejsce wobec innych, zwłaszcza głównych opiekunów, lub dowiedzenie się, że traumatycznego wydarzenia doświadczył rodzic lub opiekun. Zespół stresu pourazowego (PTSD) może rozwinąć się na każdym etapie rozwoju po ukończeniu pierwszego roku życia.<sup>505</sup> Diagnoza PTSD u dzieci do szóstego życia wyklucza objawy zależne od zdolności do słownego wyrażania konstruktów poznawczych i złożonych stanów emocjonalnych, takich jak negatywne przekonanie o własnej wartości i obwinianie się. W związku z tym próg objawów zachowań unikowych i negatywnego poznania (kryterium C) został obniżony z trzech do jednego objawu<sup>506</sup>.

**587.** Ponowne przeżywanie traumy może różnić się w zależności od wieku dziecka. U małych dzieci objawy są częściej wyrażane poprzez zabawę, a reakcje lękowe w momencie ekspozycji lub ponownego doświadczenia traumy mogą być nieobecne. Przerazające sny małych dzieci nie muszą być związane z traumą. Rodzice mogą zgłaszać szeroki zakres zmian emocjonalnych i behawioralnych, w tym zmiany w zabawie<sup>507</sup>.

*(ii) Lęk separacyjny*

**588.** Nadmierny i nieadekwatny do stadium rozwoju lęk lub niepokój związany z separacją od osób, do których dziecko jest przywiązane, o czym świadczą trzy poniższe objawy: (a)

powtarzający się nadmierny niepokój związany z przewidywaniem lub doświadczaniem rozłąki z domem lub z bliskimi osobami; (b) uporczywe i nadmierne martwienie się o utratę bliskich lub o to, że może im się stać krzywda, taka jak choroba, uraz, katastrofa lub śmierć; (c) uporczywe i nadmierne martwienie się o doświadczanie nieprzewidzianych zdarzeń (np. zgubienie się, porwanie, wypadek czy choroba), które prowadzą do rozłąki z bliską osobą; (d) uporczywa niechęć lub odmowa wyjścia z domu, szkoły, pracy lub innego miejsca z powodu lęku przed separacją; (e) uporczywy i nadmierny lęk lub niechęć do bycia w domu lub w innym otoczeniu samemu lub bez osób bliskich; (f) uporczywa niechęć do lub odmowa spania z dala od domu lub zasypiania bez przebywania w pobliżu bliskich; (g) powtarzające się koszmary nocne związane z tematem separacji; oraz (h) powtarzające się skargi na objawy fizyczne (takie jak bóle głowy, bóle brzucha, nudności lub wymioty), gdy dochodzi do separacji od bliskich lub gdy ją się przewiduje.

*(iii) Fobia specyficzna*

**589.** Wyraźny strach lub niepokój związany z określonym obiektem lub sytuacją, który jest nieproporcjonalny do rzeczywistego zagrożenia stwarzanego przez ten obiekt. Niepokój lub strach mogą być wyrażane przez płacz, napady złości, zastyganie w miejscu lub kurczowe trzymanie się kogoś. Przedmiot lęku lub sytuacja fobiczna prawie zawsze wywołują taką reakcję, są aktywnie unikane lub znoszone z intensywnym poczuciem strachu.

**590.** Uważa się, że właściwe pod kątem rozwojowym jest, aby małe dzieci doświadczały lęku przed określonymi przedmiotami (rzeczywistymi lub wymyślnymi) lub sytuacjami (np. zwierzętami, czarownicami, potworami lub ciemnością); zwykle są one przejściowe i mają jedynie łagodnie negatywny wpływ. Dlatego przy diagnozowaniu fobii specyficznej ważne jest, aby wziąć pod uwagę czas trwania strachu, niepokoju lub zachowania unikowego, stopień upośledzenia i etap rozwoju dziecka.

*(iv) Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym*

<sup>504</sup> Research Triangle Institute International, *DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance* [Zmiany w DSM-5: implikacje dla poważnych zaburzeń emocjonalnych u dzieci] (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016).

<sup>505</sup> Tamże.

<sup>506</sup> Tamże.

<sup>507</sup> Tamże.

**591.** W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 wymieniono zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym, które są związane z nieprawidłowościami i niedostatkami otoczenia społecznego dziecka. Należą do nich mutyzm wybiórczy oraz reaktywne utrudnienia lub nadmierna łatwość nawiązywania relacji społecznych w dzieciństwie. Mutyzm wybiórczy jest wyraźną, zdeterminowaną emocjonalnie wybiórczością werbalnego komunikowania się i najczęściej objawia się we wczesnym dzieciństwie. Reaktywne zaburzenie nawiązywania relacji społecznych w dzieciństwie charakteryzuje się uporczywymi odchyleniami od normy we wzorcach relacji społecznych dziecka, które są związane z zaburzeniami emocjonalnymi i stanowią reakcję na zmiany w otoczeniu dziecka przed ukończeniem piątego roku życia. Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych w dzieciństwie charakteryzuje się dyfuzyjnym przywiązaniem w wieku około dwóch lat i natarczywym przywiązaniem w okresie niemowlęcym lub bezkrytycznie przyjaznym, poszukującym uwagi zachowaniem we wczesnym lub średnim dzieciństwie. Ten wzorzec jest związany z wyraźnymi przerwami w opiece nad dziećmi lub wielokrotnymi zmianami miejsca zamieszkania rodziny.

*(v) Zaburzenia zachowania*

**592.** Kryteria diagnostyczne DSM-5 dla zaburzeń zachowania obejmują naruszanie norm lub zasad społecznych lub praw innych osób w uporczywy i powtarzający się sposób, w tym agresję wobec ludzi i zwierząt, niszczenie mienia, oszustwa lub kradzieże oraz poważne naruszenia zasad. Diagnoza obejmuje dwa czynniki, dotyczące początku i stopnia emocjonalności społecznej. Sugeruje się, że trauma odgrywa kluczową rolę w rozwoju i utrzymywaniu się zaburzeń zachowania, i stwierdzono, że młode osoby, u których zdiagnozowano zaburzenia zachowania, często doświadczyły traumy<sup>508</sup>. Środowiskowe czynniki ryzyka wymienione w DSM-5 obejmują wykorzystywanie fizyczne i seksualne oraz narażenie na przemoc w środowisku dziecka. W ostrzeżeniu w DSM-5 stwierdzono, że należy wziąć pod uwagę kontekst niepożądanych zachowań związanych z zaburzeniem

zachowania oraz że diagnoza może być potencjalnie niewłaściwie zastosowana do osób w środowiskach, w których zachowanie jest postrzegane jako prawie normalne, takich jak strefy wojenne czy niebezpieczne obszary o wysokiej przestępczości.

*(vi) Zaburzenia opozycyjno-buntownicze*

**593.** Cechy diagnostyczne zaburzenia opozycyjno-buntowniczego obejmują częsty i uporczywy wzorzec gniewnego/drażliwego nastroju, kłótlivego/buntowniczego zachowania lub mściwości (kryterium A). W teoriach dotyczących przyczyny występowania tego zaburzenia ważną rolę odgrywają czynniki środowiskowe. Pierwsze objawy pojawiają się zwykle w okresie przedszkolnym i rzadko później niż we wczesnym okresie dojrzewania.

*(vii) Zaburzenia regulacji nastroju*

**594.** Kryteria diagnostyczne zaburzeń regulacji nastroju obejmują ciężkie i nawracające wybuchy gniewu, wyrażane werbalnie lub behawioralnie, które są intensywne i długotrwałe w stosunku do prowokujących je okoliczności lub sytuacji. Są one niespójne z poziomem rozwoju i występują średnio trzy lub cztery razy w tygodniu. Pomiedzy wybuchami nastroj jest uporczywie drażliwy przez większość dnia, przez co najmniej 12 miesięcy, w co najmniej dwóch lub trzech środowiskach (tj. w szkole, w domu i z rówieśnikami). Chociaż nie ma zgody co do przyczyn zaburzeń regulacji nastroju, dysregulacja w dzieciństwie została powiązana z traumą interpersonalną i doświadczaniem nadużyć<sup>509</sup>. Ważność diagnozy ustalono dla dzieci w wieku od 7 do 18 lat i jej stosowanie powinno być ograniczone do tej grupy wiekowej.

**(e) Kontekst rodzinny**

**595.** Doświadczenie tortur dziecka lub innych członków rodziny ma ogromny wpływ na rodzinę. Czynniki takie jak doświadczenie tortur rodziców, a także życie w społecznym i politycznym kontekście przemocy i ucisku, mogą mieć poważny wpływ na funkcjonowanie rodziców i ich zdrowie psychiczne. Dlatego należy koniecznie wziąć pod uwagę czynniki

<sup>508</sup> Ricky Greenwald, „The role of trauma in conduct disorder” [„Rola traumy w zaburzeniach zachowania”], *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, tom 6, nr 1 (2002), s. 5-23; Pratibha Reebye i inni, „Symptoms of posttraumatic stress disorder in adolescents with conduct disorder: sex differences and onset patterns” [„Objawy zespołu stresu pourazowego u nastolatków z zaburzeniami zachowania: różnice płci i wzorce początku”], *Canadian Journal of Psychiatry*, tom 45, nr 8 (2000), s. 746-751.

<sup>509</sup> Yael Dvir i inni, „Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities” [„Maltretowanie w dzieciństwie, dysregulacja emocjonalna i współistniejące choroby psychiczne”], *Harvard Review of Psychiatry*, tom 22, nr 3 (2014), s. 149-161.

środowiskowe i kontekstowe, które wpływają na rodzinę i dziecko, takie jak separacja między członkami rodziny i okoliczności tych separacji, sposoby komunikacji podczas separacji, zagrożenia dla członków rodziny, okoliczności ponownego połączenia, czynniki stresu w procesach przesiedleń (takie jak utrata statusu społecznego i ekonomicznego), wpływ akulturacji, rasizm, wsparcie społeczne oraz doświadczenia i przekonania związane z poszukiwaniem wsparcia (takie jak strach przed zwróceniem uwagi władz na rodzinę) i wiele innych.

**596.** Wielu rodziców, którzy przeżyli tortury, obawia się, że intensywność ich własnych uczuć może ich przytłoczyć i mogą odczuwać wstyd i poczucie winy<sup>510</sup>. Radzenie sobie z wyrażonymi lub niewyrażonymi uczuciami dzieci może powodować również trudności dla rodziców, którzy mogą czuć się winni z powodu okoliczności, w jakich funkcjonowały i dalej muszą funkcjonować ich dzieci<sup>511</sup>. Rodzice dzieci, które były torturowane, mogą również doświadczać poczucia winy ze względu na to, że nie byli w stanie ich obronić, przez co ich rodzicielstwo może być dotknięte poczuciem bezradności. Doświadczenie bezradności rodziców może być wzmacniane w brutalnych i opresyjnych środowiskach, które narażają dzieci i młodzież na wiele czynników ryzyka. Takie środowisko może również zaszkodzić postrzeganiu autorytetu rodziców przez nastolatków.

**597.** Wpływ tortur na zdolność jednostek do funkcjonowania w roli rodziców może przybierać różne formy. Opisanie tych skutków wykracza poza zakres tego rozdziału, warto jednak zauważyć, że należy je rozważać w odniesieniu do wieku, kultury i rozwoju dziecka. Kwestie bezpieczeństwa związane z ogólnymi względami funkcjonowania rodziców, w tym zaniedbywanie dzieci oraz wykorzystywanie fizyczne, seksualne i emocjonalne, powinny być również rozważane i rozwiązywane w odpowiednich lokalnych ramach prawnych i społecznych.

#### (f) Rola rodziny

**598.** Rodzina odgrywa ważną dynamiczną rolę w utrzymywaniu się symptomatologii u dzieci. W celu zachowania spójności w rodzinie, mogą wystąpić dysfunkcyjne zachowania

i delegowanie ról. Członkom rodziny, często dzieciom, przypisana może zostać w rodzinie rola pacjenta, co może rozwinąć poważne zaburzenia. Dziecko może być nadmiernie chronione lub ważne fakty dotyczące traumy mogą być ukrywane. Dziecko może też zostać poddane parentyfikacji, w wyniku czego oczekiwać się będzie od niego opieki nad rodzicami, co może hamować jego rozwój i skutkować rozwinięciem się objawów depresji lub agresywnym zachowaniem. W ramach zaburzeń pourazowych rodzice mogą wykazywać skłonności do wybuchów złości i przemocy wobec dziecka, a także do innych form przemocy domowej, których dziecko może doświadczać, być ich świadkiem i przetwarzać je w traumatyczny sposób. W sytuacji, gdy dziecko nie jest bezpośrednią ofiarą tortur, a jedynie pośrednią, dorośli często nie doceniają wpływu tego faktu na psychikę i rozwój dziecka. Kiedy osoby bliskie dzieci były prześladowane, gwałcone i torturowane lub dzieci były świadkami poważnej traumy lub tortur, mogą rozwinąć dysfunkcyjne przekonania, takie jak przekonanie, że są odpowiedzialne za złe wydarzenia lub że muszą dźwigać brzemień swoich rodziców. Tego typu przekonania mogą prowadzić do długotrwałych problemów z poczuciem winy, konfliktami lojalnościowymi, rozwojem osobistym i dojrzewaniem do samodzielności.

#### D. Lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i interseksualne a kwestia tortur i niewłaściwego traktowania

**599.** Ze względu na swoją orientację seksualną, tożsamość płciową, ekspresję płciową lub cechy płciowe lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i interseksualne są często stygmatyzowane i odczłowieczane, przez co są szczególnie narażone na naruszenia praw człowieka, w tym prześladowania, kryminalizację, uwięzienie, tortury i niewłaściwe traktowanie. Badania dotyczące lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych pokazują, że osoby te są narażone na poważne i długotrwałe znęcanie się fizyczne i psychiczne, co może mieć poważny

<sup>510</sup> Centrum Pomocy Ofiarom Tortur, *Healing the Hurt: A Guide for Developing Services for Torture Survivors* [Leczenie zranień: przewodnik dotyczący opracowywania usług dla ofiar tortur] (Minneapolis, 2005), rozdział 2.

<sup>511</sup> Tamże.

wpływ na ich zdrowie psychiczne<sup>512</sup>. Lesbijki, geje, osoby biseksualne i transpłciowe ubiegające się o azyl również doświadczają szczególnych prześladowań, co ma konsekwencje w ich zdrowiu psychicznym<sup>513</sup>. W zależności od różnych poziomów stygmatyzacji i patologizacji, jakich lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i interseksualne doświadczyły w swoim życiu, w tym w opiece zdrowotnej, mogą mieć duże trudności z ujawnieniem swojej tożsamości, również przed badającym je lekarzem.

**600.** Podczas badania domniemanej ofiary tortur ze społeczności lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych należy wziąć pod uwagę szczególnie względy, aby uniknąć ich patologizacji lub retraumatyzacji. Niektóre z podstawowych zasad i myśli przewodnich, które powinny być brane pod uwagę przez lekarzy klinicystów, aby stworzyć poczucie bezpieczeństwa i szacunku, a tym samym pomóc osobom ujawnić wszystkie aspekty ich historii tortur i pomóc lekarzowi klinicyście lepiej zrozumieć ich obecne potrzeby (medyczne, psychospołeczne i prawne), obejmują:

**(a)** uznanie, że różnorodność orientacji seksualnej, tożsamości płciowej, ekspresji płciowej i cech płciowych jest normalna i nie jest chorobą psychiczną;

**(b)** zrozumienie, w jaki sposób prześladowania dzieci, młodzieży i dorosłych, którzy są lesbijkami, gejami, osobami biseksualnymi, transpłciowymi i interseksualnymi, wpływają na ich zdrowie psychiczne i fizyczne<sup>514</sup>;

**(c)** znajomość konkretnych czynników społecznych, kulturowych i politycznych, które mogą mieć wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne lesbijek, gejów, osób biseksualnych, transpłciowych i interseksualnych<sup>515</sup>;

**(d)** zapytanie o prześladowania i nadużycia związane z orientacją seksualną i tożsamością płciową w dzieciństwie i okresie dojrzewania<sup>516</sup>;

**(e)** stworzenie wspierającego środowiska, w którym lesbijki, geje, osoby biseksualne,

transpłciowe i interseksualne mogą badać, omawiać i ujawniać swoją orientację seksualną i tożsamość płciową w takim stopniu, w jakim jest to możliwe w danym momencie;

**(f)** uznanie, że lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i interseksualne mogły nie ujawnić swojej orientacji seksualnej, tożsamości płciowej, cech płciowych, wybranego imienia lub zaimków płciowych w poprzednich interakcjach z władzami ze strachu wynikającego z wcześniejszych doświadczeń i innych czynników;

**(g)** w miarę możliwości używanie imion własnych i zaimków płciowych wybranych przez daną osobę, zgodnych z jej samoidentyfikacją;

**(h)** świadomość własnych postaw, percepcji i uprzedzeń oraz tego, w jaki sposób mogą one wpływać na jakość interakcji z lesbijkami, gejami, osobami biseksualnymi, transpłciowymi i interseksualnymi;

**(i)** stosowanie podejścia międzysektorowego, międzykulturowego i międzyreligijnego oraz dążenie do zrozumienia szczególnych barier, z jakimi borykają się lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i interseksualne, gdy mają dodatkową stygmatyzowaną lub mniejszościową tożsamość (np. osoba zakażona wirusem HIV, uchodźca, osoba świadcząca usługi seksualne lub osoba niepełnosprawna fizycznie);

**(j)** niepodejmowanie prób zmieniania orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej rozmówcy;

**(k)** niepodejmowanie prób interpretacji lub poszukiwania konkretnych elementów, które „wyjaśniają” orientację seksualną i tożsamość płciową lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych;

**(l)** niezakładanie orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej danej osoby na podstawie jej wyglądu lub ekspresji płciowej.

**601.** Dalsze przydatne informacje i odniesienia dotyczące kwestii tożsamości, interwencji i oceny można znaleźć w wytycznych

<sup>512</sup> Edward J. Alessi, Sarilee Kahn i Sangeeta Chatterji, „«The darkest times of my life»: recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity” [„Najmroczniejsze chwile mojego życia»: wspomnienia molestowanych dzieci wśród przymusowych migrantów prześladowanych ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową”], *Child Abuse & Neglect*, tom 51 (2016), s. 93-105.

<sup>513</sup> Rebecca A. Hopkinson i inni, „Persecution experiences and mental health of LGBT asylum seekers” [„Prześladowania i zdrowie psychiczne osób LGBT ubiegających się o azyl”], *Journal of Homosexuality*, tom 64, nr 12 (2017), s. 1650-1666.

<sup>514</sup> Alessi i inni, „«The darkest times of my life»”

<sup>515</sup> Tamże.

<sup>516</sup> Tamże.

Amerykańskiego Towarzystwa  
Psychologicznego<sup>517</sup> i innych źródłach.

---

<sup>517</sup> Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients [Wytyczne dotyczące praktyki psychologicznej z lesbijkami, gejami i osobami biseksualnymi] (2011).

**Rola  
pracowników  
ochrony  
zdrowia  
w dokumentow  
aniu tortur i  
niewłaściwego  
traktowania  
w różnych  
kontekstach**



**602.** Zaangażowanie pracowników ochrony zdrowia w dochodzenie i dokumentowanie tortur i niewłaściwego traktowania nie ogranicza się jedynie do kompleksowych ocen klinicznych, przeprowadzanych do celów prawnych. Pracownicy ochrony zdrowia mogą wykrywać tortury i niewłaściwe traktowanie również w pozaprawnych<sup>518</sup> kontekstach, takich jak rutynowe świadczenie opieki zdrowotnej oraz inspekcje lub badania zdrowotne. Niniejszy rozdział ma na celu wyjaśnienie roli pracowników ochrony zdrowia zarówno w kontekście prawnym, jak i w kontekście pozaprawnym oraz dostarczenie wskazówek dotyczących skutecznych praktyk w zakresie badania i dokumentowania<sup>519</sup> w tych kontekstach. Chociaż wytyczne zawarte w tym rozdziale mają przede wszystkim na celu pomóc pracownikom ochrony zdrowia pracującym w kontekstach pozaprawnych w wypełnianiu ich obowiązków w zakresie badania i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania, nie mają one służyć jako kompleksowe wytyczne dotyczące oceny tych zagadnień. Pracownicy ochrony zdrowia pracujący w kontekstach pozaprawnych powinni znać wszystkie odpowiednie rozdziały Protokołu stambulskiego i jego załączniki, w szczególności rozdziały II, IV, V i VI oraz załączniki I-IV. Niniejszy rozdział ma ponadto na celu wyjaśnienie roli pracowników ochrony zdrowia w monitorowaniu i zapobieganiu, w których to kontekstach głównym celem spotkań klinicznych jest często zapobieganie torturom i złemu traktowaniu, a nie ocena konkretnego zarzutu nadużycia lub świadczenia opieki zdrowotnej. Wytyczne zawarte w niniejszym rozdziale opierają się na przeglądzie istotnych kwestii, w tym: odpowiednich obowiązków państwowych i etycznych pracowników ochrony zdrowia, przeglądzie różnych rodzajów dokumentacji oraz szczególnych wyzwaniach, przed którymi mogą stanąć pracownicy ochrony zdrowia w kontekście różnych rodzajów dokumentacji.

## A. Obowiązki państwowe i etyczne pracowników ochrony zdrowia

**603.** Obowiązek dokumentowania i zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania przez pracowników ochrony zdrowia we wszystkich kontekstach opiera się na zobowiązaniach państw wynikających z prawa międzynarodowego, a także na zobowiązaniach etycznych pracowników ochrony zdrowia. Jak stwierdzono w rozdziałach I i III, państwa mają obowiązek szanować i chronić prawo każdego człowieka do wolności od tortur i niewłaściwego traktowania. Obejmuje to obowiązek zapobiegania przypadkom tortur i innych form niewłaściwego traktowania, badania takich przypadków i ich dokumentowania oraz pociągania sprawców do odpowiedzialności<sup>520</sup>. Państwa mają również obowiązek przedsięwzięcia skutecznych środków ustawodawczych, administracyjnych, sądowych lub innych w celu zapobiegania aktom tortur na jakimkolwiek terytorium podlegającym ich jurysdykcji<sup>521</sup>. Te obowiązki państwa zostały opracowane w międzynarodowych instrumentach ochrony praw człowieka, jak omówiono w rozdziale I. Ponadto szczególne obowiązki pracowników ochrony zdrowia pracujących w miejscach zatrzymań w zakresie dokumentowania i zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania przedstawiono w Regułach Nelsona Mandeli<sup>522</sup> oraz w regionalnych instrumentach ochrony praw człowieka<sup>523</sup>, jak omówiono w rozdziale II. Protokół stambulski i jego zasady zawierają wytyczne dotyczące sposobu realizacji zobowiązań państwa do skutecznego prowadzenia dochodzeń i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania.

**604.** Międzynarodowe stowarzyszenia pracowników ochrony zdrowia, takie jak WMA, WPA i ICN, również opracowały zobowiązania etyczne, które mają na celu ustalenie podstawowych uniwersalnych obowiązków pracowników ochrony zdrowia w zakresie dokumentowania i zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania

<sup>518</sup> Termin „pozaprawne” konteksty jest używany w odniesieniu do spotkań klinicznych, w których ocena możliwych tortur i niewłaściwego traktowania nie jest wyraźnym lub dorozumianym celem spotkania z pacjentem, nawet jeśli informacje zebrane w takich pozaprawnych kontekstach mogą ostatecznie zostać wprowadzone jako dowód w sprawach sądowych, jak to często ma miejsce w przypadku przemocy domowej, napaści seksualnej oraz znęcania się nad dziećmi i osobami starszymi.

<sup>519</sup> Dochodzenie i dokumentacja w warunkach pozaprawnych zazwyczaj wymagają od pracowników ochrony zdrowia, aby najpierw zidentyfikowali możliwość tortur lub niewłaściwego traktowania na podstawie obserwacji klinicznych (np. obrażenia lub cierpienie psychiczne) oraz ustalili historię kontaktu z potencjalnymi sprawcami, a następnie przystąpili do oceny klinicznej w celu udokumentowania, a następnie zgłoszenia klinicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania.

<sup>520</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 12.

<sup>521</sup> Tamże, art. 2.

<sup>522</sup> Chociaż Reguły Nelsona Mandeli nie są traktatowymi zobowiązaniami państw, stanowią uniwersalne wytyczne dla pracowników ochrony zdrowia pracujących z osobami pozbawionymi wolności.

<sup>523</sup> Europejski komitet ds. zapobiegania torturom, 23. *sprawozdanie ogólne CPT* (zob. rozdział III ust. 71 i nast.); Międzypaństwowa Komisja Praw Człowieka, Zasady i najlepsze praktyki dotyczące ochrony osób pozbawionych wolności w obu Amerykach oraz Afrykańska Komisja Praw Człowieka i Ludów, Wytyczne i środki na rzecz zakazu tortur, okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania oraz na rzecz zapobiegania torturom i takiemu traktowaniu albo karaniu w Afryce (wytyczne z Robben Island).

(zob. pkt 147 i 155 powyżej). Jak stwierdzono w pkt 177-182 powyżej, niezależnie od statusu pracodawcy (państwowy albo niepaństwowy) lub miejsca pracy (miejsce zatrzymań albo inne) i podejrzewanych przypadków tortur i niewłaściwego traktowania wszyscy pracownicy ochrony zdrowia mają etyczny obowiązek dokumentowania i zgłaszania przypadków, w których podejrzewa się tortury i niewłaściwe traktowanie. Obowiązek ten należy rozpatrywać w świetle innych podstawowych obowiązków etycznych (nieszkodzenie, zachowanie poufności i poszanowanie autonomii); należy także dokładnie rozważyć warunki niezbędne do dokumentowania i zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania w przypadku braku zgody (zob. pkt 177-178 powyżej). Jak stwierdzono w pkt 155 powyżej, gdy domniemane ofiary udzielają pracownikom ochrony zdrowia świadomej zgody na ocenę kliniczną i zgłaszają tortury i niewłaściwe traktowanie, lekarz klinicysta ma wyraźny obowiązek udokumentowania i zgłoszenia tortur lub niewłaściwego traktowania, jeśli jest to uzasadnione - niezastosowanie się do tego wymogu stanowiłoby, według WMA, formę współudziału w torturach i niewłaściwym traktowaniu<sup>524</sup>.

**605.** W przypadkach, w których zgoda nie została uzyskana, a domniemane lub zaobserwowane tortury mogą stanowić zagrożenie zarówno dla danej osoby, jak i dla innych osób, a nawet stanowić problemy systemowe, istnieje potrzeba, aby pracownicy ochrony zdrowia przekazywali swoje obawy i informowali o takich sprawach w sposób zapewniający poszanowanie tajemnicy lekarskiej.

## **B. Konteksty, w których udokumentowanie może być konieczne**

**606.** Pracownicy ochrony zdrowia mogą spotkać się z domniemanymi torturami i niewłaściwym traktowaniem w wielu różnych kontekstach.

Konteksty te obejmują m.in.:

- (a) areszt policyjny i wojskowy lub więzienie policyjne lub wojskowe:
  - (i) oceny kliniczne, o które wnoszą osoby zatrzymane;

- (ii) obowiązkowe oceny kliniczne podczas zatrzymania (np. wstępne badania przesiewowe po zatrzymaniu i kontrole stanu zdrowia osadzonych w izolatkach);

- (iii) badania lub formy regularnych badań przesiewowych, takich jak kontrole stanu zdrowia;

- (iv) ogólne konsultacje z pracownikami ochrony zdrowia;

- (v) monitorowanie miejsc zatrzymania i wszystkich miejsc pozbawienia wolności (np. krajowy mechanizm prewencyjny, krajowa instytucja praw człowieka, Podkomitet do spraw Zapobiegania Torturom, MKCK, Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom, Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka, specjaliści sprawozdawcy ONZ i organizacje pozarządowe/społeczeństwa obywatelskiego);

- (vi) różne rodzaje instytucjonalnych inspekcji sanitarnych;

(b) konteksty imigracyjne (niezależnie od tego, czy doszło do pozbawienia wolności):

- (i) badania kliniczne osób ubiegających się o azyl;

- (ii) ogólne konsultacje z pracownikami ochrony zdrowia;

- (iii) ocena kliniczna jako badanie wstępne;

(c) instytucje opieki zdrowotnej, psychiatryczne i społeczne:

- (i) ogólne konsultacje z pracownikami ochrony zdrowia;

- (ii) instytucjonalne inspekcje sanitarne;

- (iii) regularne kontrole stanu zdrowia;

(d) doraźne sytuacje krajowe i międzynarodowe:

- (i) zarzuty stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania w kontekście misji informacyjnych dotyczących praw człowieka;

<sup>524</sup> Rezolucja WMA w sprawie odpowiedzialności lekarzy.

(ii) oceny medyczne, o które wnoszą regionalne i międzynarodowe sądy i trybunały;

(e) placówki opieki zdrowotnej, izby przyjęć i ośrodki pomocy doraźnej;

(i) ogólne konsultacje z pracownikami ochrony zdrowia;

(f) inne konteksty:

(i) dochodzenia organizacji pozarządowych i indywidualne oceny domniemanych ofiar;

(ii) ośrodki rehabilitacji i leczenia ofiar tortur.

607. W tych kontekstach główny cel spotkania klinicznego może być różny. W niektórych spotkaniach głównym celem będzie ocena domniemanych i podejrzewanych przypadków tortur i niewłaściwego traktowania lub świadczenia usług opieki zdrowotnej. Głównym celem innych spotkań może być monitorowanie warunków przetrzymywania i traktowania osób pozbawionych wolności w celu zapobiegania torturom i niewłaściwemu traktowaniu, w tym monitorowanie świadczenia usług zdrowotnych. Ponadto spotkania kliniczne mogą mieć miejsce zarówno w kontekście prawnym, jak i pozaprawnym. Każda ocena kliniczna osoby pozbawionej wolności powinna być rozpatrywana w kontekście prawnym, biorąc pod uwagę jej narażenie i zwiększone ryzyko wystąpienia tortur i niewłaściwego traktowania w takich warunkach.

608. Obowiązkowe badania lekarskie obejmują badania w chwili zatrzymania, okresowo w trakcie zatrzymania oraz przed przeniesieniem do innego ośrodka lub zwolnieniem z aresztu. Celem takich badań jest zarówno ocena stanu zdrowia, jak i zapobieganie torturom i niewłaściwemu traktowaniu.

### C. Wyzwania

609. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy oceniają domniemane ofiary przemocy, czy to w wyniku tortur, przemocy domowej, znęcania się nad dziećmi lub innych form niewłaściwego traktowania, mogą napotkać poważne wyzwania w skutecznym przeprowadzaniu takich ocen. Aby wywiązać się z obowiązku dokumentowania

i zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania, pracownicy ochrony zdrowia powinni rozumieć takie wyzwania i umieć im sprostać. Zatrudnieni przez państwo pracownicy ochrony zdrowia muszą zrozumieć wyzwania związane ze skutecznym dokumentowaniem tortur i niewłaściwego traktowania i sprostać tym wyzwaniom, aby wypełnić swoje obowiązki w zakresie zapobiegania torturom i odpowiedzialności za nie. Wyzwania te zostały szczegółowo omówione w pkt 269-302 powyżej i obejmują informacje dotyczące podstawowych warunków i umiejętności prowadzenia rozmowy (np. bezpieczeństwa, ochrony, zaufania, empatii i prywatności), ryzyka retraumatyzacji rozmówcy, szczególnych względów dotyczących płci i dzieci oraz reakcji emocjonalnych rozmówcy i pracownika ochrony zdrowia, które mogą niekorzystnie wpływać na ocenę kliniczną i osoby w nią zaangażowane. Przeprowadzając oceny kliniczne w przypadkach, w których zarzuca się lub podejrzewa tortury lub niewłaściwe traktowanie, pracownicy ochrony zdrowia powinni być świadomi: zabezpieczeń proceduralnych w celu zapewnienia bezpiecznych, etycznych i skutecznych ocen, które są niezależne od niewłaściwych wpływów (zob. pkt 312-315 powyżej); barier komunikacyjnych oraz umiejętności i techniki radzenia sobie z nimi, jak omówiono w pkt 325 powyżej, w tym korzystania z tłumaczy ustnych (zob. pkt 296-298 powyżej); oraz tego jak oceniać niespójności, które mogą wynikać ze związanych z traumą trudności w przypominaniu sobie traumatycznych wydarzeń i opowiadaniu o nich (zob. pkt 342-353 powyżej). Rozdział IV zawiera również wskazówki dotyczące tego, w jaki sposób lekarze klinicyści powinni interpretować swoje ustalenia kliniczne i ograniczenia związane z takimi interpretacjami (zob. pkt 379-389 powyżej).

610. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy spotykają się z domniemanymi ofiarami tortur lub niewłaściwego traktowania w wyżej wymienionych kontekstach, zwłaszcza pozaprawnych, mogą napotkać dodatkowe wyzwania. Do wyzwań tych należą m.in. kwestie wymienione poniżej.

#### 1. Strach przed odwetem

611. Jak wspomniano wcześniej, ponieważ tortury są przestępstwem popełnionym przez urzędników państwowych lub za ich zgodą lub przyzwoleniem, pracownicy ochrony zdrowia mogą obawiać się represji za przeprowadzenie

oceny klinicznej lub dokonanie interpretacji, które sugerują, że przestępstwo zostało popełnione przez urzędnika państwowego. Pracownicy ochrony zdrowia pracujący w takich warunkach powinni rozumieć, że ich zawodowym obowiązkiem jest dokumentowanie i zgłaszanie tortur i niewłaściwego traktowania za każdym razem, gdy udzielona im zostanie świadoma zgoda ofiary, a zaniechanie tego jest formą współudziału w takich nadużyciach. Należy pamiętać, że konteksty, w których pracownicy ochrony zdrowia są narażeni na ryzyko odwetu, mogą być jednocześnie kontekstami, w których praktyki tortur i niewłaściwego traktowania są szeroko rozpowszechnione. Dlatego ocena kliniczna i dokumentacja mają kluczowe znaczenie. Osoby przeprowadzające ocenę powinny być świadome zabezpieczeń proceduralnych podczas przeprowadzania ocen klinicznych, aby zminimalizować ryzyko represji (zob. pkt 312-315 powyżej). Ponadto, jak omówiono w pkt 179 powyżej, pracownicy ochrony zdrowia powinni dążyć do współpracy z niezależnymi organami monitorującymi i dochodzeniowymi, a także krajowymi i międzynarodowymi organizacjami zawodowymi, aby złagodzić wszelkie obawy przed represjami.

**612.** W przypadku gdy badanie kliniczne jest przeprowadzane poza ośrodkami klinicznymi, na przykład w więzieniu lub nawet w celi więziennej, może istnieć zwiększone ryzyko w odniesieniu do bezpieczeństwa, prywatności, represji i różnych form presji, których pracownik ochrony zdrowia musi być świadomy. Istnieje również ryzyko fałszywie negatywnych wyników po takich badaniach.

## **2. Brak szkoleń**

**613.** Pracownicy ochrony zdrowia powinni dążyć do uzyskania niezbędnego przeszkolenia w zakresie standardów dokumentacji Protokołu stambulskiego, w tym przeczytać i zrozumieć Protokół stambulski i jego zasady, uczestniczyć w kursach szkoleniowych i uczyć się od kolegów, w miarę możliwości w nadzorowanych warunkach mentorskich. Państwa powinny zapewnić takie szkolenia swoim pracownikom ochrony zdrowia, a instytucje akademickie powinny uwzględnić odpowiednie szkolenia w programach nauczania zawodowego, a także w kursach kształcenia ustawicznego. Takie kursy i programy nauczania powinny obejmować odpowiednie tematy Protokołu stambulskiego.

**614.** Pracownicy ochrony zdrowia powinni być świadomi swoich zawodowych obowiązków etycznych w zakresie dokumentowania i zgłaszania przypadków tortur i niewłaściwego traktowania oraz uzyskać niezbędną wiedzę i umiejętności zawodowe, aby wypełnić te obowiązki. Brak niezbędnego szkolenia w żaden sposób nie umniejsza etycznych obowiązków pracownika ochrony zdrowia w zakresie skutecznego dokumentowania i zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania.

## **3. Brak czasu, duże obciążenie pracą i niewystarczająca liczba pracowników ochrony zdrowia**

**615.** Podobnie jak w przypadku przemocy domowej, napaści na tle seksualnym, znęcania się nad dziećmi i innych form przemocy, niewystarczająca ilość czasu nie jest wystarczającym powodem, aby nie przeprowadzać ocen w przypadkach domniemanych lub podejrzewanych tortur lub niewłaściwego traktowania. Ocena kliniczna może być skrócona i nadal zgodna z zasadami stambulskimi. Pracownicy ochrony zdrowia powinni poświęcić niezbędną ilość czasu na skuteczną ocenę i zaplanować wizytę kontrolną lub skierować do innego pracownika ochrony zdrowia posiadającego odpowiednią wiedzę i umiejętności, jeśli ocena nie może zostać zakończona podczas jednej wizyty.

**616.** Pracownicy ochrony zdrowia powinni dokumentować wszystkie ustalenia i informacje wykryte podczas spotkań klinicznych i ocen klinicznych, a także warunki, takie jak czas i środowisko badania, zgodnie z pkt 270 powyżej, przy jednoczesnym poszanowaniu poufności i prywatności.

## **4. Brak odpowiedniej przestrzeni lub warunków zawodowych**

**617.** Warunki oceny mogą być trudne, na przykład brak prywatności, warunki miejsca przesłuchania czy fakt, że ruchy osoby ocenianej są ograniczone, np. poprzez skrupowanie rąk. Jak wspomniano w pkt 315 i 354 powyżej oraz w załączniku I, wszystkie oceny powinny być przeprowadzane z zachowaniem prywatności i bez ograniczeń lub restrykcji. Jeśli nie można tego osiągnąć, wszelkie ograniczenia prywatności powinny zostać udokumentowane w sprawozdaniu lekarza klinicysty.

618. Aby wypełnić swój zawodowy obowiązek dokumentowania i zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania, pracownicy ochrony zdrowia powinni poczynić kroki w celu zwrócenia się - jeśli to możliwe, na piśmie - do władz o zapewnienie odpowiedniego środowiska i warunków, sprzętu, czasu i zasobów ludzkich. Zwracając się do władz w takich sytuacjach, pracownicy ochrony zdrowia mogą powołać się na międzynarodowe i naukowe standardy. Zaleca się przechowywanie kopii takiej korespondencji.

## 5. Nieujawnianie informacji

619. Ofiary tortur niekoniecznie gotowe są ujawniać swoje doświadczenia związane z torturami podczas pierwszego spotkania, a okoliczności takie jak obecność innych osób lub obawa przed odwetem mogą sprawić, że będą to robić jeszcze rzadziej. Pracownik ochrony zdrowia powinien rozwijać swoje umiejętności w zakresie ułatwiania tego, by dana osoba ujawniła informacje, zwracając uwagę na sygnały wskazujące na dalsze przeżycia związane z torturami, zwłaszcza torturami seksualnymi (zob. pkt 274-276 powyżej), co do których dana osoba może początkowo mieć trudności z ich ujawnieniem, i zbadać wskazówki, które pojawiają się w badaniu przedmiotowym układów organizmów i podczas pełnego badania<sup>525</sup>.

## 6. Trauma zastępcza i wypalenie zawodowe

620. Jak omówiono w pkt 300 i 302 powyżej, reakcja pracowników ochrony zdrowia nieświadomych sposobu, w jaki pośrednio doświadczają traumy innych, może nie być zdrowa dla nich samych ani skuteczna dla domniemanej ofiary. Dobre samopoczucie zawodowe i skuteczne oceny wymagają świadomości występowania traumy zastępczej i znajomości sposobów łagodzenia jej skutków. Jest to szczególnie prawdziwe w przypadku lekarzy klinicystów, którzy pracują samodzielnie, z ograniczonym wsparciem kolegiatnym, i są narażeni na wysoki poziom stresu i duże obciążenie w pracy.

## D. Wdrażanie obowiązków etycznych

621. Jak omówiono w pkt 159-172 powyżej, wszyscy pracownicy ochrony zdrowia, którzy spotykają się z domniemanymi ofiarami tortur lub niewłaściwego traktowania, niezależnie od głównego celu takiego spotkania lub kontekstu,

w którym do niego dochodzi, muszą przestrzegać podstawowych obowiązków etycznych, nawet w obliczu rzeczywistych lub postrzeganych zobowiązań wobec osób trzecich. Obowiązek nieszkodzenia może w skrajnych przypadkach oznaczać, że ze względu na ryzyko dla domniemanej ofiary nie należy podejmować dalszych działań w zakresie identyfikacji, dokumentacji, oceny i zgłaszania. Jednocześnie etyczny obowiązek dokumentowania i zgłaszania ma kluczowe znaczenie dla zapobiegania biernemu współudziałowi pracowników ochrony zdrowia w tych przestępstwach.

622. Obowiązek dokumentowania i zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania może być szczególnie trudny w sytuacjach, w których pracownicy ochrony zdrowia znajdują się pod rzeczywistą lub postrzeganą presją ze strony osób trzecich, takich jak pracodawca państwowy, i presja ta pozostaje w sprzeczności z obowiązkami etycznymi. W przypadkach gdy domniemane tortury lub niewłaściwe traktowanie popełniono w instytucji, w której przetrzymywana jest domniemana ofiara, może to narazić ofiarę na bardzo wysokie ryzyko. W takich okolicznościach obowiązki etyczne pracownika ochrony zdrowia polegające na działaniu w najlepszym interesie jednostki, nie wyrządzaniu krzywdy oraz poszanowaniu autonomii i poufności mogą stać w sprzeczności z etycznym obowiązkiem dokumentowania i zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania oraz zapobiegania krzywdzie innych osób.

623. Nawet w takich konfliktowych sytuacjach pracownicy ochrony zdrowia nigdy nie powinni ignorować przypadków i podejrzeń o tortury lub przedstawionych zarzutów. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy podejrzewają tortury lub niewłaściwe traktowanie, niezależnie od miejsca lub celu spotkania klinicznego, powinni zawsze:

(a) dążyć do uzyskania świadomej zgody i ujawnić wszelkie obowiązki sprawozdawcze;

(b) dokumentować i zgłaszać przypadki tortur i niewłaściwego traktowania zgodnie z zasadami stambulskimi, jeśli wyrażono świadomą zgodę na ocenę kliniczną i takie zgłoszenie;

(c) rozważyć, w przypadku braku świadomej zgody, wszystkie obowiązki etyczne i wziąć pod

<sup>525</sup> Faculty of Forensic and Legal Medicine of the Royal College of Physicians, *Quality Standards for Healthcare Professionals* [Normy jakości dla pracowników ochrony zdrowia].

uwagę naruszenie poufności wyłącznie na warunkach określonych w pkt 177-178 powyżej;

(d) anonimowo dokumentować wzorce nadużyć i zgłaszać je międzynarodowym i krajowym instytucjom zajmującym się prawami człowieka;

(e) rozważyć potrzebę skierowania pacjenta do innych lekarzy w celu leczenia lub dalszej dokumentacji.

### 1. Rzeczywiste lub postrzegane zobowiązania wobec osób trzecich

624. Jak omówiono w pkt 173-182 powyżej, dylematy wynikające z rzeczywistych lub postrzeganych zobowiązań wobec stron trzecich, takich jak pracodawcy państwowi lub wojskowa struktura dowodzenia, mogą zagrażać poszanowaniu przez pracownika ochrony zdrowia podstawowych obowiązków etycznych. Niezależnie od okoliczności zatrudnienia pracownicy ochrony zdrowia nie mogą być zobowiązani umowami lub innymi względami do naruszania swoich zawodowych obowiązków etycznych lub niezależności.

### 2. Ukryte i jawne uprzedzenia

625. Jawne uprzedzenia to świadome myśli skierowane do określonej grupy osób; podczas rutynowych interakcji są one łatwo rozpoznawalne przez posiadacza tych przekonań lub przez innych<sup>526</sup>. Ukryte uprzedzenia to nieświadome myśli, które są skierowane do określonej grupy osób. Nieświadoma natura ukrytych uprzedzeń sprawia, że są one dość powszechne, nawet wśród pracowników ochrony zdrowia pracujących z grupami takimi jak ofiary tortur lub niewłaściwego traktowania, zwłaszcza gdy są nimi osoby zatrzymane. Ważne jest, aby rozpoznać i złagodzić ukryte i jawne uprzedzenia w pracy z pacjentami, klientami i domniemanymi ofiarami, aby uniknąć działania opartego na takich stronniczych koncepcjach.

### 3. Ograniczone możliwości skierowania

626. Możliwości kierowania do specjalistów mogą być ograniczone ze względu na brak specjalistów, do których można się zwrócić, opór w systemie przed kierowaniem spraw dalej, przeszkody ekonomiczne, a także problemy z dostępem i odpowiednimi standardami w zakresie

transferu i badań w placówkach ochrony zdrowia. To sprawia, że wstępna dokumentacja tortur lub niewłaściwego traktowania jest tym bardziej pilna i konieczna.

## E. Wytyczne i procedury

627. Wszyscy lekarze powinni dołożyć wszelkich starań, aby wypełnić swój etyczny obowiązek dokumentowania i zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania we wszystkich okolicznościach. Protokół stambulski i jego zasady powinny być uważane za główne ramy, w których należy wypełnić ten obowiązek.

### 1. Oceny kliniczne w kontekście prawnym

628. Rozdziały IV, V i VI oraz załączniki I-IV zawierają szczegółowe wytyczne dotyczące oceny klinicznej tortur i niewłaściwego traktowania w kontekście prawnym. W niniejszej części przedstawiono kilka kluczowych punktów tych wytycznych jedynie po to, aby podkreślić różnice między ocenami klinicznymi w kontekście prawnym i pozaprawnym. Jeżeli pracownicy ochrony zdrowia chcą upewnić się, czy ich oceny kliniczne w kontekście prawnym są zgodne ze standardami Protokołu stambulskiego, powinni odnieść się do rozdziałów IV, V i VI oraz załączników I-IV.

629. Gdy dana osoba zarzuca przestępstwo tortur lub niewłaściwego traktowania, państwo ma obowiązek zbadać te zarzuty<sup>527</sup>. Takie dochodzenia powinny obejmować ocenę kliniczną zarówno dowodów fizycznych, jak i dowodów psychologicznych zgodnie z Protokołem stambulskim i jego zasadami. Niezależnie od rodzaju sprawy sądowej (karnej, cywilnej, administracyjnej lub innej) lub okoliczności, w których zarzuca się tortury (związane lub niezwiązane z pozbawieniem wolności), państwo powinno przeprowadzać oceny w odpowiednim terminie, korzystając z wykwalifikowanych specjalistów. Jak stwierdzono w rozdziale IV (zob. pkt 354-355, 379 i 382 powyżej) oraz w załączniku I, z zasady stambulskich wynika, że pracownicy ochrony zdrowia powinni przedstawić interpretację wszystkich ustaleń i opinię na temat możliwości wystąpienia tortur lub niewłaściwego traktowania.

<sup>526</sup> Chloë FitzGerald i Samia Hurst, „Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review” [„Ukryte uprzedzenia wśród pracowników ochrony zdrowia: przegląd systematyczny”], *BMC Medical Ethics*, tom 18, nr 1 (2017).

<sup>527</sup> Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur, art. 12: „Każde Państwo Strona zapewnia, aby jego właściwe organy przeprowadzały szybkie i bezstronne dochodzenie, gdy istnieją uzasadnione podstawy, by sądzić, iż na terytorium podlegającym jego jurysdykcji były stosowane tortury.”

**630.** Postanowienia Protokołu stambulskiego pozwalają na pewną elastyczność w odniesieniu do stopnia szczegółowości sprawozdania medyczno-prawnego. Oznacza to, że treść ocen medyczno-prawnych może się różnić, musi być jednak zgodna z zasadami stambulskimi. Państwa powinny przyjąć stosowną politykę i ustanowić procedury dotyczące stosowania Protokołu stambulskiego przez zatrudnionych przez państwo pracowników ochrony zdrowia, w tym ich obowiązek przeprowadzania ocen zgodnie z Protokołem stambulskim i jego zasadami. Obejmuje to m.in. wymóg stosowania ustandaryzowanych formularzy oceny (które są zgodne z Protokołem stambulskim i jego zasadami) w celu zapewnienia jakości, dokładności i odpowiedzialności. Z drugiej strony, pracownicy ochrony zdrowia niezwiązani z jednostkami władzy państwowej nie powinni być zobowiązani do korzystania ze ustandaryzowanego formularza oceny, który może być wymagany od państwowych pracowników ochrony zdrowia.

**631.** We wszystkich przypadkach domniemanych lub podejrzewanych tortur lub niewłaściwego traktowania pracownik ochrony zdrowia zobowiązany jest wykonać wyżej wspomnianą pracę zgodnie z Protokołem stambulskim i jego zasadami i nie akceptować żadnych ograniczeń tej procedury, podanych na przykład przez prokuratorów lub sędziów. Oznacza to, że obowiązek badania domniemanych ofiar w ten sposób zastępuje wszelkie ograniczenia, które mogą być nałożone przez względy ustawowe. Należy zauważyć, że lekarze klinicyści, którzy przeprowadzają oceny stanu zdrowia osób pozbawionych wolności, na przykład w przypadku rutynowych ocen stanu zdrowia zatrzymanych, świadczenia opieki zdrowotnej więźniom i wizyt monitorujących miejsca zatrzymania, powinni zostać stosownie przeszkoleni i mieć możliwość przeprowadzania ocen klinicznych zgodnie z Protokołem stambulskim i jego zasadami, biorąc pod uwagę możliwość tortur i niewłaściwego traktowania w tych warunkach.

**632.** Chociaż pracownicy ochrony zdrowia niezwiązani z jednostkami władzy państwowej nie przeprowadzają ocen w imieniu państwa, to gdy wydają opinię medyczno-prawną na temat tortur lub niewłaściwego traktowania w sprawach sądowych, ich oceny powinny być zgodne z minimalnymi standardami zawartymi w zasadach stambulskich.

## 2. Oceny kliniczne w kontekstach pozaprawnych

**633.** W kontekstach pozaprawnych pracownicy ochrony zdrowia mogą obserwować urazy i stres psychologiczny w trakcie świadczenia usług opieki zdrowotnej lub oceny stanu zdrowia ofiar. W tym przypadku pracownik ochrony zdrowia powinien zapytać o przyczynę takich obrażeń lub stresu psychicznego i powiązanych okoliczności, w tym o to, czy dana osoba została zatrzymana przez funkcjonariuszy państwowych, w tym organy ścigania. Pracownicy ochrony zdrowia powinni zawsze pamiętać, że każda osoba pozbawiona wolności jest narażona na tortury i inne formy niewłaściwego traktowania.

**634.** Jeśli dana osoba zarzuca stosowanie tortur lub niewłaściwego traktowania przez funkcjonariusza państwowego lub za jego przyzwoleniem lub jeśli pracownik ochrony zdrowia podejrzewa taką możliwość, lekarz powinien wziąć pod uwagę następujące wskazówki dotyczące dokumentowania i zgłaszania tortur lub niewłaściwego traktowania (zob. załącznik I):

(a) przed przystąpieniem do oceny należy dążyć do uzyskania świadomej zgody, jak opisano w pkt 165-171 i 273 powyżej, co obejmuje poinformowanie o wszelkich obowiązkowych wymogach zgłaszania;

(b) w celu zapewnienia prywatności należy wykluczyć obecność osób trzecich w pokoju, w którym przeprowadzana jest ocena. Zob. pkt 312-315 powyżej, aby uzyskać dodatkowe wskazówki na temat obecności osób trzecich podczas oceny;

(c) należy zapytać o przyczynę wszelkich obrażeń lub zaburzeń psychicznych;

(d) należy rejestrować i oceniać wszelkie fizyczne lub psychiczne objawy lub niepełnosprawności, które mogą być związane z domniemanym nadużyciem;

(e) należy przeprowadzić ukierunkowane badanie fizyczne wszystkich układów narządów, których mogą dotyczyć zarzuty znęcania się, w tym krótkie badanie stanu psychicznego i ocenę ryzyka wyrządzenia krzywdy przez samego siebie i przez innych;

(f) należy udokumentować obecność wszystkich wykrytych obrażeń, w tym tych,

które mogą być związane z domniemanym lub podejrzanym znęcaniem się, za pomocą schematów ciała (zob. załącznik III) i zdjęć, jeśli jest to w ogóle możliwe;

**(g)** jeśli na podstawie obserwacji klinicznych lub ustaleń klinicznych domniemane lub podejrzanego jest niewłaściwe traktowanie oraz pod warunkiem że domniemana ofiara wyraziła świadomą zgodę, pracownik ochrony zdrowia musi:

**(i)** wydać odpowiednie skierowania na dalsze konsultacje, ogólną ocenę i ocenę medyczno-prawną domniemanego lub podejrzanego niewłaściwego traktowania, a także na leczenie schorzeń medycznych i psychicznych;

**(ii)** powiadomić odpowiednie organy i poinformować dane osoby o ich prawie do oceny klinicznej przez niezależnych, pozarządowych ekspertów klinicznych oraz, w miarę możliwości, skierować do konkretnego eksperta pozarządowego;

**(h)** lekarze klinicyści, którzy posiadają wiedzę i doświadczenie w zakresie stosowania Protokołu stambulskiego i jego zasad, mogą rozważyć przedstawienie interpretacji spójności między wynikami badań klinicznych a domniemaną metodą (metodami) zadawania obrażeń, a także opinii na temat możliwości wystąpienia tortur lub niewłaściwego traktowania zgodnie z definicją zawartą w Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur (zob. pkt 382-385, 424-425 i 546-548 powyżej);

**(i)** kopię dokumentacji/oceny należy przekazać odpowiednim organom prawnym i pacjentowi, jeśli tego zażąda, lub przedstawicielowi prawnemu pacjenta, ale nie funkcjonariuszom organów ścigania. Pracownicy ochrony zdrowia powinni zachować jedną kopię oceny i dokumentacji dla siebie w bezpiecznych archiwach medycznych;

**(j)** jeśli pracownik ochrony zdrowia nie jest w stanie przeprowadzić któregośkolwiek lub wszystkich elementów wspomnianej oceny, lekarz klinicysta powinien wskazać tego przyczynę (przyczyny) w dokumentacji i zastosować alternatywne podejścia;

**(k)** jeśli istnieją jakiegokolwiek oznaki tortur lub niewłaściwego traktowania, lekarz powinien dołożyć wszelkich starań i przedsięwziąć

wszelkie środki, aby uniknąć odesłania domniemanej ofiary do miejsca, w którym tortury lub niewłaściwe traktowanie miały miejsce.

**635.** Kiedy niezależni pracownicy ochrony zdrowia niezwiązani z jednostkami władzy państwowej przeprowadzają oceny kliniczne przypadków domniemanych lub podejrzanego tortur lub niewłaściwego traktowania w środowisku pozaprawnym, nie mają takich samych formalnych wymogów dowodowych jak te obowiązujące w środowisku prawnym. W takich przypadkach rozsądne byłoby, aby lekarze klinicyści postępowali zgodnie z zasadami stambulskimi i odnotowywali wszelkie odstępstwa od tych zasad w sytuacjach, gdy powinny mieć one zastosowanie. Na przykład niektóre dochodzenia w zakresie praw człowieka mogą nie zapewniać wystarczającej ilości czasu na przeprowadzenie pełnej i szczegółowej oceny psychologicznej, dlatego należy to odnotować.

**636.** Oceniając dostarczone informacje i wyniki badań klinicznych, pracownicy ochrony zdrowia będą musieli wziąć pod uwagę, że osoby mogą nie ujawniać pełnego zakresu swoich doświadczeń związanych z torturami lub niewłaściwym traktowaniem. W szczególności, jak omówiono w pkt 274-276 powyżej, dana osoba może nie ujawnić doświadczeń związanych z torturami seksualnymi, a na zdolność osób do pełnego przypomnienia sobie szczegółów swoich doświadczeń może wpływać wiele czynników, w tym stres związany z sytuacją, np. w przypadku zatrzymania (zob. pkt 342-353 powyżej). Ich stan psychiczny i zgłaszane objawy psychiczne również mogą być inne, jeśli zostaną pozbawieni wolności. Wreszcie, lekarze klinicyści, którzy nie są zaznajomieni z rozpoznawaniem i dokumentowaniem urazów fizycznych, mogą zgłaszać mniej objawów fizycznych w porównaniu z bardziej doświadczonymi lekarzami klinicystami.

**637.** Należy dążyć, aby oceny kliniczne w warunkach pozaprawnych dostarczały wszystkich informacji będących nieodłączną częścią pełnej oceny medyczno-prawnej, jak opisano w innym miejscu Protokołu stambulskiego. Obejmuje to odniesienie się do odpowiedniej historii klinicznej, zarzutów lub podejrzeń o znęcanie się, objawów fizycznych i psychicznych oraz ustaleń wynikających z badania fizycznego i psychologicznego. W podsumowaniu należy



ocenić problemy kliniczne i potrzeby medyczne, a także kroki poczynione w celu rozpoczęcia badań i leczenia oraz skierowania na dalsze badania i leczenie. Do celów prawnych należy uwzględnić informacje o sprawie i okolicznościach oceny, a sprawozdanie lekarza powinno być opatrzone datą i podpisem.

## F. Zgłaszanie i regulacje

638. Zawodowy obowiązek zgłaszania tortur i niewłaściwego traktowania omówiono w rozdziale II (zob. pkt 148, 155 i 177-182 powyżej); omówiono tam także warunki, które mogą uniemożliwić zgłoszenie tortur i niewłaściwego traktowania, gdy domniemana ofiara nie wyrazi na to zgody. Ważne jest również, aby znać krajowe przepisy ustawowe i wykonawcze dotyczące zgłaszania zarzutów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Takie przepisy (np. kodeksy postępowania karnego i przepisy dotyczące medycyny sądowej lub zdrowia) często ustanawiają wymóg obowiązkowego zgłaszania przez pracowników ochrony zdrowia i mogą pomijać warunek wstępny, jakim jest świadoma zgoda. Jak wskazano w pkt 175 powyżej, pracownicy ochrony zdrowia mają obowiązek przestrzegać swoich podstawowych obowiązków etycznych, nawet jeśli są one sprzeczne z prawem.

639. Jak omówiono w pkt 315 powyżej, sprawozdania kliniczne dotyczące domniemanych ofiar nigdy nie powinny być przekazywane funkcjonariuszom organów ścigania, ale organowi sądowemu lub innemu niezależnemu organowi odrębnemu od środowiska, w którym doszło do możliwego nadużycia. Oficjalna krajowa instytucja zajmująca się prawami człowieka i krajowe mechanizmy prewencji w danym państwie mogą być skutecznymi mechanizmami współpracy w celu wyjaśnienia lub zdefiniowania takich procedur.

640. Aby zapewnić poszanowanie wszystkich obowiązków pracowników ochrony zdrowia, instytucje państwowe powinny ustanowić zasady dokumentowania i zgłaszania dla pracowników ochrony zdrowia w porozumieniu z międzynarodowymi organami monitorującymi i prewencyjnymi, a także z krajowymi i międzynarodowymi stowarzyszeniami pracowników ochrony zdrowia. Może to być szczególnie ważne dla pracowników ochrony zdrowia pracujących w miejscach zatrzymań, którzy ze względu na pracę w odizolowanych

warunkach klinicznych mogą być odizolowani od wsparcia kolegów branży. Krajowe stowarzyszenia pracowników ochrony zdrowia i krajowe instytucje praw człowieka powinny odgrywać aktywną rolę w określaniu procedur dokumentowania i zgłaszania przypadków domniemanych lub podejrzewanych tortur lub niewłaściwego traktowania, zwłaszcza gdy władze przeprowadzające zatrzymanie nie zapewniają takich wskazówek.

## G. Monitorowanie i zapewnianie jakości wszystkich oficjalnych ocen

641. Nie wystarczy, aby państwa po prostu ustanowiły procedury i praktyki, które odpowiadają postanowieniom Protokołu stambulskiego i jego zasadom. Jak omówiono w pkt 674-679 poniżej, państwa muszą monitorować i zapewniać jakość wszystkich oficjalnych ocen, w których zarzuca się lub podejrzewa tortury lub niewłaściwe traktowanie, oraz podejmować działania zaradcze w przypadku braku zgodności. Ponadto niezwykle ważne jest, aby państwa zapewniły, by odpowiednie oceny przeprowadzali pracownicy ochrony zdrowia. Oficjalne oceny kryminalistyczne muszą być przeprowadzane zgodnie z Protokołem stambulskim i jego zasadami.

# Wdrożenie Protokołu stambulskiego

ROZDZIAŁ VIII

642. Protokół stambulski opracowano w celu ustanowienia konkretnych norm ONZ dotyczących sposobu prowadzenia skutecznych dochodzeń prawnych i klinicznych w sprawie zarzutów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Chociaż Protokół stambulski posłużył do wypełnienia luki między wynikającymi z traktatu obowiązkami państw w zakresie prowadzenia dochodzeń w sprawie tortur i niewłaściwego traktowania a brakiem wytycznych normatywnych, w szczególności w zakresie dochodzenia medyczno-prawnego oraz dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania, nie zawierał on szczegółowych, konkretnych wytycznych dotyczących sposobu, w jaki państwa powinny wdrażać te standardy. Niniejszy rozdział ma na celu zapewnienie państwom i członkom społeczeństwa obywatelskiego wskazówek dotyczących wdrażania Protokołu stambulskiego na podstawie rozległego praktycznego doświadczenia zainteresowanych stron. Jako podmioty praw człowieka państwa mają obowiązek skutecznie zapobiegać torturom i niewłaściwemu traktowaniu, a także zapewnić możliwość dochodzenia odpowiedzialności i zadośćuczynienia. Chociaż wytyczne zawarte w tym rozdziale są skierowane przede wszystkim do państw w celu wypełnienia ich zobowiązań w zakresie praw człowieka, są one również istotne dla członków społeczeństwa obywatelskiego: mogą posłużyć im jako ramy odpowiedzialności państwa za skuteczne praktyki w zakresie badania i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania oraz do określenia konkretnych działań wdrożeniowych, w których może uczestniczyć społeczeństwo obywatelskie.

643. Od 1999 roku wielu prawników i pracowników ochrony zdrowia oraz innych obrońców praw człowieka pracowało nad wdrożeniem standardów Protokołu stambulskiego w około 40 krajach. To rozległe doświadczenie praktyczne zapewniło wgląd w potrzeby i wyzwania związane z wdrażaniem Protokołu stambulskiego przez państwa<sup>528</sup>. W 2012 roku cztery organizacje partnerskie (Lekarze na rzecz Praw Człowieka, Międzynarodowa Rada Rehabilitacji Ofiar Tortur, Fundacja Praw Człowieka Turcji i Redress Trust) opracowały szereg praktycznych wytycznych - znanych jako „Plan działania

dotyczący Protokołu stambulskiego” - w zakresie wdrażania przez państwa Protokołu stambulskiego. W 2012 r. Plan działania dotyczący Protokołu stambulskiego został uznany i poparty przez Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka<sup>529</sup>, a w 2014 r. - przez specjalnego sprawozdawcę ds. tortur<sup>530</sup>.

644. Wytyczne zawarte w Planie działania dotyczącym Protokołu stambulskiego zostały zastosowane w wielu krajach i odegrały kluczową rolę w poprawie praktyk dochodzeniowych i dokumentacyjnych w zakresie tortur i niewłaściwego traktowania. Wskazówki zawarte w tym rozdziale opierają się na podstawowych elementach Planu działania dotyczącego Protokołu stambulskiego, a także na globalnym, praktycznym doświadczeniu tych, którzy przygotowali i opracowali obecne wydanie Protokołu stambulskiego<sup>531</sup>. Takie wytyczne mają pomóc państwom we wdrażaniu standardów Protokołu stambulskiego i wzmocnić warunki niezbędne do skutecznego prawnego i medyczno-prawnego badania oraz dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania. Niniejsze wytyczne mają również służyć jako ramy odpowiedzialności za wdrażanie przez państwo skutecznych praktyk w zakresie dochodzeń i dokumentacji.

## A Warunki skutecznego wdrożenia Protokołu stambulskiego

645. W ciągu ostatnich 20 lat ci, którzy pracowali nad wdrożeniem standardów Protokołu stambulskiego, nauczyli się, że skuteczne dochodzenie prawne i kliniczne oraz dokumentowanie tortur i niewłaściwego traktowania zależy od szeregu współzależnych warunków, które wymagają stopniowego wdrażania. Państwa powinny poczynić kroki w celu spełnienia warunków opisanych poniżej.

### 1. Oficjalne uznanie standardów Protokołu stambulskiego

646. Tortury i niewłaściwe traktowanie to naruszenia popełnione przez funkcjonariuszy państwowych, z ich inicjatywy lub za ich przyzwoleniem. Aby osiągnąć spójne zasady odpowiedzialności

<sup>528</sup> Haar i inni, „The Istanbul Protocol: a stakeholder survey” [„Protokół stambulski: ankieta wśród zainteresowanych stron”] (zob. przypis 7 we wstępie powyżej), który zawiera wyniki ankiety przeprowadzonej wśród 220 interesariuszy Protokołu stambulskiego z 30 krajów na temat warunków krajowych, w których pracują, oraz raporty dotyczące wyzwań, przed którymi stoją.

<sup>529</sup> Oświadczenie Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka, Navanethem Pillay, z dnia 24 lutego 2012 r.

<sup>530</sup> A/69/387, pkt 56 i 74.

<sup>531</sup> Vincent Iacopino i inni, „Istanbul Protocol implementation in Central Asia: bending the arc of the moral universe” [„Wdrażanie Protokołu stambulskiego w Azji Środkowej: nagiwanie łuku moralnego wszechświata”], *Journal of Forensic and Legal Medicine*, tom 69 (2020).

między wszelkimi organami władzy państwowej, konieczne jest, aby państwa, poprzez działania legislacyjne i administracyjne, oficjalnie uznały i zinstytucjonalizowały standardy Protokołu stambulskiego wśród odpowiednich jednostek administracji państwa i ich personelu, takich jak prokuratorzy, prawnicy, w tym prawnicy wyznaczeni przez sąd, sędziowie, organy ścigania, personel więzienny i wojskowy, specjaliści medycyny sądowej i zdrowia oraz osoby odpowiedzialne za opiekę zdrowotną nad zatrzymanymi.

## 2. Wola polityczna

647. Jednym z najważniejszych warunków skutecznego badania i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania jest niezbędna wola polityczna na szczeblu krajowym we wszystkich odpowiednich agencjach rządowych, aby wyeliminować tortury i niewłaściwe traktowanie, w tym potrzebne są zobowiązania ze strony podmiotów instytucjonalnych - takich jak organy ścigania, siły bezpieczeństwa i antyterrorystyczne, służby kryminalistyczne i medyczne, sądownictwo, więzienia i jednostki administracyjne państwa - do wdrożenia reform administracyjnych, legislacyjnych i sądowych. Wola polityczna powinna zostać zademonstrowana za pomocą konsekwentnych, kompleksowych i trwałych działań. Ograniczone działania naprawcze, takie jak szkolenia dla jednej lub kilku grup docelowych przy braku innych istotnych reform politycznych, stanowią niewystarczające zobowiązanie ze strony podmiotów państwowych, a nawet mogą być celową próbą złagodzenia wezwań do podjęcia skutecznych działań naprawczych. Dowody woli politycznej niezbędnej do zaprzestania stosowania tortur często obejmują uznanie przez państwo charakteru i zakresu tortur i niewłaściwego traktowania, politykę „zerowej tolerancji” w odniesieniu do tortur i niewłaściwego traktowania oraz krajowy plan działania, który obejmuje wdrożenie Protokołu stambulskiego i opiera się na kompleksowej ocenie charakteru i zakresu tortur i niewłaściwego traktowania. Wytyczne dotyczące wdrażania opracowane w tym rozdziale mogą służyć jako model dla krajowych planów działania. Ostatecznie miarą skutecznej polityki zwalczania tortur i niewłaściwego traktowania będzie zdolność państwa do zapobiegania takim przestępstwom, pociągania sprawców do odpowiedzialności i przyznawania ofiarom zadośćuczynienia, na które zasługują.

## 3. Skuteczny system sądownictwa karnego

648. Systemy wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych często stoją w obliczu wielu wyzwań związanych ze skutecznym zapewnieniem m.in.:
- (a) podstawowych gwarancji podczas aresztowania i zatrzymania;
  - (b) dochodzenia i ścigania tortur i niewłaściwego traktowania;
  - (c) ocen medyczno-prawnych domniemanych ofiar;
  - (d) dochodzeń organów ścigania w sprawie domniemanych przestępstw prowadzonych bez uciekania się do tortur lub niewłaściwego traktowania w celu uzyskania zeznań;
  - (e) obrony prawnej domniemanych ofiar;
  - (f) zakazu wykorzystywania w jakimkolwiek postępowaniu dowodów uzyskanych w wyniku tortur lub niewłaściwego traktowania;
  - (g) sankcji wobec sprawców i osób współwinnych;
  - (h) środków mających na celu ochronę i propagowanie praw osób pozbawionych wolności o szczególnych potrzebach;
  - (i) systematycznego monitorowania praktyk, które mogą stanowić tortury lub niewłaściwe traktowanie;
  - (j) odpowiedzialności i działań następczych podejmowanych przez urzędników państwowych w przypadku domniemania stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania;
  - (k) zabezpieczeń proceduralnych i mechanizmów odpowiedzialności w celu wyeliminowania możliwości odwetu na domniemanych ofiarach;
  - (l) zadośćuczynienia, w tym rehabilitacji, dla ofiar tortur lub niewłaściwego traktowania.
649. Zdolność państwa do prowadzenia skutecznych dochodzeń oraz dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania często zależy od funkcjonującego systemu sądownictwa karnego, w tym ustawodawstwa, w którym tortury i niewłaściwe traktowanie, zdefiniowane zgodnie z Konwencją w sprawie zakazu

stosowania tortur lub innymi odpowiednimi traktatami międzynarodowymi<sup>532</sup>, uznaje się za konkretne przestępstwo, od istnienia zasad postępowania karnego i zasad dowodowych, które zapewniają poszanowanie praw osób zatrzymanych i oskarżonych, od wykazanej chęci i zdolności do wyeliminowania korupcji oraz od formalnego i praktycznego oddzielenia organów ścigania, personelu medycznego i personelu sądowego. Państwowe służby kryminalistyczne powinny być niezależne od organów ścigania, prokuratury i władz wojskowych. Lekarze kliniści niezwiązani z jednostkami władzy państwowej powinni być uprawnieni do oceny dowodów fizycznych i psychologicznych zgodnie ze standardami Protokołu stambulskiego. Protokół stambulski i jego zasady stanowią ramy normatywne dla systemów prawnych, w szczególności systemów wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych, a ich celem jest zapewnienie zapobiegania torturom i niewłaściwemu traktowaniu oraz odpowiedzialności i zadośćuczynienia za takie czyny.

#### 4. Odpowiednie zasoby finansowe i ludzkie

**650.** Państwa powinny zapewnić odpowiednie zasoby finansowe i ludzkie, aby utrzymać stopniowe wdrażanie standardów Protokołu stambulskiego i warunków do tego niezbędnych, w tym wykwalifikowany personel prawny i medyczno-prawny, w szczególności odpowiednią liczbę pracowników ochrony zdrowia o odpowiednich kwalifikacjach klinicznych (zob. pkt 303-308 powyżej), w tym lekarzy klinicystów zajmujących się zdrowiem psychicznym, oraz zaangażowanych w sprawy etyki lekarskiej. Zapewnienie takich zasobów ludzkich zwykle wymaga stałego wsparcia finansowego przez wiele lat.

#### 5. Dobre rządy

**651.** Sposób, w jaki państwa sprawują władzę, jest istotny dla zrealizowania znaczącej reformy praw człowieka. Tortury i niewłaściwe traktowanie są aktami przemocy i stanowią antytezę dobrego rządzenia. Według Biura Wysokiego Komisarza NZ ds. Praw Człowieka (OHCHR) dobre rządzenie obejmuje: „pełne poszanowanie praw człowieka, praworządność,

skuteczne uczestnictwo, partnerstwo wielu podmiotów, pluralizm polityczny, przejrzyste i odpowiedzialne procesy i organizacja instytucji, wydajny i skuteczny sektor publiczny, legitymizacja, dostęp do wiedzy, informacji i edukacji, wzmocnienie pozycji politycznej obywateli, sprawiedliwość, zrównoważony rozwój oraz postawy i wartości, które sprzyjają odpowiedzialności, solidarności i tolerancji”<sup>533</sup>. Ponadto „dobre rządzenie to proces, w ramach którego instytucje publiczne prowadzą sprawy publiczne, zarządzają zasobami publicznymi i gwarantują realizację praw człowieka w sposób zasadniczo wolny od nadużyć i korupcji oraz z należyтым poszanowaniem praworządności”<sup>534</sup>. Dobre rządzenie jest nie tylko niezwykle ważne w procesie wdrażania standardów Protokołu stambulskiego, lecz także służy często jako środek zaradczy przeciwko występowaniu warunków, które ułatwiają tortury i niewłaściwe traktowanie. Skuteczne działania zaradcze przeciwko torturom, w tym wdrożenie Protokołu stambulskiego, zależą zatem od zdolności rządu do zapewnienia przejrzystości, odpowiedzialności, sprawnie funkcjonujących instytucji, budowania potencjału, kontroli i równowagi instytucji kontrolnych, a także praworządności oraz aktywnego udziału organizacji, ruchów i liderów społeczeństwa obywatelskiego w kontaktach z podmiotami państwowymi.

#### 6. Współpraca

**652.** Podejmowanie działań mających na celu położenie kresu praktykom stosowania tortur i niewłaściwego traktowania wymaga współpracy między instytucjami krajowymi, regionalnymi i międzynarodowymi, w tym Organizacją Narodów Zjednoczonych i innymi organizacjami wielostronnymi oraz organizacjami pozarządowymi. Taka współpraca zależy w dużej mierze od stopnia, w jakim państwo wykazuje trwałą wolę polityczną niezbędną do zaprzestania tortur i niewłaściwego traktowania. Współpraca może zostać ułatwiona za pomocą umów lub uwarunkowana wzajemnie uzgodnionymi dowodami woli politycznej i trwałego postępu. Umowy o współpracy oraz partnerstwa pomagają budować zaufanie i wspólne zrozumienie wyzwań i działań naprawczych,

<sup>532</sup> Państwa mogą przyjąć inne definicje, które zapewniają większą ochronę niż art. 1 konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur (np. Międzyamerykańska konwencja w sprawie zapobiegania torturom i karania za ich stosowanie).

<sup>533</sup> Zob. [www.ohchr.org/EN/Issues/Development/GoodGovernance/Pages/AboutGoodGovernance.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Development/GoodGovernance/Pages/AboutGoodGovernance.aspx).

<sup>534</sup> Zob. sekcję „Dobre rządy i prawa człowieka” na stronie internetowej OHCHR ([www.ohchr.org/en/good-governance](http://www.ohchr.org/en/good-governance)). Zob. także Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, *Towards Human Resilience: Sustaining MDG Progress in an Age of Economic Uncertainty [W kierunku ludzkiej odporności: utrzymanie postępów w osiągnięciu milenijnych celów rozwoju w erze niepewności gospodarczej]* (Nowy Jork, 2011), rozdział 8 o zasadach sprawowania rządów oraz Rada Europy, „12 zasad dobrych demokratycznych rządów” (2018).

które należy podjąć. Taka współpraca umożliwi szeroki zakres działań w zakresie pomocy technicznej, w tym identyfikację praktyk i polityki, które pozwalają na stosowanie tortur lub niewłaściwe traktowanie; ustanowienie oficjalnego krajowego planu działania na rzecz zapobiegania torturom i niewłaściwemu traktowaniu oraz odpowiedzialności i zadośćuczynienia za takie czyny; kompleksowe rozwijanie zdolności odpowiednich grup docelowych; a także monitorowanie skuteczności wysiłków wdrożeniowych, w tym efektywnych praktyk dochodzeniowych i dokumentacyjnych dotyczących tortur i niewłaściwego traktowania.

## 7. Aktywny udział społeczeństwa obywatelskiego

653. Ci, którzy pracowali nad wdrożeniem standardów Protokołu stambulskiego, rozumieją ze swoich zbiorowych globalnych doświadczeń, że jest mało prawdopodobne, aby udało się wyeliminować przestępstwa państwowe polegające na torturach i niewłaściwym traktowaniu, jeśli nie ma aktywnego udziału społeczeństwa obywatelskiego. Państwa, które dopuszczają się tortur i niewłaściwego traktowania, często wykorzystują władzę państwową do ukrywania tych przestępstw i opierają się reformom. Państwa, które zobowiązały się do położenia kresu torturom i niewłaściwemu traktowaniu, powinny z zadowoleniem przyjmować i ułatwiać aktywne zaangażowanie organizacji społeczeństwa obywatelskiego, ruchów społecznych, organizacji zawodowych i liderów związkowych w działania przeciwko torturom, w tym we wdrażanie Protokołu stambulskiego. Państwa powinny również zachęcać i wspierać krajową sieć lekarzy klinicystów niezwiązanych z jednostkami władzy państwowej do przeprowadzania ocen klinicznych domniemanych tortur, przeglądu jakości i dokładności ocen państwowych oraz udziału w reformie polityki, budowaniu potencjału i działaniach edukacyjnych. Państwa powinny również zapewnić niepaństwowym podmiotom prawnym i klinicznym odpowiedni dostęp do wszystkich istotnych informacji, takich jak akta sprawy, informacje o dochodzeniach i domniemanych ofiarach, w sprawach medyczno-prawnych dotyczących domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, a także zgonów w areszcie.

## B. W kierunku skutecznego wdrożenia Protokołu stambulskiego

654. Ci, którzy pracowali nad wdrożeniem standardów Protokołu stambulskiego, uznali za przydatne rozważenie trzech uzupełniających się - stosowanych we współzależnych etapach - działań zmierzających do jego wdrożenia: oceny, budowania potencjału i reformy polityki. Należy zauważyć, że pomyślne wdrożenie działań w ramach tych etapów nie wymaga ściśle sekwencyjnego zastosowania. Przykłady udanego wdrożenia Protokołu stambulskiego obejmują m.in. następujące etapy osiągania celów i realizacji działań.

### 1. Etap I

655. Na początkowym etapie zainteresowane strony zajmujące się zapobieganiem torturom zazwyczaj stają przed wyzwaniem wspólnego zrozumienia charakteru i zakresu problemu tortur i niewłaściwego traktowania, znaczenia standardów Protokołu stambulskiego oraz potrzeby ustanowienia funkcjonalnego partnerstwa. Główne cele tego etapu obejmują: (a) ocenę panujących w danym kraju warunków i wyzwań; (b) podnoszenie świadomości na temat standardów Protokołu stambulskiego wśród odpowiednich interesariuszy rządowych i społeczeństwa obywatelskiego; oraz (c) rozwijanie partnerstwa między interesariuszami rządowymi, społeczeństwem obywatelskim i międzynarodowymi organizacjami praw człowieka.

### 2. Etap II

656. Na drugim etapie główne cele obejmują transfer niezbędnej wiedzy i umiejętności, a także poczynienie kroków w celu wdrożenia reform politycznych. Konkretne cele na etapie II obejmują: (a) rozwijanie trwałej zdolności do korzystania ze standardów Protokołu stambulskiego w celu prowadzenia dochodzeń i dokumentowania domniemanych tortur i niewłaściwego traktowania wśród odpowiednich grup docelowych (państwowi biegli z zakresu kryminalistyki, eksperci kliniczni i kryminalistyczni społeczeństwa obywatelskiego oraz inni pracownicy ochrony zdrowia, prokuratorzy, prawnicy i sędziowie); (b) wprowadzenie reform polityki w celu zapewnienia skutecznego prowadzenia dochodzeń i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania; oraz (c) opracowanie krajowego planu działania

przeciwko torturom, który obejmuje wdrożenie Protokołu stambulskiego.

### 3. Etap III

**657.** Po ustanowieniu ram dla trwałego budowania potencjału i określeniu niezbędnych reform polityki naprawczej skuteczne wdrożenie zazwyczaj wymaga przekazania działań wdrożeniowych lokalnym podmiotom społeczeństwa obywatelskiego i podmiotom państwowym, instytucjonalizacji standardów i praktyk Protokołu stambulskiego oraz monitorowania wyników procesów wdrożeniowych. Konkretnie cele na etapie III obejmują: (a) przekazywanie działań w zakresie budowania potencjału i reform politycznych lokalnym podmiotom społeczeństwa obywatelskiego i podmiotom państwowym; (b) włączanie najlepszych praktyk do instytucji rządowych i zawodowych; (c) wzmacnianie regionalnych sieci kontaktów i współpracy; oraz (d) monitorowanie jakości i dokładności ocen sądowych i medyczno-prawnych domniemyanych tortur lub niewłaściwego traktowania.

### C. Reformy prawne, administracyjne i sądowe

**658.** W wielu krajach państwa bezkarnie stosują tortury i niewłaściwe traktowanie, ponieważ systemy prawne i sądowe nie mają ram normatywnych i zabezpieczeń instytucjonalnych, które zapobiegałyby naruszeniom oraz gwarantowały odpowiedzialność i zadośćuczynienie. W niektórych przypadkach w systemach tych obowiązują przepisy, które faktycznie ułatwiają tortury i niewłaściwe traktowanie. Systemy wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych, które w dużej mierze opierają się na zeznaniach jako głównym dowodzie w postępowaniu sądowym, mogą celowo lub nieumyślnie ułatwiać tortury i niewłaściwe traktowanie. Aby praktyki dochodzeniowe i dokumentacyjne określone w Protokole stambulskim były skuteczne, państwa mogą potrzebować przeprowadzenia reform prawnych, administracyjnych i sądowych, w tym zdefiniowania i kryminalizacji aktów tortur i niewłaściwego traktowania zgodnie ze zobowiązaniami wynikającymi z konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur i innych odpowiednich traktatów międzynarodowych; ratyfikacji i zapewnienia skutecznego wdrożenia Protokołu fakultatywnego do konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur, a także

ustanowienia krajowych mechanizmów prewencyjnych oraz innych niezależnych i skutecznych organów monitorujących. Państwa powinny ponadto zapewnić odpowiednie stosowanie przepisów karnych dotyczących tortur i niewłaściwego traktowania oraz zapewnić, by ich stosowanie nie było zablokowane przez mniej restrykcyjne przepisy dotyczące nadużycia władzy przez funkcjonariuszy państwowych lub obrażeń spowodowanych przez funkcjonariuszy państwowych lub przez nałożenie sankcji administracyjnych. Ponadto państwa powinny dopilnować, aby zasady dowodowe wykluczały dopuszczanie zeznań złożonych pod wpływem tortur i niewłaściwego traktowania oraz wszelkich innych dowodów uzyskanych w wyniku takich naruszeń. Jednym z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania fałszywym zeznaniom pod wpływem tortur lub niewłaściwego traktowania jest wprowadzenie wymogu, aby proces uzyskiwania zeznań obciążających samego siebie był przeprowadzany w obecności sędziego po tym, jak zatrzymany uzyska niezależną poradę prawną.

**659.** Tortury i niewłaściwe traktowanie często mają miejsce w areszcie, gdy państwa nie zapewniają gwarancji osobom pozbawionym wolności i nie mają skutecznych mechanizmów składania skarg w celu zwalczania domniemyanych nadużyć. Państwa powinny poczynić niezbędne kroki, aby zapewnić skuteczne mechanizmy składania skarg dla osób, które zarzucają tortury lub niewłaściwe traktowanie, oraz mechanizmy ochrony tych osób przed represjami lub zastraszaniem. Państwa powinny również zapewniać ochronę osobom pozbawionym wolności poprzez:

- (a) przestrzeganie Reguł Nelsona Mandeli i innych odpowiednich norm Organizacji Narodów Zjednoczonych;
- (b) informowanie osób pozbawionych wolności o przysługujących im prawach w języku dla nich zrozumiałym;
- (c) zagwarantowanie szybkiego dostępu do wybranego przez siebie adwokata podczas wszystkich przesłuchań i postępowań sądowych;
- (d) umożliwienie szybkiego kontaktu i wizyt krewnych lub przyjaciół;
- (e) umożliwienie regularnych wizyt organów monitorujących;

- (f) zagwarantowanie szybkiego dostępu do sędziego z urzędu w postępowaniu karnym oraz prawa do *habeas corpus* we wszystkich postępowaniach;
- (g) umożliwienie szybkiego dostępu konsularnego osobom zatrzymanym w obcym państwie (państwie, które nie jest ich państwem obywatelstwa);
- (h) zapewnienie, aby nikt nie był przetrzymywany w żadnym nierozpoznanym lub tajnym ośrodku zatrzymań;
- (i) prowadzenie skutecznej i dokładnej dokumentacji związanej z nadzorem;
- (j) zakaz przetrzymywania w odosobnieniu i na czas nieokreślony, w tym w nieoficjalnych miejscach przetrzymywania;
- (k) zakaz wykorzystywania w jakimkolwiek postępowaniu dowodów uzyskanych w wyniku tortur lub niewłaściwego traktowania;
- (l) zapewnienie zgodności przesłuchań z międzynarodowymi praktykami egzekwowania prawa;
- (m) przyjęcie standardowych procedur operacyjnych w celu oceny i zgłaszania domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania w miejscach zatrzymań, zarówno cywilnych, jak i wojskowych, zgodnie ze standardami Protokołu stambulskiego;
- (n) zapewnienie odpowiednich zabezpieczeń dla specjalnych kategorii zatrzymanych (kobiet, nieletnich, osób starszych, cudzoziemców, mniejszości etnicznych, lesbijek, gejów, osób biseksualnych, transpłciowych i interseksualnych, osób chorych, osób niepełnosprawnych, osób z zaburzeniami psychicznymi lub trudnościami w uczeniu się oraz innych grup lub osób, które mogą być szczególnie narażone podczas zatrzymania).

**660.** Jak opisano w pkt 186 powyżej, państwa mają obowiązek prowadzenia szybkich, bezstronnych, niezależnych, skutecznych i dokładnych dochodzeń w sprawie wszystkich zarzutów dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania, z udziałem ofiar na wszystkich etapach dochodzenia. Biorąc pod uwagę

kluczowe znaczenie medyczo-prawnych dowodów tortur, państwa powinny wdrożyć system obowiązkowej oceny stanu zdrowia zatrzymanych osób, w tym wstępne badanie stanu zdrowia w momencie zatrzymania, a następnie co 24 godziny; na wniosek zatrzymanego; oraz przed przeniesieniem do innych miejsc zatrzymania, w tym aresztu sądowego<sup>535</sup>. Ponieważ tortury i niewłaściwe traktowanie są przestępstwami popełnianymi przez funkcjonariuszy państwowych lub za ich przyzwoleniem, istotne jest, aby państwa zapewniły domniemany ofiarom prawo do jednego lub więcej pracowników ochrony zdrowia wybranych przez zatrzymanego w celu przeprowadzenia oceny klinicznej w dowolnym momencie podczas zatrzymania lub po zatrzymaniu, w tym w miejscach zatrzymania, które wymagają poświadczenia bezpieczeństwa. Takie oceny przeprowadzane przez lekarzy klinycystów niezwiązanych z jednostkami władzy państwowej muszą być dopuszczalne w sądzie i brane pod uwagę na równi z tymi od rządowych biegłych z zakresu medycyny<sup>536</sup>. Lekarze, zarówno rządowi, jak i niezwiązani z jednostkami władzy państwowej powinni mieć szybki dostęp (w ciągu mniej niż 24 godzin) do domniemanych ofiar tortur lub niewłaściwego traktowania w celu oceny dowodów fizycznych i psychologicznych zgodnie ze standardami Protokołu stambulskiego, niezależnie od tego, czy osoby te są zatrzymane. Państwa powinny dopilnować, aby wszystkie gwarancje proceduralne Protokołu stambulskiego dotyczące oceny medyczo-prawnej domniemanych przypadków tortur lub niewłaściwego traktowania zostały skodyfikowane w prawie krajowym, w tym w kodeksach postępowania karnego oraz w prawie sądowym i zdrowotnym (zob. pkt 312-315 powyżej).

**661.** Państwa powinny opracować solidne ramy prawne zapewniające naprawę szkody w związku z torturami i niewłaściwym traktowaniem, w tym postępowanie cywilne, które jest niezależne od wyniku postępowania karnego, oraz prawo ofiar do rehabilitacji. Powinno to obejmować skuteczne proceduralne środki ochrony prawnej, zarówno sądowe, jak i pozasądowe, w celu ochrony prawa ofiar do wolności od tortur i niewłaściwego traktowania w prawie i praktyce oraz zapewnienia naprawy szkody i rehabilitacji w związku z torturami

<sup>535</sup> Ponieważ takie oceny są obowiązkiem państw, koszty obowiązkowych ocen stanu zdrowia powinny być przez nie ponoszone.

<sup>536</sup> Chociaż organizacje pozarządowe, lekarze klinycyści i pracownicy ochrony zdrowia nie są zobowiązani na mocy prawa międzynarodowego do sporządzania ocen zgodnie z Protokołem stambulskim, są do tego bardzo zachęceni. Ponadto domniemane ofiary zastrzegają sobie prawo do przedstawienia dowodów i ich rodzaju.



i niewłaściwym traktowaniem. Prawo krajowe powinno przewidywać różne formy naprawy szkody uznane w prawie międzynarodowym, a przyznane formy powinny odzwierciedlać wagę naruszenia (naruszeń).

**662.** Państwa powinny zapewnić, by cały odpowiedni personel (funkcjonariusze organów ścigania, funkcjonariusze więziennictwa, państwowi biegli z zakresu kryminalistyki i inni pracownicy ochrony zdrowia, prokuratorzy, prawnicy i sędziowie) otrzymali szkolenie w zakresie skutecznego prawnego i klinicznego badania i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania oraz by personel organów ścigania otrzymał specjalne szkolenie w zakresie uznanych na całym świecie metod przesłuchań i skutecznych środków zapobiegania torturom i niewłaściwemu traktowaniu. Szkolenie właściwych grup docelowych powinno być uwzględnione w odpowiednich programach nauczania zawodowego, a także w specjalnych kursach szkoleniowych i kształceniu ustawicznym dla osób już praktykujących w swoich dziedzinach. Prawnicy, prokuratorzy i sędziowie powinni posiadać szczegółową wiedzę i przeszkolenie w zakresie Protokołu stambulskiego i jego zasad, w szczególności wytycznych dotyczących dochodzeń prawnych w sprawie tortur i niewłaściwego traktowania oraz odpowiednich kwestii medyczno-prawnych, takich jak zrozumienie treści ocen medyczno-prawnych dotyczących domniemych tortur i niewłaściwego traktowania, jak opisano w rozdziałach IV, V i VI oraz załącznikach I i IV, a także kwalifikacji niezbędnych do składania zeznań przez biegłych z zakresu badań klinicznych (zob. pkt 303-308). Prawnicy, prokuratorzy i sędziowie powinni również posiadać specjalistyczną wiedzę i odbyć szkolenia w zakresie zasady wyłączenia odpowiedzialności (zob. pkt 10 ppkt (i) pkt 16 i pkt 264 powyżej), zgodnie z którymi dowody uzyskane w wyniku tortur lub niewłaściwego traktowania są wyłączone z wykorzystania w postępowaniu sądowym. Ponadto urzędnicy państwowi powinni zostać przeszkoleni w zakresie rozpoznawania i odpowiedniego reagowania na zarzuty stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Osoby zaangażowane w prace nad wdrożeniem standardów Protokołu stambulskiego opracowały szereg ogólnych i szczegółowych materiałów szkoleniowych dla specjalistów prawnych i klinicznych.

**663.** Państwa powinny również zapewnić poszanowanie prawnych i medycznych obowiązków etycznych opisanych w rozdziale II. Obejmują one m.in. nieuczestniczenie pracowników ochrony zdrowia w jakiegokolwiek formie przesłuchań oraz obowiązkowe wymogi dokumentowania i zgłaszania w przypadku domniemania lub podejrzenia stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania. Pracownikom ochrony zdrowia zabrania się również odgrywania jakiegokolwiek roli w nakładaniu sankcji dyscyplinarnych lub innych środków ograniczających.

#### D. Państwowa reforma medycyny sądowej i zawodów medycznych

**664.** Wynikające z prawa międzynarodowego zobowiązania państw do skutecznego prowadzenia dochodzeń w sprawie zarzutów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania wymagają od państw zapewnienia skutecznej polityki, praktyk i zdolności do skutecznego prowadzenia dochodzeń oraz dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania przez zatrudnionych przez państwo biegłych z zakresu kryminalistyki i lekarzy klinicystów. To zobowiązanie państwa rozciąga się również na wsparcie lekarzy klinicystów niezwiązanych z jednostkami władzy państwowej, biorąc pod uwagę kluczowe znaczenie niezależności i bezstronności w zapewnianiu odpowiedzialności za przestępstwa popełnione przez państwo, takie jak tortury i niewłaściwe traktowanie. Ponadto ofiary tortur mają prawo dostępu do niezależnych pracowników ochrony zdrowia i biegłych z zakresu badań klinicznych i mogą nie ufać usługom państwa lub nie chcieć z nich korzystać, zważywszy że tortury są przestępstwem popełnionym przez państwo.

**665.** Zatrudnieni przez państwo biegli z zakresu kryminalistyki i lekarze klinicyści mogą zetknąć się z ofiarami tortur lub niewłaściwego traktowania w środowisku medyczno-prawnym i innych środowiskach klinicznych lub instytucjonalnych. We wszystkich okolicznościach mają oni obowiązek skutecznego badania i dokumentowania klinicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania zgodnie ze standardami Protokołu stambulskiego. Państwowe instytucje medycyny sądowej i agencje zdrowia muszą przeprowadzić przegląd polityk i praktyk, które nie są zgodne ze standardami Protokołu stambulskiego, oraz zreformować takie polityki i praktyki,

zagwarantować zabezpieczenia dla skutecznych ocen, zapewnić właściwe szkolenia i wsparcie wszystkim odpowiednim pracownikom ochrony zdrowia, a także zadbać o poszanowanie odpowiednich zasad etycznych.

**666.** Jednym z najważniejszych problemów we wdrażaniu standardów Protokołu stambulskiego jest brak niezależności zatrudnionych przez państwo pracowników ochrony zdrowia. Ponieważ tortury i niewłaściwe traktowanie są przestępstwami państwowymi, a zatrudnieni przez państwo biegli z zakresu kryminalistyki i lekarze klinicyści podlegają urzędnikom państwowym, tacy pracownicy ochrony zdrowia mogą odczuwać presję, aby ignorować lub fałszywie przedstawiać kliniczne dowody tortur lub niewłaściwego traktowania. Instytucje medycyny sądowej i agencje zdrowia nie powinny nigdy tego tolerować, ponieważ brak udokumentowania i ujawnienia tortur i niewłaściwego traktowania jest uważany przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) za formę współudziału (zob. pkt 155 powyżej). Państwa, w szczególności ich instytucje medycyny sądowej i agencje zdrowia, są odpowiedzialne za zapewnienie środowiska, w którym wszystkie oceny kryminalistyczne mogą być przeprowadzane niezależnie, z poszanowaniem nauki i etycznie. Aby państwa mogły wywiązać się ze swojego obowiązku skutecznego badania zarzutów tortur lub niewłaściwego traktowania, służby kryminalistyczne i kliniczne muszą być niezależne od organów ścigania, prokuratury lub władz wojskowych. Chociaż może to wymagać znaczących zmian administracyjnych, nie można przecenić znaczenia niezależności klinicznej.

**667.** Niezależne państwowe instytucje medycyny sądowej i agencje zdrowia powinny mieć uprawnienia i fundusze do stosownego szkolenia i nadzorowania świadczenia usług medyczo-prawnych i innych istotnych ocen klinicznych oraz dysponować odpowiednimi zasobami finansowymi i ludzkimi do przeprowadzania skutecznych ocen medyczo-prawnych domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, w tym: wykwalifikowanym personelem/konsultantami; profesjonalnymi tłumaczami ustnymi; sprzętem medycznym i fotograficznym; dostępem do diagnostyki obrazowej i badań laboratoryjnych; oraz odpowiednim czasem na przeprowadzenie oceny. Państwa nie powinny zabraniać ani

utrudniać tworzenia i świadczenia pozarządowych usług kryminalistycznych lub sądowo-lekarskich; nie powinny też mieć uprawnień do kwalifikowania lub dyskwalifikowania pozarządowych biegłych z zakresu kryminalistyki lub lekarzy klinicystów.

**668.** Państwowe agencje ds. medycyny sądowej i kryminalistyki oraz agencje ds. zdrowia powinny zapewnić warunki, w których oceny medyczo-prawne domniemanych tortur i niewłaściwego traktowania są przeprowadzane niezwłocznie (natychmiast i nie później niż 48 godzin od momentu domniemanego torturowania lub niewłaściwego traktowania lub udokumentowania go we wstępnej ocenie klinicznej)<sup>537</sup> i obiektywnie przez wykwalifikowanych, niezależnych ekspertów rządowych w celu oceny dowodów fizycznych i psychologicznych zgodnie ze standardami Protokołu stambulskiego. Powinny one wymagać od swoich biegłych z zakresu kryminalistyki i pracowników ochrony zdrowia zbadania wszystkich zarzutów dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania oraz przypadków, w których podejrzewa się tortury lub niewłaściwe traktowanie, nawet w przypadku braku konkretnej skargi lub wniosku prawnego. Państwowe agencje ds. medycyny sądowej i kryminalistyki oraz agencje ds. zdrowia powinny zapewnić przeprowadzanie ocen kryminalistycznych i klinicznych domniemanych ofiar tortur lub niewłaściwego traktowania zgodnie z Protokołem stambulskim i jego zasadami. W celu zapewnienia zgodności ze standardami Protokołu stambulskiego państwa powinny rozważyć wprowadzenie wymogu stosowania standardowych formularzy sprawozdań z oceny opartych na Protokole stambulskim i jego zasadach.

**669.** Państwowe agencje ds. medycyny sądowej i kryminalistyki oraz agencje ds. zdrowia powinny zapewnić, by zabezpieczenia proceduralne dotyczące skutecznej dokumentacji medyczo-prawnej domniemanych tortur i niewłaściwego traktowania były zawarte w prawie krajowym, odpowiednich przepisach i standardowych procedurach operacyjnych dla całego personelu medycznego, który ocenia lub może napotkać domniemane ofiary tortur lub niewłaściwego traktowania.

<sup>537</sup> Te ramy czasowe opierają się na konieczności rozpoznania i zachowania klinicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania, w szczególności dowodów fizycznych, które mogą z czasem ustąpić.

**670.** Państwowe instytucje ds. medycyny sądowej i agencje ds. zdrowia powinny szanować prawo osób do poddania się ocenie przeprowadzanej przez jednego lub więcej pracowników ochrony zdrowia niezwiązanych z jednostkami władzy państwowej w dowolnym momencie podczas zatrzymania lub po nim oraz ułatwić korzystanie z takiego prawa. Państwa muszą poinformować domniemaną ofiarę o tym prawie i zapewnić informacje o skierowaniu do innych pracowników ochrony zdrowia, jeśli domniemana ofiara o to poprosi.

**671.** Państwa powinny zapewnić szkolenia w zakresie skutecznego badania i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania. Państwowe instytucje ds. medycyny sądowej i agencje ds. zdrowia powinny zapewnić, by cały odpowiedni personel został przeszkolony w zakresie Protokołu stambulskiego i jego zasad. Dotyczy to nie tylko państwowych biegłych z zakresu kryminalistyki, lecz także wszystkich lekarzy klinicystów, którzy mogą zetknąć się z domniemanymi ofiarami tortur lub niewłaściwego traktowania. Jak wspomniano w rozdziałach IV i VII, pracownicy ochrony zdrowia mogą napotkać ofiary tortur lub niewłaściwego traktowania w kontekstach pozamedycznych, w których głównym celem oceny jest stan zdrowia lub opieka zdrowotna. Szkolenie na temat Protokołu stambulskiego dla pracowników ochrony zdrowia powinno być kompleksowe i obejmować wszystkie aspekty oceny klinicznej, w szczególności: podstawowe warunki i umiejętności zbierania wywiadu; kwalifikacje kliniczne; zabezpieczenia proceduralne dla takich ocen; treść pełnej oceny, w tym dowody fizyczne i psychologiczne; wytyczne dotyczące interpretacji ustaleń i wniosków oraz ograniczenia Protokołu stambulskiego i potencjalne sposoby jego nadużycia. Ponadto biegli z zakresu kryminalistyki i lekarze klinicyści powinni przejść specjalne szkolenie w zakresie odpowiednich obowiązków etycznych, w tym opierania się naciskom instytucjonalnym, które są sprzeczne z ich obowiązkami etycznymi wobec pacjentów i domniemanych ofiar tortur lub niewłaściwego traktowania. Instytucje państwowe powinny również zapewnić lekarzom klinicystom systemy wsparcia w przestrzeganiu ich obowiązków etycznych oraz drogi zgłaszania wątpliwości.

**672.** Skuteczne szkolenie grup pracowników ochrony zdrowia może mieć postać interaktywnego szkolenia stacjonarnego, zwykle pod

kierownictwem wysoce doświadczonych, niezależnych krajowych lub międzynarodowych szkoleniowców, po którym odbywa się indywidualny mentoring i nadzór pracowników ochrony zdrowia i lekarzy klinicystów w rzeczywistych warunkach. Podejście to jest zwykle wzmacniane przez wdrażanie rozszerzonych kursów „szkolenia szkoleniowców”, aby poprawić skuteczność początkowych wysiłków szkoleniowych. Skuteczność szkolenia w zakresie Protokołu stambulskiego można również zwiększyć za pomocą wspólnych szkoleń pracowników ochrony zdrowia i prawników: interakcje między różnymi grupami docelowymi (państwowymi biegłymi z zakresu kryminalistyki, innymi pracownikami ochrony zdrowia i zdrowia psychicznego, prokuratorami, prawnikami i sędziami) pomagają w rozwoju wspólnego zrozumienia norm i procedur dochodzeniowych i dokumentacyjnych oraz odpowiednich ról i wyzwań, których doświadcza każda grupa. Co więcej, udział pracowników ochrony zdrowia i prawników ze społeczeństwa obywatelskiego w szkoleniu urzędników państwowych często wzbogaca doświadczenie szkoleniowe i umożliwia takim urzędnikom i członkom społeczeństwa obywatelskiego pracę na rzecz wspólnych celów.

**673.** Niezależni, niezwiązani z jednostkami władzy państwowej lekarze odgrywają kluczową rolę w skutecznym badaniu i dokumentowaniu tortur i niewłaściwego traktowania. Chociaż nie działają oni w imieniu państwa, ich zdolność do niezależnego i bezstronnego dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania jest często niezbędna dla państwa w wypełnianiu jego obowiązku zapewnienia skutecznego dochodzenia i dokumentowania tych zachowań oraz zapobiegania im, a także zapewnienia odpowiedzialności, zadośćuczynienia i rehabilitacji. Państwa mogą i powinny w jak największym stopniu wspierać lekarzy klinicystów niezwiązanych z jednostkami władzy państwowej, w tym przez zapewnienie szkoleń, ułatwianie oceny domniemanych tortur i niewłaściwego traktowania przez takich lekarzy klinicystów, zapewnienie, by ich oceny medyczno-prawne miały taką samą wagę w postępowaniu sądowym oraz wspieranie odpowiednich wysiłków na rzecz budowania potencjału i tworzenia sieci.

## **E. Wdrażanie Protokołu stambulskiego: monitorowanie i odpowiedzialność**

**674.** Niezbędne jest monitorowanie działań wdrożeniowych i mierzenie znaczących wyników w celu oceny skuteczności starań na rzecz wyeliminowania tortur i niewłaściwego traktowania lub braku takich starań. Monitorowanie przez państwo postępowania urzędników państwowych jest często nieskuteczne, a w niektórych krajach wykorzystywane jako sposób na ukrycie tortur i niewłaściwego traktowania. Z tego powodu konieczne jest, aby niezależne organy monitorowały wdrażanie Protokołu stambulskiego, a wyniki działań monitorujących powinny być podawane do wiadomości publicznej w celu zapewnienia odpowiedzialności za przestępstwa popełnione przez państwo. Państwa powinny upoważnić i wspierać niezależny organ w celu monitorowania wdrażania standardów Protokołu stambulskiego oraz warunków niezbędnych do skutecznego prowadzenia dochodzeń oraz dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania.

**675.** Struktura organizacyjna niezależnego organu monitorującego może być oparta na wytycznych dotyczących krajowych mechanizmów prewencji<sup>538</sup>. Obecnie istniejące niezależne organy mogą już odgrywać rolę w monitorowaniu postępów w stosowaniu standardów Protokołu stambulskiego w kontekście krajowym. Niezależnie od struktury organizacyjnej ustanowienie niezależnego organu monitorującego powinno być zgodne z zasadami paryskimi, aby zapewnić niezależność, legitymację i wiarygodność takiego organu. Niezależnie od tego, czy funkcje monitorowania wypełniają istniejące krajowe instytucje praw człowieka (takie jak krajowa komisja praw człowieka, biuro rzecznika praw obywatelskich lub inne podobne instytucje), czy też nowy i odrębny organ, udział społeczeństwa obywatelskiego jest niezbędny, a wybór przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego powinien sprzyjać włączeniu społecznemu i być przejrzysty.

**676.** Funkcje monitorowania powinny obejmować m.in.: zgodność z warunkami skutecznego wdrożenia Protokołu stambulskiego (zob. pkt 645-653 powyżej), opracowywanie standardów, procedur i struktur dla zawodów prawniczych i medycznych oraz szkolenie odpowiednich

prawników i pracowników ochrony zdrowia. Niezależny organ monitorujący, opierając się na zdezagregowanych danych zebranych w krajowym systemie dokumentacji, powinien również monitorować bieżące funkcjonowanie krajowego systemu dokumentacji, w tym ogólną wydajność systemu dokumentacji, indywidualny dostęp do szybkiego, niezależnego, bezstronnego i skutecznego dochodzenia i dokumentowania zarzutów stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania, a także praktyki stosowania tortur i niewłaściwego traktowania. Niezależny organ monitorujący może rozważyć ustanowienie pomocniczych medycznych i prawnych komitetów doradczych składających się z niezależnych ekspertów w celu zapewnienia pomocy technicznej niezależnemu organowi monitorującemu w wykonywaniu czynności monitorujących oraz wydawaniu opinii i zaleceń dotyczących działań.

**677.** Niezależny organ monitorujący powinien dążyć do zapewnienia systematycznej odpowiedzialności za tortury i niewłaściwe traktowanie i w tym celu wydawać zalecenia i wskazówki dotyczące konkretnych kwestii budzących obawy grup i podgrup zawodowych, takich jak budowanie potencjału i reformy polityki. Taki niezależny organ monitorujący powinien zabiegać o zapewnienie indywidualnej odpowiedzialności zawodowej poprzez postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej wszczęte przeciwko osobom fizycznym przez odpowiednie organy zawodowe, takie jak izby adwokackie, krajowe stowarzyszenia medyczne i psychologiczne oraz stowarzyszenia sędziów. W sytuacjach, w których niezależny organ monitorujący stwierdzi, że osoby fizyczne wykonywały swoje obowiązki z naruszeniem krajowego prawa karnego lub innych odpowiednich przepisów (w obu przypadkach, gdy takie przepisy są zgodne z międzynarodowymi standardami prawnymi) lub zasad etycznych lub zawodowych, odpowiednie władze i organy zawodowe oraz agencje przyznające uprawnienia zawodowe powinny wydać zalecenia dotyczące wszczęcia dochodzeń lub postępowań dyscyplinarnych lub karnych.

**678.** Państwa powinny zachęcać i wspierać działania monitorujące Organizacji Narodów Zjednoczonych i innych organów zajmujących się ochroną praw człowieka i działaniami

<sup>538</sup> CAT/OP/12/5; and Association for the Prevention of Torture and the Inter-American Institute for Human Rights, *Optional Protocol to the UN Convention against Torture: Implementation Manual [Protokół fakultatywny do konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur: Podręcznik wdrażania]*, wydanie poprawione (Genewa, 2010), s. 85-103.

przeciwko torturom, regionalnych organów zajmujących się ochroną praw człowieka i działaniami przeciwko torturom oraz międzynarodowych i krajowych organizacji praw człowieka w celu skutecznego monitorowania i pociągania urzędników państwowych do odpowiedzialności za praktyki tortur i niewłaściwego traktowania.

- 679.** Państwa powinny dopilnować, aby ich polityka ochrony sygnalistów obejmowała personel medyczno-prawny i medyczny, który zgłasza wyniki oceny domniemanych tortur i niewłaściwego traktowania. Państwa powinny również zapewnić ochronę świadkom i każdemu urzędnikowi lub osobie, która zgłosi przypadek domniemanego torturowania lub niewłaściwego traktowania, a także sankcjonować niezgłaszanie tortur lub niewłaściwego traktowania przez urzędników w sytuacjach, w których istnieją poufne kanały zgłaszania.

## F. Współpraca, koordynacja i pomoc techniczna

- 680.** Współpraca, koordynacja i pomoc techniczna państwa z podmiotami zewnętrznymi ma kluczowe znaczenie dla pomyślnego wdrożenia standardów Protokołu stambulskiego i odpowiednich warunków, biorąc pod uwagę odpowiedzialność podmiotów państwowych za przestępstwa tortur i niewłaściwego traktowania. Państwa powinny koordynować działania mające na celu wdrożenie Protokołu stambulskiego we współpracy z instytucjami wielostronnymi - takimi jak Organizacja Narodów Zjednoczonych, w szczególności OHCHR, Komitet ONZ przeciwko Torturom, specjalny sprawozdawca ds. tortur, Podkomitet ds. Zapobiegania Torturom, specjalny sprawozdawca ds. przemocy wobec kobiet, MKCK, regionalne organy praw człowieka, takie jak europejski komitet ds. zapobiegania torturom i Organizacja Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie - oraz z doświadczonymi organizacjami pozarządowymi i innymi państwami.

- 681.** Państwa powinny również zapewnić pomoc zagraniczną w celu wdrożenia Protokołu stambulskiego, opierając się przy tym na wsparciu dla rozwoju, praworządności, bezpieczeństwa, współpracy, demokratyzacji i budowaniu narodu, szczególnie w krajach

wschodzących demokracji oraz w następstwie długotrwałych praktyk tortur i niewłaściwego traktowania.

## G. Społeczeństwo obywatelskie

- 682.** Podczas gdy państwa ponoszą główną odpowiedzialność za wdrażanie standardów Protokołu stambulskiego i warunków niezbędnych do skutecznego dochodzenia oraz dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania, społeczeństwo obywatelskie często odgrywa najważniejszą rolę w ułatwianiu wdrażania Protokołu. W ciągu ostatnich 20 lat członkowie społeczeństwa obywatelskiego odegrali kluczową rolę we wdrażaniu standardów Protokołu stambulskiego. W niedawnej ankiecie<sup>539</sup> przeprowadzonej wśród 220 zainteresowanych stron Protokołu stambulskiego z 30 krajów uczestnicy zgłosili wykorzystanie Protokołu w szerokim zakresie działań związanych z dochodzeniem i dokumentowaniem tortur i niewłaściwego traktowania oraz ich zapobieganiem, zapewnieniem za nie odpowiedzialności, zadośćuczynienia i rehabilitacji, a także podnoszeniem świadomości na temat tych zagadnień oraz rzecznictwem w tym zakresie. Większość respondentów wykorzystywała Protokół stambulski do poszerzania wiedzy publicznej, nakłaniania, aby wszcząć dochodzenia, forsowania go w krajowych przepisach i reformach polityki, prowadzenia kampanii i podnoszenia świadomości, a także w dochodzeniach prawnych i ocenach medyczno-prawnych domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania. Protokół stambulski był również wykorzystywany jako narzędzie do przyjmowania pacjentów na leczenie i rehabilitację w zakresie zdrowia medycznego i psychicznego. Inne zastosowania obejmowały badania, edukację i badania przesiewowe lub dokumentowanie innych traumatycznych doświadczeń, takich jak znęcanie się nad dziećmi lub przemoc domowa. Członkowie społeczeństwa obywatelskiego odegrali również kluczową rolę w monitorowaniu i propagowaniu wdrażania Protokołu stambulskiego oraz w szkoleniu instytucji państwowych, a także pracowali nad zapewnieniem, by wysiłki na rzecz budowania potencjału obejmowały również społeczeństwo obywatelskie i przyniosły mu korzyści, by lekarze klinicyści w społeczeństwie obywatelskim przeprowadzali

<sup>539</sup> Rohini Haar i inni, "The Istanbul Protocol: a global stakeholder survey on past experiences, current practices and additional norm setting" [„Protokół stambulski: studium osób zainteresowanych protokołem na świecie, dotyczące dotychczasowych doświadczeń, obecnych praktyk i ustanowienia dodatkowych norm”], *Torture*, tom 29, nr 1 (2019), s. 70-84.

oceny kliniczne domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania oraz by dowody kliniczne udokumentowane przez niezależnych, niezwiązanych z jednostkami władzy państwowej lekarzy klinicystów były akceptowane w postępowaniach sądowych.

i dokumentowaniu tortur i niewłaściwego traktowania, a także w ich zapobieganiu oraz odpowiedzialności i zadośćuczynieniu za nie.

**683.** Jak wspomniano wcześniej, państwa mogą i powinny zachęcać i wspierać współpracę ze społeczeństwem obywatelskim w jego działaniach zaradczych skierowanych przeciwko torturom, ale członkowie społeczeństwa obywatelskiego nie powinni polegać wyłącznie na inicjatywach państwowych, aby podejmować niezależne działania zaradcze. Członkowie społeczeństwa obywatelskiego, w tym eksperci w dziedzinie praw człowieka, prawnicy i pracownicy ochrony zdrowia, powinni organizować się i współpracować z międzynarodowymi i regionalnymi organami i organizacjami zajmującymi się prawami człowieka, aby rozwijać niezbędne zdolności społeczeństwa obywatelskiego do wdrażania standardów Protokołu stambulskiego i innych działań przeciwko torturom. Obejmuje to stosowanie Protokołu stambulskiego i jego zasad w dochodzeniach prawnych i medyczno-prawnych oraz dokumentowaniu domniemanych tortur i niewłaściwego traktowania w indywidualnych przypadkach; wykorzystywanie standardów Protokołu Stambulskiego jako ram do pociągania państw do odpowiedzialności za skuteczne praktyki w zakresie dochodzeń i dokumentacji, w tym ustanowienie warunków niezbędnych do wdrożenia Protokołu stambulskiego; przeprowadzanie skutecznych reform prawnych, sądowych i administracyjnych; zapewnienie niezależności państwowych instytucji medycyny sądowej i agencji zdrowia; ustanowienie skutecznych działań monitorujących; oraz ułatwianie współpracy, koordynacji i pomocy technicznej między państwami i podmiotami zewnętrznymi. Szczególną uwagę należy zwrócić na rozwój odpowiedniej wiedzy psychologicznej, której może brakować w społeczeństwie obywatelskim. W państwach, w których tortury i niewłaściwe traktowanie są praktykowane bezkarnie, świadczenie usług rehabilitacyjnych zazwyczaj spoczywa na organizacjach społeczeństwa obywatelskiego z powodu braku zaufania do instytucji rządowych. Działania rehabilitacyjne w wielu krajach służą jako punkty centralne dla szerokiego zakresu działań przeciwko torturom i powinny być wspierane ze względu na kluczową rolę, jaką odgrywają w badaniu

# SŁOWNICZEK

<b>NADUŻYCIE/ZNĘCANIE SIĘ</b>	wszelkie formy niewłaściwego traktowania fizycznego lub psychicznego.
<b>DOMNIEMANA OFIARA</b>	osoba fizyczna, która twierdzi lub podejrzewa, że została poszkodowana w wyniku bezprawnego działania.
<b>ŁAŃCUCH DOWODOWY (DOWODU RZECZOWEGO)</b>	proces umożliwiający prześledzenie i odtworzenie pełnej historii posiadania dowodu rzeczowego od momentu jego pierwszego zabezpieczenia do chwili obecnej.
<b>LEKARZ KLINICYSTA</b>	pracownik ochrony zdrowia, który świadczy usługi opieki zdrowotnej lub przeprowadza oceny kliniczne domniemanych tortur i niewłaściwego traktowania.
<b>OCENA KLINICZNA</b>	przeprowadzana przez lekarza ocena fizycznych lub psychologicznych dowodów domniemanego torturowania lub niewłaściwego traktowania.
<b>DOWODY KLINICZNE</b>	ustalenia fizyczne lub psychologiczne dotyczące przypadków domniemanych lub podejrzewanych tortur lub niewłaściwego traktowania.
<b>WYNIKI BADAŃ KLINICZNYCH/USTALENIA KLINICZNE</b>	informacje zebrane w ramach ocen klinicznych - fizycznych lub psychologicznych - związanych z domniemanymi torturami i niewłaściwym traktowaniem.
<b>OSOBA ZATRZYMANA</b>	każda osoba pozbawiona wolności z wyjątkiem osób skazanych.
<b>DSM</b>	<i>Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych.</i>
<b>DOTYCZĄCY MEDYCZYNY SĄDOWEJ/KRYMINALISTYCZNY</b>	związany z zastosowaniem wiedzy naukowej i klinicznej do kwestii prawnych lub prawa.
<b>LEKARZ MEDYCZYNY SĄDOWEJ/BIEGŁY Z ZAKRESU KRYMINALISTYKI</b>	na potrzeby niniejszego dokumentu - lekarz/biegły, który stosuje wiedzę naukową i kliniczną do kwestii prawnych lub prawa.
<b>PRACOWNIK OCHRONY ZDROWIA</b>	każda osoba, która ukończyła studia w dziedzinie zdrowia. Osoba taka posiada zazwyczaj uprawnienia przyznane przez agencję rządową lub certyfikat wydany przez organizację zawodową.
<b>ICD</b>	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.
<b>NIEWŁAŚCIWE TRAKTOWANIE</b>	zgodnie z definicją zawartą w Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur - wszelkie formy okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.
<b>WDROŻENIE PROTOKOŁU STAMBULSKIEGO</b>	odnosi się do procesu ustanawiania warunków niezbędnych do skutecznego badania i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania.
<b>ŚWIADOMA ZGODA</b>	proces, w którym dana osoba dowiaduje się o celu, korzyściach i potencjalnym ryzyku (klinicznej) procedury, w tym oceny klinicznej domniemanych tortur lub niewłaściwego traktowania, uzyskuje zrozumienie tych aspektów procedury, a następnie wyraża na nią zgodę.
<b>ZASADY STAMBULSKIE</b>	postanowienia określone w załączniku I do Protokołu stambulskiego w sprawie skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania.
<b>ZAINTERESOWANE STRONY PROTOKOŁU STAMBULSKIEGO</b>	odnosi się do osób, grup, organizacji i instytucji, które są zaangażowane w skuteczne badanie i dokumentowanie tortur i niewłaściwego traktowania lub których dotyczy takie badanie i dokumentowanie.
<b>MEDYCZYNY</b>	dotyczący medycyny jako nauki lub praktyki medycznej, w tym fizycznych i psychologicznych aspektów praktyki medycznej.

<b>BIEGLI Z ZAKRESU MEDYCyny/BIEGLI Z ZAKRESU BADAŃ KLINICZNYCH</b>	pracownicy ochrony zdrowia, którzy służą jako biegli w postępowaniach sądowych, na podstawie wiedzy i umiejętności zawodowych oraz ich zdolności do stosowania zasad stambulskich i wytycznych dotyczących oceny klinicznej domniemyanych tortur i niewłaściwego traktowania.
<b>MEDYCZNO-PRAWNY</b>	odnoszący się do tej gałęzi medycyny, która dotyczy prawa lub kontekstów prawnych.
<b>OCENA MEDYCZNO-PRAWNA</b>	ocena kliniczna możliwych fizycznych i psychologicznych dowodów tortur lub niewłaściwego traktowania w kontekście prawnym. Takie oceny mogą przeprowadzać klinicyści zatrudnieni zarówno w instytucjach państwowych, jak i poza nimi.
<b>SPRAWOZDANIE MEDYCZNO-PRAWNE</b>	sprawozdanie z fizycznych lub psychologicznych ustaleń oceny medyczo-prawnej.
<b>LEKARZE KLINICYŚCI ZAJMUJĄCY SIĘ ZDROWIEM PSYCHICZNYM</b>	pracownicy ochrony zdrowia ze specjalnym przeszkoleniem lub certyfikatem w zakresie zdrowia psychicznego, tacy jak psychologowie, psychiatry, pracownicy socjalni, pielęgniarki psychiatryczne i doradcy ds. zdrowia psychicznego.
<b>NGO</b>	organizacja pozarządowa.
<b>OHCHR</b>	Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka.
<b>OSOBY POZBAWIONE WOLNOŚCI</b>	osoby, które zostały aresztowane lub przebywają w areszcie, zakładzie karnym lub innym miejscu pozbawienia wolności, którego nie mogą swobodnie opuścić.
<b>WIĘZIEN</b>	Termin używany w kontekście Reguł Nelsona Mandeli w odniesieniu do osób pozbawionych wolności w zakładach karnych (zarówno w kontekście prawa karnego, jak i cywilnoprawnego), nieosądzonych lub skazanych, w tym osób podlegających „środkom bezpieczeństwa” zarządzonym przez sędziego.
<b>ETYKA ZAWODOWA</b>	zasady moralne, które regulują zachowanie i działania członków danego zawodu.
<b>OCENA PSYCHOLOGICZNA (LUB OCENA PSYCHIATRYCZNA)</b>	kliniczna ocena możliwych psychologicznych konsekwencji tortur lub niewłaściwego traktowania.
<b>OBJAWY FIZYCZNE</b>	informacje pochodzące z oceny klinicznej domniemanej ofiary tortur lub niewłaściwego traktowania, które zazwyczaj obejmują m.in. odpowiednie objawy i niepełnosprawność, oznaki i objawy odnotowane podczas badania fizykalnego, wyniki badań diagnostycznych, dowody fotograficzne i odpowiednie sprawozdania medyczne.
<b>RETRAUMATYZACJA</b>	odnosi się do traumatycznych reakcji na stres (emocjonalnych lub fizycznych) wywołanych ekspozycją na wspomnienia lub przypominanie sobie traumatycznych wydarzeń z przeszłości.
<b>NASTĘPSTWA</b>	stany (ustalenia lub objawy), które są konsekwencją wcześniejszej choroby lub urazu.
<b>TORTURY</b>	zgodnie z definicją zawartą w art. 1 Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur - „każde działanie, którym jakiegokolwiek osobie umyślnie zadaje się ostry ból lub cierpienie, fizyczne bądź psychiczne, w celu uzyskania od niej lub od osoby trzeciej informacji lub wyznania, w celu ukarania jej za czyn popełniony przez nią lub osobę trzecią albo o którego dokonanie jest ona podejrzana, a także w celu zastraszenia lub wywarcia nacisku na nią lub trzecią osobę albo w jakimkolwiek innym celu wynikającym z wszelkiej formy dyskryminacji, gdy taki ból lub cierpienie powodowane są przez funkcjonariusza państwowego lub inną osobę występującą w charakterze urzędowym lub z ich polecenia albo za wyraźną lub milczącą zgodą. Określenie to nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikających jedynie ze zgodnych z prawem sankcji, nieodłącznie związanych z tymi sankcjami lub wywołanych przez nie przypadkowo”.
<b>TORTURY I NIEWŁAŚCIWE TRAKTOWANIE</b>	odnosi się do tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.



<b>ZASTĘPCZA (LUB WTÓRNA) TRAUMA</b>	psychologiczny wpływ na jaźń osoby pracującej z ofiarami traumy, który wynika z empatycznego zaangażowania w sytuację traumatycznych klientów i ich relacje z traumatycznych doświadczeń.
<b>OFIARA TORTUR LUB NIEWŁAŚCIWEGO TRAKTOWANIA (LUB OSOBA, KTÓRA PRZEŻYŁA TORTURY LUB NIEWŁAŚCIWE TRAKTOWANIE)</b>	osoba, która doświadczyła krzywdy fizycznej lub psychicznej w wyniku działań lub zaniechań stanowiących tortury lub niewłaściwe traktowanie.

Zasady  
skutecznego  
badania i  
dokumentowania  
tortur oraz innego  
okrutnego,  
niehumanitarnego lub  
poniżającego  
traktowania albo  
karania<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Komisja Praw Człowieka w rezolucji 2000/43 oraz Zgromadzenie Ogólne w rezolucji 55/89 zwróciły uwagę rządów na zasady stambulskie i zdecydowanie zachęciły rządy do rozważenia tych zasad jako użytecznego narzędzia w staraniach na rzecz zwalczania tortur.

1. Cele skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (zwanym dalej „torturami lub innym niewłaściwym traktowaniem”) obejmują następujące kwestie:

(a) wyjaśnienie faktów oraz ustanowienie i uznanie indywidualnej i państwowej odpowiedzialności za ofiary i ich rodziny;

(b) określenie środków niezbędnych do zapobieżenia ponownego wystąpienia;

(c) ułatwienie ścigania osób wskazanych w dochodzeniu jako odpowiedzialne lub, w stosownych przypadkach, nałożenie na nie sankcji dyscyplinarnych oraz wykazanie potrzeby pełnego odszkodowania i zadośćuczynienia ze strony państwa, w tym sprawiedliwej i odpowiedniej rekompensaty finansowej oraz zapewnienia środków na opiekę medyczną i rehabilitację.

2. Państwa zapewnią, aby skargi i doniesienia o torturach lub niewłaściwym traktowaniu badano niezwłocznie i skutecznie. Nawet w przypadku braku wyraźnej skargi należy wszcząć dochodzenie, jeśli istnieją inne przesłanki wskazujące na to, że mogło dojść do tortur lub niewłaściwego traktowania. Śledczy są niezależni od podejrzanych sprawców i agencji, której służą, a także kompetentni i bezstronni. Mają oni dostęp do dochodzeń prowadzonych przez bezstronnych lekarzy klinicyistów lub innych ekspertów lub są uprawnieni do zlecania takich dochodzeń. Metody stosowane do przeprowadzania takich dochodzeń muszą spełniać najwyższe standardy ustanowione dla danej dziedziny, a ich wyniki są podawane do wiadomości publicznej.

3. (a) Organ dochodzeniowy jest uprawniony i zobowiązany do uzyskania wszelkich informacji niezbędnych do przeprowadzenia dochodzenia<sup>2</sup>. Osoby prowadzące dochodzenie dysponują wszelkimi zasobami budżetowymi i technicznymi niezbędnymi do skutecznego prowadzenia dochodzenia. Są one również uprawnione do zobowiązania wszystkich osób działających w charakterze urzędowym, którym zarzuca się udział w torturach lub niewłaściwym traktowaniu, do stawienia się i złożenia zeznań. To samo dotyczy każdego świadka. W tym celu organ dochodzeniowo-śledczy jest uprawniony

do wezwania świadków, w tym wszelkich urzędników, którym zarzuca się zaangażowanie w przedmiotowe czyny, oraz do żądania przedstawienia dowodów.

(b) Domniemane ofiary tortur lub niewłaściwego traktowania, świadkowie, osoby prowadzące dochodzenie i ich rodziny są chronione przed przemocą, groźbami przemocy lub wszelkimi innymi formami zastraszania, które mogą pojawić się w związku z dochodzeniem. Osoby potencjalnie zamieszane w tortury lub niewłaściwe traktowanie należy usunąć z jakiegokolwiek stanowiska zapewniającego kontrolę lub władzę, bezpośrednio lub pośrednio nad skarżącymi, świadkami i ich rodzinami, a także osobami prowadzącymi dochodzenie.

4. Domniemane ofiary tortur lub niewłaściwego traktowania i ich przedstawiciele prawni są informowani o wszelkich przesłuchaniach i mają do nich dostęp, a także mają dostęp do wszystkich informacji istotnych dla dochodzenia i są uprawnieni do przedstawiania innych dowodów.

5. (a) W przypadkach, w których ustanowione procedury dochodzeniowo-śledcze są nieodpowiednie ze względu na niewystarczającą wiedzę specjalistyczną lub podejrzenie stronniczości lub ze względu na oczywiste istnienie wzorca nadużyć lub z innych istotnych powodów, państwa zapewnią, aby dochodzenia były podejmowane przez niezależną komisję śledczą lub w ramach podobnej procedury. Członków takiej komisji wybiera się ze względu na ich uznaną bezstronność, kompetencje i niezależność. W szczególności są oni niezależni od wszelkich podejrzanych sprawców oraz instytucji lub agencji, którym mogą służyć. Komisja jest uprawniona do uzyskania wszelkich informacji niezbędnych do przeprowadzenia dochodzenia i przeprowadza dochodzenie zgodnie z niniejszymi zasadami<sup>3</sup>.

(b) Pisemne sprawozdanie, sporządzone w rozsądnym terminie, zawiera zakres dochodzenia, procedury i metody wykorzystane do oceny dowodów, a także wnioski i zalecenia oparte na ustaleniach faktycznych i obowiązującym prawie. Po jego ukończeniu sprawozdanie podaje się do wiadomości publicznej. Sprawozdanie zawiera również szczegółowy opis konkretnych zdarzeń, które

<sup>2</sup> W pewnych okolicznościach etyka zawodowa może wymagać zachowania poufności informacji. Należy przestrzegać tych wymogów.

<sup>3</sup> W pewnych okolicznościach etyka zawodowa może wymagać zachowania poufności informacji. Należy przestrzegać tych wymogów.

zostały stwierdzone, oraz dowody, na których oparto takie ustalenia, a także nazwiska świadków, którzy zeznawali, z wyjątkiem tych, których tożsamość została utajniona ze względu na ich ochronę. Państwo, w rozsądnym terminie, odpowie na sprawozdanie z dochodzenia i, w stosownych przypadkach, wskaże kroki, które należy poczynić jako działania następcze.

6. (a) Biegli z zakresu medycyny zaangażowani w dochodzenie w sprawie tortur lub niewłaściwego traktowania mają zawsze postępować zgodnie z najwyższymi normami etycznymi, w szczególności uzyskać świadomą zgodę przed podjęciem jakiegokolwiek badania. Badanie musi być zgodne z ustalonymi standardami praktyki klinicznej. W szczególności badania przeprowadza się na osobności pod kontrolą biegłego z zakresu medycyny i bez obecności agentów bezpieczeństwa i innych urzędników państwowych.

(b) Biegły z zakresu badań klinicznych niezwłocznie przygotowuje dokładne pisemne sprawozdanie, które zawiera co najmniej następujące elementy:

(i) Okoliczności przesłuchania: imię i nazwisko uczestnika, a także imiona i nazwiska oraz przynależność osób obecnych podczas badania; dokładna godzina i data; lokalizacja, charakter i adres instytucji (w tym, w stosownych przypadkach, pomieszczenie), w której przeprowadzane jest badanie (np. ośrodek zatrzymań, klinika lub dom); okoliczności, w jakich znajdował się uczestnik w czasie badania (np. charakter wszelkich środków przymusu w momencie przybycia lub podczas badania, obecność sił bezpieczeństwa podczas badania, zachowanie osób towarzyszących więźniowi lub groźby pod adresem osoby przeprowadzającej badanie); oraz wszelkie inne istotne czynniki;

(ii) Historia: szczegółowy zapis relacji, którą dana osoba złożyła podczas wywiadu, w tym na temat domniemanych metod tortur lub niewłaściwego traktowania, czasu, w którym tortury lub niewłaściwe traktowanie rzekomo miały miejsce oraz wszystkich skarg na objawy fizyczne i psychiczne;

(iii) Badanie fizykalne i psychologiczne: zapis wszystkich fizycznych i psychologicznych wyników badania klinicznego, w tym odpowiednich testów diagnostycznych oraz, w miarę możliwości, kolorowych zdjęć wszystkich obrażeń;

(iv) Opinia: interpretacja prawdopodobnego związku ustaleń fizycznych i psychologicznych z możliwymi torturami lub niewłaściwym traktowaniem. Należy podać zalecenie dotyczące niezbędnego leczenia medycznego i psychologicznego lub dalszych badań;

(v) Autorstwo: sprawozdanie zawiera wyraźne wskazanie osób przeprowadzających badanie i jest podpisane.

(c) Sprawozdanie jest poufne i przekazywane osobie badanej lub jej wyznaczonemu przedstawicielowi. Należy zebrać opinie osoby badanej i jej przedstawiciela na temat procesu badania i zapisać je w sprawozdaniu. W stosownych przypadkach sprawozdanie należy również przekazać na piśmie organowi odpowiedzialnemu za zbadanie zarzutu tortur lub niewłaściwego traktowania. Obowiązkiem państwa jest zapewnienie, by sprawozdanie zostało bezpiecznie dostarczane tym osobom. Sprawozdania nie należy udostępniać żadnym innym osobom, chyba że za zgodą osoby, której dotyczy, lub na podstawie upoważnienia sądu uprawnionego do zarządzenia takiego przekazania.

Wytyczne  
dotyczące  
dokumentowania  
tortur i  
niewłaściwego  
traktowania dzieci

Chociaż Protokół stambulski i jego zasady mają zastosowanie do dzieci, istnieją dodatkowe kwestie, o których należy pamiętać, oraz wytyczne dotyczące praktyki, które należy wdrożyć, aby zapewnić skuteczne prowadzenie dochodzeń i dokumentacji w sprawie tortur i niewłaściwego traktowania dzieci. Obecne wydanie Protokołu stambulskiego, w każdym rozdziale, zawiera dodatkowe aktualizacje i wyjaśnienia dotyczące dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania dzieci. Niniejszy załącznik służy jako podsumowanie tych treści z poszczególnych rozdziałów, ale nie jako kompleksowe wytyczne dotyczące przedmiotowych ocen.

## I. Uwagi dotyczące dokumentowania tortur i niewłaściwego traktowania dzieci

### A. Definicja

Artykuł 1 Konwencji o prawach dziecka definiuje dziecko jako „każdą istotę ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat, chyba że zgodnie z prawem odnoszącym się do dziecka, uzyska ono wcześniej pełnoletność”. Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR) rozumie również, że definicja „dziecka” obejmuje szeroki zakres etapów rozwoju i poziomów dojrzałości<sup>1</sup>. Dzieci, pomimo ich szczególnego miejsca w większości społeczeństw i powszechnie uznawanego statusu bezbronności, na całym świecie doświadczają tortur i niewłaściwego traktowania lub są ich świadkami.

### B. Uwarunkowania prawne

Konwencja o prawach dziecka stanowi, że: „Żadne dziecko nie [będzie] podlegało torturowaniu bądź okrutnemu, nieludzkiemu czy poniżającemu traktowaniu lub karaniu”<sup>2</sup>. Do dzieci i ich praw odnosi się kilka innych traktatów ONZ i regionalnych systemów praw człowieka. Traktaty Organizacji Narodów Zjednoczonych obejmują Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych, Konwencję w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, Międzynarodową konwencję o ochronie praw wszystkich pracowników migrujących i członków ich rodzin (art. 10) oraz Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (art. 15). Traktaty regionalne obejmują Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności,

Europejską konwencję o zapobieganiu torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (art. 3); Amerykańską konwencję praw człowieka (art. 5 ust. 2) oraz Afrykańską kartę praw człowieka i ludów (art. 5). W raporcie dla Rady Praw Człowieka specjalny sprawozdawca ds. tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania Juan E. Méndez stwierdził, że przy rozpatrywaniu tortur i niewłaściwego traktowania dzieci w oderwaniu od dorosłych „próg, przy którym traktowanie lub karanie można zaklasyfikować jako tortury lub niewłaściwe traktowanie, jest zatem niższy w przypadku dzieci”, zwłaszcza w przypadkach, w których są one pozbawione wolności lub są bez opieki<sup>3</sup> (zob. pkt 382 powyżej). Oprócz międzynarodowych traktatów i zwyczajowego prawa międzynarodowego regulującego prawa dziecka, istnieją często specyficzne dla danego kraju ramy prawne i zasady dotyczące ochrony dzieci i zabezpieczeń, które należy wziąć pod uwagę podczas przeprowadzania ocen klinicznych.

### C. Względy psychologiczne

Skutki tortur i niewłaściwego traktowania należy rozpatrywać w kontekście psychologicznych i fizycznych etapów rozwoju dzieci i młodzieży. Chociaż tortury i niewłaściwe traktowanie mają zarówno fizyczne, jak i psychiczne konsekwencje dla wszystkich osób, ich wpływ na dzieci i młodzież może potencjalnie prowadzić do bardziej długoterminowych i daleko idących zmian w ich rozwoju psychicznym i fizycznym.

Czynniki rozwojowe powinny być zawsze brane pod uwagę w ocenie klinicznej tortur i niewłaściwego traktowania dzieci. Szacunki dotyczące wieku, w którym dzieci stają się zdolne do dokładnego przypominania sobie wydarzeń, są bardzo zróżnicowane i wahają się od 3-6 do 14-15 lat<sup>4</sup>. Ponadto na zdolność dzieci do opowiadania wydarzeń i tworzenia spójnych narracji wpływają zdolności poznawcze i językowe oraz kontekst społeczny i kulturowy (zob. pkt 284-293 powyżej). Niemniej wartościowe i prawdziwe informacje można uzyskać od dzieci w różnym wieku.

Im młodsze dzieci, tym większy wpływ na ich doświadczenia i zrozumienie traumatycznych wydarzeń będą miały bezpośrednie reakcje i postawy opiekunów<sup>5</sup>. Dla dzieci poniżej trzeciego roku życia, które doświadczyły tortur lub były ich świadkami,

<sup>1</sup> UNHCR, *The Heart of the Matter, Assessing Credibility when Children Apply for Asylum in the European Union* [Jak włożyć w to serce: ocena wiarygodności w przypadkach, gdy dzieci występują o azyl w Unii Europejskiej] (Bruksela, 2014), s. 21.

<sup>2</sup> Konwencja o prawach dziecka, art. 37 lit. a).

<sup>3</sup> A/HRC/28/68, pkt 33. Zob. również tamże, pkt 17.

<sup>4</sup> Linda Sayer Gudas i Jerome M. Sattler, „Forensic interviewing of children and adolescents” [„Przesłuchanie sądowe dzieci i młodzieży”], *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta and Gerald P. Koocher, red. (Nowy Jork, Oxford University Press, 2006), s. 115-128.

<sup>5</sup> Saskia von Overbeck Ottino, „Familles victimes de violences collectives et en exil: quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d'une pédopsychiatre”, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, tom 14 (1998), s. 35-39.

kluczowa jest ochronna i uspokajająca rola ich opiekunów<sup>6</sup>. Dzieci między trzecim a ósmym rokiem życia często mają tendencję do wycofywania się i nie mogą bezpośrednio mówić o traumatycznych doświadczeniach. Zdolność do ekspresji werbalnej zwiększa się wraz z rozwojem, a wyraźny wzrost następuje około ósmego i dziewiątego roku życia. W tym czasie, a nawet wcześniej, rozwijają się umiejętności przeprowadzania konkretnych operacji oraz możliwości czasowe i przestrzenne<sup>7</sup>. Okres dojrzewania jest niestabilnym okresem rozwojowym, w którym skutki tortur i niewłaściwego traktowania mogą się znacznie różnić i mogą powodować głębokie zmiany w zachowaniu, w tym nieregularne reakcje podobne do tych obserwowanych u młodszych dzieci, a także te obserwowane u dorosłych, na przykład złość, depresja i bolesne wspomnienia (zob. pkt 575 i 584-594 powyżej).

Wiek i rozwój dzieci - a także powtarzające się traumy, których doświadczają, oddzielenie od rodziny w młodym wieku lub postawa rodziny wobec dzielenia się doświadczeniami, zdrowie psychiczne i istniejące wcześniej trudności, takie jak trudności w uczeniu się mogą wpływać na rozumienie wydarzeń przez dzieci i ich zdolność do przypominania sobie wydarzeń i opowiadania o swoich doświadczeniach.

#### D. Względy rodzinne

Ważne jest, aby wziąć pod uwagę czynniki, które mają wpływ na rodzinę i dziecko (np. fizyczna separacja między członkami rodziny, groźby wobec członków rodziny, żałoba, bycie świadkiem tortur lub śmierci członków rodziny, utrata statusu społecznego i ekonomicznego, dyskryminacja, przymusowe wysiedlenia, rasizm oraz doświadczenia i przekonania związane z poszukiwaniem wsparcia), a także kontekst społeczny i polityczny. Rodzice, którzy przeżyli tortury, mogą odczuwać wstyd i poczucie winy, obawiając się, że intensywność ich własnych uczuć związanych z traumą może przytłoczyć ich dzieci.<sup>8</sup>

Rodzice dzieci, które były torturowane, mogą również doświadczać poczucia winy ze względu na to, że nie byli w stanie ich obronić, przez co ich rodzicielstwo może być dotknięte poczuciem bezradności, które wzmacniać mogą brutalne i opresyjne środowiska. Takie środowisko może również zaszkodzić postrzeganiu przez nastolatków autorytetu rodziców. Ponadto, aby zachować spójność w rodzinie, dziecko może być nadmiernie

chronione lub ważne fakty dotyczące traumy mogą być przed nim ukrywane.

#### E. Kwestie etyczne

##### 1. Ochrona dzieci i obowiązek opieki

Podczas pracy z dziećmi i młodzieżą należy pamiętać o następującej kwestii: „[O]rganizacje mają obowiązek opieki nad dziećmi, z którymi pracują, z którymi mają kontakt lub na które wpływa ich praca i działalność”<sup>9</sup>. Zasada ochrony dzieci obejmuje zapewnienie, by dzieci były chronione przed doznaniem krzywdy oraz by każde ryzyko krzywdy było zgłaszane i natychmiast eliminowane. Ochrona obejmuje zapobieganie dalszym torturom lub niewłaściwemu traktowaniu, zalecenia dotyczące powrotu do zdrowia i reintegracji, zmniejszenie narażenia na doświadczanie lub bycie świadkiem przemocy oraz zapewnienie dostępu do odpowiedniej i poufnej opieki medycznej i psychologicznej<sup>10</sup>. Jeśli ocena jest nagrywana, należy dołożyć wszelkich starań, aby nagranie pozostało poufne, z ograniczonym dostępem przyznanym tylko zespołowi oceniającemu, a także aby chronić tożsamość dziecka. Należy przestrzegać lokalnych wymogów prawnych w zakresie ochrony danych.

##### 2. Świadoma zgoda

Dzieci powinny otrzymać z wyprzedzeniem pełne informacje na temat każdej oceny lub procedury. Informacje na temat procedur muszą być dostosowane do dzieci i ich etapów rozwoju oraz przekazywane w sposób zrozumiały dla nich zrozumiały. Dzieci powinny mieć możliwość wyrażenia zgody na każdą ocenę lub procedurę. W przypadku młodszych dzieci proces ten zwykle obejmuje również uzyskanie zgody ich rodziców lub opiekunów prawnych; jednak we wszystkich przypadkach nadrzędne znaczenie powinno mieć zabezpieczenie najlepszego interesu dziecka i uwzględnienie możliwości wyrządzenia krzywdy przez członków rodziny. Wiek, w którym dzieci mogą wyrazić niezależną zgodę bez konieczności informowania rodziców lub opiekunów prawnych, różni się w zależności od kraju i jurysdykcji, dlatego przed uzyskaniem niezależnej świadomej zgody należy wziąć pod uwagę lokalne wytyczne prawne i etyczne (zob. pkt 165-171 i 273). Lekarze powinni również wziąć pod uwagę ewentualne obowiązki zgłaszania odpowiednim organom, gdy dziecko jest

<sup>6</sup> Michel Grappe, „La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés”, w *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie: face au traumatisme*, Marie Rose Moro i Serge Lebovici, red. (Paryż, Presses universitaires de France, 1995), s. 89-106.

<sup>7</sup> Jean Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, wyd. 9 (Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1977).

<sup>8</sup> Centrum Pomocy Ofiarom Tortur, *Healing the Hurt: A Guide for Developing Services for Torture Survivors* [Leczenie zranień: przewodnik dotyczący opracowywania usług dla ofiar tortur] (Minneapolis, 2005), rozdział 2.

<sup>9</sup> *Keeping Children Safe, Child Safeguarding Standards and How to Implement Them* [Bezpieczeństwo dzieci, standardy opieki i zapewniania bezpieczeństwa dzieciom i jak je wdrożyć] (2014), s. 10.

<sup>10</sup> Konwencja o prawach dziecka, art. 39.

w niebezpieczeństwie lub zostało narażone na przemoc lub znęcanie się jakiegokolwiek rodzaju oraz że zaniedbanie tego przez pracownika ochrony zdrowia lub inne osoby, które zaobserwują taką przemoc lub znęcanie się lub zostaną o nich poinformowane, może prowadzić do dochodzenia karnego lub sankcji ze strony stowarzyszeń zawodowych lub agencji przyznających uprawnienia.

## II. Proces zbierania wywiadu i oceny

### A. Szkolenie

Odpowiednie szkolenie w zakresie zbierania wywiadu od dzieci, które były torturowane lub niewłaściwie traktowane, oraz w zakresie badania tych dzieci jest ważne i najlepiej, aby było ukończone przez każdego, kto będzie zaangażowany w ocenę i dokumentowanie doświadczeń dzieci. Szkolenie powinno obejmować konkretne techniki i procedury zbierania wywiadu, które zabezpieczają dobro dzieci i chronią je przed retraumatyzacją, a także dostarczać wskazówek na temat tego, jak rzetelnie zbierać informacje od dzieci w zależności od ich etapu rozwoju. Istnieje kilka krajowych i międzynarodowych wytycznych i protokołów szkoleniowych w tej dziedzinie, w tym te opracowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Dziecka i Rozwoju Człowieka,<sup>11</sup> UNHCR,<sup>12</sup> organizację Defence for Children International<sup>13</sup> oraz American Professional Society on the Abuse of Children (Amerykańskie stowarzyszenie zawodowe ds. wykorzystywania dzieci)<sup>14</sup>.

### B. Warunki przeprowadzania oceny

#### 1. Czas

Pojedyncza długa rozmowa może być zbyt wyczerpująca dla dzieci, a ponieważ ich uwaga może być dość krótka (w zależności od etapu rozwoju, poziomu traumy i chorób współistniejących), może być konieczne robienie przerw podczas rozmowy lub przeprowadzenie jej w kilku sesjach.

#### 2. Obecność zaufanych dorosłych i wsparcie podczas oceny

Dzieci powinny otrzymać wsparcie od osób, którym ufają, gdy tylko jest to możliwe, a obawa przed zniekształceniem zeznań świadków nie powinna być powodem izolowania dzieci od pozytywnych i wspierających kontaktów z dorosłymi; dobro

dziecka i jego najlepszy interes muszą być zawsze najważniejsze. Należy rozważyć obecność rodziców/opiekunów prawnych lub innych wspierających dorosłych podczas oceny, chyba że nie są oni dostępni lub sami nie reprezentują najlepszego interesu dziecka. Obecność dorosłych, którzy mają znaczenie dla dziecka i reprezentują jego najlepszy interes, zapewni komfort niespokojnemu dziecku, a także pozwoli dorosłemu na wyrażenie milczącego poparcia dla jego współpracy. W niektórych przypadkach, takich jak te związane z przemocą seksualną, przemocą domową lub kwestiami wynikającymi z postrzeganej orientacji seksualnej bądź tożsamości lub ekspresji płciowej, obecność członków rodziny może utrudniać dzieciom ujawnienie tych doświadczeń w obawie przed przyniesieniem wstydu, napiętnowaniem lub dalszym niewłaściwym traktowaniem lub karą dla nich samych lub ich rodzin. Dzieci mogą nie ujawniać informacji w obecności rodzica ze względu na obawę, że ich ujawnienie zaniepokoi rodziców lub zwiększy ich poczucie winy lub wstydu. Lekarze klinicyści muszą wykazać się dobrym osądem i cierpliwością, aby dziecko czuło się komfortowo, i wspierać je, gdy są w czasie zbierania wywiadu same. Lekarze klinicyści muszą brać pod uwagę życzenia dzieci dotyczące zachowania poufności informacji względem ich rodziców, oraz to, jak podejść do tego etycznie. W okolicznościach, w których od dzieci lub nastolatków zbiera się wywiad bez obecności ich rodziców lub opiekunów, należy zadbać, aby dzieci lub nastolatki rozumieli sytuację i wyrazili zgodę na rozmowę. Szczególną uwagę należy zwrócić na zapewnienie wsparcia, takiego jak poświęcenie czasu na zbudowanie relacji, używanie jasnego i dostosowanego do wieku języka oraz zapewnienie przerw i możliwości zadawania pytań.

### C. Zbieranie informacji

#### 1. Budowanie relacji i zaufania

Poświęcenie czasu na zbudowanie zaufania i relacji ułatwi rozmówcom w każdym wieku, w tym dzieciom, rozmowę na trudne tematy. Zbudowanie zaufania może być jednak trudne, ponieważ sytuacja zbierania wywiadu lub jej elementy mogą przypominać dziecku tortury lub niewłaściwe traktowanie. Zaufanie może zostać podważone lub może go zabraknąć, jeśli oceniający lub tłumacze ustni są postrzegani jako przedstawiciele grup politycznych, etnicznych lub społecznych, których

Stany Zjednoczone Ameryki, Narodowy Instytut Zdrowia Dziecka i Rozwoju Człowieka, „Revised NICHD Protocol: interview guide” [„Zmieniony protokół NICHD: przewodnik prowadzenia przesłuchań”] (2014 r.).

<sup>12</sup> UNHCR, Guidelines for Interviewing Unaccompanied Minors and Preparing Social Histories [Zasady przeprowadzania przesłuchań z małoletnimi pozbawionymi opieki i przygotowywanie wywiadów społecznych] (1985).

<sup>13</sup> Defence for Children International - Belgium, Practical Guide: Monitoring Places Where Children are Deprived of Liberty [Poradnik praktyczny: monitorowanie miejsc, w których dzieci pozbawione są wolności], (Bruksela, 2006).

<sup>14</sup> American Professional Society on the Abuse of Children Taskforce, „Practice guidelines: forensic interviewing in cases of suspected child abuse” [Praktyczne zalecenia dotyczące przeprowadzania wywiadów na potrzeby śledztwa dotyczącego podejrzenia przemocy wobec dzieci] (Columbus, 2012).



władze zainicjowały tortury lub niewłaściwe traktowanie bądź w nich uczestniczyły. Czynniki te mogą wpływać również na zaufanie rodziców i opiekunów.

Zaufanie można zwiększyć lub zbudować, jeśli osoby zbierające wywiad lub tłumacze ustni pochodzą z kultury lub grupy etnicznej dziecka<sup>15</sup>. Czynniki rozwojowe związane z wiekiem, takie jak samoocena nastolatka, powinny być również brane pod uwagę przy budowaniu zaufania. Niektóre techniki, które mogą ułatwić początkową pozytywną relację, obejmują nieformalne i wygodne przygotowanie pokoju (np. oświetlenie, przyjazny dzieciom wystrój, temperatura, odpowiednie dla wieku siedzenia i odgłosy w tle) oraz wyjaśnienie otoczenia i procesu (np. jak długo potrwa rozmowa, zaznaczenie, że przerwy są dozwolone). Jak wspomniano w pkt 272 powyżej, otwarty język ciała, uważność, aktywne słuchanie i empatia są ważne w budowaniu i utrzymywaniu zaufania i relacji. Podobnie jak w przypadku dorosłych, ważne jest, aby osoby przeprowadzające badanie pytały bezpośrednio o kwestie, w przypadku których w przeciwnym razie dziecko lub nastolatek nie czułoby się bezpiecznie, aby je ujawnić, np. o przemoc seksualną lub domową, impulsy samobójcze, postrzeganą lub rzeczywistą tożsamość lub ekspresję płciową lub orientację seksualną. Należy pamiętać, że we wszystkich kulturach rozwój samoświadomości własnej orientacji seksualnej i tożsamości płciowej odbywa się z biegiem czasu, często lat lub dziesięcioleci, a w obszarach, w których mniejszościowe tożsamości seksualne i płciowe spotykają się z brutalnymi represjami, taka samoświadomość mogła zostać stłumiona. Niektórzy bardzo młodzi rozmówcy mogą mieć wątpliwości co do tego, dlaczego w ogóle byli niewłaściwie traktowani. Język i słownictwo są również ważne, zwłaszcza podczas omawiania kwestii związanych z seksualnością i ekspresją płciową. Osoby badające i tłumacze ustni powinni być wyczuleni na brak neutralnych lub pozytywnych nazw dla opisów różnorodnych prezentacji i zachowań seksualnych i płciowych w wielu kulturach i językach. Powinni posiadać wiedzę na temat zinternalizowanej homofobii i transfobii u rozmówców i u siebie samych oraz podejmować działania w celu ich łagodzenia.

Budowanie relacji z dziećmi można ułatwić, stosując środki zapewniające, by środowisko i ton rozmowy były jak najbardziej nieformalne i komfortowe. Osoby zbierające wywiad powinny używać języka odpowiedniego dla dziecka i dostosować swój styl

komunikacji do lokalnej terminologii i norm kulturowych, aby pomóc dziecku poczuć się swobodnie i zaangażować się w przebieg rozmowy. Rozpoczynanie wywiadów od zachęcania dzieci do rozmowy na neutralny temat może stworzyć możliwości budowania relacji i przekazywania poczucia bezpieczeństwa, a także umożliwić osobom zbierającym wywiad poznanie dzieci, ich umiejętności werbalnych oraz to, jak łatwo (lub nie) budują relację<sup>16</sup>. Po wyjaśnieniu celu i treści oceny i tylko wtedy, gdy dziecko mówi swobodnie, rozmowa powinna przejść do bardziej delikatnych tematów, a osoby zbierające wywiad powinny zrozumieć, że może upłynąć trochę czasu, zanim dzieci poczują się wystarczająco swobodnie<sup>17</sup>.

## 2. Komunikacja i techniki

W miarę możliwości należy stosować pytania otwarte, ponieważ pozwalają one osobom w każdym wieku odpowiadać własnymi słowami. Dzieci mają jednak tendencję do przekazywania mniejszej ilości informacji niż dorośli, pomocne mogą być więc pytania sondujące. Dzieci są szczególnie podatne na pytania naprowadzające, które sugerują pożądaną odpowiedź, dlatego w miarę możliwości należy unikać pytań naprowadzających i pytań zamkniętych. Poinformowanie dzieci, że dopuszczalne jest powiedzenie „nie wiem”, aby wskazać, że nie rozumieją pytania, również pomoże poprawić dokładność.

Dzieci zazwyczaj dostarczają mniej informacji niż dorośli. Dzieje się tak częściowo dlatego, że są one mniej zdolne i wprawione, jeśli chodzi o samodzielne generowanie wskazówek umożliwiających wydobycie informacji. Techniki takie jak rysowanie, schematy ciała i korzystanie z osi czasu mogą pomóc dzieciom w generowaniu wskazówek pamięciowych, które z kolei powinny pomóc im zapamiętać dodatkowe szczegóły. Należy zachować ostrożność podczas interpretowania niewerbalnej komunikacji dzieci, takiej jak zabawa, ponieważ niekoniecznie jest to dosłowna relacja z wydarzeń i może zawierać elementy wyobraźni i ich wewnętrznego świata. Dodatkowe informacje na temat rozmów z dziećmi znajdują się w pky 284-293 powyżej.

## 3. Dodatkowe źródła informacji

Ponieważ stopień, w jakim dzieci wyrażają swoje myśli i emocje dotyczące traumy za pomocą słów, a nie behawioralnie, zależy od wieku dziecka, poziomu rozwoju i innych czynników, takich jak

<sup>15</sup> UNHCR, *The Heart of the Matter*, s. 126.

<sup>16</sup> Michael E. Lamb i inni. „Structured forensic interview protocols improve the quality and informativeness of investigative interviews with children: a review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol” [„Ustrukturyzowane protokoły przesłuchań sądowych poprawiają jakość i informatywność przesłuchań śledczych z dziećmi: przegląd badań z wykorzystaniem protokołu przesłuchania śledczego NICHD”], *Child Abuse & Neglect*, tom 31, nr 11-12 (2007), s. 1201-1231.

<sup>17</sup> Defence for Children International - Belgium, *Practical Guide*.

dynamika rodziny, cechy osobowości, normy kulturowe i kontekst psychospołeczny, czasami przydatne jest uwzględnienie w ocenie innych źródeł informacji w celu oszacowania i zarejestrowania potencjalnego wpływu, w tym:

- (a) zachowanie dzieci podczas oceny: oceniający może skomentować poziom aktywności, charakter interakcji i relacji z innymi, afekt i stan regulacji, ogólny nastrój i zaangażowanie w zabawę;
- (b) zgłoszenia zewnętrzne: w miarę możliwości zaleca się zbieranie informacji od rodziców, nauczycieli i innych osób na temat historii rozwoju dzieci, ich specjalnych potrzeb, dotychczasowych chorób i leczenia psychiatrycznego oraz na temat zaburzeń psychicznych, funkcjonowania w szkole i społeczeństwie oraz dostosowania behawioralnego, przed domniemanymi traumatycznymi wydarzeniami i po nich, oraz zmian we wzorcach zachowań<sup>18</sup>;
- (c) skala diagnostyczna i miary: w celu oceny objawów można rozważyć dodatkowe instrumenty, takie jak skale i listy kontrolne. Jest to pożądane, o ile ważność i wiarygodność tych instrumentów ustalono dla konkretnej populacji badawczej lub podobnych populacji badawczych. Jeśli takie dane nie istnieją, można skorzystać z danych pochodzących z odmiennych populacji kulturowych, ale należy to robić ostrożnie.

#### D. Szczególne względy dotyczące oceny napaści na tle seksualnym u dzieci

Śledczy powinni być wyczuleni na fakt, że dzieci i młode osoby mogą nie rozumieć pojęcia napaści na tle seksualnym lub nie być w stanie go zidentyfikować. W takich przypadkach może często występować obawa przed przyniesieniem wstydu lub napiętnowaniem siebie lub swojej rodziny, co może również wpływać na ich zdolność do ujawnienia swoich doświadczeń. Ważne jest, aby w takich okolicznościach, o ile to w ogóle możliwe, dziecko zostało zbadane przez eksperta ds. przemocy wobec dzieci.<sup>19</sup> Oceniający powinien być świadomy, że badanie może przypominać pierwotną napad i dlatego należy przeprowadzać je z wyczuciem,

z odpowiednimi wyjaśnieniami dla dziecka i towarzyszącego mu opiekuna.

### III. Ocena medyczna

Badania lekarskie powinny być przeprowadzane w warunkach przyjaznych dzieciom przez przeszkolonych lekarzy mających doświadczenie w ocenie i dokumentowaniu obrażeń fizycznych (w tym wynikających z napaści na tle seksualnym) u niemowląt, dzieci i młodzieży. Zgodę na badania należy uzyskać od opiekunów dzieci, a w sytuacjach, w których są one w stanie samodzielnie wyrazić zgodę, od dzieci lub młodzieży. Najlepiej byłoby, gdyby lekarze mieli dostęp do dodatkowego zaplecza diagnostycznego, na przykład zdjęć rentgenowskich i innych badań obrazowych, badań hematologicznych i dalszych specjalistycznych porad w razie potrzeby. Interpretując wyniki badań, lekarze kliniści zazwyczaj muszą uzyskać dodatkowe informacje od dzieci, młodzieży i ich opiekunów, wykraczające poza te pochodzące z wywiadów niemedycznych. Lekarze powinni być w stanie udokumentować swoje ustalenia przy użyciu uzgodnionego międzynarodowego formatu.

Dzieci, które doświadczyły tortur lub niewłaściwego traktowania, muszą mieć dostęp do przeszkolonych, kompetentnych lekarzy pediatrów, którzy mogą sporządzić ocenę medyczną i zalecenia dotyczące opieki. W przypadku dzieci część oceny musi być poświęcona zabezpieczeniu mającym na celu zapobieganie dalszym torturom i niewłaściwym traktowaniu, zaleceniom dotyczącym powrotu do zdrowia i reintegracji oraz zmniejszeniu narażenia na doświadczanie lub bycie świadkiem przemocy. Dostęp do odpowiedniej i poufnej opieki medycznej i psychologicznej jest prawem dzieci<sup>20</sup>.

Dziecko, które doznało lub przypuszcza się, że doznało tortur seksualnych, powinno w miarę możliwości zostać zbadane przez pediatrę posiadającego specjalistyczną wiedzę w zakresie badania ofiar wykorzystywania seksualnego.

### IV. Psychologiczny wpływ traumy

Traumatyczne przeżycia z dzieciństwa wiążą się z szerokim zakresem problemów społecznych, zdrowotnych i psychicznych. Skumulowane niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa zwiększają ryzyko wystąpienia problemów społecznych, behawioralnych, zdrowotnych i psychicznych w silny

<sup>18</sup> Kathryn Kuehnle i Steven N. Sparta, „Assessing child sexual abuse allegations in a legal context” [„Ocena zarzutów wykorzystywania seksualnego dzieci w kontekście prawnym”], w: *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta i Gerald P. Koocher, red. (Nowy Jork, Oxford University Press, 2006), s. 129-148.

<sup>19</sup> Royal College of Paediatrics and Child Health, *The Physical Signs of Child Sexual Abuse: An Evidence-Based Review and Guidance for Best Practice* [Fizyczne oznaki wykorzystywania seksualnego dzieci: Oparty na dowodach przegląd i wskazówki dotyczące najlepszych praktyk] (Lavenham, Wielka Brytania, Lavenham Press, 2015). Zob. także Astrid Heger, S. Jean Means i David Muram, eds., *Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas* [Ocena dziecka, które doświadczyło przemocy seksualnej: podręcznik medyczny i atlas fotograficzny], wyd. 2 (Nowy Jork, Oxford University Press, 2000), s. 229.

<sup>20</sup> Konwencja o prawach dziecka, art. 39.

i stopniowy sposób<sup>21</sup>. Badania wykazały, że trauma może znacząco negatywnie wpłynąć na rozwój poznawczy<sup>22</sup> oraz że narażenie na traumatyczne doświadczenia zwiększa ryzyko wystąpienia problemów behawioralnych, problemów z nauką, otyłości<sup>23</sup> i objawów psychotycznych w dzieciństwie i później<sup>24</sup>. Badania nad rozwojem neurobehawioralnym wskazują również na długotrwały wpływ neurologiczny traumatycznych doświadczeń na dzieci w różnym wieku, od etapu przedwerbalnego do późnego okresu dojrzewania. Jeśli chodzi o zaburzenia psychiczne i diagnozy, niektóre z nich są podobne do tych stosowanych u dorosłych, takich jak zespół stresu pourazowego, depresja, lęk i fobie, podczas gdy inne są charakterystyczne dla dzieci, takie jak mutyzm wybiórczy, reaktywne zaburzenie przywiązania w dzieciństwie i nadmierna łatwość przywiązywania się w dzieciństwie, zaburzenie zachowania, opozycyjne zaburzenie zachowania i zaburzenie dysregulacji nastroju. W pkt 581-594 powyżej znajduje się szczegółowy opis zaburzeń i diagnoz obserwowanych u dzieci, które były torturowane lub niewłaściwie traktowane.

Należy zauważyć, że chociaż te same diagnozy mogą wystąpić zarówno u dzieci, jak i dorosłych, u dzieci objawy manifestują się w różny sposób, a lekarze klinicyści muszą bardziej polegać na obserwacji zachowania dziecka (np. monotonne, powtarzające się zabawy) i reakcjach somatycznych (np. utrata kontroli nad wypróżnieniami) oraz rozważyć użycie odpowiednich kwestionariuszy w celu postawienia dokładnej diagnozy. W związku z tym lekarz klinicysta może być zmuszony do polegania na obserwacji zachowania dziecka i informacjach od innych osób, a nie głównie na narracjach przekazywanych przez dziecko. Konieczne może być zastosowanie szeregu psychologicznych technik diagnostycznych, ponieważ dzieci, zwłaszcza nastolatki, mogą sprawiać wrażenie, że nie mają żadnych trudności w życiu, dopóki nie zostaną zadane bardziej szczegółowe pytania.

Należy również zauważyć, że podczas diagnozowania zdrowia psychicznego dzieci ważne jest rozróżnienie między zachowaniem, poznaniem i emocjami, które są typowe dla etapu rozwoju i wieku dziecka, a tymi,

które są powodem do niepokoju. Ponadto zachowanie i inne wskaźniki muszą być rozpatrywane w kontekście kulturowym i psychospołecznym dziecka.

#### V. Lesbijki, geje, osoby biseksualne i transpłciowe - dzieci i młodzież

Lesbijki, geje, osoby biseksualne i transpłciowe mogą doświadczać nadużyć ze strony dorosłych i rówieśników, a ryzyko wzrasta wraz ze spadkiem lub brakiem ochrony społecznej i prawnej<sup>25</sup>. Badania pokazują, że doświadczenia prześladowań i nadużyć mogą poważnie wpływać na ich zdrowie psychiczne<sup>26</sup>. Podczas dokumentowania tortur wobec lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych wśród dzieci i młodzieży ważne jest, aby wziąć pod uwagę konkretne czynniki ryzyka i uznać ich potencjalny wpływ. Podobnie jak w przypadku dorosłych, istotne jest zapewnienie bezpiecznego i pełnego szacunku otoczenia oraz unikanie patologizowania tożsamości płciowych i orientacji seksualnych (zob. pkt 599-601 powyżej).

<sup>21</sup> Nadine J. Burke i inni, „The impact of adverse childhood experiences on an urban paediatric population” [„Wpływ niepożądanych doświadczeń z dzieciństwa na miejską populację pediatryczną”], *Child Abuse & Neglect*, tom 35, nr 6 (2011), s. 408-413.

<sup>22</sup> Michelle Bosquet Enlow i inni, „Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study” [Interpersonalne narażenie na traumę i rozwój poznawczy u dzieci w wieku do 8 lat: badanie podłużne], *Journal of Epidemiology and Community Health*, tom 66, nr 11 (2012), s. 1005-1010.

<sup>23</sup> Burke i inni, „The Impact of adverse childhood experiences” [Wpływ złych doświadczeń z dzieciństwa...].

<sup>24</sup> Louise Arseneault i inni, „Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study” [„Trauma z dzieciństwa i pojawiające się objawy psychotyczne u dzieci: podłużne badanie kohortowe uwzględniające podatność genetyczną”], *American Journal of Psychiatry*, tom 168, nr 1 (2011), s. 65-72.

<sup>25</sup> Edward J. Alessi, Sarilee Kahn i Sangeeta Chatterji, „The darkest times of my life: recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity” [„Najmroczniejsze chwile mojego życia: wspomnienia molestowanych dzieci wśród przymusowych migrantów prześladowanych ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową”], *Child Abuse & Neglect*, tom 51 (2016), s. 93-105.

<sup>26</sup> Tamże; oraz Rebecca A. Hopkinson i inni, „Persecution experiences and mental health of LGBT asylum seekers” [„Doświadczenia związane z prześladowaniem i kwestie zdrowia psychicznego osób LGBT szukających azylu”], *Journal of Homosexuality*, tom 64, nr 12 (2017), s. 1650-1666.

**Rysunek  
anatomiczny do  
dokumentacji  
tortur i  
niewłaściwego  
traktowania**

Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

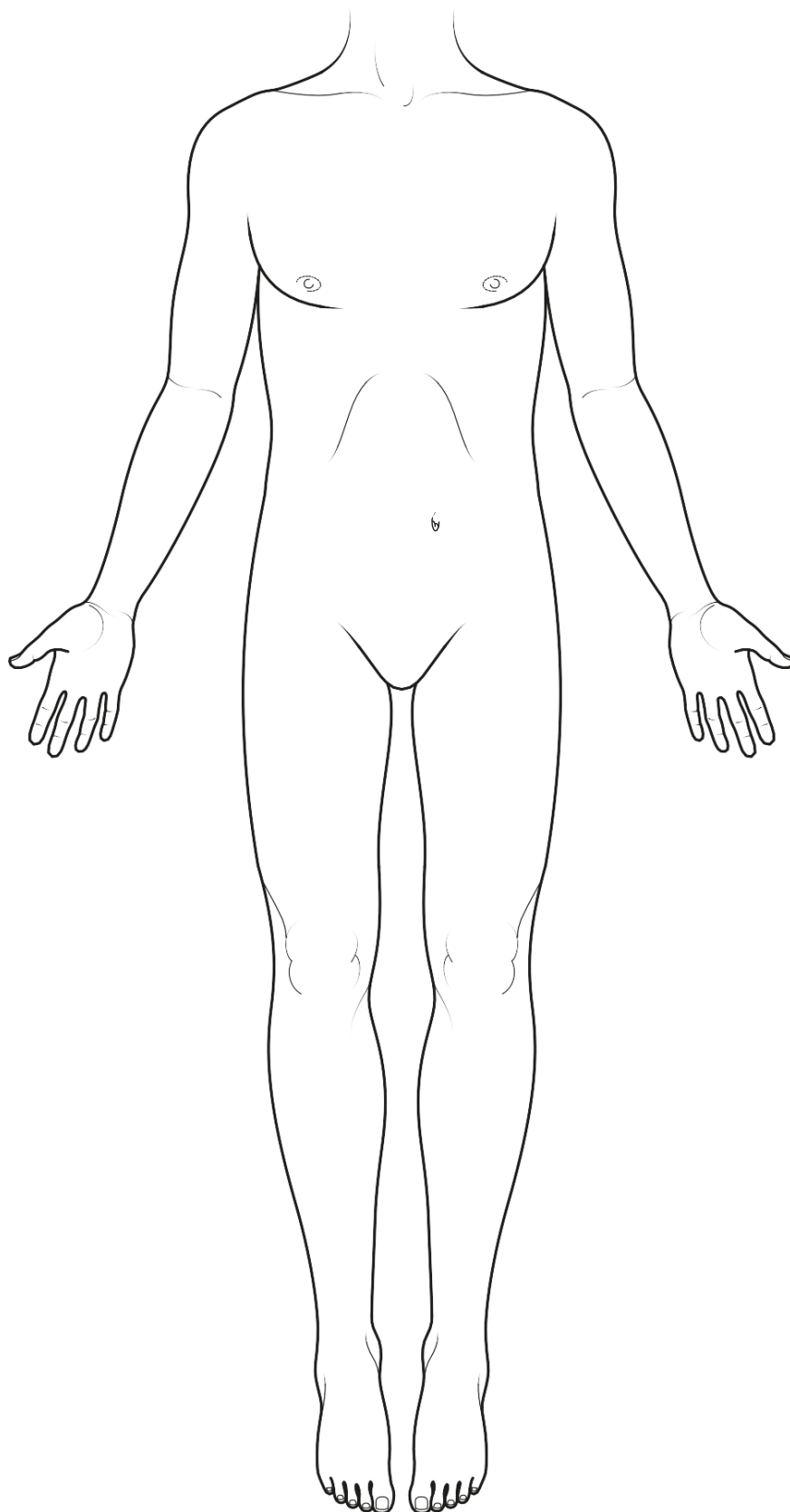
Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

Ciałe ciało neutralne pod względem płci - widok z przodu

R

L



Imię i nazwisko .....

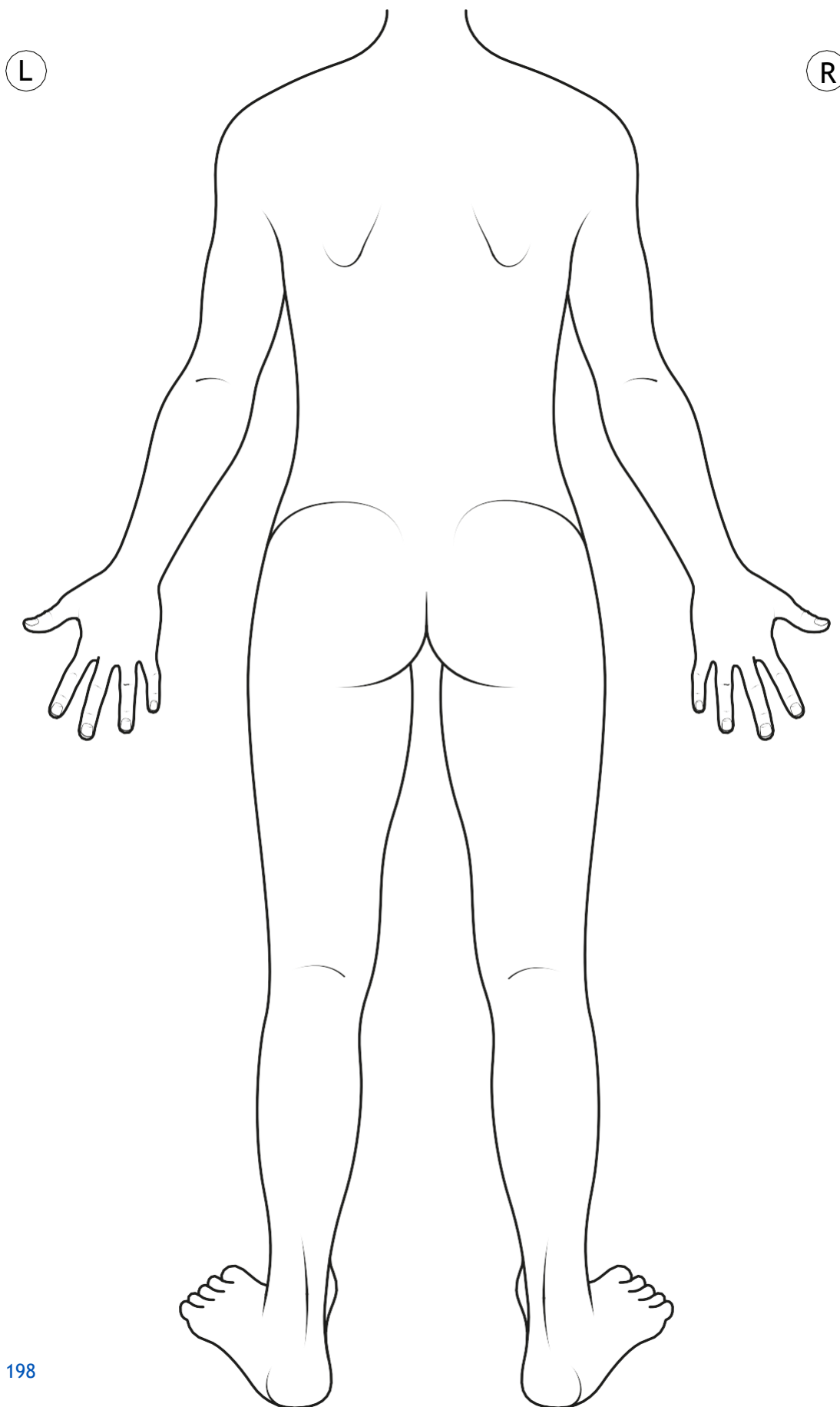
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny.....

Ciałe ciała neutralne pod względem płci - widok z tyłu



Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

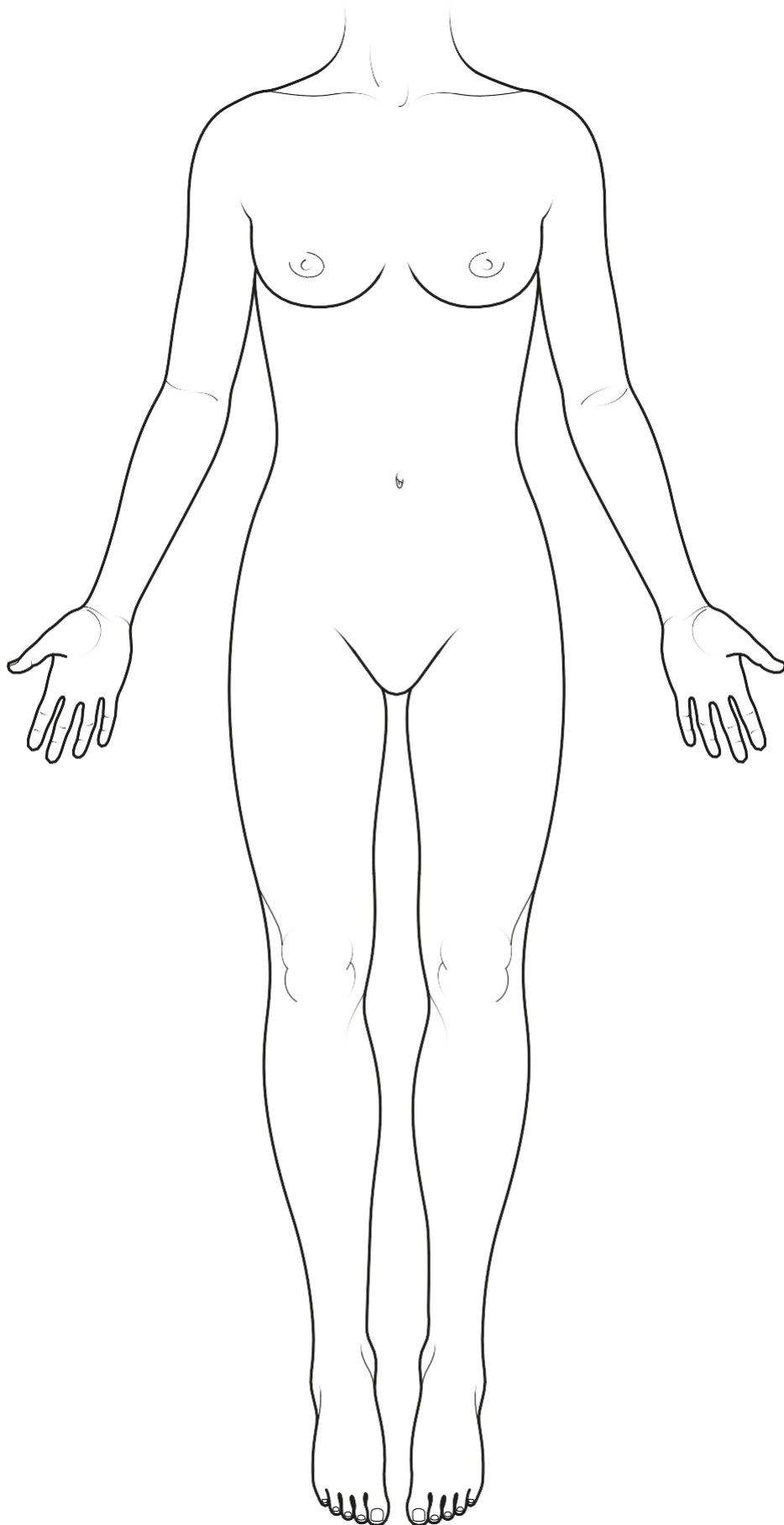
Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

Ciałe ciało kobiece - widok z przodu

R

L



Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

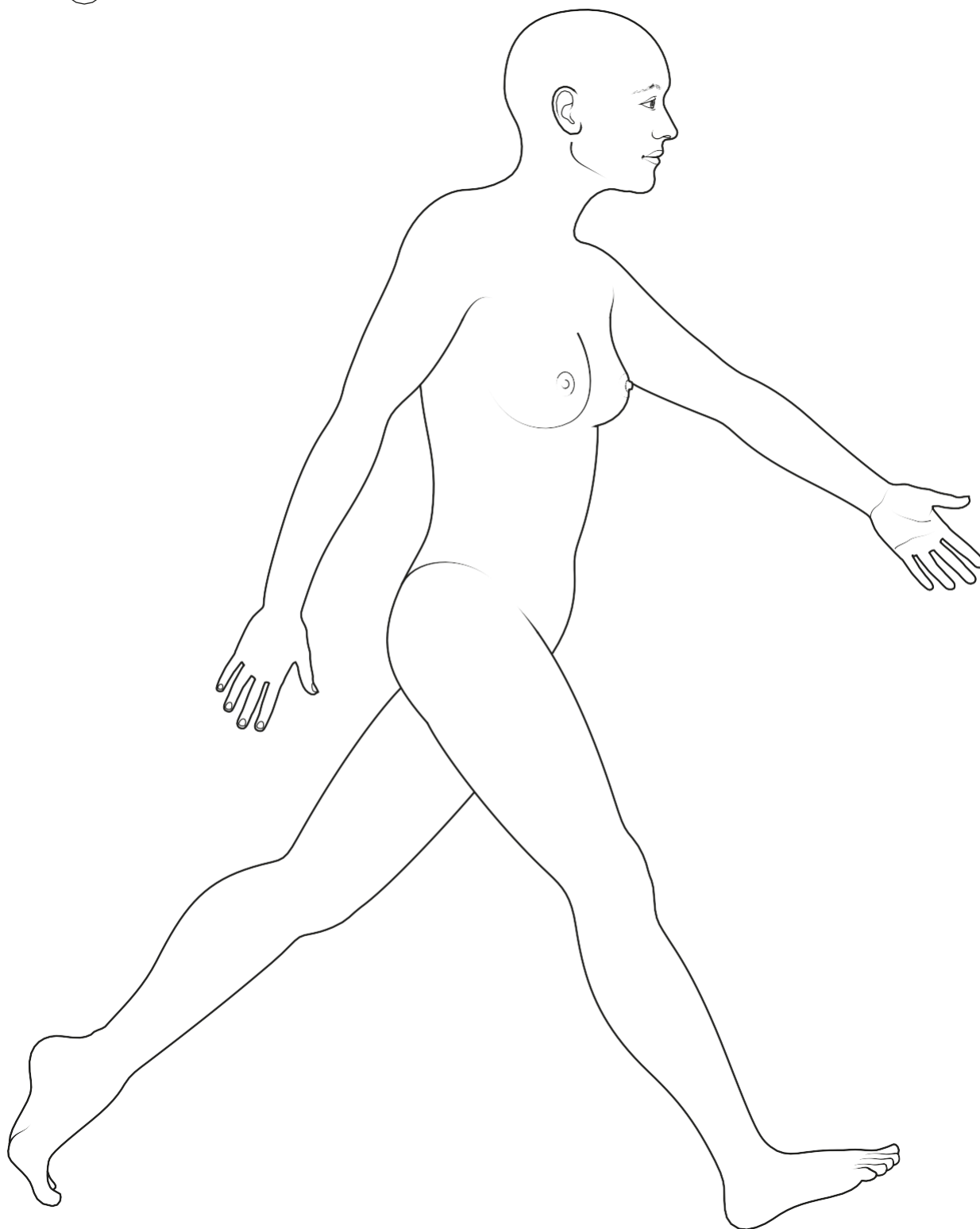
Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

(R)

Ciało kobiece - widok z prawej strony





Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

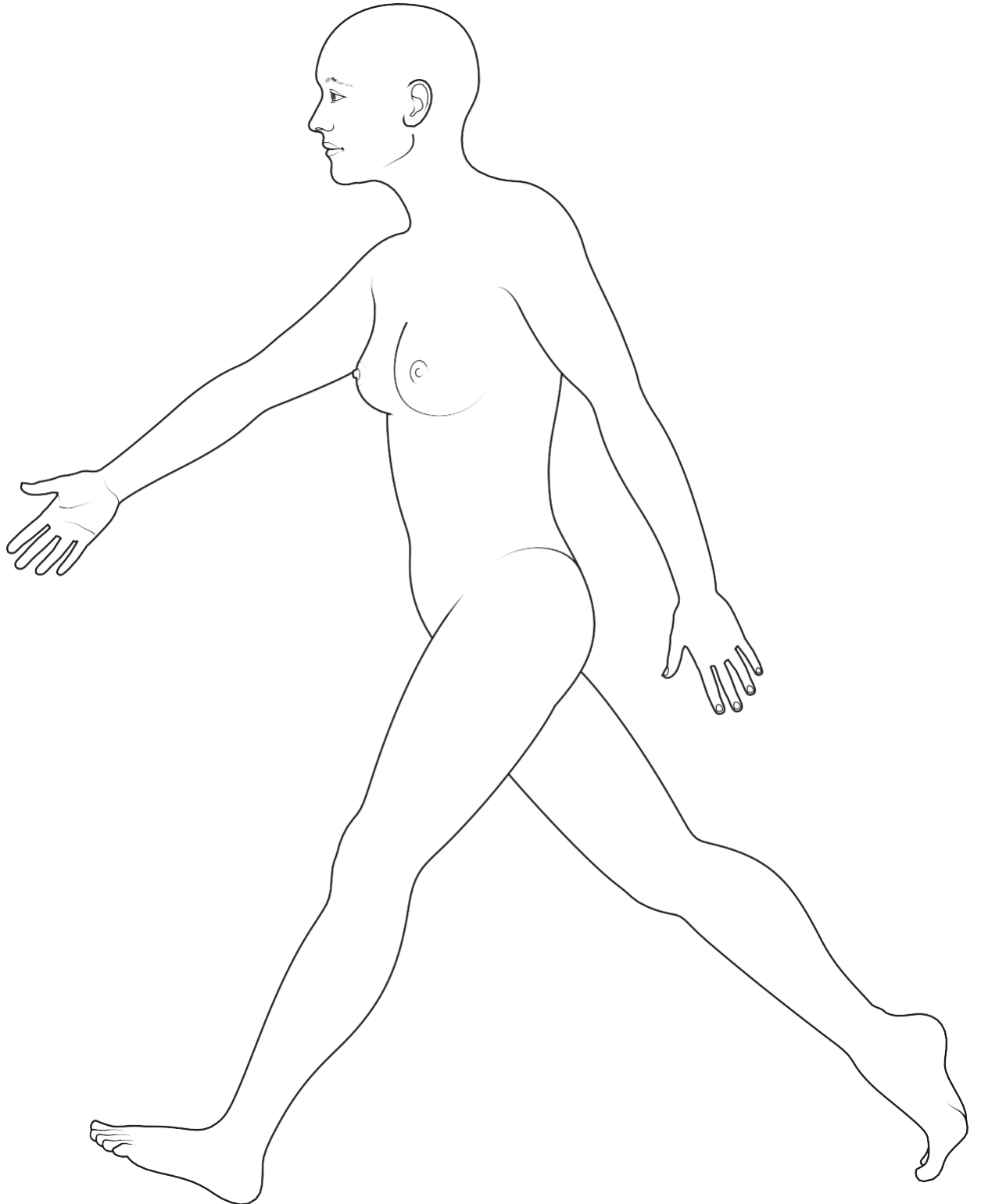
Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

Ciałe ciało kobiece - widok z lewej strony

L



Imię i nazwisko .....

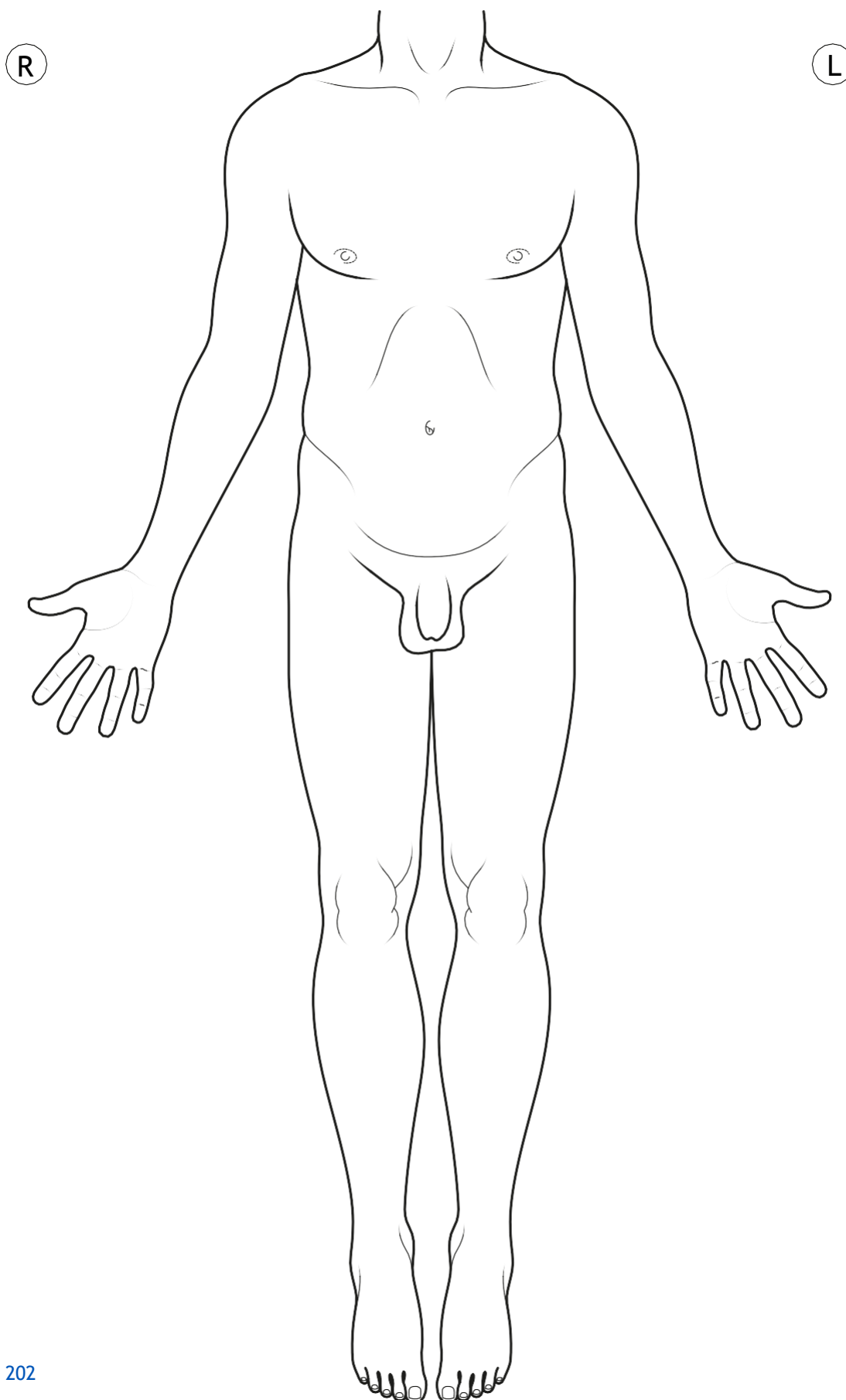
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny.....

Ciało męskie - widok z przodu



Imię i nazwisko .....

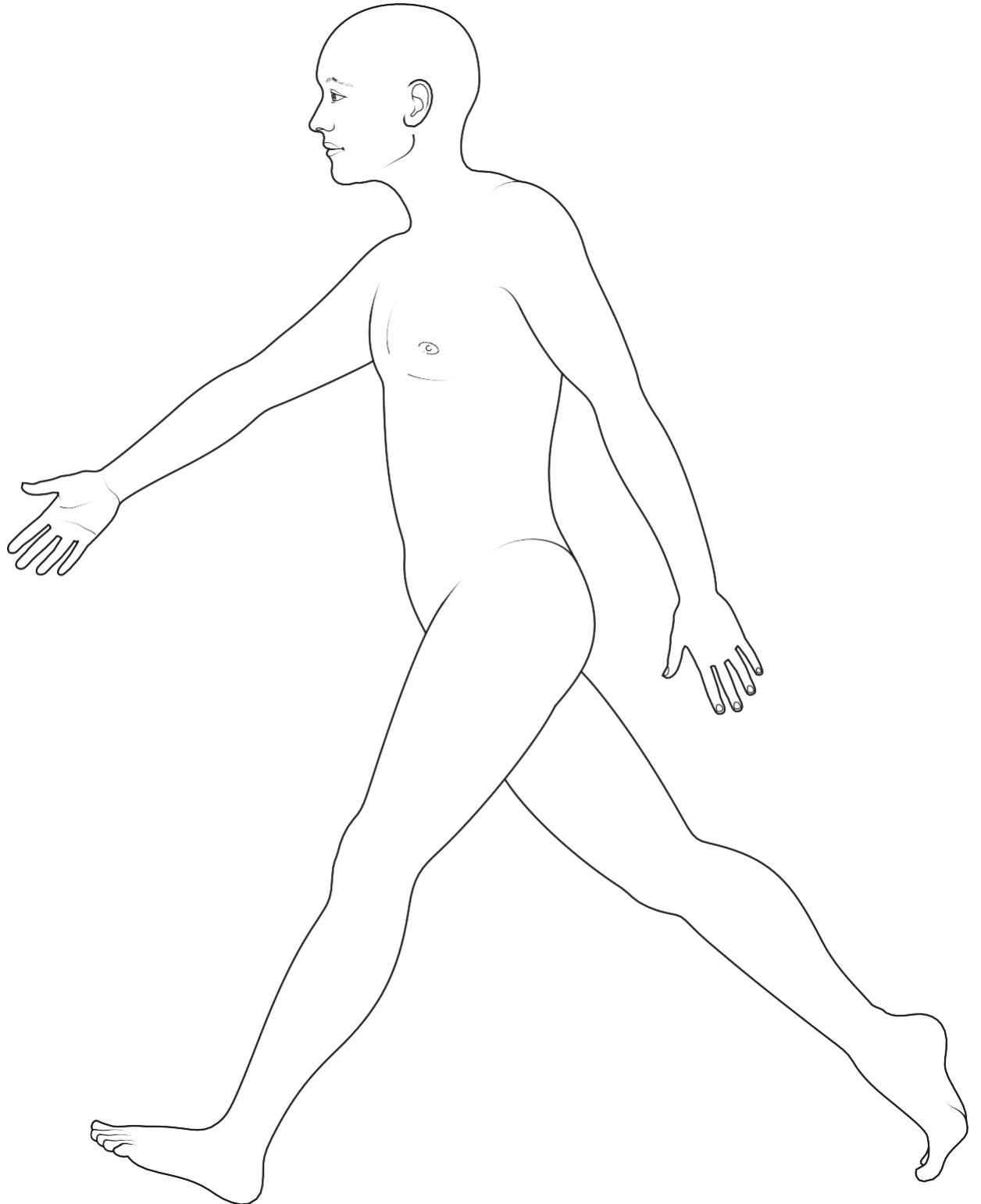
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

Ciałe ciało męskie - widok z lewej strony



Imię i nazwisko .....

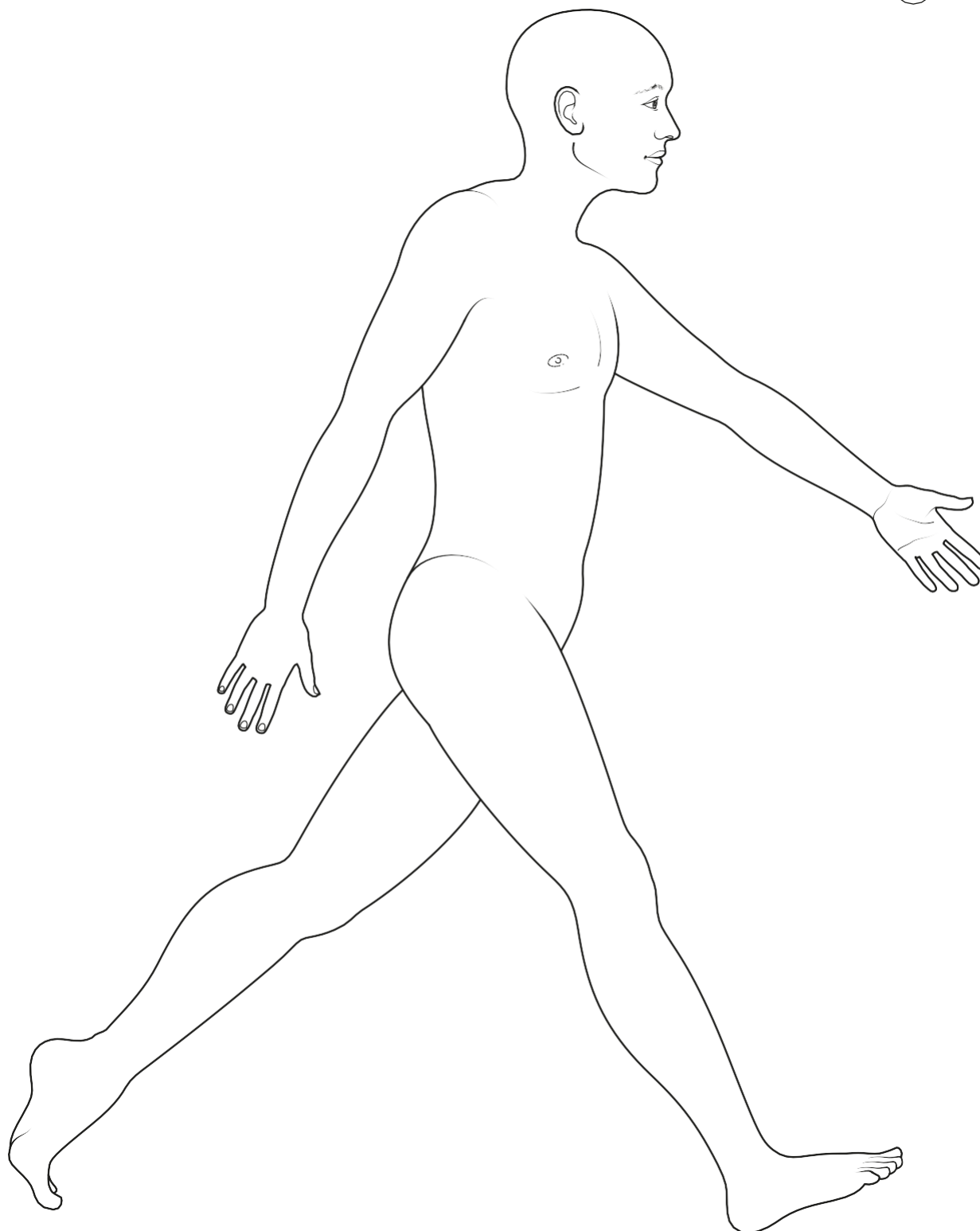
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny.....

Ⓜ



Ciałe ciało męskie - widok z prawej strony

Imię i nazwisko .....

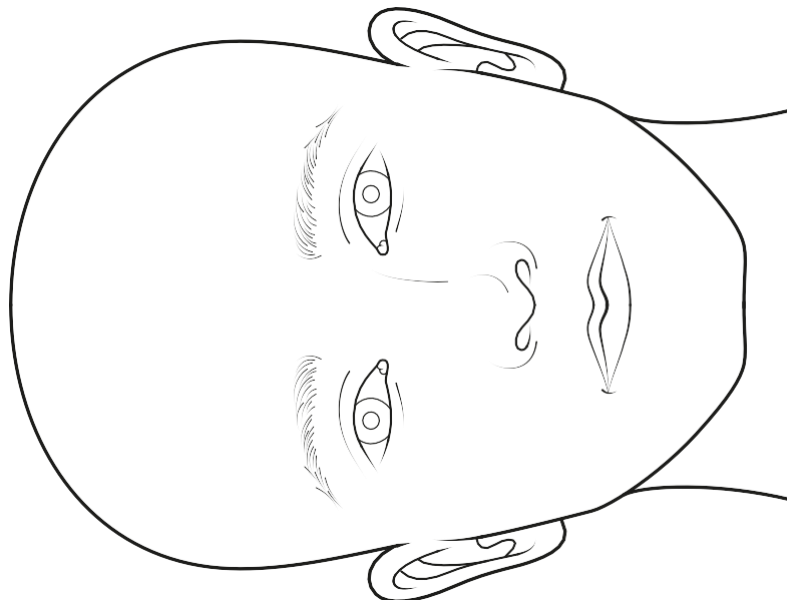
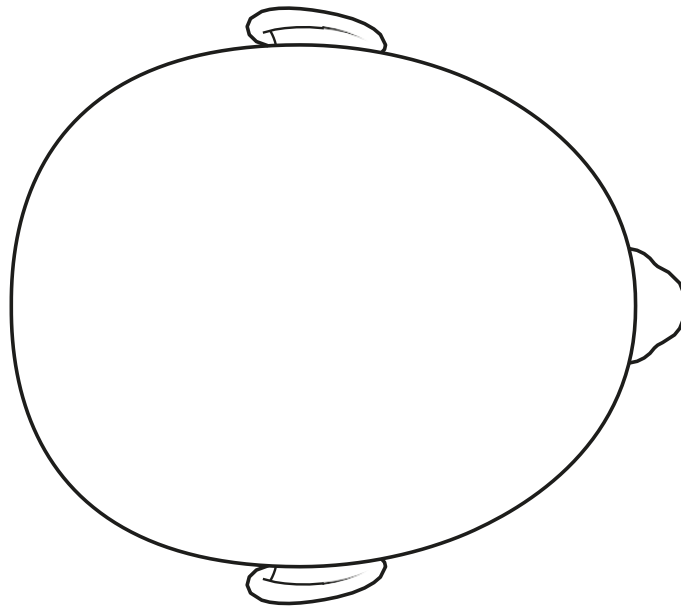
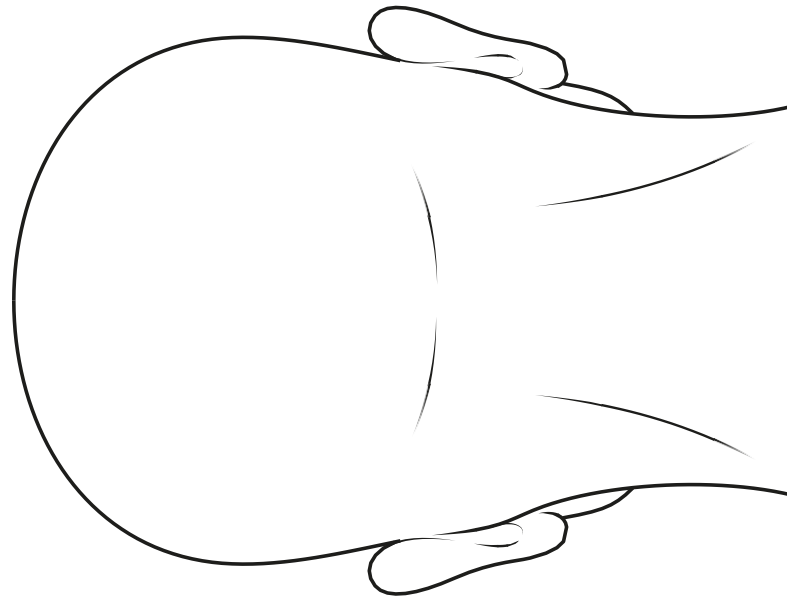
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

Głowa - widok przedni, górny i tylny



Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny.....

Głowa - widok z lewej i prawej strony

R



L



Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

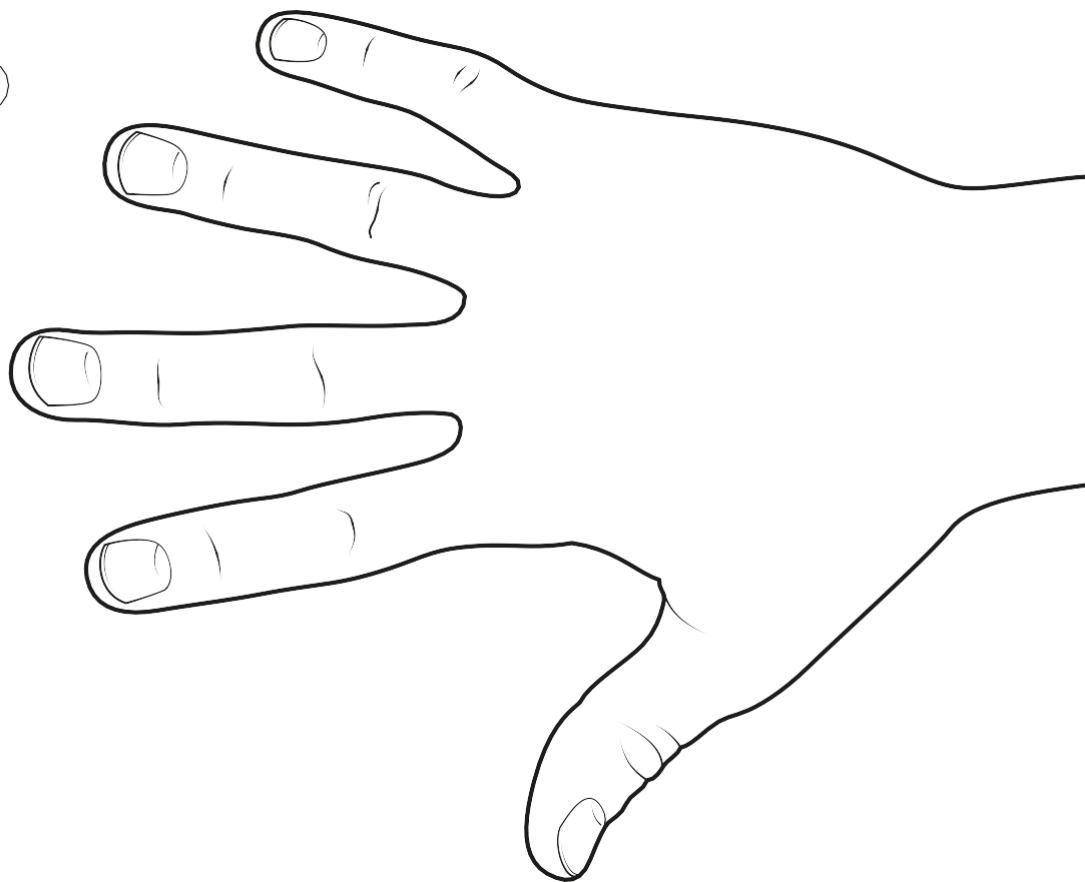
Data badania .....

Godzina badania .....

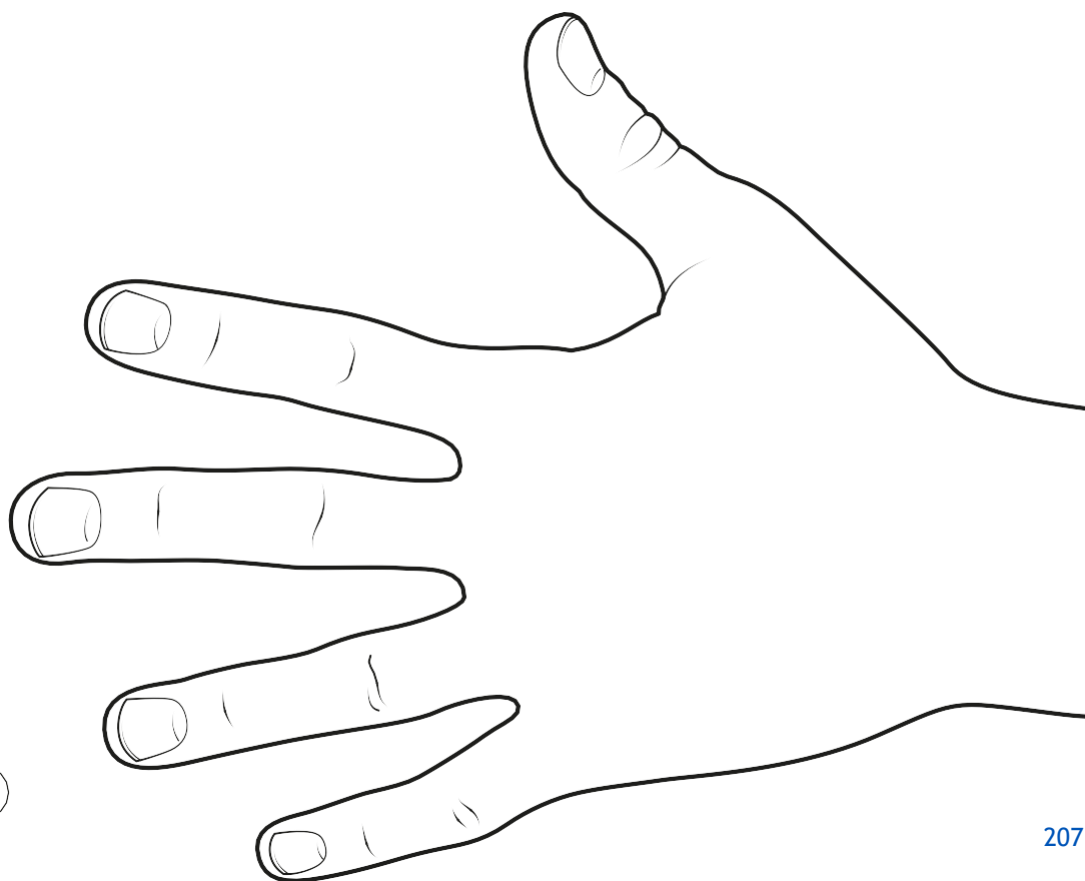
Numer referencyjny .....

Dłonie - widok od

R



L



Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

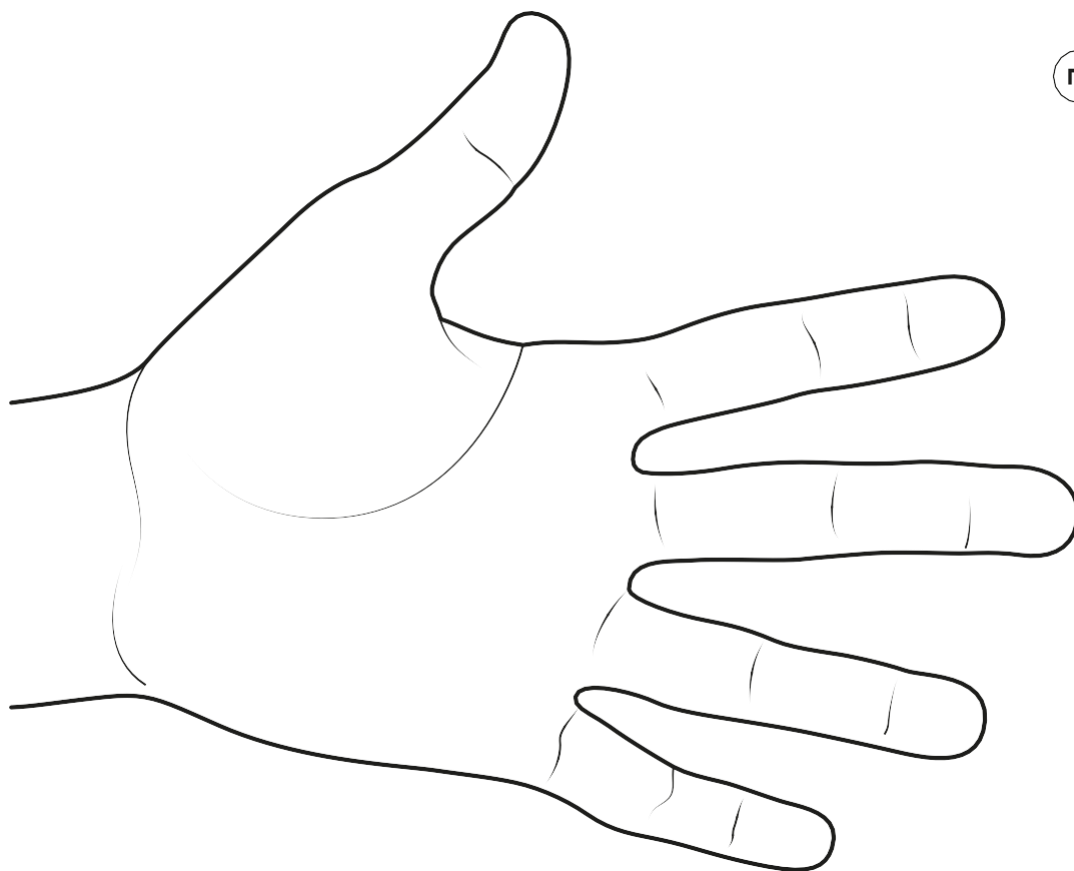
Data badania .....

Godzina badania .....

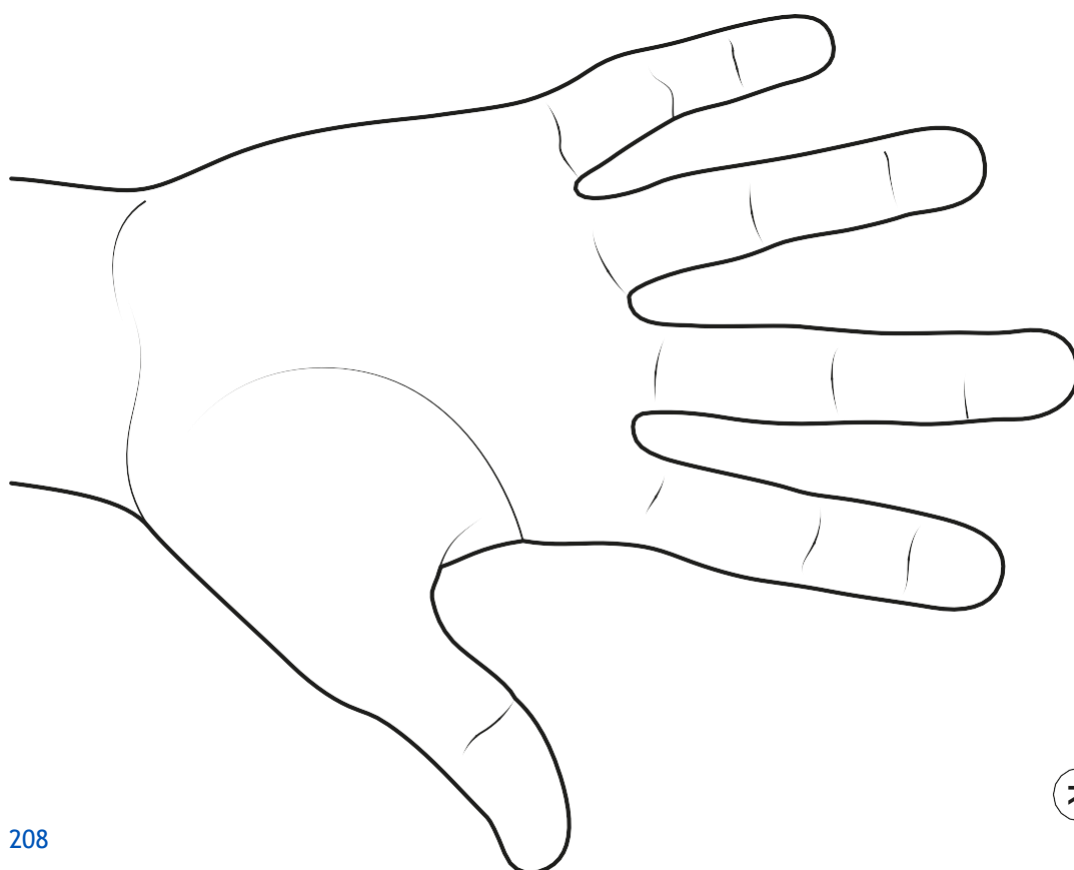
Numer referencyjny.....

Dłonie - widok od strony wewnętrznej

L



R





Imię i nazwisko .....

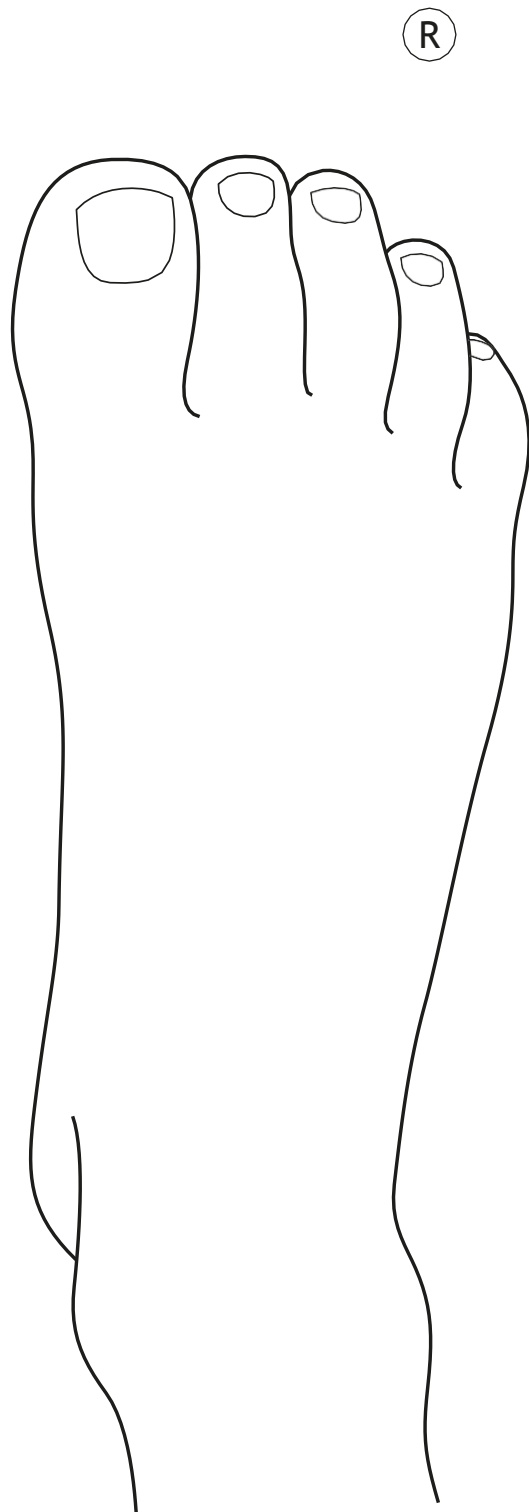
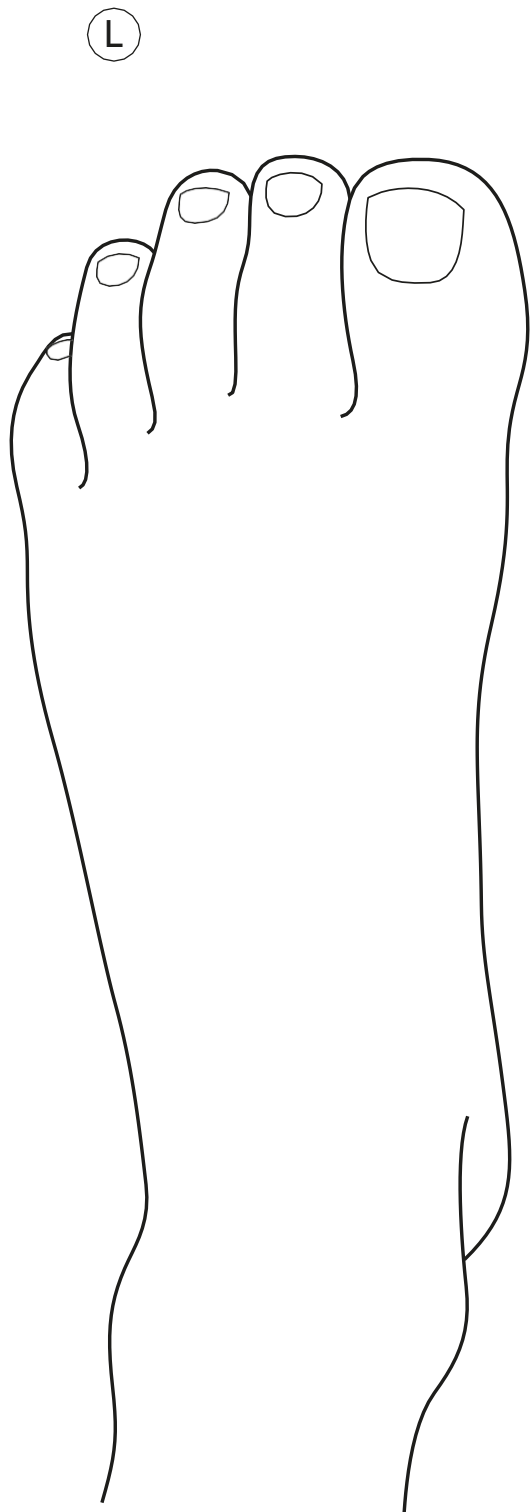
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

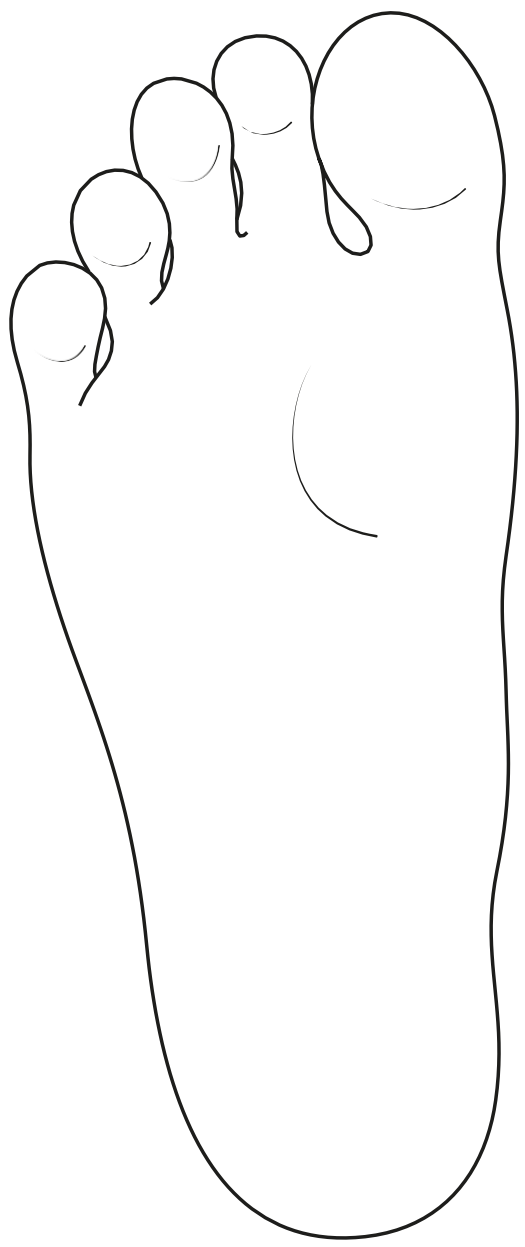
Numer referencyjny .....

Stopy - widok od strony grzbietowej

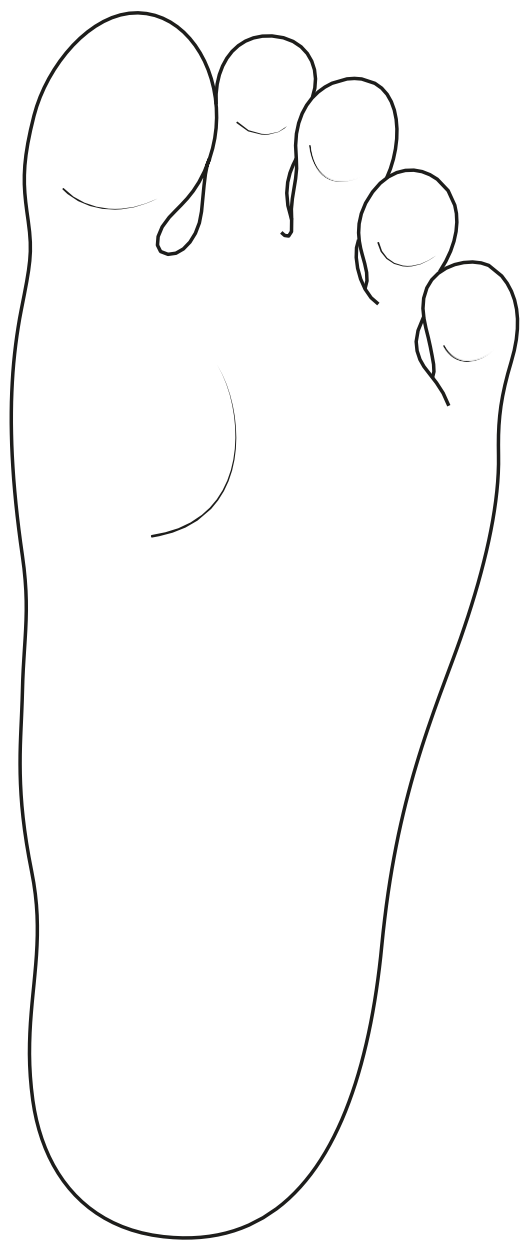


Imię i nazwisko .....  
Imię i nazwisko orzecznika .....  
Data badania .....  
Godzina badania .....  
Numer referencyjny.....

R



L



Stopy - widok od strony podszwowej

Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

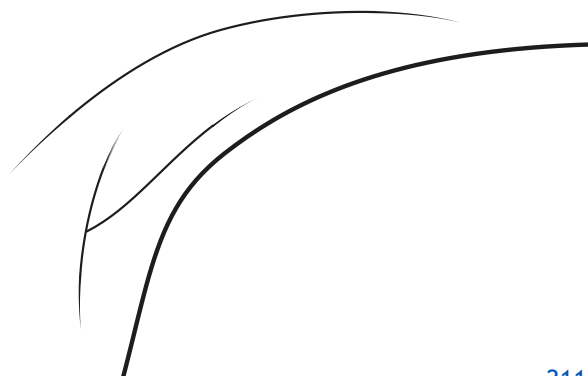
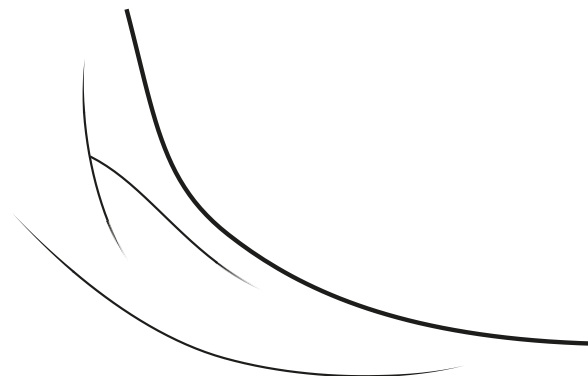
Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

Pachha

L



R

Wyciągnięta szyja - widok z lewej i prawej strony

Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny.....



Imię i nazwisko .....

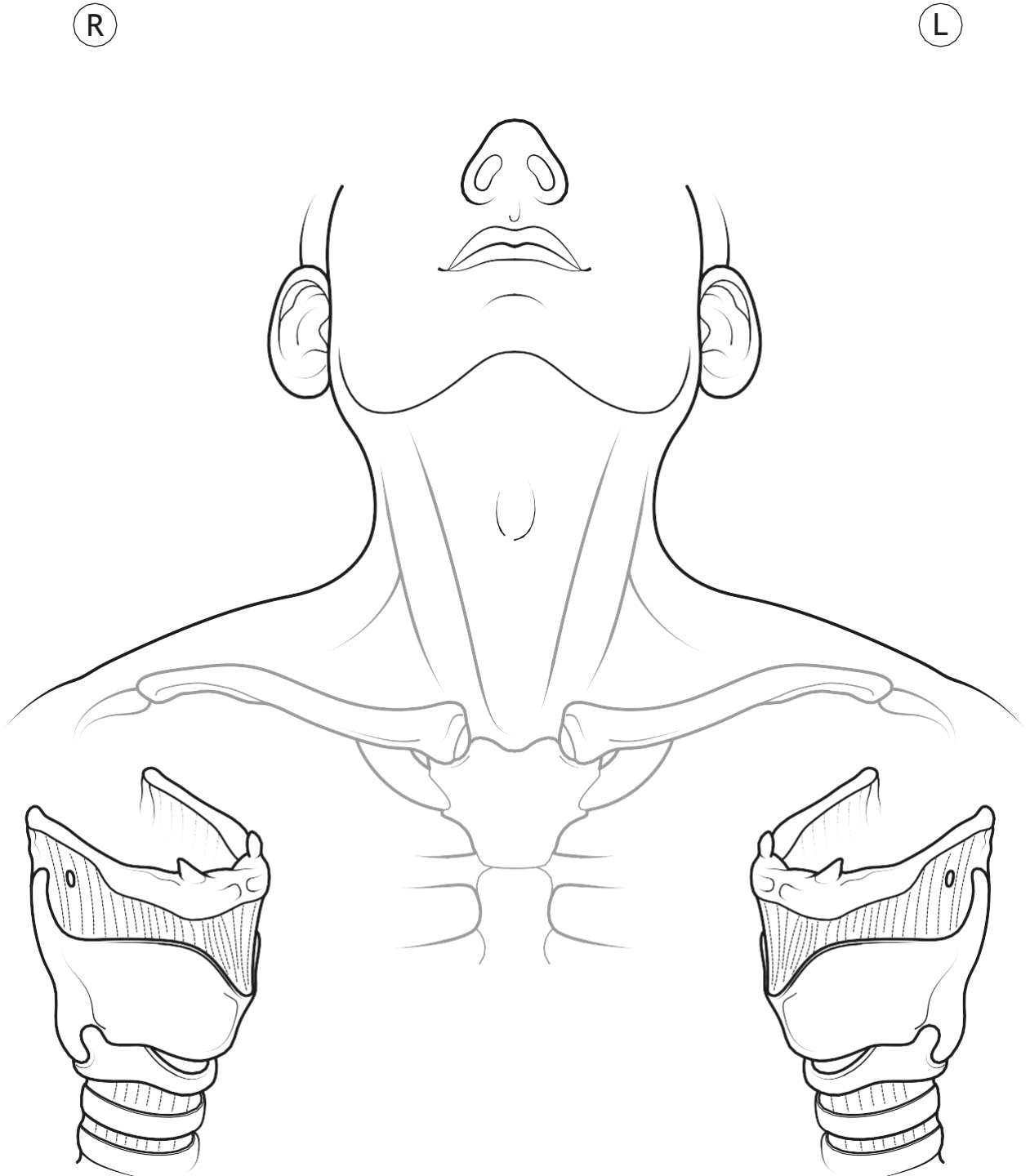
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

Przedłużony odcinek szyjny i krtań



Imię i nazwisko .....

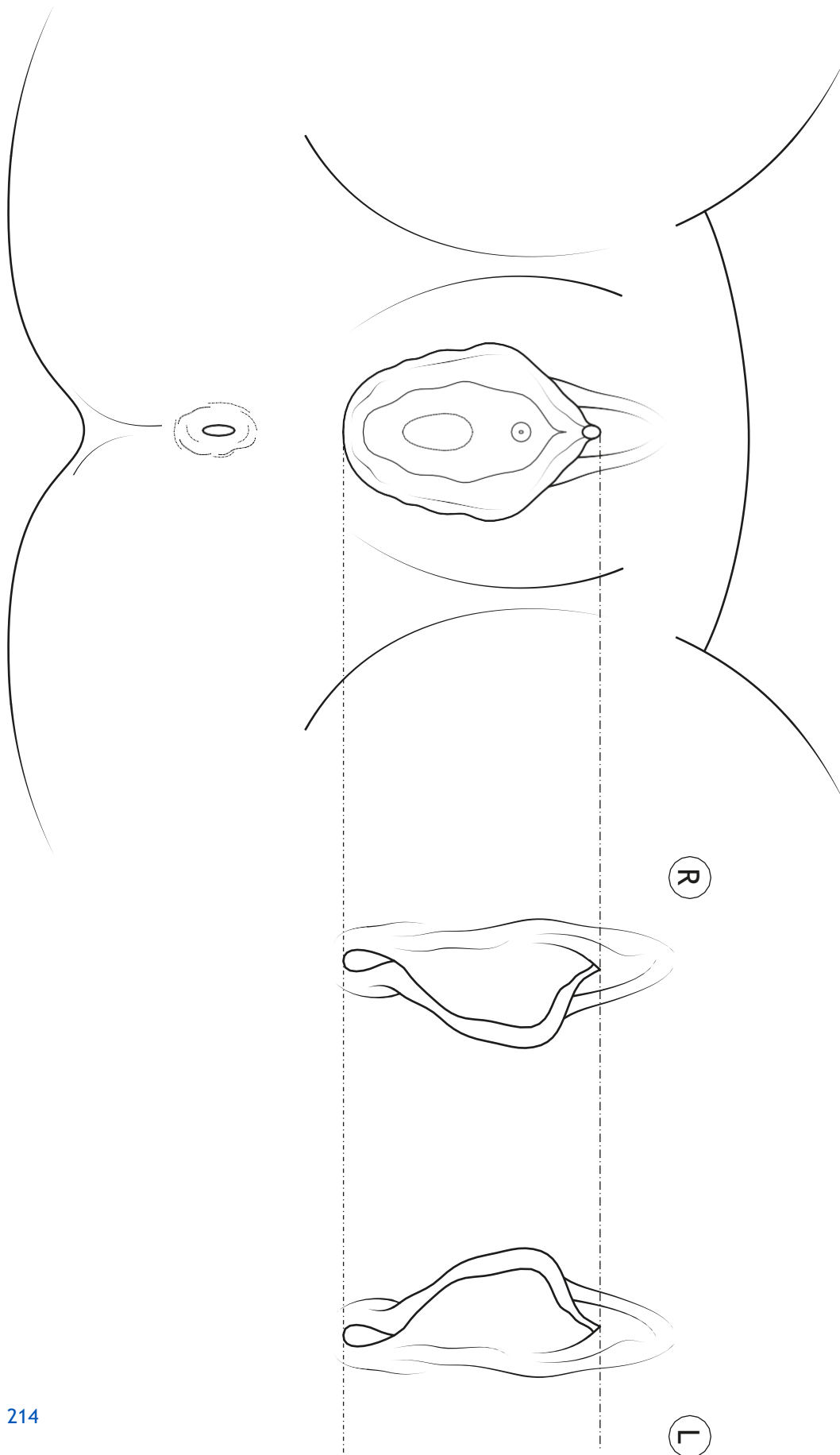
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny.....

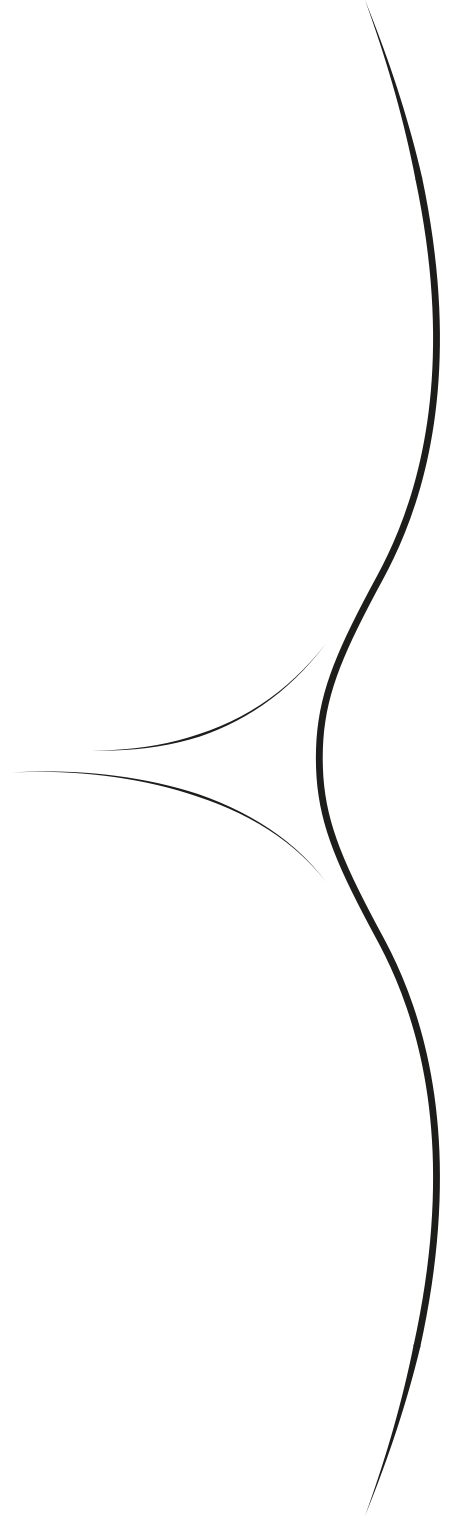
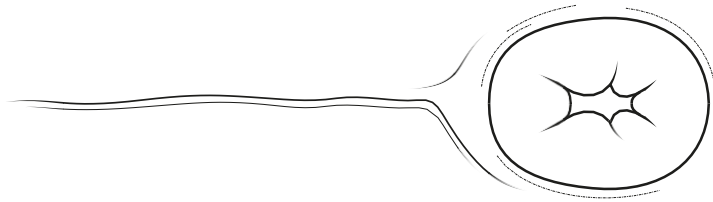
Żeńskie narządy płciowe



Imię i nazwisko .....  
Imię i nazwisko orzecznika .....  
Data badania .....  
Godzina badania .....  
Numer referencyjny .....

Odbyt neutralny pod względem płci

L



R

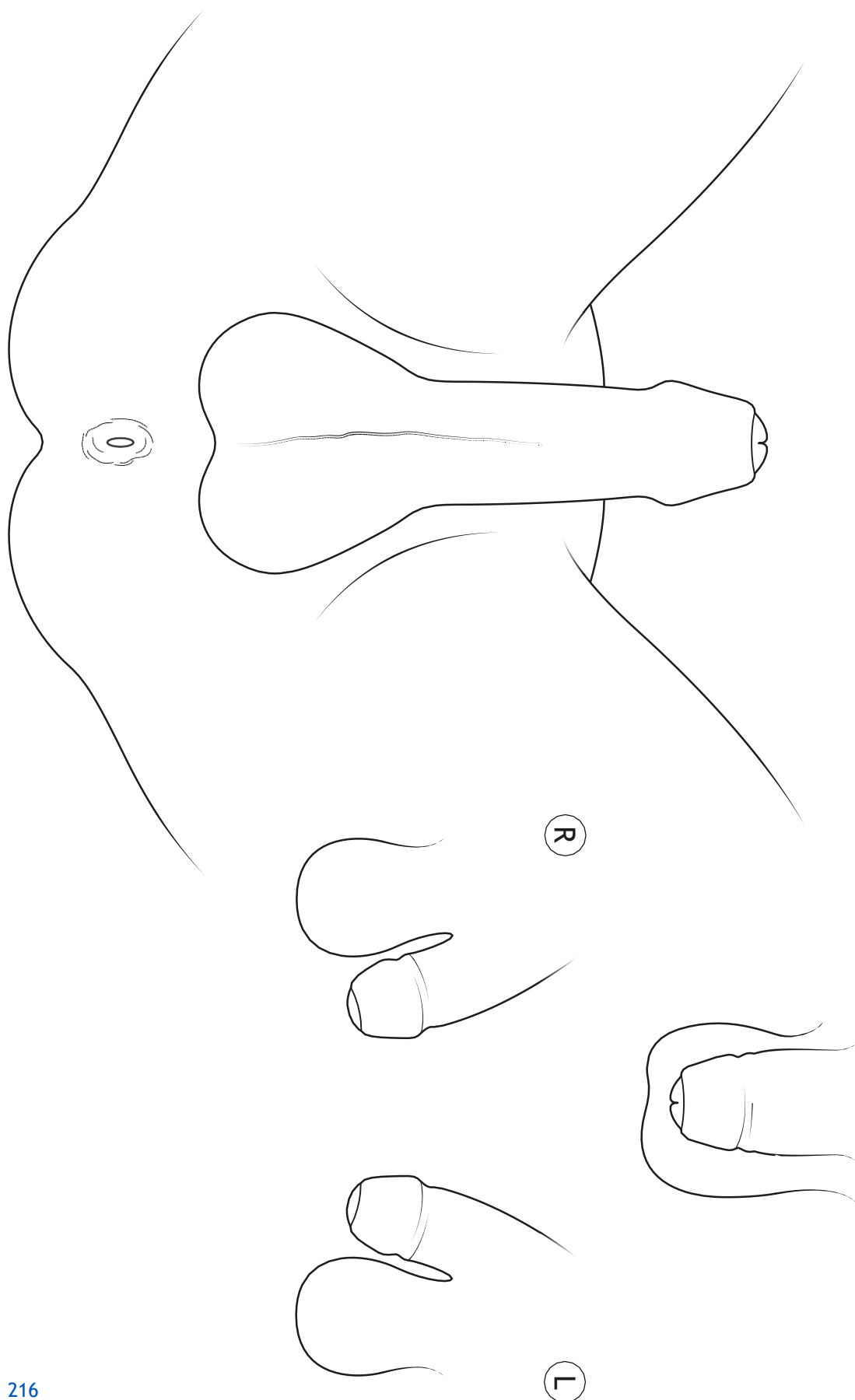
Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....





Imię i nazwisko .....

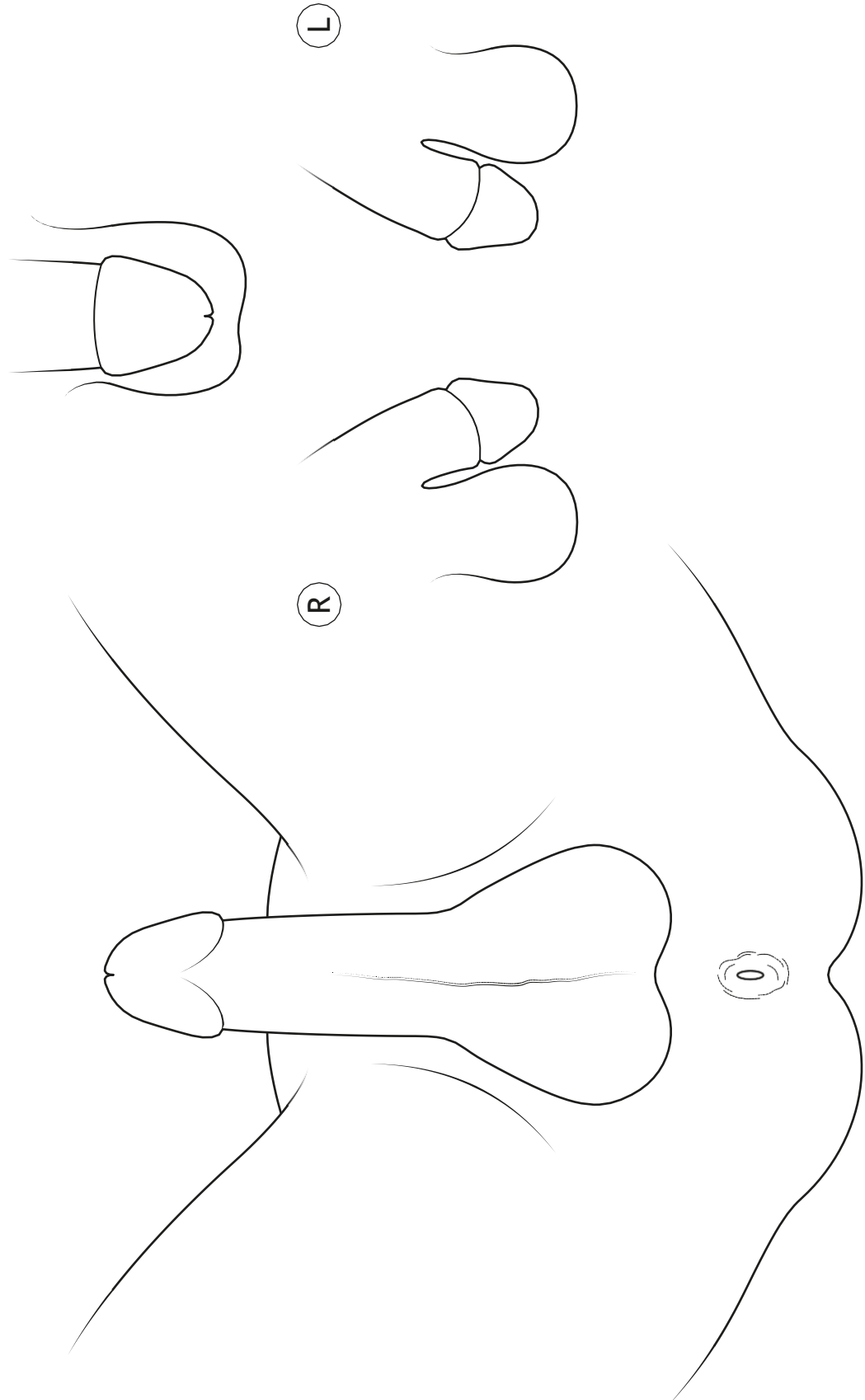
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

Obrzezane męskie narządy płciowe



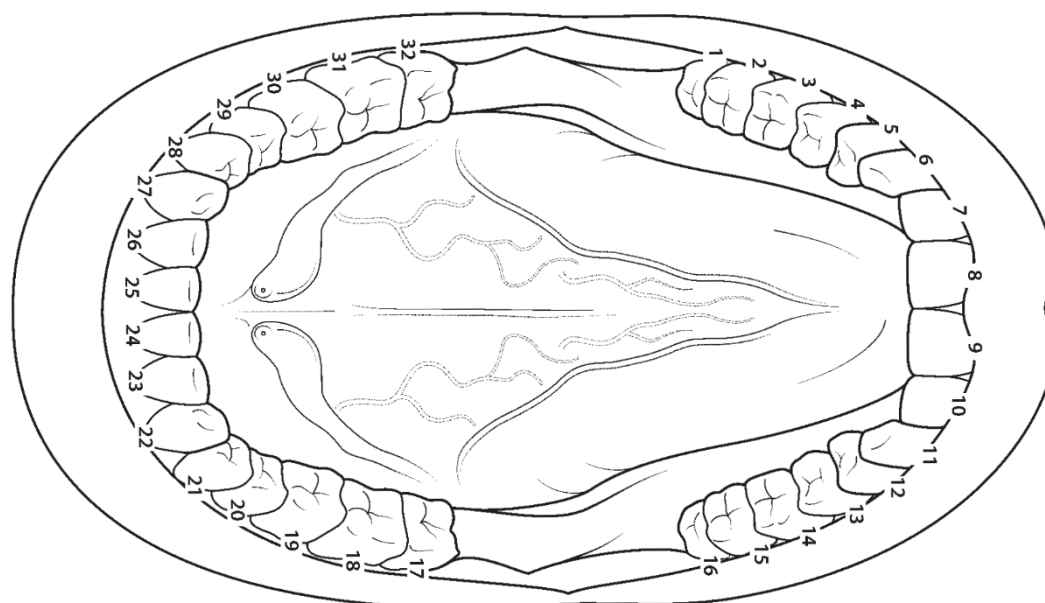
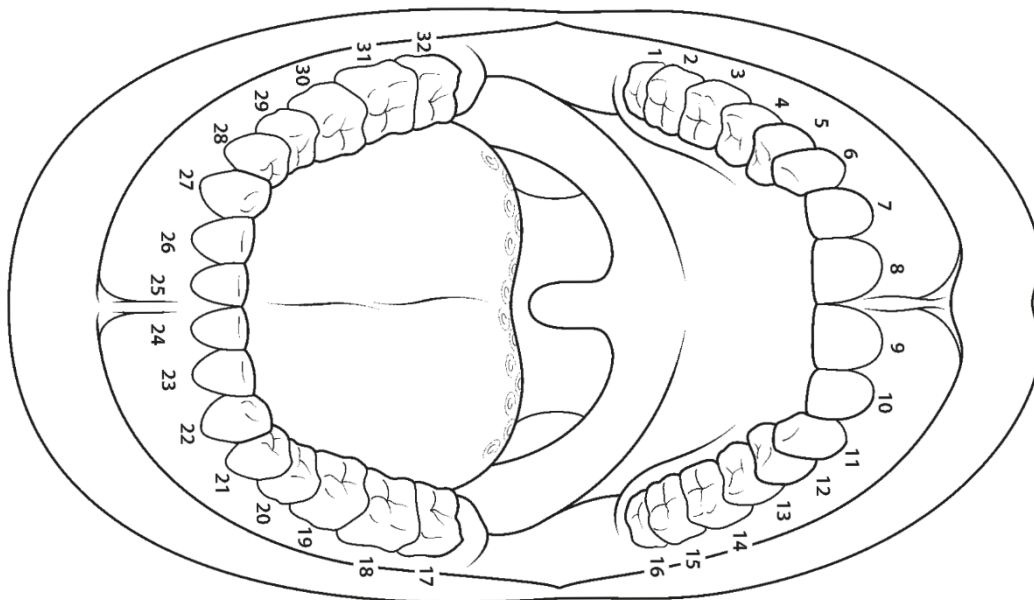
Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....



Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko orzecznika .....

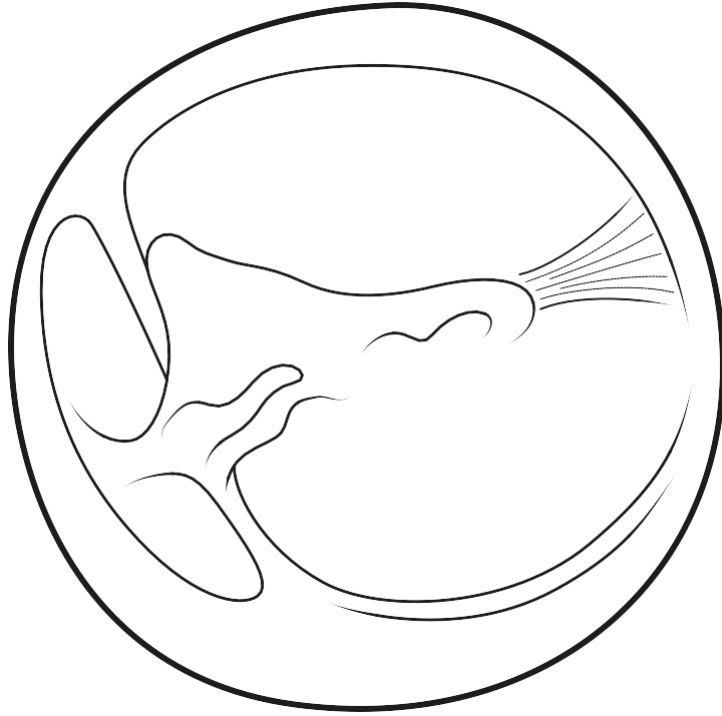
Data badania .....

Godzina badania .....

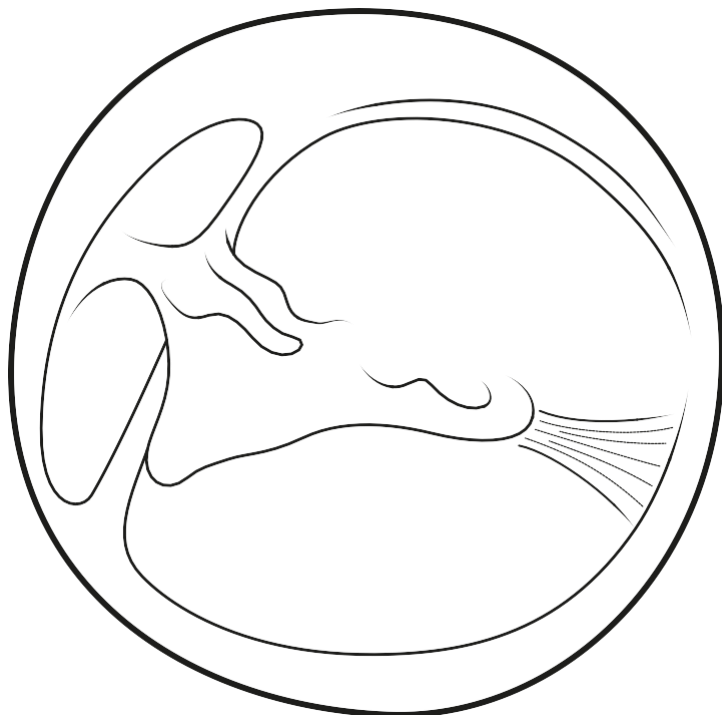
Numer referencyjny .....

Błona bębenkowa - widok z lewej i prawej strony

R



L



Imię i nazwisko .....

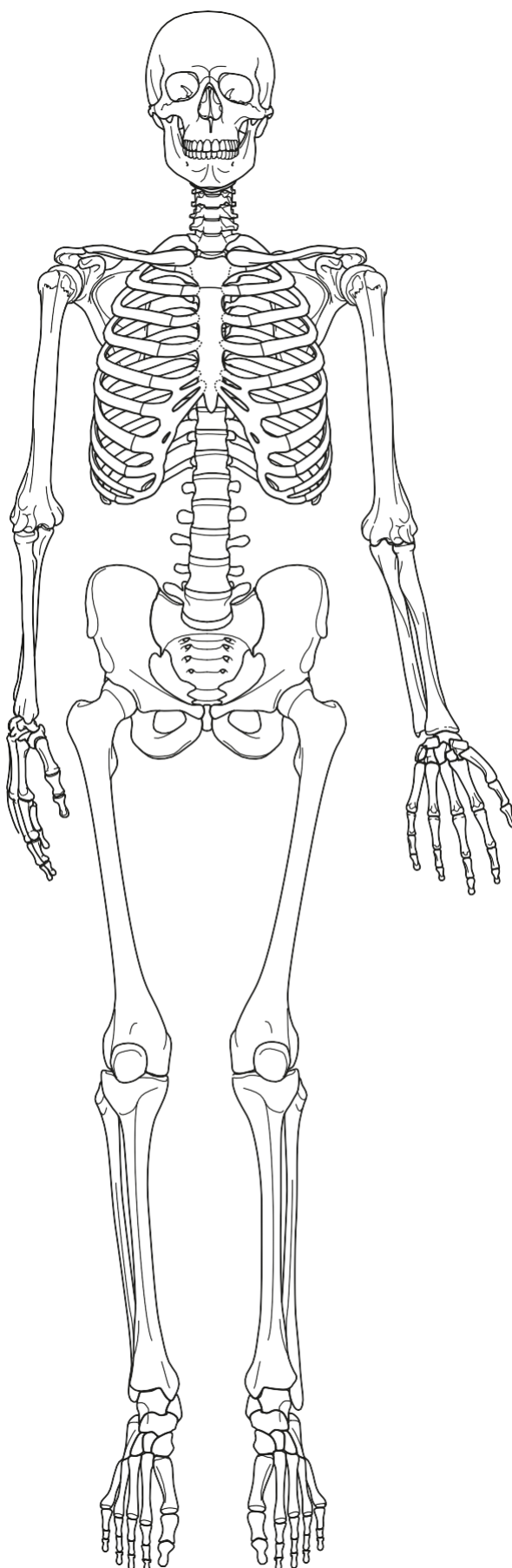
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny.....

Szkielet - widok z przodu



Imię i nazwisko .....

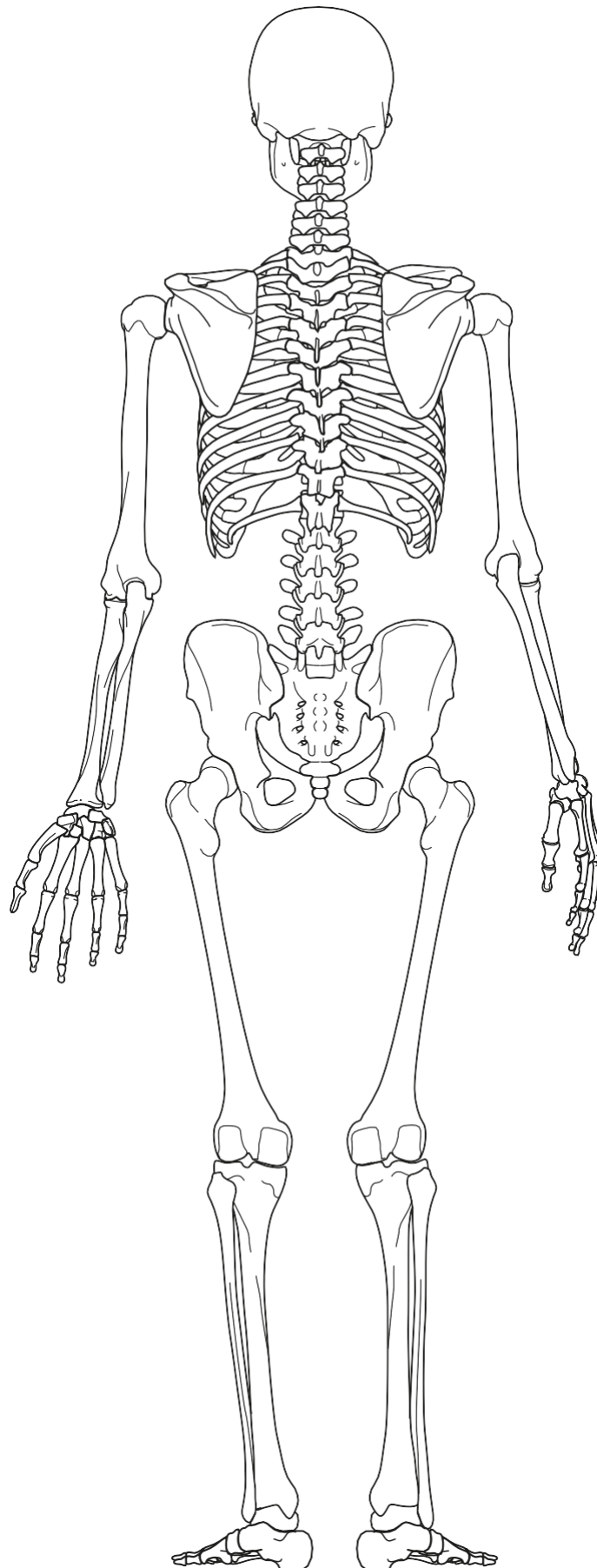
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

Szkielet - widok z tyłu



Imię i nazwisko .....

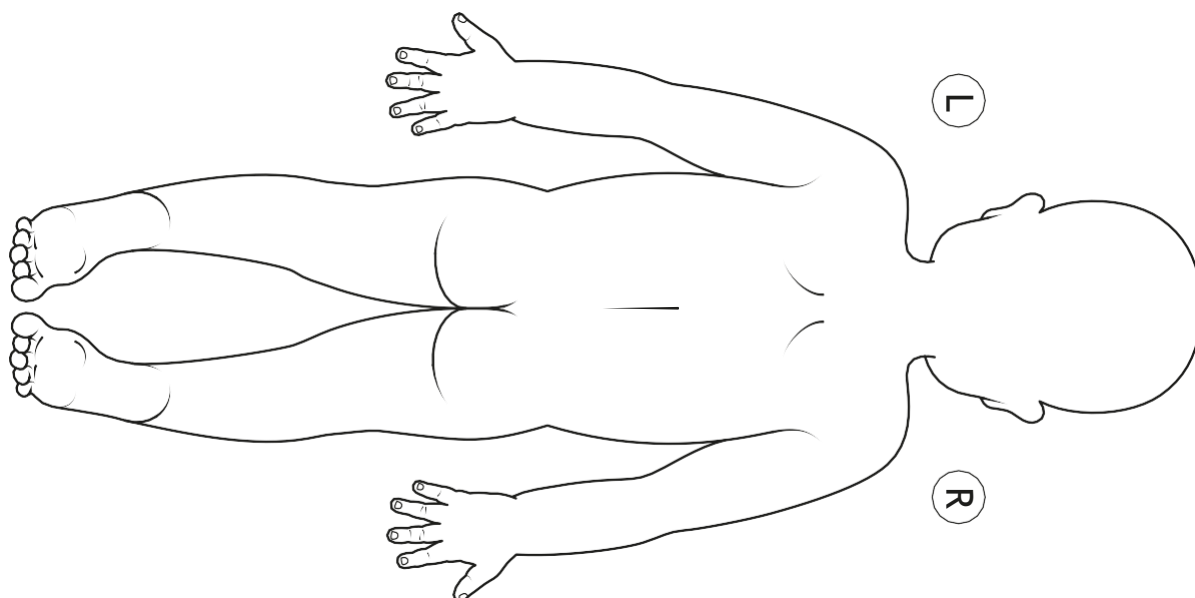
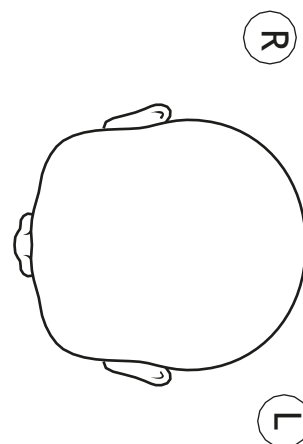
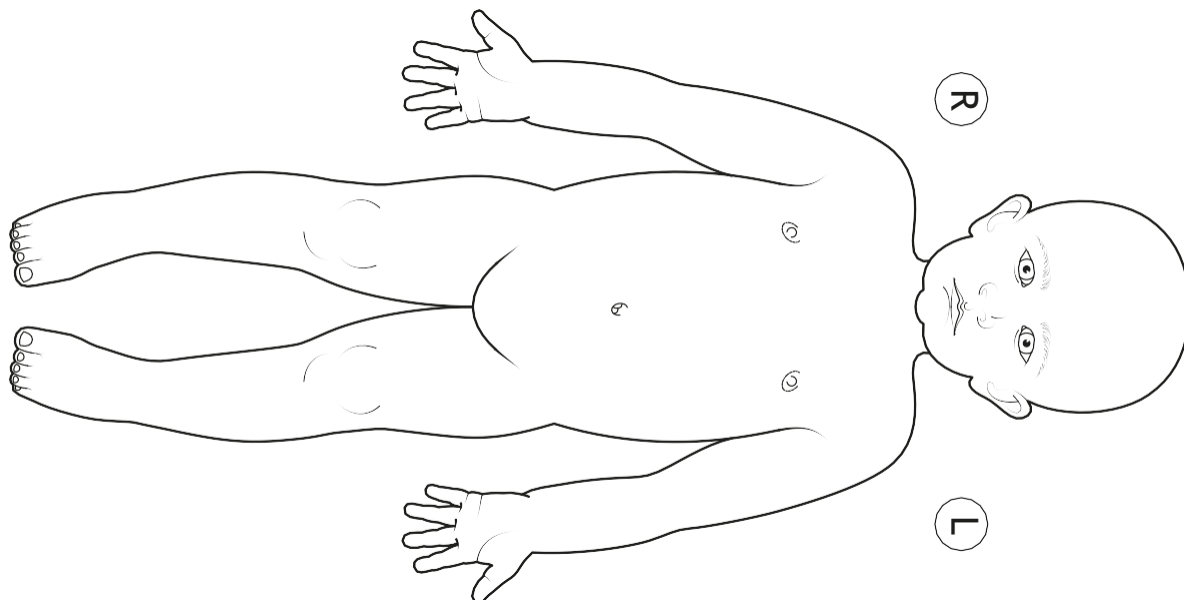
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

Niemowlę - widok z przodu i z tyłu



Imię i nazwisko .....

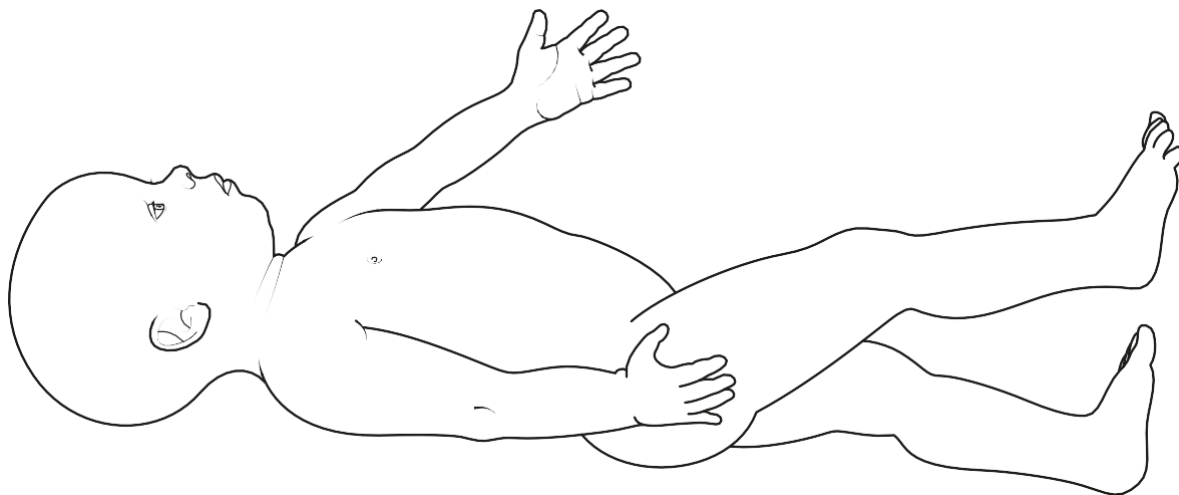
Imię i nazwisko orzecznika .....

Data badania .....

Godzina badania .....

Numer referencyjny .....

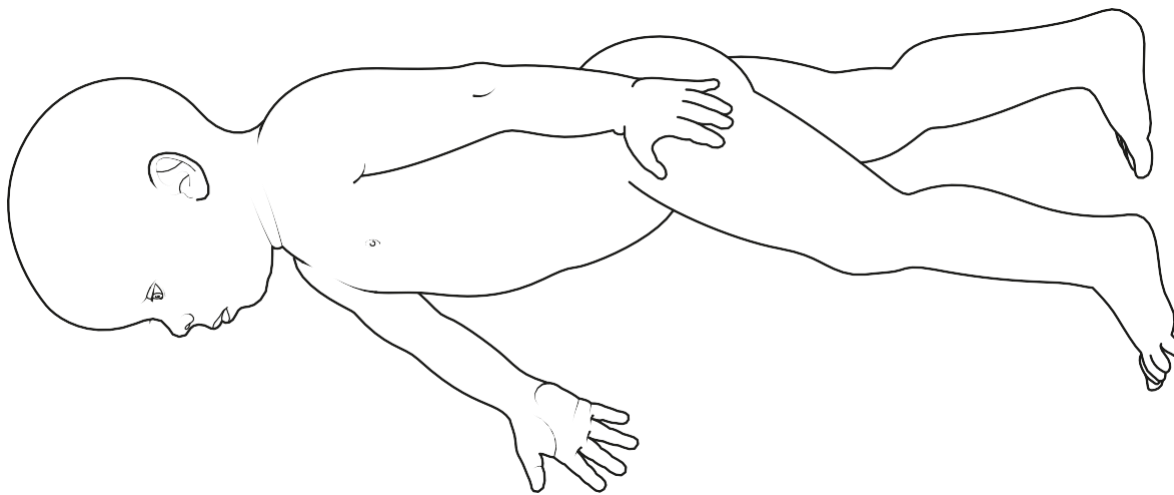
Niemowlę - widok z prawej i lewej strony



L



R



**Wytyczne  
dotyczące oceny  
klinicznej tortur  
i niewłaściwego  
traktowania**



**I. Informacje o sprawie**

Poniższe wytyczne oparte są na Protokole stambulskim. Nie mają one stanowić stałego zestawu reguł, ale powinny być stosowane z uwzględnieniem celu oceny i po wzięciu pod uwagę dostępnych zasobów. Ocena fizycznych i psychologicznych dowodów tortur i niewłaściwego traktowania może być przeprowadzona przez jednego lub kilku lekarzy, w zależności od ich kwalifikacji.

Data badania: ..... Sprawa lub sprawozdanie nr: .....

Badanie zlecone przez (imię i nazwisko/stanowisko): .....

Numer dokumentu identyfikacyjnego uczestnika badania: .....

Czas trwania oceny (godziny/minuty): .....

Imię i nazwisko uczestnika badania: .....

Nazwisko rodowe uczestnika badania: .....

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: .....

Płeć:  mężczyzna  kobieta  inna

Powód badania: .....

Imię i nazwisko lekarza: .....

Tłumacz ustny:  tak nie imię i nazwisko .....

Świadoma zgoda:  Tak  Nie Jeśli nie wyrażono świadomej zgody, dlaczego? .....

Osoba towarzysząca osobie badanej (imię i nazwisko/stanowisko): .....

Osoby obecne podczas badania (imię i nazwisko/stanowisko): .....

Pacjent skrępowany podczas badania:  tak  nie Jeśli „tak”, jak/dlaczego? .....

Sprawozdanie kliniczne przekazane do (imię i nazwisko/stanowisko/numer dokumentu identyfikacyjnego): .....

Data przekazania: ..... Czas przekazania: .....

Ocena kliniczna/badanie przeprowadzone bez ograniczeń (dla osób zatrzymanych)  tak  nie

Szczegóły dotyczące wszelkich ograniczeń: .....

## II. Kwalifikacje lekarza (w przypadku zeznań sądowych)

Edukacja kliniczna i przeszkolenie kliniczne  
Przeszkolenie psychologiczne/psychiatryczne  
Doświadczenie w dokumentowaniu dowodów tortur i niewłaściwego traktowania  
Wiedza specjalistyczna w zakresie regionalnych praw człowieka istotna dla dochodzenia  
Odpowiednie publikacje, prezentacje i kursy szkoleniowe  
Życiorys.

## III. Oświadczenie dotyczące prawdziwości zeznań (w przypadku zeznań sądowych)

Na przykład: „Osobiście znam fakty podane poniżej, z wyjątkiem tych podanych na podstawie informacji i przekonań, które uważam za prawdziwe. Byłbym gotów/byłabym gotowa zeznawać co do powyższych twierdzeń, opierając się na mojej osobistej wiedzy i przekonaniach”.

## IV. Informacje ogólne

Informacje ogólne (wiek, zawód, wykształcenie, skład rodziny itp.)  
Wcześniejszy wywiad chorobowy  
Przegląd wcześniejszych ocen klinicznych dotyczących tortur lub niewłaściwego traktowania  
Historia psychospołeczna przed aresztowaniem.

## V. Zarzuty stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania

1. Podsumowanie zatrzymań i nadużyć
2. Okoliczności aresztowania i zatrzymania
3. Początkowe i kolejne miejsca przetrzymywania (chronologia, transport i warunki przetrzymywania)
4. Opis niewłaściwego traktowania lub tortur (w każdym miejscu zatrzymania)
5. Przegląd metod tortur.

## VI. Objawy fizyczne i niepełnosprawność

Opis rozwoju ostrych i przewlekłych objawów i niepełnosprawności oraz późniejszych procesów leczenia.

1. Ostre objawy i niepełnosprawność
2. Przewlekłe objawy i niepełnosprawność

## VII. Badanie fizykalne

1. Wygląd ogólny
2. Skóra

3. Twarz i głowa
4. Oczy, uszy, nos i gardło
5. Jama ustna i zęby
6. Klatka piersiowa i brzuch (w tym parametry życiowe)
7. Układ moczowo-płciowy
8. Układ mięśniowo-szkieletowy
9. Centralny i obwodowy układ nerwowy.

## VIII. Historia/badanie psychospołeczne

1. Metody oceny
2. Bieżące objawy natury psychologicznej
3. Historia życia po torturach
4. Historia życia przed torturami
5. Historia przeszłych objawów psychologicznych/psychiatrycznych
6. Historia używania i nadużywania substancji
7. Badanie stanu psychicznego
8. Ocena funkcjonowania społecznego
9. Testy psychologiczne (zob. pkt 539 powyżej dla wskazań i ograniczeń)
10. Testy neuropsychologiczne (zob. pkt 549-565 powyżej dla wskazań i ograniczeń)

## IX. Zdjęcia i schematy ciała

## X. Wyniki badań diagnostycznych (zob. pkt 480-484 powyżej dla wskazań i ograniczeń)

## XI. Konsultacje

## XII. Interpretacja ustaleń

1. Dowody fizyczne
  - A. Korelacja stopnia spójności między historią ostrych i przewlekłych objawów fizycznych i niepełnosprawności a zarzutami znęcania się.
  - B. Korelacja stopnia spójności między wynikami badania fizykalnego a zarzutami znęcania się. (Uwaga: brak fizycznych objawów nie wyklucza możliwości stosowania tortur lub niewłaściwego traktowania.)
  - C. Korelacja stopnia spójności między wynikami badania danej osoby a wiedzą na temat metod tortur i ich powszechnych skutków ubocznych stosowanych w danym regionie.

2. Dowody psychologiczne
  - A. Korelacja stopnia spójności między ustaleniami psychologicznymi a zgłoszeniem domniemanych tortur.
  - B. Ocena, czy wyniki badań psychologicznych są oczekiwanymi lub typowymi reakcjami na ekstremalny stres w kontekście kulturowym i społecznym danej osoby.
  - C. Wskazanie statusu danej osoby w zmiennym przebiegu zaburzeń psychicznych związanych z traumą w czasie, tj. jakie są ramy czasowe w odniesieniu do wydarzeń związanych z torturami i w którym miejscu powrotu do zdrowia znajduje się dana osoba?
  - D. Identyfikacja wszelkich współistniejących czynników stresogennych wpływających na daną osobę (np. trwające prześladowania, przymusowa migracja, wygnanie i utrata rodziny lub roli społecznej) oraz wpływ, jaki mogą one mieć na daną osobę.
  - E. Wzięcie pod uwagę urazów fizycznych, które mogą wpłynąć na obraz kliniczny, szczególnie w odniesieniu do możliwych dowodów urazu głowy doznanego podczas tortur lub przetrzymywania.

### XIII. Wnioski i zalecenia

1. Oświadczenie w sprawie spójności między wszystkimi źródłami dowodów wymienionymi powyżej (ustalenia fizyczne i psychologiczne, informacje historyczne, ustalenia fotograficzne, wyniki badań diagnostycznych, wiedza o regionalnych praktykach tortur, sprawozdania z konsultacji itp.) a zarzutami tortur i niewłaściwego traktowania.
2. Ponowne wskazanie objawów i niepełnosprawności, na które dana osoba nadal cierpi w wyniku domniemanego znęcania się.
3. Przedstawienie wszelkich zaleceń dotyczących dalszej oceny i opieki nad daną osobą.

### XIV. Oświadczenie o prawdziwości (w przypadku zeznań sądowych)

Na przykład: „Oświadczam pod karą krzywoprzysięstwa, zgodnie z prawem [kraju], że powyższe jest prawdziwe i prawidłowe oraz że niniejsze oświadczenie zostało złożone w dniu [data] w [miasto], [stan lub prowincja]”.

### XV. Oświadczenie o ograniczeniach dotyczących oceny klinicznej/badania (w przypadku osób zatrzymanych)

Na przykład: „Niżej podpisani lekarze klinicyści osobiście zaświadczaają, że pozwolono im pracować swobodnie i niezależnie oraz pozwolono im rozmawiać z [osoba poddana ocenie] i zbadać tę osobę na osobności, bez żadnych ograniczeń lub zastrzeżeń oraz bez stosowania jakiegokolwiek formy przymusu przez władze dokonujące zatrzymania”; lub „Niżej podpisany lekarz klinicysta musiał (Niżej podpisani lekarze klinicyści musieli) przeprowadzić swoją ocenę z następującymi ograniczeniami: ....”

### XVI. Podpis lekarza, data i miejsce

### XVII. Odpowiednie załączniki

Kopia życiorysu lekarza, rysunki anatomiczne na potrzeby identyfikacji tortur lub niewłaściwego traktowania, zdjęcia, konsultacje i wyniki badań diagnostycznych itd.



**Biuro Organizacji Narodów Zjednoczonych  
Wysoki Komisarz ds. Praw Człowieka**

Palais des Nations  
CH 1211 Genewa 10, Szwajcaria

Telefon: +41 (0) 22 917 92 20

Email: [ohchr-infodesk@un.org](mailto:ohchr-infodesk@un.org)

Strona internetowa: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)

Zaprojektowano i wydrukowano w siedzibie Organizacji Narodów Zjednoczonych w Genewie - 2118881 (E) -  
Maj 2022 - 2,468 - HR/P/PT/8/Rev. 2

ISBN 978-92-1-154241-7

