

İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi için El Kılavuzu  
(İstanbul Protokolü)

İÇİNDEKİLER

I. GİRİŞ

II. KONUYLA İLGİLİ ULUSLARARASI HUKUK STANDARTLARI

III. KONUYLA İLGİLİ ETİK DEĞER VE KURALLAR

IV. İŞKENCENİN HUKUKİ AÇIDAN SORUŞTURULMASI

V. GÖRÜŞME İLE İLGİLİ GENEL DEĞERLENDİRMELER

VI. İŞKENCENİN TIBBİ DELİLLERİ

VII. İŞKENCENİN PSİKOLOJİK KANITLARI

EK I: İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesine Kılavuzluk Eden İlkeler

EK II: Teşhis ve Tanı Testleri

EK III: İşkencenin Belgelendirilmesi için Anatomik Çizimler

EK IV: İşkence ve Kötü Muamelenin Tıbbi Değerlendirilmesine Kılavuzluk Eden İlkeler

-----  
İSTANBUL PROTOKOLÜ-Mart 2003  
-----

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

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

Birinci baskıdan bugüne İstanbul Protokolünün öyküsünü kısaca paylaşmak isteriz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metin Bakkalcı

TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon

Merkezleri Koordinatörü

---

Önsöz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yavuz Önen

TİHV Yönetim Kurulu Başkanı

---

İstanbul Protokolü üzerine birkaç söz...

Uluslararası insan hakları belgeleri ve insancıl hukuk, işkence ve kötü muameleyi istisnasız olarak yasaklamasına rağmen, dünya ülkelerinin yarısından fazlasında işkence ve kötü muamele uygulamasına sıklıkla rastlanıyor. Süregelen işkence uygulamalarından ötürü pek çok insan acı çekiyor. Bu yazıda işkence ve kötü muameleye karşı etkin mücadele amacıyla oluşturulan ve 1999 yılı sonunda Birleşmiş Milletler'e sunulan İşkence ve Diğer Zalimane İnsanlık Dışı Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi için EI Kılavuzu, "İstanbul Protokolü"nü (Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, "The Istanbul Protocol") öyküsü anlatılmaktadır.

## Tarihçe

Adana'da 1996 yılı Mart ayında Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından düzenlenen "İnsan Hakları ve Tıp Mesleği" isimli bir toplantının sonrasında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı salonlarında iki konuda çalışma grubu toplantıları düzenlendi. Çalışma gruplarından bir tanesinin konusu "Yasadışı Yargısız İnfazlarla İlgili BM Otopsi Protokolü" (Minnesota Otopsi Protokolü) idi. Diğer katılımcı örgütlerden Center for Victims of Torture, Minnesota'nın önerisi olan, ABD'de uygulanabilecek ve göçmenlerde işkence izlerini saptama doğrultusunda kullanılacak bir muayene protokolü idi. Çalışma grubunda Birleşmiş Milletler tarafından onaylanıp üye ülkeler tarafından kullanılacak canlılarda işkence izlerinin saptanması için bir işkence muayene protokolünün hazırlanması fikri ortaya atıldı. Bu fikir benimsenerek, protokol çalışmasının nihai toplantısının İstanbul'da yapılması ve bir anlamda ölümlerde işkence muayene protokolü olarak anılan "Minnesota Protokolü" gibi canlılarda işkence muayene protokolünün adının da İstanbul Protokolü olması kararlaştırıldı.

Bu toplantıyı takip eden günlerde ilk taslak Physicians for Human Rights örgütünden Vincent Iacopino tarafından Mayıs 1996 tarihinde hazırlandı.

Bu taslak metnin ikinci versiyonu çok sayıda toplantı ve yazışma yapılan iki yıllık bir çalışma sonunda Haziran 1998 tarihinde Türk Tabipleri Birliği (TTB), Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV) ve Adli Tıp Uzmanları Derneği (ATUD) işbirliği ile bu örgütlere mensup hekimlerle diğer Türkiye'li insan hakları savunucuları tarafından tamamlandı. Daha sonra hızlı bir iletişim trafiği ile dünyanın 15 ülkesinden (ABD, Almanya, Danimarka, Fransa, Filistin, Güney Afrika, Hindistan, Hollanda, İngiltere, İsrail, İsviçre, Şili, Kosta Rika, Sri Lanka, Türkiye) 40 örgüte mensup 75 kişiden oluşan adli tıp uzmanı, hekim, psikolog ve psikiyatrist, avukat ve insan hakları gözlemcisi ile yazışılarak 3,4, ve 5 nolu taslaklar hazırlandı. 2 nolu taslak 100 sayfa iken, ek 100 sayfalık katkı önerisi daha oluştu.

Bu çalışmanın Türkiye ayağında 2 nolu taslağın Türkçesi ATUD aracılığı ile ATUD üyesi adli tabiplerin tamamına (120 kişi), TİHV ve TTB işbirliği ile konuyla ilgili yaklaşık 100 hekimle pek çok hukukçu ve felsefeciye gönderildi. Gelen eleştiriler Türkiye dışından katılımcıların tümüne ve Türkiye'den İstanbul toplantısına katılabilecek katılımcılara tekrar gönderildi. Çalışmaların Türkiye koordinasyonu Okan Akhan, Metin Bakkalcı, Türkcan Baykal, Şebnem Korur Fincancı ve Önder Özkalıpçı tarafından yürütüldü. Bu çalışmalar sırasında 5 nolu taslağa ulaşılmıştı.

Oluşturulan 5. taslak 15 ülkeden toplam 50 uzman tarafından 3 gün süreyle İstanbul'da tartışıldı. Katılımcılar, 5 Mart 1999'da İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde TTB başkanı Dr. Füsün Sayek, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Faruk Erzenin, TİHV Temsilcisi Dr. Metin Bakkalcı, BM İşkence Özel Raportörü Nigel Rodley'in açılış konuşmaları yaptığı iki saatlik açılış programından sonra Adli Tıp Anabilim Dalı salonlarında 3 gün sürecek workshoplara geçtiler. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalının tüm hekim ve çalışanlarının olağanüstü özveriyle teknik yardımla destekleyip ev sahipliği yaptıkları 3 gün süren çalışmalar sonunda editörler seçilerek protokolün ana hatları tespit edildi ve editörlere metni tamamlamaları için yetki verildi.

9 Ağustos 1999'da Cenevre'de Birleşmiş Milletler'e ait Palais Wilson Binasında Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiseri Mary Robinson'un ve Birleşmiş Milletlere danışman statüsünde hizmet veren 10 örgütün temsilcisi 10 kişi, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Uzmanları, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 7 ülke temsilcisi ve İstanbul Protokolünün editörlerinin de (Türkiye'den 3 kişi) bulunduğu toplam 50 kişilik bir grup, editörler tarafından İstanbul toplantısındaki öneriler doğrultusunda düzenlenen 8 no'lu taslağı tartışmak üzere toplandı. İlk konuşmaları sırasıyla BM İnsan Hakları Yüksek Komiseri Mary Robinson, Türkiye İnsan Hakları Vakfı adına İzmir Temsilcisi Prof. Dr. Veli Lök, Physicians for Human Rights örgütünden Vincent Iacopino'nun yaptığı bir gün süren toplantıda metnin genel içeriği ve metnin BM tarafından kullanımı stratejileri tartışıldı.

Toplantıya Türkiye Cumhuriyeti Devleti adına katılan BM Cenevre Daimi Temsilcisi Murat Sungar ve Elçilik İnsan Hakları Danışmanı Bülent Meriç İstanbul Protokolü'ne yönelik övgü dolu konuşmalar yaptılar. Dışişleri Bakanlığımızın temsilcileri İstanbul Protokolü'nün Türkiye'den gelen ekibine sıcak davranarak çalışmalarını övdüler .

Aynı gün İstanbul Protokolü küçük bir törenle BM İnsan Hakları Yüksek Komiseri Mary Robinson'a teslim edildi. Daha sonra Cenevre toplantısı sırasında yapılan öneriler doğrultusunda metinde ek değişiklikler yapıldı. Ve 4 Kasım 1999'da İstanbul Protokolü BM İşkence Özel Raportörü Sir Nigel Rodley tarafından BM'ye sunulmuş resmen BM belgesi oldu.

8 Ağustos 1999 tarihinde Cenevre BM'de yapılan toplantı sırasında kararlaştırılan strateji gereği İstanbul Protokolünün içinde ekler kısmında yer alan işkence ile mücadele prensipleri önce BM İnsan Hakları Komisyonuna sunuldu. 20 Nisan 2000 tarihinde BM İnsan Hakları Komisyonu üyesi 52 devlet tarafından İstanbul Protokolü'nde yer aldığı biçimiyle değiştirilmeden onaylanan işkence ile mücadele prensipleri bugünlerde BM Ekonomik ve Sosyal Konseyin onayına sunulup 2001 yılının Eylül-Ekim aylarında New York'ta toplanacak olan BM Genel Kurulunda üye 187 ülkenin onayına sunulacak. Bu yolla tüm dünya devletlerinin tartışmalarına katıldığı bir metni daha çok benimseyeceği ve bu metnin de içinde yer aldığı İstanbul Protokolü'nü hızla ve yaygın kullanıma sokabileceği umuluyor.

İstanbul Protokolü'nün tüm metni web sayfalarına kondu. Orijinal İngilizce metni, [www.phrusa.org](http://www.phrusa.org) adresinden okuyabilirsiniz.

4 Kasım 1999'da Birleşmiş Milletler İşkence Özel Raportörü Sir Nigel Rodley'in yıllık faaliyet raporu kapsamında sunulan İstanbul Protokolü'nün onaylanması ile resmen BM belgesi haline gelen İstanbul Protokolünün İngilizce aslına uygun olarak Türkçe'ye çevirisi için girişimler bu tarihten hemen sonra başladı. OSCE'nin Office for Democratic Institutions and Human Rights bölümü ve Physicians For Human Rights-Boston'un destekleri ile TİHV, 2000 yılı bitmeden bu metnin Türkçe'ye çevrilmesini başardı. 2001 yılının ilk ayında bu metnin dağıtımına başlıyoruz.

İstanbul Protokolü'nün BM'e sunulup Türkçe kitap halinde elinize gelene kadar "o olmasaydı İstanbul Protokolü olmazdı" ya da "o olmasaydı İstanbul Protokolü BM'de bu kadar hızlı kabul görmezdi", "o olmasaydı filan toplantı bu kadar başarılı olmazdı", "o olmasaydı kitabın filan bölümü böyle iyi olmazdı" tarzında konuşabileceğimiz o kadar çok kişi ve olay var ki... Bu kadar uzun cümlenin özeti şu; İstanbul Protokolü, 4 yıl boyunca çok sayıda kişinin çok yoğun özveri ve çalışmasının ürünüdür.

## Amaç

Daha önce de belirtildiği gibi, bu el kılavuzunun birincil amacı, işkence ve kötü muamelenin etkin araştırması ve dokümantasyonu için uluslararası standartları oluşturmaktır. Bu el kılavuzu devletlerin bireyleri işkence ve kötü muameleden daha etkin biçimde koruyabilmelerini ve suçluları eylemlerinden ötürü sorumlu tutabilmelerini sağlamak için oluşturuldu. Diğer yandan bu kılavuzda yer alan prensiplerin amacı ise devletlerin, işkence ve kötü muamelenin etkin dokümantasyonu ve araştırmasını sağlaması için uyması gereken minimum standartları belirlemektir.

Her ne kadar bu el kılavuzu öncelikle devletler için yazıldıysa da, onun içeriği birçok koşulda örneğin insan hakları araştırmaları ve gözlemi, politik sığınma talepleri, işkence sırasında suçlarını itiraf eden bireylerin savunması ve işkence kurbanlarının tedavisinde yapılması gerekenleri saptayabilmek için de uygulanabilir.

Ayrıca, işkence izlerini görmezden gelmeye, yanlış yazmaya ya da tamamen sahte rapor vermeye zorlanan sağlık çalışanları ya da benzer biçimde karar verme durumunda olanlar için bu el kılavuzu uluslararası referans veya dayanak noktası sağlar.

## Prensipeler

Devletlerin işkenceyi etkin biçimde araştırması ve dokümantasyonunun prensipleri ya da "minimum standartları" kılavuzun Ekler 1 kısmındadır.

Aslında bu kitaptaki kılavuz kuralları bu prensiplerin detaylı olarak işlenmesinden ibarettir. BM Özel Raportörü Sir Nigel Rodley, 4 Kasım 1999'da BM Genel Kurulunda sunduğu raporunda bu prensipleri de eklemiştir. İşkence konusunda işkencenin engellenmesi ve yasaklanması için birçok uluslararası hukuki standart mevcuttur.

Bu yüzden işkence ve kötü muamele ile ilgili prensipler taslağını hazırlarken işkenceyi önleme ve yasaklama konularından çok, sadece işkencenin araştırılması ve dokümantasyonu ile ilgili şartları koyduk. Özet olarak bu prensiplerin önerdiği şartlar şunlardır:

Konularında yetkin bireyler tarafından hiç vakit kaybetmeden etkin ve bağımsız araştırmaların yapılması

Araştırmacı otoritenin yetkilendirilmesi

İşkence kurbanı olduğu iddia edilenlerin ve araştırmacıların (soruşturmacıların) kendilerinin ve ailelerinin güvenliğinin sağlanması

İşkence kurbanı olduğu iddia edilen kişiler ve onların yasal temsilcilerinin tüm duruşmaları izlemesinin ve ilgili bilgilere ulaşmasının sağlanması

Varolan soruşturma prosedürleri yetersiz olduğunda bağımsız soruşturma komisyonları tarafından tarafsız soruşturmanın yapılması

Vakit geçirmeden, doğru ve halk diliyle gerçeğin bulgularını içeren ve uygulanabilir kanunlar temelinde devletlerin cevaplaması gereken raporların hazırlanması

Kişiyeye özel ve tıbbi uzmanın kontrolünde olan klinik değerlendirmelerin yüksek etik standartlarda olmasının sağlanması

Tıbbi raporun tam manasıyla gizliliğinin sağlanması

En azından aşağıdakileri içeren hızlı ve doğru raporların hazırlanması

Görüşme koşulları

Başvurucunun anlattığı öykünün detaylı kaydı

Klinik muayenedeki tüm fiziki ve psikolojik bulguların kaydı

Saptanan fiziki ve psikolojik bulguların olası işkence ve kötü muamele ile meydana gelme olasılığı hakkında yorum

Muayeneyi yapanların kimlik bilgileri

### **İşkence ve Kötü Muamelenin Tıbbi Değerlendirmeleri için Kılavuz Kurallar**

El kılavuzu, İşkence ve Kötü Muamelenin Tıbbi Değerlendirmeleri için Kılavuz Kuralların aşağıda özetlenerek sunulan detaylı bir toplamının gerekliliğini öngörür.

Olgu bilgisi

Mahkemedeki şahitlik için klinisyenin mesleki özellikleri/vasıfları

Mahkemedeki şahitlik için kanaatin doğruluğu hakkında beyan

Arka plan bilgisi

İşkence ve kötü muamele iddiaları

Fiziki semptom ve kısıtlılıklar

Fizik muayene

Psikolojik öykü ve muayene

Fotoğraflar

Tanısal testlerin sonuçları

Konsültasyonlar

Bulguların yorumu

Fiziki deliller

Psikolojik deliller

Nihai yorum ve öneriler

Gerçeklik konusunda beyan

Tıbbi inceleme ve değerlendirmenin kısıtlılıkları konusunda beyan

Hekimin imzası, tarih, yer.

### **İlgili Ekler**

Bu kılavuz kurallar da, el kitabının içeriğine paraleldir. Sabit değişmez bir protokol olarak tasarlanmamıştır. Daha doğrusu, bireysel değerlendirme amacı ve ulaşılabilen kaynakların uygun değerlendirmesi göz önüne alınarak uygulanmalıdır.

### **Önem**

İstanbul Protokolü, işkence ve kötü muamelenin soruşturması ve dokümantasyonu amacıyla oluşturulmuş ilk uluslararası tüzük veya kılavuzdur. El kılavuzu ve prensiplerin, varolan işkence ve kötü muamele konusundaki kesin yasaklar ile işkencecilerin suçlarından ötürü sorumlu tutulmaları arasındaki boşluğu kapatmada yararlı olacağını düşünüyoruz. İşkence ve diğer zalimane, gayri insani veya aşağılayıcı davranış ve cezalardan kurtulmanın yolunun, diğer hakların korunması ve desteklenmesinden geçtiğini biliyoruz. Hiçbir hukuk kuralı olmadığında, özgür konuşma suç olduğunda, çeşitli kutsal mazeretlere işkence ve kötü muamele uygulamalarını haklı çıkarmak için başvurulduğunda, hiç bir elkitabı ya da prensip bireyleri koruyamaz.

Biz bu el kitabının işkence ve kötü muamelenin soruşturma ve dokümantasyonu için sadece enstrümantal değerinin olmadığını, öneminin daha fazla olduğunu düşünüyoruz. Bu el kılavuzu sağlık çalışanlarının, hukukçuların, karar verme konumunda olanların, işkence ve kötü muamelenin etkin ya da etkin olmayan biçimde soruşturulması ve dokümantasyonu konusunda eğitilmelerine yarayacak. Daha önemlisi, el kılavuzu ve prensiplerde yer alan kılavuz kurallar ve minimum standartlar cebri baskılara maruz kalan sağlık çalışanları, hukukçular ve karar verme konumunda olan kişileri desteklemek için objektif bir destek noktası olacaktır.

Sözlerimi, İstanbul Protokolü çalışmalarını başından itibaren destekleyen, TİHV, TTB ve ATUD yönetim kurullarına, Vincent Iacopino şahsında bu eseri birlikte yarattığımız ve isimlerini ileriki sayfalarda okuyacağınız yurt dışındaki tüm dostlara ve dostlarımızın çalıştığı örgütlerin yöneticilerine yaklaşık dört yıllık süre boyunca elinizdeki metnin her kelimesini yapılan küçük dar grup çalışmalarında onlarca kez tartışıp eleştirerek daha iyiyi bulmaya çabalayan TİHV gönüllüsü hekim ve sağlık çalışanlarına, yine 2 nolu taslak üzerinde görüş ve önerilerini sunan ATUD ve TTB üyesi değerli hekimlere, ki bu kişilerin çoğunun ismi "teknik" nedenlerle katkı sunanlar bölümünde yazılamamıştır; İstanbul Protokolü çalışmalarına tüm yüreğini koyarak destek veren, sürecin bütün "angaryalarını" tevekkül içinde sabırla gerçekleştiren tüm TİHV çalışanlarına, Mart 1999'da olağanüstü ev sahipliği yapan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığının tüm mensuplarına, TİHV İstanbul Temsilciliği gönüllülerine, bu eserin redaksiyonunu büyük bir titizlikle gerçekleştiren İdil Eser'e, Türkçe çevirisini yapan Hale Eryılmaz, Şebnem Korur Fincancı, Önder Özkalıpçı, Murat Paker'e ve bu pırıl pırıl eserin basımını gerçekleştiren sevgili Çivi yazıları yayınevine ve Özcan Sapan'a teşekkür ederek bitirmek istiyorum.

### **Dr. Metin Bakkalcı**

TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon

Merkezleri Koordinatörü

-----  
İstanbul Protokolü

9 Ağustos 1999 tarihinde

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği'ne sunulmuştur

**KATILIMCI KURULUŞLAR**

Action for Torture Survivors (HRFT), Cenevre

Amnesty International, Londra

Association for the Prevention of Torture, Cenevre

Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, Berlin

British Medical Association, Londra

Center for Victims of Torture, Minneapolis

Center for the Study of Society and Medicine, Columbia University, New York

Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnsan Hakları Felsefesi ve Uygulama ve Araştırma Merkezi,  
Ankara

Centre G. Devereux, University of Paris, Paris

Committee Against Torture, Cenevre

Danish Medical Association, Kopenhag

Department of Forensic Medicine and Toxicology, University of Colombo, Colombo

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Anabilim Dalı, İzmir

Gaza Community Mental Health Programme, Gazze

German Medical Association

Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV), Ankara

Human Rights Watch, New York

Indian Medical Association and the IRCT, Yeni Delhi

Indochinese Psychiatric Clinic, Boston

Institute for Global Studies, University of Minnesota, Minneapolis

Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago

Inter-American Institute of Human Rights

Program for the Prevention of Torture, San José



International Committee of the Red Cross, Cenevre

International Federation of Health and Human Rights Organizations, Amsterdam

International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), Kopenhag

Johannes Wier Foundation, Amsterdam

Lawyers Committee for Human Rights, New York

Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londra

Physicians for Human Rights-Israel, Tel Aviv

Physicians for Human Rights-Palestine, Filistin

Physicians for Human Rights-USA, Boston

Adli Tıp Uzmanları Derneği, İstanbul

Survivors International, San Francisco

Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Cape Town

Türk Tabipleri Birliği, Ankara

United Nations Special Rapporteur on Torture, Cenevre

World Medical Association, Ferney-Voltaire

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

Proje Koordinatörleri

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

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

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

Yayına Hazırlama Komitesi

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

Dr. Türkcan Baykal, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İzmir

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

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

Dr. Önder Özkalıpçı, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İstanbul

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

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

Mr. James Welsh, Uluslararası Af Örgütü, Londra

## Raportörler

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

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

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

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

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

Ms. Ann Sommerville, İngiltere Tabipler Birliği, Londra

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

### Katkıda Bulunan Yazarlar

Dr. Suat Alptekin, Adli Tıp Bölümü, İstanbul

Dr. Zuhul Amato, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Etik Bölümü, İzmir

Dr. Alp Ayan, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İzmir

Dr. Semih Aytaçlar, Sonomed, İstanbul

Dr. Metin Bakkalcı, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, Ankara

Dr. Ümit Biçer, Adli Tıp Uzmanları Derneği, İstanbul

Dr. Yeşim Can, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İstanbul

Dr. John Chisholm, İngiltere Tabipler Birliği, Londra

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

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

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

Dr. Yusuf Doğar, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İstanbul

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

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

Dr. John Fitzpatrick, Cook County Hastanesi, Chicago

Ms. Camile Giffard, Essex Üniversitesi, İngiltere

Dr. Jill Glick, Chicago Üniversitesi Çocuk Hastanesi, Chicago

Dr. Emel Gökmen, İstanbul Üniversitesi, Nöroloji Bölümü, İstanbul

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

Dr. Hakan Gürvit, İstanbul Üniversitesi, Nöroloji Bölümü, İstanbul

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

Dr. Gill Hinshelwood, İşkence Kurbanlarının Tedavi ve Bakımı için Tıbbi Vakıf, Londra

Dr. Uwe Jacobs, Uluslararası İşkence Kurbanları, San Francisco

Dr. Jim Jaranson, İşkence Kurbanları Merkezi, Minneapolis

Ms. Cecilia Jimenez, İşkencenin Önlenmesi için Birlik, Cenevre

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

Dr. Emre Kapkın, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İzmir

Dr. Cem Kaptanoğlu, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, Eskişehir

Prof. Ioanna Kuçuradı, Hacettepe Üniversitesi Felsefe ve İnsan Hakları Araştırmaları ve Uygulamaları Merkezi, Ankara

Mr. Basem Lafi, Gazze Akıl Sağlığı Programı, Gazze

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

Dr. Veli Lök, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İzmir

Dr. Michele Lorand, Cook County Hastanesi, Chicago

Dr. Ruchama Marton, İnsan Hakları için Hekimler-İsrail, Tel Aviv

Ms. Elisa Massimino, İnsan Hakları için Avukatlar Komitesi, New York

Ms. Carol Mottet, Hukuk Danışmanı, Bern

Dr. Fikri Öztop, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Departmanı, İzmir

Mr. Alan Parra, BM İşkence Özel Raportörü Ofisi, Cenevre

Dr. Beatrice Patsalides, Uluslararası İşkence Kurbanları, San Francisco

Dr. Jean Pierre Restellini, Avrupa Konseyi İnsan Hakları Bölümü, İnsan Hakları Konusunda Kamuoyunu Bilinçlendirme Birimi, Strasbourg

Mr. Nigel Rodley, Birleşmiş Milletler İşkence Özel Raportörü, Cenevre

Dr. Füsün Sayek, Türk Tabipleri Birliği, Ankara

Dr. Françoise Sironi, Centre G. Devereux, Paris Üniversitesi, Paris

Dr. Bent Sorensen, İşkence Kurbanları için Uluslararası Rehabilitasyon Konseyi, Kopenhag ve İşkenceye Karşı Komite, Cenevre

Dr. Nezir Suyugül, Adli Tıp Bölümü, İstanbul

Ms. Asmah Tareen, Minnesota Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Minneapolis

Dr. Henrik Klem Thomsen, Bispebjerg Hastanesi, Patoloji Departmanı, Kopenhag

Dr. Morris Tidball-Binz, İşkencenin Önlenmesi Programı, Amerika İnsan Hakları Enstitüsü, San José

Dr. Nuray Türksoy, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, İstanbul

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

Dr. Adriaan van Es, Johannes Wier Vakfı, Amsterdam

Mr. Ralf Wiedemann, Minnesota Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Minneapolis

Dr. Mark Williams, İşkence Kurbanları Merkezi, Minneapolis

Katılımcılar

Mr. Alessio Bruni, İşkenceye Karşı Komite, Cenevre

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

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

Dr. Ole Hartling, Danimarka Tabipler Birliği, Kopenhag

Dr. Hans Petter Hougen, Danimarka Tabipler Birliği, Kopenhag

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

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

Dr. Frank Ulrich Montgomery, Alman Tabipler Birliği

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

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

Mr. Trevor Stevens, Komite Sekreteri, Avrupa İşkenceyi Önleme Komitesi (CPT), Strasburg

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

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

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

Bu proje, Birleşmiş Milletler İşkence Kurbanları Gönüllü Fonu, İsviçre Dışişleri Bakanlığı İnsan Hakları ve İnsan Dostu Politikalar Birimi, Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Teşkilatı Demokratik Kurumlar ve İnsan Hakları Ofisi, İsveç Kızılhaçı, Türkiye İnsan Hakları Vakfı ve İnsan Hakları için Hekimler'in sağladığı fonlarla gerçekleştirilmiştir.

İşkence Kurbanları Merkezi, Türk Tabipleri Birliği, İşkence Kurbanları Uluslararası Rehabilitasyon Konseyi, Af Örgütü İsviçre Şubesi ve İsviçre İşkenceye Son Vermek için Hristiyan Birliği (ACAT) projeye ek fonlarla katkıda bulunmuşlardır.

## BÖLÜM I KONUyla İLGİLİ ULUSLARARASI HUKUK STANDARTLARI

### [A. Uluslararası İnsancıl Hukuk](#)

### [B. Birleşmiş Milletler](#)

### [C. Bölgesel Kuruluşlar](#)

### [D. Uluslararası Ceza Mahkemesi](#)

Uluslararası hukukta "işkence görmeme hakkı" net ve kesin bir biçimde ifade edilmiştir. *Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi*, *Uluslararası Sivil ve Siyasal Haklar Sözleşmesi*, *İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezalara Karşı Sözleşme* işkenceyi açık bir biçimde yasaklar. Bölgesel sözleşmelerde de aynı şekilde "işkence görmeme hakkı" tanınmıştır. Amerika İnsan Hakları Sözleşmesi, Afrika [Banjul] İnsan Hakları ve Halkların Hakları Sözleşmesi ile Avrupa İnsan Hakları ve

Temel Özgürlüklerin Korunması Sözleşmeleri'nin hepsinde, işkencenin yasak olduğu açıkça ifade edilmiştir.

## A. Uluslararası insancıl hukuk

Silahlı çatışmaları düzenleyen uluslararası anlaşmalar, uluslararası insancıl hukuk (UİH) veya "savaş hukuku" olarak bilinir. Uluslararası hukukun getirdiği işkence yasağı, bütün bu anlaşmaların, savaş kurbanlarına sağladığı geniş kapsamlı korumanın küçük ama önemli bir parçasıdır. 1949 yılında hazırlanan dört Cenevre Sözleşmesi, 188 devlet tarafından imzalanmış ve onaylanmıştır. Cenevre Sözleşmeleri, uluslararası silahlı çatışmalarda izlenmesi gereken kuralları, özellikle yaralılar, tutsak alınan siviller, çatışmalara halihazırda katılmayan veya katılmamış kişilere nasıl davranılacağına kurallarını belirler. Cenevre Sözleşmelerinin hepsi, işkence ve diğer kötü muamele biçimlerini yasaklar. Cenevre Sözleşmelerine ek olarak hazırlanan 1977 tarihli iki Protokol ile söz konusu sözleşmelerin kapsamı ve sağladığı koruma genişletilmiştir. Halihazırda 153 devletin onayladığı Bir numaralı Protokol'un ilgi alanı uluslararası çatışmalardır. Şimdiye kadar 145 devletin onayladığı İki numaralı Protokol'un konusu ise uluslararası nitelik arz etmeyen silahlı çatışmalardır.

El Kılavuzunun amaçları açısından en önemli husus, her dört sözleşmede de aynı ifadeyle yer alan ve "3 Numaralı Ortak Madde" olarak bilinen sözleşme maddesidir. 3 Numaralı Ortak Madde, "uluslararası nitelik arz etmeyen" silahlı çatışmalara uygulanır; söz konusu madde daha ayrıntılı bir tanım içermez. Bu maddenin sadece uluslar arasındaki savaşlarda değil, bütün silahlı çatışmalarda uyulması gereken "değişmez" kuralları, anlaşmaların özünde yer alan yükümlülükleri tanımladığı kabul edilir. Bunun da anlamı, savaşın ya da çatışmanın doğası ne olursa olsun, bazı temel kuralların çiğnenemeyeceğidir. İşkence yasağı da, bu temel kurallardan biridir ve uluslararası insancıl hukuk ile insan hakları hukukunun ortak amaçlarından biridir.

3 Numaralı Ortak Madde şöyle der:

...herhangi bir zaman ve yerde ne koşullar altında olursa olsun, herhangi bir kişiye veya kişinin hayatına karşı şiddet uygulamak, özellikle her tür cinayet, sakatlama, zalimce muamele ve işkence ... insan onuruna tecavüz, özellikle aşağılayıcı ve onur kırıcı davranışlar yasaktır ve yasak olarak da kalacaktır.

BM İşkence Özel Raportörü Nigel Rodley'in ifade ettiği gibi <sup>6</sup> :

İşkencenin ya da kötü muamelenin yasak olduğunu belirtmek için, bundan daha mutlak ve kesin bir ifade kullanılamazdı. Uluslararası Kızılhaç Komitesi'nin (ICRC) metinler hakkındaki resmi yorumunda geçen ifadeyle, "hiç bir boşluk, kaçış noktası bırakılmadı; işkencenin hiç bir mazereti, [işkenceyi] mazur gösterecek hiç bir durum olamaz."

Uluslararası İnsancıl Hukuk (UİH) ile insan hakları hukuku arasındaki başka bir bağlantı da, uluslararası nitelik arz etmeyen silahlı çatışmalara ilişkin hususları düzenleyen İki numaralı Protokol'un giriş metninde yer alır: "...uluslararası insan hakları mekanizma ve araçları, insanın temel haklarının korunmasını sağlar." <sup>7</sup>

## B. Birleşmiş Milletler

Birleşmiş Milletler yıllardır insanlara, işkence ve diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamelelere karşı yeterli koruma sağlayabilmek için evrensel düzeyde uygulanabilir standartlar ortaya koymaya çalışıyor. Birleşmiş Milletler'e üye olan Devletlerin kabul ettiği sözleşmeler, bildirgeler ve kararlar, işkence yasağının istisnası olamayacağını açıkça beyan eder, ayrıca benzeri ihlallere karşı koruma sağlamak amacıyla başka yükümlülükler de getirirler. En önemli hukuk araçları arasında, *Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi* <sup>8</sup>, *Uluslararası Sivil ve Siyasi Haklar Sözleşmesi* (ICCPR) <sup>9</sup>, *Tutuklulara Karşı Muamelenin Standart Asgari Kuralları (SMRTP)* <sup>10</sup>, *Bütün İnsanların İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele ve Cezalardan Korunması Bildirgesi (İşkenceye Karşı Bildirge)* <sup>11</sup>, *Güvenlik Güçlerinin Davranış Kuralları (CCLE)* <sup>12</sup>, *Mahkum ve Tutukluların İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ve Cezalardan Korunmasında Sağlık Çalışanlarının özellikle Doktorların Rolü için Geçerli Tıbbi Etik İlkeleri (Tıbbi Etik İlkeleri)* <sup>13</sup>, *İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ve Cezalara Karşı Sözleşme (İşkenceye Karşı Sözleşme)* <sup>14</sup>, *Herhangi Bir Alıkoyma veya Mahkumiyet Durumunda Bütün İnsanların*

*Korunması için Geçerli İlkeler Bütünü (Tutukluluk Haline İlişkin İlkeler Bütünü)*<sup>15</sup>, *Hükümlülerin Tedavisinin Temel İlkeleri (BPTP)*<sup>16</sup> sayılabilir.

Birleşmiş Milletler İşkenceye Karşı Sözleşme, yasal müeyyidelerin doğal veya arızı sonucu olarak çekilen acıyı kapsamaz.<sup>17</sup>

Birleşmiş Milletler'in diğer insan hakları oluşumları ve kurumları da işkencenin önlenmesi için standartlar oluşturmanın yanı sıra, Devletlerin işkence iddialarının hepsini soruşturma yükümlülüğü konusunda standartlar geliştirmek üzere harekete geçmişlerdir. Bu oluşum ve kurumlar arasında, İşkenceyi Önleme Komitesi, İnsan Hakları Komitesi, İnsan Hakları Komisyonu, BM İşkence Özel Raportörü, BM Kadınlara Yönelik Şiddet Özel Raportörü ile İnsan Hakları Komisyonu'nun herhangi bir ülke için atadığı Özel Raportörler bulunur.

### 1. İşkencenin Önlenmesine İlişkin Yasal Yükümlülükler

Yukarıda sıralanan uluslararası hukuk araçları, Devletlerin işkenceye karşı koruma sağlamak için üstlenmesi gereken yükümlülükleri belirlerler. Bu yükümlülükler:

**(a)** İşkence yapılmasını önlemek için etkin yasal, idari, hukuki ve diğer tedbirleri almak. Savaş da dahil olmak üzere hiç bir koşul ve istisnai durum işkencenin mazereti olarak öne sürülemez (İşkence Karşı Sözleşme madde 2; İşkenceye Karşı Koruma Bildirgesi madde 3);

**(b)** Bir kişiyi, işkence göreceğini düşünmek için sağlam gerekçelerin olduğu bir ülkeye iade etmemek, sınır dışı etmemek (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 3);

**(c)** İşkence fiilini suça ortaklık veya göz yumma da dahil olmak üzere ceza gerektiren bir suç saymak (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 4; Tutukluluk Haline İlişkin İlkeler Bütünü ilke 7; İşkenceye Karşı Koruma Bildirgesi madde 7; Tutuklulara Karşı Muamelede Standart Asgari Kurallar paragraf 31, 32 ve 33).

**(d)** İşkenceyi sınır dışı etmeye neden teşkil edebilecek bir suç sayma ve sözleşmeye taraf olan diğer Devletlere işkenceyle ilgili ceza soruşturmaları ve davalarında yardımcı olmaya söz vermek (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 8 ve 9);

**(e)** Gözaltına alınmalarda, kimseyle görüşürmeden gözaltı uygulamasının kullanımını sınırlandırmak, gözaltına alınanların resmen gözaltı merkezleri olarak kabul edilen yerlerde tutulmalarını sağlamak; aynı şekilde bu kişilerin gözaltına alınmalarından sorumlu olan kişilerin adlarını, göz altındaki kişinin akrabaları ve arkadaşları da dahil olmak üzere konuyla ilgili kimselerin kolayca erişebileceği, elde edebileceği şekilde kayıtlara geçirmek; bütün sorgulama seanslarının zamanlarını ve yerlerini sorgulamada bulunan kişilerin adlarıyla birlikte kaydetmek; doktor, avukat ve aile üyelerine göz altında tutulan kişiye erişme hakkı tanımak (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 11; Tutukluluk Haline İlişkin İlkeler Bütünü ilke 11,12, 13, 15, 16, 17, 18, 19 ile 23; Tutuklulara Karşı Muamelede Standart Asgari Kurallar paragraf 7, 22 ve 37);

**(f)** Sivil veya askeri emniyet güçleri, tıbbi personel, kamu personeli ve diğer ilgili personelin eğitimine işkence yasağı eğitiminin dahil edilmesini, işkence yasağı konusunda bilgi verilmesini sağlamak, bunu güvence altına almak (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 10; İşkenceye Karşı Koruma Bildirgesi madde 5; Tutuklulara Karşı Muamelede Standart Asgari Kurallar paragraf 54)

**(g)** İşkence altında verildiği kanıtlanmış hiç bir ifadenin, işkence yapmakla suçlanan bir kişiye karşı açılan davada ifadenin alınmış olmasının kanıt olduğu veya kanıt sayıldığı durumlar istisna olmak şartıyla, hiç bir davada delil olarak öne sürülememesini temin etmek (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 15; İşkenceye Karşı Koruma Bildirgesi madde 12);

**(h)** İşkence suçunun işlendiğine inanmak için yeterli sebep olduğu durumlarda, yetkili makamların, tarafsız ve zamanında soruşturma yürütmesini sağlamak (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 12; Tutukluluk Haline İlişkin İlkeler Bütünü ilke 33 ile 34; İşkenceye Karşı Koruma Bildirgesi madde 9);

(i) İşkence görenlerin, durumu telafi etmek ve yeterli miktarda tazminat alma haklarını güvence altına almak (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 13 ile 14; İşkenceye Karşı Koruma Bildirgesi madde 11; Tutuklulara Karşı Muamelede Standart Asgari Kurallar paragraf 35 ve 36);

(j) Yapılan soruşturma sonucunda işkence yapıldığı ortaya çıkarsa, işkencenin faili olduğu iddia edilen kişi(ler) hakkında cezai işlem yapılmasını sağlamak. Diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya ceza iddiaları da yerinde bulunursa, fail olduğu iddia edilen kişi ya da kişiler hakkında cezai işlemler, disiplin işlemleri veya gerekli diğer işlemleri uygulamak. (İşkenceye Karşı Sözleşme madde 7; İşkenceye Karşı Koruma Bildirgesi madde 10)

## 2. Birleşmiş Milletler oluşumları ve mekanizmaları

### (a) İşkenceyi Önleme Komitesi (CAT)

İşkenceyi Önleme Komitesi, Uluslararası İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ya da Aşağılayıcı Muamele ve Cezanın Önlenmesi Sözleşmesi'nin ülkelerdeki uygulamasını izlemekle yükümlüdür. Komite, "insan hakları alanında yetkin oldukları kabul edilen ve yüksek ahlaki değerlere sahip oldukları" için göreve atanmış 10 uzmandan oluşur. İşkenceyi Önleme Sözleşmesi'nin 19. maddesi gereği, Taraf Devletler, Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri aracılığıyla, Komite'ye, Sözleşmenin getirdiği yükümlülükleri hayata geçirmek için aldıkları önlemler konusunda rapor verirler. Komite, Sözleşme maddelerinin iç hukuka nasıl dahil edildiğini ve sözleşmenin uygulama aşamasında nasıl işlediğini izler ve rapor eder. Komite her raporu dikkate alır, genel yorum ve tavsiyelerde bulunabilir, bu yorum ve tavsiyelere, Taraf Devletlere ve BM Genel Kurulu'na sunulan yıllık raporlarda yer verebilir. Bütün bu süreçler, kamuya açık toplantılarda gerçekleşir.

Komite, Taraf Devletlerden birinin toprakları içerisinde sistematik olarak işkence uygulandığına ilişkin, temeli var olan, sağlam belirtiler içeriyor gibi gözükten güvenilir bir bilgi alırsa, BM İşkenceyi Önleme Sözleşmesi'nin 20. maddesi uyarınca Taraf Devleti, bu bilgiyi incelemek ve söz konusu bilginin incelenmesi konusunda işbirliği yapmak ve bu konudaki gözlemlerini sunmak üzere davet eder. Komite gerekli görürse, bir veya birkaç üyesini gizli bir soruşturma yapmak ve hemen Komite'ye rapor vermekle görevlendirebilir. İnceleme, Taraf Devletle anlaşarak söz konusu devletin topraklarına ziyareti de içerebilir. Üye ya da üyelerinin ulaştığı bulguları inceleyen Komite, bulgularını söz konusu durumda uygun bulunan yorum ve tavsiyelerle birlikte Taraf Devlet'e iletir. BM Sözleşmesinin yirminci maddesi uyarınca Komite'nin yaptığı tüm soruşturmalar gizlidir ve soruşturma sürecinin her aşamasında Taraf Devlet ile işbirliği yapma yolları araştırılır. Soruşturmanın bütün aşamaları tamamlandıktan sonra, Komite sözleşmeye taraf olan Devlet'in de görüşünü alarak, incelemeler sonucunda elde edilen sonuçlara ilişkin özet bilgiyi diğer Taraf Devletlere ve BM Genel Kurulu'na sunduğu yıllık raporuna eklemeye karar verebilir.<sup>18</sup>

BM İşkenceyi Önleme Sözleşmesi'nin 22. maddesi uyarınca Taraf Devletlerden biri, herhangi bir zamanda, bir Taraf Devletin, BM İşkenceye Karşı Sözleşme maddelerini ihlal etmesi sonucunda mağdur olduğunu iddia eden ve kendi ülkesinin kanunlarına tabii olan kişiler adına, veya bu kişilerin kendi başına Komite'ye başvuruda bulunma ve Komite'nin de bu başvuruları değerlendirme yetkisine haiz olduğunu kabul edebilir. Komite bu yazışmaları gizli olarak değerlendirir ve görüşlerini ilgili Taraf Devlet ve kişiye iletir. Sözleşmeyi onaylanan 112 Taraf Devletten sadece 39'u, 22. maddenin uygulanabilir olduğunu kabul etmiştir.

Komite'nin BM Genel Kurulu'na sunduğu yıllık raporlarda ele aldığı konulardan biri de, Taraf Devletlerin, BM İşkenceyi Önleme Sözleşmesinin 12'nci ve 13'üncü maddesi uyarınca bütün işkence iddialarının, zamanında ve tarafsız biçimde soruşturulmasını sağlama yükümlülüğünü yerine getirip getirmediğidir. Örneğin Komite, işkence iddialarını soruşturmada 15 aylık bir gecikmenin makul kabul edilemeyecek kadar uzun olduğunu ve bu gecikmenin 12'nci maddeyle uyuşmadığı şeklinde görüş bildirmiştir.<sup>19</sup> Komite ayrıca, sözleşmenin 13'üncü maddesine göre, işkence yapıldığına dair resmi bir başvurunun gerekmediğini ve "mağdurun işkence yapıldığını iddia etmesinin, [Taraf Devletin] iddiayı zamanında ve tarafsız olarak incelemesi için yeterli olduğunu" ifade etmiştir.<sup>20</sup>

### (b) İnsan Hakları Komitesi

İnsan Hakları Komitesi, Uluslararası Sivil ve Siyasi Haklar Sözleşmesinin ardından, sözleşmenin 28'inci maddesi uyarınca, Taraf Devletlerin sözleşmeyi uygulamasını izlemek üzere kurulmuştur. Komite, yüksek ahlaki değerlere sahip olduğu kabul edilen ve insan hakları alanındaki yetkinliği teslim edilen 18 bağımsız uzmandan oluşur.

Sözleşmeye taraf olan Devletler, sözleşmeyle tanınan hakların etkinleştirilmesi için aldıkları önlemler ve bu haklardan yararlanmada kaydedilen gelişmeyi, her beş yılda bir rapor halinde sunmakla yükümlüdürler. İnsan Hakları Komitesi bu raporları, raporu görüşülen Taraf Devletin temsilcileriyle diyalog içinde inceler. Komite, daha sonra endişe uyandıran temel hususları özetleyen gözlemlerini ve Taraf Devlet'e uygun tavsiye ve önerilerde bulunan nihai gözlem raporunu hazırlar. Komite, ayrıca Taraf Devletlere hem rapor hazırlamada hem de Sözleşmenin hükümlerini uygulamada yol gösterecek, sözleşmenin belirli maddeleriyle ilgili açıklamalar içeren genel yorum raporları hazırlar. Komite hazırladığı genel yorum raporlarının birinde, Uluslararası Sivil ve Siyasi Haklar Sözleşmesinin 7'nci maddesine açıklık getirmeye çalışmıştır. Yedinci madde, "hiç kimseye işkence veya diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulanamaz" der. İnsan Hakları Komitesinin Raporunda, söz konusu sözleşmenin yedinci maddesi üzerine yapılan genel yorumlar bölümünde <sup>21</sup> Komite, işkenceyi yasaklamanın veya ceza gerektiren bir suç saymanın, 7'nci maddenin yeterince uygulandığı anlamına gelmediğini özellikle belirtmiştir. Komite, "...Devletler belli bir kontrol mekanizması aracılığıyla etkili koruma sağlamak zorundadırlar. Kötü muamele şikayetleri yetkili makamlar tarafından etkili bir biçimde soruşturulmalıdır" ifadesini kullanmıştır.

17. İnsan Hakları Komitesi 10 Nisan 1992 tarihinde, 7'nci madde hakkındaki daha önceki yorumlarını geliştiren yeni bir Genel Yorum Raporunu kabul etmiştir. Komite, "yetkili makamlar çözümü etkin kılabilmek ve durumu iyileştirmek için şikayetleri zamanında ve tarafsız bir biçimde soruşturmalıdır" ifadesiyle 7'nci madde yorumunu daha da güçlendirmiştir. Sözleşmeye taraf olan bir ülkenin Uluslararası Kişisel ve Siyasi Haklar Sözleşmesinin 1 Numaralı Seçmeli Protokolünü onaylaması durumunda, kişi Komite'ye sözleşmeyle belirlenen haklarının ihlal edildiği şikayetiyle yazılı başvuruda bulunabilir. Başvuru usul açısından uygun ve kabul edilebilir görülürse, Komite, yıllık raporlarda açıklanan esasları temel alarak karar alır ve bu kararı açıklar.

#### (c) İnsan Hakları Komisyonu

İnsan Hakları Komisyonu, Birleşmiş Milletler'in temel insan hakları birimidir. Komisyon, Ekonomik ve Sosyal Konsey'in (ECOSOC) üç senelik dönemler için seçtiği 53 Üye Ülke temsilcisinden oluşur. Komisyon her sene, altı hafta süreyle Cenevre'de bir araya gelerek, insan hakları konularını görüşür. Komisyon, araştırmalar, veri araştırma misyonları başlatabilir, daha üst BM organlarının onayı için taslak sözleşmeler ve bildirgeler hazırlar, ayrıca kamuya açık veya kapalı olarak yapılan oturumlarda belli tür insan hakları ihlalleri üzerine çalışmalar yürütür. Ekonomik ve Sosyal Konsey, 6 Haziran 1967 tarihli ve 1235 sayılı karar ile <sup>22</sup>, Komisyon'a ağır insan hakları ihlalleri iddialarını incelemek ve "yer etmiş, belli bir insan hakları ihlali modeli sergileyen durumlarda kapsamlı araştırmalar yapmak" yetkisini vermiştir. Komisyon bu yetkiye dayanarak, diğer işlerinin yanı sıra belli insan hakları ihlalleri konusunda endişelerini dile getiren kararlar almış ve belli bir temaya bağlı insan hakları ihlallerini araştırmak için özel raportörler atamıştır. Komisyon, işkence ve diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve cezalar hakkında da kararlar almıştır. 1998 tarih ve 38 sayılı kararında Komisyon, "yetkili ulusal makamın, bütün işkence ve diğer zalimane, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamele ve ceza iddialarını anında ve tarafsız bir biçimde incelemesi gerektiğini" vurgulamıştır.

#### (d) BM İşkence Özel Raportörü

Komisyon, 1985 yılında aldığı 33 numaralı kararla, işkence konusunda özel bir raportör atamaya karar vermiştir. İşkence Özel Raportörünün görevi, işkenceyle ilgili konularda güvenilir ve inandırıcı bilgi aramak ve bulmak, toplanan bilginin gereğini gecikmeden yapmak olarak tanımlanmıştır. Komisyon daha sonra aldığı kararla, Özel Raportörün yetkilerini geliştirmeyi ve yenilemeyi sürdürmüştür.

Özel Raportör, ister BM İşkenceye Karşı Sözleşme'yi imzalamış olsun, ister olmasın Birleşmiş Milletler'e üye ve gözlemci statüsünde bulunan bütün devletleri izleme yetkisine sahiptir. Özel Raportör, hükümetlerle temasa geçerek, hükümetlerin işkenceyi önlemek ve işkence yapıldığı takdirde durumu tazmin etmek için aldığı hukuki ve idari tedbirler hakkında bilgi alır. Raportör ayrıca, işkence yapıldığına dair iddialara yanıt vermeleri talebiyle devletlerle temasa geçebilir. Özel Raportör,



işkenceyle ilgili acil eylem başvurularını alır, bu istemleri söz konusu eylemin konusu olan kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünün korunmasını temin etmesi için, ilgili hükümetin dikkatine sunar. Bu görevlerine ek olarak, kendisiyle görüşmek isteyen hükümet temsilcileriyle müzakereler yapar ve görevinin kendisine tanıdığı yetki çerçevesinde dünyanın çeşitli bölgelerine yerinde [in situ] ziyaretler yapar. İşkence Özel Raportörü, İnsan Hakları Komisyonu'na ve BM Genel Kurulu'na rapor sunar. Bu raporlarda, Özel Raportörün yetkileri dahilinde gerçekleştirdiği faaliyetler bir arada sunulur ve işkence iddialarının geciktirilmeden hemen soruşturulması gereğine dikkat çekilir, bu gereğin altı çizilir. 12 Ocak 1995 tarihli İşkence Özel Raportörü Raporunda, Özel Raportör Nigel Rodley bir dizi tavsiyede bulunmuştur. Raporun 926 (g) bendinde şöyle denilmektedir:

Gözümlenmiş bir kişi veya akrabası ya da avukatı, işkence iddiasında bulunursa, iddia mutlaka soruşturulmalıdır....Şikayet başvurularını alacak ve soruşturacak, soruşturma ve/veya yargı yetkisi olan Ulusal Komisyon veya Ombudsman gibi bağımsız ulusal makamlar oluşturulmalıdır. İşkence gördüğü iddia edilen kişinin şikayeti, söz konusu kişinin yargılandığı davayı araştırmak ve yargılamakla yükümlü olan kurumla hiçbir ilişkisi olmayan, bağımsız bir kurum tarafından derhal ele alınarak soruşturulmalıdır.<sup>23</sup>

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

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

Kadınlara Yönelik Şiddet Özel Raportörlüğü, İnsan Hakları Komisyonu'nun 1994 tarih ve 45 sayılı kararıyla kurulmuş ve 1997 tarih ve 44 sayılı karar ile de görev ve yetkileri geliştirilmiş ve yenilenmiştir. Özel Raportör insani bir ruh ile, herhangi bir ülkede kadınlara yönelik şiddet iddialarını tanımlamak ve soruşturmak amacıyla spesifik olarak kadınlara yönelik şiddet iddialarını soruşturmak üzere Hükümetlerden bilgi ve açıklama talep etmek için prosedürler geliştirmiştir. Söz konusu hükümet ile temaslar, ismen teşhis edilmiş bir veya birden çok kişi hakkında olabileceği gibi, kadınlara yönelik şiddete göz yuman ve/veya izin veren, kışkırtan daha genel nitelikli durumlar için de söz konusu olabilir. Özel Raportör, kadınlara yönelik cinsiyete bağlı şiddet tanımını, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 1993 Aralık tarihinde aldığı 48/104 karar numaralı Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması Bildirgesi'nden almaktadır. Kadınlara yönelik cinsiyete bağlı şiddet, bireyin yaşam hakkına veya fiziksel bütünlüğüne yönelik çok belirgin bir tehdit veya tehdit korkusu içeriyorsa, Özel Raportöre acil eylem çağrısı gönderilebilir. Özel Raportör yetkili ulusal makamları olayla ilgili bilgi vermek konusunda zorlamakla kalmaz, yetkili ulusal merciyi söz konusu olayla ilgili bağımsız ve yansız soruşturma yürütmeye ve kadınların temel insan haklarının daha fazla ihlâl edilmemesini sağlamak için acil eylemde bulunmaya da sevk eder.

Özel Raportör İnsan Hakları Komisyonu'na Hükümetlerle yazışmaları hakkında yıllık rapor sunar. Hükümetlerden ve diğer güvenilir kaynaklardan alınan bilgilere dayanarak herhangi bir ülkede kadınlara yönelik şiddetin ortadan kaldırılmasına yönelik uzun soluklu çözümler bulunmasını isteyen Hükümetlere tavsiyelerde bulunur. Hükümetlerin yanıt vermemesi veya yeterince bilgi vermemesi durumunda, Özel Raportör ilgili Hükümetlere izleme mektupları gönderebilir. Herhangi bir ülkede kadınlara yönelik şiddetin sürmesi ve Özel Raportör'ün aldığı bilgiler, Hükümetin kadınların insan haklarını korumak için hiçbir önlem almadığına işaret ediyorsa, Özel Raportör ilgili hükümetten, yerinde delil toplama misyonunu gerçekleştirmek için ülkeyi ziyaret etme izni almayı düşünebilir.

### **C. Bölgesel Kuruluşlar**

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

#### **1. İnter-Amerikan İnsan Hakları Komisyonu ve İnter-Amerikan İnsan Hakları Mahkemesi**

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

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

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

Sözleşmenin 33'üncü maddesi, İnter-Amerikan İnsan Hakları Komisyonu ve İnter-Amerikan İnsan Hakları Mahkemesinin kurulmasına temel teşkil eder. Komisyonun temel işlevi, tüzüğünde de belirtildiği gibi, insan haklarının gözetilmesini ve savunulmasını teşvik etmek ve Amerikan Devletler Örgütü'ne bu alanda danışman kuruluş olarak hizmet sunmaktır. <sup>26</sup> 5'inci maddeye göre, Komisyon bu işlevini yerine getirirken, işkencenin tanım ve yorumunu İnter-Amerikan İşkenceyi Önleme ve Cezalandırma Sözleşmesi'ne göre belirlemiştir. <sup>27</sup> Amerikan Devletler Örgütü 9 Aralık 1985 tarihinde İşkenceyi Önleme ve Cezalandırma İnter- Amerikan Sözleşmesi'ni <sup>28</sup> kabul etmiş, sözleşme 28 Şubat 1987 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmenin 2'nci maddesine göre işkence şöyle tanımlanmıştır:

....cezaî soruşturma amacıyla, korkutmak için, kişisel cezalandırma veya suç önleme aracı, ceza olarak veya herhangi bir nedenle, bir kişiye kasıtlı olarak fiziksel veya zihinsel acı vermek amacıyla yapılan hareket [işkencedir]. Fiziksel veya zihinsel acı vermese bile, kurbanın kimliğini yok etmek, fiziksel veya zihinsel kapasitesini azaltmak amacıyla bir insanın [zihni ve bedeni] üzerinde uygulanan yöntemler de işkencedir.

Sözleşmenin 1'inci maddesine göre Taraf Devletler sözleşme şartları gereği, işkenceyi önleme ve cezalandırmakla yükümlüdürler. Sözleşmeye göre Taraf Devletler, kendi yetki alanlarında işkence yapıldığına dair her iddiayı derhal ve olması gereken biçimde soruşturmakla yükümlüdürler.

8'inci madde şöyle der: "Taraf Devlet, kendi yargı alanı dahilinde işkence gördüğü suçlamasında bulunan her bireye, iddiasının tarafsız biçimde araştırılması hakkını sağlamak ve bu hakkı garanti altına almakla yükümlüdür". Aynı şekilde Taraf Devlet, kendi yargı sahasında işkence yapıldığına ilişkin bir iddiayla karşı karşıya ise veya işkence yapıldığına inanmak için inandırıcı ve sağlam nedenler varsa, yetkili kurumlarının derhal ve gerektiği gibi olayla ilgili soruşturma yürütmek için harekete geçmesini ve gerekli durumlarda uygun cezaî işleme başvurmasını da garanti altına almakla yükümlüdür.

1998 yılında hazırlanan ülke raporlarından birinde Komisyon, işkencecilerin etkin biçimde yargılanmasının önündeki engellerden birinin, işkence iddialarının bağımsız olarak soruşturulamaması olduğunu belirtmiştir; genellikle soruşturma, işkence yapmakla suçlanan kesimlerle tanışık olması şiddetle muhtemel birimlerce yürütülmektedir. <sup>29</sup> Sekizinci maddeye atıfta bulunan Komisyon, her vakanın "tarafsızca incelenmesinin" önemini altını çizmiştir. <sup>30</sup>

İnter-Amerikan İnsan Hakları Mahkemesi, Amerika İnsan Hakları Sözleşmesinin ihlal edildiği iddialarının soruşturulması gerektiğinden söz etmiştir. 29 Temmuz 1988 tarihli Velasquez Rodriguez davasında Mahkeme, şu kararı almıştır:

Devlet, Sözleşme hükümleriyle korunan hakların ihlalini içeren her vakayı incelemekle yükümlüdür. Eğer Devlet aygıtının işlevişi sonucu, ihlal cezalandırılmaz ve mağdurun, bu haklarından tam olarak yararlanması mümkün olduğunca çabuk sağlanamazsa, Devlet kendi egemenlik alanındaki kişilerin bu haklarını serbestçe ve tam olarak kullanmalarını sağlama görevini yerine getirmemiş demektir.

Sözleşmenin 5'inci maddesi işkenceye maruz kalmama hakkını verir. Söz konusu sözleşme, özellikle kayıplar konusu ele almış olsa da İnter-Amerikan İnsan Hakları Mahkemesi, Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesince garanti altına alınmış haklardan birinin, işkence veya diğer kötü muamele biçimlerine maruz kalmama hakkı olduğuna da atıfta bulunmuştur.

## **2. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi ve Komisyonu**

Avrupa Konseyi, 4 Kasım 1950 tarihinde Avrupa İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunması Sözleşmesi'ni kabul etmiş <sup>31</sup> ve Sözleşme 3 Eylül 1953 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Avrupa

Sözleşmesinin 3'üncü maddesi şöyle der: "Kimse, işkence, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da cezaya maruz bırakılamaz". Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Avrupa Mahkemesi ve Avrupa İnsan Hakları Komisyonundan oluşan bir denetleme sistemi kurmuştur. 1 Kasım 1998'de yürürlüğe giren reformla, Daimi Mahkeme, eski Mahkemenin ve Komisyonun yerini almıştır. Bu değişikliklerle bireysel başvuru hakkı zorunlu hale gelmiş ve tüm mağdurların doğrudan Mahkemeye erişebilmesi mümkün hale gelmiştir. Mahkeme, işkence iddialarının soruşturulması gereğinin 3'üncü madde ile garanti altına alınan haklarının sağlanmasının yolu olup, olmadığını değerlendirme fırsatını da elde etmiştir.

Bu konuda verilen ilk hüküm 18 Aralık 1996 tarihinde, Türkiye'ye karşı Aksoy<sup>32</sup> davasında alınan karardı. Bu davada Mahkeme şu görüşe varmıştır:

Polis tarafından gözaltına alındığında sağlıklı olan bir kişinin salıverilme anında yaralı olduğu saptanırsa, yaralanmanın nedeni konusunda inanılır bir açıklama getirme sorumluluğu Devlet'e aittir; böyle bir açıklama gelmediği takdirde, [bu vakanın] Sözleşmenin 3'üncü Maddesi uyarınca incelenmesi gereken bir vaka olduğu açıktır.<sup>33</sup>

Mahkeme, kararın daha sonraki bölümünde, başvuru sahibinde oluşan yaralanmaların işkenceden kaynaklandığı ve 3'üncü maddenin ihlal edildiği sonucuna varmıştır.<sup>34</sup> Dahası, Mahkeme yetkili ulusal mahkemeler nezdinde hukuki çözüm arama hakkını getiren Sözleşmenin 13'üncü maddesinin, işkence iddialarını kapsamlı olarak soruşturma yükümlülüğü getirdiği yorumunu da yapmıştır. Mahkeme, "işkencenin yasaklanmasının büyük öneme sahip olduğunu" ve işkence mağdurlarının ne kadar kolayca zarar görebilir bir durumda olduklarını göz önüne alarak, "13'üncü madde Devletlere, ulusal sistem dahilinde yer alan diğer hukuki yolların baki kalması şartıyla, işkence vakalarını etkili ve kapsamlı biçimde soruşturma yükümlülüğü de getirir" şeklinde karar vermiştir.<sup>35</sup>

Mahkeme, söz konusu Sözleşmenin, Birleşmiş Milletler İşkencenin ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ya da Aşağılayıcı Muamele ve Cezanın Önlenmesi Sözleşmesi'nin 12'nci maddesindeki gibi açık bir hüküm içermemesine karşın, "böyle bir gerekliliğin, 13'üncü maddede yer alan "etkili çözüm ve etkili hukuk yolu" kavramına içkin olduğunu" belirtmiştir.<sup>36</sup> Mahkeme, başvuruda bulunan kişinin işkence iddiasını soruşturmadığı gerekçesiyle, Devletin Sözleşmenin 13'üncü maddesini ihlal ettiğine karar vermiştir.<sup>37</sup>

Mahkeme, Bulgaristan'a karşı Assenov ve diğerleri Davasında verilen (90/1997/874/1086) 28 Ekim 1998 tarihli kararında daha da ileri giderek, Devletin sadece Sözleşmenin 13'üncü maddesine göre değil, 3'üncü maddesine göre de işkence iddialarını soruşturmakla yükümlü olduğu sonucuna varmıştır. Bu davada, polis tarafından tutuklanan genç bir Roman, dayak yediğine ilişkin tıbbi veriler sunmuştur, ancak varolan kanıtlara dayanarak gencin babası mı, yoksa polis tarafından mı dövüldüğünü değerlendirmek mümkün değildir. Mahkeme "Bay Assenov'u muayene eden doktorun saptadığı çürüklerin, yaralama ister polis, ister babası tarafından yapılmış olsun, madde 3'ün kapsamına giren kötü muameleye denk gelecek ağırlıkta" olduğuna hükmetmiştir.<sup>38</sup> Üçüncü maddenin ihlal edildiği görüşünde olmayan Komisyonun aksine, Mahkeme, o noktada da durmamıştır. Daha da ileri giderek bulguların, "yaralanmalara polisin sebep olduğuna ilişkin gerçekçi bir şüphe yarattığı" görüşünü de belirtmiştir.<sup>39</sup> Sonuç olarak Mahkeme şöyle hükmetmiştir:

Bir kişinin, Sözleşmenin 3'üncü maddesinin ve yasaların ihlal edilerek, polis veya Devletin diğer yetkilileri tarafından ciddi bir biçimde kötü muamele gördüğü iddiasını dile getirmesi durumunda Sözleşmenin 3'üncü maddesi, Sözleşmenin 1'inci maddesinde dile getirilen "[Devletlerin] kendi yargı alanlarında bulunan herkese, Sözleşmede yer alan hak ve özgürlükleri sağlaması" gerektiğini belirten ibare ile birlikte okunduğunda, üçüncü maddenin etkin resmi bir soruşturma yapılmasını gerektirdiği anlaşılır. Bu görev, sorumluların belirlenmesi ve cezalandırılmasına yol açacak düzeyde olmalıdır. Bu yapılmazsa, işkence ve insanlık dışı ve aşağılayıcı muamelenin veya cezanın hukuken yasaklanmış olması, temelde çok önemli olmasına rağmen pratikte etkisiz kalacak ve kimi durumlarda, Devlet görevlilerinin zimnen cezadan muaf kalarak, kendi denetimleri altındaki kişilerin haklarını çiğnemesi mümkün olacaktır.<sup>40</sup>

Mahkeme bu davayla ilk kez tek başına kötü muamelenin yapılmış olmasından değil, kötü muamele iddiaları üstüne etkin bir resmi soruşturmanın yapılmış olmasından dolayı 3. maddenin ihlal edildiği sonucuna varmıştır. Ayrıca Mahkeme, Aksoy davasındaki tutumunu yineleyerek 13. maddenin de ihlal edildiğine karar vermiş ve şu yorumu yapmıştır:

Bir kişi, kötü muamele gördüğü ve dolayısıyla 3. maddenin çiğnendiğini iddia ettiği zaman, etkili iyileştirme kavramı, 3. maddenin öngördüğü gibi kapsamlı ve etkili soruşturmanın yanı sıra, şikayetçinin etkili bir biçimde soruşturma prosedüründen yararlanabilmesini ve gerekli olan durumlarda uygun tazminata hak kazanmasını da içerir.<sup>41</sup>

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

Avrupa Konseyi 1987 yılında Avrupa İşkenceyi ve İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ya da Cezanın Önlenmesi Sözleşmesini kabul etmiştir. Bu sözleşme, 1 Şubat 1989 tarihinde yürürlüğe girmiştir.<sup>42</sup> 1 Mart 1999 itibariyle Sözleşme, Avrupa Konseyine üye olan 40 Devlet tarafından onaylanmıştır. Bu sözleşme, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin yargı mekanizmasını, önleyici bir sistemle tamamlar niteliktedir. Sözleşmenin, bağımsız hukuk normları yaratmak gibi bir amacı yoktur. Avrupa İşkenceyi Önleme Sözleşmesi ile Avrupa İşkenceyi Önleme Komitesi (CPT) oluşturulmuştur. Bu komitede, Üye Devletlerden her biri birer kişiyle temsil edilmektedir. Komite'ye seçilen üyelerin yüksek ahlaki değerlere sahip, tarafsız, bağımsız ve alan çalışması yapabilecek vasıfta kişiler olması gereklidir.

Komite, Avrupa Konseyi üyesi ülkelere kısmen düzenli aralıklarla, kısmen de kısa süreli ve özel amaçlı [ad hoc] ziyaretler yapar. Komite ziyaretinde, heyette Komite üyeleri, tıp, hukuk veya diğer alanlarda uzman kişiler, çevirmenler ve Komite Sekreterliği'nin üyeleri bulunur. Heyetler, ziyaret ettikleri ülkenin Yetkili Makamlarınca özgürlüklerinden mahrum bırakılmış kişileri<sup>43</sup> ziyaret ederler. Her heyetin yetkileri oldukça geniştir. Özgürlüklerinden mahrum edilen kişilerin tutulduğu herhangi bir yeri, daha önce bildirimde bulunmadan, tekrar tekrar ziyaret edebilirler, özgürlüklerinden mahrum bırakılmış kişilerle özel görüşme yapabilirler, bu mekanlarda herhangi birini veya herkesi ziyaret edebilirler, bu tür mekanlarda, sadece hücreleri veya koğuşları değil, herhangi bir kısıtlamaya tabi olmaksızın herhangi bir yeri görebilirler. Heyet isterse, ziyaret edilen kişilerle ilgili tüm belgelere ve dosyalara erişebilir. Komite'nin bütün çalışmaları, işbirliği ve gizlilik esasına dayanır.

Komite her ziyaretin ardından raporunu hazırlar. Rapor, ziyaret sırasında elde edilen bulgulara dayanır; varolan koşullar üzerine yorumlar yapar, somut önerilerde bulunur ve açıklama gerektiren konular hakkında sorular sorar. Taraf Devlet rapora yazılı olarak yanıt verir, böylelikle Komite ile Taraf Devlet arasında bir sonraki ziyarete kadar sürecek bir diyalog başlar. Komite'nin raporları ve Devletlerin yanıtları gizli belgelerdir. Ancak Taraf Devlet (ama Komite değil) hem raporları hem de yanıtları yayınlamaya karar verebilir. Halihazırda, aşağı yukarı Taraf Devletlerin tümü hem raporları hem de yanıtları kamuya açıklamışlardır.

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

**(a)** Özgürlüğünden mahrum edilen kişinin, arzu ettiği takdirde derhal üçüncü bir kişiyi (bir aile üyesini) tutukluluk halinden haberdar etme hakkı

**(b)** Özgürlüğünden yoksun bırakılan kişinin hemen avukata erişebilme hakkı

**(c)** Özgürlüğünden yoksun bırakılan kişinin derhal bir doktora, arzu ettiği takdirde kendi istediği bir doktora erişebilme hakkı

Komite ayrıca defalarca, yasayı uygulamakla görevli olan kişilerin kötü muamelede bulunmasını engellemenin en etkin yollarından birinin, yetkili makamların kendilerine iletilen her tür kötü muamele iddialarını incelikli araştırması ve gerekli olduğunda uygun cezayı uygulaması olduğunu vurgulamıştır. Bu tür bir tavrın, caydırıcı etkisi güçlü olacaktır.

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

Avrupa ve İnter-Amerikan sistemleriyle karşılaştırıldığında, Afrika'nın işkence ya da işkencenin önlenmesi konulu bir sözleşmesi olmadığı görülür. İşkence sorunu diğer insan hakları ihlalleriyle aynı

düzyeyde incelenmektedir. İşkence sorunu esas olarak Afrika Birliği Örgütü'nün 27 Haziran 1981 tarihinde kabul ettiği ve 21 Ekim 1986'da yürürlüğe giren Afrika [Banjul] İnsan ve Halkların Hakları Kurucu Sözleşmesinde ele alınmıştır. <sup>44</sup> Afrika Kurucu Sözleşmesinin 5'inci maddesi şöyle der:

Her bireyin, insan olmanın getirdiği onura uygun bir biçimde saygı görmeye ve insan olarak yasal statüsünün kabul edilmesine hakkı vardır. İnsanın her biçimde sömürsü ve aşağılanması özellikle esaret, esir ticareti, işkence, zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı ceza ve muameleler yasaktır.

Afrika Kurucu Sözleşmesinin 30'uncu maddesi uyarınca 1987 Haziran ayında "insan hakları ve halkların haklarının tanıtmak ve Afrika'da bu hakların korunmasını sağlamakla" görevlendirilen Afrika İnsan ve Halkların Hakları Komisyonu kurulmuştur. Dönemsel olarak yapılan oturumlarında zaman zaman işkence konusunu da ele alan Afrika Komisyonu, Afrika insan haklarıyla ilgili konularda ülkeler hakkında kararlar almıştır. Afrika Komisyonu ülkelerle ilgili kararlarında, işkence uygulaması da dahil olmak üzere insan haklarında durumun kötüleşmesinden duyduğu endişeyi dile getirilmiştir.

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

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

17 Temmuz 1998 tarihinde kabul edilen Roma Sözleşmesi ile soykırım, insanlığa karşı işlenen suçlar ve savaş suçlarından sorumlu kişileri yargılayacak daimi bir Uluslararası Ceza Mahkemesi kurulmuştur. Uluslararası Ceza Mahkemesi, işkence soykırımın veya insanlığa karşı işlenmiş bir suçun parçası olarak yaygın ve sistematik bir saldırı şeklinde uygulandığında ya da 1949 tarihli Cenevre Sözleşmesine göre bir savaş suçu söz konusu olduğunda, bu iddiaları yargılama yetkisine haiz olacaktır. Roma Sözleşmesine göre işkence "gözetim altında veya suçlananın kontrolü altında bulunan bir kişiye, kasıtlı olarak fiziksel veya ruhsal acı verilmesi" olarak tanımlanmaktadır. 25 Eylül 2000 tarihi itibarıyla Roma Sözleşmesi 113 ülke tarafından imzalanmış ve 21 Devlet tarafından onaylanmıştır. Mahkeme merkezi Hollanda'nın Lahey (Hague) kentinde olacaktır. Mahkeme sadece Devletlerin Roma Sözleşmesinde işlenen suçlardan sorumlu olan bireyleri yargılayamadıkları veya yargılamak istemedikleri davalarda yetkili olacaktır.

---

<sup>6</sup> N. Rodley, The Treatment of Prisoners Under International Law, İkinci Basım (Oxford, Clarendon Press, 1999: s.58).

<sup>7</sup> 1949 Cenevre Sözleşmesine Ek II. Protokol'ün Giriş'inin ikinci paragrafı (1977).

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

<sup>9</sup> Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 2200 A (XXI), 21 Birleşmiş Milletler GAOR Ek Belge (No.16) 52, BM belgesi A/6316 (1966), 999 UNTS 171, yürürlüğe giriş tarihi 23 Mart 1976; madde 7.

<sup>10</sup> 30 Ağustos 1955 tarihinde Birleşmiş Milletler Birinci İşkencenin Önlenmesi ve Suçluların Tedavisi Kongresinde kabul edilmiştir. BM belgesi A/CONF/611, ek I, Ekonomik ve Sosyal Konsey kararı 663C, 24 Birleşmiş Milletler ESCOR Ek Belge (No. 1) 11, BM Belgesi. E/3048 (1957), değişiklik Ekonomik ve Sosyal Konsey kararı 2076, 62 Birleşmiş Milletler ESCOR Ek Belge (No. 1) 35, BM Belgesi. E/5988 (1977), madde. 31.

<sup>11</sup> Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 3452 (XXX), ek, 30 Birleşmiş Milletler GAOR Ek Belge (No. 34) 91, BM Belgesi. A/10034 (1975), madde 2 ve madde 4.

<sup>12</sup> Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 34/169, ek, 34 Birleşmiş Milletler GAOR Ek Belge (No. 46) 186, BM Belgesi. A/34/46 (1979), madde 5.

<sup>13</sup> Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 37/194, ek, 37 Birleşmiş Milletler GAOR Ek Belge (No. 51) 211, BM



Belgesi A/37/51 (1982), İlke 2, 3, 4, ve 5.

<sup>14</sup> Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 39/46, ek, 39 Birleşmiş Milletler GAOR Ek Belge (No. 51) at 197, BM Belgesi. A/39/51 (1984), 26 Haziran 1987 tarihinde yürürlüğe girmiştir, madde 2.

<sup>15</sup> Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 43/173, ek, 43 Birleşmiş Milletler GAOR Ek Belge (No. 49) 298, BM Belgesi A/43/49 (1988), İlke 6.

<sup>16</sup> Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararı 45/111, ek, 45 Birleşmiş Milletler GAOR Ek Belge (No. 49A) at 200, BM Belgesi A/45/49 (1990), İlke 1.

<sup>17</sup> "Yasal yaptırımların" nelerden oluştuğuna ilişkin bir yorum için İşkence Özel Raportörünün İnsan Hakları Komisyonu'nun 53üncü oturumuna sunduğu rapora bakınız (E/CN.4/1997/7, paragraf 3-11). Bu raporda Özel Raportör, recim, falaka ve bir uzvun kesimi gibi cezaların, ceza hukuki usul açısından yasal bir biçimde belirlendiği için "yasal" sayılmayacağı görüşünü ifade etmiştir. Özel Raportörün dile getirdiği ve İnsan Hakları Komisyonu ve diğer BM kuruluşlarının görüşleriyle tutarlı olan bu yorum, 1998/38 sayılı İnsan Hakları Komisyonu kararıyla da desteklenmiştir. Bu karar "Hükümetlere, insan bedeni üzerinde uygulanan cezaların zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve hatta işkence yerine geçebileceğini anımsatır".

<sup>18</sup> Taraf Devlet'in koyduğu çekince yüzünden 20'nci maddenin uygulanmasının sınırlı olduğu da ifade edilmelidir. Böyle bir çekince varsa, 20'nci madde uygulanamaz.

<sup>19</sup> Bakınız Bilgi Notu No. 8/1991, paragraf 185, İşkenceye Karşı Komitenin Genel Kurul raporunda bildirilmiştir; 12 Haziran 1994 (A/49/44).

<sup>20</sup> Bakınız Bilgi Notu 6/1990, paragraf 10.4, İşkenceye Karşı Komitenin Genel Kurul raporunda bildirilmiştir, 26 Temmuz 1995 (A/50/44).

<sup>21</sup> A/37/40 (1982) numaralı ve 30 Temmuz 1982 tarihli BM Belgesi

<sup>22</sup> Birleşmiş Milletler Belgesi E/4393 (1967).

<sup>23</sup> Birleşmiş Milletler belgesi E/CN.4/1995/34.

<sup>24</sup> Birleşmiş Milletler belgesi E/CN.4/1996/35.

<sup>25</sup> OAS Treaty Series No. 36, 1144 UNTS 123. Bu sözleşme, 18 Temmuz 1978 tarihinde yürürlüğe girmiş ve Basic Documents Pertaining to Human Rights in the Inter-American System dizisinde yeniden basılmıştır. OEA/Ser.L.V/II.82 doc.6 rev.1, 25 (1992).

<sup>26</sup> Regulations of the Inter-American Commission on Human Rights, OAS/Ser.L.V/II.92, doc. 31 rev. 3, 3 Mayıs 1996, Madde 1 (1).

<sup>27</sup> Bakınız Case 10.832, Report No. 35/96, Inter-American Commission on Human Rights Annual Report 1997, paragraf 75.

<sup>28</sup> OAS Treaty Series No. 67.

<sup>29</sup> Inter-American Commission on Human Rights, "Report on the Situation of Human Rights in Mexico 1998", paragraf 323.

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

<sup>31</sup> 213 UNTS 222.

<sup>32</sup> 213 UNTS 222, Karar 3-5-8 numaralı protokollerle değiştirilmiş ve sırasıyla 21 Eylül 1970, 20 Aralık 1971 ve 1 Ocak 1990 tarihlerinde yürürlüğe girmiştir.

<sup>33</sup> A.g.e, paragraf 61.

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

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

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

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

<sup>38</sup> A.g.e. paragraf 95.

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

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

<sup>41</sup> A.g.e. paragraf 117.

<sup>42</sup> European Treaty Series 126.

<sup>43</sup> Özgürlüğünden mahrum bırakılan insan: Tutuklanan ve göz altına alınan kişiler, duruşmalarının yapılmasını bekleyen mahpuslar, hüküm giymiş mahpuslar ve istekleri dışında psikiyatrik hastanelere hapsedilmiş kişilerde dahil olmak üzere ama bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, Kamu Otoritesiyle özgürlüğünden mahrum bırakılan herhangi bir kişi.

<sup>44</sup> OAU Belgesi CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982).

### BÖLÜM III KONUyla İLGİLİ ETİK DEĞER VE KURALLAR

[A. Hukuk mesleği etiği](#)

[B. Sağlık hizmeti etiği](#)

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

### D. Sağlık çalışanlarının çifte yükümlülüğü

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

#### **A. Hukuk Mesleği Etiği**

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

Uluslararası standartlara göre avukatların da mesleki görevi, insan haklarını korumak ve geliştirmektir. *BM Avukatların Görevlerine İlişkin Temel İlkeleri*'nin 14'üncü maddesine göre <sup>47</sup>: "Avukatlar müşterilerinin hakkını korurken ve adaletin yerine getirilmesi için uğraşırken, ulusal ve uluslararası hukukun tanıdığı insan hakları ve temel özgürlükleri gözetmek, her zaman hukuka ve hukuk mesleğinin standartlarına ve etik anlayışına uygun biçimde özgürce ve özenle davranmakla yükümlüdürler".

#### **B. Sağlık Hizmeti Etiği**

İnsan hakları kavramıyla, sağlık hizmeti etiğinin oturmuş ilkeleri arasındaki bağlantılar açıktır. Sağlık çalışanlarının etik yükümlülükleri üç düzeyde ifade edilmiştir; bu ilkeler, hukuk mesleğinde olduğu gibi Birleşmiş Milletler belgelerinde de ele alınmıştır. Ayrıca Dünya Tabipler Birliği, Dünya Psikiyatri Birliği, Uluslararası Hemşireler Konseyi gibi sağlık çalışanlarını temsil eden uluslararası kuruluşların açıklamalarında da bu ilkelere yer verilir. <sup>48</sup> Ulusal Tabip Birlikleri ve hemşirelik kuruluşları da, üyelerinin uyması beklenen etik kuralları yayınlarlar. Ne şekilde ifade edilirse edilsin, sağlık hizmeti etik kurallarının ana kuralı, kısıtlamalar, baskılar ve yasal sözleşmelere bağlı yükümlülüklerden bağımsız olarak, sağlık hizmeti veren kişinin daima hastanın iyiliğini gözeterek ve yararını düşünerek davranmakla görevli olduğudur. Bazı ülkelerde doktor-hasta ilişkisinin gizliliği gibi, tıbbi etik ilkeleri ulusal hukukun bir parçası haline gelmiştir. Ulusal hukukun parçası olmasa bile, bütün sağlık çalışanları ahlaki olarak profesyonel meslek kuruluşlarının koyduğu standartlara uymakla yükümlüdürler, ahlaken bu kurallarla bağlıdırlar. Makul bir mazeretleri olmadan, mesleki standartlara uymaz, bu standartlardan saparlarsa yetkililerini kötüye kullanmaktan suçlu bulunurlar.

##### **1. Sağlık Çalışanlarıyla İlgili Birleşmiş Milletler Açıklamaları**

Cezaevi sistemi içerisinde çalışan diğerleri gibi sağlık çalışanları da, *Tutuklulara Karşı Muamelenin Standart Asgari Kuralları*'na <sup>49</sup> uymakla yükümlüdürler. Bu kurallara göre, ayırım yapılmaksızın bütün mahkumlara psikiyatri hizmetleri de dahil olmak üzere bütün tıbbi hizmetler sunulmalı; hasta olan veya tedavi görmeyi talep eden mahkumlar her gün görülmelidir. Bu tür gereklilikler, doktorların bakmakla görevli oldukları hastaları tedavi etme ve hastanın yararına uygun şekilde davranmalarını gerektiren etik yükümlülüklerini pekiştirir. Birleşmiş Milletler'in *Mahkum ve Tutukluların İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ve Cezalardan Korunmasında Sağlık Çalışanlarının Özellikle Doktorların Rolü için Geçerli Tıbbi Etik İlkeleri*'nde <sup>50</sup> özellikle hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının etik yükümlülükleri konusunu ele almaktadır. Bu belgelerde, göz altındakilerin fiziki ve ruhsal sağlığını korumanın sağlık çalışanlarının ahlaki bir görevi olduğu açıkça belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının tıbbi bilgi ve yeteneklerini kişilerin uluslararası platformlarda dile getirilen haklarını çiğneyecek bir şekilde kullanmaları özellikle yasaktır. <sup>51</sup> İşkenceye aktif veya pasif bir biçimde katılmak veya herhangi bir biçimde işkenceye göz yummak tıbbi etikle tamamen çelişir.

Kişinin kötü muameleye dayanma kapasitesini değerlendirmek, kötü muamelenin yapıldığı yerde bulunmak, kötü muameleyi yönetmek veya bizzat uygulamak, kötü muamelenin devam etmesi amacıyla kişileri hayata döndürmek veya işkenceden sorumlu olması muhtemel kişilerin talimatları doğrultusunda işkence öncesinde, işkence esnasında veya sonrasında tıbbi bakım yapmak,

işkencecilere kişilerin sağlık durumu hakkında veya tıp mesleğine ilişkin bilgi vermek, kasıtlı olarak kanıtları göz ardı etmek, otopsi raporu veya ölüm belgesi gibi gerçeğe uygun olmayan yalan raporlar hazırlamak, işkenceye "katılmak" olarak addedilir. <sup>52</sup> Birleşmiş Milletler ilkeleri, tutuklular ve sağlık personeli arasındaki tek etik ilişki biçiminin tutukluların sağlığını değerlendirmek, onların sağlığını korumak ve iyileştirmek olduğunu vurgulayarak sağlık hizmeti etiğinin ana kurallarından birini benimsemiştir. Cezalandırma veya işkenceyi kolaylaştırmak için tutukluların sağlıklarını değerlendirmek etik olmayan bir davranıştır.

## **2. Uluslararası Meslek Kuruluşlarının Açıklamaları**

Uluslararası meslek kuruluşlarının bir çok açıklamasında, insan haklarının korunması için gerekli ilkeler üzerinde durulmaktadır. Bu kuruluşların açıklamaları, uluslararası tıp kuruluşlarının insan hakları konusunda fikir birliği içinde olduklarını açık ve net bir biçimde ortaya koyar. Dünya Tabipler Birliği'nin (DTB) beyanatları, doktorların uluslararası düzeyde kabul edilen etik görevlerini tanımlar. DTB *Tokyo Bildirgesi* <sup>53</sup>, sağlık çalışanlarının işkence veya kötü muameleye katılmasını ya da işkence veya kötü muamele esnasında mevcut bulunmasının yasak olduğunu bir kere daha dile getirmiştir. DTB Tokyo Bildirgesine özel atıfta bulunan BM ilkeleri de bu yasağı pekiştirir. Doktorların kötü muameleyi kolaylaştıracak bilgi, tıbbi araç veya tıbbi malzeme sağlaması açık bir biçimde yasaklanmıştır. Dünya Psikiyatri Birliği'nin *Hawaii Bildirgesi* <sup>54</sup> ile aynı kural psikiyatride de uygulanmıştır. Bu bildirme, psikiyatri mesleğinin ve psikiyatri bilgisinin, herhangi bir kişi veya grubun insan haklarının ihlali için kötüye kullanımını yasaklar. Uluslararası İslami Tıp Konferansının yayınladığı *Kuveyt Bildirgesi*'nde de <sup>55</sup> aynı husus dile getirilmiş ve doktorların tıbbi bilgilerini "siyasi, askeri veya herhangi bir nedenle bedene, akla, ruha zarar vermek, bunları zedelemek ve incitmek üzere" kullanması veya bu bilgilerin kullanımına izin vermesi yasaklanmıştır. *Gözetimdeki ve Tutukluların Bakımında Hemşirelerin Rolü Yönergesi*'nde hemşireler içinde benzer kurallar getirilmiştir. <sup>56</sup>

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

## **3. Ulusal Sağlık Hizmeti Etiği Kuralları**

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

### **C. Tüm Sağlık Hizmeti Etiği Kurallarında Yer Alan Ortak İlkeler**

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

#### **1. Müşfik Bakım ve Tedavi Sağlama Görevi**

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



Geleneksel Kurallar: Modern tıp ettiğinin temelini, profesyonel değerleri dile getiren ilk beyannamelerde açıklanan ilkeler oluşturur. Bu ilkeler, doktorların kendilerini riske atma pahasına da olsa tıbbi bakım vermekle yükümlü olduklarını ifade ederler. M.S. 1inci yüzyıldan kalma bir Hindu yasasında, doktorlara "hastanızın iyiliği için bütün kalbiniz ve ruhunuzla çalışın, hayatınız pahasına da olsa hastanızı terk etmeyin, onu incitmeyin" talimatı verilir. Eski İslami yasalarda da benzer talimatlar verilmiştir. Modern Kuveyt Deklerasyonunda da doktorların "ister yakın, ister uzak, erdemli ya da günahkar, dost veya düşman olsun" yoksullar ve tıbbi bakıma ihtiyaç duyanlara hizmet etmek üzerinde yoğunlaşması gerektiği ifade edilmiştir.

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

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

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

## 2. Bilgilendirilmiş Onam

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

DTB'nin Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nde doktorların, aklen salâhiyetli hastalarından herhangi bir muayene veya tıbbi işlem için baskı altında olmadan ve bilgilendirilmiş onam almakla görevli oldukları

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

### 3. Gizlilik

Hipokrat yemininden modern çağın etik kurallarına kadar, bütün etik ilkelerin temel esaslarından biri de gizlilik görevidir. Bu ilke, Lizbon Hasta Hakları Bildirgesinde olduğu gibi DTB bildirgelerinde önemli bir yer tutar. Bazı hukuk sistemlerinde, mesleki gizlilik esas çok önemli görüldüğü için ulusal hukukun bir parçası haline gelmiştir. Gizlilik ilkesi mutlak bir yükümlülük değildir, gizlilik ilkesinin insanlara ciddi bir zarar vermesi veya adaletin ciddi bir biçimde çarpıtılmasına neden olması gibi istisnai durumlarda bu ilke etik bir biçimde ihlal edilebilir. Ancak kişinin sağlık bilgilerinin gizliliğinin korunması genel bir ilkedir ve bu konudaki gizlilik ilkesine ancak konudan haberdar edilen ve bilgilendirilen hastanın rızasıyla uyulmayabilir.<sup>64</sup> Hastaya ilişkin kimlik bilgilerini içermeyen tıbbi bilgiler ise başka amaçlar için serbestçe, hastanın kimliğinin açıklanmasının gerekmediği bütün durumlarda kullanılabilir. (Örneğin, belli bir işkence ya da kötü muamele biçimi hakkında veri toplanırken, bu durum söz konusu olabilir.) Sağlık çalışanlarının, hastalara zarar verme riski içeren kimlik bilgilerini vermeye zorlandıkları veya yasalar nedeniyle bu bilgiyi vermekle yükümlü oldukları durumlarda, ikilemler ortaya çıkar. Bu gibi durumlarda, hastanın iyiliğine ve özerkliğine saygı gösterme, hastanın iyiliği için davranma ve zarar vermekten kaçınma gibi temel etik yükümlülükler, diğer yükümlülüklerinin önüne geçer. Doktorlar, bilgi isteyen makama veya mahkemeye mesleki gizlilik yükümlülüklerinin kendilerini bağladığını ve bilgi veremeyeceklerini açıkça ifade etmelidirler. Bu şekilde yanıt veren sağlık çalışanları, mesleki örgütlerinin ve meslektaşlarının desteğine hak kazanır. Uluslararası insancıl hukuk, silahlı çatışma dönemlerinde doktor-hasta ilişkisinin gizliliğine özel bir önem atfederek, doktorların hasta ya da yaralı kişileri ihbar etmemeleri gerektiğini de belirtmiştir.<sup>65</sup> Bu tür durumlarda hastaları hakkında bilgi vermeye zorlanamayacakları için sağlık çalışanları da koruma altındadırlar.

### D. Sağlık çalışanlarının çifte yükümlülüğü

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

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

Doktorlar, bir başkası adına hareket ettikleri her durumda, hastaya durumu açıklama ve hastanın bu gerçeği anlamasını sağlamakla yükümlüdürler<sup>66</sup>. Doktor, kendini hastaya tanıtmalı ve tedavi ve muayenenin amacını açıklamalıdır. Üçüncü bir şahıs tarafından göreve atıldığı veya kendisine üçüncü şahıs tarafından ödeme yapıldığı durumlarda bile doktorun görevi tedavi veya muayene ettikleri hastaya bakmaktır. Doktorlar, hastalarına zarar verebilecek veya onları psikolojik veya fiziksel açıdan zarar görebilecekleri süreçlere uymayı reddetmekle yükümlüdürler. İmzaladıkları sözleşmelerin, klinik açıdan doğru kararlar vermelerini sağlayacak, profesyonel bağımsızlıklarını koruyacak şekilde hazırlanmış olmasını güvence altına almalıdırlar. Doktorlar, gözaltında bulunan herhangi bir kişinin, görmesi gereken tıbbi muayene ve tedaviye erişebilmesini sağlamakla yükümlüdürler. Doktorların gözaltında bulunan kişinin reşit olmaması ya da hassas konumda bir

yetişkin olması halinde avukatmışçasına davranmak gibi ek bir yükümlülükleri de vardır. Gizliliği korumak, hastanın bilgisi ve onayı olmadan hastaya ilişkin bilgileri açıklamamak doktorların genel görevlerinden biridir. Doktorlar, tıbbi kayıtlarının gizliliğini temin etmekle yükümlüdürler. Doktorlar, kendilerinin de dahil olduğu tıbbi hizmetlerin etiğe aykırı, yetki ve görevin kötüye kullanımını içermesi veya yetersiz bir biçimde verilmesi veya hastaların sağlığı açısından olası bir tehdit oluşturması halinde, durumu izlemek ve açıklamakla yükümlüdürler. Böylesi bir durumda hemen tavır almadıkları takdirde, daha ileri ki aşamalarda durumu protesto etmeleri daha da güçleşecektir. Doktorlar hastaları, ailelerini veya kendilerini öngörülebilir bir şekilde tehlikeye atmadan konuyu araştırabilecek yetkili makamlara veya uluslararası kuruluşlara haber vermelidirler. Doktorlar ve mesleki örgütler, makul delillere dayanarak bu tür tavır alan bütün meslektaşlarını desteklemelidir.

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

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

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

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

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

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

Sağlık çalışanları, hak ihlalinin, kendi sorumluluk alanında gerçekleştiği iddia edilen yetkililere bildirilmesinin konuyu açıklayan kişi de dahil olmak üzere hasta ve başkalarına da zarar gelmesi riskini

taşıdığını da akılda tutmalıdırlar. Doktorlar bile bile kimseyi misilleme tehlikesiyle karşı karşıya bırakmamalıdırlar. Harekete geçmekten muaf tutulamazlar, ancak sağduyuyla hareket etmeli ve olayı, ihlalde doğrudan sorumluluğu bulunacak yetkililer dışında yetkili bir birime bildirmeyi veya bildirim sağlık çalışanları ve hastaları açısından risk taşıyorsa, kişilerin kimlik bilgilerini açık etmeden bildirmeyi düşünmelidirler. İkinci yol izlenirse, sağlık çalışanlarının kimlik bilgilerini açıklama baskısıyla karşı karşıya kalacakları veya tıbbi kayıtlara zorla el konulabileceği olasılıklarını da göz önünde bulundurmaları gerektiği açıktır. Çok kolay bir çözüm olmamakla birlikte sağlık çalışanları her şeyden öte zarar vermekten kaçınma temel ilkesine uygun davranmalı ve mümkünse, ulusal ya da uluslararası meslek kuruluşlarının tavsiyelerine başvurmalıdırlar.

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

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

<sup>47</sup> 27 Ağustos - 7 Eylül 1990 tarihleri arasında Havana, Küba'da yapılan BM Sekizinci Suçun Önlenmesi ve Suçluların Tedavisi Kongresi tarafından kabul edilmiştir.

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

<sup>49</sup> Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners ve Procedures for the Effective Implementation of the Standard Minimum Rules, BM tarafından 1955 yılında kabul edilmiştir.

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

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

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

<sup>53</sup> DTB tarafından 1975 yılında kabul edilmiştir.

<sup>54</sup> DPB tarafından 1977 yılında kabul edilmiştir.

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

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

<sup>57</sup> DTB tarafından 1990 yılında kabul edilmiştir.

<sup>58</sup> DTB tarafından 1997 yılında kabul edilmiştir.

<sup>59</sup> DTB tarafından 1949 yılında kabul edilmiştir.

<sup>60</sup> DTB tarafından 1948 yılında kabul edilmiştir.

<sup>61</sup> DTB tarafından 1986 yılında kabul edilmiştir.

<sup>62</sup> DTB tarafından 1981 yılında kabul edilmiştir; Eylül 1995'te yapılan 47'nci Genel Kurul'da değişiklik yapılmıştır.

<sup>63</sup> DTB tarafından 1983 yılında kabul edilmiştir.

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

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

<sup>66</sup> Bu ilkeler tipik bir ulusal kuruluş olan İngiliz Tabipler Birliği'nin "Çifte Yükümlülüğü olan Doktorlara" Rehberlik Yapacak İlkelerden çıkarılmıştır (yayın tarihi 1995).

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

## İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Soruşturulması ve Belgelendirilmesi İçin El Kılavuzu

### BÖLÜM III

#### İŞKENCENİN HUKUKİ AÇIDAN SORUŞTURULMASI

##### A. İşkence soruşturmasının amacı

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



### C. İşkence soruşturmasında usuller

#### D. Soruşturma komisyonu

Uluslararası hukuka göre Devletler, rapor edilen işkence olaylarını hemen ve tarafsız olarak soruşturmakla yükümlüdürler. Delillerin işkenceye işaret ettiği durumda, toprakları dahilinde işkence suçu işlemiş ya da bu suça katılmış olduğu iddia edilen bir kişi bulunan Devlet, zanlı olduğu iddia edilen kişiyi ya gerekli yargılamayı yapabilecek bir başka Devlet'e iade etmeli veya söz konusu olayın, yetkili hukuk makamlarınca ulusal ya da yerel ceza hukukuna göre soruşturulmasını sağlamalıdır. Geçerli herhangi bir işkence soruşturmasının temel ilkeleri, hukuki yeterlilik, tarafsızlık, bağımsızlık, anında ve kapsamlı araştırmadır. Bu ilkeler, her tür hukuk sistemine dahil edilebilir ve bütün işkence soruşturmalarına rehberlik eden temel ilkeleri oluştururlar.

Devletler kaynak eksikliği, uzman eksikliği, önyargı, belirgin bir ihlal biçiminin var olması veya başka temel nedenlerle soruşturma usul ve süreçlerinin yetersiz kaldığı durumlarda, soruşturmalarını bağımsız araştırma komisyonu veya benzer usullerle yürütmelidirler. Böyle bir komisyonun üyeleri, tarafsızlıkları, yetkinlikleri ve bağımsızlıkları kabul edilen kişiler arasından seçilmelidir. Bu kişiler özellikle soruşturmanın konusu olabilecek herhangi bir kurum, kuruluş veya kişiden bağımsız olmalıdırlar.

Bölüm A, işkencenin soruşturulmasının amacını geniş anlamıyla tanımlar. Bölüm B, işkencenin ve diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamelenin ya da cezanın etkin soruşturulması ve belgelendirilmesine ilişkin temel ilkeleri ortaya koyar. Bölüm C, işkence iddiaları hakkında yapılacak herhangi bir soruşturmada, soruşturma için tavsiye edilen usulleri açıklar. Bu bölümde ilk önce soruşturmayı yapacak uygun soruşturma makamının ne olduğuna ilişkin karar verilmesi, daha sonra mağdur olduğu iddia edilen kişi ve diğer tanıkların sözlü ifadesinin alınması ve fiziksel kanıtların toplanması için kurallar açıklanır. Bölüm E, özel bir bağımsız soruşturma komisyonu oluşturulmasına yönelik kuralları açıklar. Bu kurallar, yargısız infaz, işkence ve kayıplar da dahil olmak üzere insan hakları ihlalleri iddialarını soruşturmak için bağımsız komisyonlar kurmuş birkaç ülkenin deneyimlerine dayanılarak geliştirilmiştir.

#### **A. İşkence soruşturmasının amacı**

Soruşturmanın geniş anlamdaki amacı, iddia edilen işkence olayı ile ilgili delillerin, olayın sorumlularının belirlenmesi ve yargılanmalarının sağlanması ya da işkence görenlerin koşullarının iyileştirmesini sağlamak amacıyla geliştirilmiş prosedürler kullanılmasıdır. Burada değinilen konular, başka işkence soruşturmaları içinde geçerli olabilir. Soruşturmayı yürütenler bu amaçları gerçekleştirmek için en azından aşağıdaki hususları yerine getirmeye uğraşmalıdır: İşkence gördüğü iddia edilen kişinin (kişilerin) ifadesini almak; sorumluların bir mahkemede yargılanması olasılığı için gerçekleştiği iddia edilen işkence vakası hakkındaki tıbbi deliller de dahil olmak üzere delilleri ortaya çıkarmak ve saklamak; olası tanıkları belirlemek ve iddia edilen işkence vakasıyla ilgili ifadelerini almak; iddia edilen işkence olaylarının nasıl, ne zaman ve nerede gerçekleştiğinin yanı sıra işkencenin belli bir model veya uygulama biçimine uyup uymadığını belirlemek.

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

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

**(a)** Bulguların açıklığa kavuşturulması ve işkence görenler ve aileleri için, işkence olayına karışan bireylerin ve Devlet'in sorumluluğunun saptanması ve kabul edilmesi;

**(b)** Olayın tekrarlanmasını önlemek için gerekli önlemlerin belirlenmesi;

**(c)** Soruşturma sonucunda işkence veya kötü muameleden sorumlu olduğu düşünülen kişilerin yargılanmalarının ve/veya uygun disiplin cezalarına çarptırılmalarının temin edilmesi; Devlet'in adil ve

yeterli maddi tazminat ile tıbbi bakım ve rehabilitasyon olanaklarını sağlaması da dahil olmak üzere, tam bir tazminatın ve koşullarda iyileştirmenin gerektiğinin gösterilmesi.

Devletler, işkence ya da kötü muameleyle ilişkin şikayet ve raporların derhal ve etkili bir biçimde soruşturulmasını sağlamak zorundadırlar. Açık bir şikayet olmasa da, işkence ya da kötü muamele vakası olduğuna ilişkin belirtiler varsa soruşturma yapılmalıdır. Soruşturmayı yürütenler, zanlılar ve onların hizmet verdiği kurumlardan bağımsız olmanın yanı sıra, konularında yetkin ve tarafsız kişiler de olmalıdırlar. Bu kişilerin, tarafsız tıp veya diğer uzmanlarının yaptığı araştırmalara da ulaşabilmesi veya bu uzmanlardan soruşturma yapmalarını isteme yetkilerinin de olması şarttır. Bu tür araştırmalarda kullanılacak yöntemler, en yüksek profesyonel standartlara uygun olmalı ve bulgular kamuoyuna açıklanmalıdır.

Soruşturma için gerekli tüm bilgilere ulaşmak, soruşturmayı yürütecek yetkililerin yetkileri ve görevleri dahilinde olmalıdır.<sup>68</sup> Etkili bir soruşturma için, gerekli her tür maddi ve teknik kaynak soruşturmayı yapan kişilerin kullanımına sunulmalıdır. Ayrıca bu kişilerin, işkence ya da kötü muameleyle karıştığı iddia edilen ve resmi görevli olarak hareket eden herkesi ortaya çıkıp, ifade vermeye zorlama yetkileri de olmalıdır. Bu yetki herhangi bir tanık için de geçerlidir. Bu amaçla, soruşturma yapan yetkili, işkenceyle karıştığı iddia edilen herhangi bir yetkili de dahil olmak üzere tüm tanıklara celp göndermeye ve delillerin sunulmasını istemeye de yetkili olmalıdır. İşkence ya da kötü muamele gördüğü iddia edilen kişiler, tanıklar, soruşturmayı yürütenler ve bunların aileleri, soruşturmanın ardından gelebilecek her tür şiddete, şiddet tehdidine ya da herhangi bir göz dağına karşı korunmalıdır. Doğrudan veya dolaylı olarak işkence ya da kötü muameleyle karışmış olma ihtimali bulunanlar, şikayetçiler, tanıklar, ve aileleri üzerinde kontrol veya güç sağlayabilecekleri her tür konumdan uzaklaştırılmalıdırlar.

İşkence ya da kötü muamele mağduru olduğu iddia edilen kişiler ve yasal temsilcilerinin tüm duruşmalardan, aynı zamanda soruşturma ile ilgili tüm bilgilerden haberdar edilmesi ve bunlara erişimleri sağlanması ve delil sunmaya yetkili kılınmaları gereklidir.

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

İşkence veya kötü muamele soruşturmasında görev alan tıp uzmanları, her zaman en yüksek etik standartlara uygun davranmalı ve özellikle her muayeneden önce kişiye bilgi vererek, onun bilgilendirilmiş onamını almalıdırlar. Muayene, tıp pratiğinin varolan standartlarına uygun yapılmalıdır. Muayeneler tıp uzmanının kontrolünde özel olarak yapılmalı, muayene sırasında güvenlik görevlileri ve diğer hükümet görevlileri bulunmamalıdır. Muayenenin ardından tıp uzmanı hemen doğru bir yazılı rapor hazırlamalıdır. Bu raporda en azından şu bilgilere yer verilmelidir:

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

**(b) Öykü:** Kişinin muayene sırasında alınan, yapıldığı iddia edilen işkence ya da kötü muamele yöntemleri, işkence ya da kötü muamele yapıldığı iddia edilen zamanlar ile fiziksel ve psikolojik semptomlara ilişkin tüm şikayetleri de içeren öyküsünün ayrıntılı tutanağı;

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

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

**(e) Kaleme Alan:** Raporda, muayeneyi yapanların kimlikleri açıkça belirtilmeli ve rapor bu kişiler tarafından imzalanmalıdır.

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

### **C. İşkence soruşturmasında usuller**

#### **1. Uygun soruşturma biriminin belirlenmesi**

İşkence vakasına kamu görevlilerinin de karıştığı şüphesinin olduğu durumlarda (bunun içine bakanların, bakan yardımcılarının, bakanların bilgisiyle hareket eden memurların, Devlet bakanlıklarındaki kıdemli memurların, kıdemli askeri liderlerin işkence uygulanması yönünde verdikleri olası emirler veya bu gibi kişilerin işkenceye göz yumması da girer) özel bir soruşturma komisyonu kurulmadan nesnel ve tarafsız bir soruşturma yapmak mümkün olmayabilir. Soruşturmacıların uzmanlıklarının ya da tarafsızlıklarının sorgulandığı durumlarda da, soruşturma komisyonu gerekli olabilir.

Devletin işkence olayına karıştığı veya özel durumların var olduğu inancını destekleyen ve tarafsız özel bir soruşturma mekanizmasının kurulmasını gerektirebilecek unsurlar aşağıdakileri içerir:

**(a)** Kişi, polis nezaretinde veya gözaltında son olarak görüldüğünde zarar görmemiş ise;

**(b)** Olayın uygulanma şekli [modus operandi] belirgin bir biçimde, Devlet destekli işkenceye atfedilebilir ise;

**(c)** Devlet içinden ya da Devletle bağlantılı kişiler, işkence soruşturmasını engellemeye ya da geciktirmeye çalışmışlarsa;

**(d)** Bağımsız bir soruşturma kamu yararına olacaksa;

**(e)** Normal soruşturma birimleri tarafından yapılan soruşturmalar uzman eksikliği ya da tarafsız olunamaması veya aşağıdakiler de dahil olmak üzere başka nedenlerle zihinlerde soru işaretleri yaratıyorsa: konunun önemi; belli bir ihlal kalıbının belirgin varlığı; kişinin şikayetçi olması ya da yukarıda belirtilen eksiklikler veya; diğer önemli sebepler.

Bağımsız bir soruşturma komisyonu kurulmasına karar veren bir Devlet, kimi hususları göz önünde bulundurmalıdır. İlk olarak, soruşturmaya konu olacak kişilere usul hakkında, soruşturmanın her aşamasında uluslararası hukuk güvencesi altında olan standart asgari güvenceler temin edilmelidir.

İkinci olarak, araştırmacılara, nesnel ve tarafsız hukuki danışmanlığın yanı sıra yeterli teknik ve idari personel desteği sağlanmalıdır ki, soruşturma sonucunda cezai işlemler açısından kabul edilebilir deliller üretilebilsin. Üçüncü olarak, soruşturmacılar, Devletin kaynaklarının ve yetkilerinin bütününden yararlanmalıdır. Son olarak, soruşturmacıların, uluslararası hukuk ve tıp uzmanlarından yardım alma yetkisi olmalıdır.

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

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

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

Soruşturmanın en başından itibaren, işkence gördüğü iddia edilen kişiye yapılan işlemler, kendisinden neden delil istendiği, sunulan delilin kullanılıp kullanılmayacağı ya da nasıl kullanılacağı hakkında mümkün olduğunca çok bilgi verilmelidir. Soruşturmacılar kişiye, soruşturmanın hangi bölümünün kamuya açık olacağını ve hangi bölümünün gizli kalacağını açıklamalıdır. Kişinin, soruşturmanın bütünü ve bir bölümünü kısmen reddetme hakkı vardır. İşkence gördüğü iddia edilen kişinin programına ve isteklerine uymak için elden gelen her tür çaba gösterilmelidir. İşkence gördüğü iddia edilen kişinin, soruşturmada kaydedilen gelişmelerden düzenli olarak haberdar edilmesi gerekir. İşkence gördüğü iddia edilen kişi, soruşturmadaki temel duruşmalardan ve yargılamanın seyrinden haberdar edilmelidir. Soruşturmacılar mağduru, zanlı olduğu düşünülen kişinin tutuklandığından haberdar etmelidirler. İşkence gördüğü iddia edilen kişilere, bu konuda kampanya yürüten ve tedavi konusunda kendilerine yardım edebilecek grupların iletişim bilgileri verilmelidir. Soruşturmacılar kendi yargı alanlarında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarıyla birlikte çalışarak, işkence konusunda karşılıklı bilgi alışverişi ve bilgilendirme/eğitim değiş tokuşu sağlanmalıdır.

### *(b) Araştırmacının seçimi*

Olayı soruşturan yetkililerin bir kişiyi, işkence gördüğü iddia edilen kişiyi sorgulamakla görevlendirilmesi gereklidir. İşkence gördüğü iddia edilen kişinin yaşadığı olayı, hukuk ve tıp alanında çalışan profesyonellerle enine boyuna tartışması gerekebilir. Öte yandan soruşturma ekibi, kişinin hikayesindeki gereksiz tekrarları en aza indirmek için elinden çabayı sarf etmelidir. Temel görevi işkence gördüğü iddia edilen kişiyi sorgulamak olan kişiyi belirlerken, kişinin işkence gördüğü iddia edilen kişi ile aynı cinsiyetten, aynı kültürel yapıdan gelen ve kendi dilini konuşan birini tercih edebileceği hususuna özel önem verilmelidir. Ana araştırmacı olarak belirlenen kişinin, işkencenin belgelendirilmesi ve işkence de dahil olmak üzere travma görmüş kişilerle çalışma konusunda önceden eğitim almış olması veya deneyimli olması gereklidir. Eğitim almış veya deneyimli bir soruşturmacının bulunmadığı durumlarda esas soruşturmacı, kişiyle görüşmeden önce işkence ve işkencenin fiziksel ve psikolojik sonuçları hakkında bilgi sahibi olabilmek için her tür çabayı göstermelidir. İşkence hakkında bilgi, bu El Kılavuzu da dahil olmak üzere çeşitli mesleki ve eğitici yayınlardan, eğitim kurslarından ve mesleki konferanslardan elde edilebilir. Ayrıca araştırmacının uluslararası uzmanların tavsiyelerine erişebilmesi ve soruşturma süresince yardım alabilmesi gerekir.

### *(c) Soruşturma bağlamı*

Araştırmacıların çalıştıkları ortamı çok iyi değerlendirmeleri ve ona göre gerekli önlemleri almaları, gerekli güvenceleri sağlamaları gereklidir. Görüşülen kişiler halen hapisteyse ve misillemeye açık bir ortamdaysalar, görüşmecinin onları tehlikeye atmamaya özen göstermesi gerekir. Soruşturma yapan kişiyle konuşurken görülme kişiyi tehlikeye atacaksa, kişisel görüşme yerine "grup görüşmesi" yeğlenebilir. Diğer durumlarda, soruşturma yapan kişi, tanığın özgürce konuşabileceği, kendini rahat hissedeceği özel görüşmeye uygun bir mekan seçmelidir.



Görüşme, farklı siyasi bağlamlara göre değerlendirilebilir. Bu bağlam farklılığı, değerlendirmelerin ne şekilde yapılacağına ilişkin önemli farklılıklar doğurabilir. Bağlam, soruşturmanın hangi hukuki standartlara göre yapılacağını da etkiler. Örneğin, işkence zanlısına dava açılmasıyla sonuçlanabilecek bir soruşturmada, en üst düzey kanıtlama gerekirken, üçüncü bir ülkeye yapılan siyasi sığınma başvurusunu destekleyen bir raporun, işkenceyi görece daha alt bir düzeyde ispatlaması yeterli olabilir. Soruşturmacının belli bir duruma ve değerlendirmenin amacına göre, aşağıda sıralanan temel bilgileri uyarlaması gerekecektir. Aşağıda değişik bağlamlar için geçerli olabilecek ama bütün bağlamları da içermeyen örnekler verilmiştir:

- (i) Kişinin kendi ülkesinde cezaevinde ya da gözaltında olması,
- (ii) Kişinin bir başka ülkede cezaevinde ya da gözaltında olması,
- (iii) Kişinin kendi ülkesinde gözaltında olmamakla birlikte düşmanca, baskıcı bir ortamda olması,
- (iv) Kişinin kendi ülkesinde barış ve güvenlik ortamında ve gözaltında olmadığı durumlar,
- (v) Kişinin dost ya da düşman olabilecek bir başka ülkede olması,
- (vi) Kişinin mülteci kampında olması,
- (vii) Kişinin savaş suçları mahkemesi ya da Gerçekler Komisyonunda olması.

Politik ortam, işkence gören ve muayene eden kişiye karşı düşmanca olabilir; örneğin, gözaltına alınan kişiler, hükümetleri tarafından cezaevinde tutuluyorsa veya yabancı hükümetler tarafından sınır dışı edilmek için tutuklandılarsa ortam düşmanca olabilir. Sığınma hakkı isteyenlerin, işkence kanıtlarının belirlenmesi için muayene edildiği ülkelerde travma ve işkence iddialarını kabul etmedeki isteksizlik siyasi olabilir. Gözaltındaki kişinin güvenliğinin daha fazla tehlikeye atılması, çok gerçek bir olasılıktır ve her değerlendirmede bu durum dikkate alınmalıdır. İşkence gördüğünü iddia eden kişilerin çok belirgin bir tehlike içinde olmadığı durumlarda bile, soruşturmacılar, onlarla temasa geçerken çok dikkatli davranmalıdırlar. Soruşturmacının kullandığı dil ve aldığı tavır, işkence gördüğü iddia edilen kişinin görüşme yeteneğini ve isteğini büyük ölçüde etkileyecektir. Görüşmenin yeri, mümkün olduğunca güvenli ve rahat olmalı, tuvalet ve yeme içme olanakları bulunmalıdır. İşkence gördüğü iddia edilen kişiyle görüşmek için yeterli zaman ayrılmalıdır. Soruşturmacılar, kişinin ilk görüşmede bütün hikayeyi anlatmasını beklememelidirler. Özel nitelikteki sorular, işkence gördüğü iddia edilen kişi için travmatik olacaktır. İfadenin travmatik niteliğini göz önüne alarak soruşturmacı, ses tonunda, cümle kurma tarzında ve sorularının sıralamasında duyarlı olmalıdır. Tanığa, istediği zaman sorulara son verme hakkı olduğu, gerektiğinde ara verilebileceği ya da herhangi bir soruya cevap vermemekte serbest olduğu söylenmelidir.

Mümkün olan durumlarda işkence kurbanı olduğu iddia edilen kişi, tanıklar, ve soruşturma ekibi üyelerinin işkence kurbanlarıyla çalışma konusunda eğitim görmüş, psikolojik danışmanlık ve psikiyatri hizmeti veren kişilere erişebilmelidirler. İşkence olayının tekrar tekrar anlatılması, kişinin işkenceyi ya da travmayla bağlantılı diğer semptomları tekrar hatırlamasına sebep olur. (ayrıca bakınız Bölüm IV.H). İşkencenin ayrıntılarını öğrenmek, görüşme yapan kişilerde ikincil travmaya yol açabilir; bu kişiler gizlilikle ilgili mesleki etik gereklere saygı göstermek koşuluyla tepkilerini birbirleriyle konuşmaya teşvik edilmelidirler. Mümkünse bu, deneyimli bir kişinin yardımıyla yapılmalıdır. Farkında olunması gereken özellikle iki risk söz konusudur. Birincisi, görüşme yapanın kendisini işkence gördüğü iddia edilen kişiyle özdeşleştirilmesi ve böylece hikayeyi yeterince soğukkanlı ele alamama tehlikesi vardır. İkincisi, görüşmeci, işkenceyle ilgili hikayeler duymaya öylesine alışmış olabilir ki, görüşme yaptığı kişinin deneyimlerini hafife alabilir.

#### *(d) Tanıkların güvenliği*

Devlet, işkence gördüğü iddia edilen kişileri, tanıkları ve bunların ailelerini soruşturmanın ardından gelebilecek şiddetten, şiddet tehditlerinden veya herhangi bir gözdağından korumakla sorumludurlar. İşkenceye karışmış olma ihtimali bulunanların, şikayette bulunanlar, onların aileleri ve soruşturmayı yürütenler üzerinde, doğrudan ya da dolaylı, kontrol ya da güç uygulayabilecekleri her tür konumdan

alınmaları gerekir. Soruşturmacılar sürekli olarak, soruşturmanın işkence iddiasında bulunan kişinin ve diğer tanıkların güvenliğine yapabileceği etkiyi göz önünde bulundurmalarıdır.

Çatışma olan ülkelerde, cezaevinde bulunan kişiler de dahil olmak üzere görüşme yapılan kişilerin güvenliği için önerilen önlemlerden biri soruşturmacıların ziyaret edilen kişilerin kimliklerini not alıp saklamalarıdır; böylece ileride tekrar yapılacak bir ziyarette bu kişilerin güvenliği takip edilebilir. Soruşturmacıların, herhangi biriyle ve herkesle, serbestçe ve özel olarak görüşmelerine; ayrıca, gerek görüldükçe, aynı kişilere ziyaretlerini tekrarlamalarına da izin verilmelidir (görüşülen kişilerin izlenebilmesi için bu kişilerin kimlikleri kaydedilmelidir). Tüm ülkeler bu koşulları kabul etmeyebilir ve soruşturmacılar benzer garantileri elde etmekte zorluk çekebilirler. Tanıkların verdikleri ifadeler kendilerini tehlikeye sokacaksa, soruşturmacı delil toplamak için başka yollar bulmalıdır.

Tutuklular, gözlem altında olmayan kişilere göre daha fazla tehlike içindedirler. Tutuklular, farklı durumlara farklı tepkiler verebilirler. Bu durumlardan birinde tutuklular, "dışarıdan" bir soruşturmacının bizzat varlığının koruma anlamına geldiğini düşünerek çok cüretkar konuşmakla, farkında olmadan kendilerini tehlikeye atabilirler. Ama bu durum genel bir kural değildir. Başka bir durumda tutuklulara, kimseye güvenemeyecekleri kadar çok gözdağı verildiyse, araştırmacılar, özel konuşma önerildiğinde bile bir "sessizlik duvarıyla" karşılaşabilirler. Bu durumda, "grup görüşmeleriyle" başlamak soruşturmanın kapsamını ve amacını açıkça anlatabilmek için gerekli olabilir; ardından konuşma arzusunda olan kişilere özel görüşme yapmaları önerilebilir. Misilleme korkusu -haklı ya da haksız- çok fazlaysa, herhangi bir kişiyi mimlememek açısından bütün tutuklularla belli bir gözaltı yerinde görüşmek gerekli olabilir. Soruşturma, yargılamaya ya da kamu önünde bir tür doğruyu söyleme platformuna yol açtığına, soruşturmacı işkence gördüğü iddia edilen kişinin zarar görmesini engellemek için önlemler önermelidir: örneğin kişinin ismini ya da kimliğini belli edecek diğer bilgileri kayıtlardan çıkarmak, kişiye görüntü ya da ses değiştiren araçlarla ya da kapalı devre kamera televizyon sistemleriyle ifade vermesini önermek gibi. Bu önlemler, suçlanan kişinin haklarıyla da uyumlu olmalıdır.

#### *(e) Tercüman kullanımı*

İşkencenin soruşturulmasında tercümanlarla çalışmak, profesyonel olsalar bile, kolay değildir. Bütün farklı lehçeler ve diller için el altında tercüman bulmak her zaman mümkün olmayacaktır, hatta bazen kişinin ailesinden veya kültürel grubundan tercümanlar kullanmak gerekebilir. Kişi, tanıdığı insanlar aracılığıyla yaşadığı işkenceden bahsederken kendini rahat hissedemeyebileceği için ideal olan bu değildir. İdeal olan, tercümanın soruşturma ekibine dahil olması ve işkence hakkında bilgili olmasıdır. (ayrıca bakınız Bölüm IV.IJ ve VI.C.2.)

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

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

(i) Tutuklanma ya da kaçırılma ve gözaltına alınma da dahil işkenceye götüren koşullar ve ortam;

(ii) Son işkence olayının ne zaman gerçekleştiği de dahil olmak üzere işkencenin yapıldığı yaklaşık tarih ve zaman. İşkence yapılan farklı birkaç yer ve işkence yapan farklı insanlar (ya da gruplar) olabileceğinden bu bilgiyi somut hale sokmak kolay olmayabilir. Farklı yerler hakkında ayrı öyküler almak gerekebilir. Kronolojinin hatalı olması hatta bazen kafa karıştırıcı olması beklenebilir: İşkence görmüş biri için zaman kavramı üzerinde yoğunlaşmak genelde güçtür. Durum hakkında genel bir tablo çıkarmaya çalışırken, farklı yerler hakkında farklı, birbirinden ayrı hikayeleri almaya çalışmak yararlı olabilir. İşkence görenler, gözleri bağlı veya yarı baygın olabileceklerinden nereye götürüldüklerini genelde bilmeyeceklerdir. Birbirine yaklaşan ifadeleri bir araya getirerek belli yerlerin, yöntemlerin, hatta işkence yapanların "haritasını çıkartmak" mümkün olabilir;

(iii) Tutuklama, gözaltına alma ve işkenceye karışan kişi(ler)nin ayrıntılı olarak açıklanması; iddiaya konu olan işkenceden önce herhangi birini tanıyıp tanımadığı; giyimleri; yara izleri, doğuştan kalma lekeler, dövmele, boyu, kilosu (kişi kendi vücut ölçülerine göre tarif edebilir), işkence failinin

anatomisinde farklı olan herhangi bir şey, dili ve aksanı, failin herhangi bir zamanda sarhoş veya çıldırmış gibi olup olmadığı;

(iv) Kişiyi anlatılanların ya da soruların içeriği. Bu şekilde, "gizli" ya da kabul edilmeyen gözaltı yerlerini belirlemeye çalışırken, bu tür yerlerle ilgili bilgiler sağlanabilir;

(v) Gözaltı yerindeki günlük rutinin ve kötü muamele biçiminin tanımlanması;

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

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

(viii) İşkence sırasında oluşan fiziksel yaralar;

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

(x) İşkenceyi içeren olaylara tanıklık eden kişilerin kimlikleri Soruşturmacı, tanıkların güvenliğini korumada dikkatli davranmalı; tanıkların kimliklerin şifrelemeyi ya da adlarını görüşme notlarından ayrı tutmayı düşünmelidir;

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

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

#### *(h) İşkence Zanlısının ifadesi*

Mümkünse soruşturmacı, işkence zanlı(ları)sı ile görüşmelidir. Soruşturmacılar, bu kişilere uluslararası ve ulusal hukukun garanti ettiği hukuki güvenceleri sağlamalıdır.

### **3. Fiziksel delillerin toplanması ve korunması**

Bir işkence olayını veya belli bir işkence kalıbını belgelendirmek için soruşturmacının mümkün olduğunca fazla fiziki kanıt toplaması gereklidir. Bütünlüklü ve tarafsız bir işkence soruşturmasının en önemli yönlerinden biri, fiziksel kanıtların toplanması ve analizidir. Soruşturmacılar, fiziki delillerin ortaya çıkartılması ve korunmasıyla ilgili olarak gözaltı altında yaşanan olaylar zincirini belgelendirebilmelidir ki, bu deliller cezai yargılamayı da içerebilecek ilerideki olası hukuki işlemlerde kullanılabilir. İşkence çoğunlukla, insanların bir biçimde gözaltında tutulduğu yerlerde yapılır; fiziksel

delilerin korunması ya da bu yerlere kısıtlama olmaksızın girebilmek başlangıçta zor hatta olanaksız olabilir. Soruşturmacıların herhangi bir yere ya da binaya kısıtlama olmaksızın girebilmelerini ve işkencenin yapıldığı iddia edilen yeri muhafaza altına alabilmelerini sağlamak için Devlet'in kendilerine yetki vermesi gerekir. Soruşturmayı yürüten personel ya da diğer soruşturmacılar, işkence yapıldığı iddia edilen yerin derinlemesine soruşturulması girişimlerini koordine etmek için çaba göstermelidirler. Soruşturmacılar, işkence yapıldığı iddia edilen mekan(lar)a herhangi bir kısıtlama olmadan ulaşabilmelidirler. Erişim hakkı, işkence yapıldığı iddia edilen binaları, araçları, ofisleri, cezaevi koşulları ve hücrelerini veya diğer mekanları içermeli ama bunlarla sınırlı da olmamalıdır.

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

#### 4. Tıbbi deliller

Soruşturmacı, işkence gördüğü iddia edilen kişinin tıbbi muayeneden geçmesini sağlamalıdır. Bu muayenenin zamanında yapılması özellikle önemlidir. İşkencenin üzerinden ne kadar zaman geçtiğine bakılmaksızın tıbbi muayene yapılmalıdır; ama işkencenin son altı hafta içinde yapıldığı iddia ediliyorsa muayenenin akut belirtiler kaybolmadan önce, acilen ayarlanması gerekir. Muayene, yaraların ve hastalıkların tedavisi için gereken psikolojik yardım, tavsiyeler ve izleme ile ilgili bir değerlendirmeyi içermelidir. (Fiziksel muayene ve adli tıp değerlendirmesinin tasviri için bkz. Bölüm VI.) İşkence gördüğü iddia edilen kişinin psikolojik yönden değerlendirilmesi her zaman gereklidir ve bu, fiziksel muayenenin bir parçası olabileceği gibi fiziksel izlerin bulunmadığı durumlarda kendi başına da uygulanabilir. (Psikolojik muayene ve değerlendirme için bkz. Bölüm VI.)

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

**(a)** Fiziksel ve psikolojik bulgular, yapıldığı iddia edilen işkence ihbarıyla uyumlu mu?

**(b)** Klinik tabloyu hangi fiziksel koşullar destekliyor?

**(c)** Psikolojik bulgular beklenen bulgular mı, yoksa kişinin içinde bulunduğu kültürel ve sosyal ortamın getirdiği aşırı strese bağlı olarak verilen tipik tepkiler mi?

**(d)** Travmaya bağlı ruhsal bozuklukların, zaman içindeki değişken seyri göz önüne alındığında işkence olayıyla bağlantılı zaman çerçevesi nedir? Kişi, iyileşme sürecinin neresinde?

**(e)** Kişiyi başka ne türlü stres faktörlerinin etkisi altında? (örneğin süregelen baskı, zorunlu göç, sürgün, aile ve toplumsal rol kaybı vs.)

**(f)** Klinik tablo işkence iddiasının yanlış olduğuna mı işaret ediyor?

## 5. Fotoğraflama

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

### D. Soruşturma komisyonu

#### 1. Soruşturma kapsamının tanımlanması

Soruşturma komisyonu kuran Devletlerin ve örgütlerin, komisyonu yetkilendiren sözleşme metninde soruşturmanın kapsamını tanımlamaları şarttır. Komisyon sözleşmesinin içeriğinin tanımlanması, yapılacak işlemlere meşruiyet kazandırmak, komisyon üyelerinin soruşturmanın kapsamı üzerinde görüş birliği sağlanmasına yardım etmek ve komisyonun nihai raporunun değerlendirmek için bir ölçüt sağlamak suretiyle komisyonun başarısını büyük ölçüde artırabilir. Sözleşme hükümlerinin tanımlanması hususundaki tavsiyeler şunlardır:

**(a)** Soruşturmanın, sonucun önceden belirlendiği imalarına neden olmaması için yansız biçimde düzenlenmesi gerekir. Soruşturmanın yansız olması için de, sözleşme hükümleri soruşturmayı işkencede Devlet sorumluluğunu ortaya koyabilecek alanlarla sınırlamamalıdır.

**(b)** Hangi olayların ve konuların soruşturulacağı ve komisyonun nihai raporunda ele alınacağı tam olarak ifade edilmelidir;

**(c)** Çok kısıtlayıcı ya da çok geniş sözleşme hükümlerinin, komisyonun bütünsel soruşturma yürütmesini engellememesi için soruşturma kapsamı bir ölçüde esnek olmalıdır. Gereken esneklik, örneğin, komisyona sözleşme hükümlerini gerektiğinde değiştirme izni verilerek elde edilebilir. Ancak komisyonun göreviyle ilgili olarak yaptığı tüm değişikliklerden kamuoyunu haberdar etmesi şarttır.

#### 2. Komisyonun Yetkileri

Genel olarak ifade edilen ilkeler, komisyonun yetkilerini belirler. Komisyon spesifik olarak aşağıda belirtilen yetkilere ihtiyaç duyacaktır:

**(a)** Soruşturma için gerekli olan tüm bilgileri elde etme yetkisine sahip olmak; bu yetki, hukuki yaptırımla ifade vermeye zorlama, Devlet kayıtları ve tıbbi kayıtlar da dahil olmak üzere belgelerin ortaya konmasını emretme ve tanıkları, mağdurun ailesini ve diğer bilgi kaynaklarını koruma yetkisini de içermelidir;

**(b)** Kamuoyuna açık rapor çıkarma yetkisine sahip olmak;

**(c)** İşkencenin yapıldığından şüphelenilen yer(ler) de dahil olmak üzere yerinde (in situ) ziyaretlerde bulunma yetkisine sahip olmak;

**(d)** Ülke dışında bulunan tanıklardan ve örgütlerden delil toplama yetkisine sahip olmak.

#### 3. Üyelik Başvuruları

Komisyonun, tarafsızlıkları, yetkinlikleri ve bağımsızlıkları kabul görmüş kişiler üye olarak seçilmelidir:

**(a) Tarafsızlık:** Komisyon üyeleri, işkenceye karışmış olması muhtemel herhangi bir kişi, Komisyon üyesi, siyasi parti ya da diğer örgütlerle yakından ilişkili kişiler olmamalıdır. Aynı zamanda,

komisyonun güvenilirliğine zarar vermemesi bakımından mağdurun üyesi olduğu bir örgüt ya da kuruluşla da yakın ilişkiler içinde olmamalıdır. Ancak bu durum, örneğin, mağdurun da üyesi bulunduğu geniş örgütlerin üyelerinin ya da işkence görenlerin tedavisine adanmış örgütlerle bağlantılı kişilerin, komisyon üyeliğinden koşulsuz dışlanması için bir mazeret de oluşturmamalıdır.

**(b) Yetkinlik:** Komisyon üyeleri delilleri değerlendirme, tartma ve mantıklı yargıda bulunma yeteneğine sahip olmalıdır. Eğer mümkünse soruşturma komisyonu üyeleri hukuk, tıp ya da gerekli diğer uzmanlık alanlarından kişileri içermelidir.

**(c) Bağımsızlık:** Komisyon üyeleri, kendi toplulukları içinde dürüstlük ve adil kişilikleri ile tanınan kişiler olmalıdır.

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

#### 4. Komisyon üyeleri

Soruşturma komisyonunun tarafsız, uzman hukuk danışmanlarının olması gerekir. Komisyon, Devlet'e yönelik usulsüzlük iddialarını soruştururken, Adalet Bakanlığı dışından hukuk danışmanlarının atanması akla yatkındır. Komisyonun baş danışmanının, politik etkilerden arınmış olması gerekir; bu kişi örneğin sivil bir görevi olan ya da Baronun tamamıyla bağımsız bir üyesi olan bir kişi olabilir. Soruşturma esnasında sık sık uzman danışmanlara gereksinim duyulacaktır. Komisyona, patoloji, adli bilim, psikiyatri, psikoloji, jinekoloji ve pediatri alanlarını da kapsayacak şekilde teknik uzmanlar sağlanmalıdır. Komisyonun tamamıyla tarafsız ve derinlikli bir soruşturma yapabilmesi için hemen hemen her zaman, ipuçlarını takip edip delilleri bulacak komisyona bağlı araştırmacılara ihtiyaç duyulacaktır. Soruşturmanın güvenilirliği komisyon, kendi araştırmacılarına güvenebildiği ölçüde artacaktır.

#### 5. Tanıkların korunması

Devlet, işkence şikayetinde bulunanları, tanıkları, soruşturmayı sürdürenleri ve bunların ailelerini şiddette, şiddet tehdidine veya diğer göz korkutma biçimlerine karşı korumalıdır. (ayrıca yukarıda C.2.d'ye bakınız). Komisyon tanıklara ya da olası tanıklara yönelik baskı, saldırı, taciz veya başka bir tür zarar riski olduğuna karar verirse şu tavsiyelerde bulunabilir: kanıtları gizli olarak dinleme; bilgi veren kişinin ya da tanığın kimliğini gizli tutma; sadece, tanığın kimliğini ortaya çıkarma riski taşımayacak delilleri kullanma; uygun olan tüm önlemleri alma.

#### 6. İşlemler

Tanığın güvenliği için gizli oturum yapılması gereken durumlar dışında duruşmalar genel ceza usulü ilkelerine uygun olarak kamuya açık yapılmalıdır. Gizli duruşmalar kamuoyuna kapalı yapılmalı ve oturumun kayıtları tutularak, görüşme raporu bilinmeyen bir yerde tutulmalıdır. Kimi zaman, ifade vermeyi teşvik etmek için tam bir gizlilik gerekebilir ve komisyon, tanıkları özel olarak, gayri resmi ve ifadeyi kaydetmeden dinlemek isteyebilir.

#### 7. Soruşturma duyurusu

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

#### 8. Delillerin toplanması

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

## 9. Tarafların hakları

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

## 10. Delillerin Değerlendirilmesi

Komisyon, elde ettiği tüm bilgileri ve delilleri, bu bilgi ve delillerin güvenilirliğini ve doğruluğunu belirlemek üzere değerlendirmelidir. Komisyon, sözlü ifadeleri, tanığın tutumu ve genel olarak inandırıcılığını temel alarak değerlendirmelidir. Komisyon, kişinin tutumunu etkileyen sosyal, kültürel ve cinsiyetle ilgili konulara duyarlı olmalıdır. Delillerin farklı kaynaklar tarafından onaylanması doğruluk değerini artırır. Farklı kaynaklardan gelen kulaktan duyma delillerin güvenilirliği, bu delillerin doğruluk değerini artıracaktır. Kulaktan duyma delilleri olgu olarak kabul etmeden önce komisyon, bu delilleri çok iyi gözden geçirip değerlendirmelidir. Sorgulamayla denetlenmemiş ifadeler de temkinle ele alınmalıdır. Gizli oturumlarda verilen ve kamuoyuna kapalı kayıtlarda tutulan veya kaydedilmeyen tanık ifadeleri için genellikle çapraz sorgulama yapılamadığı için, bu tür ifadeler daha az değer verilebilir.

## 11. Komisyon raporu

Komisyon, makul bir zaman içinde kamuya açık bir rapor yayınlamalıdır. Komisyon kararlarında oybirliği sağlanamadıysa, azınlıkta kalan komisyon üyesi/üyeleri farklı görüşlerini bildirmelidir. Soruşturma komisyonunun raporları en azından şu bilgileri içermelidir:

- (a) Soruşturmanın kapsamı ve hangi kurallara atıfta bulunarak soruşturmanın yapıldığı, soruşturmanın çerçevesi ;
- (b) Delilleri değerlendirmede kullanılan usul ve yöntemler;
- (c) Korumak amacıyla kimlikleri gizli tutulan ve gizli ifade veren tanıklar hariç, tüm tanıkların, yaşları ve cinsiyetlerini de içeren listesi ve bu tanıklardan delil olarak alınan şeylerin sergisi;
- (d) Her oturumun zamanı ve yeri (bu rapora ek olarak verilebilir);
- (e) İlgili sosyal, politik ve ekonomik koşullar gibi soruşturmanın arka planı;
- (f) Meydana gelen tek tek olaylar ve bulguların dayandığı deliller;
- (g) Komisyona yetki veren yasa;

(h) Komisyonun, uygulanan hukuk ve bulgular hakkındaki görüşleri;

(i) Komisyonun bulgularını temel alan tavsiyeler.

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

---

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

<sup>69</sup> 68 no'lu dipnota bakınız.

---

## BÖLÜM IV GÖRÜŞME İLE İLGİLİ GENEL DEĞERLENDİRMELER

- [A. İncelemenin, muayenenin ve belgelemenin amacı](#)
- [B. Tutuklularla ilgili usule ilişkin önlemler](#)
- [C. Cezaevlerine ve gözaltı merkezlerine yapılan resmi ziyaretler](#)
- [D. Soru sorma teknikleri](#)
- [E. Vaka öyküsü alma](#)
- [F. Vaka öyküsünün değerlendirilmesi](#)
- [G. İşkence yöntemlerinin gözden geçirilmesi](#)
- [H. Görüşülen kişinin yeniden travmatize olma riski](#)
- [I. Tercüman kullanımı](#)
- [J. Cinsiyetle ilgili konular](#)
- [K. Sevk gerektiren durumlar](#)
- [L. Bulguların ve sonuçların yorumlanması](#)

İşkence gördüğünü iddia eden birisiyle görüşürken, dikkat edilmesi gereken konular ve uygulamada özen gösterilmesi gereken hususlar vardır. Bu metindeki genel değerlendirmeler, avukat, tıp doktoru, psikolog ya da psikiyatrist, insan hakları gözlemcileri ya da herhangi başka bir meslek mensubu olup olmamasına bakılmaksızın görüşme yapan herkes için geçerlidir. Bir sonraki bölümde bu "ortak temel" ele alınmakta ve bu temelin, işkenceyi araştırırken ve işkence mağduru ile görüşürken karşılaşılabilecek değişik ortamlar göre değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

### A. İncelemenin, muayenenin ve belgelemenin amacı

Araştırmanın genel amacı, iddia edilen işkence olaylarına dair verileri saptamaktır (Ayrıca bakınız Bölüm III.D.). İşkencenin tıbbi olarak değerlendirilmesi, aşağıda sıralananlar gibi değişik yasal bağlamlarda yararlı olabilecek kanıtlar sunabilir:

(a) İşkence yapan kişileri saptayıp, adalete teslim etmek;

(b) Siyasi sığınma başvurularını desteklemek;

(c) Devlet görevlileri tarafından doğru olmayan şeyleri itiraf etmeye zorlanan tutuklularının itiraf etmelerine olanak veren koşulları saptamak;

(d) Bölgesel işkence uygulamalarını saptamak. Tıbbi değerlendirmeler aynı zamanda mağdurun tedavi ihtiyaçlarını saptamak için ve de insan hakları incelemelerinde tanıklık amacıyla da kullanılabilirler.



Hekimin yazılı ya da sözlü tanıklığının amacı, tıbbi bulguların hastanın kötü muamele iddiasıyla ne derecede bağlantılı olduğunu saptamak ve hekimin tıbbi bulgu ve yorumlarının, adli veya diğer uygun mercilere etkili bir şekilde iletilmesini sağlamaktır. Tıbbi tanıklık ayrıca adli mercileri, diğer devlet görevlilerini, yerel ve uluslararası toplulukları işkencenin bedensel ve ruhsal etkileri konusunda eğitime amacına da hizmet eder. Muayeneyi yapan kişi, aşağıdakileri yapmaya hazırlıklı olmalıdır:

- (a) Bireylerin, güvenlik güçlerinin ve adli görevlilerin spesifik iddialarının olmadığı durumlarda bile olası yaralanmaları ve tacizi değerlendirmek;
- (b) Yaralanmaların ve kötü muamelenin bedensel ve ruhsal kanıtlarını belgelemek;
- (c) Muayene bulgularıyla hastanın spesifik taciz iddialarını tutarlılık derecesi açısından karşılaştırmak;
- (d) İşkence yöntemleri konusunda bilgisi olan biri olarak, muayene bulgularıyla belli bir bölgede kullanılan işkence yöntemlerinin yol açtığı etkileri, tutarlılık derecesi açısından karşılaştırmak;
- (e) Bulguların uzman yorumlarını adli tıp değerlendirmelerinde kullanmak ve tacizin olası nedenleriyle ilgili uzman görüşlerini sığınma başvurularında, ceza davalarında ve medeni hukuk işlemlerinde değerlendirmek;
- (f) Elde edilen bilgileri, işkence için veri toplama ve ileride belgelendirmeyi güçlendirmek için uygun biçimde kullanmak.

## **B. Tutuklularla <sup>70</sup> ilgili usule ilişkin önlemler**

Tutukluların adli tıp değerlendirmeleri, savcının veya diğer görevlilerin yazılı resmi başvurularına yanıt olarak yapılmalıdır. Güvenlik güçlerinin tıbbi değerlendirme istekleri, savcının yazılı emri üzerine hareket etmedikleri takdirde, geçersiz olarak kabul edilmelidir. Tutukluların kendileri, avukatları veya akrabaları da, işkence ve kötü muamele kanıtlarını saptamak için tıbbi değerlendirme talep etme hakkına sahiptirler. İşkence asker ya da polis tarafından yapılmış olabileceği için, tutuklunun adli tıp muayenesine asker ya da polis tarafından götürülmesi tutuklu ve/veya hekim üzerinde işkence ve kötü muamelenin gereği gibi belgelenmesini engelleyebilecek kabul edilemez bir baskı yaratacağından, tutuklunun adli tıp muayenesine asker ya da polis olmayan görevlilerce götürülmesi gereklidir. Tutuklunun naklini gözeten görevliler kolluk kuvvetlerine değil, savcıya karşı sorumlu olmalıdır. Tutuklunun avukatı, muayeneye başvuru sırasında ve muayene sonrasında tutuklunun nakli esnasında hazır bulunmalıdır. Tutuklular, tutukluluk süreleri boyunca ya da sonrasında, tıbbi yeterliliğe sahip bir doktordan ikinci veya alternatif bir tıbbi değerlendirme raporu alma hakkına sahiptirler.

Her tutuklu, mahremiyetine saygı gösteren bir ortamda muayene edilmelidir. Polis ya da diğer güvenlik güçleri, hiç bir zaman muayene odasında bulunmamalıdır. Bu usule dair önlemlen yalnızca, muayeneyi yapan hekim tutuklunun sağlık personeline karşı ciddi bir güvenlik riski oluşturduğu yönünde net bir kanıt olduğunu düşünüyorsa, vazgeçilebilir. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, muayene eden hekimin talebi üzerine, muayene esnasında polis ya da diğer kolluk kuvvetleri yerine sağlık kurumunun güvenlik personeli hazır bulunmalıdır. Bu durumlarda güvenlik personeli hastaya göre işleme mesafesinin dışında (örneğin yalnızca görüş mesafesinin içinde) kalmalıdır. Tutukluların tıbbi muayeneleri hekimin uygun gördüğü bir mekanda yapılmalıdır. Bazı vakalarda, muayeneyi, cezaevi veya eklentilerinde değil de resmi sağlık kurumlarında yapmak konusunda ısrarcı olmak en iyi çözüm olabilir. Diğer bazı vakalarda mahkumlar, örneğin sağlık kurumlarının "dinlendiğini" düşünüyorlarsa, kendi hücrelerinin görece emniyeti içerisinde muayene edilmeyi tercih edebilirler. Muayene için en iyi mekan bir çok faktör tarafından belirlenecektir, ancak araştırmacılar her koşulda, mahkumların kendilerini rahat hissetmedikleri bir mekanı kabul etmeleri için zorlanmadıklarından emin olmak zorundadırlar.

Her ne nedenle olursa olsun, polisin, askerinin, cezaevi görevlisinin veya diğer kolluk kuvveti görevlilerinin muayene odasındaki mevcudiyeti hekimin resmi tıbbi raporunda belirtilmelidir. Muayene sırasında bu tür görevlilerin mevcudiyetinin kaydedilmesi "olumsuz" bir tıbbi raporun itibar görmemesi için zemin teşkil edebilir. Muayene sırasında odada bulunan diğer kişilerin kimlikleri ve unvanları raporda belirtilmelidir. Tutukluların adli tıp değerlendirmesinde standart tıbbi rapor formu

kullanılmalıdır. (standart tıbbi rapor formlarının geliştirilmesi için kullanılacak rehber için bakınız ek IV.)

Tamamlanmış değerlendirme raporunun aslı, doğrudan raporu talep eden kişiye -ki genellikle savcıdır- ulaştırılmalıdır. Tutuklunun ya da onun yerine hareket eden avukatının tıbbi rapor talep ettiği durumlarda, rapor onlara verilir. Her raporun bir kopyası muayene eden hekimde kalmalıdır. Ulusal Tabipler Birliği veya bir İnceleme Komisyonu, usule dair önlemleri ve belgeleme standartlarına uygunluğu denetlemek için, özellikle devlet görevlisi hekimler tarafından verilen tıbbi raporları incelemek isteyebilir. Böyle durumlarda bağımsızlık ve gizlilik konularına özen göstererek raporlar ilgili kuruma gönderilmelidir. Tıbbi raporlar, hiç bir koşul altında kolluk kuvvetlerine verilmemelidir. Tutukluların tutuklandıklarında tıbbi muayeneden ve salıverildiklerinde de muayene ve değerlendirmeden geçmeleri zorunludur.<sup>71</sup> Tıbbi muayene sırasında avukat bulundurma hakkı sağlanmalıdır. Cezaevi koşullarında, muayene sırasında avukat gibi dışarıdan birinin bulunması mümkün olmayabilir. Böylesi durumlarda, mahkumlara bakan cezaevi hekimlerinin tıbbi etiğe uygun çalıştıklarından ve mesleki görevlerini (kendileri ve muayene ettikleri mahkumdan başka) bir üçüncü şahıs etkisinden bağımsız olarak yürütediklerinden emin olunmalıdır. Adli tıp muayenesinin işkence iddialarını desteklediği durumlarda, tutuklu, tutukluluk mahalline geri gönderilmemeli, onun yerine tutuklunun yasal durumunu belirlemek üzere savcının ya da hakimın karşısına çıkarılmalıdır.<sup>72</sup>

### C. Cezaevlerine ve gözaltı merkezlerine yapılan resmi ziyaretler

Mahkumları ziyaret, hafife alınmaması gereken bir konudur. Bu ziyaretlerin nesnel ve profesyonel bir tarzda gerçekleştirilmesi bazı durumlarda, özellikle işkencenin hâlâ uygulandığı ülkelerde, oldukça zor olabilir. Ziyaretlerden sonra görüşülen mahkumların güvenliğini temin etmek için yapılan devamlı takipler olmadan yapılan "tek seferlik" ziyaretler tehlikeli olabilir. Bazı durumlarda, takip ziyareti olmadan yapılan tek seferlik ziyaret, hiç ziyaret etmemekten daha kötü olabilir. İyi niyetli araştırmacılar, ne yaptıklarını tam olarak bilmeden, bir cezaevini ya da karakolu "ziyaret etme" tuzağına düşebilirler. Gerçekliğin eksik ya da yanlış bir resmiyle karşılaşabilirler. İstmeden bir daha hiç ziyaret etmeyecekleri mahkumları tehlikeye atabilirler. İşkenceciler, bu dışarıdan gelip cezaevlerini ziyaret edenlerin "bir şey bulamama" durumunu kullanıp kendilerini "temize çıkarabilirler."

Ziyaretler, bu işi en profesyonel şekilde gerçekleştirebilecek, sonrasında takip edebilecek, usule dair önlemler konusunda belli bir donanıma sahip araştırmacılara bırakılmalıdır. "Bir miktar kanıt, hiç kanıt olmamasından iyidir" düsturu, tanıklık etmeleri durumunda tehlikeye atılabilecek mahkumlarla çalışırken geçerli değildir. Resmi yada sivil toplum kuruluşlarını temsil eden iyi niyetli insanların tutukluların kaldığı merkezleri ziyaret etmesi zor, daha kötüsü sakıncalı da olabilir. Burada tartışılan konu açısından, inceleme için gerekli olan hakiki ziyaret ile bunun ötesine geçen ve işkence uygulayan ülkelerde uzman olmayan kişiler tarafından yapıldığında yarardan çok zarar getirebilen, elzem olmayan "ziyaret" arasında ayırım yapılmalıdır. Hukukçular ve hekimlerden oluşan bağımsız komisyonlara tutukluluk mahallerini ve cezaevlerini belli sürelerle bir şekilde ziyaret etme hakkı tanınmalıdır.

Halen tutuklu ve hatta işkencecilerin gözetimi altında bulunması ihtimali olan insanlarla yapılan görüşmeler kuşkusuz dışarıdaki, mahremiyet ve güvenlik koşullarına özen gösteren, emniyetli bir sağlık kurumunda yapılan görüşmelerden farklı olacaktır. Gözaltı ya da tutukluluk durumlarında görüşülecek kişinin güveninin kazanılması çok önemlidir. Ancak, istmeden bile olsa, bu güvene ihanet etmemek daha da önemlidir. Tutukluların kendilerini tehlikeye atmamaları için bütün önlemler alınmalıdır. İşkence gören tutuklulara verdikleri bilgilerin kullanılıp kullanılmayacağı sorulmalıdır. Misillemeden korktukları için, örneğin isimlerinin kullanılmasına izin vermek isteyebilirler. Araştırmacılar (klinik hekimler ve tercümanlar), tutuklulara verdikleri sözleri tutmakla yükümlüdürler.

Örneğin, belli bir yerde çok sayıda mahkumun işkence gördüğü sabit olmasına rağmen, bu mahkumların hepsi korktukları için araştırmacıların kendi işkence öykülerini kullanmalarına izin vermezse ciddi bir ikileme karşılaşılacaktır. İşkenceyi durdurmak uğruna mahkumların güvenine ihanet etmek ile bu güvene saygı duyup hiç bir şey demeden çekilmek seçenekleriyle karşı karşıya gelindiğinde, bu ikilemden çıkmak için bir yol bulunması gerekmektedir. Bedenlerinde net dayak, kamçı izleri, sopayla dövülmeye bağlı zedelenmeler ve bunlara benzer diğer bulgular olan bir grup mahkumla karşılaşıldığında, mahkumların hepsi misilleme korkusuyla kendi durumlarından bahsedilmesini bile reddediyorlarsa, açık bir alanda bütün koşuşun katılacağı bir "sağlık teftişi"

düzenlemek faydalı olur. Bu yolla, ziyaret eden tıbbi araştırmacı sıra sıra dizilmiş mahkumların arasında yürüyerek ve bedenlerindeki apaçık işkence izlerini doğrudan gözlemleyerek, tek tek mahkumların işkence şikayetlerine dair bir ibareye yer vermeden yalnızca gözlemlediklerini içeren bir rapor düzenleyebilir. Bu ilk adım, mahkumların gelecekte yapılacak takip ziyaretleri için güven duymalarını sağlar.

Daha örtük diğer (örneğin psikolojik ya da cinsel) işkence yöntemleri için aynı metodun kullanılmayacağı açıktır. Böylesi vakalarda araştırmacıların bir ya da bir kaç ziyaret için yorumda bulunmaktan (rapor yazmaktan) imtina etmeleri, tutukluların işkence öykülerinin kullanılmasına izin vermeleri için koşulların daha elverişli veya cesaretlendirici bir hale gelmesini beklemeleri gerekebilir. Hekim (ve tercüman) ismini belirtmeli ve değerlendirmedeki rolünü açıklamalıdır. İşkencenin tıbbi kanıtlarının belgelenmesi, uzman sağlık çalışanlarının spesifik bilgiler edinmesini gerektirmektedir. İşkenceye ve fiziksel/psikolojik etkilerine dair bilgiler çeşitli yayınlar, eğitim seminerleri, mesleki konferanslar ve deneyim aracılığıyla edinilebilir. Ayrıca, bölgesel işkence ve kötü muamele uygulamalarına ilişkin bilgiler de, mağdurların işkence ve/veya kötü muamele ifadelerini destekleyebilmesi açısından önemlidir. İşkencenin fiziksel/psikolojik kanıtlarını saptamak için mağdurlarla görüşme, onları muayene etme ve bulguları belgeleme konularındaki deneyim, bu konularda tecrübeli klinik hekimlerin gözetiminde edinilmelidir.

Halen tutuklu olan mağdurlar bazen, görüşmeci misilleme olmayacağına dair herhangi bir güvence veremediği (örneğin bir takip ziyaretinin yetkililer tarafından tam olarak kabul edilmediği veya takibi güvence altına almak için mağdurların kimliğinin not edilmediği) durumlarda bile görüşmeciye "aşırı güven" duyabilirler. Mahkumların bazen, dışarıdan gelen araştırmacının kendilerini koruyacağına safça güvenerek gereksiz yere riske atılmamaları için tüm önlemler alınmalıdır.

İdeal koşullarda, halen gözaltında bulunan kişiler ziyaret edildiğinde tercümanların yerel değil de "dışarıdan" olmaları gerekir. Bu önlem asıl olarak, tercümanları ve ailelerini, araştırmacılara ne tür bilgiler verildiğini öğrenmek isteyen meraklı yetkililerin baskısından korumak içindir. Bu konu, tutuklular kendilerini "hapse atanlardan başka bir etnik gruba mensup ise daha da karmaşık bir hal alabilir. Tutukluların güvenini kazanmak için onlarla aynı etnik gruba mensup yerel bir tercüman çalıştırılırsa, yetkililerin o tercümana güvenmemesi ve muhtemelen onu korkutmaya çalışması gündeme gelebilir. Dahası, tercüman kendisini potansiyel olarak riske atabilecek böylesi düşmanca bir ortamda çalışmak konusunda ikircikli olabilir. Öte yandan, yetkililerin güvenini kazanmak adına onlarla aynı etnik gruba mensup bir tercüman çalıştırılırsa, görüşülecek mahkumların güven duyması zorlaşabileceği gibi tercüman bu durumda da yetkililerden gelen tehditlere maruz kalabilir. Bu sorunun cevabı açık bir şekilde ve ideal durumlarda, yukarıdaki iki seçenek de değildir. Tercümanlar bölge dışından olmalı ve bu sayede herkes tarafından araştırmacılar gibi bağımsız olarak görülmelidirler.

Akşam saat 8'de görüşülen kişiye, sabah 8'de görüşülen kadar özen gösterilmelidir. Araştırmacılar görüşmeler için yeterince zaman ayırmalı ve kendilerini aşırı iş yükü altına sokmamalıdır. Geç olması nedeniyle, bütün gün boyunca öyküsünü anlatmak için beklemiş olan ve akşam 8'de görüşülen kişiye ayrılan zamanı kısa kesmek haksız bir durum yaratır. Benzer biçimde, on dokuzuncu falaka öyküsüne birincisi kadar özen gösterilmelidir. Dışarıdan gelenlerle sık sık temas edemeyen mahkumlar, daha önce işkence yaşantılarıyla ilgili olarak her hangi biriyle hiç konuşmamış olabilirler. Mahkumların kendi aralarında sürekli işkenceden bahsettiklerini düşünmek hatalı bir varsayımdır. Araştırmayı zenginleştirecek yeni hiç bir şey sunmayan mahkumlara da diğerleri kadar zaman ayrılmalıdır.

### **E. Soru sorma teknikleri**

Bu konuda bir takım temel kurallara uyulmalıdır (Bölüm III.C.2.(g)'ye de bakınız.): Bilgi kesinlikle önemlidir, ama görüşülen kişi daha önemlidir. Dinlemek, soru sormaktan daha önemlidir. Yalnızca soru sorarsanız, yalnızca cevap alırsınız. Tutuklu için ailesi hakkında konuşmak, işkence hakkında konuşmaktan daha önemli olabilir. Bu durum uygun bir şekilde dikkate alınmalı ve kişisel sorunların konuşulması için zaman ayrılmalıdır. İşkence, özellikle de cinsel işkence, oldukça mahrem bir konudur ve bir takip ziyaretinden önce (hatta daha da sonra) dile getirilmeyebilir. Görüşülen kişiler, eğer kendilerini rahat hissetmiyorlarsa, işkence hakkında konuşmaya zorlanmamalıdır.

### **E. Vaka öyküsü alma**

### 1. Tutuklanma-öncesi psiko-sosyal öykü

Eğer görüşülen kişi halen tutuklu değilse, araştırmacı, kişinin gündelik hayatını, arkadaşları ve ailesiyle ilişkilerini, iş/okul durumunu, mesleğini, ilgi alanlarını, gelecek planlarını ve madde kullanımını soruşturmalıdır. Benzer bilgiler, kişinin tutukluluk-sonrası psiko-sosyal öyküsü için de edinilmelidir. Görüşülen kişinin halen tutuklu olduğu durumda ise, meslek ve okuryazarlıkla ilgili daha sınırlı bir psiko-sosyal öykü almak yeterlidir. Hasta tarafından kullanılan reçeteli ilaçları soruşturun. Kişiler tutuklu olduklarında böyle ilaçlarından mahrum bırakılabilecekleri ve bu durum ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceği için bu konu özellikle önemlidir. Politik faaliyetler, inançlar ve görüşlerle ilgili sorular, kişinin neden tutuklandığını ve/veya işkence gördüğünü açıklamaya yardım ettikleri oranda anlamlıdır. Ancak bu tür bilgilerin, kişiye neyle suçlandığını, ne yüzden tutuklandığını ve işkence gördüğünü sorarak, dolaylı bir şekilde edinilmesi en iyi yoldur.

### 2. Tutuklanmaların ve kötü muamelelerin özet öyküsü

Olayların ayrıntılı bilgisini elde etmeden önce özet bilgi (tarihler, yerler, tutukluluk süresi, işkence seanslarının sıklığı ve süresi) edinin. Bu özet bilgi, görüşme zamanının etkili bir şekilde kullanılmasına yardım edecektir. Mağdurların bir çok kere işkence gördüğü bazı vakalarda, mağdurlar kendilerine neler yapıldığını hatırlayabilirler ancak çoğunlukla her bir olayın tam olarak ne zaman ve nerede olduğunu hatırlayamazlar. Böyle durumlarda öyküyü, belli tutuklanmalar sırasında gerçekleşmiş bir dizi olay olarak değil de maruz kalınmış taciz yöntemleri olarak almak tavsiye edilebilir. Aynı şekilde, öykü alırken "neyin nerede olduğunun" olabildiğince çok belgelenmesi çoğunlukla yararlıdır. "Gözaltı mekanları," farklı güvenlik/polis/ordu kuvvetlerinin idaresi altındadır ve hangi olayların hangi mekanlarda meydana geldiğine dair bilgiler, işkence sisteminin tam bir resmini elde etmek açısından faydalı olabilir. İşkencenin nerelerde yapıldığı konusunda bir harita çıkarmak, farklı insanlardan alınan farklı öyküleri birleştirmede faydalı olabilir. Bu yöntem, araştırmanın bütünü açısından çoğunlukla oldukça yararlı olacaktır.

### 3. Tutuklanma koşulları

Şu soruların cevaplarına dikkat edin: Saat kaçtı? Neredeydin? Ne yapıyordun? Orada kim vardı? Seni tutuklayanların dış görünüşünü tasvir edebilir misin? Asker miydiler, sivil mi? Resmi giysili mi, sivil giysili mi? Ne tür silahlar taşıyorlardı? Ne söylediler? Herhangi bir tanık var mıydı? Bu resmi bir tutuklama mıydı, idari bir tutuklama mı, yoksa kaybetme durumu mu? Şiddet kullanıldı mı? Tehdit edildin mi? Aile üyeleriyle her hangi bir etkileşim var mıydı? Hareketlerin kısıtlanması veya gözlerin bağlanması gibi durumları, ulaşım araçlarını, gidilen yeri ve biliniyorsa görevlilerin isimlerini kaydedin.

### 4. Cezaevi/Tutukevi Koşulları

Yiyecek, içecek, tuvalet, ışık, ısı ve havalandırma ile ilgili koşulları sorun. Ayrıca aile, avukatlar ve sağlık görevlileri ile görüşme imkanlarını, koşulların aşırı kalabalık olup olmadığını, hücrede tutulma durumunun olup olmadığını, kalınan mekanın boyutlarını ve tutukluluğunu doğrulayabilecek başka insanların olup olmadığını kaydedin. Şu tür sorular düşünün: İlk önce ne oldu? Nereye götürüldün? Kimlik saptama işlemleri (kişisel bilgilerin kaydedilmesi, parmak izleri, fotoğraf çekimi) yapıldı mı? Her hangi bir şeyi imzalamam istendi mi? Hücrenin/odanın durumunu (boyutlar, başkalarının varlığı, ışık, havalandırma, ısı, haşarat ve fare/sıçan durumu, yatak koşulları ve yeme, içme, tuvalete gitme durumları) anlatır mısın? Ne duydun, gördün, neyin kokusunu aldın? Dışarıdan insanlarla herhangi bir temasın oldu mu? Tıbbi bakım alabildin mi? Tutuklandığın mekanın fiziksel planı nasıldı?

### 5. İşkence ve kötü muamele yöntemleri

İşkence ve kötü muamele öyküsüne dair bilgi alırken, kişinin maruz kalmış olabileceği taciz yöntemlerini sorarken dikkatli olunmalıdır. Dikkat etmek, gerçekten olmuş yaşantılarla potansiyel abartıyı ayırmaya yardım edebilir. Ayrıca değişik işkence yöntemlerinin uygulanmış olup olmadığına dair sorulara verilen olumsuz cevaplar, görüşülen kişinin güvenilirliğinin tespitine de yardım edebilir. Sorular, ahenkli bir anlatı elde etmek amacıyla tasarlanmalıdır. Şu tür sorular düşünelim: Taciz, nerede, ne zaman ve ne süreyle vuku buldu? Gözlerin bağlı mıydı? Taciz yöntemlerine geçmeden önce, taciz mekanında kimlerin bulunduğunu kaydedin (isimler, rütbeler/unvanlar). Odayı/mekani

tasvir edin. Etrafta ne tür eşyalar/nesnelere gördünüz? Mümkünse her bir işkence aletini ayrıntılarıyla tasvir edin (örneğin elektrik işkencesi için, akım, alet ve elektrotların sayısı ve şekli). Giyinme/soyunma/elbise değiştirme durumlarını sorun. Sorgulama sırasında neler söylendiğini (örneğin, kişiliğe yönelik hakaretler) kaydedin. İşkenceciler kendi aralarında neler konuşuyorlardı?

Her bir taciz biçimi için şunları kaydedin: Beden pozisyonu/kısıtlanmışlığı, temas şekli, süresi, sıklığı, tacizin uygulandığı anatomik bölge ve etkilenen beden alanı. Kanama, kafa travması veya bilinç kaybı var mıydı? Bilinç kaybı kafa travmasına mı, soluksuz bırakmaya mı ya da acıya mı bağlıydı? Kişinin işkence "seansının" sonunda ne halde olduğu da sorulmalıdır. Yürüyebiliyor muydu? Hüccesine dönerken yardım edilmesi ya da taşınması gerekmiş miydi? Ertesi gün ayağa kalkabildi mi? Ayakları ne kadar süreyle şiş kaldı? Bütün bu sorular, işkencenin belli bir bütünsellik içinde tasvir edilmesini sağlarlar. Yalnızca hangi işkence yöntemlerinin uygulanıp uygulanmadığını belirleyen kontrol listeleri ise böyle bir tasvir sunmazlar. Vaka öyküsü, fiili işkencenin tarihlerini, kaç kez yapıldığını ve kaç gün sürdüğünü, her bir bölümün süresini, askı (baş aşağı, kalın bez/battaniye vb. ile örtülmüş olarak ya da doğrudan bir iple bağlanmış olarak, ayaklara ağırlık asılarak veya aşağı doğru çekilerek) ya da başka bir yöntemin tipini de içermelidir. Askı işkencesi için ne tür malzemenin (ip, tel ve bez deri üzerinde farklı izler bırakırlar) kullanıldığını sorun. Araştırmacı, işkence mağdurunun işkence seanslarının süresi ile ilgili ifadelerinin öznel ve hatalı olabileceğini aklında tutmalıdır. Çünkü işkence sırasında zaman ve mekan yöneliminin bozulması genellikle gözlenen bir bulgudur. Kişi her hangi bir şekilde cinsel olarak taciz edilmiş midir? İşkence sırasında neler söylendiğini sorun. Örneğin, cinsel organlara yönelik elektrik işkencesi sırasında işkenceciler mağdurlara sıklıkla bir daha normal cinsel işlevlerinin olmayacağını ya da buna benzer şeyler söylerler. Tecavüz dahil, cinsel işkence iddialarının değerlendirilmesi konusunda ayrıntılı bir tartışma için Bölüm V.D.8'ebakınız.

## F. Vaka öyküsünün değerlendirilmesi

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

- (a) Göz bağlama, ilaç verme, bilinç yitimi vb. gibi işkence süreciyle ilgili faktörler;
- (b) Kendisini ya da başkalarını riske atma korkusu;
- (c) Kendisini muayene eden klinik hekime ve/veya tercümana güven duymama;
- (d) İşkencenin ve travmanın psikolojik etkileri: Aşırı duygusal tepki ve travmayla ilintili ruhsal hastalıklar (depresyon ve travma-sonrası stres bozukluğu gibi) sonucu ortaya çıkan bellek bozukluğu;
- (e) Kafaya yönelik darbeler, soluksuz bırakma, boğma ve açlığa bağlı olarak gelişen nöropsikiyatrik bellek bozukluğu;
- (f) İnkâr ve sakınma gibi koruyucu başa çıkma mekanizmaları; ve
- (g) Travmatik yaşantıların yalnızca çok gizli/mahrem ortamlarda ifşa edilmesine izin veren kültürel olarak belirlenmiş yaptırımlar.<sup>73</sup>

Mağdurun öyküsündeki tutarsızlıklar bu faktörlerin herhangi biri ya da tümünden kaynaklanabilir. Araştırmacı, mümkünse, açıklık getirici sorular sormalıdır. Bu mümkün olmadığında araştırmacı, mağdurun öyküsünü destekleyen ya da yanlışlayan diğer kanıtlara bakmalıdır. Tutarlı ve destekleyici bir ayrıntılar örüntüsü, mağdurun öyküsünü doğrulayıp açıklığa kavuşturabilir. Görüşülen kişi, tarihler, süreler, sıklıklar ve işkencecilerin kesin kimlikleri vb. gibi araştırmacının elde etmek istediği ayrıntıları veremese bile, görüşme süresi içinde travmatik olayların ve işkencenin genel temaları ortaya çıkıp görünür hale gelecektir.

## G. İşkence yöntemlerinin gözden geçirilmesi

Olayların ayrıntılı bir öyküsü elde edildikten sonra, diğer olası işkence yöntemlerinin gözden geçirilmesi yerinde olur. Bölgesel işkence uygulamalarını öğrenip yerel görüşme formlarını buna göre uyarlamak gereklidir. Spesifik işkence yöntemlerini soruşturmak aşağıdaki durumlarda yardımcı olur:

- (a) Psikolojik belirtiler hatırlamayı zorlaştırıyorsa;
- (b) Travma, duyumsama kapasitesini bozmuşsa;
- (c) Organik beyin hasarı olasılığında; ve
- (d) Zorluk çıkaran eğitimsel ve kültürel faktörlerin varlığında.

Fiziksel ve psikolojik işkence arasındaki ayrım yapaydır. Örneğin, cinsel işkence, fiziksel bir saldırı olmadığında bile genellikle hem fiziksel hem de psikolojik belirtilere yol açmaktadır. Aşağıda verilen işkence yöntemleri listesi, olası bazı taciz kategorilerini göstermek içindir. Araştırmacılar tarafından bir ölçek olarak veya bir raporda işkence yöntemlerini sıralamak için bir model olarak kullanılması önerilmemektedir. İşkencenin yarattığı klinik tablonun bütünü, bir listedeki yöntemlerin her birinin yol açtığı lezyonların basitçe toplamından çok daha fazlası olduğu için yöntem-sıralama yaklaşımı zararlı olabilir. Gerçekten de deneyim göstermiştir ki, işkenceciler işkenceye yönelik böylesi bir "paket" yaklaşımıyla yüzleşmek zorunda kaldıklarında, sıklıkla yöntemlerden biri üzerine odaklanmakta ve o tekil yöntemin bir işkence yöntemi olup olmadığını tartışmaktadırlar. Dikkate alınması gereken işkence yöntemlerine aşağıdakiler dahildir, ama yöntemler bunlarla sınırlı değildir:

- (a) Künt travma: Yumruk, tekme, tokat, kamçı, tel, cop, düşme;
- (b) Pozisyon işkencesi: Askı, kolların/bacakların çekilip gerilmesi, uzun süreli hareket kısıtlanması, belli bir pozisyonda durmaya zorlanma;
- (c) Yanıklar: Sigara, ısıtılmış alet, kaynar sıvı, tahriş edici madde;
- (d) Elektrik şoku;
- (e) Soluksuz bırakma: Sulu ve kuru yöntemler, suyun altında, ağız/burnu kapatarak, boğazı sıkarak, kimyasal maddelerle;
- (f) Ezilmeye bağlı yaralanmalar: parmak ezme, kalçaya/sırta ağırlık yükleme;
- (g) Delici yaralanmalar: bıçak ve kurşun yaraları, tırnakların altına sokulan teller;
- (h) Kimyasal maddelere maruz bırakma: Tuz, biber, gazyağı vb. (yaralara ve beden boşluklarına);
- (i) Cinsel: Cinsel organlara yönelik şiddet, sarkıntılık, alet kullanma, tecavüz;
- (j) Ezilmeye bağlı yaralanma veya parmakların ve kol/bacağın travmatik koparılması;
- (k) Tıbbi: Parmakların veya kol/bacağın kesilmesi, organların cerrahi olarak çıkarılması;
- (l) Farmakolojik işkence: Toksik dozda verilen uyuşturucular, nöroleptikler, felç edici/küntleştirici (paralitik) ilaçlar;
- (m) Tutukluluk koşulları, örneğin: küçük ya da aşırı kalabalık hücre, tek kişilik hücre hapsi, sağlıksız koşullar, tuvalete gitme imkanının olmayışı, düzensiz verilen ve/veya pisletilmiş yemek ve su, çok soğuk ya da çok sıcak ısıya maruz bırakma, mahremiyetin engellenmesi, zorla giysilerin çıkarılması/soyma;

**(n)** Yoksunluklar: normal duyumsal uyaranlardan (örneğin, başı örterek, yalıtılarak, hücredeki ışığın parlaklığı ile oynayarak ses, ışık, zaman duyumundan) yoksun bırakma; fiziksel ihtiyaçlardan yoksun bırakma: örneğin, uyku, yemek, su, tuvalet, banyo, hareket, tıbbi bakım; toplumsal temastan yoksun bırakma: cezaevi içinde yalıtım, dış dünya ile temasın kaybı; mağdurların birbirlerine bağlanmasını ve karşılıklı özdeşim kurmalarını engellemek ve işkenceciye travmatik bağlanmalarını kuvvetlendirmek amacıyla yalıtma;

**(o)** Aşağılamalar: Sözel taciz/hakaret, aşağılayıcı davranışlarda bulunma;

**(p)** Tehditler: Ölüm, aileye zarar, daha çok işkence ve/veya hapis tehditleri, yalancı infaz;

**(q)** Mağdurun köpek, kedi, fare ve akrep gibi hayvanlar tarafından saldırıya uğraması için koşulları hazırlama veya mağduru bununla tehdit etme;

**(r)** Mağduru çözmek/direncini kırmak için kullanılan psikolojik teknikler: "İhanet"e zorlama, öğrenilmiş çaresizlik, müphem durumlara ve/veya çelişkili mesajlara vb. maruz bırakma;

**(s)** Tabuların ihlali;

**(t)** Davranışsal baskı; mağduru dinine aykırı davranışlara zorlama (örn. Müslümanları domuz yemeye zorlama), başkalarına zarar vermeye zorlama (örn. başkalarına işkence yapmaya veya diğer taciz yöntemlerine zorlama, malı tahrip etmeye zorlama, zarar görme riskine atarak birine ihanet etmeye zorlama);

**(u)** Başkalarına yapılan işkenceye veya zulme tanık olmaya zorlama.

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

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

İşkence mağdurlarında psikolojik hasarın, özellikle travma-sonrası stres bozukluğunun çeşitli görünümünün varlığı, mağdurun görüşme, fiziksel muayene veya laboratuvar tetkiklerinde işkence deneyimini yeniden yaşantılamaya korkusu duymasına neden olabilir. Mağdura tıbbi muayeneden önce neler olacağını açıklamak sürecin önemli bir parçasıdır. İşkence görmüş olup da ülkesinde kalmaya devam eden mağdurlar, yoğun bir şekilde, yeniden tutuklanma korkusu ve şüphesi duyabilirler ve sık sık bu olasılıktan sakınmak için "yeraltına" geçmeye zorlanırlar. Sürgündeki ya da mülteci mağdurlar ise ana dillerini, kültürlerini, ailelerini, arkadaşlarını, işlerini ve aşına oldukları her şeyi arkalarında bırakmışlardır.

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

Bütün önlemlere rağmen fiziksel ve psikolojik muayeneler doğaları gereği, acılı duygu ve anıları ortaya çıkarıp travma sonrası stres belirtilerini uyararak ve/veya arttırarak hastayı yeniden travmatize edebilir (Bölüm VII.B.2a'ya bakınız). Psikolojik zorlanmalar ve özellikle cinsel konularla ilgili sorular çoğu geleneksel toplumda tabu olarak kabul edilir ve bu tür soruların sorulması konu-dışı ya da aşağılayıcı olarak değerlendirilir. Eğer cinsel işkence mevcut ihlallerin bir parçası ise, mağdur kendisini ahlaki,



dini, sosyal ve psikolojik bütünlüğü içinde geri dönülmez bir şekilde damgalanmış ve kirletilmiş olarak hissedebilir. Bu yüzden görüşmecinin bu koşulların farkında olduğunu saygılı bir şekilde ifade etmesi, görüşmenin gizliliğinin ve bunun sınırlarının açıklığa kavuşturulması iyi bir görüşme yapabilmek için çok önemlidir. Özellikle mağdur görüşme sırasında açık gerginlik/sıkıntı belirtileri gösteriyorsa araştırmacı, mahkemeye sunulacak raporun etkililiği açısından ayrıntılarda ısrarcı olmanın ne kadar gerekli olduğu konusunda öznel bir değerlendirme yapmalıdır.

## I. Tercüman kullanımı

Bir çok nedenle görüşmeyi yapanın, ne dendiğini anlaması için tercüman kullanması gereklidir. Görüşen ile görüşülen bir miktar ortak bir dil kullanıyor olsalar bile, aranan bilgi çoğu zaman birbirini eksik anlamının yaratabileceği hataları kaldıramayacak kadar önemlidir. Tercümanlar, görüşmelerde duydukları ve çevirdiklerinin tamamen gizli kalması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidirler. Bütün bilgiyi ilk elden ve sansürsüz olarak alanlar tercümanlardır. Görüşülen kişilere verdikleri bilgilerin ne araştırmacı ne de tercüman tarafından kötüye kullanılmayacağına dair güvence verilmelidir (bölüm VI.C.2'ye de bakınız).

Tercümanın profesyonel olmadığı durumlarda, araştırmacı için her zaman görüşmenin denetimini kaybetme riski vardır. Mağdurlar kendi dillerini bilen tercümanla konuşarak araştırmacıdan ve esas konulardan uzaklaşabilirler. Yanlı bir tercümanın mağduru yönlendirme ya da cevaplarını çarpıtma riski de vardır. Tercüme yoluyla çalışıldığında bazen önemli bazen de önemsiz derecede bilgi kaybı kaçınılmazdır. Uç vakalarda, araştırmacının görüşmeler sırasında not almayı bırakıp görüşmeleri bir kaç kısa seans şeklinde yapması ve seans aralarında da görüşmeler sırasında söylenen ana noktaları yazması bile gerekebilir.

Araştırmacılar, görüşülen kişi tercümana yönelik konuşmak gibi doğal bir eğilim içinde olsa bile kişiye doğru konuşmalı, onunla göz teması kurmalıdır. Tercüman aracılığıyla üçüncü şahıs kipi ("sonra ne olduğunu sor") yerine birinci şahıs ("sonra ne yaptın?") kullanılması görüşme açısından yararlı olur. Araştırmacılar genellikle tercüman soruyu çevirirken ya da görüşülen kişi cevap verirken notlarını yazarlar. Kimi araştırmacılar, görüşme anlamadıkları bir dilde gittiği için dinlemiyormuş gibi görünürler. Araştırmacıların yalnızca kelimeleri değil, bütünlüklü bir tablo elde etmek için aynı zamanda mağdurun beden dilini, yüz ifadelerini, ses tonunu ve jestlerini de izlemeleri gerektiğinden, araştırmacılar dinlemiyormuş görüntüsü vermekten kaçınılmalıdır. Araştırmacılar, konuyu bildiklerini göstermek için görüştükları kişinin kullandığı işkenceyle ilgili kelimelere/deyimlere aşına olmalıdırlar. "Submarino" ya da "darmashakra"<sup>74</sup> gibi işkenceyle ilgili kelimeleri duyduklarında boş bir yüz ifadesiyle durmak yerine tepki vermek araştırmacının güvenilirliğini artırır.

Mahkumları ziyaret ederken, görüşülecek kişilerin yerel tercümanı güvenilmez bulma gibi bir ihtimal varsa, en iyisi hiç bir zaman yerel tercüman kullanmamaktır. Bu durum, örneğin politik mahkumlarla ilişkili olabileceklerine dayanarak yerel yetkililerce ziyaret sonrasında "sorgulanabilecek" ya da başka şekillerde baskı altına alınabilecek yerel tercümanlar için de haksızlık olabilir. En iyisi, "başka bir yerden" olduğu açıkça belli olan bağımsız tercüman kullanmaktır. Yerel dili akıcı bir şekilde konuşmaktan sonra gelen en önemli özellik, işkence konusuna ve yerel kültüre duyarlı olan, eğitilmiş ve akıllı bir tercümanla birlikte çalışmaktır. Kural olarak, görüşülen kişi güvendiği için tercih etmedikçe diğer tutuklular çeviri için kullanılmamalıdır. Tutuklu olmayan kişilerle yapılan görüşmelerde de bu kuralların çoğu geçerlidir, ancak o zaman dışarıdan birini (yöreden biri) tercüman olarak bulundurmak daha kolaydır. Cezaevi koşullarında ise bu nadiren mümkündür.

## J. Cinsiyetle ilgili konular

İdeal koşullarda, işkence gördüğünü söyleyen kişiye, hangi cinsten araştırmacı ve tercümanla konuşmak istediği konusunda tercih hakkı vermek için ekipte her iki cinsten de uzman bulunmalıdır. Bu, henüz bir şikayette bulunmamış olsa bile tecavüze uğradığı bilinen bir kadın tutukluyla görüşülmesi durumunda özellikle önemlidir. Cinsel bir saldırı olmadığı durumlarda bile çoğu işkencenin cinsel bir boyutu da vardır (Bölüm V.E.8'e bakınız). Kadın mağdur, başına gelenleri fiziksel olarak - kaçınılmaz biçimde çoğunlukla ya da tümüyle erkek olmaları anlamında- işkencecilerine benzeyen birine anlatmak zorunda hissettiğinde yeniden travmatize olma riski artabilir. Bazı kültürlerde, erkek bir araştırmacının kadın bir mağdurla görüşüp soru sorması mümkün değildir ve buna saygı gösterilmelidir. Ancak çoğu kültürde, eğer ortamda yalnızca bir erkek hekim varsa kadın mağdurların



çoğu, hekim olmayan bir kadınla konuşacaklarına istedikleri tıbbi bilgileri ve önerileri almak için erkek hekimle konuşmayı tercih ederler. Böyle durumlarda, eğer kullanılıyorsa, tercümanın kadın olması gereklidir. Görüşülen kişilerden bazıları, hem kendilerine yapılan işkenceyle ilgili konuları hatırlatması hem de gizlilik ilkesine yönelik tehdit algısı yüzünden, tercümanın kendi yörelerinden olmamasını da tercih edebilirler (Bölüm IV.1.). Tercümanın gerekli olmadığı durumlarda, görüşmenin en azından fizik muayene kısmında ve hasta isterse tümünde refakatçi olarak bir kadın uzman bulunmalıdır.

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

### **K. Sevk gerektiren durumlar**

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

### **L. Bulguların ve sonuçların yorumlanması**

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

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

İşkencecilerin yaptıklarını gizlemeye kalkışabileceklerini de düşünmek gerekir. Dayak sonucu ortaya çıkan fiziksel bulgulardan kaçınmak için işkence genellikle geniş ve kaba aletlerle uygulanır. İşkence mağdurları kimi zaman teker teker indirilen darbelerin etkisini dağıtmak için bir halıya sarılırlar ya da falakada olduğu gibi mağdurun ayakbaşı çıkarılmaz. Germe, ezmeye bağlı yaralanmalar ve soluksuz bırakma da en az delil ile en fazla acı verme amacı güden işkence yöntemlerindedir. Elektrik şoklarında aynı amaçla ıslak havlular kullanılabilir.

Raporda araştırmacının nitelikleri ve deneyimi de yer almalıdır. Mümkün olduğu durumlarda, tanığın/hastanın ismi verilmelidir. Eğer bu, kişiyi ciddi bir risk altına sokacaksa, araştırma ekibinin kişiyi raporla ilişkilendirmesini sağlayacak, fakat başka birinin o kişiyi tanımasına olanak vermeyecek bir "rumuz" kullanılabilir. Raporda aynı zamanda görüşme esnasında ya da bir bölümünde odada bulunan diğer kişilerin kim olduğu da belirtilmelidir. Rapor, şaibelerden kaçınarak ilintili öyküyü ve mümkün olan durumlarda da bulguları ayrıntılı bir şekilde vermelidir. Rapora tarih atılmalı, imzalanmalı ve yazıldığı yerin hukukunun gerektirdiği diğer tebliğler eklenmelidir (ayrıca bakınız ek IV).

<sup>70</sup> Yazarlar "tutuklu" (İng: "detainee") kavramını bu bölümde yalnızca yasal/dar anlamıyla değil, gözaltındakileri ve hükümlüleri de kapsayacak şekilde "içeride" olan herkesi kastetmek için kullanılmaktadır (Ç.N.).

<sup>71</sup> Örnek olarak bakınız: The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (chap. I.B).

<sup>72</sup> Anonim (1991), "Health care for prisoners: "implications of Kalk's refusal". Lancet 1991; 337: 647-8.

<sup>73</sup> R.F. Mollica ve Y. Caspi-Yavin. "Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms", M Başıoğlu (editor), "Torture and Its consequences: Current Treatment Approaches" içinde, (Cambridge, Cambridge University Press) 1992; s. 38-55.

<sup>74</sup> Yazarlar burada yerel işkence jargonlarından örnekler veriyorlar. "Submarino" Latin Amerika kökenli, mağdurun kafasının boğulma sınırına kadar suyun altında tutulduğu işkence yöntemidir. (Ç.N.)

## BÖLÜM V İŞKENCENİN FİZİKSEL DELİLLERİ

### A. Görüşme şekli

### B. Tıbbi öykü

### C. Fizik muayene

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

### E. Tam koydurucu özel testler

İşkencenin belgelendirilmesinin zorunlu unsurlarından biri de görgü tanığı ve işkence mağdurunun tanıklığıdır. İşkencenin fizik bulgularının var olduğu durumda bu, bir kişiye işkence yapıldığını doğrulayan önemli bir kanıttır. Ama böylesi şiddet eylemleri çoğunlukla kalıcı nedbe ya da iz bırakmadığı için fiziki delillerin yokluğu, işkencenin yapılmadığı şeklinde yorumlanmamalıdır.

Hastaların adli amaçlı tıbbi değerlendirmeleri objektif ve tarafsız olarak yürütülmelidir.

Değerlendirmeler, hekimin klinik uzmanlığını ve mesleki deneyimini temel almalıdır. İyi ve doğru hizmetin etik zorunlulukları, mesleki güvenilirliği sağlamak ve sürdürmek için doğruluk ve tarafsızlıktan ödün vermemeyi gerektirir. Gözaltına alınan kişi ve tutukluların değerlendirmesini yapan hekimler mümkünse, işkence ve diğer fiziksel ve psikolojik tacizin belgelendirilmesi konusunda özel eğitim görmüş kişiler olmalıdır. Bu hekimler, hastanın tutuklu bulunduğu bölgedeki hapis hane koşulları ve uygulanan işkence yöntemleri ile işkencenin sonradan meydana çıkan etkileri konusunda bilgili olmalıdır. Tıbbi rapor gerçeklere dayanmalı ve çok dikkatli ifade edilmelidir. Özel terimler kullanmaktan kaçınılmalıdır. Sıradan insanların anlayabilmesi için tıbbi terimlerin hepsi açıkça tarif edilmelidir.

Hekim, adli tıp değerlendirmesini talep eden resmi görevlinin tüm maddi gerçekleri aktardığını varsaymamalıdır. Hekim sorumluluğu; tıbbi değerlendirmeyi talep eden makamın olguya ilişkin bildirimini ile ilgisiz ya da tam tersi bile olsa; ilgili olduğunu düşündüğü tüm maddi gerçeklerin açığa çıkarılmasını ve rapora yazılmasını gerektirir. İşkence veya kötü muamelenin diğer biçimleri ile uyumlu bulgular, hiçbir şekilde adli tıp raporundan çıkarılmamalıdır.

### **A. Görüşme şekli**

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

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

Hekimlerin ve çevirmenlerin hasta hakkında öğrenilen bilginin gizliliğini koruma ve edinilen bilgiyi sadece hastanın onayıyla açıklama yükümlülüğü vardır (ayrıca bölüm III. C.'ye bakınız). Her şahıs tek başına ve mahremiyetine saygı gösterilerek muayene edilmelidir. Hasta, muayenede elde edilen bilgilerin açıklanması zorunluluğu ve konuyla ilgili devlet ya da adli mercilerin getirdiği gizlilik sınırlamaları hakkında bilgilendirilmelidir. Görüşmenin amacı kişiye net olarak anlatılmalıdır. Hekim bilgilendirilmiş onam alınırken, tıbbi muayenenin olası yararlarının ve çapraşık sonuçlarının uygun biçimde açıklanıp anlaşılmasını sağlamalıdır. Hekim bilgilendirilmiş onamın, başka kişilerin; özellikle kolluk güçleri ve adli mercilerin baskısı olmadan gönüllü olarak verilmesini sağlamalıdır. Kişinin muayeneyi reddetme hakkı vardır. Bu gibi durumlarda hekim kişinin muayeneyi ret nedenlerini belgelemelidir. Daha da önemlisi eğer kişi bir tutuklu ise, rapor tutuklunun avukatı ve diğer bir sağlık görevlisi tarafından imzalanmalıdır.

Hastalar muayene çerçevesinde verilen bilgilerin güvenliğinin sağlanamayarak, baskıcı hükümetler tarafından elde edilebileceğinden korkabilirler. İşkence uygulamasına hekimlerin ya da sağlık görevlilerinin katılmış olduğu durumlarda korku ve güvensizlik duyguları daha da güçlü olabilir. Birçok durumda değerlendirmeyi yapan hekim, görüşmenin yapıldığı bölgeye ve ülkedeki en büyük etnik ve kültürel kökene ait iken, hasta azınlık grup ve kültürünün mensubu olacaktır. Bu eşitsiz durum algılanan (ve gerçek) kuvvet dengesizliğini belirginleştirebilir, korku, güvensizlik ve zorla itaat etme olasılığını arttırabilir.

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

## **B. Tıbbi öykü**

Daha önceki tıbbi, cerrahi ve psikiyatrik sorunları da içerecek biçimde tam bir tıbbi öykü alın. Gözaltına alınmadan önceki herhangi bir yaralanma öyküsü ve olası geç bulgularını belgelediğinizden emin olun. Hastayı yönlendirici soru sormaktan kaçının. Görüşmeyi, gözaltı süresince yaşanan olayları kronolojik sırayla, açık uçlu aktarılacak biçimde yapılandırın.

Kişinin işkence iddiaları ile bölgesel işkence pratikleri arasındaki ilişkiyi kurabilmek için, öyküdeki özel bilgiler yararlı olabilir. Yararlı bilgilere örnek olarak; işkence aletlerinin, vücut pozisyonları ve vücudu kısıtlama yöntemlerinin tanımı, oluşan akut ve kronik yaralar ile hareketlerin nasıl kısıtlandığının tarifi ve işkence failleri ile gözaltı yer(ler)i hakkında bilgiler verilebilir. İşkenceye maruz kalan kişilerden, işkence deneyimine ilişkin açık uçlu görüşme yöntemleriyle tam ve doğru bilgi elde edilebilmesi için hastanın, deneyimini kendi kelimelerini kullanarak ve serbest çağrışımında aktarması gerekir. İşkence mağduru, işkence deneyimini ve belirtilerini kelimelerle açıklarken güçlük yaşayabilir. Bazı durumlarda travma olayı ve belirtilerle ilgili soru formlarını ve kontrol listelerini kullanmak faydalı olabilir. Eğer görüşmecisi travma ve semptomları ile ilgili soru formu ve kontrol listeleri kullanmanın faydalı olabileceğini düşünürse, kullanabileceği birçok soru formu olmakla birlikte, hiçbir işkence mağdurları için özel olarak hazırlanmış değildir. İşkence mağdurunda işkence sonrasında ortaya çıkan belirti ve hareket kısıtlılıklarının anlatımı: İşkence mağdurunun tüm yakınmaları, fiziksel bulgular ile bağlantılı olsun ya da olmasın çok önemlidir ve mutlaka kaydedilmelidir. Belli işkence biçimleri ile ilişkili akut ve kronik belirtiler ile kısıtlılıklar ve bunu takip eden iyileşme süreci belgelenmelidir.

### **1. Akut belirtiler**

Kişiye uygulandığı iddia edilen özel işkence yöntemleri sonrasında meydana gelmiş olması olası tüm zararlar sorulmalıdır. Örneğin kanama, çürük, şişme, açık yaralar, laserasyon (doku bütünlüğündeki bozulmalar), kırık, çıkık, eklem kilitlemesi, hemoptizi, pnömotoraks, kulak zarı perforasyonu, genitoüriner sistem yaralanmaları, yanıklar (yanığın derecesine göre renk, bül, nekroz) elektrik yaralanmaları (lezyonların boyut ve sayısı, renkleri ve yüzey özellikleri) kimyasal yaralanmalar (renk, nekroz belirtileri), ağrı, hissizlik, kabızlık, kusma vb. Her belirtinin şiddeti, sıklığı ve süresi not edilmelidir. Daha sonra gelişen tüm cilt lezyonları tanımlanmalı, nedbe dokusu oluşup oluşmadığı kaydedilmelidir. Akut belirtiler için mağdurun serbest bırakıldığı zamandaki sağlık durumu nasıldı?

Yürüyebiliyor muydu yoksa yatmak zorunda mıydı? Yatmak zorundaysa ne kadar süre yattı? Yaralar ne kadar sürede iyileşti? Yaraları iltihaplandı mı? Ne tür tedavi gördü? Tedavi eden doktor muydu, geleneksel yöntemlerle mi tedavi oldu? vb. soruları yöneltilmelidir. Gözaltına alınan kişinin bu tür olayları gözlem yeteneği, işkencenin kendisi ya da sonradan ortaya çıkan etkileri yüzünden bozulmuş olabilir ve bu da belgelenmelidir.

## 2. Kronik belirtiler

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

## 3. Görüşmenin özeti

İşkence mağdurundaki yaralanmalar diğer travma biçimlerinden farklı olabilir. Akut lezyonlar her ne kadar iddia edilen yaralanmalar için karakteristik olsa da, lezyonların çoğu yaklaşık 6 hafta içinde ya hiç nedbe bırakmadan ya da karakteristik olmayan nedbeler bırakarak iyileşirler. Bu durumla genellikle işkence failleri, işkence izlerini önleyen ya da azaltan teknikler kullandığında karşılaşılır. Bu koşullarda fizik muayene sonuçları "normal sınırlar içinde" bulunabilir ancak bu durumda hiçbir işkence iddiasını reddedilemez. Hastanın akut lezyonlar ve bunu izleyen dönemdeki iyileşme süreciyle ilgili ayrıntılı gözlemleri özel işkence ve kötü muamele iddialarını doğrulayan önemli bir kanıt kaynağıdır.

## C. Fizik muayene

Öykünün ve hastanın bilgilendirilmiş onamının alınmasından sonra, bu konuda ehil bir hekim tarafından kapsamlı bir fizik muayene yapılmalıdır. Hasta, mümkün olduğu durumlarda hekimin ve kullanılıyorsa çevirmenin cinsiyetini seçebilmelidir. Eğer hasta ve hekim aynı cinsiyetten değilse, hasta karşı çıkmadığı sürece hastayla aynı cinsiyetten bir hastabakıcı kullanılabilir. Hasta muayene sürecinin denetiminin kendisinde olduğunu, istediği zaman muayeneyi sınırlama ya da durdurma hakkının olduğunu anlamalıdır (bakınız bölüm IV.J.).

Bu bölümde ileri inceleme ve uzman konsültasyonu istemekle ilgili bir çok başvuru kaynağı vardır. Hasta hapiste olmadığı sürece mağdurun belirlenen gereksinimlerinin izlenebilmesi için hekimin fizik ve psikolojik tedavi kurumlarına ulaşabilmesi önemlidir. Bazı tanı koyucu testlerin yapılması mümkün olmadığında, bu eksiklik raporun değerini azaltmamalıdır (Olası tanı koyucu tetkikler ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Ek II).

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

## 1. Cilt

Muayene, aşağıdaki belirtileri araştırmak için, tüm vücut yüzeyini kapsamalldır: A, B, ve C vitamini eksikliğini de kapsayan yaygın cilt hastalıkları; işkence öncesine ait lezyonlar; işkenceye bağlı sıyrık, ezik, kesik, delici alet yaraları, sigara ya da ısıtılmış aletlere bağlı yanıklar, elektrik yaralanmaları, sağ kaybı ve tırnak sökülmesi gibi lezyonlar. İşkence lezyonlarının lokalizasyon, simetri, şekil, boyut, renk ve yüzey özellikleri (örn. pullanma, kabuklanma, ülserasyon) ile lezyonun etrafındaki cilde göre düzeyleri ve sınırları tanımlanmalıdır. Mümkün olan en kısa sürede fotoğraf çekimi zorunludur. Muayeneyi gerçekteştiren hekim lezyonların nedeni, başkası tarafından veya kendisi tarafından yapıldı yapılmadığı [75-76](#) kaza sonucu ya da bir hastalıktan meydana gelip gelmediği konusunda görüş bildirmelidir.

## 2. Yüz

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

### (a) Gözler

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

### (b) Kulaklar

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

### (c) Burun

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

### (d) Çene-orofarinks (ağız-boğaz) ve boyun

Dayak sonucu mandibula kırıkları ve/veya çıkıkları oluşabilir. Yüzün alt tarafı ve çeneye yönelik darbelerde, temporomandibuler eklem sendromu sık karşılaşılan bir sonuçtur. Boyuna yönelik darbeler sonucu oluşabilecek hyoid kemik ve laringeal kırıkta kırıkları için krepitasyon bulgusu araştırılmalıdır. Orofarinks ile ilgili bulgular, elektrik yanıkları veya diğer travmalarla uyumlu bulguları da kapsayacak

şekilde ayrıntılı olarak kaydedilmelidir. Diş etlerinin durumu ve diş etlerindeki kanamalar da ayrıca belirtilmelidir.

#### (e) Ağız boşluğu ve dişler

Diş hekimince yapılacak muayene, tutukluların periyodik sağlık muayenelerinin bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Sık sık ihmal edilmesine karşın bu muayene, fizik muayenenin önemli bir parçasıdır. Çürük, diş eti iltihabı veya diş apselerinin daha da kötüleşmesi için diş tedavileri kasıtlı olarak engellenebilir. Dikkatli bir diş öyküsü alınmalı, diş tedavilerine ilişkin kayıtlar varsa istenmelidir. Dişlerde kopma ve kırıklar, dolgu düşükleri ve protez kırıkları, travma veya elektrik işkencesi sonucu oluşabilir. Diş çürükleri ve diş eti iltihapları da kaydedilmelidir. Kötü diş yapısı, tutukluluk koşullarından ötürü olabileceği gibi tutukluluk öncesinden de mevcut olabilir. Ağız boşluğu dikkatlice incelenmelidir. Elektrik işkencesi sırasında dil, diş etleri veya dudaklar ısırılmış olabilir. Lezyonlar elektrik uygulaması ile olabileceği gibi ağız içine zorla bir cisim sokarken de olabilir. Yumuşak doku, mandibular travma ve dental travmanın boyutlarını saptayabilmek için standart grafi ve MRG önerilir.

#### 3. Göğüs ve karın

Gövdenin muayenesinde cilt lezyonlarını kaydetmeye ek olarak, kasların, kaburgaların ve karın organlarının altındaki yaralanmaları yansıtabilecek ağrı, hassasiyet ve rahatsızlık ifade edilen bölgeler incelenmelidir. Muayene eden kişi, kas içi, retroperitoneal ve karın içi kanamaları olduğu kadar bir iç organın kesi veya yırtığını da düşünmelidir. Bu tür yaralanmaları gösterebilmek için ulaşılabilirse ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve kemik sintigrafisi kullanılmalıdır. Standart muayene tekniği, kardiyovasküler sistem, akciğerler ve batın muayenesi rutin olarak yapılmalıdır. Daha önceden var olan solunum sistemi rahatsızlıkları gözaltında ağırlaşabilir ve yeni solunum sistemi rahatsızlıkları meydana çıkabilir.

#### 4. Kas iskelet sistemi

İşkence mağdurlarında kas iskelet sistemi ağrı ve sızı yakınmaları çok sık görülür<sup>77</sup>. Bu şikayetler tekrar tekrar kaba dayığa maruz kalma, askı veya diğer pozisyonel işkenceler<sup>78</sup> ile gözaltının genel fiziki çevresel koşullarına bağlı olabilir. Ayrıca bunlar somatik şikayetler de olabilir (bakınız bölüm VI.B.2.). Bu şikayetler travmaya özgü olmamalarına rağmen kaydedilmelidir; genellikle bu tip şikayetler fizik tedaviye yanıt verirler<sup>79</sup>. İskelet sisteminin muayenesi, eklemlerin, omurganın ve ekstremitenin hareketliliğinin kontrol edilmesini içermelidir. Hareketle ağrı, kontraktürler, sertlik, kompartman sendromunun bulguları, deformateli ya da deformatsiz kırıklar ve çıkıkların tamamı kaydedilmelidir. Çıkık, kırık ve osteomyelit şüpheleri radyografi ile değerlendirilmelidir. Osteomyelit şüphesinin değerlendirilmesi için rutin radyografiyi takiben 3 fazlı kemik sintigrafisi yapılmalıdır. Tendon, bağ ve kas yaralanmaları en iyi MRG ile değerlendirilebilirse de artrografi de uygulanabilir. Akut dönemde MRG ile hemoraji ve olası kas yırtılmaları saptanabilir. Kaslar genellikle nedbe bırakmadan iyileştikten daha sonra yapılan görüntüleme çalışmalarında negatif sonuç alınır. Denerve kaslar ve kronik kompartman sendromu MRG ve BT'de kas fibrozisi olarak görüntülenecektir. Kemikte doku içi kanama, MRG veya sintigrafi ile saptanabilir, genellikle hiç iz bırakmadan iyileşir

#### 5. Ürogenital sistem

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

#### 6. Merkezi/periferik sinir sistemi

Nörolojik muayenede kafa sinirleri, duyu organları ve periferik sinir sistemi; motor ve duysal nöropatilerin açısından kontrol edilmeli ve travma olasılığı, vitamin eksikliği veya diğer hastalıklarla bağlantıları araştırılmalıdır. Mağdurun bilişsel kabiliyeti ve mental durumu da değerlendirilmelidir (bakınız bölüm VI.C.). Askıya alındığını ifade eden hastalarda brakial pleksopatiye (değişik duysal ve

tendon refleksleri ile birlikte el kuvvetinde asimetri, bilek düşüklüğü, kolda güçsüzlük) özel önem verilmesi gereklidir. Radikülopatiler, diğer nöropatiler, kafa siniri hasarları, hiperaljezi, parestezi, hiperestezi, pozisyon ve ısı duyusunda, motor fonksiyonda yürüme ve koordinasyonda değişim gibi bulgularının tamamı işkenceyle bağlantılı travmalar sonucu meydana gelebilir. Bulantı ve/veya kusma şikayeti olan hastalarda vestibüler muayene yapılmalı ve nistagmus varsa kaydedilmelidir. Radyolojik inceleme MR veya BT'yi içermelidir. Beyin ve/veya posterior fossa incelemeleri için MRG, BT'ye tercih edilir.

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

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

**(a)** Uyumlu değil: lezyon tarif edilen travma sonucu olmuş olamaz

**(b)** Uyumlu: lezyon tarif edilen travma sonucu oluşmuş olabilir. Ancak bulgu spesifik değildir, muhtemel bir çok nedeni daha olabilir.

**(c)** Yüksek derecede uyumlu: lezyon tarif edilen travma sonucu oluşmuş olabilir. Ancak bir kaç muhtemel neden daha vardır.

**(d)** Tipik: genellikle bu tip travmalarda görülür ancak diğer nedenler de olabilir

**(e)** Tanı koydurucu: bu görünüm tanımlanan travmadan başka şekilde oluşamaz.

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

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

##### **(a) Cilt hasarı**

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

Akut lezyonlar arasında bulunan ve cildin yüzeysel olarak sıyrılıp kazınmasıyla oluşan sıyrıklar, tırmık izi gibi, alazlanma-alev yanığı gibi veya yaygın sıyrılmalar şeklinde oluşurlar. Bazen sıyrıklar uygulanan aletin sınırlarını yansıtır ya da uygulanan aletin yüzey şeklini gösterir. Tekrarlanan veya derin sıyrıklar cilt tipine bağlı olarak hipo ya da hiperpigmente alanlara yol açarlar. Örneğin eller çok sıkı biçimde birbirine bağlandıysa, el bileğinin iç kısmında bu tip alanlar görülebilir.

Kontüzyon ya da berelenmeler, künt travmaya bağlı kan damarlarının yırtılarak yumuşak doku içinde kanama alanı oluşturmasıdır. Kontüzyonun büyüklük ve şiddeti sadece uygulanan kuvvetin büyüklüğüne bağlı değil aynı zamanda kontüze olan dokunun yapısına ve damar yapısına bağlıdır.

Kontüzyonlar daha çok kemiğin üzerini ince bir cilt tabakasının kapladığı yerlerde ya da yağlı bölgelerde oluşur. Vitamin eksikliği ve diğer beslenme bozuklukları da içeren bir çok tıbbi durum, çürük



ve purpuraların daha kolay oluşmasıyla ilişkili olabilir. Kontüzyonlar tıpkı sıyrıklar gibi bir bölgeye künt travma uygulandığını gösterir. Ancak kontüzyon saptanamaması, tıpkı sıyrığın saptanamaması gibi vücudun o bölgesine künt travma uygulanmadığını göstermez. Kontüzyonlar bazen uygulanan aletin sınırları gösterir. Örneğin ray şeklinde berelenme, çop ya da değnek gibi cisimler uygulandığında meydana gelir. Dolayısıyla kullanılan aletin şekli, berelenmenin şekli düşünülerek tahmin edilebilir. Kontüzyonlar çözünmeye başladığında bir dizi renk değişikliği oluşur. Berelenmelerin çoğu başlangıçta koyu mavi, mor ya da koyu kırmızıdır. Berelenmedeki hemoglobin çözülmeye başladıkça, renk kademeli olarak menekşe -yeşil-koyu sarı ve açık sarıya dönüşür ve nihayet kaybolur. Bununla beraber kontüzyonun yaşını (oluş zamanını) kesin olarak saptamak zordur. Bazı cilt tiplerinde yıllarca süren hiperpigmentasyon oluşabilir. Subkutan derin dokularda oluşan kontüzyon, ekstrasvaze kan yüzeye ulaşana dek günlerce görülemeyebilir. Bu yüzden işkence iddiası olup da kontüzyon izi saptanamadığı durumlarda günler sonra tekrar muayene yapılmalıdır. Bu tür berelenmelerin nihai pozisyon ve şekli ile orijinal travma arasında herhangi bir ilişki kurulamaz; bazı lezyonlar zaman içinde tekrar yapılan muayeneler sırasında yavaş yavaş ortaya çıkar. <sup>80</sup>

Laserasyon, cilt ve cilt altındaki dokuların künt kuvvet basıncıyla yırtılması veya ezilmesidir. Vücudun çıkıntı oluşturan kısımlarında, cildin künt cisim ve subdermal dokuların altında bulunan kemik yüzeyi arasında sıkışması durumunda kolaylıkla gelişir. Ancak yeterli kuvvet uygulandığında, cilt vücudun her bölgesinde yırtılabilir. Vücudun alışılmadık bölgelerinde rastlanan asimetrik nedbeler ve yaygın nedbe dağılımı, bu nedbelerin kasten yapıldığını düşündürür. <sup>81</sup>

Kamçılama sonrası görülen nedbeler, iyileşmiş laserasyonları temsil eder. Bu nedbeler genellikle depigmente ve sıklıkla hipertrofik dar hiperpigmente bantlarla çevrilidir. Ayırıcı tanı da, bitki dermatiti düşünülebilir fakat bunda hiperpigmentasyon baskındır ve nedbelerin boyu kısadır. Kontrast olarak abdomen, aksilla ve bacaklardaki zaman zaman işkence sekeli olduğu iddia edilen simetrik, atrofik, depigmente değişimler stria distansae'yi temsil eder ve normalde işkence ile ilişkisi yoktur. <sup>82</sup>

Yakma, ciltte genellikle kalıcı değişimler oluşturan bir işkence çeşididir. Bazen bu değişimler tanı koydurucu değerde olurlar. Sigara yanığı sık sık, 5-10 mm genişliğinde dairesel ya da oval, maküler, hiper veya hipopigmente merkezi, hiperpigmente çevresi olan ve göreceli olarak çevresi ayırt edilemeyen nedbeler oluşturur. İşkenceyle bağlantılı olarak dövmelemlerin sigara ile yakıldığı da bildirilmiştir. İşkence sonrası görülen karakteristik nedbe ve dövme kalıntıları tanıda yardımcı olacaktır. <sup>83</sup> Sıcak cisim uygulamasıyla yapılan yakma işleminde obje, kullanılan aletin şeklini yansıtan belirgin atrofik nedbeler oluşturur. Bunlar başlangıçtaki enflamasyon alanı ile ilişkili, dar, hipertrofik veya hiperpigmente marjinal alanlar ile keskin bir biçimde demarke olmuştur. Bu durum mesela, elektrikle ısıtılmış metal çubuk ya da çakmakla oluşturulan yanıklarda görülür. Eğer çok sayıda nedbe oluşmuşsa ayırıcı tanı koymak imkansızdır. Spontan oluşan enflamasyon, marjinal kenar özelliklerini gizleyecek ve sadece nadiren belirtilen doku kaybını gösterecektir. Yanmış lastikle yapılan yakmaların hipertrofik ya da keloid nedbelerle sonuçlanabileceği bildirilmiştir.

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

Kesici alet travmaları cildin bıçak, süngü, kasatura veya kırık cam gibi keskin aletlerle kesilmesiyle oluşur. Yaralar, kesici delici alet, kesici alet ve delici alet yaralarıdır. Akut görünümünü, laserasyonların düzensiz ve yırtılmış görünümünden ayırt etmek genellikle kolaydır. Daha sonra yapılan muayenelerde saptanan nedbeleri ayırt edilebilir. Düzenli ufak kesi nedbelerinden oluşmuş şekiller geleneksel tedavi yöntemlerine bağlı olabilir. <sup>84</sup> Açık yaralara biber veya tahriş edici başka maddeler uygulanırsa nedbeler hipertrofik olabilir. Çeşitli boylarda ve asimetrik biçim gösteren nedbeler, değişik işkence yöntemleri açısından muhtemelen anlamlı olabilir

## (b) Kırıklar

Kırıklar künt mekanik kuvvetin değişik vektöriyel düzlemlerdeki etkisine bağlı olarak kemik bütünlüğünün bozulmasına yol açar. Direk kırık çarpmanın olduğu yerde ya da kuvvetin uygulandığı



verde olur. Bir kırığın bölgesi, sınırları, ve diğer özellikleri uygulanan gücün yönünü ve şeklini yansıtır. Bu yüzden bazen, kaza eseri oluşan kırıkla, eziyet amacıyla oluşturulan kırığı radyolojik görünümü ile ayırt etmek mümkündür. Göreceli olarak yakın zaman da olmuş kırıkların yaş tahmini/ oluş süresi tahmini tecrübeli travma radyologu tarafından değerlendirilmelidir Künt travmatik lezyonların yaşını ve türünü değerlendirirken, lezyonların oluşumu kişinin yaşı, cinsiyeti, doku özellikleri, hastanın durumu ve sağlık koşullarına ve travmanın şiddetine göre değişeceğinden spekülasyonlardan kaçınılmalıdır. Örneğin sağlıklı ve sportif gençler, yaşlı ve zayıf bünyeli kişilere göre berelenmeye daha dirençlidir

### (c) Kafa travması

Kafa travması en yaygın işkence biçimlerinden biridir. Tekrarlayan kafa travmalarında; kafa travması her zaman ciddi boyutlarda olmasa bile kortikal atrofi ve yayılmış aksonal hasar gelişmesi beklenebilir. Düşmeyle oluşan travmalarda, beyinde travmanın yönünün aksi yönde lezyonun lokalize olmasına bağlı lezyonlar gözlemlenebilir. Halbuki doğrudan travmada beyin kontüzyonları travmanın eziyet amaçlı uygulandığı bölgenin tam altında görülür. Saçlı derideki berelenmeleri, şişme olmadığı sürece haricen görebilmek zordur. Koyu derili insanlarda da berelenmeleri fark etmek zordur ancak palpasyonda hassasiyet fark edilir.

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

İşkence yöntemlerinden şiddetli sarsma, harici iz bırakmadan serebral hasara yol açabilir. Her ne kadar, bazen bu yöntem uygulandığında kurbanın ya da giysilerinin çekildiği göğsün üst tarafında ve omuzlarında berelenme saptanabilir. En ekstrem bulgu olarak, sarsılmış kişilerde sarsılmış bebek sendromunda tipik olarak rastlanan serebral ödem, subdural hematoma, ve retinal kanama görülür. Genel olarak kurbanlar tekrarlayan baş ağrıları, mekansal yönelim bozukluğu ve mental durum değişiminden şikayetçi olurlar. Sarsma işlemi genellikle bir iki dakika ya da daha kısa sürer, fakat sarsılma günler ya da haftalar boyunca defalarca tekrar edebilir.

### (d) Göğüs ve karın travması

Göğse dayak uygulamasının sık sonuçlarından biri kot kırıklarıdır. Kotlar yerinden çıkarsa akciğer yaralanmalarına ve muhtemelen pnömotoraksa yol açarlar. Direk künt travmalar sonunda vertebraların pedikülleri kırılabilir.

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

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

Falaka ayaklara (veya nadiren ellere ve kalçalara) tekrar tekrar künt travma uygulamasını ifade etmek için kullanılan yaygın bir terimdir. Genellikle cop, uzun çubuk veya benzeri bir cisimle uygulanır. Falaka uygulamasının en şiddetli komplikasyonu kas nekrozu, damar tıkanıklığı ve ayağın distal kısmının ya da ayak parmaklarının kangrenine yol açabilecek kapalı kompartman sendromudur. Ayaklarda kalıcı deformite, karpal, metakarpal ve falanks kemiklerinin kırıkları nadir olarak olsa da görülebilir. Hasarlar, genellikle yumuşak doku ile sınırlı olduğu için bilgisayarlı tomografi ve MR hasarın belgelendirilmesi için tercih edilen radyolojik yöntemlerdir. Ancak akut fazdaki fiziki incelemenin tanı koydurucu olması gerekir. Falaka, kronik sakatlığa yol açabilir. Yürüme güç ve ağırlı olabilir. Tarsal kemikler fikse (spastik) olabilir veya hareketleri artmış olabilir. Ayağın plantar (taban) kısmını sıkmakla veya başparmağı dorsifleksiyona getirmekle ağrı ortaya çıkabilir. Palpasyonda plantar aponevrozun uzunluğu boyunca hassasiyet olabilir. Aponevrozun kısmen proksimal falanksların tabanındaki kısmen de derideki distal bağlantıları yırtılmış olabilir ve aponevroz normal gerginliğine geri dönemez. Netice olarak yürüme zorlaşır ve bunu kas güçsüzlüğü takip eder. Baş parmağın pasif ekstansiyonu, aponevrozun yırtılıp yırtılmadığını açığa çıkarır. Eğer aponevroz sağlam ise palpasyonda baş parmak 20 dereceden fazla dorsifleksiyona getirildiğinde aponevrozun gerilmeye başladığı hissedilmelidir. Maksimum normal ekstansiyon 70 derecedir. Bundan daha fazla ekstansiyon, aponevrozun bağlantı noktalarında hasar olduğunu gösterir [85\\_86\\_87\\_88](#). Öte yandan kısıtlı dorsifleksiyon ve başparmağın hiper ekstansiyonunda ağrı ve birinci metatarsalın proksimal falanksının tepesinde veya tabanında ya da her iki yerde birden dorsal osteofit sonucu oluşan hallux rigidus'un belirtisidir.

Ayrıca çeşitli komplikasyon ve sendromlar oluşabilir:

- (a) Kapalı kompartman sendromu: Bu en şiddetli komplikasyondur. Kapalı kompartman içindeki ödem damar tıkanıklığı, kas nekrozu ile sonuçlanır bu da fibrozis ve/veya ayağın distal kısmının ve/veya parmaklarının kontraktür ve kangrenine yol açabilir. Genellikle kompartman içi basıncın ölçümü ile tanı konur.
- (b) Ezilmiş topuk ve anterior ayak yastıkçıkları: Falaka uygulaması sırasında doğrudan yada travmayla ilişkili ödem sonucunda kalkaneus ve proksimal falankslar altındaki elastik yastıkçıklar ezilir. Ayrıca yağ dokusu boyunca devam eden ve kemiği deriye bağlayan bağ dokusu bantları yırtılır. Yağ dokusu besleyici kan kaynaklarından mahrum kalınca atrofiye olur. Yastık etkisi kaybolunca ayaklar yürürken meydana gelen baskıyı kaldıramaz.
- (c) Falaka uygulaması sonrası oluşan cilt ve cilt altı dokuları da kapsayan rijit ve düzensiz nedbeler: Normal bir ayakta dermal ve subdermal dokular, plantar aponevroza gergin bağ dokusu bantları aracılığı ile bağlıdırlar. Ancak bu bantlar falakaya maruz kaldıktan sonra meydana gelen ödemin bantları yırtması nedeniyle kısmen ya da tamamen tahrip olurlar
- (d) Plantar aponevroz ve ayak tendonlarının yırtılması: Falaka sonrası dönemde oluşan ödem bu yapıların bozularak yırtılmasına yol açar. Ayak kavisi için destekleyici olan işlev kayb olduğunda yürümek zorlaşır ayak kasları özellikle quadratus plantaris longus ileri derecede zorlanır.
- (e) Plantar fasciitis: Bu durum, hasarın ileri komplikasyonu olarak oluşabilir. Falaka uygulamasında tüm aponevroz boyunca iritasyon vardır bu da kronik aponevrozite yol açar. 15 yıl cezaevinde kaldıktan sonra serbest bırakılan ve ilk yakalanma döneminde falaka uygulamasına maruz kaldıklarını ifade eden mahkumlar üzerinde yapılan çalışmalarda, metatars ve kalkaneusda hiperaktif kemik görüntüleri saptanmıştır. [89](#)

Manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, ultrason gibi radyolojik yöntemler falaka uygulaması sonrası meydana gelen travma öykülerini desteklerler. Pozitif radyolojik bulgular, diğer hastalık ya da travmalara sekonder de olabilir. İlk muayenede rutin radyografi önerilir. Yumuşak doku hasarlarını saptamak için manyetik rezonans görüntüleme tercih edilir. Manyetik rezonans görüntüleme ve sintigrafi rutin radyografide veya bilgisayarlı tomografide saptanamayan kemik dokusunda berelenme gibi kemik hasarlarını saptayabilir. [90](#)

### 3. Askı

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

**(a) Çapraz askı:** Kolları her iki yana açıp, kolların yatay olarak bir sırtık yada direğe bağlanması ile uygulanır.

**(b) Kasap askısı:** Kişinin bir ya da iki elinden bağlanıp asılması

**(c) Ters kasap askısı:** Kişinin ayaklarından asılıp, başın aşağıda kalması

**(d) Filistin askısı:** Kişinin ön kolları arkada dirsekten 90 derece kırılarak birbirine bağlanır, daha sonra ön kollar bir direk ya da sırığa bağlanarak asılı halde bırakılır. Bir başka yöntemde de tutuklu, kolları arkaya getirilerek el bilekleri ya da dirseklerinden bağlanarak asılır.

**(e) Papağan tüneği:** Tutuklunun dizleri fleksiyona getirilirken popliteal bölgenin altından bir sırtık geçirilir, genellikle bu sırada eller ayak bileklerine bağlanır.

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

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

**(a) Motor muayene:** Distal olarak asimetric anlamda kas zayıflığı daha belirgindir ve en çok görülmesi beklenen bulgudur. Akut ağrı, kas sertliği muayenesinin değerlendirmesini güçleştirir. Hasar yeterince şiddetli ise kronik fazda kas atrofi görülür.

**(b) Duyu Muayenesi:** Duysal sinir yolları üzerinde tam duyu kaybı veya parestezi yaygındır. Pozisyon algısı, iki nokta ayrımı, iğne batırma testi, soğuk/sıcak ayrımı kontrol edilmelidir. En az 3 hafta sonra eksiklik ve/veya refleks kaybı/ azalması varsa elektrofizyolojik incelemelerin uygulanması ve değerlendirilmesinde tecrübeli nörologlar tarafından bu incelemeler yapılmalıdır.

**(c) Refleks muayenesi:** Refleks kaybı, reflekslerde azalma veya iki ekstremitede refleksler arasında farklar bulunabilir. Filistin askısında her iki brakial pleksus, travmaya maruz kaldıysa işkence kurbanının asılış biçimine göre, örneğin üste yerleştirilen kol veya bağlama yöntemi vs. gibi nedenlerle asimetric pleksopati gelişebilir. Her ne kadar günümüzde literatür, brakial pleksopatilerin genellikle tek taraflı olduğunu bildiriyorsa da bizim deneyimize göre iki taraflı hasar yaygındır.

Omuz bölgesi dokuları arasında brakial pleksus, traksiyon hasarına en duyarlı yapıdır. Filistin askısı, kolların zorlamalı posterior ekstansiyonuna bağlı brakial pleksus hasarı oluşturur. Klasik Filistin askısında kollar, posterior hiperekstansiyonda iken vücut askıya alındığında sırasıyla önce alt pleksus sonra orta pleksus ve üst pleksus lifleri (eğer pleksus üzerindeki güç yeterince şiddetli ise) hasara uğrar. Çapraz askı uygulandıysa ve kollarda hiperekstansiyon yoksa ilk önce hiperabduksiyona bağlı olarak, orta pleksus lifleri hasara uğrar. Brakial pleksus hasarları aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

- (a) Alt pleksus hasarı: Duyusal eksiklik ön kol ve el kaslarında lokalizedir. Duyusal zaaf ön kol ve ellerin 4 ve 5. parmaklarında ulnar sinir dağılım bölgesinde gözlemlenir.
- (b) Orta pleksus hasarı: Önkol, dirsek ve parmak ekstansör kasları etkilenir. Önkol pronasyonu ve elin radial fleksiyonu zayıf olabilir. Radial sinir dağılımında ön kol ve elin bir, iki ve üçüncü parmaklarının dorsal yüzünde duyusal eksiklik vardır. Triceps refleksleri kaybolmuş olabilir.
- (c) Üst pleksus hasarı: Özellikle omuz kasları etkilenmiştir. Omuz abduksiyonu, aksial rotasyon ve önkol pronasyon supinasyonunda duyusal eksiklik olabilir. Deltoid bölgede duyusal eksiklik bildirilmiştir ve bu kollara ve önkolun dış kısımlarına kadar uzanabilir.

#### 4. Diğer pozisyonel işkenceler

Pozisyonel işkencenin bir çok çeşidi vardır. Bunlar kişiyi bağlayarak veya kişiyi bükülmüş durumda tutarak, aşırı gererek veya doğal olmayan biçimlerde tutarak şiddetli ağrıya yol açan, tendonlar, bağlar, sinirler ve kan damarlarında hasara yol açan pozisyonlardır. Bu yöntemler sık sık ağır kronik sakatlıklara yol açmalarına rağmen, nadiren haricen görülebilecek iz ya da radyolojik bulguya yol açarlar.

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

#### 5. Elektrik şoku işkencesi

Elektrik akımı vücudun herhangi bir yerine yerleştiren elektrotlar aracılığı ile iletilir. En yaygın kullanılan bölgeler eller, ayaklar, el ve ayak parmakları, kulaklar, meme uçları, dudaklar ve genital bölgedir. Enerji kaynağı, el manyetosuyla çalışan veya gaz-dizel ile çalışan bir jeneratör, şebeke elektriği, şok tabancası veya büyükbaş hayvanları gütmek için kullanılan, sersemletici şok etkileri olan, hayvanlar veya insanlara karşı kullanmak için üretilmiş özel elektroşok cihazları ve diğer elektrikli araçlar olabilir. Elektrik akımı iki elektrot arasındaki en kısa yoldan gider. Elektrik akımı uygulandığında semptomlar bu özelliğe bağlı olarak oluşur. örneğin eğer elektrotlar sağ ayağın parmaklarına ve genital bölgeye yerleştirilirse, sağ ayak ve uyluk kaslarında ağrı, kas kontraksiyonu ve kramp olacaktır. Genital bölgede de çok ıstırap veren ağrı olacaktır. Elektrik akımının izlediği tüm hat boyunca tüm kaslar tetanik olarak kontrakte olacağı için elektrik akımı azıcık yüksek olsa omuz çıkığı, lomber ve servikal radikulopatiler görülebilir. Ancak uygulamanın tipi, süresi, kullanılan akım ve enerjinin voltajı, kurbanın muayenesiyle net kanaat oluşacak biçimde saptanamaz. İşkence failleri işkencenin etkisini arttırmak, elektrik akımının vücuda giriş noktalarını genişletmek ve saptanabilecek elektrik yanıklarının engellemek için sık sık vücudun üzerine su dökerler veya çeşitli jeller kullanırlar. Jel ya da su kullanımı, elektrik akımının etkisini artırır, elektrik akımının giriş noktasını genişletir, elektrik yanığını engeller. Elektrik yanığı izi genellikle 1-3 mm çapında, kırmızı kahverengi, dairesel bir lezyondur. Genellikle enflamasyon yoktur ve hiperpigmente nedbeyle sonuçlanabilir. Lezyonları ayırt etmek çok güç olduğu için elektrik uygulanan cilt yüzeyleri dikkatle incelenmelidir. Lezyonların orijini tayin etmek için biyopsi yapılması, tartışmalı bir durumdur. Elektrik yanıkları spesifik histolojik değişiklikler oluşturabilir; ancak bu değişimler her zaman bulunmaz. Bu değişimlerin bulunmaması, hiçbir biçimde lezyonun elektrik yanığı olması aleyhine kullanılamaz. Her olgu, cilt biyopsisi yapılırken çekilecek ağrı ve sıkıntı, izlenen prosedürün potansiyel sonuçları göz önünde bulundurularak ayrı ayrı değerlendirilmeli ve karar verilmelidir (bakınız Ek II.2.).

#### 6. Dış işkencesi

Diş işkencesi diş kırma, çekmek biçimde olabileceği gibi, dişlere elektrik işkencesi uygulayarak da olabilir. İşkence, dişlerin kaybı veya kırılması, diş etlerinin şişmesi, kanama, ağrı, gingivitis, stomatit, mandibular kırıklar veya diş dolgularının düşmesiyle sonuçlanabilir. Temporomandibular eklem sendromu, temporomandibular eklemden ağrı, çene ekleminde kısıtlılık ve bazı durumlarda elektrik akımının ya da yüze uygulanan darbelerin sonucu olarak çene ekleminde çıkma ile sonuçlanabilir.

## 7. Boğma

Boğulmaya ramak kalana kadar havasız bırakmak, giderek daha yaygın kullanılan bir işkence yöntemidir. Genellikle hiçbir iz bırakmaz ve kurban eski sağlığına hızla kavuşur. Bu yöntem Latin Amerika da çok yaygın kullanılmıştır; bu yöntemin İspanyolca'daki karşılığı olan "submarino" terimi insan hakları terminolojisinin bir parçası haline gelmiştir. Normal solunum, başa plastik torba geçirmek, ağız ve burunun kapatılması, boyuna çepeçevre saran bir bağla ya da başka bir şeyle baskı uygulamak, toz, çimento, biber gibi şeyleri zorla aspire ettirmek vs. gibi yöntemlerle engellenir. Bu yöntem "kuru submarino" olarak da bilinir. Ciltte peteşi, burun kanaması, kulaklardan kanama, yüzün konjesyonu, ağızda enfeksiyonlar, akut ve kronik solunum sistemi problemleri gibi çeşitli komplikasyonlar meydana gelebilir. Başın zorla idrar, dışkı, kusuk, veya diğer pisliklerle bulaşık suya daldırılması boğulmayla sonuçlanabilir veya işkence boğulmaya ramak kala sonlandırılabilir. Suyun akciğerlere aspirasyonu zatürreye yol açabilir. Bu tip işkence yöntemi "ıslak submarino" olarak da bilinir. Asma yada diğer bağla boğma yöntemlerinde, boyunda spesifik abrazyon ve kontüzyonlar görülür. İple boğma da ya da boyna vurulan darbelerde hyoid kemik veya larenks kırıkdağı kırılabilir.

## 8. Tecavüz ve cinsel işkence

Cinsel işkence, zorla çıplak bırakmakla başlar ve birçok ülkede işkence uygulamasının değişmez bir parçasıdır. Kişi çıplak ve yardıma muhtaç /çaresiz iken çok kırılığandır. Çıplaklık işkencenin psikolojik terörünü her yönüyle artırırken arka planda her zaman tecavüz ve sodomi potansiyeli vardır. Sözlü cinsel tehdit ve tacizler, yalancı tecavüz girişimleri de kişiyi utandırdığı ve aşağıladığı için cinsel işkencenin bir parçasıdır. Tamamıyla işkence prosedürünün bir basamağı ve parçasıdır. Kadınlara elle dokunmak da her zaman travmatiktir ve işkence olarak kabul edilir.

Erkeğe ve kadına yapılan cinsel işkenceler arasında farklar vardır ancak bazı işlemler her iki cinse de uygulanır. Tecavüz her zaman, cinsel yolla bulaşan hastalıkların özellikle HIV virüsünün ortaya çıkması riskini getirir. Şimdiki bilgilerimize göre, olaydan sonra birkaç saat içinde HIV' e karşı etkili profilaksi tedbiri alınmalıdır <sup>91</sup>. Bu da işkencenin rutin olarak uygulandığı ülkelerde pek mümkün değildir. Bir çok işkence vakasında, şehvet içeren cinsel bir unsur vardır. Yine bir çok işkence uygulamasında işkence, cinsel organlara yöneltilmiştir. Erkeklerde elektrik uygulaması ve darbeler genellikle genital organlara yöneltilir, buna bazen anal işkencede eşlik edebilir. Fizik travmanın etkileri sözlü taciz ile artırılır. Erkeklerde genellikle erkeklik gücünü kaybetme ve buna bağlı olarak toplumsal itibarın kaybolacağı tehdidi vardır. Tutuklular kültürel tabuları yıkacak biçimde aile bireyleriyle, arkadaşlarla veya tamamıyla yabancıların olduğu ortamlarda çıplak tutulabilirler. Daha kötüsü, gözaltı mekanında tuvalet varsa kişilerin tuvalet ihtiyacını herkesin içinde gidermek zorunda bırakılmasıdır. Ek olarak tutuklular birbirini cinsel olarak taciz etmeye zorlanır ki, bu duygusal olarak baş edilmesi güç bir durumdur. Kadınlar için potansiyel olarak tecavüze maruz kalma endişesi ve tecavüzle ilgili kültürel damga, travmaya eklenebilir. Erkeklerde olmayan hamile kalma riski, bakireliği kaybetme korkusu, çocuk sahibi olamama endişesi (tecavüz muhtemel kocadan ve toplumdan saklanabilse bile) gibi çok aşikar travmalar da gözden kaçırılmamalıdır.

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

### (a) Semptomların gözden geçirilmesi

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

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

### (b) Cinsel tecavüzün akabinde muayene

Tecavüz mağdurunun, tecavüzün akut bulgularının saptanması mümkünken salıverildiği durumlar çok nadirdir. Bu durumlarda, tıbbi muayeneyi kesintiye uğratabilecek pek çok unsurun varlığından haberdar olmak gerekir. Kısa bir süre önce cinsel tecavüze maruz kalmış kişi korkularına, sosyo-kültürel kaygılarına veya tacizin yıkıcı özelliğine bağlı olarak tıbbi ve hukuki destek konusunda çelişkiye düşmüş veya şaşkınlık içinde olabilir. Böylesi bir durumda doktor, tüm tıbbi ve hukuki olasılıkları açıklamalı ve kurbanın talepleri doğrultusunda hareket etmelidir. Hekimin görevleri arasında muayene için gönüllü, bilgilendirilmiş onam almak, tacizin tüm tıbbi bulgularını kaydetmek ve adli muayene için gerekli örnekleri almak vardır. Eğer mümkünse muayene cinsel tecavüzü dokümanete etmekte deneyimli bir uzman tarafından yapılmalıdır. Aksi halde hekim ya bir adli tıp uzmanıyla görüşmeli ya da konsültasyon istemeli veya klinik adli tıp kitaplarına başvurmalıdır<sup>92</sup>. Doktorun cinsiyeti kurbanın cinsiyetinden farklı ise, muayene sırasında mağdura, muayene odasında aynı cinsten bir yardımcı sağlık personelinin bulunması seçeneği tanınmalıdır. Tercüman kullanılacaksa aynı cinsten tercüman da aynı işlevi görebilir. Bu tür tecavüzlerde incelemenin hassas tabiatından ötürü, kurbanın herhangi bir akrabası, bu rol için uygun kişi değildir (bakınız bölüm IV.1.).Hasta rahat olmalı ve muayene öncesinde rahatlatılmalıdır. Tüm fizik bulguların boyut, yer ve renkleri çok dikkatli biçimde kaydedilerek, mümkünse fotoğrafı çekilerek ve delil için örnekler alınarak, tam bir muayene yapılmalıdır.

Fizik muayene ilk anda genital bölgeye yönelmemelidir. Muayene sırasında saptanan herhangi bir deformite mutlaka kaydedilmelidir. Cildi baştan başa inceleyerek, tecavüz sırasında oluşabilecek cilt lezyonlarını saptamak için özel dikkat gösterilmelidir. Bu lezyonlar çürük, laserasyon, ekimoz, emmeye bağlı peteşi ve ısırık izidir. Bu girişim, hastanın tam bir muayene için daha rahat davranmasını sağlar.

Genital lezyonların minimal olduğu durumlarda, vücudun diğer taraflarında saptanan lezyonlar tecavüzün en önemli delili olabilirler. Tecavüzden hemen sonra yapılan muayenelerde bile, kadın genital organlarında teşhis edilebilen hasar oranı % 50'nin altındadır. Kadın ve erkeklerde anal tecavüzden hemen sonra yapılan muayenelerde lezyon saptanan olgu oranı %30'dan daha azdır. Özetle vajina ve/veya anüse görece daha geniş objeler sokulduğunda teşhis edilebilecek lezyon olasılığı artmaktadır.

Adli laboratuvar olanaklarının var olduğu durumda muayene öncesinde laboratuvarla ilişkiye geçip, ne tür materyali inceleme olanakları olduğu, dolayısıyla hangi örneklerin nasıl alınmasını istedikleri öğrenilmelidir. Birçok laboratuvar, doktorların cinsel tecavüz iddiasında bulunan kişiden gerekli bütün materyal örnekleri alabilmesini sağlamak için gerekli setleri temin etmektedir. Laboratuvar yoksa yaş sürüntü alıp, açık havada kurumaya bırakmak anlamlı olabilir. Bu örnekler daha ileri ki bir tarihte DNA testi için kullanılabilirler. Vajinanın tepe noktasından alınan bir vajinal sürüntüde 5 güne kadar, anal sürüntüde 3 güne kadar sperm teşhis edilebilir. Çok fazla sayıda kurbandan ve özellikle işkence faili olduğu iddia edilen kişilerden örnekler alındığında, çapraz kontaminasyon iddialarını engellemek için çok sıkı tedbirler alınmalıdır. Adli tıp incelemesi için alınan tüm örneklerin çok iyi korunması ve bu örneklerin gözetli merkezinde izledikleri sürecin tümüyle kaydedilmesi gereklidir.

**(c) Tecavüzün üstünden birkaç gün geçtikten sonra yapılacak muayene**

Gerçekleştiği iddia edilen tecavüzün üzerinden bir haftadan fazla zaman geçtikten sonra çürük ve laserasyon gibi bulguların saptanamadığı durumlarda, pelvik incelemenin acilen yapılması gerekli değildir. Bu koşullarda zamanı, bulguları belgelemek için gerekli en kalifiye insanı bulmak ve kişiyle yapılacak görüşme için en iyi muayene koşullarını sağlamaya harcamak daha anlamlı olur. Ancak saptanabilen rezidüel lezyonları mümkünse uygun biçimde fotoğraflamak yararlı olabilir.

Önce öykü yukarıda tanımlandığı gibi alınmalı, daha sonra genel fiziksel bulguların muayenesi ve belgelendirmesi yapılmalıdır. Tecavüzden önce bebek doğurmuş kadınlarda ve özellikle tecavüzden sonra doğum yapmışlarda patognomonik bulgular uygun değildir. Ancak deneyimli bir kadın doktor, kişinin öyküsünü anlatırken ve muayenesini yaparken kişinin davranışlarına göre bir şeyler söyleyebilir<sup>93</sup>. Bireyin işkencenin çok utandırıcı bulunduğu yönlerini isteyerek anlatması için belli bir zaman geçmesi gerekebilir. Hastalar, şartlar ve süre uygun olursa, muayenenin en mahrem kısmını bir sonraki konsültasyona ertelemek isteyebilirler.

**(d) Hastanın takibi**

Cinsel tecavüz ile birçok enfeksiyon hastalığı bulaştırılabilir. Bu enfeksiyon hastalıklarını cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel taciz ile ilişkili vulvovajinit ve idrar yolu enfeksiyonları olarak ayırabiliriz. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında gonore, klamidy, sifilis, HIV, hepatit B ve C, herpes simplex, condyloma acuminatum (veneral siğiller) sayılabilir. Cinsel taciz ile ilişkili vulvovajinitlere örnek olarak trichomonas, candida vajiniti, gardenarella vajiniti, enterobius vermicularis (kıl kurdu) verilebilir.

Tüm cinsel taciz olgularında uygun kültür ve tedaviler düşünülmelidir. Gonore ve klamidy olgularında en azından kültür almak için anüs ve orofarinksin birlikte bulunan enfeksiyonları düşünülmelidir. Cinsel tecavüz olgularında hemen kültür ve serolojik testler için örnekler alınıp uygun tedavi başlatılmalıdır. İşkenceden sağ kurtulan kişilerde ve özellikle cinsel işkence ve tecavüze maruz kalmış kişilerde cinsel işlev bozukluğu yaygın olmakla birlikte, bu durum sadece bu gruba özgü bir durum değildir. Semptom orijinleri fiziksel olabilir, psikolojik olabilir ya da her ikisi birden bir arada olabilir. Bunlar:

**(i) Karşı cinsin bireylerinden öğrenme ya da cinsel aktiviteye ilginin azalması;**

**(ii) Cinsel partnerinin, kendisinin cinsel tacize uğradığını bilebileceğinden dolayı cinsel aktivite korkusu ya da cinsel olarak sakatlandığı korkusu; İşkenceciler anal olarak taciz ettikleri erkekleri homoseksüel olacakları yönünde sözlerle korkutabilir ve hatta bu korkuyu onlara aşılabilirler. Bazı heteroseksüel erkekler anal tecavüz sırasında istem dışı ereksiyona geçip ejakülasyon yapabilirler. Onların bu durumun tamamen fizyolojik bir tepki olduğunu öğrenerek, kendilerine güvenlerini kazanmaları gerekir;**

**(iii) Cinsel partnere güvenememe;**

**(iv) Cinsel uyarılmada bozukluk, erektil disfonksiyon (ereksiyon bozukluğu);**

**(v) Dispareunia (kadınlarda ağrılı cinsel ilişki); cinsel yolla bulaşan hastalık, üreme organlarına doğrudan travma ya da tecavüz sonrası gelişen hamileliğin kötü koşullarında düşük yapılarak sonlandırılması nedeniyle infertilite.**

**(e) Kadınların genital muayenesi**

Birçok kültürde bakire bir kadının vajinasından içeri spekulum, parmak veya sürüntü çubuğu da dahil olmak üzere bir şey sokmak tamamıyla kabul edilemez bir şeydir. Kadının harici muayenesi sırasında tecavüzün kesin delilleri görülüyorsa, internal pelvik muayene yapmak gerekmeyebilir. Genital muayene bulguları aşağıdakileri içerebilir:

**(i) Vulvada ufak laserasyon ve yırtıklar: Bunlar akut dönemde görülebilir ve aşırı germe nedeniyle olur. Normalde tamamen iyileşirler. Ancak tekrar tekrar travmatize edilmişlerse o zaman skar kalabilir;**



**(ii)** Kadın genital organlarında sıyrıklar: Sıyrıklar tırnak ya da yüzük gibi kaba cisimlerle temas sonucu oluşabilirler.

**(iii)** Vajinal laserasyonlar: Nadiren görülür, fakat varsa doku atrofisi veya önceki ameliyatlara bağlantılı olabilir. Vajinaya sokulan keskin cisimlerin yaptığı kesiler ayırt edilemez.

Tecavüzden bir hafta sonra yapılan kadın genital organlarının muayenesinde, nadiren herhangi bir fiziki delil saptanır. Olay sonrasında kadın kendi isteğiyle ya da istemeden cinsel ilişkiye girmiş olabilir; kadın doğum yapmışsa saptanan bulgulardan herhangi birini iddia edilen tacizle ilişkilendirmek hemen hemen imkansızdır. Dolayısıyla tıbbi değerlendirmenin en önemli bileşeni muayene eden kişinin öyküsüne dayalı bilgileri (örneğin taciz iddiaları ve kişi tarafından gözlemlenen akut hasarlar ve kadının kültürel şartları içindeki deneyimini) akılda tutarak kadının davranışlarının değerlendirilmesi olabilir.

#### **(f)** Erkeklerin genital muayenesi

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

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

Skrotal işkenceye maruz kalmış bireylerin kronik üriner sistem hastalıkları, erektil bozukluk ve testis atrofisi rahatsızlıkları olabilir. Post travmatik stres bozukluğu semptomları nadir değildir. Kronik fazda oluşan skrotal patolojinin işkence ile mi yoksa hastalık sonucu mu oluştuğunu ayırt etmek imkansızdır. Tam bir ürolojik inceleme sonunda fiziksel olarak bir anormallik saptanamaması, üriner problemler, empotans ve diğer cinsel problemlerin psikolojik orijinli olabileceğini gösterir. Skrotum ve penis üzerindeki nedbeleri görüntülemek çok zor olabilir. Bu yüzden bu bölgede nedbe bulunamaması, işkence yapılmadığı anlamına gelmez. Nedbe bulunduğu durumda travmanın gerçekliği doğrulanır.

#### **(g)** Anal Bölgenin Muayenesi

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

**(i)** Fissürler birçok "normal" durumda oluşabildiğinden (kabızlık, kötü hijyen koşulları) non-spesifik bulgu olma eğilimindedirler. Ancak akut bir durumda saptandığında (örn. 72 saat içinde) fissürler daha spesifik bir bulgudur ve penetrasyon bulgusu olarak kabul edilebilir.

**(ii)** Kanamalı ya da kanamalı olmayan rektal yırtıklar kaydedilmelidir.



(iii) Rugal paternin (anüs kıvrımlarının) tahribatı yelpaze şeklinde düz nedbeler olarak görülebilir. Orta hattın dışında (örn. saat 6 ve 12 haricinde) görüldüğünde penetre eden travmanın belirtisi olabilirler.

(iv) Deride sarkmalar iyileşen travma belirtisi olabilir"

(v) Anusta pürülan akıntı olabilir. Rektal penetrasyon iddiası olan tüm olgularda gonore ve klamidya için kültür alınmalıdır.

### E. Tanı koydurucu özel testler

İşkenceye maruz kaldığını iddia eden bir kişinin klinik değerlendirmesi için mutlaka tanı koyucu test yapılması gerekli değildir. Bir çok durumda tıbbi öykü ve klinik muayene yeterlidir. Ancak, bu tür testlerin, değerli destekleyici deliller olarak kullanılabilmesi durumları olabilir. Örneğin, yetkili makamlar aleyhine bir dava açıldığında veya bir tazminat talebi olduğunda, tanı koyucu testler kullanılabilir. Bu tür davalarda "pozitif" bir test sonucu davanın kazanılmasını ya da kaybedilmesini etkileyebilir. Tanı koyucu testler tedavi amaçlı kullanıldılarsa sonuçlar rapora eklenmelidir. Fizik bulgularda olduğu gibi tanı koyucu testlerde de "pozitif" test sonucunun yokluğu işkencenin olmadığını önermek için kullanılamaz. Teknik nedenlerle tanı koyucu testleri yaptırmanın mümkün olmadığı bir çok durum vardır. Rapor bilimsel açıdan uygun biçimde yazıldıysa, bu testlerin yapılamaması raporda yazılanların değerini azaltmaz. Ayrıca adli amaçlarla hasarları belgelendirirken ve klinik olarak bazı tanı koydurucu testlere ihtiyaç varken bunları kullanmamak da uygun değildir (daha detaylı bilgi için ek II'ye bakınız).

- 
- <sup>75</sup> O.V. Rasmussen, "Medical Aspects of Torture", Danish Medical Bulletin 1990; 37 Supplement 1: 1-88.
- <sup>76</sup> R. Bunting, "Clinical Examinations in the Police Context", WDS McLay (ed.), Clinical Forensic Medicine, (Londra, Greenwich Medical Media, 1996) 59-73.
- <sup>77</sup> O.V. Rasmussen, "Medical Aspects of Torture", Danish Medical Bulletin 1990; 37 Supplement 1, 1-88.
- <sup>78</sup> D. Forrest, "Examination for the late physical after effects of torture", Journal of Clinical Forensic Medicine 1999; s. 6, 4-13.
- <sup>79</sup> O.V. Rasmussen, Medical Aspects of Torture, Danish Medical Bulletin 1990; 37 Supplement 1, 1-88.
- <sup>80</sup> S. Gürpınar, S. Korur Fincancı, "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu", Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipleri Birliği, Ankara. 1999.
- <sup>81</sup> O.V. Rasmussen, "Medical Aspects of Torture", Danish Medical Bulletin 1990; 37 Supplement 1, 1-88.
- <sup>82</sup> L. Danielsen, "Skin Changes after Torture", Torture 1992; Supplement 1, 27-28
- <sup>83</sup> L. Danielsen, "Skin Changes after Torture", Torture 1992; Supplement 1, 27-28
- <sup>84</sup> D. Forrest, "Examination for the late physical after effects of torture", Journal of Clinical Forensic Medicine 1999; 6, 4-13.
- <sup>85</sup> G. Sklyv, "Physical sequelae of torture", M. Başoğlu (ed.), Torture and its consequences, current treatment approaches, (Cambridge: Cambridge University Press) 1992, 38-55.
- <sup>86</sup> D. Forrest, "Examination for the late physical after effects of torture", Journal of Clinical Forensic Medicine 1999; 6, 4-13.
- <sup>87</sup> K. Prip, L. Tived, N. Holten, Physiotherapy for Torture Survivors - a Basic Introduction; (Kopenhag: IRCT) 1995.
- <sup>88</sup> F. Bojsen-Moller, K.E. Flagstad, "Plantar aponeurosis and plantar architecture of the ball of the foot", Journal of Anatomy 1976; 121:599-611.
- <sup>89</sup> V. Lök, M. Tunca, K. Kumanlioglu ve ark., "Bone scintigraphy as clue to previous torture", Lancet 1991; 337 (8745) 846-7; Ayrıca bakınız M. Tunca ve V. Lök, "Bone scintigraphy in screening of torture survivors", Lancet 1998; 352 (9143) 1859.
- <sup>90</sup> Bakınız dipnot 82, 83; V. Lök ve ark., "Bone scintigraphy as an evidence of previous torture"; Treatment and Rehabilitation Center Report of HRFT; 91-96; 1994, Ankara.
- <sup>91</sup> D. Lunde ve J. Ortmann, "Sexual torture and the treatment of its consequences", M. Başoğlu (ed.), Torture and its consequences, current treatment approaches, (Cambridge: Cambridge University Press), 1992, 310-331.
- <sup>92</sup> Örneğin bakınız J. Howitt ve D. Rogers, "Adult Sexual Offenses and Related Matters", WDS McLay (ed.), Clinical Forensic Medicine, (Londra: Greenwich Medical Media) 1996; 193-218.
- <sup>93</sup> G. Hinshelwood, Gender-based persecution, Toronto, Birleşmiş Milletler Cinsiyete Bağlı Ayrımcılık ve Baskı Uzmanlar Toplantısı (United Nations Expert Group Meeting on Gender-based Persecution), 1997.

### İŞKENCENİN PSİKOLOJİK KANITLARI

## A. Genel değerlendirmeler

### B. İşkencenin psikolojik etkileri

### C. Psikolojik/psikiyatrik değerlendirme

## **A. Genel değerlendirmeler**

### **1. Psikolojik değerlendirmenin merkezi rolü**

İşkencenin çok çeşitli fiziksel ve psikolojik problemlere yol açabilecek olağanüstü bir yaşam deneyimi olduğu, yaygın olarak kabul edilen bir görüştür. Klinik hekim ve araştırmacıların çoğu, işkencenin aşırı zorlayıcı doğasının, kişinin işkence öncesi psikolojik durumuna bağlı olmaksızın kendi başına ruhsal ve duygusal etkiler yaratacak kadar güçlü bir deneyim olduğu konusunda hemfikirdir. Ancak işkencenin psikolojik sonuçları, kişinin işkenceye atfettiği anlam, kişilik gelişimi ve sosyal, siyasal, kültürel faktörler bağlamında oluşur. Bu nedenle, bütün işkence biçimlerinin aynı sonuçlara yol açtığı varsayılmaz. Örneğin, yalancı infazın psikolojik sonuçları, cinsel tacizin yol açtığı psikolojik sonuçlarla aynı değildir ve hücre hapsi ile yalıtmanın, fiziksel işkence yöntemleriyle aynı sonuçları doğurması beklenemez. Aynı şekilde, tutukluluk ve işkencenin yetişkinlerle çocukları aynı biçimde etkileyeceği varsayılmaz. Bunlara rağmen, işkence mağdurlarında belli bir düzenlilik içinde gözlemlenen ve belgelenen belirti grupları ve psikolojik tepkiler mevcuttur.

İşkenceciler, işkence ve kötü muamele davranışlarını genellikle bilgi alma ihtiyacı ile gerekçelendirmeye çalışırlar. Bu tarz kavramsallaştırmalar, işkencenin amacını ve hedeflenen sonuçlarını gizler. İşkencenin ana amaçlarından biri, kişiyi aşırı çaresizliğe ve rahatsızlığa iterek bilişsel, duygusal ve davranışsal işlevlerin bozulmasına yol açmaktadır.<sup>94</sup> Bu yüzden, işkence kişinin psikolojik ve sosyal işlevselliğinin temeline yönelik bir saldırı aracı olabilir. Bu koşullar altında işkenceci, mağduru yalnızca fiziksel olarak güçsüzleştirmeye çalışmaz, aynı zamanda mağdurun kişiliğini parçalamaya ve mağdurun gelecekle ilgili hayalleri, ümitleri ve arzuları olan bir insan olarak, aileye ve topluma ait olduğu duygusunu yıkmaya çalışır. İşkenceciler mağdurları insanlıktan çıkararak ve iradelerini kırarak, mağdurla teması olanlar için dehşet verici örnekler oluştururlar. Bu yolla işkence, bütün bir topluluğun iradesini kırabilir ya da toplumun uyumuna zarar verebilir. İşkence bunun yanı sıra, eşler, ebeveynler, çocuklar ve diğer aile üyeleri arasındaki yakın ilişkilere, mağdurlarla mensubu buldukları topluluklar arasındaki ilişkilere ciddi zararlar verebilir.

İşkence gören herkesin teşhis edilebilir bir ruhsal hastalık geliştirmeyebileceğinin farkında olunmalıdır. Buna rağmen, birçok mağdur ciddi duygusal tepkiler ve psikolojik belirtiler göstermektedir. İşkence ile bağlantılı ana psikiyatrik bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve majör depresyondur. Bu tür bozuklukların, nüfusun genelinde de gözleniyor olmasına rağmen, travmatize olmuş gruplarda görüme sıklıkları çok daha yüksektir. İşkencenin kişiye özgü kültürel, sosyal ve politik anlamı, işkencenin nasıl tasvir edildiğini ve işkence üzerine nasıl konuşulduğunu etkiler. Bu faktörler, işkencenin psikolojik ve sosyal etkilerine katkıda bulunur; farklı bir kültüre mensup bir mağdurun değerlendirmesi yapılırken bu unsurlar mutlaka göz önüne alınmalıdır. Kùltürler arası araştırmaların ortaya koyduğu gibi, psikolojik ya da psikiyatrik bozuklukları değerlendirirken kullanılması en akılcı yaklaşımlar fenomenolojik ya da tanımlayıcı yöntemlerdir. Bir kùltürde bozuk davranış ya da hastalık olarak kabul edilen bir durum, başka bir kùltürde patolojik olarak değerlendirilmeyebilir.<sup>95-96-97</sup> İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana, şiddetin psikolojik sonuçlarının anlaşılmasında ilerleme kaydedilmiştir. Belirli psikolojik belirtiler ve belirti kümeleri, işkence ve diğer tip şiddet mağdurlarında gözlemlenmiş ve belgelenmiştir.

Son yıllarda, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı, giderek artan oranlarda değişik tiplerde şiddete maruz kalmış, geniş bir yelpazede yer alan kişilere uygulanmaktadır. Ancak, Batılı olmayan toplumlarda bu tanının geçerliliği konusunda henüz tam bir görüş birliği yoktur. Her řeye rağmen, çok çeşitli etnik ve kültürel topluluklardan gelen, travmaya maruz kalmış mülteciler arasında yüksek oranlarda TSSB ve depresyon belirtilerine rastlanmıştır.<sup>98-99-100</sup> Dünya Sağlık Örgütü'nün kùltürler arası depresyon çalışmasında<sup>101</sup> oldukça önemli bir ilkeye dikkat çekilmiştir. Bu ilkeye göre, bazı belirtilerin farklı kùltürlerde aynen bulunabilmesine karşın, değişik kültürel bağlamalarda yaşayan mağdurları en çok ilgilendiren belirtiler farklı farklı olabilir.

### **2. Psikolojik değerlendirme ortamı**

Değerlendirmenin yapıldığı politik bağlam çok çeşitli olabilir. Bu çeşitlilik, değerlendirme'nin yürütüleceği tarzda önemli farklılıklara yol açmaktadır. Hekim ya da psikolog aşağıdaki ilkeleri, durumun özelliğine ve değerlendirme'nin amacına göre uyarlamalıdır (bölüm III.C.2.'ye bakınız).

Belirli bazı soruların rahatça sorulup sorulamayacağı, güvenliğin ve gizliliğin ne derece sağlanabildiğine bağlı olarak oldukça değişecektir. Örneğin, cezaevinde ziyaretçi bir hekim tarafından yapılan ve belki de 15 dakika ile sınırlı olan bir muayene ile özel bir muayenehanede saatlerce sürebilecek bir adli muayene aynı süreci izleyemez. Psikolojik belirtiler ve davranışların patolojik mi, yoksa uyumsal mı olduğu değerlendirilmeye çalışıldığında ek sorunlar ortaya çıkar. Bir kişi tutukluken ya da ciddi bir baskı ya da tehdit altında yaşarken muayene edildiğinde, bazı belirtiler uyumsal olabilir. Örneğin, faaliyetlere yönelik ilginin azalması, yabancılaşma ve kopukluk duyguları, hücre hapsinde tutulan bir kişi için anlaşılabilir bulgular olabilir. Benzer bir biçimde aşırı tetikte olma ve kaçınma davranışları baskıcı toplumlarda yaşayanlar için gerekli olabilir.<sup>102</sup> Fakat görüşme koşullarındaki sınırlılıklar, bu el kılavuzunda ortaya konan ilkelerin uygulanmamasına gerekçe oluşturamaz. Devletin ve yetkililerin işin içinde olduğu zor durumlarda bu standartlara olabildiğince sadık kalmak özellikle önemlidir.

## **B. İşkencenin psikolojik etkileri**

### **1. Dikkat edilmesi gereken hususlar**

Belirtilerin tasvirine ve psikiyatrik sınıflandırmaya geçmeden önce, bu tarz sınıflandırmaların genellikle Batılı tıbbi kavramlar olarak değerlendirildiği ve Batılı olmayan toplumlara uygulanırken açık ya da örtük olarak belirli zorluklar çıkardığı dikkate alınmalıdır. Batılı kültürlerin, psikolojik süreçlerin aşırı tıbbileştirilmesinden mağdur olduğu iddia edilebilir. Ruhsal ıstırapın bireyde odaklanan bir "bozukluk" olduğu ve tipik belirtiler gösterdiği düşüncesi, bir çok Batılı olmayan toplum mensubunca kabul edilmeyebilir. Bütün bunlara rağmen, TSSB'de biyolojik değişimlerin ortaya çıktığına dair dikkate değer ölçüde kanıt vardır ve bu açıdan bakıldığında, TSSB, biyolojik ve psikolojik olarak tedavi edilmeye elverişli teşhis edilebilir bir sendromdur.<sup>103</sup> Değerlendirmeyi yapan hekim ya da psikolog, ruhsal ıstırapı, mümkün olduğunca çok kişinin inançları ve kültürel normları bağlamında anlamaya çalışmalıdır. Bu, politik bağlamlara olduğu kadar kültürel ve dinsel inançlara da saygıyı içermektedir. İşkencenin şiddeti ve sonuçları göz önüne alındığında, psikolojik değerlendirme yaparken tanı koymak ve sınıflandırmak için acele etmek yerine, öğrenmeye açık bir tutum takınılmalıdır. İdeal olarak bu tür bir tutum, mağdura, şikayetlerinin ve acısının bu koşullar altında beklenebilir ve gerçek olarak kabul edildiğini iletacaktır. Bu anlamda duyarlı empatik bir tutum, mağdura yabancılaşma deneyimlerinden bir ölçüde kurtulma olanağı sağlayabilecektir.

### **2. Yaygın olarak görülen psikolojik tepkiler ve belirtiler**

#### **(a) Travmanın yeniden yaşantılanması**

İşkence mağdurunun geriye dönüşleri<sup>104</sup> ya da zorlayıcı anıları olabilir. Bunlarda kişi uyanık ve bilinçli durumdayken bile travmatik olayı sanki yeni baştan yaşıyormuş gibi hissedebilir ya da travmatik olayların çeşitli parçalarını, özgün ya da sembolik biçimleriyle içeren tekrarlayıcı kabuslar görebilir.

Travmayı sembolize eden ya da hatırlatan çeşitli uyaranlara maruz kalındığında rahatsızlık hissedebilir. Bu durum, otorite konumundaki insanlardan (hekimler ve psikologlar dahil) korkma ve onlara güvenmeme şeklinde ortaya çıkabilir. Yetkililerin insan hakları ihlallerine katıldığı ülkelerde ve durumlarda, otorite konumunda bulunan kişilere yönelik korku ve güvensizlik, patolojik olarak düşünülmemelidir.

#### **(b) Kaçınma ve duygusal küntlük**

**(i)** Travmayı hatırlatan düşüncelerden, konuşmalardan, faaliyetlerden, mekanlardan veya insanlardan kaçınma;

**(ii)** Aşırı duygusal kısıtlılık;

**(iii)** Aşırı kişisel uzaklık/kopukluk ve toplumdaki uzaklaşma, inzivaya çekilme;

(iv) Travmatik olayın önemli bir parçasını hatırlayamama;

(c) Aşırı uyanıklık

(i) Uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte zorluk;

(ii) Sinirlilik veya öfke patlamaları;

(iii) Konsantrasyon güçlüğü;

(iv) Aşırı ihtiyat/tetikte olma durumu, abartılı irkilme tepkisi;

(v) Genelleşmiş anksiyete (bunaltı);

(vi) Kesik kesik soluma, terleme, ağız kuruması ya da baş dönmesi ve mide-bağırsak rahatsızlığı.

(d) Depresyon belirtileri

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

(e) Zedelenmiş kendi imgesi ve geleceğe ilişkin beklentilerin kısıtlanması

İşkence mağduru, subjektif olarak onulmaz biçimde zedelenildiğini <sup>105</sup> ve geri dönülmez biçimde kişilik değişimine uğradığını hissedebilir. Mağdur, bundan sonraki yaşamında mesleğinde başarı, evlenme, çocuk sahibi olma veya normal bir hayat sürdürme konusunda beklentilerinin olmadığını ve geleceğinin kısıtlandığını hisseder.

(f) Disosiyasyon (çözüşme), depersonalizasyon ve atipik davranışlar

Disosiyasyon bilinçlilik, kendi algısı, hafıza ve eylemlerin bütünlüğünde yarılma durumudur. Kişi belli eylemlerine dair farkındalığını yitirebilir veya ikiye bölünüp kendisini belli bir uzaklıktan gözlemliyormuş gibi hissedebilir. Depersonalizasyon ise kişinin kendisinden ya da bedeninden ayrı/kopuk hissetmesidir. İtki denetim sorunları mağduru, travma öncesi kişiliğine kıyasla oldukça atipik olarak değerlendirdiği davranışlara neden olurlar. Travma öncesinde tedbirli olan biri yüksek risk taşıyan davranışlar sergileyebilir.

(g) Bedensel şikayetler

Nesnel bulgular olsun olmasın, ağrı, baş ağrısı ve diğer fiziksel şikayetler gibi bedensel belirtilere işkence mağdurlarında sıkça rastlanır. Ağrı, tek şikayet nedeni olabilir. Yeri ve yoğunluğu değişebilir.

Bedensel belirtiler, işkencenin doğrudan fiziksel bir sonucu ya da psikolojik kökenli ya da her iki nedenle birden olabilir. Örneğin, her tür ağrı işkencenin doğrudan fiziksel bir sonucu, psikolojik kökenli ya da her ikisi birden olabilir. Tipik bedensel şikayetler içinde kafa travmasından kaynaklanan baş ağrıları, bel ağrıları, kas-iskelet sistemi ağrıları sayılabilir. Kafa yaralanmaları işkence mağdurları arasında çok yaygındır. Bu yaralanmalar sıklıkla travma-sonrası kronik baş ağrılarına yol açarlar. Gerilim ve stres de baş ağrılarına neden olabilir ya da alevlenmesine yol açabilir.

(h) Cinsel işlev bozukluğu

Cinsel işlev bozukluğu, tümüyle olmasa bile özellikle cinsel işkenceye ya da tecavüze maruz kalmış işkence mağdurları arasında yaygın olarak görülür (bölüm V.D.8'e bakınız).

### (i) Psikoz

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

### (i) Hezeyanlar

(ii) Varsanılar (halusinasyon): İşitsel, görsel, dokunsal, kokusal

(iii) Tuhaf düşünce ve davranış

(iv) Algı yanılsamaları ve bozuklukları: Bu belirtiler yalancı varsanı (pseudo-halusinasyon) şeklinde tezahür edip gerçek psikotik tabloya yakın bir konumda olabilirler. Uykuya dalarken ya da uyanırken görülen algı yanlışlıkları ve varsanılar, toplum içinde de yaygındır ve psikoza işaret etmezler. İşkence mağdurları için, açık psikotik işaretler veya belirtiler olmadan, ara sıra çılgın sesleri ya da isminin çağrıldığını duymak ya da gölgeler görmek sıkça rastlanılan bir durumdur.

(v) Paranoya ve perseküsyon <sup>106</sup> hezeyanları

(vi) Geçmişinde ruhsal rahatsızlık öyküsü bulunan işkence mağdurlarında, psikotik bozukluklar ya da psikotik özellikler eşliğinde duygulanım bozuklukları ortaya çıkabilir. Geçmişinde iki uçlu duygulanım bozukluğu, psikotik özellikler eşliğinde tekrarlayıcı major depresyon, şizofreni ve şizoafektif bozukluk olan mağdurlar söz konusu bozukluğun yeni bir hecmesini yaşayabilirler.

### (j) Madde bağımlılığı

Alkol ve madde bağımlılığı, işkence mağdurlarında, travmatik anılardan kurtulmak, duygulanımı düzenlemek ve anksiyete ile baş etmek üzere ikincil olarak ortaya çıkar.

### (k) Nöropsikolojik bozukluk

İşkence, değişik düzeylerde beyin hasarına yol açan fiziksel travmayı da kapsayabilir. Kafaya alınan darbeler, boğma ve uzun dönemli beslenme bozukluğu gibi durumlar, tıbbi muayenede kolayca saptanamayan uzun dönemli nörolojik ve nöropsikolojik sonuçlara neden olabilir. Kafa görüntülemesi veya diğer tıbbi yöntemlerle saptanamayan bütün beyin hasarı vakalarında olduğu gibi, nöropsikolojik değerlendirme ve testler hasarı belgelemek için tek güvenilir yöntem olabilir. Bu tür değerlendirmelerde hedef belirtiler sık sık, TSSB ve depresyon belirtileriyle anlamlı derecede örtüşürler. Bilinçlilik, yönelim, dikkat, yoğunlaşma, hafıza ve icra edici işlevlerdeki düzensizlikler ya da hasarlar, organik nedenlerle olabildiği gibi işlevsel bozukluklar sonucu da ortaya çıkabilirler. Bu yüzden, bu tür ayrımlar yapılırken nöropsikolojik değerlendirme konusunda uzmanlaşmaya ve nöropsikolojik ölçeklerin kültürler arasında geçerliliğine ilişkin problemlerinin farkında olunmasına ihtiyaç vardır (aşağıda C.4.kısımına bakınız).

### 3. Tanısal Sınıflandırmalar

İşkence mağdurlarında rastlanan ana şikayetler ve öne çıkan bulgular, kişinin yaşam deneyimleri, kültürel, toplumsal ve politik bağlamıyla ilişkili olarak oldukça büyük farklılıklar göstermesine rağmen, değerlendirmeyi yapan kişilerin travma ve işkence mağdurları arasında en sık görülen bozukluklar hakkında bilgili olması şarttır. Ayrıca, travmayla ilişkili ruhsal bozukluklar dikkate değer ölçüde birlikte seyrettiğinden, birden fazla ruhsal bozukluğun birlikte bulunması nadir görülen bir durum değildir.

Çeşitli anksiyete ve depresyon tezahürleri, işkenceden kaynaklanan en yaygın belirtilerdir. Çoğu durumda bahsedilen belirtiler, anksiyete ve mizaç bozuklukları kategorileri altında sınıflandırılacaklardır. Önde gelen iki sınıflandırma sistemi, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-10) <sup>107</sup> ruhsal ve davranışsal bozuklukların sınıflandırılması ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanısal ve İstatistiksel El kitabı'nın dördüncü baskısıdır (DSM-IV). <sup>108</sup> Tanısal kategorilerin bütünsel tanımları için

okur ICD-10 ve DSM-IV'e başvurmalıdır. Burada travmayla ilişkili en sık görülen tanılar (TSSB, major depresyon ve kalıcı kişilik değişikliği) gözden geçirilecektir.

### (a) Depresif bozukluklar

Depresif durumlar, işkence mağdurlarında hemen hemen her zaman görülmektedir. İşkencenin etkilerinin değerlendirilmesi bağlamında, TSSB'nin ve majör depresif bozukluğun açıkça ayırt edilebilir etyolojilere sahip iki farklı hastalık olduğunu varsaymak sorunludur. Depresif bozukluklar, tek hecmeli veya tekrarlayıcı (birden fazla hecmeli) majör depresif bozuklukları kapsar. Depresif bozukluklar psikotik, katatonik, melankolik ya da atipik özelliklerle birlikte veya bu özellikler olmadan seyredebilir.

DSM-IV'e göre majör depresif hecme tanısı koyabilmek için aşağıdaki belirtilerin beş ya da daha fazlasının aynı iki haftalık dönemde bulunması ve daha önceki işlevselliğe göre bir değişikliğe tekabül etmesi gerekmektedir (belirtilerden en az biri depresif mizaç veya ilgi veya hazzın kaybı olmalıdır): (1) depresif mizaç; (2) faaliyetlerin tümüne ya da çoğuna duyulan ilginin ya da alınan hazzın belirgin bir biçimde azalması; (3) kilo kaybı veya iştahın artması ya da azalması; (4) uykusuzluk veya aşırı uyuma; (5) psikomotor ajitasyon veya yavaşlama; (6) yorgunluk ya da enerji kaybı; (7) değersizlik ya da aşırı veya yersiz suçluluk duyguları; (8) düşünme veya yoğunlaşma yeteneğinde azalma; (9) tekrarlayan ölüm ya da intihar düşünceleri. Bu tanıyı koyabilmek için, belirtilerin fizyolojik bir bozukluğa bağlı olmaması ve başka bir DSM-IV tanısı ile açıklanamayan belirgin bir rahatsızlığa veya sosyal ya da mesleki işlevsellik kaybına yol açması gerekir.

### (b) Travma-sonrası stres bozukluğu (TSSB)

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

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

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

TSSB belirtileri kronikleşebilir veya uzun zaman dilimlerinde düzensizlikler gösterebilir. Bazı dönemlerde, aşırı uyanıklık ve kızgınlık belirtileri klinik tabloda hakim duruma geçebilir. Böyle zamanlarda mağdur genellikle, zorlayıcı anılar, kabuslar ve geriye dönüşlerin artışından da şikayetçi

olacaktır. Mağdur diğer zamanlarda, göreceli olarak belirti göstermeyebilir ya da duygusal tepkileri daralmış ve içe dönük olarak gözükabilir. TSSB tanısı konulması için gereken ölçütlerin karşılanamaması, kişinin işkence görmediği anlamına gelmez. ICD-10'a göre, vakaların bir kısmında TSSB, sonunda devamlı bir kişilik değişimine evrilen, yıllarca süren kronik bir seyir izleyebilir.

### (c) Kalıcı kişilik değişimi

Yıkıcı ve uzun süren aşırı streten sonra, daha önce herhangi bir kişilik bozukluğu öyküsüne sahip olmayan kişilerde yetişkin kişilik bozuklukları gelişebilir. Kişiliği değiştirebilen aşırı stres tipleri arasında, toplama kampı deneyimleri, afetler, her an öldürülme olasılığına haiz uzun süren esaret, terörizm mağduru olmak gibi hayatı tehdit eden durumlara maruz kalmak ve işkence vardır. ICD-10'a göre, devamlı kişilik değişimi tanısı, yalnızca, travmatik olaydan önce bulunmayan katı ve uyumsuz davranışlar eşliğinde kişinin çevresini ve kendisini algılama, düşünme ve ilişki kurma tarzlarında kesin, ciddi ve ısrarlı bir değişim olduğuna dair kanıtların mevcudiyetinde konulmalıdır. Başka bir ruhsal bozukluğun görünüşleri, daha önceki bir ruhsal bozukluğun devamı olan belirtiler ve de beyin hastalığına, işlev bozukluğuna veya hasarına bağlı kişilik ve davranış değişimleri bu tanı kapsamına girmez.

ICD-10'un yıkıcı bir deneyimden sonra gelişen devamlı kişilik değişimi tanısını koyabilmek için, kişilikteki değişikliklerin, yıkıcı stresi izleyen en az iki yıl boyunca mevcut olması gerekir. ICD-10, maruz kalınan stresin, "kişilik üzerindeki derin etkilerini açıklamak için kişisel yatkınlığı ve incinebilirliği dikkate almayı gerektirmeyecek" kadar aşırı olmasını koşul olarak koyar. Bu kişilik değişimi, dünyaya karşı düşmanca ve güvensiz bir tutum, toplumsal inziva, boşluk veya umutsuzluk duyguları, yabancılaşma, ve sanki sürekli tehdit ediliyormuş gibi kronik endişe, huzursuzluk ve sinirlilikle birlikte seyreder.

### (d) Madde kullanımı ve bağımlılığı

Klinik hekimler, aşırı alkol ve madde kullanımının işkence mağdurlarında travmatik anıları bastırmak, rahatsızlık verici duygulanımı düzenlemek ve anksiyeteyi kontrol altına almak için genellikle ikincil olarak geliştiğini gözlemlemişlerdir. TSSB'nin diğer bozukluklarla birlikte seyretmesi yaygın bir durum olmasına rağmen, işkence mağdurlarının aşırı madde kullanımları sistematik olarak pek araştırılmamıştır. TSSB'li kişilerden oluşan gruplar üzerine yapılan ve mülteciler, savaş esirleri ve silahlı çatışma gazileri gibi işkence mağdurlarını kapsayan çalışmalar şunları göstermiştir: aşırı madde kullanımının yaygınlığı etnik ve kültürel gruba bağlı olarak değişkenlik göstermektedir; <sup>109-110</sup> TSSB'li eski savaş esirlerinde aşırı madde kullanımı riski artmıştır; <sup>111-112</sup> savaş gazilerinde TSSB ile aşırı madde kullanımının birlikte görülme sıklığı yüksektir. <sup>113-114-115-116</sup> Özet olarak, TSSB riski taşıyan diğer gruplardan öğrenilenlere göre, aşırı madde kullanımı işkence mağdurları için potansiyel bir eşlik eden tanıdır.

### (e) Diğer tanılar

Bu bölümünde tanımlanan belirti katalogundan açıkça görüldüğü gibi, TSSB, depresyon ve kalıcı kişilik değişikliğine ek olarak düşünülmesi gereken başka tanı kategorileri de vardır. Aşağıda bu sınıfa giren tanıların bir kısmı sıralanmaktadır:

- (i) Genelleşmiş anksiyete bozukluğu: Çeşitli olaylar ve faaliyetlerle ilgili aşırı anksiyete ve endişe, kas gerginliği ve otonomik etkinlikte artış.
- (ii) Panik bozukluk: Terleme, boğulma hissi, titreme, kalp atışlarının hızlanması, baş dönmesi, bulantı, soğuk ya da sıcak basması gibi belirtilerden en az dört tanesini barındıran, tekrarlayıcı ve beklenmeyen bir tarzda tezahür eden yoğun korku ve rahatsızlık atakları.
- (iii) Akut stres bozukluğu: Bu bozukluk temel olarak travma-sonrası stres bozukluğuyla aynı belirtilere sahiptir, ancak travmatik olaya maruz kaldıktan sonraki bir ay içinde teşhis edilmektedir.
- (iv) Somatoform bozukluklar: herhangi bir tıbbi nedene bağlanamayacak olan fiziksel belirtileri içerir.



(v) İki uçlu duygulanım bozukluğu: Yükselmiş, genişlemiş veya aşırı hassaslaşmış mizaç, büyüklük hissi, uykuya ihtiyacın azalması, düşüncelerin uçuşması, psikomotor ajitasyon ve ilgili psikotik bulgularla seyreden manik ya da hipomanik hecmeler.

(vi) Genel bir tıbbi duruma bağlı olan bozukluklar: Sık sık, bilinçlilik, yönelim, dikkat, yoğunlaşma, hafıza ve icra edici işlevlerde düzensizlikler ya da eksiklikleri sonucunda ortaya çıkan beyin hasarı şeklinde.

(vii) Fobiler: Sosyal fobi ve agorafobi gibi.

### C. Psikolojik/psikiyatrik değerlendirme

#### 1. Etik ve klinik değerlendirmeler

Psikolojik değerlendirmeler, aşağıdaki gibi bir çok nedenle, işkence mağdurlarının maruz kaldığı tacize dair çok önemli kanıtlar sağlayabilirler: işkence, sık sık tahrip edici psikolojik belirtilere neden olur; işkence yöntemleri genellikle herhangi bir fiziksel iz bırakmamak için tasarlanmışlardır; fiziksel işkence yöntemlerinin yol açtığı fiziksel bulgular, işkence yapıp yapılmadığını spesifik olarak saptamaya imkan tanımayabilir.

Psikolojik değerlendirme, adli tıp incelemelerinde, politik sığınma başvurularının desteklenmesinde, gerçekliğe tekabül etmeyen itirafların hangi koşullar altında alındığının saptanmasında, bölgesel işkence uygulamalarının anlaşılmasında, mağdurların tedavi ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve insan hakları incelemelerinde tanıklık açısından faydalı kanıtlar sağlar. Psikolojik değerlendirmenin genel amacı, kişinin anlattığı işkence öyküsü ile değerlendirme sürecinde gözlenen psikolojik bulgular arasındaki tutarlılık derecesinin saptanmasıdır. Bu amaca yönelik olarak değerlendirme, mağdurun öyküsünün ayrıntılı bir tasvirini (bölüm III.C. ve IV.E'ye bakınız), ruhsal duruma dair muayene bulgularını, sosyal işlevsellik değerlendirmesini ve klinik izlenimlerin formülasyonunu içermelidir. Uygun olduğu durumlarda, psikiyatrik bir tanı konmalıdır. İşkence mağdurları arasında psikolojik belirtiler oldukça yaygın olarak görüldüğü için, bütün işkence değerlendirmelerinin bir psikolojik değerlendirmeyi de içermesi oldukça gereklidir.

Psikolojik durum değerlendirmesi ve klinik tanı formülasyonu her zaman kültürel bağlamı dikkate alarak yapılmalıdır. Kültüre özgü sendromların ve belirtilerin aktarıldığı dildeki rahatsızlıklara ilişkin deyimlerin farkında olmak, hem görüşmeyi yürütmek hem de klinik izlenim ve vargıları formüle etmek açısından son derece önemlidir. Görüşmeci mağdurun kültürü hakkında çok az ya da hiç bir şey bilmiyorsa, o zaman tercümanın yardımına ihtiyaç vardır. İdeal durumda, mağdurla aynı ülkeden olan tercüman, dili, görenekleri, dinsel gelenekleri ve görüşme sırasında akılda tutulmasında fayda olan diğer inançları biliyor olacaktır. Görüşme, görüşülen kişide korku ve güvensizlik yaratabilir ve muhtemelen daha önce maruz kalınan sorgulamaları hatırlatabilir. Yeniden travmatize olma riskini azaltmak için klinisyen, görüşülen kişinin yaşadıklarını ve kültürel arka planı anladığı hissini verebilmelidir. Klinik hekimin pasif olduğu ve az konuştuğu bazı psikoterapi tarzlarında kullanılan katı "klinik yansızlık" kuralına göre davranmak uygun değildir. Klinik hekim, görüştüğü kişinin bir müttefiki olduğunu iletebilmeli ve destekleyici/ yargılamayan bir yaklaşım tutturmalıdır.

#### 2. Görüşme Süreci

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

Görüşme süreci, mağdura işkence sırasındaki sorgulamayı hatırlatabilir. Bu yüzden, klinik hekime yönelik korku, öfke, içe kapanma, çaresizlik, kafa karışıklığı, panik, nefret gibi olumsuz duygular güçlü



biçimde ortaya çıkabilir. Klinik hekimin bu tür duyguların ifade edilmesine ve açıklanmasına izin vermesi, mağdurun içinde bulunduğu zor durumu anladığını ifade etmesi gerekir. Ayrıca, görüşülen kişinin başının hâlâ yetkililerle belada ve baskı altında olabileceği unutulmamalıdır. Gerekli olduğu hallerde, yetkililer tarafından yasaklanmış faaliyetlerle ilgili sorulardan kaçınılmalıdır. Ne amaçla psikolojik değerlendirme yapıldığını dikkate almak, uzmanın gizlilik ilkesine ne derece de uyacağını belirleyeceği için önemlidir. Değerlendirme, bir devlet yetkilisi tarafından yasal bir prosedür içinde kişinin işkence iddialarının doğruluğunu tespit etmek için istenmişse, o zaman değerlendirilen kişiye raporda sunulacak bütün bilgiler için tıbbi gizlilik kuralının geçerli olmayacağı söylenmelidir. Ancak psikolojik değerlendirme talebi mağdurdan geliyorsa, o takdirde uzman tıbbi gizlilik ilkesine uymalıdır.

Fiziksel ve psikolojik değerlendirme yapan klinik hekimlerin, şiddetli travmatik durumların değerlendirilmesi sırasında hem görüşen hem de görüşülen kişide ortaya çıkabilecek potansiyel duygusal tepkilerin farkında olmaları gerekir. Bu duygusal tepkiler, aktarım (transferans) ve karşı-aktarım olarak adlandırılırlar. Örneğin, özellikle travma öykülerinin ayrıntılarını anlatmaları ya da hatırlamaları istendiğinde, işkence mağdurlarının gösterdiği tipik tepkiler güvensizlik, korku, utanç, öfke ve suçluluktur. Aktarım, mağdurun geçmiş yaşantılarıyla ilgili olan ancak yanlış anlaşılabilir kişisel biçimde klinisyene yöneltilmiş duygularıdır. Ayrıca karşı-aktarım olarak bilinen, klinik hekimin mağdura yönelik duygusal tepkileri de psikolojik değerlendirmeyi etkileyebilir. Aktarım ve karşı-aktarım birbirlerine bağımlıdır ve etkileşim içindedirler.

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

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

Görüşmeci otorite konumunda biri olarak algılanır (ki çoğunlukla bu doğrudur) ve bu yüzden travma öyküsünün çeşitli yönleri açısından güvenilmez bulunabilir. Ya da tam tersine, halen gözaltında olan kişilerde sıklıkla görüldüğü gibi, görüşme nedeniyle misilleme olmayacağına dair herhangi bir güvence verilemezken bile, görüşmeciye aşırı güven duyulabilir. İşkence mağdurları, değerlendirme kapsamında verdikleri bilgilerin güvenli bir tarzda korunamayacağından ve bilgilerin baskı yapan devlet tarafından ele geçirilebileceğinden korkabilirler. Korku ve güvensizlik, hekimlerin ve diğer sağlıkçıların işkence süreçlerine katıldığı yerlerde özellikle güçlüdür.

Bir çok durumda görüşmeci, çoğunluk kültürüne ve etnik grubuna mensupken, mağdur, görüşmenin yapıldığı yer itibarıyla azınlık grubuna ve kültürüne mensup olacaktır. Bu eşitsizlik dinamiği, iktidar dengesizliği algısını (ve gerçekliğini) pekiştirebilir ve mağdurun korku, güvensizlik duyma ve zorla itaat etme potansiyelini arttırabilir. Bazı durumlarda, özellikle mağdurlar halen tutukluysa, bu dinamik görüşmeciden çok tercüman için geçerli olabilir. O yüzden ideal olarak, tercümanın herkes tarafından araştırmacı kadar bağımsız bir kişi olarak görülebilmesi için yerel değil "dışarıdan" biri olması gerekir. Tabii ki tercüman, yetkililerin daha sonra görüşmede neler konuşulduğunu öğrenmek için baskı uygulayabilecekleri bir aile üyesi de olmamalıdır.

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

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

Yukarıda değinilen psikolojik baskılar altında, mağdurlar kendilerini ya yeniden travmatize olmuş, anılar ve duygularla bunalmış olarak hissederler ya da oldukça kuvvetli savunma mekanizmaları kullanarak muayene ve görüşme süresince içlerine kapanırlar ve duygusal olarak küntleşirler. Özellikle içe kapanış ve küntleşme, belgeleme açısından ciddi zorluk yaratır, çünkü mağdurlar için en faydalı olabilecek bir zamanda öykülerini ve mevcut acılarını etkin bir şekilde iletemeyebilirler.

Karşı-aktarım tepkileri çoğunlukla bilinç dışıdır. Karşı-aktarım, farkına varılmazsa bir sorun haline alır. Gördükleri işkenceleri anlatan insanları dinlerken duygusal tepkiler verilmesini beklemek gerekir. Bu duygular klinik hekimin etkin bir şekilde çalışmasını engelleyebilme potansiyeline sahip olsalar bile, iyi anlaşıldıklarında klinik hekime rehberlik de edebilirler. İşkence mağdurlarının değerlendirmesi ve onların tedavisiyle uğraşan hekimler ve psikologlar, tipik karşı-aktarım tepkilerine dikkat etmenin ve onları anlamının çok önemli olduğu konusunda hemfikirdirler. Çünkü karşı-aktarım, işkencenin fiziksel ve psikolojik etkilerini değerlendirme ve belgeleme becerilerini ciddi derecede sınırlandırabilir. İşkencenin ve diğer kötü muamele biçimlerinin etkin bir şekilde belgelenmesi, bu alanda hangi kişisel motivasyonlarla çalışıldığının anlaşılmasını gerektirir. Sürekli bu tür çalışmalar yapan profesyonellerin, bu alanda tecrübeli olan meslektaşlarından süpervizyon ve mesleki destek almaları gerektiği konusunda fikir birliği vardır. Yaygın karşı-aktarım tepkileri aşağıda sıralanmaktadır:

**(i)** Rahatsız edici konulara maruz kalmaya tepki olarak kaçınma, içe kapanma ve savunmacı kayıtsızlık. Bunun sonucu olarak da bazı ayrıntıları unutmak ve fiziksel ya da psikolojik etkilerin şiddetini hafife almak.

**(ii)** Depresyon belirtilerine ya da kabuslar, anksiyete ve korkularla seyreden "vekaleten travmatizasyon"a<sup>117</sup> yol açabilen hayal kırıklığı, çaresizlik, umutsuzluk ve aşırı özdeşim.

**(iii)** Kendini bir kurtarıcı, travma konusunda büyük bir uzman veya mağdurun iyileşmesi ve sağlığı için son umut olarak hissetme biçiminde görülen kadir-i mutluluk ve büyüklük duyguları.

**(iv)** Anlatılan öykü ve ıstırapın ağırlığı karşısında mesleki yetenekler konusunda güvensizlik duyguları. Bu duygular, mağdurun hakkını gözetme becerisine güvenememesi ve ideal tıbbi normlarla gerçekçi olmayan bir tarzda meşgul olmak şeklinde tezahür edebilir.

**(v)** Mağdurunun işkence yaşantısını ve acısını paylaşmamış olmaktan veya politik düzeyde nelerin yapılmamış olduğunun farkında olmaktan kaynaklanan suçluluk duyguları. Bu duygular, mağdura aşırı duygusal veya idealleştirilmiş bir yaklaşım sergilenmesine yol açabilir.

**(vi)** İşkencecilere ve baskı yapanlara yönelik kızgınlık ve öfke beklenebilir duygulardır, ancak farkında olunmayan kişisel yaşantılar tarafından harekete geçirilip, kronik ve aşırı bir hal aldıklarında görüşme sırasında gerekli nesnelliği sürdürmeyi engelleyebilirler.

**(vii)** Görüşülen kişiye karşı kızgınlık ve tiksinti duyguları, alışılmadık düzeylerde anksiyeteye maruz bırakılma hissi sonucu ortaya çıkabilir. Bu duygular aynı zamanda, klinik hekimin işkence iddialarının doğruluk derecesinden kuşku duyduğunda ve görüşülen kişi iddia ettiği öykünün sonuçlarını belgeleyen bir değerlendirmeden faydalanmak için sebat ettiğinde, klinik hekimin kullandığı hissine kapılması sonucunda da ortaya çıkabilirler.

**(viii)** Klinik hekimle işkence iddiasında bulunan kişi arasında kültürel değer sistemleri açısından ciddi farklar olabilir ve bu farklar etnik gruplarla ilgili mitsel inançları, aşağılayıcı tavırları, görüşülen kişinin sofistikasyon derecesini veya içgörü kapasitesini küçümsemeyi içerebilir. Ya da tersine, mağdurlarla

aynı etnik gruba mensup olan klinisyenler, mağdurla değerlendirmenin nesnellliğini etkileyebilecek sözel olmayan bir ittifak kurabilirler.

Çoğu klinik hekim, bir çok karşı-aktarım tepkisinin yalnızca bir çarpıtma örneği olmak yerine, mağdurun psikolojik durumuyla ilgili önemli bilgi kaynakları olabileceği konusunda hemfikirler. Klinik hekim, karşı-aktarımı üzerine düşünmek yerine onun üzerinden eyleme geçerse etkinlik alanı kısıtlanabilir. İşkence mağdurlarının değerlendirmesi ve tedavisi ile uğraşan klinik hekimlerin karşı-aktarım tepkilerini incelemeleri ve gerekli oldukça meslektaşlarına danışmaları ve süpervizyon almaları önerilmektedir.

Koşullar, görüşmelerin mağdurla aynı kültürel ve/veya etnik grup mensubu olmayan bir klinisyen tarafından yapılmasını gerektirebilir. Bu durumlarda iki olası yaklaşım söz konusudur. İki yaklaşımın da avantajları ve dezavantajları vardır. Görüşmeci, tercümanın çevirilerini kelime kelime kullanabilir (bölüm IV.I.'ya bakınız). Ya da onun yerine çift-kültürlü bir görüşme yaklaşımını tercih edebilir. Bu yaklaşım, dilsel çeviriyle birlikte, olayların, yaşantıların, belirtilerin, deyimlerin kültürel anlamlarının anlaşılmasını kolaylaştıran bir tercümandan ve bir klinik hekimen oluşan araştırma ekibi tarafından uygulanır. Klinik hekim çoğunlukla ilintili kültürel, dinsel ve toplumsal faktörleri bilmeyeceği için, yetenekli bir tercüman klinik hekime bu konuları işaret edip açıklayabilir. Görüşmeci, eğer katı bir biçimde tercümanın kelime kelime çevirisine dayanıyorsa, o zaman bu tür derinlikli bir bilgiye ulaşamayacaktır. Öte yandan, eğer tercümandan ilintili kültürel, dinsel ve toplumsal faktörleri klinik hekime işaret etmesi bekleniyorsa, bunların mağdurun klinik hekimin sorularına verdiği cevapları her hangi bir şekilde etkilememesi çok önemlidir. Kelime kelime çeviri kullanılmadığında, görüşülen kişinin tercüman aracılığıyla iletilen cevaplarının, tercüman tarafından her hangi bir ekleme çıkarma yapılmadan kişinin söylediklerini aynen yansıttığından klinik hekimin emin olması gerekir. Kullanılacak yaklaşımdan bağımsız olarak, tercüman seçiminde tercümanın kimliği, etnik, kültürel ve politik bağlantıları önemle dikkate alınması gereken noktalar. İşkence mağduru, ne söylediğini anlaması ve bunu klinik hekime doğru bir şekilde iletmesi için tercümana güvenmek zorunda olacaktır. Hiç bir koşul altında tercümanın bir kolluk kuvveti görevlisi ya da devlet memuru olmaması gerekir. Kişisel mahremiyeti gözetmek adına da bir aile üyesinin tercüman olarak kullanılmaması gerekir. Araştırma ekibi bağımsız bir tercüman seçmelidir.

### **3. Psikolojik/psikiyatrik değerlendirmenin unsurları**

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

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

İşkence, eziyet/baskı ve diğer travmatik deneyimlere ilişkin öykünün tamamının dokümanite edilmesi için gereken çaba gösterilmelidir (bölüm IV:E:'ye bakınız). Değerlendirmenin bu kısmı, değerlendirilen kişi için genellikle oldukça yorucudur. Bu yüzden, bir kaç seansa bölerek ilerlemek gerekli olabilir.

İşkence yaşantılarının ayrıntılarını sormadan önce olayların genel bir özetini almak düşünülebilir. Görüşmecinin adli konuyu/soruyu bilmesi, bu yasal standarda ulaşmak için gereken bilgilerin doğasını ve miktarını belirlemek açısından gereklidir.

#### **(b) Halihazırda varolan psikolojik şikayetler**

Mağdurun şimdiki zamanki psikolojik işlevselliğin tayini, değerlendirmenin özünü oluşturur. Gaddarca muamelelere maruz kalmış savaş esirlerinde ve tecavüz mağdurlarında görülen yaşam boyu TSSB prevalansları %80 ile %90 arasında değiştiği için, <sup>118-119</sup> TSSB'nin üç DSM-IV kategorisine (travmatik olayın yeniden yaşantılanması, kaçınma veya unutkanlık dahil tepkisizleşme ve aşırı uyanıklık) yönelik spesifik soruların sorulması gerekir. Duygulanımsal, bilişsel ve davranışsal belirtiler ayrıntılı olarak tasvir edilmeli ve ne sıklıkta yaşandıkları, örnekleriyle (kabus, varsanı, irkilme tepkisi, vb. örnekleri) birlikte belirtilmelidir. Belirtilerin mevcut olmayışı, TSSB'nin hecmeli ve sıklıkla gecikmeli doğasına veya utanç yüzünden belirtilerin inkar edilmesine bağlı olabilir.

#### **(c) İşkence-sonrası öykü**

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

#### **(d) İşkence-öncesi öykü**

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

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

#### **(e) Tıbbi öykü**

Tıbbi öykü, travma öncesi ve Şimdiki sağlık durumunu, bedensel ağrıları, Şikayetleri, ilaç kullanımını ve yan etkileri, ilgili cinsel öyküyü, geçmiş cerrahi girişimleri ve diğer tıbbi bilgileri özetler (bölüm V.B.'ye bakınız).

#### **(f) Geçmiş psikiyatrik öykü**

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

#### **(g) Madde kullanımı ve bağımlılığı öyküsü**

Klinik hekim işkence öncesi ve sonrası için madde kullanımını, kullanma ve bağımlılık örüntülerindeki değişiklikleri, maddenin uykusuzluk ya da psikolojik/psikiyatrik sorunlarla baş etmek için kullanılıp kullanılmadığını sormalıdır. Sorulacak maddeler yalnızca alkol, esrar ve eroini değil, betel fındığı<sup>12b</sup> ve başka bir çokları gibi bölgesel olarak kullanılanları da kapsamalıdır.

#### **(h) Ruhsal durum muayenesi**

Ruhsal durum muayenesi, klinik hekim görüşülecek kişiyle karşılaştığı anda başlar. Görüşmeci, kişinin görünümünü (yetersiz beslenmeyi, temizlenme koşullarının olmadığını vb. gösteren işaretler gibi), görüşme süresince motor etkinlikteki değişimleri, dilin kullanımını, göz temasının sağlanıp sağlanmadığını, görüşmeciyile ilişki kurma yeteneğini ve iletişim kurma yollarını not etmelidir. AŞağıdaki liste bu muayenenin unsurlarını özetlemektedir. Ruhsal durum muayenesinin tüm unsurlarına psikolojik değerlendirme raporunda yer verilmelidir: genel görünüm; motor etkinlik; konuşma; mizaç ve duygulanım; düşünce içeriği; düşünce akışı; intihar ve cinayete ilişkin düşünceler; bilişsel muayene (yönelim, uzun dönemli bellek, orta dönemli hatırlama, anında hatırlama).

### (i) Toplumsal işlevselliğin değerlendirilmesi

Travma ve işkence, dolaysız ya da dolaylı olarak kişinin hayatını idame ettirme yeteneğini etkileyebilir. İşkencenin psikolojik etkileri, kişinin kendine bakma, hayatını kazanma, ailesini geçindirme, eğitim alma yeteneklerini zedelerse, işlev kaybı ve maluliyete de neden olabilir. Klinik hekim, kişinin günlük faaliyetlerini, toplumsal rol işlevini (ev kadını, öğrenci, işçi vb. gibi), toplumsal ve boş zaman faaliyetlerini ve sağlık durumuna dair algısını sorarak mevcut işlevselliğini değerlendirmelidir. Görüşülen kişiye kendi sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, kronik yorgunluk hissedip hissetmediği ve genel işlevselliğinde potansiyel değişikliklerin olup olmadığı sorulmalıdır.

### (j) Psikolojik testler, kontrol listeleri ile soru formlarının kullanımı

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

### (k) Klinik izlenim

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

(i) Psikolojik bulgularla işkence iddiaları arasında tutarlı bir ilişki var mı?

(ii) Psikolojik bulgular, kişinin kültürel ve toplumsal bağlamı içinde aşırı strese karşı umulan ya da tipik tepkiler mi?

(iii) Travmaya bağlı ruhsal bozuklukların zaman içinde değişkenlik gösterdiği düşünüldüğünde, işkence olaylarıyla ilgili olarak zaman açısından durum nedir? Kişi iyileşme sürecinin neresindedir?

(iv) Kişiyi etkilemekte olan stres faktörleri nelerdir? (Örneğin; süregiden baskı, göçe zorlanma, sürgün, ailenin ve toplumsal rolün kaybı, vb.) Bu faktörlerin kişi üzerindeki etkisi nedir?

(v) Fiziksel durumla ilgili ne tür faktörler klinik tabloya etki etmektedir? İşkence ve/veya tutukluluk sırasında olmuş kafa travmalarına özellikle dikkat edin.

(vi) Klinik tablo, sahte bir işkence iddiasına işaret ediyor mu?

Klinik hekimler, psikolojik bulgularla iddia edilen taciz arasındaki tutarlılık derecesi hakkında yorumda bulunmalıdırlar. Kişinin görüşme sırasındaki duygusal durumu ve ifadesi, belirtileri, tutukluluk ve işkence öyküsü ve işkence öncesindeki kişisel öyküsü tasvir edilmelidir. Travmayla bağlantılı olarak spesifik belirtilerin ortaya çıkışı, belli bir psikolojik bulgunun spesifikliği ve psikolojik işlevsellik örüntüleri gibi faktörler kaydedilmelidir. Zorunlu göç, yeniden yerleşim, yeni bir kültüre uyum sağlama zorlukları, dil problemleri, ev, aile, sosyal statüyü yitirme ve de işsizlik gibi ek faktörler dikkate alınmalıdır. Olaylarla belirtiler arasındaki ilişki ve tutarlılık değerlendirilmeli ve tanımlanmalıdır. Kafa travması ve beyin hasarı gibi fiziksel durumlar ileri tetkik gerektirebilir. Mümkünse bu tür mağdurlar nörolojik ve/veya nöropsikolojik değerlendirme için uygun yere sevk edilebilirler.

Mağdurun belirti düzeyleri, her hangi bir DSM-IV veya ICD-10 psikiyatrik tanısıyla uygunluk gösteriyorsa, tanı konmalıdır. Birden fazla tanı konabilir. Tekrarlamak gerekirse, travmayla ilişkili bir ruhsal bozukluk tanısı işkence iddiasını desteklese bile, bir psikiyatrik tanı koymak için gereken ölçütlere ulaşamıyorsa bu durum, kişinin işkence görmediğini göstermez. Bir işkence mağduru, herhangi bir DSM-IV veya ICD-10 tanısını tamamen karşılayacak derecede belirti düzeyine sahip

olmayabilir. Bu vakalarda, her vakada olduğu gibi, mağdurun belirtileriyle yaşadığını iddia ettiği işkence öyküsü bir bütün olarak düşünülmalıdır. İşkence öyküsüyle belirtiler arasındaki tutarlılık derecesi değerlendirilmeli ve rapora geçirilmelidir.

Bazı insanların bir çok nedenle sahte işkence iddialarında bulduklarını ve bazılarının da kişisel ya da politik nedenlerle görece küçük yaşantıları abartabildiklerini kabul etmek gerekir. Araştırmacı her zaman bu olasılıkların farkında olmalı ve abartma ya da uydurma için potansiyel sebepleri saptamaya çalışmalıdır. Ancak klinik hekim, böylesi bir uydurmanın travmayla ilgili belirtiler hakkında insanların nadiren sahip olduğu derecede ayrıntılı bir bilgi gerektirdiğini de hatırlamalıdır. Görüşülen kişilerin ifadelerindeki tutarsızlıklar, beyin hasarına bağlı hafıza bozukluğu, kafa karışıklığı (konfüzyon), disosiyasyon, zaman algısındaki kültürel farklılıklar ya da travmatik anıların parçalanması ve bastırılması gibi bir çok geçerli nedene bağlı olabilir. İşkencenin psikolojik kanıtlarının etkili bir şekilde belgelenmesi, klinisyenin tutarlılık ve tutarsızlıkları değerlendirme kapasitesine sahip olmasını gerektirir. Görüşmeci eğer öykünün uydurma olduğundan kuşkulanyorsa, ek görüşmelerle tutarsız noktaları açıklığa kavuşturmaya çalışmalıdır. Öykünün ayrıntılarını görüşülen kişinin aile üyeleri ve arkadaşları teyit edebilir. Klinik hekim, ek muayeneler sonucunda hâlâ öykünün doğruluğundan kuşkulanyorsa, kişiyi başka bir klinik hekime sevk etmeli ve o klinisyenin fikrini almalıdır. Öykünün uydurma olduğu kuşkusu, iki klinisyenin görüşleriyle belgelenmelidir.

### (I) Öneriler

Psikolojik değerlendirmeden çıkarılacak öneriler, değerlendirme istenirken cevabı aranan sorulara bağlıdır. Düşünülmesi gereken konular, değerlendirmede cevaplandırılması beklenen sorulara göre büyük değişkenlik gösterebilir. Bunlar arasında yasal ve adli konular, sığınma/yeniden yerleşim ve tedavi ihtiyacı olabilir. Öneriler, nöropsikolojik testler gibi ileri değerlendirmeleri, tıbbi ve psikiyatrik tedaviyi ve/veya güvenlik ve sığınma ihtiyacını kapsayabilir.

#### 4. Nöropsikolojik değerlendirme

Klinik nöropsikoloji, beyin işlev bozukluklarının davranışsal dışavurumlarıyla ilgilenen uygulamalı bir bilim dalıdır. Nöropsikolojik değerlendirme özel olarak organik beyin hasarıyla ilgili davranışsal bozuklukların ölçülmesi ve sınıflandırılmasıyla ilgilenir. Bu disiplin uzun zamandır nörolojik ve psikolojik durumların ayırt edilmesi ve değişik derecelerde beyin hasarına bağlı sonuçlardan mustarip hastaların rehabilitasyonunda yararlı olarak kabul edilmektedir. Nöropsikolojik değerlendirme, işkence mağdurları için nadiren kullanılır ve şimdiye dek işkence mağdurları üzerine yayınlanmış nöropsikolojik bir çalışma bulunmamaktadır. O yüzden aşağıdaki mülahazalar, işkence gördüğünden kuşkulanan kişilerde nöropsikolojik değerlendirmenin kullanımını ve gerekli olduğu durumları anlamada, sağlık hizmeti sunanlara rehberlik edebilecek genel ilkelerin tartışılmasıyla sınırlıdır. Bunları tartışmaya geçmeden önce, nöropsikolojik değerlendirmenin işkence mağdurları için sınırlarını saptamak gerekir.

#### (a) Nöropsikolojik değerlendirmenin sınırlılıkları

Bu el kılavuzunun başka yerlerinde değinildiği gibi işkence mağdurlarının değerlendirilmesini genel olarak karmaşıklaştıran bir çok faktör vardır. Bu faktörler, tıbbi ve psikolojik muayenede olduğu gibi nöropsikolojik değerlendirme için de geçerlidirler. Nöropsikolojik değerlendirmeleri sınırlayan bazı faktörler de söz konusu olabilir. İşkence mağdurları üzerine araştırma yapılmamış olması, genel nüfus temelli normlara dayanıyor olması, kültürel ve dilsel farklılıklar, işkence görmüş olanların yeniden travmatize edilmeleri bu faktörler arasında sayılabilir.

Yukarıda belirtildiği gibi, işkence mağdurlarının nöropsikolojik değerlendirmesiyle ilgili literatürde yalnızca bir kaç çalışma mevcuttur. Konuyla ilgili literatür, değişik tipte kafa travmaları ve genel olarak TSSB'nin nöropsikolojik değerlendirmesi üzerinedir. O yüzden aşağıdaki tartışmalar ve izleyen yorumlar, diğer hasta grupları üzerinde inşa edilmiş olan genel ilkelerin, işkence mağdurlarına uygulanmasına dayanmaktadır.

Batılı ülkelerde geliştirildiği ve uygulandığı biçimiyle nöropsikolojik değerlendirme büyük ölçüde istatistiksel bir yaklaşıma dayanmaktadır. Bu yaklaşımda bir grup standardize edilmiş testin sonuçlarını genel nüfus temelli normlarla karşılaştırılmaktadır. Nöropsikolojik değerlendirmenin norma gönderme

yapan yorumlarına Lurian yaklaşımın kalitatif (nitel) analizi <sup>121-122</sup> eklenebilse bile, klinik durum gerektirdiğinde istatistiksel yaklaşıma ağırlık verilir. Dahası, test puanlarına dayalı yorumların ağırlığı, beyin hasarı ciddiye ziyade hafif ve orta şiddetteyse veya nöropsikolojik sorunların psikiyatrik bozukluklara bağlı olarak geliştiği düşünülüyorsa artar.

Kültürel ve dilsel farklılıklar, işkence mağduru olduğundan kuşku edilen kişilerde nöropsikolojik değerlendirmenin kullanımını ve uygulanabilirliğini ciddi bir şekilde sınırlandırabilir. Testlerin standart çevirileri yerel dilde mevcut olmadıkça ve klinik muayeneyi yapan yerel dile hakim olmadıkça, nöropsikolojik değerlendirmenin geçerliği kuşkuludur. Testlerin standartlaştırılmış çevirileri olsa ve muayeneyi yapan kişi o dile hakim olsa bile sözel testler hiçbir şekilde uygulanamaz ve anlamlı bir şekilde değerlendirilemez. Bu durum, yalnızca sözel olmayan testlerin kullanılabilmesini ve sözel yeteneklerle, sözel olmayanların karşılaştırılamayacağını gösterir. Buna ek olarak, hasarların beyindeki yerini saptamak (lateralizasyon) daha da zorlaşır. Oysa bu tür bir analiz, beyin asimetric organizasyonu (sol yarıküre tipik olarak konuşma faaliyetlerinde baskındır) nedeniyle genellikle yararlıdır. Test edilecek kişinin mensup olduğu kültürel ve dilsel grup için topluma dayalı normların yoksa nöropsikolojik değerlendirmenin geçerliği yine kuşkuludur. Zeka puanını (IQ) tahmin etmek, nöropsikolojik test sonuçlarını anlamlı bir perspektife yerleştirmenin köşe taşlarından biridir. Örneğin ABD toplumunda bu tür tahminler, Wechsler ölçeklerinin sözel alt-testlerine, özellikle de "bilgi" alt-ölçeğine, dayanılarak yapılır. Çünkü organik beyin hasarı durumunda, edinilmiş olgusal bilgi, diğer beyin işlevlerine göre daha az etkilenir ve geçmişteki öğrenme becerisini temsil eder. Aynı zamanda eğitim, iş öyküsü ve demografik veriler de bu ölçeği etkileyebilir. Genel nüfus temelli normların olmadığı durumlarda bu değinilen iki değerlendirmenin de test edilen kişilere uygulanamayacağı açıktır. O yüzden travma öncesi dönemde zihinsel işlevselliğin düzeyine ilişkin yalnızca kaba tahminlerde bulunulabilir. Sonuç olarak, hafif veya orta şiddette nöropsikolojik hasarlarda yorum yapmak güçleşebilir.

Nöropsikolojik değerlendirme işkence görmüş kişileri yeniden travmatize edebilir. Tanı koyma sürecinde uygulanan her hangi bir işlemde, yeniden travmatize etme potansiyelini en aza indirmek için çok dikkat edilmelidir (bölüm IV.H'ye bakınız). Nöropsikolojik testlere özgü net bir örnek vermek gerekirse; Halstead-Reitan testlerini, özellikle de "Dokunsal Performans Testi"ni, test edilen kişinin gözlerini bağlayarak standart bir şekilde uygulamak oldukça zarar verici olabilir. Tutukluluk ve işkence sırasında gözleri bağlanmış olan mağdurlar için ve hatta bağlanmamış olanlar için de, bu teste için olan çaresizlik yaşantısıyla karşılaşmak oldukça travmatik olacaktır. Aslında nöropsikolojik testlerin her hangi bir biçimi, kullanılan ölçekten bağımsız olarak kendi içinde sorunlu olabilir. Aşına olunmayan bir konuda/işlemden en yüksek çabanın gösterilmesini istemek, gözlemlemek ve bir kronometre ile zaman tutmak ve genel olarak diyalog kurmak yerine faaliyet/başarı talep etmek, oldukça stres yaratabilir veya işkenceyi hatırlatabilir.

#### **(b) Nöropsikolojik değerlendirmenin gerektiği durumlar**

İşkence mağduru olduğundan kuşku edilen kişilerindeki davranışsal hasarları incelerken nöropsikolojik değerlendirme yapılması gereken iki ana durum söz konusudur: beyin hasarı ve travma sonrası stres bozukluğu ve ek olarak bunlarla ilişkili tanılar. Bu iki durumun kısmen örtüştüğü alanlar olmasına ve ikisi sıklıkla bir arada bulunmasına karşın, yalnızca beyin hasarı klinik nöropsikolojinin tipik ve geleneksel uygulama alanını oluşturur. TSSB ise görece yeni, iyi araştırılmamış ve oldukça sorunlu bir tanıdır.

Beyin yaralanması ve buna bağlı beyin hasarı, yakalanma, tutukluluk ve işkence sırasında meydana gelebilen çeşitli türde kafa travmaları ve metabolik bozukluklara bağlı olarak gelişebilir. Bunlar arasında ateşli silah yaralanmaları, açlık ya da zararlı maddelerin zorla yutturulması sonucu zehirlenme ve beslenme bozukluğu, soluksuz bırakma ve suda boğma girişimleri sonucu hipoksi ve anoksi ve en yaygın olarak dayak sırasında kafaya gelen darbeler sayılabilir. Kafaya gelen darbeler, en fazla tutukluluk ve işkence sırasında meydana gelirler. Örneğin bir grup işkence mağdurunda, kafaya yönelik darbeler (%45), bedene yönelik darbelerden (%58) sonra ikinci en sık görülen bedensel taciz biçimiydi. <sup>123</sup> Bu yüzden, işkence mağdurları arasında beyin hasarı oluşma potansiyelinin yüksek olduğu düşünülmelidir.

Hafif ve orta düzeyde uzun dönemli beyin hasarlarına yol açan kapalı kafa yaralanmaları, nöropsikolojik anormallik açısından muhtemelen en sık değerlendirilen nedendir. Yaralanma işaretleri



arasında kafadaki izler olabilir, ancak beyin lezyonları genellikle tanısız görüntüleme ile belirlenemez. Tedaviyi yürüten ruh sağlığı uzmanları, klinik tabloda depresyon ve travma sonrası stres daha baskın olarak yer aldığı için hafif ve orta şiddette beyin hasarını atlayabilir ya da üzerinde gerektiği gibi durmayabilirler. Bu da kafa travmasının potansiyel etkisine yeterince dikkat etmemekle sonuçlanabilir. Mağdurların yaygın görülen spesifik şikayetleri arasında, beyin hasarı ya da TSSB'ye bağlı olarak gelişebilecek dikkat, yoğunlaşma ve kısa dönemli hafıza zorlukları vardır. Bu şikayetlere TSSB'den mustarip mağdurlar arasında oldukça sık rastlandığından, aslında kafa travmasıyla ilgili olup olmadıklarını sormak akla bile gelmeyebilir.

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

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

Nöropsikolojik testlerin seçiminde de yukarıda açıklanan kısıtlılıklar geçerlidir. Bu yüzden standart test grupları kullanılamaz. Vakaya özgü ve bireyin özelliklerine duyarlı bir şekilde davranmak gerekir. Test seçmede gösterilmesi gereken esneklik, klinik hekimin çok tecrübeli, bilgili ve dikkatli olmasını şart koşar. Daha önce belirtildiği gibi, kullanılacak testler çoğunlukla sözel olmayanlarla sınırlı olacak ve genel nüfus temelli normların test edilen kişiye uygulanmadığı durumlarda, standart testlerin psikometrik niteliklerinde zorlanmalar olacaktır. Sözel ölçeklerin yokluğu çok ciddi bir sınırlılığa işaret eder. Bilişsel işlevselliğin bir çok alanı dil aracılığıyla çalışır ve hasarların doğasına dair sonuçlara ulaşmak için çeşitli sözel ve sözel olmayan ölçeklerin sistematik bir şekilde karşılaştırılması gerekir.

Konuyu daha da karmaşıklaştıran bir olgu da görece yakın kültürler arasında sözel olmayan testlerin sonuçları açısından anlamlı gruplararası farklılıkların bulunmuş olmasıdır. Örneğin Jacobs ve arkadaşları<sup>124</sup> topluma dayalı ve rasgele örnekleme yoluyla seçilmiş 118 İngilizce ve 118 İspanyolca konuşan yaşlıyı, kısa bir nöropsikolojik test modülündeki performansları açısından karşılaştırmıştır. Örneklemeler tesadüfi olarak seçilmiş ve demografik değişkenlere göre eşleştirilmiştir. Ancak iki grubun sözel testlerdeki puanları benzer olmasına rağmen, İspanyolca konuşan grup hemen hemen bütün sözel olmayan ölçeklerde anlamlı derecede düşük puanlar almıştır. Bu sonuçlar, normları İngilizce konuşan insanlar için oluşturulmuş testlerin, diğer dilleri konuşan insanlara uygularken, hem sözel hem de sözel olmayan ölçekler için oldukça dikkatli davranılması gerektiğini göstermektedir.

İşkence mağduru olduğundan kuşkuландılan kişilerin nöropsikolojik değerlendirmesini yaparken kullanılacak testlerin seçimi, durumun gereklerine ve olasılıklara göre karar verecek olan klinik hekime bırakılmalıdır. Nöropsikolojik testler, beyin-davranış ilişkileri üzerine geniş bir eğitim ve bilgi birikimi olmadan düzgün bir şekilde kullanılamazlar. Nöro-psikolojik testler ve uygulama biçimlerine dair kapsamlı bilgi standart kaynaklarda bulunabilir.<sup>125</sup>

### (c) Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)

Yukarıda aktarılan mülahazalar, işkence mağduru olduğundan kuşkuландılan kişilerde beyin hasarının nöropsikolojik değerlendirmesinde ciddi dikkat gösterilmesi gerektiğini açığa çıkarmış olmalıdır. Bu durum, nöropsikolojik değerlendirme aracılığıyla TSSB'nin belgelenmesi amaçlanıyorsa daha da önem

kazanır. Genel nüfus temelli normların mevcut olduğu toplumlardan gelen, TSSB olan kişilerin değerlendirmesinde bile hesaba katılması gereken bir takım zorluklar vardır. TSSB, psikiyatrik bir bozukluktur ve geleneksel olarak nöropsikolojik değerlendirme TSSB üzerinde odaklanmamıştır. Daha da önemlisi, TSSB, tıbbi tekniklerle doğrulanabilecek, ayırt edilebilir bir beyin lezyonunun analizine dayanan klasik paradigmaya uymamaktadır. Genel olarak psikiyatrik bozukluklardaki biyolojik mekanizmaların giderek daha çok anlaşılması ve vurgulanmasıyla, nöropsikolojik paradigmalardan geçişte olduğundan daha fazla çekicilik kazanmıştır. Ancak, Knight'ın belirttiği gibi, "şimdiye kadar nöropsikolojik açıdan TSSB üzerine çok az şey yazılmıştır."<sup>126</sup>

Travma sonrası streste kullanılan nöropsikolojik ölçeklerin incelenmesinde kullanılan örneklem arasında büyük farklılıklar vardır. Bu durum, bu çalışmalarda bildirilen bilişsel problem farklılıklarını açıklayabilir. Knight'ın belirttiği gibi, "klinik gözlemler, TSSB belirtilerinin en çok dikkat, hafıza ve icra edici işlevler gibi nörokognitif alanlarla örtüştüğü yönündedir." Bu gözlem, işkence mağdurlarından sıkça duyulan şikayetlerle uyum içindedir. Mağdurlar, yoğunlaşma zorluklarından, bilgiyi akılda tutmamak ve planlı, amaç yönelimli faaliyetlerde bulunamamaktan şikayet etmektedirler.

Hasarın spesifikliğini belirlemek daha zor olsa bile, nöropsikolojik değerlendirme yöntemleriyle TSSB'de nöro-kognitif bir hasarın var olup olmadığını tespit etmek mümkün gözükmemektedir. Bazı çalışmalar, TSSB vakalarında normal kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında bu tür hasarların var olduğunu göstermiş, ancak bu vakaları diğer psikiyatrik kontrol gruplarından ayırt edememiştir.<sup>127-128</sup>

Diğer bir deyişle nörokognitif hasarları, TSSB vakalarında test sonuçları üzerinden tespit etmek mümkünken, bu hasarların varlığı TSSB tanısı koymak için yeterli değildir. Diğer bir çok değerlendirme yönteminde olduğu gibi, test sonuçlarının yorumu, görüşme verileriyle ilgili daha geniş bir bağlamla ve muhtemelen kişilik testleriyle bütünleştirilmelidir. Bu anlamda spesifik nöropsikolojik değerlendirme yöntemleri, belli nöropsikiyatrik hasarlarla birlikte giden diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi TSSB'nin belgelenmesinde de bir katkı sunabilir.

Önemli kısıtlılıklara rağmen nöropsikolojik değerlendirme, beyin hasarından kuşku edilen durumların incelenmesinde ve beyin hasarını TSSB'den ayırt etmede yararlı olabilir. Nöropsikolojik değerlendirme aynı zamanda, TSSB ve ilişkili diğer bozukluklarda görülen hafıza zorlukları gibi spesifik belirtilerin saptanmasında da kullanılabilir.

## 5. Çocuklar ve işkence

İşkence bir çocuğu doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilir. Bu etki, çocuğun işkence görmesine ya da tutuklanmasına, ana babasının veya yakın akrabalarının işkence görmesine, işkenceye ve şiddete tanık olmasına bağlı olabilir. Çocuğun çevresindeki insanlardan biri işkence gördüğünde, işkence dolaylı yoldan bile olsa kaçınılmaz olarak çocuğu etkileyecektir, çünkü işkence, mağdurların tüm ailesini ve mensubu buldukları toplulukları etkilemektedir. İşkencenin çocuklar üzerindeki etkilerini bütünlüklü bir şekilde tartışmak ve işkence gören çocukların nasıl değerlendirilmesi gerektiğine dair bir rehber ortaya koymak bu el kılavuzunun çapını aşmaktadır. Yine de bir çok önemli noktayı özetlemek mümkündür.

Öncelikle, işkence gördüğünden ya da işkenceye tanık olduğundan kuşku edilen bir çocuğu değerlendirirken, klinik hekimin, çocuğun ilgili kişilerden destek alıp almadığından ve değerlendirme sırasında kendisini güvende hissedip etmediğinden emin olması gerekir. Bu, değerlendirme sırasında bir ebeveynin ya da çocuğun bakımından sorumlu güvenilir birinin mevcudiyetini gerektirebilir. İkinci olarak, klinik hekimin çocukların travmayla ilgili duygu ve düşüncelerini sözden çok davranışlarla ifade ettiklerini unutmaması gerekir.<sup>129</sup> Çocuğun duygu ve düşüncelerini ne derece dile getirebildiği yaşına, gelişimsel düzeyine ve de aile dinamikleri, kişilik özellikleri, kültürel normlar gibi diğer faktörlere bağlıdır.

Eğer çocuk fiziksel ya da cinsel olarak bir saldırıya uğramışsa, mümkün olduğu koşullarda çocuk istismarı konusunda uzman biri tarafından görülmesi önem kazanır. Çocuk tarafından muhtemelen travmatik olarak yaşantılanacak olan cinsel organ muayenesi, bulguları yorumlamada tecrübeli bir klinisyen tarafından yapılmalıdır. Bazı durumlarda muayeneyi videoya çekmek, çocuğu yeniden muayene edilmek zorunda bırakmadan başka uzmanların da bulgular hakkında görüş belirtmesi açısından uygundur. Genel anestezi verilmeden tam bir cinsel organ ve anüs muayenesi yapmak uygun olmayabilir. Ayrıca klinisyenin, muayenenin çocuğa tacizi hatırlatabileceğinin ve çocuğun

kendiliğinden bir şekilde çığılık atabileceğinin ve muayene sırasında psikolojik olarak dağılabileceğinin farkında olması gerekir.

#### (a) Gelişimin değerlendirilmesi

Bir çocuğun işkenceye tepkisi yaşına, hangi gelişimsel aşamada olduğuna ve bilişsel yeteneklerine bağlıdır. Çocuğun yaşı küçüldükçe, travmatik olayı nasıl yaşadığı ve ne anladığı, çocuğun bakımından sorumlu kişilerin olaydan hemen sonraki tepkilerinden ve tutumlarından daha çok etkilenir.<sup>130</sup> İşkence görmüş ya da işkenceye tanık olmuş üç yaşından küçük çocuklar için çocuğa bakan kişinin oynadığı koruyucu ve güven verici rol çok önemlidir.<sup>131</sup> Çok küçük çocukların travmatik yaşantılara tepkileri arasında tipik olanı, huzursuzluk, uyku bozukluğu, sinirlilik, abartılı irkilme tepkisi ve kaçınma gibi belirtilerle ortaya çıkan artmış uyanıklık durumudur. Üç yaşından büyük çocuklar çoğunlukla içe kapanmaya ve travmatik olaylar üzerine doğrudan konuşmamaya eğilimlidirler. Sözel ifade yeteneği gelişim boyunca artar. Somut işlem döneminde (8-9 yaş), çocuklar olayları güvenilir bir şekilde kronolojik olarak sıralamaya başlayabildiklerinde bu yetenekte ciddi bir artış görülür. Bu dönemde somut işlemler ve zamansal/mekansal kapasiteler gelişir.<sup>132</sup> Bu yeni yetenekler hala kırılgandır ve soyut işlem döneminin başlangıcına (12 yaş) kadar çocuklar, sürekliliği olan bir tarzda tutarlı bir anlatı kurmayı beceremezler. Ergenlik fırtınalı bir gelişim dönemidir. İşkencenin etkileri çok farklı olabilir. İşkence yaşantıları ergenlerde anti-sosyal davranışlarla sonuçlanan derin kişilik değişimlerine yol açabilir.<sup>133</sup> Öte yandan işkencenin ergenler üzerindeki etkileri daha küçük çocuklarda görülenlere de benzeyebilir.

#### (b) Klinik değerlendirmeler

TSSB belirtileri çocuklarda görülebilir. Bu belirtiler erişkinlerde gözlemlenenlere benzeyebilir,<sup>134-135-136-137</sup> ancak klinik hekimin sözel ifadeler yerine çocuğun davranışlarına daha çok ağırlık vermesi gerekir. Örneğin çocuk yeniden yaşantılamaya belirtilerini, travmatik olayın özelliklerini temsil eden tekdüze oyunları tekrar tekrar oynayarak, oyun sırasında ya da oyun dışında olayı görsel bir şekilde hatırlayarak, travmatik olayla ilgili sürekli soru sorarak ve konuşarak ve kabuslar görerek sergileyebilir. Çocuk, altını ıslatma, bağırsak hareketlerinin kontrolünü yitirme, içe kapanma, duygulanım kısıtlılığı, kendine ve başkalarına yönelik tavırlarında değişiklikler ve geleceksizlik hissi gibi belirtiler de geliştirebilir. Aşırı artmış uyanıklık durumu yaşayabilir ve tabloya gece terörü,<sup>138</sup> yatağa yatma zorlukları, uyku bozuklukları, abartılı irkilme tepkisi, sinirlilik ve ciddi düzeyde dikkat ve yoğunlaşma zorlukları eklenebilir. Travmatik olaydan önce var olmayan korkular ve saldırgan davranışlar, akranlara, yetişkinlere, hayvanlara yönelik saldırganlık, karanlıktan, tuvalete yalnız gitmekten korkma ve fobiler şeklinde tezahür edebilir. Çocuk, yaşına uygun olmayan cinsel davranışlarda bulunabilir ve somatik tepkiler verebilir. Abartılı bir yabancı korkusu, ayrılık anksiyetesi, panik, aşırı heyecan, hiddet nöbetleri ve kontrolsüz ağlama gibi anksiyete belirtileri de görülebilir. Ayrıca yeme problemleri de gelişebilir.

#### (c) Ailenin rolü

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

- <sup>94</sup> G. Fischer ve N.F. Gurris, "Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung", W. Senf & M. Broda (ed.), Praxis der Psychotherapie-Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, (Stuttgart: Thieme) 1996.
- <sup>95</sup> A. Kleinman, "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care", Psychiatry and its Related Disciplines konulu WPA Bölgesel Sempozyumuna sunulmuş bildiri, 1986.
- <sup>96</sup> H.T. Engelhardt, "The concepts of health and disease", HT Englehardt ve SF Spicker (ed.) Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences, (Hollanda: D. Reidel Publishing Co) 1975; 125-141.
- <sup>97</sup> J. Westermeyer, "Psychiatric diagnosis across cultural boundaries", American Journal of Psychiatry, 1985; 142 (7): 798-805.
- <sup>98</sup> R.F. Mollica, K. Donelan, S. Tor ve ark. "The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps", JAMA, 1993; 270: 581-586.
- <sup>99</sup> J.D. Kinzie, J.K. Boehnlein, P. Leung ve ark. "The prevalence of Post-traumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees", Am J Psychiatry 1990; 147(7): 913-917.
- <sup>100</sup> K. Allden ve ark. (1996), "Burmese Political Dissidents in Thailand: Trauma; and survival among young adults in exile", Am J Public Health 1996; 86: 1561-1569.
- <sup>101</sup> N. Sartorius. "Cross-cultural research on depression", Psychopathology, 1987; 19(2): 6-11.
- <sup>102</sup> M.A. Simpson. "What Went Wrong?: Diagnostic and Ethical Problems in Dealing with the Effects of Torture and Repression in South Africa", R.J. Kleber, C.R. Figley, B.P.R. Gersons, (ed.) Beyond Trauma-Cultural and Societal Dynamics, (New York: Plenum Press) 1995, s. 188-210
- <sup>103</sup> M. Friedman ve J. Jaranson. "The Applicability of the Post-Traumatic Concept to Refugees", T. Marsella, ve diğ. (ed.) Amidst Peril ve Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees (Washington, D.C.: American Psychological Association Press) 1994, s. 207-227.
- <sup>104</sup> "Geriye dönüş" (flashback): Uyanık durumda travmatik yaşantının sanki tekrar yaşanıyor gibi bir film şeridi şeklinde göz önüne gelmesi durumu (Ç.N.).
- <sup>105</sup> N.R. Holtan. "How Medical Assessment of Victims of Torture Relates to Psychiatric Care", J.M. Jaranson & M.K. Popkin (ed.), Caring for Victims of Torture, (Washington, DC: American Psychiatric Press) 1998, s. 107-113.
- <sup>106</sup> İng. "delusions of persecution": Baskı, zulüm, kötülük görme hezeyanları (Ç.N.)
- <sup>107</sup> World Health Organization, The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders and diagnostic guidelines, (Cenevre: 1994).
- <sup>108</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Dördüncü Basım, . (Washington, DC) 1994.
- <sup>109</sup> P.J. Farias. "Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: Analysis of a clinical sample", Culture, Medicine and Psychiatry, 1991; 15: 167-192.
- <sup>110</sup> A. Daffar. "The Afghans: Bearing the scars of a forgotten war", .A. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad, ve J. Orley (ed.) Amidst peril and pain, (Washington, D.C.: American Psychological Association) 1994.
- <sup>111</sup> G.W. Beebe. " Follow-up studies of World War II and Korean War prisoners, II: Morbidity, disability, and maladjustments", American Journal of Epidemiology, 1975; 101:400-422.
- <sup>112</sup> B.E. Engdahl, T. Dikel, R.E. Eberly ve A. Blank, (gözden geçiriliyor). The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former Prisoners of War.
- <sup>113</sup> T. Keane ve J. Wolfe (1990), "Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies", Journal of Applied Social Psychology 1990; 20 (21, 1):

- <sup>114</sup> R. A. Kulka, W.E. Schlenger, J.A. Fairbank, R.L Hough, K. Jordan, C.R. Marmar, D. Weiss. Trauma and the Vietnam War generation: report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study, (New York: Brunner/ Mazel), 1990.
- <sup>115</sup> K. Jordani, W.E. Schlenger, R. L. Hough, R.A. Kulka, D. Weiss, J.A. Fairbank, C.R. Marmar (1991), "Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls", Archives of General Psychiatry 1991; 48(3): 207-215.
- <sup>116</sup> A.Y Shalev, A. Bleich ve R.J. Ursano (1990), "Post-traumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance", J Psychosomatics 1990 31(2): 197-203.
- <sup>117</sup> "Vekaleten travmatizasyon," "vicarious traumatization" karşılığı olarak kullanılmıştır. Kastedilen, doğrudan travmatik bir olaya maruz kalmadan, bu tür olaylara maruz kalanları dinleyerek ve etkilenerek (bir anlamda "vekalet" olarak) travmatize olmaktır. Literatürde "ikincil" travmatizasyon olarak da geçmektedir (Ç.N.)
- <sup>118</sup> B.O Rothbaum, ve ark. "A prospective examination of post-traumatic stress disorder rape victims", Journal of Traumatic Stress, 1992; 5:455-475
- <sup>119</sup> P.B. Sutker, D. K. Winstead, Z.H. Galina. "Cognitive deficits and psycho-pathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict", Am J Psychiatry 1991; 148: 62-72.
- <sup>120</sup> "Betel nut": Doğu Hindistan'da yetişen, uyuşturucu özellikleri olan ve fındığa benzeyen bir yemiş (Ç.N.)
- <sup>121</sup> A.R Luria ve L.V. Majovski. "Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology", American Psychologist, 1977; 32 (11): 959-968.
- <sup>122</sup> R.J. Ivnik. "Overstatement of differences" American Psychologist, 1978; 33 (8): 766-767.
- <sup>123</sup> H.C Traue, G. Schwarz-Langer, N.F. Gurriss; "Extremtraumatisierung durch Folter; Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren fuer Folteropfer"; Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 1997; 1: 41-62.
- <sup>124</sup> D.M Jacobs, ve diğ., "Cross-cultural neuropsychological assessment: A comparison of randomly selected, demographically matched cohorts of English- and Spanish-speaking older adult", Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 1997; 19 (3): 331-339.
- <sup>125</sup> O. Spreen ve E. Strauss, A Compendium of Neuropsychological Tests. (NYC, NY: Oxford University Press)
- <sup>126</sup> J.A Knight, "Neuropsychological Assessment in Post-traumatic Stress Disorder", J.P. Wilson, T.M. Keane (ed.) Assessing Psychological Trauma and PTSD (NYC, NY: Guilford), 1997.
- <sup>127</sup> J.E. Dalton, S.L Pederson, J.J. Ryan, "Effects of Post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance", International Journal of Clinical Neuropsychology, 1989; 11 (3):121-124.
- <sup>128</sup> T. Gil, ve ark., "Cognitive functioning in Post-traumatic stress disorder", Journal of Traumatic Stress, 1990; 3 (1): 29-45.
- <sup>129</sup> C. Schlar, "Evaluation and documentation of psychological evidence of torture" (basılmamış makale), 1999.
- <sup>130</sup> S. Ottino von Overbeck, "Familles victimes de violences collectives et en exil: Quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d'une pédopsychiatre" La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 1998; 14: 35-39.
- <sup>131</sup> M. Grappe, La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés, M.R. Moro ve S. Lebovici (ed.), Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Armenie. Face au traumatisme. (Paris: PUF), 1995.
- <sup>132</sup> J. Piaget, La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1997.
- <sup>133</sup> M. Grappe, La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés, M.R. Moro ve

- S. Lebovici (ed.), Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Armenie. Face au traumatisme. (Paris: PUF), 1995.
- <sup>134</sup> L. C Terr, "Childhood traumas. An outline and overview." American Journal of Psychiatry 1991; 148: 10-20.
- <sup>135</sup> National Center for Infants, Toddlers and Families, Zero to Three. 1994.
- <sup>136</sup> F. Sironi, "On torture un enfant, ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique", Enfances, 1995; 4:205-215.
- <sup>137</sup> L. Bailly. Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant, (Paris: ESF éditeur,), 1996.
- <sup>138</sup> Kabuslara ya da kabus görme korkusuna bağlı olarak (Ç.N.)

## EK I

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

İşkence ve diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve cezaların (metinde bundan sonra işkence veya kötü muamele olarak geçecektir) etkili biçimde soruşturulması ve belgelendirilmesinin amaçları arasında şunlar sayılabilir: eldeki bilgilerin açıklığa kavuşturulması, mağdurlar ve aileleri için, bireylerin ve Devletin sorumluluğunun ortaya konması ve sorumluluğun kabul edilmesi; bu tür olayların tekrarını önlemek için alınması gereken önlemlerin tanımlanması; soruşturma sonucunda sorumlu olduğu belirlenenler için cezai ve/veya uygun disiplin cezası işlemlerinin başlatılması, yeterli ve makul miktarda maddi tazminat, tıbbi tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin temini de dahil olmak üzere Devlet'in durumu tazmin etmesi ve düzeltmesi gereğini sergilemek.

Devletler, işkence ve kötü muamele şikayetleri ve bildirimlerinin, anında ve etkili bir biçimde soruşturulmasını sağlamakla yükümlüdürler. Açık bir şikayetin olmadığı durumlarda bile işkence ve kötü muamele yapıldığına ilişkin belirtiler varsa, soruşturma yapılmalıdır. Soruşturmayı yürütenler, bu tür olayların faili olduğundan şüphelenilen kişiler ve onların hizmet ettiği kurum ve kuruluşlardan bağımsız, soruşturma yürütebilecek vasıfta, tarafsız kişiler olmalıdır. Bu kişilerin tarafsız tıp uzmanlarına veya konuyla ilgili diğer uzmanlara erişim veya bu tür uzmanları çağırma yetkileri olmalıdır. Soruşturmalar yürütülürken, en yüksek profesyonel standartlara uygun yöntemler kullanılmalı ve soruşturma sonuçları kamuya açıklanmalıdır.

Soruşturma yapan kurum, soruşturma için gerekli bütün bilgileri toplama gücüne sahip olmalı ve gerekli bütün bilgileri toplama yükümlülüğünü üstlenmelidir. <sup>139</sup> Soruşturmayı yürüten kişiler, etkili soruşturma yürütmek için gerekli bütün maddi ve teknik kaynaklara sahip olmalıdırlar. Bu kişilerin, işkence veya kötü muamele vakalarına karıştığı iddia edilen resmi görevlileri tanıklığa çağırma ve tanıklığa zorlama yetkisi de olmalıdır. Aynı kural, bütün tanıklar için geçerlidir. Soruşturma yapma yetkisine sahip olan kurum, işkenceye karıştığı iddia edilen resmi görevliler de dahil olmak üzere soruşturmanın selameti açısından gerekli herkesi tanıklık yapmak için çağırma, bu amaçla tebligatta bulunma ve yapılan tanıklıkları destekleyici kanıtlar sunulmasını isteme yetkisine haiz olmalıdır. İşkence ve kötü muamele kurbanı oldukları iddia edilen kişiler, tanıklar, soruşturmayı yürüten kişiler ve bunların aileleri soruşturma esnasında veya sonrasında şiddet, şiddet tehdidi ve her türlü göz dağına karşı korunmalıdırlar. İşkence veya kötü muamele olayına karıştığı iddia edilen kişiler doğrudan veya dolaylı olarak, şikayette bulunanlar, tanıklar ve onların aileleri ve soruşturmayı yürütenler üzerinde güç veya denetim sahibi olabilecekleri bir konumdaysalar, derhal görevden alınmalıdırlar.

İşkence veya kötü muamele kurbanı olduğu iddia edilen kişiler ve bunların yasal temsilcileri, duruşmalardan, soruşturma oturumlarından haberdar edilmeli, bu oturumlarda bulunma hakkına sahip olmalı, soruşturma için gerekli bilgilere erişim hakkına ve olanağına ve duruşmalarda kanıt sunma hakkına sahip olmalıdırlar.

Yetersiz uzmanlık veya önyargı şüphesi, belli bir işkence ve kötü muamele biçimi ve başka önemli nedenlerle halihazırda varolan soruşturma süreçlerinin yetersiz kalması durumunda, Devlet,



soruşturmanın bağımsız bir soruşturma komisyonu veya benzer bir sistemle yürütülmesini güvenceye almalıdır. Bu tür bir komisyonun üyeleri, toplumda tarafsız, konunun ehli ve bağımsız olarak tanınan kişiler arasından seçilmelidir. Bu kişiler özellikle, işkence ve kötü muamele zanlılarından ve/veya bu kişilerin hizmet ettikleri kurumlardan bağımsız kişiler olmalıdır. Komisyon, soruşturma için gerekli bütün bilgileri elde etme yetkisine sahip olmalı ve soruşturmayı bu ülkelerde tanımlanan biçimde yürütmelidir. <sup>140</sup>

Soruşturma sonucunda, makul bir süre içinde, soruşturmanın kapsamı, kanıtları değerlendirmek için kullanılan süreçler ve yöntemler, elde edilen bulguların ışığında geçerli hukuk kurallarına göre tavsiyeler ve varılan sonuçları da içeren yazılı bir rapor hazırlanmalıdır. Rapor tamamlandıktan sonra kamuoyuna açıklanmalıdır. Bu raporda gerçekleştiği tespit edilen spesifik olaylar detaylı bir biçimde tanımlanmalı, bulguların dayandığı kanıtlar, koruma amacıyla kimlikleri gizli tutulanlar hariç tanıkların listesi de yer almalıdır. Devlet, makul bir süre içinde soruşturma raporuna yanıt vermeli ve rapora yanıt olarak yapılacak uygun önlemleri de belirtmelidir.

İşkence ve kötü muamele soruşturmalarında çalışan tıp uzmanları her zaman en yüksek etik standartlara uygun biçimde davranmalı ve tıbbi araştırma ve muayeneden önce kişinin bilgilendirilmiş onamını almalıdır. Muayene, tıp biliminin kabul edilmiş standartlarına uygun biçimde yürütülmelidir. Muayene, tıp uzmanının denetimi altında, devlet görevlileri ve güvenlik güçleri mensuplarının mevcut olmadığı bir ortamda, kişinin mahremiyetine saygı göstererek yapılmalıdır.

Tıp uzmanı muayenenin hemen sonrasında doğru bir yazılı rapor hazırlamalıdır. Bu raporda en azından aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- (a) Görüşme Koşulları:** Görüşme yapılan kişinin adı, muayene sırasında mevcut olanların adları, bu kişilerin muayene yapılan kişiyle olan ilişkileri, görüşmenin kesin tarihi, saati, görüşme yapılan yerin adresi (uygun olduğu durumlarda görüşme yapılan odanın yeri), görüşme yapılan yerin tanımı (örneğin klinik, cezaevi, ev vb.); görüşme yapıldığı sıradaki koşullar (muayene için geldiğinde veya muayene sırasında kişinin tabii olduğu kısıtlamalar, görüşme sırasında odada güvenlik güçlerinin mevcut olup olmadığı, tutukluya eşlik edenlerin hal ve tavrı, muayeneyi yapan kişiye yönelik tehditkar ifadeler vs.) ve diğer geçerli unsurlar;
- (b) Öykü:** Gerçekleştiği iddia edilen işkence ve kötü muamele yöntemleri, işkence ve kötü muamelenin ne zaman gerçekleştiği, bütün fiziksel ve psikolojik semptomlar ve şikayetler de dahil olmak üzere kişinin görüşme sırasında anlattığı öykünün detaylı bir raporu;
- (c) Fiziksel ve Psikolojik Muayene:** Uygun tanı koyucu testler ve mümkün olduğu durumlarda bütün yaralanmaların renkli fotoğrafları da dahil olmak üzere klinik muayene sonucunda elde edilen bütün fiziksel ve psikolojik bulguların kaydı;
- (d) Değerlendirme:** Fiziksel ve psikolojik bulgular ile işkence ve kötü muamele arasındaki muhtemel ilişkinin değerlendirilmesi. Gerekli tıbbi ve psikolojik tedavi ve/veya yapılması gereken başka tıbbi testler ve muayeneler için görüş ve tavsiyeler;
- (e) Yazar:** Raporda muayeneyi yapan kişilerin adları açıkça belirtilmeli ve rapor hazırlayanlar tarafından imzalanmalı;

Hazırlanan rapor gizli tutulmalı ve rapor muayene edilen kişiye veya kişinin yasal temsilcisi olarak atadığı kimseye teslim edilmelidir. Muayene edilen kişi veya temsilcisinin muayene süreci hakkındaki görüşleri de sorulmalı ve raporda bu kişilerin görüşlerine de yer verilmelidir. Uygun olduğu durumlarda, işkence veya kötü muamele iddialarını soruşturmakla yetkili olanlara da yazılı rapor verilmelidir. Bu raporun yetkili kişilere güvenli bir biçimde ulaştırılmasını güvenceye almak, Devlet'in sorumluluğudur. Muayene edilen kişinin rızası veya bu tür bir talepte bulunma yetkisi bulunan mahkemenin yetki vermesi istisna olmak üzere, rapor başka kimseye verilmemelidir.



<sup>139</sup> Bazı koşullarda meslek etiğine göre, bilginin gizli tutulması gerekebilir. Bu tür etik gerekliliklere özenle uyulmalıdır.

<sup>140</sup> Yukarıda 139 no'lu dipnota bakınız.

## **EK II** **Tanısal Testler**

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

### **1. Radyolojik görüntüleme**

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

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

X ışını tetkiklerine kolaylıkla ulaşılabilir. İlk muayenede, kafatası hariç tüm hasarlı bölgeler rutin radyografi ile incelenmelidir. Rutin radyografi yüzdeki kırıkları gösterebilir. Ancak daha fazla kırık, fragmanların yer değiştirmesini ve ilişkili yumuşak doku hasarı ve komplikasyonları da gösterebileceği için BT daha üstün bir yöntemdir. Periost hasarı ya da minimal kırıklar olduğu düşünüldüğünde, rutin radyografiye ek olarak sintigrafi de kullanılmalıdır. Akut bir kırık olduğunda ya da erken dönem osteomyelitte bile x-ışını incelemelerinin bir kısmı negatif sonuç verecektir. Özellikle çocuklarda bazı kırıkların radyolojik belirti vermeden iyileşmesi mümkündür. Yumuşak doku değerlendirmeleri için rutin radyografi uygun bir yöntem değildir.

Sintigrafi yüksek duyarlılığı olan ancak özgünlüğü kısıtlı bir yöntemdir. Sintigrafi tüm iskeleti osteomyelit gibi hastalık süreçleri ve travma açısından görüntülemek için, ekonomik ve etkin bir yöntemdir. Sintigrafi ile testis torsiyonu da incelenebilir ancak ultrasonografi incelemesi bu araştırma için daha uygun bir yöntemdir. Sintigrafi yumuşak doku travmasını tanımlamak için kullanılmaz.

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

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

Kemik sintigrafisi 3 saatlik geç faz yada üç faz incelemesi kullanılarak uygulanabilir. Üç faz radyonükleit anjiogramı (arteriyel faz), kan havuzu görüntüleri (yumuşak doku-venöz faz) ve geç fazdır (kemik fazı). Falaka uygulamasından kısa bir süre sonra incelenen hastalara, bir hafta arayla iki

sintigrafi yapılmalıdır. Birinci sintigrafinin negatif, ikinci sintigrafinin pozitif olması birinci sintigrafiden birkaç gün önce falakaya maruz kalındığını gösterir. Akut olgularda bir hafta arayla uygulanan her iki sintigrafinin de negatif olması falakanın uygulanmadığı anlamına gelmez. Uygulanan falakanın şiddetinin sintigrafinin hassaslık düzeyinin altında olduğunu gösterir. Başlangıçta 3-faz görüntülemesi yapıldı ise, radyonükleit anjiyogramında ve kan havuzu görüntülerinde artmış alım ve kemik fazında artma olmaması, yumuşak doku hasarıyla uyumlu hiperemiyi gösterir. Ayak kemiklerindeki ve yumuşak dokudaki travma MRG ile de saptanabilir. <sup>141</sup>

#### **(b) Ultrasonografi**

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

#### **(c) Bilgisayarlı tomografi**

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

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

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

## **2. Elektrik şoku hasarının biyopsisi**

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

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

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

#### (a) Biyopsinin temelleri

Anestezi altındaki domuzların derilerine elektrik şokunun etkileri ile ilgili yapılmış çok büyük sayıda laboratuvar araştırmaları vardır. [142\\_143\\_144\\_145\\_146\\_147](#) Bu çalışmalar lezyonların punç biyopsilerinin mikroskopik incelemesi ile elektrik hasarı için, spesifik olan histolojik bulguların saptanabildiğini göstermiştir. Ancak bu araştırmaların klinikte belirgin olarak uygulanabilecek ileri tartışmaları, bu yayının alanı dışındadır. Okuyucu daha ileri bilgiler için yukarıda atıfta bulunan yayınları inceleyebilir.

İnsanlardaki elektrik şoku işkencesi ile ilgili az sayıda olgu incelenmiştir. [148\\_149\\_150\\_151](#) Sadece elektrik uygulamasından 7 gün sonra biyopsi alınan olguda, elektrik hasarları için tanı koydurucu olduğu düşünülen bulgular saptanmıştır (Nekrotik doku etrafındaki canlı doku içindeki dermal liflere lokalize kalsiyum tuzları çökeltileri). Elektrik işkencesi iddiasından bir kaç gün sonra biyopsi alınan diğer olgulardaki lezyonlarda segmental değişimler ve hücresel yapılarda kalsiyum tuzları çökeltileri saptanmıştır. Bu bulgular elektrik akımı uygulaması ile yüksek derecede uyumlu olup tanı koydurucu değildir çünkü dermal lifler üzerinde kalsiyum tuzları çökeltileri gözlemlenmemiştir. Elektrik işkence iddiasından bir ay sonra alınan biyopside 1-2 mm genişliğinde konik nedbe görülmüş ve saptanan fibroblast artışı ve çok sık ve yüzeye paralel ince kollajen lifleri elektrik hasarı ile uyumlu olup tanı koydurucu değildir.

#### (b) Yöntem

Hastadan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra biyopsiden önce kabul gören adli tıp metotları uyarınca lezyonun fotoğrafı çekilmelidir. Lokal anestezi altında 3-4 mm'lik punç biyopsi alınmalı, tampona formalin fiksatif veya benzeri bir fiksatif içine yerleştirilmelidir. Cilt biyopsisi elektrik hasarından sonra en kısa sürede alınmalıdır. Elektrik travması genellikle epidermis ve üst dermisde sınırlı olarak kaldığından lezyonlar çok çabuk kaybolabilir. Birden fazla lezyondan biyopsi alınabilir ancak hastanın maruz kalacağı potansiyel sıkıntı göz önüne alınmalıdır. [152](#) Biyopsi materyali dermatopatolojide uzmanlaşmış bir patolog tarafından incelenmelidir.

#### (c) Elektrik hasarının tanı koydurucu bulguları

Epidermis, ter bezleri ve damar duvarlarında vesiküler nükleuslar (ayırıcı tanıda sadece bir durum daha vardır: bazik solüsyonlarla oluşan hasarlar) ve kollajen ve elastik lifler üzerine birbirinden ayrı yerleşmiş kalsiyum tuzu çökeltileri (ayırıcı tanıda calcinosis cutis düşünülmelidir; art arda yapılan 220 000 insan cildi biyopsisinden 75'inde görülmüştür, nadiren rastlanır ve burada kalsiyum çökeltileri genellikle kollajen ve elastik lifler üzerinde birbirinden ayrı yerleşmeyip oldukça yaygındır.) elektrik hasarı için tanı koydurucu bulgulardır. [153](#)

Konikal segmentlerde görülen 1-2 mm çapında lezyonlar, epidermiste demir ve bakır çökeltileri (elektroda bağlı olarak), epidermis, ter bezleri ve damar duvarlarında homojen sitoplazma gibi bulgular ise elektrik hasarı sonucu oluşabilen ancak tipik olmayan bulgulardır. Ayrıca segmental lezyonlarda hücre yapılarının üzerinde kalsiyum tuzu çökeltileri olabilir ya da hiçbir anormal histolojik değişim olmayabilir.

<sup>141</sup> Yukarıda 84-86 no'lu dipnotlara bakınız; daha fazla bilgi edinmek için standart radyoloji ve nükleer tıp makaleleri ve kitaplarına bakınız.

<sup>142</sup> H.K Thomsen, L. Danielsen, O. Nielsen, O. Aalund, K.G. Nielsen, T. Karlsmark, I.K. Genefke, "Early epidermal changes in heat- and electrically injured pig skin I. A light microscopic study", Forensic Sci Int. 1981;17:133-43.

<sup>143</sup> H.K Thomsen, L. Danielsen, O. Nielsen, O. Aalund, K.G. Nielsen, T. Karlsmark, I.K. Genefke, P. Christoffersen, The effect of direct current, sodium hydroxide, and hydrochloric acid on pig epidermis. A light microscopic and electron microscopic study" Acta path microbiol. immunol. scand Sect A 1983; 91:307-16.

<sup>144</sup> H.K. Thomsen, Electrically induced epidermal changes. A morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy" (Tez), University of Copenhagen: F.A.D.L. 1984, 1-78.

<sup>145</sup> T. Karlsmark, L. Danielsen, H.K. Thomsen, O. Aalund, K.G. Nielsen, E. Johnson, I.K. Genefke, "Tracing the use of torture: Electrically induced calcification of collagen in pig skin": Nature 1983; 301:75-78.

<sup>146</sup> T. Karlsmark, L. Danielsen, O. Aalund, H.K. Thomsen, O. Nielsen, K.G. Nielsen, H. Lyon, T. Ammitsbøll, R. Møller, I.K. Genefke, " Electrically-induced collagen calcification in pig skin. A histopathologic and histochemical study", Forensic Science International 1988; 39: 163-74.

<sup>147</sup> T. Karlsmark, Electrically induced dermal changes. A morphological study of porcine skin after transfer of low to moderate amounts of electrical energy (Tez) University of Copenhagen, Dan. Med Bull 1990;37:507-20.

<sup>148</sup> L. Danielsen, T. Karlsmark, H.K. Thomsen, J.L. Thomsen, L.E. Balding, " Diagnosis of electrical skin injuries. A review and a description of a case", Am. J. Forensic Med Pathol 1991;12:222-6.

<sup>149</sup> F. Öztöp, V. Lök, T. Baykal, M. Tunca, "Signs of electrical torture on the skin", Human Rights Foundation of Turkey, Treatment and Rehabilitation Centers Report 1994, HRFT Publications 11:97-104.

<sup>150</sup> L. Danielsen, T. Karlsmark, H.K. Thomsen, "Diagnosis of skin lesions following electrical torture", Rom J. Leg. Med. 1997; 5:15-20.

<sup>151</sup> H. Jacobsen, "Electrically induced deposition of metal on the human skin" Forensic Sci Int 1997; 90:85-92.

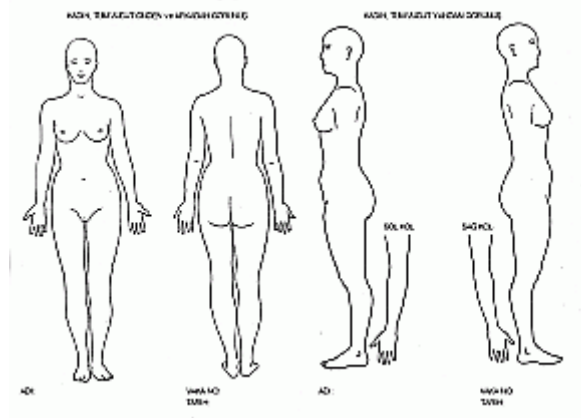
<sup>152</sup> S. Gürpınar, Ş. Fincancı Korur, "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu", Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipleri Birliği, Ankara. 1999.

<sup>153</sup> L. Danielsen ve ark. 1991 (149 no'lu dipnot).

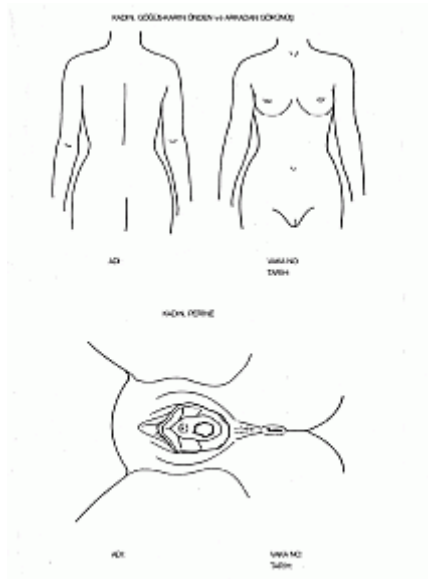
### EK III

## İşkence ve Kötü Muamelenin Belgelendirilmesi İçin Anatomik Çizimler

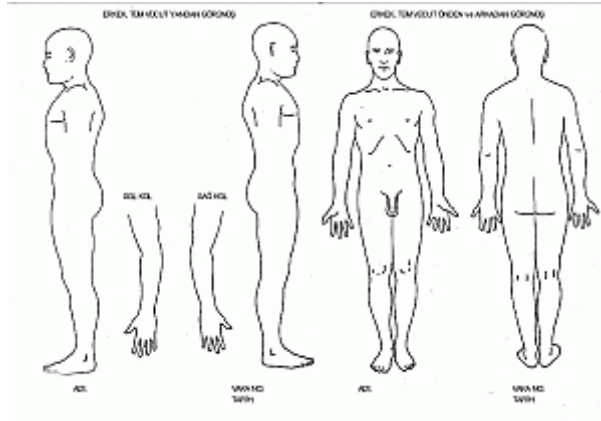
Aşağıdaki resimleri gerçek boyutları ile yükleyebilmek için üzerlerine tıklayınız.



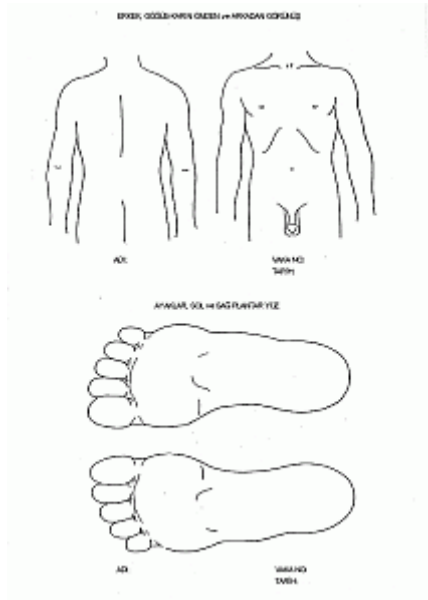
RESİM 1



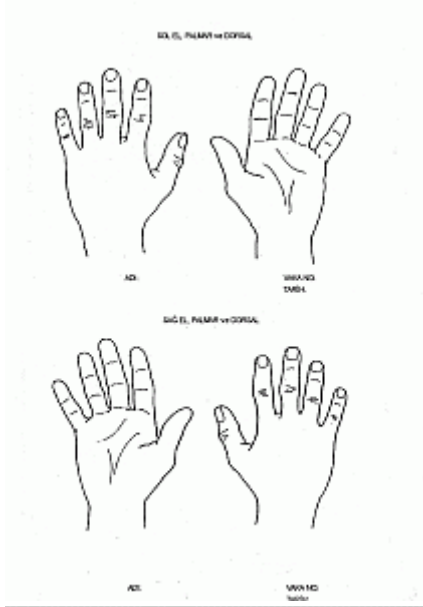
**RESİM 2**



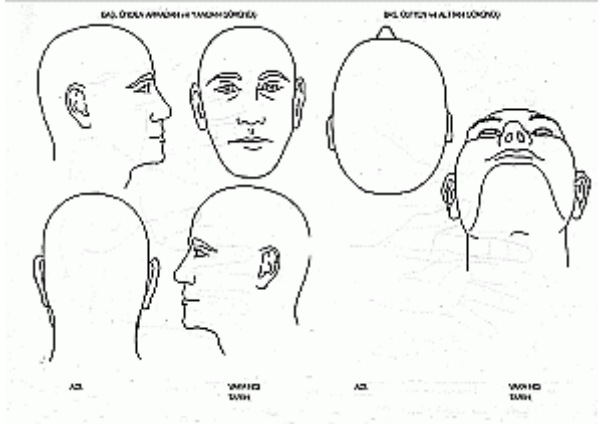
**RESİM 3**



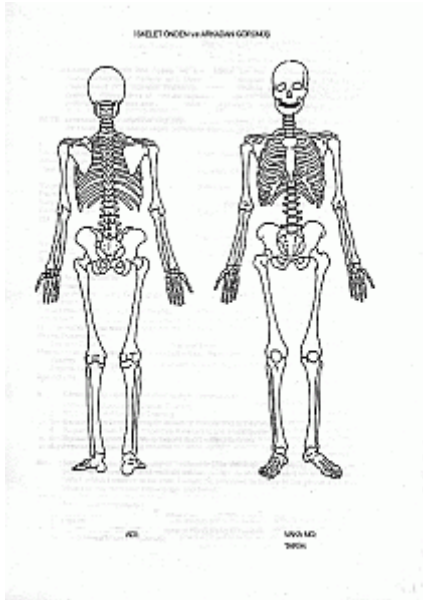
**RESİM 4**



RESİM 5



RESİM 6



RESİM 7

EK IV. İŞKENCE ve KÖTÜ MUAMELENİN TIBBİ DEĞERLENDİRMESİNE KILAVUZLUK EDEN İLKELER

Aşağıdaki kurallar geliştirilirken, İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ve Cezaların Etkili Biçimde Araştırılması ve Belgelendirilmesi İçin El Kılavuzu (İstanbul Protokolü) temel alınmıştır.

Bu kurallar, değişmez bir protokol olarak tasarlanmamıştır. Aşağıdaki kurallar, bireysel değerlendirmenin amacı ve ulaşılabilir kaynakların akla uygun değerlendirmesi gözönüne alınarak uygulanmalıdır:

NOT: İşkence ve kötü muamelenin fiziksel ve psikolojik delillerinin değerlendirilmesi klinisyenlerin vasıflarına göre bir ya da daha fazla klinisyen tarafından yürütülebilir

### **I. Olgu Bilgisi**

Muayene Tarihi:

Muayeneyi İsteyen Makam(Adı ve görevi):

Evrak ve rapor Numarası:

Muayene/değerlendirme süresi:.....saat.....dakika

Olgunun adı:

Olgunun soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum Tarihi:

Doğum yeri:

Olgu Kimlik No:

Muayene nedeni:

Klinisyenin adı:

Tercüman var mıydı?(Evet/Hayır):

Tercümanın Adı:

Bilgilendirilmiş onam alındı mı?(Evet/hayır):

Cevap hayır ise nedeni:

Olguyla birlikte gelen kişi:

Adı ve görevi:

Muayene sırasında mevcut kişi(ler ):

Ad ve görev(ler)i:

Olgu muayene sırasında kısıtlandı mı?(Evet/Hayır):

Cevap evet ise Nasıl/Neden?:

Tıbbi Raporun İletildiği Kişi:

Adı/Görevi/ Kimlik numarası:

Verildiği Tarih: .....Verildiği saat:.....

Tıbbi değerlendirme ve inceleme hiçbir kısıtlama olmadan gerçekleştirildi (Hücredeki kişiler için)  
(Evet/Hayır):

Herhangi bir kısıtlama oldu ise detaylarını yazınız:

### **II. Klinik Hekimin Özellikleri :(Mahkemede Şahitlik İçin)**

1. Tıbbi Öğrenim ve Klinik Eğitimi
2. Psikolojik/Psikiyatrik Eğitimi
3. İşkence ve Kötü Muamelenin Delillerini Belgelendirme Deneyimi
4. Araştırmayla İlgili Bölgesel İnsan Hakları Deneyimi
5. Konuyla İlgili Yayınları, Sunumları ve Aldığı Eğitim Kursları
6. Özgeçmişiniz

### **III. Tanıklığın Doğruluğu Beyanı: (Mahkemede Şahitlik için)**

(Örnek) "Bilgim ve inancıma dayanan ifadeler dışında, aşağıda sunulan bulguları şahsen biliyor ve doğru olduklarına inanıyorum. Kişisel bilgim ve inancıma bağlı olarak yukarıda yer alan raporum hakkında şahitlik yapmaya hazırım."

### **IV. Kişi Hakkında Bilgi:**

1. Genel Bilgiler (Yaşı, işi, eğitimi, ailevi bilgileri vs.)



2. Geçmiş Tıbbi Öyküsü
3. İşkence ve Kötü Muamele ile ilgili önceden yapılan tıbbi değerlendirmelerin gözden geçirilmesi
4. Gözaltı öncesi Psikososyal Öykü

#### **V. İşkence ve Kötü Muamele İddiaları:**

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

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

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

- a. Akut semptom ve kısıtlılıklar
- b. Kronik semptom ve kısıtlılıklar

#### **VII. Fiziksel Muayene**

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

#### **VIII. Psikolojik Öykü-Muayene**

1. Değerlendirme metodları
2. Halihazırda varolan psikolojik şikayetleri
3. İşkence sonrası dönemin öyküsü
4. İşkence öncesi dönemin öyküsü
5. Geçmişte yaşanmış psikolojik-psikiyatrik problemlerin öyküsü
6. Madde kullanımı ve taciz öyküsü
7. Ruhsal durum muayenesi
8. Toplumsal fonksiyonların değerlendirilmesi
9. Psikolojik testler (endikasyon ve sınırlamalar için bakınız bölüm VII c.3k )
10. Nöro psikolojik testler (endikasyon ve sınırlamalar için bakınız bölüm VII C4)

#### **IX. Fotoğraflar**

#### **X. Tanı Koyucu Testlerin Sonuçları** (endikasyon ve sınırlamalar için bakınız Ek II)

#### **XI. Konsültasyonlar**

#### **XII. Bulguların Yorumlanması**

1. Fiziksel deliller
  - A. Taciz iddiaları ile akut ve kronik fiziksel semptom ve kısıtlılıklar öyküsü arasındaki uyumluluk derecesini belirtin.

- B. Taciz iddiası ile fizik muayene bulguları arasındaki uyumluluk derecesini ilişkilendirin (Fiziki bulguların saptanamamış olması, işkence ve kötü muamelenin uygulandığı ihtimalini ortadan kaldırmaz.)
  - C. Kişinin muayene bulguları ile o bölgede uygulanan işkence yöntemleri ve bu işkence yöntemlerinin uygulanması sonrasında yaygın olarak görülen etkileri arasındaki uyumluluk derecesini ilişkilendirin.
2. Psikolojik Deliller
- A. Psikolojik bulgular ile işkence iddiası raporu arasındaki uyumluluk derecesini ilişkilendirin.
  - B. Saptanan psikolojik bulguların, kişinin sosyo-kültürel şartlarında yaşanan aşırı baskılar karşısında gösterebileceği tipik ya da beklenebilir reaksiyonlar olup olmadığı konusunda bir değerlendirme yapın.
  - C. Travma ile bağlantılı psikolojik sorunların zaman içinde değişen seyri içinde bireyin durumunu belirtin (örneğin kişi işkence olayının zaman çerçevesine bağlı olarak ve iyileşme sürecinin neresinde).
  - D. Bireyin üzerinde strese girmesine neden olan diğer unsurları (baskının devam ediyor olması, zorunlu göç, aile ve toplumsal rol kaybı) ve bunların birey üzerindeki etkisini tanımlayın.
  - E. Klinik tabloya katkıda bulunacak fiziki koşulları özellikle işkence ve /veya tutukluluk sırasında olduğu ispatlanan muhtemel kafa travması delillerini belirtin.

### **XIII. Yorum ve Öneriler**

1. Yukarıda belirtilen tüm deliller ( fiziki ve psikolojik bulgular, öykü bilgileri, fotoğraflık bulgular , tanısal test sonuçları, bölgesel olarak kullanılan işkence yöntemleri bilgisi, konsultasyon raporları, vs) ile işkence ve kötü muamele iddiaları arasındaki uyumluluk olup olmadığı konusunda kanaat beyanı.
2. İşkence iddiası sonucunda kişinin halen rahatsızlığını çektiği semptom ve kısıtlılıkları tekrar yazın.
3. Kişinin ileri tetkik ve tedavisi konusunda herhangi bir tavsiyeniz varsa yazınız

### **XIV. Gerçeklik Beyanı: (Mahkemede Yapılacak Şahitlikler İçin)**

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

### **XV. Araştırma ve Tıbbi Değerlendirmedeki kısıtlılıklar Konusunda beyan (Hücredeki kişiler için)**

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

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

### **XVII. İlgili ekler**

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