

# Spåren på kroppen kan avslöja tortyr

Fem års erfarenhet av dokumentation av tortyrskador

**Under åren 1993 till 1997 dokumenterades drygt 200 patienter, från 34 olika länder eller regioner, vid Centrum för tortyr- och traumaskadade. Tortyrberättelserna varierade mer mellan land/region än mellan individer inom samma landsgrupp, vilket även avspeglade sig i de objektiva fynden. En stor andel av patienterna angav somatiska symtom, som i vissa fall kunde korreleras till specifika former av tortyr som örffilar och hörsel-skador. I flertalet fall utfärdades ett rättsintyg. Detta, tillsammans med ett psykiatriskt utlåtande, användes i myndigheternas bedömning av asylärendet, men hade ingen påvisbar betydelse för utslaget.**

Tortyr kommer från det latinska ordet *torquere*, som betyder vrida eller pina. I äldre tider var tortyr, som förhörsmetod, en del av rättsskipningen som i Sverige avskaffades 1772 [1]. I dagens värld känner vi genom Amnesty Internationals arbete till att tortyr förekommer i över 100 länder. Definitioner av tortyr finns bland annat i Tokyodeklarationen (World Medical Association, 1975) och i FNs tortyrkonvention, artikel 1, punkt 1 (FN 20 juni 1987).

Dokumentation och behandling av tortyrskador respektive tortyrskadade förekommer på flera ställen idag. I Norden inrättades den första specialistkliniken Rehabilitation and research centre for torture victims, RCT, för diagnostik och behandling av flyktingar som torterats, i Köpenhamn 1982. I Stockholm började Centrum för tortyr-

och traumaskadade, CTD, sin verksamhet 1992. När det gäller rättsmedicinsk dokumentation av tortyrskadade, finns ett stort behov av kunskap och forskning. Den hittills mest omfattande rättsmedicinska studien av tortyr är Rasmussens avhandling [2] som omfattar 200 patienter. För övrigt har tidigare publicerats ett antal rättsmedicinska dokumentationer av större eller mindre patientgrupper [3-5], eller följder av speciella former av tortyr [6]. Speciella problem i samband med den rättsmedicinska bedömningen har rent allmänt diskuterats i ett fåtal artiklar [7, 8].

## Behov av att systematisera

I det följande presenteras 201 patienter som undersökts vid Centrum för tortyr- och traumaskadade 1993-1997. Med tiden har det uppstått ett behov av att systematisera iakttagelserna från detta nu ganska stora patientmaterial, dels för att sprida kunskaperna om tortyrens följder till alla som har med flyktingar att göra, dels för att göra framtida rättsmedicinska bedömningar säkrare och därmed utlåtandena mer användbara i myndigheternas och domstolarnas bedömning av asylärenden.

Objektivt iakttagbara förändringar, till övervägande delen ärr i huden, protokollfördes och fotograferades vid undersökningarna. Förutom rättsmedicinsk undersökning gjordes i de flesta fall även en psykiatrisk bedömning [9]. I en del fall utfördes också andra specialundersökningar.

Som underlag för bedömningen vid Centrum för tortyr- och traumaskadade fanns utredningshandlingar från Statens invandrarverk, i förekommande fall ett beslut om avslag på asylansökan, och Utlänningsnämnden. I en del fall fanns även journalkopior från flyktinghälsovården eller den vanliga sjukvården. I cirka en tredjedel av fallen fanns en skriftlig berättelse från patienten i översättning av auktoriserad tolk. Under tiden 1993-95 gjordes också ett psykodiagnostiskt test (bland annat bedömning av posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, och suicidrisk). Detta utfördes av institutionen för klinisk

neurovetenskap vid Karolinska institutet [10].

## Undersökning enligt fastlagt schema

Undersökningen följde ett visst förutbestämt schema, modifierat efter Rasmussen [11].

Det rättsmedicinska utlåtandet formulerades i att-satser. Sannolikheten för att tortyr förekommit uttrycktes i tre sannolikhetsgrader: 1. fynden varken styrker eller motsäger tortyr, motsvarande inga eller få, ospecifika objektiva fynd; 2. fynden är förenliga med tortyr (i tidiga utlåtanden motsvarades denna formulering av »tortyr kan ha förekommit»), motsvarande ett flertal, ospecifika, objektiva fynd, utan diskrepans med anamnesen; 3. fynden talar för tortyr (tidigare »... tortyr väl kan ... » eller »... mycket väl kan ha förekommit»), motsvarande få eller flera specifika fynd, i överensstämmelse med de anamnestiska uppgifterna.

I underlaget erhöles en mycket stor mängd data om personliga och sociala omständigheter, liksom i de flesta fall detaljerade beskrivningar av tortyr och fängelseförhållanden. Den statistiska bearbetningen av ett urval av data har gjorts på hela patientmaterialet och i vissa fall jämförelser mellan länder respektive regioner. Frånvaro av uppgifter om viss tortyr eller vissa symtom har likställts med förnekande av sådan uppgift. De kontinuerliga variablerna har uttryckts i medelvärden och spridning, övriga i frekvenser. Vid jämförelse mellan grupper av variabler har  $\chi^2$ -test använts.

## Högt utbildade och politiskt aktiva

Bortsett från i »gruppen Syrien» var medborgarskap liktydigt med det land i vilket tortyren ägt rum, Tabell I. Sammanlagt 33 nationaliteter och 2 ytterligare grupper (kosovoalbaner och statslösa palestinier, de senare torterade i Syrien) ingick.

Andelen kvinnor i hela materialet var 17 procent. Proportionellt flest kvinnor sågs i patientgruppen från Uganda, 45 procent, och minst i den från Kosovo, 0 procent.

Utbildningsnivån var i allmänhet

## Författare

ERIK EDSTON

med dr, överläkare, Rättsmedicinska institutet, Linköping, rättsmedicinsk konsult, Centrum för tortyr- och traumaskadade (CTD), Karolinska sjukhuset, Stockholm.

**Tabell I.** Medborgarskap och medelåldrar i de åtta största patientgrupperna.

	Land	antal	ålder, år (spridning)
Totalt		201	33,3 (17–70)
	Iran	44	35,1 (20–70)
	Syrien	28	35,9 (21–66)
	Uganda	22	30,6 (17–54)
	Bangladesh	20	28,3 (18–38)
	Turkiet	18	32,0 (20–52)
	Peru	17	33,4 (19–46)
	Zaire	9	31,0 (24–47)
	Kosovo	6	37,7 (24–49)
Asien	Indien	3	
	Pakistan	2	
	Sri Lanka	1	
Afrika	Angola	2	
	Djibouti	1	
	Egypten	1	
	Etiopien	4	
	Kenya	2	
	Libyen	1	
	Mauretanien	1	
	Nigeria	1	
	Rwanda	1	
	Sierra Leone	1	
	Somalia	3	
	Sydafrika	1	
Sydamerika	Argentina	1	
	Chile	1	
	Colombia	2	
	Cuba	2	
	Ecuador	1	
Europa	Rumänien	1	
	Ryssland	1	
	Serbien	1	
Mellanöstern	Irak	1	
	Jordanien	1	
	Libanon	2	

hög: personer som var analfabeter och/eller utan skolutbildning motsvarade endast 3 procent i materialet; de med upp till sex års skolgång 9 procent; de med grundskola upp till tio år 22 procent; de med motsvarande gymnasieutbildning 22 procent; de med påbörjad eller avslutad universitetsutbildning 43 procent. Frekvenserna baseras på 188 fall (bortfall 13 stycken). Den patientgrupp med flest universitetsutbildade var den från Bangladesh, 54 procent, och bland syrierna fanns flest analfabeter, 17 procent.

Anledning till förföljelse, arrestering och tortyr var i 80 procent av fallen politisk aktivitet: i ledande position (7 procent); genom aktivt politiskt arbete (58 procent); i form av passiva sympatier eller genom att vara anhängare till politisk aktivist (15 procent). Åtta procent angav att de arresterats i samband med krig, antingen av motståndarsidan eller på grund av att de försökt desertera, och fyra procent angav religionstillhörighet som orsak. I sju procent av fallen uppgavs inga politiska sympatier eller nå-

gon annan orsak till att de arresterats och torterats. Flertalet hade blivit arresterade mer än en gång (medelvärde 1,9). I länder som Turkiet, Kosovo och i viss mån Peru var arresteringstiderna korta och ledde sällan till att man efter tortyren överfördes till fängelse. I övriga länder ägde tortyren rum under de första dagarna–månaderna i arrest, varefter man överfördes till fängelse, för det mesta utan rättegång. Utresan från hemlandet ägde vanligtvis rum inom ett år efter frigivningen eller, vilket var lika vanligt, efter rymningen ur fängelset.

Patienterna hade vistats i Sverige i medeltal 26 månader (2–81) innan de kom för undersökning. 52 procent kom först efter det att de fått ett andra avvsningsbeslut efter överklagande i Utlänningsnämnden, 35 procent efter första avslaget på asylansökan från Invandrarverket, 11 procent kom som asylsökande i samband med Invandrarverkets utredning och 3 procent hade blivit avvsnade, lämnat Sverige, men återkommit. Detta betyder att samtliga undersökta

patienters skador var minst flera månader gamla, i flertalet fall många år.

### Hög frekvens suicidrisk och posttraumatiskt stressyndrom

Det behövdes i medeltal 3,5 besök 1–19 för att dokumentera tortyren. De patienter som kom på betydligt flera besök undersöktes huvudsakligen under 1993 och 1994, innan bestämda rutiner för utredningsprocessen fastställdes.

Förutom rättsmedicinsk undersökning (n=201) gjordes en psykiatrisk bedömning i 181 av dessa fall (91 procent), psykodiagnostiskt test i 94 fall (47 procent), dermatologisk undersökning i 38 fall (19 procent) och annan konsultation – kirurgisk, av tandläkare eller röntgenundersökning – i 19 fall (9 procent). 21 patienter (10 procent) genomgick kort psykoterapi på Centrum för tortyr- och traumaskadade. Av de 181 patienter som genomgick psykiatrisk undersökning och/eller psykodiagnostiskt test befanns 138 (76 procent) ha PTSD. I 118 fall gjordes bedömning av suicidrisk, där 51 stycken (43 procent) bedömdes vara suicidala.

### Många tortyrmetoder är specifika för land/region

För de 201 patienterna överensstämde berättelserna i 86 procent av fallen med FN:s eller Tokyodeklarationens definitioner av tortyr. Resterande 14 procent beskrev andra typer av övergrepp, som gruppvåldtäkter i hemmet av paramilis samt trakasserier och misshandel av gerillagrupper.

Tabell II visar frekvensen av de vanligaste tortyrformerna. Under rubriken trubbigt våld ingår slag med knytnävar, knuffar, sparkar eller slag med tillhyggen. Piskning utfördes systematiskt vanligtvis över ryggen och sätet. Vanligaste typ av piska var flätad elkabel. När det gäller skarpt våld var kniv det vanligaste tillhygget, därefter bajonett, glas och rakblad. Speciella metoder som uppgavs i flertalet landsgrupper var tortyr med elchocker, bränning med cigarettglöd eller heta metallföremål, upphängning och sexuellt våld. Vad gäller sexuellt våld var kvinnliga patienter kraftigt överrepresenterade; 79 procent hade blivit våldtagna vaginalt och/eller analt.

Vissa metoder beskrevs endast av patienter från vissa länder eller regioner. Falaka (alternativt falanga), upprepade slag med tillhygge under fötterna, förekom nästan uteslutande i muslimska länder och var vanligast i Turkiet, 83 procent av patienterna därifrån hade utsatts för detta. Submarin, dränkning genom att trycka ned huvudet i kar eller balja med, ofta förorenat, vatten, samt téléphono, slag över öronen med handflatorna, beskrevs nästan uteslutande av sydamerikanska (peruanska)

**Tabell II.** Frekvenser (procent) av vanliga allmänt förekommande tortyrmetoder.

	Trubbigt våld	Skarpt våld	Piskning	Upphängning	Elektrisk tortyr	Sexvåld	Bränning
Totalt	97	35	38	40	26	30	30
Iran	100	32	57	48	9	23	27
Syrien	100	18	61	35	32	18	25
Uganda	95	77	45	27	32	50	36
Bangladesh	95	55	25	50	35	25	45
Turkiet	100	17	6	66	56	44	28
Peru	94	24	6	53	29	24	12
Zaire	100	44	44	33	11	22	44
Kosovo	100	0	0	0	17	17	33

patienter, men förekom även sporadiskt i andra landsgrupper. En annan typ av kvävning med vatten, genom att via trätt införa hett vatten genom näsan, beskrevs uteslutande av patienter från Bangladesh. Benkavling med trä- eller bambustock förekom endast i berättelserna från patienter från Indien, Pakistan och Bangladesh. Denna tortyrform kan ge upphov till omfattande krossskador på stora muskelgrupper, vilket har resulterat i myoglobinuri och akut njurinsufficiens [12]. Många udda metoder beskrevs i enstaka fall, exempelvis injektioner av okända ämnen, utdragning av hudbitar med tång och användning av en elektrisk hyvel med vilken man skalade bort hud och mjukvävnad.

### Tortyrrens följder

Att få information om de akuta följderna av tortyren var mycket svårare än att få beskrivningen av tortyrmetoder. I 96 procent av fallen uppgav man att tortyren ledde till någon form av hud-/mjukdelsskada, i 18 procent till fraktur, i 5 procent till leddskada, i 20 procent till tandskador, i 6 procent till synskador, i 9 procent till hörselskador, i 4 procent till inre visceral skador och i 9 procent till genitala skador. Statistiskt signifikanta samband framkom mellan sexuellt våld och genitala skador, och mellan örfilar (téléphono) och hörselskador.

I 99 procent av fallen observerades

är i huden, i medeltal 13 stycken per patient. Patienter från Uganda, Zaire och Bangladesh uppvisade flest ärr, medan patienter från Kosovo, Turkiet, Syrien hade få ärr (Tabell III). Liknande relationer gällde tortyrärr (Tabell III). När tortyrärr, vaccinationsärr och operationsärr subtraherades från det totala antalet ärr, kvarstod cirka tre ärr per patient, med undantag för patienterna i Zairegruppen.

Signifikant skillnad förelåg avseende antalet ärr per patient, som tillskrevs tortyren respektive övergreppen, mellan dem som blivit torterade och de som utsatts för andra typer av övergrepp som i medeltal uppvisade färre antal ärr.

För att på ett säkrare sätt kunna bedöma vad som är ett »normalt» antal ärr på kroppen skulle kontrollgrupper av åldersmatchade individer från respektive land/region, som inte upplevt tortyr eller liknande övergrepp, kunna studeras. Några tidigare studier av tortyroffer har även inkluderat kontrollgrupper [3, 4], men någon jämförelse avseende hudförändringar gjordes ej i dessa.

### Psykosomatiska symtom vanliga

Det som patienterna gärna talade om spontant var sin aktuella symtombild, ofta av stark psykosomatisk valör (Figur 1). Kronisk värk förekom huvudsakligen i rygg eller nacke. Neurologiska symtom utgjordes huvudsakligen av nedsatt hudsensibilitet, parestesier och

utstrålade smärta. Symtom ifrån digestionsapparaten uppfattades i de flesta fall som gastrit och ibland som obstipation. I de senare fallen observerades ibland hemorrojder. Besvär från urogenitalområdet uppgavs oftast av kvinnorna, som diffusa underlivssmärter. En del av dessa patienter hade tidigare utretts gynekologiskt via någon flyktingmedicinsk mottagning. Vanligaste hudsymtom var klåda och återkommande hudutslag. Andnöd, hjärtklappning och svettningar rubricerades som vegetativa symtom.

Statistiskt signifikanta samband mellan tortyrmetod och följsymtom förelåg vid jämförelser mellan sexuellt våld och urogenitala symtom; falaka och neurologiska symtom; eltortyr och gastrit; eltortyr och ledsymtom.

### Rättsmedicinska utlåtanden påverkade inte bedömning

I 1 procent av fallen utfärdades inget rättsintyg, i 14 procent var fynden ej konklusiva; i 30 procent var fynden förenliga med tortyr; i 55 procent talade undersökningsresultatet för att tortyr förekommit, det vill säga specifika fynd som överensstämde med patientens berättelse förelåg. Styrkan i det rättsmedicinska utlåtandet visade ett positivt samband med diagnosen posttraumatiskt stressyndrom.

I 48 fall hade utslaget av förnyad prövning av asylansökan kommit till vår kännedom. Exakt 50 procent (24 st) fick uppehållstillstånd, men någon korrelation mellan styrkan i det rättsmedicinska utlåtandet och omprövning av tidigare beslut sågs inte i dessa fall.

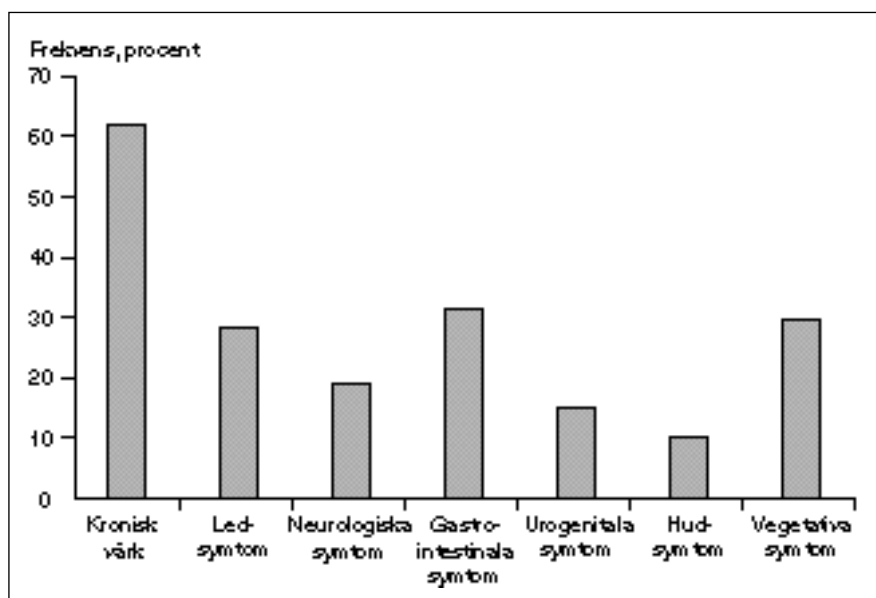
### Det är viktigt att patienten själv får berätta

Den information som ligger till grund för studien är huvudsakligen kommen ur patienternas egna spontana berättelser. Det absolut viktigaste, och kanske svåraste, vid den rättsmedicinska undersökningen är att få relevant information från patienten, såsom en detaljerad beskrivning av de tortyrmetoder som patienten utsatts för, beskrivning av de tillhyggen och instrument som eventuellt förekommit och beskrivning av hur de uppkomna skadorna tedde sig omedelbart efteråt. Utan dessa fakta kan man svårigen bedöma rimligheten i patientens utsagor i förhållande till de ärrbildningar och andra förändringar som observeras. De flesta patienter känner sig av många skäl pressade i undersökningssituationen, varför man så långt det är möjligt bör undvika att precisera frågorna så att endast ja/nej svar är möjliga.

En annan svårighet är att en stor andel av de asylsökande kommer för undersökning mycket sent, när de redan

**Tabell III.** Antal ärr i medeltal per patient. »Övriga» motsvarar ärr som ej kunnat förklaras eller som uppkommit vid olyckstillbud.

	Totalt (min-max)	Tortyr (min-max)	Vaccination	Operation	Övriga (min-max)
Samtliga	13 (0-66)	9 (0-65)	1	0,2	3 (0-32)
Iran	11 (0-29)	7 (0-23)	0,5	0,4	3 (0-12)
Syrien	7 (0-17)	5 (0-17)	1	0,3	2 (0-5)
Uganda	23 (5-66)	20 (4-65)	0,5	0,1	2 (0-9)
Bangladesh	18 (5-41)	12 (1-35)	2	0,2	4 (0-16)
Turkiet	9 (2-18)	5 (0-17)	1	0,1	3 (0-8)
Peru	14 (0-26)	7 (0-18)	2	0	4 (0-12)
Zaire	21 (12-37)	13 (4-21)	2	0,1	7 (0-32)
Kosovo	6 (3-11)	2 (1-4)	1	0,5	2 (0-6)



Figur 1. Frekvens av somatiska symtom som uppgavs i samband med undersökningen.

blivit avvisade, och lever gömda under ibland svåra förhållanden. De är därför i mycket dåligt psykiskt skick, vilket påverkar anamnesupptagandet negativt.

### Metodutveckling behövs för säkrare bedömningar

Det rättsmedicinska utlåtandet, med utgångspunkt från de 48 fall där Utlänningsnämndens beslut var känt, tycks inte ha haft någon betydelse för den totala bedömningen, och starka utlåtanden ifrågasattes också ibland med motiveringen att de observerade förändringarna »lika gärna skulle kunnat uppkomma på annat sätt än tortyr».

Det är klart att den rättsmedicinska bedömningen inte kan vila enbart på en kroppsundersökning med dokumentation av skador. Den måste relateras till anamnesen och annan sakkunskap. En tortyrberättelse som innehåller mycket grovt, trubbigt och skarpt våld, slag med tillhyggen och bränning med heta föremål korrelerar väl med ett stort antal ärr. En patient som berättar om piskning, falaka, elchocker och upphängning kan inte förväntas ha mer än något enstaka ärr. Tortyrberättelsen måste också sättas i relation till patientens nationalitet och personliga upplevelser.

Ett sätt att förfina diagnostiken skulle kunna vara morfologisk analys av varje enskilt ärr i relation till uppkomst-sätt, vilket kräver en detaljerad fotodokumentation av varje ärr. En metod som har prövats vid Centrum för tortyr- och traumaskadade är dermatoskopi, som kan öka säkerheten i bedömningen av pigmenterade förändringar, såsom brännskador. Ultraljudsundersökning

av ärr på tortyrskadade kan klarlägga ärrrens utbredning och djup [13]. Möjliggen skulle bedömningen kunna förbättras med hjälp av multivariat dataanalys, en metod som med framgång använts vid andra rättsmedicinska problemställningar [14].

### Rättsintyg i asylärenden kan få större betydelse i framtiden

Om en del asylärenden i framtiden kommer att avgöras i domstol, kan ett rättsintyg komma att ha betydligt större tyngd än nu. Framst genom Amnesty International, Röda korsets frivilligrupper och, i vår del av världen, den danska läkargruppen vid RCT i Köpenhamn har våra kunskaper om tortyr och om hur tortyrskador kan diagnostiseras snabbt ökat.

De nu existerande specialistmottagningarna för flyktingar och de rättsmedicinska instituten har sällan resurser för denna typ av undersökningar, som faller utanför den vanliga sjukvårdens och de rättsvårdande myndigheternas verksamhetsområden.

### Referenser

- Munktel H. Tortyren i svensk rättshistoria: ett bidrag till straffprocessrättens historia. Uppsala: Lychnos, 1939-40. 2 volymer: 102-35, 132-65.
- Rasmussen OV. Medical aspects of torture [dissertation]. Danish Medical Bulletin 1990; 37 suppl 1: 1-88.
- Thorvaldsen P. Torturfølger blandt latin amerikanske flygtunge i Danmark-København [dissertation]. Köpenhamn: Laegeforeningens Forlag, 1986.
- Hougen HP, Kelstrup J, Petersen HD, Rasmussen OV. Sequele to torture. A controlled study in torture victims living in exile. Forensic Sci Int 1988; 36: 153-60.
- Forrest D. Patterns of abuse in Sikh asylum seekers. Lancet 1995; 345: 225-6.
- Lunde I, Ortmann J. Prevalence and sequele of sexual torture. Lancet 1990; 336: 289-91.
- Jakobsson SW. Brett samarbete nödvändigt

för diagnostik och behandling av tortyrskador. Läkartidningen 1991; 88: 4261-4.

- Forrest D, Knight B, Henshelwood G, Anand J, Tonge V. A guide to writing medical reports on survivors of torture. Forensic Sci Int 1995; 76: 69-75.
- Søndergaard HP, Ekblad S. När ohälsan tigger still och talar obruten svenska. Läkartidningen 1998; 95: 1415-22.
- Ferrada-Noli M. Posttraumatic stress disorder and suicidal behaviour in immigrants to Sweden [dissertation]. Stockholm: Karolinska Institutet, 1996.
- Ståhl E. Tortyr går att styrka. I: Jakobsson SW, Apitzsch H, Malmström C, red. Efter tortyren. CTD:s årsbok 1993. Falköping: Liber, 1993: 25-6.
- Malik GH, Sirwal IA, Reshi AR, Najjar MS, Tanvir M, Altaf M. Acute renal failure following physical torture. Nephron 1993; 63: 434-7.
- Gniadecka M, Danielsen L. High-frequency ultrasound for torture-inflicted skin lesions. Acta Derm Venereol 1995; 75: 375-6.
- Karlsson T. Multivariate analysis («Forensiometrics») a new tool in forensic medicine. Differentiation between sharp force homicide and suicide. Forensic Sci Int. Under publ.

### Summary

Superficial physical evidence may reveal torture; 5 years' experience of torture documentation

Erik Edston

Läkartidningen 1999; 96: 628-31

At the Centre for Torture and Trauma Survivors in Stockholm, 201 subjects from 34 countries were documented during a period of five years. Torture reports differed little between individuals from the same countries or regions, regarding methods and circumstances. Africans from Uganda (n=22) reported brutal torture and manifested extensive scarring (mean number of scars, 20; range 4-65), whereas subjects from Syria (n=28) reported falaka (i.e. bastinado), whipping and suspension, but manifested few or no scars (mean number 5, range 0-17). Of the subjects examined, 17% were women, of whom 79% reported having been raped during torture. Chronic back pain was the most common complaint at the time of examination. Correlation was found to exist between sexual torture and genito-urinary symptoms, bastinado and neural symptoms, and electrical torture and symptoms from the joints and gastro-intestinal tract. Severity of physical torture was a correlate of post-traumatic stress disorder. However, the forensic report had no effect on the verdict of immigration authorities regarding individual asylum applications.

Correspondence: Dr Erik Edston, Consultant pathologist, Centre for Torture and Trauma Survivors (CTT), Karolinska sjukhuset, SE-171 76 Stockholm, Sweden.