

Psykologi og tortur: Faglige og etiske utfordringer for psykologer sett i lys av FNs torturkonvensjon

For mange står tortur som selve symbolet på menneskerettighetskrenkelseser, og retten til frihet fra tortur er kanskje den mest grunnleggende av alle menneskerettighetene. Likevel er tortur utbredt. Dette har vidtfavnende konsekvenser også for psykologisk virksomhet, og psykologprofesjonen er viktig for å realisere rettighetene i FNs torturkonvensjon.

TEKST

Joar Øveraas Halvorsen
Nora Sveaass

PUBLISERT 5. desember 2009

ABSTRACT:

Psychology and torture: Professional and ethical challenges for clinical psychologists with reference to the United Nations Convention against Torture

The main aim of the present paper is to make clear why human rights and human rights violations are of relevance for clinical psychologists, with specific reference to the United Nations Convention against Torture (UNCAT). We point to several issues pertaining to the relevance of UNCAT for clinical psychologists, e.g. the prohibition against torture, documentation of psychological sequelae of torture, psychosocial rehabilitation of torture survivors and the participation of clinical psychologists in monitoring bodies. We argue that clinical psychologists are in a unique position to ensure that rights are secured and that the obligations set forth by UNCAT are fulfilled. However, in order to do so, psychologists need to engage actively in issues and processes related to human rights in addition to their traditional roles.

Key words: United Nations Convention against Torture; human rights; torture; clinical psychology

Menneskerettigheter

Menneskerettighetene er grunnleggende rettigheter og friheter som tilkommer ethvert menneske, uten forskjell av noen art. Menneskerettighetene har til formål å beskytte individet fra overgrep gjennomført av staten og er nedfelt i et stort antall ulike konvensjoner, altså internasjonale avtaler som er juridisk forpliktende for de statene som har tiltrådt dem. Konvensjonene rommer også retningslinjer for hvordan avtalene skal respekteres og overvåkes. De to FN-konvensjonene om henholdsvis sivile og

politiske rettigheter (United Nations General Assembly, 1966a) og om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (United Nations General Assembly 1966b), er trolig de to viktigste menneskerettighetskonvensjonene. I tillegg er det utviklet en rekke særkonvensjoner som utdyper de enkelte rettighetene som inngår i disse to konvensjonene, for eksempel FNs torturkonvensjon (United Nations General Assembly, 1984).

Menneskerettighetskonvensjonene gjelder bare for de statene som har sluttet seg til eller ratifisert dem. Det betyr at stater som ikke tiltrer en bestemt konvensjon, ikke på samme måte er forpliktet til å følge denne, med mindre konvensjonens regler ligger innenfor det vi kaller folkerettslig sedvanerett. Folkerettslig sedvanerett er en fellesbetegnelse på uskrevne, men rettslig forpliktende normer som betraktes som bindende også for de statene som ikke har ratifisert konvensjonene som definerer disse rettighetene (Lavik & Sveaass, 2005). I dag regnes mange av menneskerettighetene som folkerettslig sedvanerett, deriblant retten til frihet fra tortur (Høstmælingen, 2004). I praksis betyr dette at selv om et lands myndigheter ikke har ratifisert FNs torturkonvensjon, skal landets innbyggere like fullt beskyttes mot slike overgrep.

Forbudet mot tortur er absolutt

Mens mange av menneskerettighetene kan fravikes ved unntakstilstand, er forbudet mot tortur absolutt. Retten til ikke å bli utsatt for tortur er en av få rettigheter som det aldri kan gjøres unntak for (Høstmælingen, 2004). Torturkonvensjonens artikkel 2 fastslår at ingen unntakstilstand av noe slag, hverken krig, trusler om krig, intern politisk ustabilitet eller noen annen form for krisetilstand, kan rettferdiggjøre bruk av tortur.

FNs torturkonvensjon

Hva er tortur?

En entydig definisjon på tortur er viktig både ut fra et strafferettslig og et helsemessig perspektiv. Fra et strafferettslig perspektiv er en definisjon på tortur først og fremst viktig for å kunne klassifisere hvilke handlinger som er forbudt ved internasjonal lov. Det å ha vært utsatt for tortur vil også innebære visse rettigheter, som retten til kompensasjon og rehabilitering. I tillegg er definisjonen viktig i forbindelse med vurdering av beskyttelsebehov ved asylsøknader. Retten til ikke å bli sendt tilbake til tortur er en ufravikelig rettighet. Fra et helsemessig perspektiv kan en definisjon være viktig i forbindelse med dokumentasjon av de skadene personer er blitt påført, og i forbindelse med vurdering av behandling og erstatning. I enkelte situasjoner vil definisjonen legges til grunn for å avgjøre inntak ved klinikker som spesialiserer seg på behandling av torturoverlevende (Gurr & Quiroga, 2001). For mange formål, både når det gjelder aktivt arbeid mot tortur, arbeidet for torturoverlevende og ved forskning, er altså en definisjon med klare operasjonelle begrensninger av betydning (Quiroga & Jarason, 2005).

«Torturmetodene blir mer psykologiske enn tidligere, blant annet for å unngå synlige fysiske skader på ofrene»

Den mest utdypende og oftest anvendte definisjon av tortur er den i FNs torturkonvensjon artikkel 1. De fire grunnleggende elementene i torturdefinisjonen er følgende: Tortur er (1) påført alvorlig fysisk eller psykisk smerte eller lidelse, (2) handlingen er forsettlig, (3) den har en hensikt (innhente informasjon, oppnå en tilståelse, straffe, true, tvinge eller diskriminere) og (4) blir gjennomført av, eller med samtykke eller tillatelse fra, offentlig tjenesteperson eller person som handler på vegne av denne. Dette innebærer at også handlinger i form av overgrep som myndigheter vet om, men unnlater å hindre, straffeforfølge eller kompensere, kan falle inn under det som vurderes som mulige brudd på konvensjonen (United Nations Committee against torture, 2007). Stater har altså en forpliktelse til å forebygge tortur og annen umenneskelig og grusom behandling eller straff også når disse overgrepene begås av såkalte private aktører.

Omfang av tortur

Det er vanskelig å skaffe god oversikt over forekomsten av tortur internasjonalt. Dette er informasjon som er politisk sensitiv og oftest forsøkt skjult eller benektet av ansvarlige myndigheter. Det er også et velkjent fenomen at torturoverleverer ofte ikke står fram med sin historie av redsel for sanksjoner fra myndighetenes side, av skam for det som har skjedd, og for å unngå påminnere om traumet (Gurr & Quiroga, 2001). Derfor vil overslag med stor sannsynlighet være et underestimat av omfanget av tortur (Amnesty International, 2000).

Amnesty International (2000) mottok i perioden 1997 til 2000 rapporter om tortur og annen mishandling utført av statlige myndighetspersoner i vel 150 av verdens nær 200 land. I mer enn 70 av disse var torturen utbredt og vedvarende, og fra mer enn 80 land ble det rapportert om mennesker som døde etter tortur.

I en epidemiologisk studie gjennomført mellom 1997 og 1999 i fire tidligere konfliktområder rapporterte 25,5% av respondentene fra Etiopia å ha blitt utsatt for tortur, sammenlignet med 15% i Gaza, 9% i Kambodsja og 8,4% i Algerie (de Jong et al., 2001). Jarason og medarbeidere (2004) operasjonaliserte FNs torturdefinisjon for å måle prevalensen av torturerfaringer blant 1134 flyktninger fra Somalia og Etiopia, og fant at 44% av respondentene var torturoverleverer.

Blant 231 flyktninger som fikk behandling ved tidligere Psykososialt senter for flyktninger i Oslo mellom 1991 og 1995, rapporterte 71% av mennene og 31% av kvinnene at de hadde vært utsatt for fysisk tortur (Lavik, Hauff, Skrondal & Solberg, 1996). I en undersøkelse gjennomført ved asylmottak i Norge oppgav 57% at de hadde vært utsatt for tortur, og 31% av kvinnene og 13% av mennene rapporterte å ha blitt voldtatt

(Jakobsen, Sveaass, Johansen & Skogøy, 2007). Slike undersøkelser som baserer seg på grupper av flyktninger, er viktige kilder til kunnskap både om at tortur er et omfattende problem, og at behovet for hjelp sannsynligvis er stort. Videre minner de oss om at psykologer i Norge må være forberedt på å møte torturoverleverere i sin arbeidshverdag.

Kliniske perspektiver på torturdefinisjonen

Diskusjoner om tortur ut fra torturkonvensjonens definisjon har tradisjonelt vist til handlinger som begås i en politisk kontekst der statlige myndigheter er direkte involvert (Gurr & Quiroga, 2001). Det har blant annet medført et mindre tydelig fokus på tortur som rammer andre grupper enn dem som markerer seg som politisk opposisjonelle. Dette kan gjelde ordinære fanger, pasienter, personer i ulike former for omsorgssituasjoner og i særlig grad mot kvinner, der torturen ofte utføres av personer hvis myndighetstilknypning er mindre tydelig.

Fra et klinisk perspektiv kan det hevdes at det er mindre viktig hvem som har stått for torturen, siden all form for vold og overgrep vil oppleves som psykologisk sett krenkende og ofte fysisk ødeleggende. Dessuten bør alle torturoverleverere ha rett til behandling, uavhengig av hvem som direkte har utført torturen. Samtidig er det grunnlag for å hevde at overlevernes fortolkning av hvorfor de er blitt torturert, og av hvem, vil kunne påvirke langtidseffektene av torturen. Mennesker med bakgrunn fra politisk arbeid vil fortolke og «plassere» hendelsen på en annen måte enn dem som mer tilfeldig utsettes for tortur som ledd i myndigheters skremmelspropaganda, og dette ser ut til å kunne beskytte mot psykiske senskader (Basoglu et al., 1997). Men uansett har torturoverleverere rett til rehabilitering uavhengig av om de er torturert for sin politiske virksomhet, er «tilfeldige» ofre eller er ofre for overgrep fra private aktører hvor myndighetene unnlater å gripe inn.

«De økonomiske, sosiale og kulturelle rettighetene har en sentral plass i psykologisk arbeid med torturoverleverere»

FNs torturdefinisjon kan antyde at det er gradforskjeller mellom tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling (Gurr & Quiroga, 2001; Quiroga & Jarason, 2005). FN's Spesialrapportør for tortur (Nowak & McArthur, 2006) har påpekt at det springende punkt for å avgjøre om en handling utgjør tortur eller ikke, er i hvilken grad offeret er under kontroll av overgriperen. Mishandling der overgriperen har full kontroll over offeret, som ved fengsling, konstituerer tortur. Denne forståelsen er i samsvar med empirisk forskning som viser at det ikke er grad av smerte, men grad av ukontrollerbarhet, som er avgjørende for om overleverne utvikler psykiske lidelser som følge av torturen (Basoglu, Livanou & Crnobaric, 2007). Distinksjonen mellom tortur og annen mishandling kan virke kunstig også fra et klinisk-psykologisk perspektiv, da forskning har vist at metoder som ofte blir ansett som mishandling, ikke

skiller seg fra metoder ansett som tortur når det gjelder hvilken grad av psykisk lidelse de fører med seg (Basoglu et al., 2007). Det har vært forsøk fra enkelte staters side på å unnta ikke-fysiske torturmetoder fra torturdefinisjonen og henvise disse til kategorien grusom og umenneskelig behandling. Metoder som skinnhenrettelser, trusler om tortur, tvunget overværelse av andres tortur, nedverdiggende behandling og isolasjon representerer alle alvorlig psykisk smerte og er funnet å være minst like skadelige for overlevernes psykiske helse som torturmetoder som påfører direkte og intens fysisk smerte (Basoglu, 2009; Basoglu et al., 2007). Det er derfor viktig å understreke at slike psykologiske, eller ikke-fysiske, metoder også konstituerer tortur (Reyes, 2007). Nyere undersøkelser kan også tyde på at konteksten torturen forekommer innenfor, er vel så viktig for hvilke skadevirkninger torturen har, som hvilke spesifikke torturmetoder overleverne har blitt utsatt for (Basoglu, 2009). Dermed blir arbeidet for å forhindre og straffe annen grusom behandling minst like viktig som arbeidet for å forhindre tortur. All erfaring tilsier at der det sees gjennom fingrene med annen grusom behandling, åpnes dørene også for tortur. Forebygging av tortur vil dermed også måtte foregå gjennom arbeidet med å forby og forebygge annen grusom behandling (United Nations Committee against torture, 2007).

Følger for klinisk virksomhet

Psykososiale konsekvenser av tortur

Tortur medfører nesten uten unntak omfattende psykiske og fysiske problemer. Den vanligste fysiske lidelsen etter tortur er smerte, hvis opphav også kan være av psykologisk art (Quiroga & Jarason, 2005). Tortur er en særlig sterk risikofaktor for utviklingen av posttraumatisk stresslidelse (Kaminer, Grimsrud, Myer, Stein & Williams, 2008; Steel et al., 2009), og ikke uventet er PTSD den lidelsen med høyest livstidsprevalens blant torturoverleverne med enkelte prevalensestimater på over 70% (Van Ommeren et al., 2001). Posttraumatiske problemer hos torturoverleverne er så utbredt at det er blitt hevdet at torturens mål er å indusere PTSD, for å gjøre torturoverleveren et mindre aktivt og effektivt medlem av opposisjonen (Simpson, 1993). Men ved diagnostiske utredninger er det viktig å være seg bevisst at torturoverleverne kan oppleve andre psykologiske lidelser enn bare PTSD, slik som depressive lidelser, generalisert angst, panikklidelse, somatoforme lidelser, psykoseproblematikk, vedvarende personlighetsforandring og nevropsykologiske vansker (Basoglu, Jarason, Mollica & Kastrup, 2001; Quiroga & Jarason, 2005; United Nations High Commissioner for Human Rights, 2004). Andre psykologiske senfølger av tortur er gjerne knyttet til store endringer i selvfølelse og selvaktelse, store vanskeligheter i forhold til tillit og nære relasjoner, og en opplevelse av redusert kontroll i eget liv.

«Det synes å være en tendens til at torturmetoder blir mer psykologiske enn tidligere, blant

annet for å unngå synlige fysiske skader på ofrene»

Mange studier av torturoverlevende gjennomføres i flyktningpopulasjoner. Da kan det være vanskelig å skille mellom symptomatologien som skyldes torturen, og de mulige symptomene som stammer fra andre potensielt traumatiske opplevelser, samt de juridiske, økonomiske og sosiale problemene som mange flyktninger møter. Men tortur er blitt identifisert som en faktor som har negative langtidskonsekvenser på psykisk helse utover effektene av stressorer som flyktninger opplever i eksil (Basoglu et al., 2001), og tortur har også blitt identifisert som den viktigste faktoren i utviklingen av PTSD, depresjon og angstlidelser hos flyktninger i den tredje verden (Shrestha et al., 1998). Videre er tortur blitt identifisert som en spesielt traumatisk hendelse som skaper vedvarende posttraumatiske symptomer, også når det kontrolleres for andre krigsrelaterte og voldsomme traumer (Kaminer et al., 2008; Silove, Steel, McGorry, Miles & Drobny, 2002; Steel et al., 2009). I en menneskerettighetsorientert psykologi er slike resultater sentrale for å argumentere for viktigheten av retten til rehabilitering for torturoverlevende ut fra et helsepolitisk perspektiv. Den høye prevalensen av psykologiske lidelser hos torturoverlevende gjør at psykologer har en helt sentral posisjon i utredning og behandling, men dette fordrer at vi styrker vår kunnskap og faglige beredskap om dette spesifikke fagområdet.

Menneskerettighetsbrudd som sykdomsårsak: Kritikken mot PTSD

Det er i mange sammenhenger fremført kritikk i tilknytning til den omfattende bruken av PTSD-diagnosen i forbindelse med tortur. Det blir hevdet at alvorlige politiske og menneskerettslige overgrep og deres konsekvenser gjøres til medisinske problemer med et individrettet fokus, og at hendelsene blir omtalt uavhengig av den sosiale, kulturelle og politiske kontekst de foregår innenfor (Fischman, 1998). Gjennom å kategorisere og klassifisere slike overgrep, som jo er forankret i historiske og maktpolitiske prosesser, i medisinske termer, blir disse «medikalisert» og dermed nøytralisert (Bracken, Giller & Summerfield, 1995). Diagnoser omhandler det enkelte individs erfaringer og reaksjoner, og er i mindre grad egnet til å fange opp konsekvenser og reaksjoner på prosesser som er kollektive i sin natur og rammer på et gruppenivå, slik all politisk undertrykking og vold gjør. Diagnosen er også utilstrekkelig og til og med feilaktig i den forstand at begrepet «post-» antyder at noe er tilbakelagt og «disorder» eller forstyrrelse at reaksjonene kan forstås som «sykdom» (Becker, 1995). Videre har Simpson (1995) fremholdt at mange posttraumatiske symptomer, for eksempel unngåelse, også kan ha en adaptiv funksjon for mennesker som har overlevd tortur og lever i undertrykkende regimer. Diagnostisering av prosesser som er pågående, med lang tids varighet, sammensatte og forbundet med villet, systematisk og påført smerte med hensikt å straffe, skremme og ydmyke, blir ut fra dette ikke bare umulig og utilstrekkelig, men kan være direkte betenkelig, både ut fra et etisk, politisk og kulturelt perspektiv.

Ved å diagnostisere torturskader på samme måten som reaksjoner etter ulykker og naturkatastrofer blir det intenderte og planlagte i torturen usynliggjort. Det eneste som gjenstår, er selve voldshandlingen, men uten den politiske konteksten og bevisstheten om torturen som redskap for å undertrykke, skremme og kontrollere. Det er derfor viktig å påpeke at de psykososiale konsekvensene og senfølgene av grove menneskerettighetsbrudd er for komplekse til å bli forstått eller tilfredsstillende kategorisert innenfor rammen av psykiatriske sykdomskategorier (Silove, 1999). Men selv om dette er vesentlige argumenter i en diskusjon om helsemessige konsekvenser av tortur, er det allikevel viktig å kunne vise til at den skaden som påføres gjennom tortur, medfører meget alvorlige psykologiske problemer, ofte med alvorlig redusert funksjon og livskvalitet, og at det i de fleste tilfellene vil være behov for omfattende tiltak av helsemessig art. I tillegg foreligger det et klart ansvar for rehabilitering og erstatning fra dem som har forvoldt skaden, og også hos dem som tar imot torturerte flyktninger.

Behandling av overlevende

Artikkel 14 i torturkonvensjonen pålegger myndigheter som er ansvarlige for tortur, et ansvar for å sikre torturoverlevenes tilgang til oppreisning og en rettfærdig og adekvat kompensasjon, inkludert en så fullstendig rehabilitering som mulig. Men i denne sammenhengen er det nødvendig også å peke på det ansvaret som påhviler stater som mottar personer med torturskader når det gjelder rehabilitering og oppreisning. I EUs mottaksdirektiv for flyktninger og asylsøkere spesifiseres dette i tilknytning til mottak av mennesker som har overlevd tortur, voldtekt og andre grove overgrep (Council of the European Union, 2003).

De psykiske senfølgene av tortur er vanligvis mer vedvarende og invalidiserende enn de fysiske, noe som gir psykologisk behandling en sentral plass i rehabiliteringen av torturoverlevende (Gurr & Quiroga, 2001; Quiroga & Jarason, 2005). I samsvar med dette er det presisert i Soria Moria-erklæringen (Stoltenberg et al., 2005) at det psykiske behandlingstilbudet til tortur-overlevende i Norge skal styrkes ved å opprette kliniske kompetansemiljøer i hver helseregion. Tidligere var det de regionale psykososiale teamene for flyktninger som representerte et spesialisert klinisk tilbud. I dag er disse innlemmet i de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Til tross for at klinisk virksomhet ikke skulle inngå som del av sentrenes kompetansehevede virksomhet, har fagmiljøene selv utviklet en begrenset klinisk virksomhet ved flere av ressursentrene. Men behandlingstilbudet til torturoverlevende i Norge i dag er langt fra tilfredsstillende, noe Menneskerettighetsutvalget i NPF har påpekt for de ansvarlige myndigheter ved flere anledninger.

Det kan også være vanskelig å gi tortur-overlevende et tilfredsstillende psykisk helsetilbud, da det finnes få behandlingsstudier av torturoverlevende (Basoglu, 2006; Jarason et al., 2001). Campbell (2007) har påpekt at «[p]sykologisk behandling av torturoverlevende er (...) kronisk understudert» (vår oversettelse, s. 636), og det foreligger derfor et stort behov for studier som undersøker effekten av behandling av

torturoverlevende (Gurr & Quiroga, 2001; Quiroga & Jarason, 2005). Selv om det politiske arbeidet for å forhindre tortur og straffrihet for ansvarlige myndighetspersoner er av stor betydning, har psykologer og helsemyndigheter et profesjonelt, moralsk og menneskerettslig ansvar for å utvikle og tilby effektiv psykologisk behandling og rehabilitering til torturoverlevende (Basoglu, 2006).

Andre rettigheter i psykologisk arbeid med torturoverlevende

Selv om det ofte skilles mellom sivile og politiske rettigheter på den ene siden og økonomiske, sosiale, og kulturelle rettigheter på den andre, er det viktig å understreke at det verken er ønskelig eller mulig å skille skarpt mellom dem. Disse rettighetene utfyller og overlapper hverandre og kan ikke ses som uavhengige av hverandre. Det er først når alle rettighetene respekteres, at vernet er fullstendig. Dette har også viktige implikasjoner for psykologisk arbeid med torturoverlevende. Selv om tortur er en særlig risikofaktor for alvorlige og langvarige psykiske lidelser, har strukturelle og kontekstuelle problemer overlevende møter i etterkant, stor betydning for deres psykiske helsetilstand. Det er godt dokumentert at faktorer som problemer med familiegjenforening, arbeidsløshet, økonomiske vanskeligheter, dårlige boforhold med flere, er viktige medierende variabler i utviklingen av torturrelaterte psykologiske plager (Lavik et al., 1996; Steel, Silove, Bird, McGorry & Mohan, 1999). I en menneskerettighetsorientert psykologisk praksis blir det derfor viktig også å fokusere på rettigheter som retten til familieliv, statens forpliktelser til å beskytte og støtte familien, retten til jobb og retten til sosial trygghet og sikkerhet. Ethvert forsøk på å bedre den psykiske helsen til mennesker som har opplevd grove menneskerettighetsbrudd, innebærer også at en forholder seg til strukturelle og kontekstuelle problemer på en rekke nivåer. De økonomiske, sosiale og kulturelle rettighetene har således en sentral plass i psykologisk arbeid med torturoverlevende.

Psykologer som deltakere i tortur

Torturkonvensjonen fastslår at en ordre fra en overordnet eller en offentlig myndighet ikke kan rettferdiggjøre bruk av tortur. I den senere tid er det dokumentert at amerikanske militærpsykologer har vært aktive deltakere i situasjoner hvor tortur er blitt benyttet i avhør av terrormistenkte (Miles, 2007). Psykologene har jobbet i såkalte «behavioural science consultations teams», hvis hovedoppgave har vært å bistå og fasilitere avhør, samt utvikle avhørsteknikker (Physicians for Human Rights, 2005). Psykologene som er rekruttert til denne virksomheten, har hovedsakelig hatt bakgrunn som instruktører i et spesialisert treningsopplegg, kalt SERE (survive, evade, resist, escape; Office of the Inspector General of the Department of Defence, 2006), som har til hensikt å gi spesialsoldater erfaring med hvilke aggressive og voldelige avhørsmetoder de kan utsettes for hvis de blir tatt som krigsfange (Doran, Hoyt & Morgan, 2006). Mange av disse metodene kan klassifiseres som tortur (Physicians for Human Rights & Human Rights First, 2007), og er blitt aktivt benyttet som avhørsteknikker både i Irak og på Guantanamo (Office of the Inspector General of the Department of Defence, 2006).

Både den amerikanske legeforeningen (American Medical Association, 2006) og den amerikanske psykiaterforeningen (American Psychiatric Association, 2006) har utarbeidet retningslinjer som spesifikt forbyr leger og psykiatere å bistå i militære avhør av terrormistenkte. Likeledes understreket den amerikanske psykologforeningen (APA) ved flere anledninger at psykologer ikke skal delta i tortur eller annen mishandling (American Psychological Association, 2006, 2007), men i skarp kontrast til den amerikanske legeforeningen og psykiaterforeningen fremholdt psykologforeningen at det er etisk forsvarlig for psykologer å delta i avhør av krigsfanger og terrormistenkte (American Psychological Association, 2005). APA slo eksplisitt fast at psykologer har en viktig rolle i nasjonalt sikkerhetsarbeid, og at de har en rolle å spille i avhør som foretas i fengsler og fangeleirer utenfor USA. Som konsekvens av dette ble psykologer, fremfor leger, foretrukket av det amerikanske militæret til å bistå i avhør av terrormistenkte (Department of Defence, 2006). I tillegg til den viktige oppgaven det er å beskytte liv og hindre terrorangrep, fremholdt APA at psykologers tilstedeværelse under avhør kan sikre at overgrep ikke blir begått. Dessverre finnes det eksempler på at dette neppe kan sies å være riktig (Miles, 2007; Physicians for Human Rights, 2005).

Det synes utopisk og illusorisk å tro at psykologer kan handle på en måte som er etisk forsvarlig når de befinner seg i situasjoner og miljøer hvor alle vanlige normer og rettsprinsipper er satt til side. Videre er det sannsynlig at psykologers tilstedeværelse kan bidra til å senke terskelen for bruk av tortur og annen mishandling, da tilstedeværelsen av psykologer og annet helsepersonell blir tolket som en legitimering av de metodene avhørslederne tar i bruk.

APAs positive holdning til psykologers deltakelse i militære avhør av terrormistenkte og ulovlig stridende har møtt kraftig motstand. I september 2008 stemte medlemmene av APA for en ny resolusjon som spesifikt forbyr psykologer å jobbe i settinger hvor personer blir holdt fanget, enten utenfor eller i strid med internasjonal humanitær rett eller den amerikanske grunnloven, med mindre de jobber direkte for personen som er fengslet, eller for en uavhengig tredjepart hvis oppgave er å beskytte menneskerettighetene (American Psychological Association, 2008). Kliniske psykologer som gir behandling til militært personell, omfattes ikke av forbudet. Denne resolusjonen går betydelig lenger enn noen av de andre resolusjonene, inkludert resolusjonen fra 2007, som blant annet forbød psykologer å delta i 20 spesifikt nevnte torturmetoder (American Psychological Association, 2007). Dette er etter vår mening et steg i riktig retning, men det gjenstår å se hvilke reelle forandringer resolusjonen fører med seg, og hvilke initiativ som iverksettes i APA både for å komme til bunns i psykologers mulige overgrep, ansvarsforhold rundt slike forhold, og krav om kompensasjon til torturerte fanger.

Undersøkelseskommisjoner og dokumentasjon av tortur

Torturkonvensjonen forbyr repatriering av personer hvis de står i fare for å bli utsatt for tortur. Det er rimelig å anta at bevis på tidligere tortur vil være en indikasjon på at individet står i fare for å bli torturert i fremtiden (Mautino, 2000). En historie med

tortur er derfor en viktig faktor ved vurdering av asylgrunnlaget (Leth & Banner, 2005). Det synes å være en tendens til at torturmetoder blir mer psykologiske enn tidligere, blant annet for å unngå synlige fysiske skader på ofrene (Jacobs, 2000). Men også der fysisk tortur blir administrert gjennom fysiske midler, er torturens sterkeste effekt på overleverne av psykologisk art (Genefke & Vesti, 1998). Psykologiske undersøkelser og vurderinger er derfor helt sentrale i dokumentasjonen av tortur (Jacobs, Evans & Patsalides, 2001a, 2001b; United Nations High Commissioner for Human Rights, 2004). Også nevropsykologiske utredninger kan være viktige i denne sammenhengen (Jacobs & Iacopino, 2001). Psykologer har også mye kunnskap om faktorer som kan påvirke rapportering av overgrep og menneskerettighetsbrudd, slik som fragmentert traumehukommelse, dissosiasjon, skam, unngåelse og redsel for myndighetspersoner. Det har for eksempel blitt funnet at asylsøkere som har overlevd grove seksuelle overgrep, ikke rapporterer dette ved asylintervju (Bögner, Herlihy & Brewin, 2007). Dette kan ha store konsekvenser for utfallet i asylsaker.

Den såkalte Istanbulprotokollen (United Nations High Commissioner for Human Rights, 2004) gir internasjonalt anerkjente retningslinjer for hvordan psykologer, leger og annet helsepersonell skal beskrive og dokumentere fysiske og psykologiske torturskader. I dag anvendes denne protokollen i flere land i forbindelse med asylvurderinger, men den er også et viktig redskap for å dokumentere tortur i andre sammenhenger. I Norge foregår det ingen rutinemessig kartlegging eller dokumentasjon av torturskader ved ankomst til landet. Det betyr at det i veldig få saker foreligger gode utredninger om asylsøkerens helsetilstand. De helseerklæringene som ofte følger i asylsaker, er basert på søkerens ellers advokatens henstilling om at det foretas en helsevurdering og skrives en erklæring om dette. Det har i den senere tid vært diskusjon vedrørende innholdet og kvaliteten på slike spesialisterklæringer (se TNPF 8/2004). Sosial- og helsedirektoratet gav i 2006 ut nye retningslinjer for hvordan slike helseerklæringer skal utarbeides. Disse retningslinjene er under revisjon, men det er helt klart at på dette området har Norge langt igjen, og spesielt kritikkverdig er det at Istanbulprotokollen ikke anvendes som utgangspunkt for rapportering av tortur og torturskader.

Det er viktig å påpeke at psykologfaglige helseerklæringer utelukkende skal uttale seg om helserelaterte spørsmål, og at de på linje med alle spesialisterklæringer skal være uavhengige og objektive. Ved å bruke vår faglige kunnskap til å skrive erklæringer om helsetilstand og dokumentere helseskader etter tortur, og til å peke på og offentlig rapportere om uverdige og krenkende forhold, synliggjør vi vår yrkesgruppes forankring i prinsippene om menneskerettighetene (Lavik & Sveaass, 2005).

Et siste poeng i denne sammenhengen er følgende: Til tross for at alvorlige psykiske skadevirkninger er vanlig etter tortur, må vurderinger om menneskerettighetsbrudd har forekommet eller ikke være basert på menneskerettslige og juridiske betraktninger, og ikke på medisinske eller psykologiske (Steel, Steel & Silove, 2009). Psykologiske undersøkelser som beskriver psykiske følgetilstander kan underbygge en

torturoverleveres historie, men fravær av psykiske symptomer kan aldri brukes som bevis for at overgrep ikke har funnet sted.

Følger for den politiske virksomhet

Individuell klageadgang

Under artikkel 22 i FNs torturkonvensjon kan enkeltpersoner fremme klager for brudd på konvensjonen til torturkomiteen. Flertallet av slike individuelle klager omhandler mulig brudd på konvensjonens forbud mot tilbakesending av asylsøkere som risikerer tortur ved retur. Slike klager underbygges ofte med medisinske og psykologiske utredninger og erklæringer om tidligere tortur. Slike anke- og klagemuligheter er viktige, men for at de helsemessige vurderingene skal få den rollen de fortjener, er det viktig at de rapportene som ligger til grunn, er gode og grundige, og at det finnes klinisk-psykologisk kompetanse i de komiteene som skal vurdere dette.

En klage til torturkomiteen vil kun bli behandlet hvis saken har vært prøvd i alle nasjonale rettsinstanser. I så måte blir utfordringen for norske psykologer å påvirke nasjonale instanser, for eksempel Utlendingsdirektoratet og Utlendingsnemnda, til å vektlegge psykologiske utredninger og erklæringer i vurderingen av enkeltsaker.

Forbudet mot tortur og kravet om å forhindre at det skjer

I henhold til torturkonvensjonen har staten en forpliktelse til å forhindre at tortur eller annen mishandling finner sted innenfor deres jurisdiksjon, og pålegger staten å systematisk gjennomgå regler og instruksjoner for institusjoner hvor mennesker er berøvet sin frihet. Norge er blitt kritisert for utstrakt bruk av isolasjon av innsatte og bruk av varetekt over urimelig lange tidsrom (United Nations Human Rights Committee, 2006). Isolasjon kan ha alvorlige konsekvenser for innsattes psykiske helse (Grassian, 2006), og isolasjon over lengre tid regnes for å være tortur (Reyes, 2007). For å vurdere soningsforholdene og bruk av isolasjon ved institusjoner hvor individer er berøvet sin frihet, er klinisk-psykologisk kompetanse vital. I denne sammenhengen bør det også nevnes at den utstrakte bruken av tvang i psykisk helsevern kan være menneskerettslig problematisk (se Husum & Hjort sin artikkel i dette nummeret av TNPF). Videre fremholder torturkonvensjonen at uavhengig granskning skal iverksettes hvis det finnes rimelig grunn til å anta at tortur eller annen mishandling har funnet sted.

«Som eksperter på psykisk helse er psykologer etisk forpliktet til å tilegne seg og spre informasjon og kunnskap om de psykososiale omkostningene ved grove menneskerettighetsbrudd»

Med tanke på hva vi vet om omfanget av psykologisk tortur, samt at kanskje de mest omfattende følgetilstandene etter tortur er av psykologisk art, er det av stor betydning at psykologfaglig ekspertise blir en integrert del både av nasjonale og internasjonale undersøkelseskommisjoner. Når vi her argumenterer for at psykologer bør inngå i kommisjoner som skal undersøke mistanke om tortur, forutsetter vi at psykologene så vel som undersøkelseskommisjonene er *uavhengige* av de institusjoner, personer eller myndigheter som skal undersøkes. En såkalt todelt lojalitet, hvor psykologen har ansvar både i forhold til potensielle torturoverleverere og samtidig tilknytning til de institusjonene som står ansvarlig for menneskerettighetsbruddene, underminerer psykologens evne og mulighet til å ivareta overleverens interesser eller til å melde fra om potensielle menneskerettighetsbrudd (Physicians for Human Rights & University of Cape Town, 2002). Psykologer som skal undersøke påstander om tortur eller annen mishandling, må derfor gjøre dette i kraft av å være uavhengige eksperter.

Undervisning om tortur

Torturkonvensjonen forplikter staten til å implementere undervisning om forbudet mot tortur i utdanningen til flere ulike yrkesgrupper, deriblant helsepersonell. I tillegg påhviler det myndighetene å sørge for at helsepersonell har kunnskap om dokumentasjon av torturskader og rehabilitering av personer med slike skader. I denne sammenhengen er stortingsmelding nr. 21 (1999–2000), «Menneskeverd i sentrum: Handlingsplan for menneskerettigheter», viktig fordi det her slås fast at all utdanning av helsepersonell bør ha undervisning om menneskerettigheter. Med tanke på hvor utbredt tortur er, og de særdeles alvorlige helsemessige konsekvensene som tortur har for overleverere, er undervisning som bidrar til kunnskap om tortur og andre menneskerettighetsbrudd, helt nødvendig, både i grunnutdanningen og i etterutdanningen av psykologer. Videre er undervisning om menneskerettigheter og tortur av stor betydning for å hindre at psykologer deltar i tortur eller annen grusom behandling, men heller rapporterer potensielle overgrep. For effektivt å kunne dokumentere de psykologiske følgetilstandene av tortur må psykologer også ha kunnskap om metoder som anvendes for å torturere mennesker. Undervisning om tortur, utbredelse, konsekvenser og vurdering av skadevirkninger må følgelig styrkes betraktelig i utdanningen av psykologer.

Avsluttende kommentarer

Både FNs torturkonvensjon og andre sentrale menneskerettighetsbestemmelser har en sentral rolle for psykologprofesjonen og psykologisk praksis. Oppsummert synes de viktigste aspektene ved psykologisk arbeid i forhold til tortur å være:

- Psykologiske undersøkelser og dokumentasjon av tortur
- Behandling og rehabilitering av torturoverleverere
- Undervisning og informasjon om forbudet mot tortur i utdanningen av psykologer, blant annet for å hindre at psykologisk kunnskap misbrukes i tortursammenheng

- Overvåkning og gjennomgang av soningsforhold og avhørsteknikker i kraft av å være *uavhengige* eksperter

Som eksperter på psykisk helse er psykologer etisk forpliktet til å tilegne seg og spre informasjon og kunnskap om de psykososiale omkostningene ved grove menneskerettighetsbrudd, samt å opprettholde et fokus på de sosiale og politiske dimensjonene som er utgangspunkt for undertrykking og brudd på menneskerettighetene (Fishmann, 1998; Lavik & Sveaass, 2005). En viktig del av en menneskerettighetsorientert psykologi er derfor å knytte bånd mellom klinikk og politikk, rettigheter og behandling, og arbeide ut fra et samfunnspolitisk så vel som et helsepolitisk perspektiv med det siktemålet å fremme helse og sosial rettferdighet.

Joar Øveraas Halvorsen

Ressurssenter om vold, traumatisk stress

og selvmordsforebygging – Region Midt

St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset

i Trondheim

Schwachs gate 1

7030 Trondheim

E-post joar.overaas.halvorsen@stolav.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 12, 2009, side 1155-1162

TEKST

Joar Øveraas Halvorsen, førsteamanuensis og psykologspesialist

Nora Sveaass, Menneskerettighetsutvalget i Norsk Psykologforening

+ **Vis referanser**

Referanser

American Medical Association. (2006). Physician participation in interrogation. Lastet ned 28. august, 2007 fra http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/369/ceja_recs_10a06.pdf

American Psychiatric Association. (2006). Psychiatric participation in interrogation of detainees: Position statement. Lastet ned 28. august, 2007 fra http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200601.pdf

American Psychological Association. (2005). Report of the American Psychological Association presidential task force on psychological ethics and national security. Lastet ned 29. august, 2007 fra <http://www.apa.org/releases/PENSTaskForceReportFinal.pdf>

American Psychological Association. (2006, 9. august). Resolution against torture and other cruel, inhuman, and degrading treatment or punishment. Lastet ned 29. august, 2007 fra <http://www.apa.org/governance/resolutions/notortureres.html>

American Psychological Association. (2007, 19. august). Reaffirmation of the American Psychological Association position against torture and other cruel, inhuman, or degrading

treatment or punishment and its application to individuals defined in the United States code as «enemy combatants». Lastet ned 29. august, 2007 fra <http://www.apa.org/governance/resolutions/notorture0807.html>

American Psychological Association. (2008). 2008 APA petition resolution ballot. Lastet ned 22. februar, 2009 fra <http://www.apa.org/governance/resolutions/work-settings.html>

Amnesty International. (2000). Take a step to stamp out torture. London: Amnesty International Publications.

Basoglu, M. (2006). Rehabilitation of traumatised refugees and survivors of torture: After almost two decades we are still not using evidence based treatments. *British Journal of Psychiatry*, 333, 1230-1231.

Basoglu, M. (2009). A multivariate contextual analysis of torture and cruel, inhuman, and degrading treatments: Implications for an evidence-based definition of torture. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(2), 135-145.

Basoglu, M., Jarason, J.M., Mollica, R. & Kastrup, M. (2001). Torture and mental health: A research overview. I E. Gerrity, T.M. Keane & F. Tuma (red.), *The mental health consequences of torture* (s. 35-62). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Basoglu, M., Livanou, M. & Crnobaric, C. (2007). Torture vs other cruel, inhuman, and degrading treatment: Is the distinction real or apparent? *Archives of General Psychiatry*, 64, 277-285.

Basoglu, M., Mineka, S., Paker, M., Aker, T., Livanou, M. & Gok, S. (1997). Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine*, 27, 1421-1433.

Becker, D. (1995). The deficiency of the concept of posttraumatic stress disorder when dealing with victims of human rights violations. I R.J. Kleber, C.R. Figley & B.P. R. Gersons (red.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (s. 99-114). New York: Plenum Press.

Bracken, P.J., Giller, J.E. & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concept. *Social Science and Medicine*, 40, 1073-1082.

Bögner, D., Herlihy, J. & Brewin, C.R. (2007). Impact of sexual violence on disclosure during Home Office interviews. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 75-81.

Campbell, T. (2007). Psychological assessment, diagnosis, and treatment of torture survivors: A review. *Clinical Psychology Review*, 27, 628-641.

Council of the European Union. (2003, 27. januar). Council Directive 2003/9/EC of 27 January 2003 laying down minimum standards of reception for asylum seekers. Lastet ned 26. oktober, 2007, fra http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2003/l_031/l_03120030206en...

de Jong, J.T.V.M., Komproe, I.H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N. et al. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 286(5), 555-562.

Department of Defence. (2006, 6. juni). Medical program support for detainee operations. Washington, DC: Author. Lastet ned 18. september, 2007 fra http://www.fas.org/irp/doddir/dod/i2310_08.pdf

Doran, A.P., Hoyt, G. & Morgan, C.A. (2006). Survival, evasion, resistance, and escape (SERE) training: Preparing military members for the demands of captivity. I C.H. Kennedy & E.A. Zillmer (red.), *Military psychology: Clinical and operational applications* (s. 241-261). London: The Guildford Press.

Fishman, Y. (1998). Metaclinical issues in the treatment of psychopolitical trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(1), 27-38.

Genefke, I. & Vesti, P. (1998). Diagnosis of governmental torture. I J.M. Jarason & M.K. Popkin (red.), *Caring for victims of torture* (s. 43-59). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Grassian, S. (2006). Psychiatric effects of solitary confinement. *Journal of Law & Policy*, 22, 325-383.

- Gurr, R. & Quiroga, J. (2001). Approaches to torture rehabilitation: A desk study covering effects, cost-effectiveness, participation, and sustainability. *Torture*, 11(Suppl. 1).
- Høstmælingen, N. (2004). *Internasjonale menneskerettigheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobs, U. (2000). Psycho-political challenges in the forensic documentation of torture. *Torture*, 10(3), 68-71.
- Jacobs, U., Evans, F.B. & Patsalides, B. (2001a). Principles of documenting psychological evidence of torture. *Torture*, 11(3), 85-89.
- Jacobs, U., Evans, F.B. & Patsalides, B. (2001b). Principles of documenting psychological evidence of torture. (Part II). *Torture*, 11(4), 100-102.
- Jacobs, U. & Iacopino, V. (2001). Torture and its consequences: A challenge to clinical neuropsychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(5), 458-464.
- Jakobsen, M., Sveaass, N., Johansen, L.E.E. & Skogøy, E. (2007). *Psykisk helse i mottak: Utprøving av kartleggingsinstrumenter til bruk i asylmottak. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet. NKVTS rapport nr 4*, Oslo: Unipub.
- Jarason, J.M., Butcher, J., Halcon, L., Johnson, D.R., Robertson, C., Savik, K. et al. (2004). Somali and Oromo refugees: Correlates of torture and trauma history. *American Journal of Public Health*, 94(4), 591-598.
- Jarason, J.M., Kinzie, J.D., Friedman, M., Ortiz, D., Friedman, M.J., Southwick, S. et al. (2001). Assessment, diagnosis, and intervention. I E. Gerrity, T.M. Keane & F. Tuma (red.), *The mental health consequences of torture* (s. 249-275). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kaminer, D., Grimsrud, A., Myer, L., Stein, D.J. & Williams, D.R. (2008). Risk for post-traumatic stress disorder associated with different form of interpersonal violence in South Africa. *Social Science & Medicine*, 67, 1589-1595.
- Lavik, N.J., Hauff, E., Skrondal, A. & Solberg, Ø. (1996). Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an out-patient population. *British Journal of Psychiatry*, 169, 726-732.
- Lavik, N.J. & Sveaass, N. (2005). *Politisk psykologi*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Leth, P.M. & Banner, J. (2005). Forensic medical examination of refugees who claim to have been tortured. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 26(2), 125-130.
- Mautino, K.S. (2000). The Convention against torture and other forms of cruel, inhuman and degrading treatment or punishment. *Journal of Immigrant Health*, 2(4), 179-181.
- Miles, S.H. (2007). Medical ethics and the interrogation of Guantanamo 063. *The American Journal of Bioethics*, 7(4), 1-7.
- Nowak, M. & McArthur, E. (2006). The distinction between torture and cruel, inhuman or degrading treatment. *Torture*, 16(3), 147-151.
- Office of the Inspector General of the Department of Defence. (25. august, 2006). Review of DoD-directed investigations of detainee abuse. Lastet ned 14. september, 2007, fra <http://www.fas.org/irp/agency/dod/abuse.pdf>
- Physicians for Human Rights. (2005). *Break them down: Systematic use of psychological torture by US Forces*. Cambridge: Forfatter.
- Physicians for Human Rights & Human Rights First. (2007). *Leave no marks: Enhanced interrogation techniques and the risk of criminality*. Cambridge: Forfatter.
- Physicians for Human Rights & University of Cape Town. (2002). *Dual loyalty and human rights in health professional practice: Proposed guidelines & institutional mechanisms*. Lastet ned 12. februar, 2008, fra <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-200...>
- Quiroga, J. & Jarason, J.M. (2005). Politically-motivated torture and its survivors: A desk study review of the literature. *Torture*, 16(2-3).

Reyes, H. (2007). The worst scars are in the mind: Psychological torture. *International Review of the Red Cross*, 89(867), 591-616.

Shrestha, N.M., Sharma, B., Van Ommeren, M., Regmi, S., Makaju, R., Komproe, I., et al. (1998). Impact of torture on refugees displaced within the developing world: Symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal. *Journal of the American Medical Association*, 280(5), 443-448.

Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: Toward an integrated conceptual framework. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 200-207.

Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., Miles, V. & Drobny, J. (2002). The impact of torture on post-traumatic stress symptoms in war-affected Tamil refugees and immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 43(1), 49-55.

Simpson, M.A. (1993). Traumatic stress and the bruising of the soul: The effects of torture and coercive interrogation. I J.P. Wilson & B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 667-684). New York: Plenum Press.

Simpson, M.A. (1995). What went wrong? Diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa. I R.J. Kleber, C.R. Figley & B.P.R. Gersons (red.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (s. 187-212). New York: Plenum Press.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). Krav i forbindelse med utstedelse av attester/helseerklæringer o.l. Lastet ned 11. februar, 2008, fra http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00008/IS-9_2006_8904a.pdf

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R.A., van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537-549.

Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P. & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 421-435.

Steel, Z., Steel, C.R.B. & Silove, D. (2009). Human rights and the trauma model: Genuine partners or uneasy allies? *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 358-365

St.meld. 21. (1999-2000). Menneskeverd i sentrum: Handlingsplan for menneskerettigheter. Lastet ned 2. april, 2006, fra <http://odin.dep.no/ud/norsk/dok/regpubl/stmeld/032005-044002/dok-bn.html>

Stoltenberg, J., Halvorsen, K., Haga, Å., Solberg, H., Djupedal, Ø., Arnstad, M. et al. (2005). Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-09. Lastet ned 18. september, 2007, fra <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/smk/rap/2005/0001/ddd/pdfv/260512...>

United Nations Committee against torture. (2007, 23. november). Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment: General comment no. 2. Lastet ned 23. juni, 2008, fra http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/CAT.C.GC.2.CRP.1.Rev.4_en.pdf

United Nations General Assembly. (1966a, 16. desember). International covenant on civil and political rights. Lastet ned 7. desember, 2009, fra <http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm>

United Nations General Assembly. (1966b, 16. desember). International covenant on economic, social and cultural rights. Lastet ned 29. mars, 2006, fra <http://www.ohchr.org/english/law/cescr.htm>

United Nations General Assembly. (1984, 10. desember). Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Lastet ned 10. januar, 2006, fra <http://www.ohchr.org/english/law/cat.htm>

United Nations High Commissioner for Human Rights. (2004). *The Istanbul Protocol: Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Geneva: United Nations.

United Nations Human Rights Committee. (2006). Consideration of reports submitted by State parties under article 40 of the Covenant: Concluding observations of the Human Rights Committee. Lastet ned 2. april, 2006, fra <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/2f339a...>

Van Ommeren, M., de Jong, J.T.V.M., Sharma, B., Komproe, I., Thapa, S.B. & Cardena, E. (2001). Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Archives of General Psychiatry*, 58, 475-482.