

# Torturoverleverere i Norge – lægernes ansvar

Baggrunden for dette arbejde er den kendsgerning, at mange politiske flygtninge har været fængslet og udsat for tortur. En stor del af asylsøgerne i Norge kommer fra denne gruppe. Denne oversigt er baseret på forfatterens personlige erfaring siden 1976.

Materialet omfatter 44 mænd (22–45 år) og ni kvinder (23–32 år). Alle havde været udsat for fysisk tortur. Torturmetoderne beskrives. Alle patienter blev undersøgt af forfatteren. Undersøgelsen bestod i en detaljeret anamnese og klinisk undersøgelse. Synlige skader blev fotograferede.

Resultaterne viste, at torturoverleverne havde fysiske og seksuelle følger – ligefra multiple frakturer af knogler og tænder til tinnitus eller knuste testes.

Det fremhæves, at almenpraktikeren er nøglepersonen og at det er vigtigt at samarbejde med såvel helsesøster, fysioterapeut som tandlæge og psykolog.

*Hvorfor skulle vi tale om det?*

*De, der ikke har været der, kan jo alligevel ikke forstå det...*

*Det jeg har set, er der ikke en levende sjæl, som vil tro på...*

Elsa Morante (1)

Der findes store kundskaber om tortur – formålet, metoderne og eftervirkningerne (2), men, det er mit indtryk, at norske lægers interesse er beskeden og deres viden begrænset.

Solveig Dahl skrev nylig om de «tortureres psykiske lidelser» og gør opmærksom på, at «den somatiske helsetjenesten ikke har nok kunnskab». Endvidere skriver hun: «Det har blant leger i Norge lenge vært en interesse for de torturskadede, men i all hovedsak har interessen vært ivarettatt av psykiatere» (3).

Jeg skal tage denne udfordring op og især omtale de fysiske og seksuelle følger efter tortur.

Min interesse for emnet kan måske hidrøre fra mine egne oplevelser under den anden verdenskrig, hvor jeg som seks-årig var politisk flygtning i Sverige.

I perioden 1976–81 var jeg aktiv i den netop etablerede lægegruppe under Amnesty International i København. Vi undersøgte politiske flygtninge, især fra Chile, Argentina og Uruguay, og skrev lægerapporter til

---

Jørgen Cohn

Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Tromsø, MH-Breivika  
9037 Tromsø

---

Cohn J.

**Torture survivors in Norway:  
the responsibility of medical doctors.**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3383–5.*

*Background.* Many political refugees who seek asylum in Norway have been imprisoned and subjected to torture. This review is based on the author's personal experience since 1976.

*Material and methods.* 44 men (22–45 years of age) and 9 women (23–32 years of age), all of them exposed to physical torture, were included in the study. The methods of torture are described. They were all given a full clinical examination by the author, including photos of possible injuries.

*Results.* The survivors showed physical and sexual sequelae, for instance multiple fractures of bones and teeth, tinnitus, broken testicles.

*Interpretation.* In my opinion, the most important therapist for torture victims is their general practitioner, who should work with nurses, physiotherapists, dentists and psychologists.

---

☞ Se også side 3366

brug for patienternes ansøgning om asyl. I 1978 publicerede jeg tre kasuistikker, *Tortur i Argentina, Syrien og Zanzibar*, og gjorde detaljeret rede for de fysiske og seksuelle aspekter (4).

Ole Vedel Rasmussen supplerede undersøgelserne af flygtningene fra Latin-Amerika med undersøgelser af torturoverleverere fra Grækenland, Spanien og Irak og publicerede sin monografi i 1990 (5).

Rasmussens afhandling drejer sig om en specifik medicinsk undersøgelse, baseret på 200 tortur-overleverere, i modsætning til de to norske undersøgelser af henholdsvis Edvard Hauff (6) og Birgit Lie (7), som begge omfatter flygtninge-populationer, men ikke explicit tortur-overleverere.

Som pædiater har jeg mest haft opmærksomheden henledt på børn, og etablerede i 1976 en speciel «børne-gruppe» under Amnesty International i København. Min undersøgelse af 85 børn, hovedsagelig fra Chile, hvis forældre havde været udsat for fængsling og tortur, viste betydelige psyko-somatiske symptomer hos 78 % (8, 9).

Under min ansættelse ved infektionsafdelingen (epidemiafdelingen) ved Rigshospitalet i København i slutningen af 80'erne, fik jeg kendskab til de vietnamesiske bådflygt-

ninge, som var præget af infektions- og trope-sygdomme. Helge Johan Kjersem har beskrevet disse aspekter i sin monografi fra 1996 (10).

Efter at jeg i 1981 blev ansat ved Universitetet i Tromsø, har jeg undersøgt tortur-overleverere, især fra Irak, Iran, Sri Lanka og Afrika samt enkelte fra Syrien, først og fremmest for at hjælpe patienterne medicinsk, men samtidig også legalt, idet mine «læge-rapporter» er videresendt til patienternes/klienternes advokat til senere brug i relation til ansøgning om asyl i Norge.

## Materiale og metoder

Patientmaterialet er, ligesom Ole Vedel Rasmussens (5), selekteret idet jeg hovedsagelig har fået henvist patienter med fysiske skader efter tortur. Det giver dog en beskrivelse af de problemstillinger, som almen-praktikere i Norge kan blive konfronteret med.

Patienterne er henvist til mig fra de psykosociale teams for flygtninge, humanitære organisationer som Regnbuen og SOS-Racisme samt fra støttegrupper for asylsøgere, inklusive kirkeasylanter.

Materialet omfatter 53 tortur-overleverere fra tidsperioden 1989–2001: 44 mænd (22–45 år) og ni kvinder (23–32 år), heraf 11 kirkeasylanter (tab 1).

Den kliniske undersøgelse har foregået på mit kontor på det biomedicinske bibliotek ved Universitetet i Tromsø – og ikke i et sterilt hospitalsmilieu. Kirkeasylanterne er selvsagt undersøgt i de respektive kirker. Jeg har personlig undersøgt alle og anvendt fem-seks timer pr. klient. Skræmmende instrumenter som reflekshammer og nål – til neurologisk undersøgelse – er ikke anvendt, ligesom rectal exploration og andre invasive undersøgelser heller ikke er udført. Tolk har været tilstede efter behov. Mine medicinske rapporter har bestået i en kort almen anamnese, en udførlig omtale af arrestation og fængselsforhold, en detaljeret beskrivelse af de anvendte torturmetoder samt en redegørelse af følgerne efter tortur: fysiske, seksuelle, psykiske og sociale. Ved synlige mærke på huden eller andre visible eftervirkninger af tortur, som for eksempel deformerede extremiteter, er der foretaget kliniske fotos. I min konklusion – som iøvrigt i hele rapporten – har jeg ikke omtalt politiske forhold. I påkrævende tilfælde har jeg henvist patienterne til supplerende medicinske specialundersøgelser, behandling og rehabilitering. Eksplicit er omtalt de medicinske aspekter i relation til evt. tvangsdeportering, f.eks. insulinkrævende diabetes mellitus, risiko for suicidium.

## Torturmetoder

Slag under fodsålerne (falanga) er – desværre – så udbredt, at mange af mine patienter nærmest så overbærende på mig, når jeg spurgte, hvorvidt de havde været udsat for dette.

«Teléfono», dvs. voldsomme slag mod ørerne, er også meget anvendt.

«Submarino» – la bañera – «vand tortur», består i, at ofrets hoved holdes ned i snavset og ildelugtende vand, hvori der ofte er fæces, urin, opkast, hår, blod og sæd, næsten indtil kvælning. Meget få tortur-overleverere kan – ihvertfald ikke ved første politiafhør – fortælle om denne grusomme tortur. Den er billig, kræver ingen særlig ekspertise og udføres derfor mange steder i verden.

«Teléfono», «submarino» og forskellige former for ophængning går igen i mange af mine rapporter, ligesom forbrænding og elektrisk tortur.

Ophængningerne kan være i arme/hænder eller ben/fødder, sidstnævnte ikke sjældent kombineret med et «hejseværk», således at ofret hejses op og ned, og ofte med hovedet ned i en vandbeholder. Under ophængningerne bliver ofret slået, særlig på kønsorganerne eller får samtidig elektrisk tortur på disse.

Forbrændinger foretages ofte med glødende jernrør eller cigaretter, som slukkes på huden – i et tilfælde dryppede bødlerne smeltet stearin på huden.

Den elektriske tortur foretages oftest med én elektrode (picana), som anbringes på ofrets mest vulnerable steder, såsom kønsorganer, tænder, ører, næse, læber, fingre eller rectum.

## Sexuel tortur

Ofrene er under torturen næsten altid nøgne, evt. ganske let påklædte, og bliver slået og brændt på kønsorganerne, evt. udsat for elektrisk tortur af penis/clitoris. Adskillige mænd får klemt testiklerne voldsomt, andre får meget tunge genstande f.eks. flasker med vand hængt i testiklerne i timevis.

Andre får nåle af metal, nylontråd eller andre genstande f.eks. hestehalehår eller en spids pind fra et palmetræ ført ind i penis og trukket frem og tilbage; atter andre har fået penis gnedet voldsomt med sandpapir eller ætsende «stoffer fra et batteri», chilipeber eller tigerbalsam.

Mange bliver voldtaget – vaginalt, rectalt, oralt – andre bliver tvunget til at masturbere i vagternes påsyn, som et «show», eller bliver tvunget til fellatio af vagterne.

Flasker eller metalstænger bliver ført op i rectum – nogle med modhager, således at rectalblødninger kan blive alvorlige.

## Farmakologisk tortur

Også farmakologisk tortur er udbredt i form af tvangsmedicinering – oralt, intramuskulært eller intravenøst – med psykofarmaka, som giver hallucinationer eller insomni.

**Tabell 1** 53 torturoverleverere sat i relation til torturmetoder og skader

Torturmetode	Antal torterede patienter	Antal patienter med skader
Slag, bank	53	53
Seksuel tortur, fysisk	43	43
Falanga	24	24
Ophængninger	15	15
Frakturer, knogler/tænder	13	13
Teléfono	12	12
Submarino	11	0
Picana	10	10
Forbrændinger	7	7
Farmakologisk tortur	6	0
Inguinal hernie/hydrocele	4	4

Andre er blevet gjort afhængige af narkotika og pludselig fået disse seponerede med abstinenssymptomer til følge.

*Patient 1.* Mand, 34 år. Tre år gammel fik han poliomyelitis og var indlagt på hospitalet i ca. eet år; han har fortsat betydelige følger: Den venstre fod er stærkt deformeret, han halter og har svækket muskulatur i hele venstre side af kroppen.

Da bødlerne så, at hele venstre side af kroppen var beskadiget efter polio, sagde de, at de nu ville ødelægge hele resten af kroppen, dvs. højre side – og det gjorde de: De slog ham med en jernstang. Han lå bevidstløs i to måneder efter torturen. Da havde han fået otte frakturer i højre side: to frakturer i pelvis, fire i femur, en i clavícula samt en kraniefraktur.

*Patient 2.* Mand, 31 år. The German Chair – the Nazi Chair: En metalstol med bevægelige dele, som kan fremkalde pludselig hyperextension af rygsøjlen med stærkt tryk på ofrets nakke samt for- eller bagudbøjning af extremiteterne. Han blev bundet til stolen med remme i op til ti timer – benene var bundne bagom stolebenene og armene bag på ryggen. Metalstolen bevægede sig (som ovenfor nævnt), dette gav voldsomme smerter, specielt i ryggen.

*Patient 3.* Kvinde, 24 år. I fængslet havde hun de samme underbukser på i årevis og ingen menstruationsbind: «Jeg stank af snavs og blod.»

Under torturen var hun helt nøgen – blev tvunget til at masturbere de mandlige vagter – «sæden sprøjtede op i ansigtet på mig». Til slut blev hun bundet til en seng og voldtaget af tre forskellige mænd.

Hovedsymptomet efter falanga-tortur er smerter og vanskelighed med at gå.

Birgit Lie har tidligere i Tidsskriftet givet en beskrivelse af diagnosticering og behandling af falanga (11). De specielt interesserede kan læse mere i Grethe Skylvs arbejde (12, 13).

Teléfono medfører ofte tinnitus, svimmelhed og nedsat hørsel.

Følgetilstandene efter «vandtortur» er conjunctivitis, otitis, pharyngitis, bronchitis, pneumoni, gastritis og enteritis – samt angst for vand f.eks. fysioterapi i bassin!

The German Chair kan medføre ruptur af de intervertebrale skiver og i værste fald tværsnitssyndrom med parese af begge underextremiteter, urologiske følger, samt andre læsioner af over- og underekstremiteter. Yderligere er beskrevet udvikling af ulcus ventriculi/duodeni. Dem omtalte patient (patient 2) har fortsat stærke smerter i såvel nakke, som skuldre og hele ryggen, især vændende til os sacrum. Venstre skulder og overextremitet er periodevis helt følelsesløs.

De medicinske, kirurgiske og odontologiske følger efter de nævnte former for tortur er legio. De hyppigste er frakturer af knogler og tænder, mistede tænder, plexus-læsioner og muskelsprængninger med efterfølgende udvikling af inguinalhernie eller hydrocele.

Efter forbrændinger kommer der bakterielle infektioner i sårene med absces-dannelser. Senere ses karakteristiske cicatricer, som bør fotograferes af hensyn til senere retslig dokumentation.

Efter elektrisk tortur er ofrene særdeles ængstelige for medicinske procedurer som EKG og EEG.

Senfølgerne efter seksuel tortur er dysfunktioner, impotens, urologiske og gynækologiske komplikationer (urethritis, vaginitis, salpingitis, infertilitet) samt ikke mindst psykiske i form af ængstelse ved manipulering af de ano-genitale og orale regioner f.eks. i tilslutning til exploratio rectalis, rectoskopi, gynækologisk eller odontologisk undersøgelse.

I nogle tilfælde bliver testis/testes så beskadigede, at de senere må operativt fjernes.

De fleste har ekstrem vanskelighed med at fortælle om disse ydmygende og fornedrende seksuelle overgreb – mange ser ned eller græder stille ved direkte spørgsmål; en patient sagde til mig: «De gjorde, hvad de ville.»

## Diskussion

De 53 torturoverleverere kunne for så vidt sammenlignes med Ole Vedel Rasmussens 200 torturoverleverere, men jeg vil på grund af forskellen i materialernes størrelse, afstå fra dette og i stedet omtale enkelte problemstillinger. Alle var blevet slået – de fleste også under fodsålerne, på ørerne og på kønsorganerne.

I løbet af de 25 år jeg har beskæftiget mig med torturproblematikken, er anvendelsen af seksuel tortur blevet hyppigere, ligesom køn og alder på ofrene er blevet ændret, således at både kvinder, mænd og børn af begge køn i stigende grad udsættes for seksuelle overgreb (14–17).

Torturoverleverere har ofte mange problemer, som bedst løses af almenpraktikere med interesse og kundskab om følger efter fængsling og tortur.

Almenpraktikeren må afsætte tilstrækkelig tid til at høre på patienten. Det er ofte

tidskrævende, da patienten har vanskeligt ved at fortælle om de traumatiske oplevelser, han/hun har været igennem. Yderligere kan brug af tolk forlænge konsultationen. Lægen bør have empati og fantasi for at kunne forstå de umenneskelige traumer, som torturoverleveren har været udsat for.

Langvarig fængsling i «tætpakkede» celler – uden mulighed for at ligge ned og sove – præget af elendig hygiejne, insufficient kost og forurennet drikkevand samt stor risiko for seksuelle overgreb, giver i sig selv stor risiko for infektionssygdomme, som tuberkulose, hepatitis A, B og C, tyfus, kolera, malaria, hudinfektioner og veneriske sygdomme.

De trange forhold i fængslerne medfører rheumatiske plager, som kan være aggraverede som følge af extreme temperaturforhold.

Torturen giver utallige følger fra stort set alle organsystemer – ligefra frakturer til gastritis/ulcus og seksuelle dysfunktioner.

Almenpraktikeren bør have nært samarbejde med helsesøster, fysioterapeut samt tandlæge og gerne have mulighed for yderligere ekspertise via otorhinolaryngolog, neurolog og sexuolog – for blot at nævne nogle vigtige samarbejdspartnere.

De norske læger og tandlæger burde få mere undervisning i sexologi for at kunne hjælpe disse tortur-overleverere, både somatisk og psykisk.

Det er min erfaring, at fysioterapi er meget vigtig, og bør sættes igang på et tidligt tidspunkt; dette gælder både følger efter falanga, men også mere uspecifikke «spændingsstilstande», som kan behandles med afspændingsøvelser, evt. kombineret med øvelser i bassin, såfremt patienten kan akceptere dette (jvf. tidligere beskrivelse af «vandtortur»). I mange tilfælde kan fysioterapi erstatte medikamentel behandling med psykofarmaka (18).

I enkelte tilfælde kan der blive tale om specialist i infektionssygdomme (f.ex. multiresistente bakterier) eller hæmatologi (f.ex. hæmoglobinopati og erythrocytære enzymdefekter som glucose-6-phosphat-dehydrogenase-mangel).

Mange patienter ville have gavn af psykoterapi ved klinisk psykolog; men det er mit indtryk, at det er sjældent patienterne er motiverede for psykologisk/psykiatrisk assistance. Dette kan skyldes kulturelle grunde. Mange betragter det som en skam at få hjælp fra psykolog/psykiater. Udsagnet fra Fauziya Kassindja kan illustrere dette (19): «De mente at jeg var gal! Folk snakker ikke med psykiatere og psykologer der hvor jeg kommer fra.»

Jeg begyndte med at citere Solveig Dahl og vil også slutte med et citat fra hendes nyeste publikation (3): «Behov for en ny model? – Det er på tide at vurdere på nytt om det ikke bør sættes på spesielle rehabiliteringsprogram for torturoverleverere med en integreret helhetlig tværfaglig modell og med

mer resurser enn det de psykososiale teamene og Psykososialt senter for flyktninger har tilgjengelig.»

I relation til ovenstående – en tværdisciplinær, kvalificeret rehabilitering af torturoverleverere – er det nærliggende, at Leo Eitinger får det sidste ord: «Det er neppe for tidlig at man også i Norge begynner å tenke på denne humanitære forpliktelse» (20).

#### Litteratur

1. Morante E. Historien. En skandale der har varet i 10.000 år. København: Holkenfeldts forlag, 1992.
2. Başoğlu M, red. Torture and its consequences: current treatment approaches. New York: Cambridge University Press, 1992.
3. Dahl S. Torturoverleverere i Norge. Linjer 2000; 10: 4–7.
4. Cohn J. Tortur i Argentina, Syrien og Zanzibar. Ugeskr Læger 1978; 140: 3202–6.
5. Rasmussen OV. Medical aspects of torture. Torture types and their relation to symptoms and lesions in 200 victims, followed by a description of the medical profession in relation to torture. Doktorafhandling. København: Lægeforeningens Forlag, 1990.
6. Hauff E. The stresses of war: organized violence and exile: a prospective community cohort study of mental health of Vietnamese refugees in Norway. Oslo: Psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo, 1998.
7. Lie B. Psykososiale problemer blant nylig ankomne flyktninger i Norge. Oslo: Psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo, 1997.
8. Cohn J, Holzer KIM, Koch L, Severin B. Torture in children: an investigation of Chilean immigrant children in Denmark. Child Abuse Neglect 1981; 5: 201–3.
9. Cohn J, Danielsen L, Holzer KIM, Koch L, Severin B, Thøgersen S et al. A study of Chilean refugee children in Denmark. Lancet 1985; 8452: 437–8.
10. Kjersem HJ. Migrationsmedicin i Danmark. Vurdering af nogle migrationsmedicinske problemstillinger blandt asylsøgere og flygtninge. Doktorafhandling. København: Asylafdelingen, Dansk Røde Kors, 1996.
11. Lie B. Torturskader – en medisinsk utfordring. Diagnostisering og behandling av falanga. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1073–5.
12. Skylv G. The physical sequelae of torture. I: Başoğlu M, red. Torture and its consequences: current treatment approaches. New York: Cambridge University Press, 1992.
13. Skylv G. Falanga – diagnosis and treatment of late sequelae. Torture 1993; 3: 11–5.
14. Niarchos CN. Women, war and rape: challenges facing the international tribunal for the former Yugoslavia. Human Rights Quarterly 1995; 17: 649–90.
15. Sexual violence against refugees. Guidelines on prevention and response. Genève: United Nations High Commissioner for Refugees, 1995.
16. Cohn J. Violations of human rights in children and adolescents. How can we safeguard rights for young human beings? International J Adolescent Medicine and Health 1998; 10: 185–92.
17. Cohn J. Adolescent victims of violence: an international review. International J Adolescent Medicine and Health 1999; 11: 345–9.
18. Amris K, Prip K. Fysiotherapy for torture victims (II). Torture 2000; 10: 112–6.
19. Kassindja F, Bashir LM. Kan de høre våre skrik? På flukt fra omskjæring – fengslet for ulovlig innvandring. Oslo: Egmont Hjemmets Bokforlag, 1999.
20. Eitinger L. Torturmetoder og følger. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 1860–2.

## Annonse