

# Ärztliche PSYCHOTHERAPIE

Psychosomatische Medizin und Psychosomatische Grundversorgung

Flucht, Migration und  
transkultureller Raum

Verstehen

Behandeln

Begutachten



 **Schattauer**

[www.aerztliche-psychotherapie.de](http://www.aerztliche-psychotherapie.de)

Schriftleiter

M. Neises, Aachen

V. Köllner, Teltow

W. Bertram, Stuttgart

F. Neitscher, Euskirchen

M. Herrmann, Magdeburg

N. Panitz, Berlin

G. Hildenbrand, Lüdenscheid

I. Pfaffinger, München

Organ der



Deutsche Gesellschaft für  
Psychosomatische Medizin und  
Ärztliche Psychotherapie e.V.



Vereinigung psychotherapeutisch  
und psychosomatisch tätiger  
Kassenärzte e.V.

# Das UN Istanbulprotokoll zur Dokumentation und Diagnostik von Folter

## Transkulturelle Aspekte und Anwendung bei Migranten und Geflüchteten

T. Wenzel<sup>1</sup>, S. Parrag<sup>2</sup>, S. Kuhn-Natriashvili<sup>3</sup>, M. Kletečka-Pulker<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Welcome Trauma Center, Vienna and World Psychiatric Association Section Psychological Aspects of Persecution and Torture;

<sup>2</sup>Institute for Ethics and Law in Medicine, University of Vienna and Medical University of Vienna; <sup>3</sup>Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität, Wien

### Schlüsselwörter

Folter, Transkulturelle Psychiatrie, Menschenrechte, Migration

### Zusammenfassung

Schwere Menschenrechtsverletzungen in Bürgerkriegen oder besonders nach Folter führen zu langfristigen und komplexen Folgen. Die forensische Dokumentation bei Flüchtlingen und Migranten ist eine wesentliche Aufgabe für Angehörige von Gesundheitsberufen im nötigen interdisziplinären Präventions- und Behandlungssetting, aber auch in der Schnittstelle mit Schutz, Strafverfolgung und Anspruch auf Gerechtigkeit. Im transkulturellen Rahmen sind aktuelle Aspekte kultursensitiver Diagnostik zu berücksichtigen. Das Istanbulprotokoll der UN und des Weltärztsverbands (WMA) ist ein wesentliches Hilfsmittel und verbindliche Referenz.

### Keywords

Torture, Transcultural Psychiatry, Human Rights, Migrants

### Summary

Severe Human Rights violations and torture are increasingly common and lead to physical and psychological long term sequels. Their forensic documentation in migrants and refugees is an important task for health care professionals, but also for legal professionals and governments concerning questions of protection, legal action and justice. In the transcultural setting with refugees and migrants, recent developments in culture sensitive diagnostics need to be considered. The UN/WMA Istanbulprotocol is a key tool and reference standard in this area.

[The UN Istanbulprotocol and the Documentation and Diagnostics of Torture Sequels – Transcultural aspects and the use in migrant and refugee people groups](#)

Ärztliche Psychotherapie 2018; 13: 121–125

## Einführung

Bereits mit den ersten Studien bei Überlebenden des Holocaust und der Konzentrationslager unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg zu den Folgen extremer Gewalt wurde deutlich, dass diese zu schweren Langzeitfolgen, potentiell sogar bei indirekten Opfern wie Familienangehörigen – im Sinne eines „Zweit- und Drittgenerationssyndroms“ – führt (30). Die komplexen Symptombilder wurden, noch vor der Entwicklung des Begriffs der posttraumatischen Belastungsstörung, in den folgenden Jahrzehnten als (Holocaust-) Überlebendensyndrom bezeichnet. Hierbei wurde – nicht zuletzt aufgrund der zu diesem Zeitpunkt noch weniger entwickelten psychologischen Traumamo-

delle – anfangs auch ein besonderer Schwerpunkt auf mögliche organische Faktoren, wie Schädelhirntraumata oder Mangelernährung, gelegt (21).

## Folter als Beispiel für extreme Formen der Gewalt

Foltererfahrung wurde in den nächsten Jahrzehnten als wichtiger Prädiktor solcher physischer und psychischer Langzeitfolgen identifiziert (39). In Folge wurde Folter, gemeinsam mit „unmenschlicher und erniedrigender Behandlung“, durch internationale Menschenrechtsstan-

dards, wie dies insbesondere in der UN Konvention gegen Folter festgeschrieben ist, unter absolutes Verbot gestellt<sup>1</sup>. Folter wird im Rahmen der Konvention definiert als „jede Handlung, durch die einer Person vorsätzlich große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, zum Beispiel um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erlangen, um sie für eine tatsächlich oder mutmaßlich von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen, oder um sie oder einen Dritten einzuschüchtern oder zu nötigen, oder aus einem anderen, auf irgendeiner Art von Diskriminierung beruhenden Grund, wenn diese Schmerzen oder Leiden von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person, auf deren Veranlassung oder mit deren ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis verursacht werden. Der Ausdruck umfasst nicht Schmerzen oder Leiden, die sich lediglich aus gesetzlich zulässigen Sanktionen ergeben, dazu gehören oder damit verbunden sind.“ (Artikel 1)

In den Jahren seit der Verabschiedung der Konvention wurde deutlich, dass eine erweiterte Strategie zur Prävention von Folter erforderlich ist. In Folge wurden neben einem Zusatzprotokoll (OPCAT) unter anderem das Amt eines Sonderberichterstatters sowie ein spezielles UN Komitee eingerichtet, welche die Einhaltung der Konvention überwachen sollen. Des Weiteren wurden auch körperliche und psychologische Folgen als wichtige Beweismittel für die Anwendung von Folter anerkannt, dies erfordert allerdings spezifische, einschließlich forensische Kenntnisse, welche besonders in den meisten medizinischen Ausbildungssystemen nur unzureichend vermittelt sind. Ärzte und Psychologen erhalten dadurch eine potentiell wichtige Rolle in der Unterstützung von Überlebenden, aber auch im Kampf gegen Straflosigkeit der Täter und die Ausbreitung von Folter. Studien, wie die von Eisenman, haben gezeigt, dass Folterüberlebende in der Allgemeinversorgung oft nicht erkannt und entsprechend behandelt werden (10) (wobei die UN Konvention den Anspruch von Betroffenen auf eine umfassende, also auch medizinische, psychotherapeutische und psychologische Betreuung, betont. Das „Istanbul Protokoll“ (IP) (Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (12, 14, 27, 35) wurde als internationaler und interdisziplinärer forensischer Standard zum Nachweis von Folterfolgen entwickelt. Es wurde offiziell von der Generalversammlung

der Vereinten Nationen verabschiedet<sup>2</sup> und in der Folge von den Dachorganisationen der Gesundheitsberufe – einschließlich der World Medical Association (WMA) und der World Psychiatric Association (WPA) – angenommen (11). In Deutschland wurde es in die Richtlinien der Ärztekammer<sup>3</sup> zur Begutachtung von Traumaopfern aufgenommen. Es besteht aus sechs Kapiteln, welche eine Übersicht über internationale juristische und berufsethische Standards, allgemeine Empfehlungen zur Einrichtung einer Untersuchungskommission bei Foltervorwürfen, der Durchführung einer unabhängigen Untersuchung und zu medizinischen und psychologischen Aspekten der Begutachtung geben. Trainingsprogramme wurden in verschiedenen Ländern, u. a. auch in der EU, entwickelt<sup>4</sup>, wobei Studien der letzten Jahre eine nach Ländern unterschiedlich nachhaltige Implementierung in der Alltagspraxis aufgezeigt haben (17, 18, 24, 26, 28). Das IP kann dabei nicht als detailliertes Handbuch möglicher Folgen und anzuwendender konkreter Untersuchungsverfahren dienen, sondern allgemeine Prinzipien der Untersuchung festlegen. Aktuelle Erkenntnisse aus den betroffenen Fachgebieten, wie z. B. zur Entwicklung neuer radiologischer Verfahren, aber auch Änderungen der Diagnosesysteme, wie z. B. im DSM und ICD, sind zu berücksichtigen (40).

Psychologische Folgen sind dabei nicht nur als möglicher Beweis von Folter zu sehen, sondern sind auch als mögliche interferierende Faktoren in Bezug auf die Vollständigkeit oder Kohärenz einer Aussage in Gerichts- oder Asylverfahren zu berücksichtigen. Ähnlich wie die EU Richtlinien zur Unterstützung von Opfern anderer Verbrechen in Strafverfahren, betont das IP auch die Bedeutung des Schutzes von Überlebenden vor einer Retraumatisierung durch inadäquate Verfahren. Besonders in Asylverfahren wird dieser nicht nur für Mediziner und Psychologen, sondern auch für Juristen wichtige Grundsatz zunehmend vernachlässigt (5). Weiterhin wird auf besondere psychologische Aspekte der Interaktion mit traumatisierten Opfern oder Zeugen, wie auf Übertragungs-/Gegenübertragungsprobleme, die zumindest Juristen meist nicht vertraut sind, hingewiesen.

Das IP ist, trotz Bedenken einiger Autoren gegen eine „Medizinalisierung“, jedenfalls prinzipiell auch im Asylverfahren anzuwenden (36).

Die UN Konvention betont in diesem Zusammenhang auch besonders den Schutz von Überlebenden vor Rück-

<sup>1</sup> *United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (CAT), [www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx](http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx), Deutsch unter [www.auswaertiges-amt.de/cae/servlet/contentblob/360814/publicationFile/3621/%C3%9CbereinkommenGegenFolter.pdf](http://www.auswaertiges-amt.de/cae/servlet/contentblob/360814/publicationFile/3621/%C3%9CbereinkommenGegenFolter.pdf)

<sup>2</sup> [www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf), deutsche Übersetzung unter [www.v-r.de/\\_uploads\\_media/files/9783737000307\\_frewer\\_oa\\_wz\\_010746.pdf](http://www.v-r.de/_uploads_media/files/9783737000307_frewer_oa_wz_010746.pdf)

<sup>3</sup> Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM) einschließlich „Istanbul Protokoll“

<sup>4</sup> [www.istanbulprotocol.info/index.php/de/](http://www.istanbulprotocol.info/index.php/de/)

schiebung in ein Herkunftsland („Refoulement“), in dem erneute Folter droht (Artikel 3). Als Sonderfall ist es zudem auch als Opferschutzmechanismus zu sehen, welcher, z. B. im Rahmen der aktuellen EU Richtlinie bei Verbrechen in der EU, noch weitergehende Schutz- und Unterstützungsmaßnahmen vorsieht<sup>5</sup>.

## Dokumentation von Gewaltfolgen – und die weiteren Schritte

Neben dem unmittelbaren Schutzbedürfnis spricht eine Reihe von weiteren Gründen für die Dokumentation von Folgen von Folter und anderen Formen krimineller Gewalt (Abb. 1).

Auf diese Fragestellungen sollte in der Befundung ebenso Rücksicht genommen werden wie auf Fragen der besonderen Schutz- und Behandlungsbedürfnisse, beispielsweise dem Schutz vor Schubhaft (Abschiebehaft) und ähnlichen potentiell (re-)traumatisierenden Maßnahmen. Der Auftrag zu einer Untersuchung nach IP sollte dabei durch die ermittelnde Asylbehörde erfolgen, was in der Praxis allerdings offenbar oft vernachlässigt oder dem Antragsteller als kaum zu leistende Beweislast aufgebürdet wird. Dies ist besonders dann nicht akzeptabel, wenn Folter angegeben, aber durch die Behörde angezweifelt wird und somit eine Ablehnung und Abschiebung unter Verletzung internationaler Garantien, insbesondere des Refoulement-Verbots, droht. In diesem Fall kann eine korrekte Untersuchung nach IP-Standard, welche auch eine psychologische Begutachtung zu enthalten hat, auch nicht auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden, was andernfalls, z. B. bei vordringlichen Fragestellungen zu Schutz und Behandlung und nicht rezenten Verletzungen, möglich wäre.

Als nächster Schritt sollte eine Anzeige gegen die Täter, auch wenn unbekannt, erfolgen. So besteht z. B. im österreichischen Ärztegesetz (ÄrzteG) bei schwerer Körperverletzung eine Anzeigepflicht (§ 54 Abs. 4 bis 6). Seitens der Behörde wäre in Folge eine Untersuchung einzuleiten, in der aktuellen Diskussion nach dem Modell der „Universal Jurisdiction“ (eine Anzeigenerhebung und Strafverfolgung durch ein Drittland).

Einen besonderen Aspekt stellen indirekte Opfer, wie z. B. Familienangehörige, dar. Von Interesse ist hier u. a. auch die Würdigung entstandener Leiden, wie es ein ak-

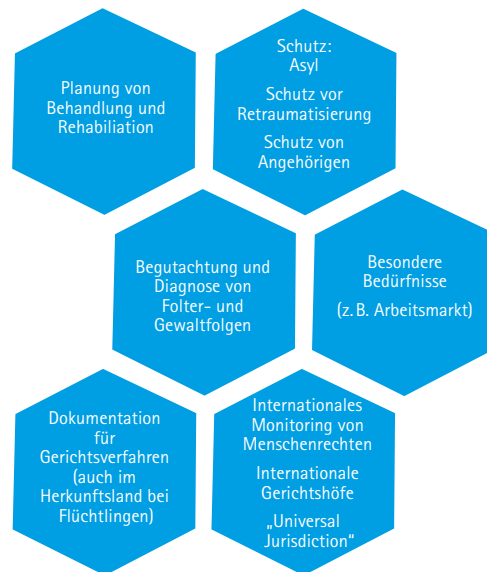


Abb. 1 Ziele der Dokumentation von Gewaltfolgen bei geflüchteten Menschen

tuelles Urteil des Europäischen Gerichtshofs gegen die Türkei zu psychischen Langzeitfolgen bei Familienangehörigen getöteter Zyprioten betont (ECHR Application No.25781/94).

Für die psychiatrische Begutachtung ist es dabei wesentlich, aktuelle diagnostische Standards zu berücksichtigen. Die letzten Revisionen, zumindest des DSM, bringen in diesem Bereich wesentliche Änderungen (40). Die Kriterien der in internationalen Studien besonders bei Folteropfern am besten dokumentierten Folgeerkrankung, der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), wurden um die zuvor überwiegend als „komplex“ eingestuftene Symptomatik erweitert. Bei der neuen Fassung der „International Classification of Diseases“ (ICD 11) der WHO werden diese voraussichtlich als separate „komplexe“ PTBS eingestuft, was vor allem in der Begutachtungspraxis und bei epidemiologischen Studien zu deutlichen Unterschieden führen könnte (4, 6).

Zu berücksichtigen ist weiter, dass neben der mehr spezifischen PTBS auch Depressionen (39, 25, 31, 38), chronische und oft besonders therapieresistente komplexe Schmerzzustände unterschiedlicher Ätiologie (2, 3, 7, 8, 13, 32–34, 41) sowie andere nicht traumaspezifische Erkrankungen bei Betroffenen ebenso häufig zu beobachten sind. Auf das oft übersehene Problem der bei Gewaltopfern häufig erlittenen Schädelhirntraumata (SHT) durch Stöße, Schläge oder Stürze ist dabei besonders Rücksicht zu nehmen (9, 15, 16, 22, 23, 37). Eine Differentialdiagnostik wird dabei oft durch eine Symptomüberlagerung zwischen SHT-Folgen und ähnlichen Symptomen wie Irritierbarkeit, Konzentrationsstörungen, Antriebsverlust bei

<sup>5</sup> Directive 2012/29/EU of the European Parliament and of the Council of 25 October 2012 establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime, and replacing Council Framework Decision 2001/220/JHA

PTBS und depressiven Zustandsbildern sowie durch den unzuverlässigen radiologischen Nachweis bei stumpfem SHT erschwert.

## Spezifische transkulturelle Aspekte

Besonders bei der Diagnostik bzw. Begutachtung bei Patienten aus anderen Kulturen ist zusätzlich auch der sprachliche und kulturelle Hintergrund zu berücksichtigen. Die Entwicklung der aktuellen Revisionen des DSM reflektiert hier eine zunehmende Berücksichtigung von kultursensitiven Modellen und den Einfluss kulturanthropologischer Daten und Modelle. Das DSM 5 sieht daher neue Kategorien vor, von denen besonders kulturabhängige Belastungsreaktionen („Cultural Formulations (Idioms) of Distress“) potentiell von Relevanz für die Begutachtung sind (20). Sie bezeichnen in einer Kultur charakteristisch zu beobachtende Reaktionen auf Belastungen, die von anderen Angehörigen der gleichen Kultur als solche erkannt und in der Regel mit Zuwendung und Unterstützung beantwortet werden. Flucht, Migration oder auch Kulturwandel können in Folge zu Missverständnissen und einer Kommunikationsbarriere und somit auch zu einer Fehleinschätzung in der Begutachtung führen.

Diagnoseinstrumente sollten in der Regel muttersprachlich validiert werden, wobei allerdings unter Berücksichtigung der aktuellen komplexen Modelle transkultureller Aspekte grundsätzlich zu überprüfen ist, ob „Idioms of Distress“ (IoD) tatsächlich durch einen entsprechenden Standardfragebogen, z.B. zu PTBS, erfasst werden oder ob diese zusätzlich zu erheben sind. Bei der Begutachtung kann dabei nicht auf bestehende globalisierte Handbücher zurückgegriffen werden, obwohl vorbildliche Handbücher zum Beispiel für Syrien von UNHCR gemeinsam mit Experten aus dem Bereich der transkulturellen Medizin entwickelt wurden<sup>6</sup>. Das „Cultural Formulation Interview“ (CFI) ist als Teil des DSM 5 geeignet konkrete kulturabhängige Krankheitsmodelle und IoDs zu erfassen (1, 29).

Der Einsatz von Dolmetschern ist als oft unterschätzter Aspekt der Interaktion bei der Begutachtung und Behandlung zu sehen. Oft werden Angehörige oder nicht näher überprüfte Personen eingesetzt. Besonders bei Angehörigen – und nicht nur bei Jugendlichen – kann dies einerseits zu Traumatisierung, andererseits zum Verschweigen wichtiger Information führen. So kann unprofessionelles Dolmetschen in gefährliche Missverständnisse münden. Dolmetschertraining (z. B. QUADA Programm des UNHCR)<sup>7</sup>,

Supervision oder der Einsatz professioneller Telefon- und Videodolmetscher (19) können diese Lücke abdecken.

## Schlussfolgerungen

Folgen von Gewalt, besonders von Folter und sexualisierter Gewalt, erfordern in der Betreuung von Migranten und Geflüchteten besondere transkulturelle, aber auch traumaspezifische und interdisziplinäre Kenntnisse sowie sorgfältige Dokumentation auch nach forensischen Gesichtspunkten. Schutzgarantien, wie Asyl im Rahmen internationaler Menschenrechtsstandards, werden zunehmend vernachlässigt und müssen mehr Beachtung finden.

### Hinweis

Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.

### Interessenskonflikt

Nach Angabe der Autoren besteht kein Interessenskonflikt.

### Literatur

1. Aggarwal NK, Desilva R, Nicasio AV, Boiler M, Lewis-Fernandez R. Does the Cultural Formulation Interview for the fifth revision of the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) affect medical communication? A qualitative exploratory study from the New York site. *Ethn Health* 2015; 20(1): 1–28.
2. Amris K, Williams AC. Managing chronic pain in survivors of torture. *Pain Manag* 2015; 5(1): 5–12.
3. Baird E, Williams ACC, Hearn L, Amris K. Interventions for treating persistent pain in survivors of torture. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 8: CD012051.
4. Bisson JI. What happened to harmonization of the PTSD diagnosis? The divergence of ICD11 and DSM5. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013; 22(3): 205–207.
5. Cleveland J, Ruiz-Casares M. Clinical assessment of asylum seekers: balancing human rights protection, patient well-being, and professional integrity. *Am J Bioeth* 2013; 13(7): 13–15.
6. Cyniak-Cieciura M, Staniaszek K, Popiel A, Pragłowska E, Zawadzki B. The structure of PTSD symptoms according to DSM-5 and IDC-11 proposal: A multi-sample analysis. *Eur Psychiatry* 2017; 44: 179–186.
7. de C Williams AC, Baird E. Special Considerations for the Treatment of Pain from Torture and War. *Curr Anesthesiol Rep* 2016; 6(4): 319–326.
8. Defrin R, Lahav Y, Solomon Z. Dysfunctional Pain Modulation in Torture Survivors: The Mediating Effect of PTSD. *J Pain* 2017; 18(1): 1–10.
9. Doherty SM, Craig R, Gardani M, McMillan TM. Head injury in asylum seekers and refugees referred with psychological trauma. *Glob Ment Health (Camb)* 2016; 3: e28.
10. Eisenman DP, Keller AS, Kim G. Survivors of torture in a general medical setting: how often have patients been tortured, and how often is it missed? *West J Med* 2000; 172(5): 301–304.
11. Furtmayr H, Frewer A. Documentation of torture and the Istanbul Protocol: applied medical ethics. *Med Health Care Philos.* 2010; 13(3): 279–286.

<sup>6</sup> [www.unhcr.org/55f6b90f9.pdf](http://www.unhcr.org/55f6b90f9.pdf)

<sup>7</sup> [www.bfa.gv.at/files/broschueren/Trainingsprogramm\\_WEB\\_15032016.pdf](http://www.bfa.gv.at/files/broschueren/Trainingsprogramm_WEB_15032016.pdf)

12. Haagensen JO. The role of the Istanbul-Protocol in the uphill battle for torture survivors being granted asylum in Europe and ensuring the perpetrators pay. *Torture*. 2007; 17(3): 236–239.
13. Harlacher U, Nordin L, Polatin P. Torture survivors' symptom load compared to chronic pain and psychiatric in-patients. *Torture*. 2016; 26(2): 74–84.
14. Iacopino V, Ozkalipci O, Schlar C. The Istanbul Protocol: international standards for the effective investigation and documentation of torture and ill treatment. *Lancet* 1999; 354(9184): 1117.
15. Keatley E, Ashman T, Im B, Rasmussen A. Self-reported head injury among refugee survivors of torture. *J Head Trauma Rehabil* 2013; 28(6): E8–E13.
16. Keatley E, d'Alfonso A, Abeare C, Keller A, Bertelsen NS. Health Outcomes of Traumatic Brain Injury Among Refugee Survivors of Torture. *J Head Trauma Rehabil* 2015; 30(6): E1–8.
17. Kelly T, Jensen S, Koch Andersen M, Christiansen C, Sharma JR. A comparative study of the use of the Istanbul Protocol amongst civil society organizations in low-income countries. *Torture* 2016; 26(3): 60–73.
18. Keten A, Akcan R, Karacaoglu E, Odabasi AB, Tumer AR. Medical forensic examination of detained immigrants: is the Istanbul Protocol followed? *Med Sci Law* 2013; 53(1): 40–44.
19. Kletecka-Pulker M, Parrag S, Drozdek B, Wenzel T. Language Barriers – A Challenge in the Work with Migrants and Refugees. In: Wenzel T, Drozdek B (Hg). *Identifying needs, vulnerabilities, and resources in refugee persons and groups*. Berlin: Springer 2018.
20. Kohrt BA, Rasmussen A, Kaiser BN, Haroz EE, Maharjan SM, Mutamba BB, et al. Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *Int J Epidemiol* 2014; 43(2): 365–406.
21. Merskey H. Psychiatric aspects of the neurology of trauma. *Neurol Clin* 1992; 10(4): 895–905.
22. Moreno A, Grodin MA. Torture and its neurological sequelae. *Spinal Cord*. 2002; 40(5): 213–23.
23. Moreno A, Peel M. Posttraumatic seizures in survivors of torture: manifestations, diagnosis, and treatment. *J Immigr Health* 2004; 6(4): 179–186.
24. Moreno A, Crosby S, Xenakis S, Iacopino V. Implementing Istanbul Protocol standards for forensic evidence of torture in Kyrgyzstan. *J Forensic Leg Med* 2015; 30: 39–42.
25. Nickerson A, Schick M, Schnyder U, Bryant RA, Morina N. Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Tortured, Treatment-Seeking Refugees. *J Trauma Stress* 2017; 30(4): 409–415.
26. Ozkalipci O. Debate Related to 'A comparative study of the use of the Istanbul Protocol amongst civil society organizations in low-income countries' pp.60–73 Comment II: Documentation of Torture and Justice 'Bon pour L'Orient'?. *Torture* 2016; 26(3): 77–79.
27. Perera C. Review of initiatives adopted for effective documentation of torture in a developing country. *J Clin Forensic Med* 2006; 13(6–8): 288–292.
28. Perera C, Verghese A. Implementation of Istanbul Protocol for effective documentation of torture - review of Sri Lankan perspectives. *J Forensic Leg Med* 2011; 18(1): 1–5.
29. Paralikar VP, Sarmukaddam SB, Patil KV, Nulkar AD, Weiss MG. Clinical value of the cultural formulation interview in Pune, India. *Indian J Psychiatry* 2015; 57(1): 59–67.
30. Scharf M. Long-term effects of trauma: psychosocial functioning of the second and third generation of Holocaust survivors. *Dev Psychopathol* 2007; 19(2): 603–622.
31. Song SJ, Subica A, Kaplan C, Tol W, de Jong J. Predicting the Mental Health and Functioning of Torture Survivors. *J Nerv Ment Dis* 2017.
32. Tsur N, Shahar G, Defrin R, Lahav Y, Ginzburg K. Torturing personification of chronic pain among torture survivors. *J Psychosom Res* 2017; 99: 155–161.
33. Tsur N, Defrin R, Ginzburg K. Posttraumatic Stress Disorder, Orientation to Pain, and Pain Perception in Ex-Prisoners of War Who Underwent Torture. *Psychosom Med* 2017; 79(6): 655–663.
34. Tsur N, Defrin R, Ginzburg K. PTSD, Orientation to Pain, and Pain Perception in Ex-prisoners of War who Underwent Torture. *Psychosom Med* 2017.
35. Ucpinar H, Baykal T. An important step for prevention of torture. The Istanbul protocol and challenges. *Torture* 2006; 16(3): 252–267.
36. Visentin S, Pelletti G, Bajanowski T, Ferrara SD. Methodology for the identification of vulnerable asylum seekers. *Int J Legal Med* 2017.
37. Weinstein CS, Fucetola R, Mollica R. Neuropsychological issues in the assessment of refugees and victims of mass violence. *Neuropsychol Rev* 2001; 11(3): 131–141.
38. Wenzel T, Griengl H, Stompe T, Mirzaei S, Kieffer W. Psychological disorders in survivors of torture: exhaustion, impairment and depression. *Psychopathology*. 2000; 33(6): 292–296.
39. Wenzel T. Torture. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20(5): 491–496.
40. Wenzel T, Frewer A, Mirzaei S. The DSM 5 and the Istanbul Protocol: Diagnosis of psychological sequels of torture. *Torture* 2015; 25(1): 51–61.
41. Williams ACC, Amris K. Treatment of persistent pain from torture: review and commentary. *Med Confl Surviv* 2017; 33(1): 60–81.

### Korrespondenzadresse

Prof. Thomas Wenzel  
 Medical University of Vienna  
 Währinger Guertel 18  
 A-1090 Vienna  
 E-Mail: drthomaswenzel@web.de