

زخم‌های پنهان

راهنمای مقدماتی برای فهم ترا مادر قربانیان سرکوب

مانی عظیم‌زاده



زخم‌های پنهان

راهنمای مقدماتی برای فهم ترا مادر قربانیان سرکوب

مانی عظیم‌زاده



توانا
TAVANA

آموزش‌سکده آنلاین
برای جامعه مدنی ایران
e-collaborative
for civic education



www.tavaana.org

پروژه

e-collaborative
for civic education

www.eciviced.org

زخم‌های پنهان
راهنمای مقدماتی برای فهم تراما در قربانیان سرکوب

مانی عظیم‌زاده

طرح روی جلد براساس کارتون‌ی از رضا عقیلی

ناشر: E-Collaborative for Civic Education

بهار ۱۴۰۴

© E-Collaborative for Civic Education 2025

e-collaborative for civic education

(ECCE (E-Collaborative Civic Education) یک سازمان غیرانتفاعی در ایالات متحده آمریکا تحت 501c3 است که از فناوری اطلاعات و ارتباطات برای آموزش و ارتقای سطح شهروندی و زندگی سیاسی دموکراتیک استفاده می‌کند.

ما به عنوان بنیان‌گذاران و مدیران این سازمان اشتیاق عمیق مشترکی داریم که شکل‌دهنده ایده‌های جوامع باز است. همچنین برای ما، شهروند، دانش شهروندی، مسئولیت و وظیفه شهروندی یک فرد در محافظت از جامعه سیاسی دموکراتیک پایه و اساس کار است؛ همان‌طور که حقوق عام بشر که هر شهروندی باید از آن‌ها برخوردار باشد، اساسی و بنیادی هستند. ECCE دموکراسی را تنها نظام سیاسی قادر به تأمین طیف کاملی از آزادی‌های شهروندی و سیاسی برای تک‌تک شهروندان و امنیت، برابری و عدالت می‌داند. ما دموکراسی را مجموعه‌ای از ارزش‌ها، نهادها و فرایندهای دانی که میسر صلح، توسعه، تحمل و مدارا، تکرارگری و جوامعی شایسته‌سالار است که به کرامت انسانی و دستاوردهای انسانی ارج می‌گذارند.

ما پروژه اصلی ECCE یعنی «آموزش‌شکده توانا: آموزش‌شکده مجازی برای جامعه مدنی ایران» را در سال ۲۰۱۰ تأسیس کردیم. آموزش‌شکده توانا در ارائه منابع و آموزش در دنیای مجازی در ایران، یک نهاد پیشرو است. توانا با ارائه دوره‌های آموزشی زنده در حین حفظ امنیت و با ناشناس ماندن دانشجویان، به یک جامعه آموزشی قابل اعتماد برای دانشجویان در سراسر کشور تبدیل شده است. این دروس در موضوعاتی متنوع مانند نهادهای دموکراتیک، امنیت دیجیتال، حقوق زنان، وب‌نويسي، جدایی دین و دولت و توانایی‌های رهبری ارائه می‌شوند. آموزش‌شکده توانا آموزش زنده دروس و سمینارهای مجازی را با برنامه‌هایی مثل مطالعات موردی در جنبش‌های اجتماعی و گذارهای دموکراتیک، مصاحبه با کنشگران و روشنفکران، دستورالعمل‌های خودآموز، کتابخانه مطالب توصیفی، ابزارهای کمکی و راهنمایی برای آموزشگران ایرانی و حمایت مداوم و ارائه مشاوره آموزشی برای دانشجویان تکمیل کرده است.

تلاش ما برای توسعه توانایی‌های آموزش‌شکده توانا متوجه گردآوردن بهترین متفکران ایران و صداهای حذف‌شده است. به همین ترتیب، به دنبال انتشار و ارتقای آثار مکتوب روشنفکران ایرانی هستیم که ایده‌های آنان در جمهوری اسلامی ممنوع شده است.

یکی از نقاط تمرکز تلاش توانا، ترجمه متون کلاسیک دموکراسی و مقالات معاصر در این باره و نیز ترجمه آثار مرتبط با جامعه مدنی، حقوق بشر، حاکمیت قانون، روزنامه‌نگاری، کنشگری و فناوری اطلاعات و ارتباطات است. امید ما این است که این متون بتواند سهمی در غنای فردی هم‌وطنان ایرانی و بساختن نهادهای دموکراتیک و جامعه‌ای باز در ایران داشته باشد.

سپاسگزار بازتاب نظرات و پیشنهادهای شما!

فهرست

۷	یادداشتی برای خوانندگان
۹	مقدمه
۱۱	خشونت سیاسی
۱۵	شکنجه
۱۸	رویکردهای غیربالینی
۲۱	تراما
۲۵	اختلال اضطراب پس از سانحه
۲۷	شکنجه و تاثیر آن بر سیستم عصبی
۳۰	رویکرد درمانی
۳۴	چرا روایت‌گری؟
۳۶	روایت‌هایی از اروگوئه
۴۵	خاتمه
۴۶	منابع

یادداشتی برای خوانندگان

این کتابچه راهنما جهت آگاهی‌رسانی به بخشی از جامعه فارسی‌زبان تهیه شده است که به طور تخصصی با زندانیان سیاسی آزادشده از زندان در ارتباط هستند. این گروه شامل روان‌شناسان، روان‌درمان‌گران، مددکاران اجتماعی، پزشکان و پرستاران می‌شود. به جز این مخاطبان، دیگر افرادی که علاقه‌مند به آگاهی‌بیش‌تر در مورد مبحث تراما^۱ هستند نیز می‌توانند از مطالب این کتابچه استفاده کنند، اگرچه لازم به تذکر است که برای گروه مخاطب عام، و نه متخصصان، مطالب این کتابچه تنها محتوای آموزشی دارد و این دسته از مخاطبان نمی‌توانند صرفاً با خواندن این مطالب خود را در دسته متخصصان حوزه تراما به شمار بیاورند. اهمیت آگاهی در مخاطبان عام به‌ویژه زمانی پررنگ می‌شود که یکی از نزدیکان ایشان در زمره بازماندگان شکنجه در زندان یا بازداشت باشد.

برخورد صحیح و کم‌اهمیت جلوه‌ندادن آنچه «حادثه منجر به تراما» خوانده می‌شود و نیز خود «تراما»، در تمام سطوح از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است؛ از مراجعه حرفه‌ای گرفته تا درد دل کردن و برخوردهای نزدیک دوستانه و خانوادگی. به همین دلیل، مولف این کتابچه مخاطب عام را نیز در نظر گرفته است.

تدوین‌گر این کتابچه که در کشور کانادا و در حوزه مددکاری اجتماعی و همچنین

۱ Trauma یا آسیب روانی ناشی از حادثه، پاسخ هیجانی شدید به یک رویداد بسیار ناراحت‌کننده یا تهدیدکننده است، مانند تصادف، تجاوز، سوءاستفاده یا بلایای طبیعی.

حوزه آموزش عدالت اجتماعی و جامعه‌شناسی آموزش فعالیت دارد، در تدوین آن از مفاهیم مرتبط با عدالت اجتماعی و واردشدن این مفاهیم به حوزه‌های روان‌شناسی و روان‌درمان‌گری استفاده کرده است. ورود این مفاهیم - پس از توجه فعالان حوزه‌های درمان‌گری و کنشگری - و ورود حوزه کنشگری به محیط‌های آکادمیک باعث شد تا در روند درمان قربانیان تبعیض نظام‌مند، نقش عدالت اجتماعی پررنگ‌تر شود.

نباید فراموش کنیم که کمک‌کردن به قربانیان شکنجه با هدف توانمندسازی ایشان در امر مقابله با شکنجه تنها محدود به روان‌شناسان و درمان‌گران و پزشکان نیست. بلکه اطرافیان قربانیان و همین‌طور کسانی که به‌ویژه در شرایط خفقان و خطر در جامعه کنونی ایران به یاری ایشان می‌شتابند، نقش بسیار مهمی در توانمندساختن قربانیان دارند. یکی از اهداف این کتابچه آشناساختن اطرافیان و این داوطلبان با مفهوم حمایت و کمک است مطالب این کتابچه تماماً بر اساس مراجع معتبر بین‌المللی، مانند دادگاه‌ها و نهادهای بین‌المللی مدافع حقوق بشر، و همچنین مقالاتی علمی تهیه شده است که در مجلات تخصصی چاپ شده‌اند. در تالیف این کتابچه تلاش بر این بوده که مباحث مرتبط با عدالت اجتماعی به مباحث بالینی مرتبط با تراپی پیوند داده شود تا طی مراجعه یا در سراسر روند درمان‌گری، این پیوند بتواند پلی ارتباطی برای مراجع و مرجع باشد. به جز این مراجع، بخشی از این کتابچه شامل تجربیات شخصی زندانیان سیاسی در ایران و دیگر کشورهای است که شرایط مشابه اجتماعی و سیاسی با ایران داشته‌اند و دهه‌ها گرفتار تمامیت‌خواهی حکومت‌هایی قرار گرفته بودند که مانند حکومت جمهوری اسلامی در ایران، ابایی از دستگیری غیرقانونی و ربودن و قتل شهروندان و پنهان کردن اجساد آن‌ها نداشته‌اند.

مقدمه

کورنلیوس کسترا دیس،^۱ فیلسوف و منتقد اجتماعی، واقعه آسیب‌زا را به عنوان یک واقعه که اتفاق افتاده، واقعی، و به عنوان یک تراما، مربوط به ذهن می‌داند. شناختن نقش حقیقت در آسیب‌دیدن و تراماهایی که اشخاص پس از یک رویداد آسیب‌زا تجربه می‌کنند، به همان اندازه مهم است که شناختن کارکرد ذهن در ثبت آن تراما.

زندان بخش مهمی از نظام‌های حکومتی، به‌ویژه نظام‌های استبدادی است. زندان مکانی است برای حبس اندیشمندان و در حقیقت حبس اندیشه، مجازات صاحبان اندیشه و کنترل افرادی که حکومت ایشان را تهدیدی برای بقای خود می‌داند یا دشمن خود تلقی می‌کند. کنترل، عبارت است از تصاحب مالکیت بر اندیشه و جسم صاحب اندیشه. زندان عضو مهمی در بدنه یک نظام دیکتاتوری است؛ یکی از چندین عضوی که آن نظام به واسطه آن مخالفان بالفعل و بالقوه را مرعوب و ساکت می‌سازد.

حکومت جمهوری اسلامی در ایران نیز مانند تمامی دیگر حکومت‌های استبدادی و تمامیت‌خواه، با ایجاد زندان و کنترل شدید آن، بدون ایجاد شفافیت، و البته با نقض فاحش حقوق بشر، از جمله از طریق دستگیری و حبس خودسرانه، شکنجه و ایجاد شرایط سخت، سعی دارد تا افرادی را که درون زندان هستند، به اصطلاح در هم شکنند، و افرادی را که

1. Cornelius Castoriadis.

بیرون از زندان هستند، مورد ارباب قرار دهد. زندان در دست حکومت‌های دیکتاتوری ابزاری است برای سرکوب مخالفان، حفظ کنترل سیاسی و ایجاد ترس در میان مردم. از میان آنچه در زندان‌های حکومت‌های استبدادی می‌گذرد، روایت‌های خشونت از همه پررنگ‌تر است؛ خشونت در تمام اشکال آن، از بازجویی تا حبس در انفرادی و اعدام. تحقیقات نشان داده است که آشنایی بیش‌تر و فراتر از آن، نگاه تخصصی به تأثیرات شکنجه بر جسم و روان اشخاص، در کمک‌کردن به زندانیان آزادشده تأثیر بسیار دارد، زیرا اگرچه از نظر درمان‌گر و پزشک، مراجعان (از نظر آسیب مشترک) با یکدیگر متفاوت نیستند، اما تأثیر شکنجه بر ذهن و بدن انسان متمایز از دیگر آسیب‌های روحی است. با توجه به این‌که طی عمر بیش از چهل و پنج ساله حکومت جمهوری اسلامی تا کنون، شمار زندانیان سیاسی هر روز در حال افزایش است، احتمال این‌که پزشکان و درمان‌گران بیش‌تری مورد مراجعه قربانیان قرار بگیرند نیز هر روز بیش‌تر می‌شود. به همین دلیل، آشنایی با شکنجه و تأثیرات مختص به آن برای این گروه از متخصصان ضروری است.

خشونت سیاسی

خشونتی که توسط حکومت بر افراد مخالف اعمال می‌شود، خشونت سیاسی نام دارد، که شکلی از خشونت است که برای دست‌یافتن به اهداف سیاسی اعمال می‌گردد. همانند حمله یک کشور به کشور دیگر، خشونتی که حکومت بر شهروندان اعمال می‌کند در همه اشکال آن - اعم از ناپدیدسازی قهری، ایجاد جنگ روانی، خشونت نیروهای نظامی و انتظامی، قتل، شکنجه، کشتار قومی و گروهی یا نسل‌کشی - خشونت سیاسی است. خشونت سیاسی و تارماهای ناشی از آن می‌تواند افراد و گروه‌های قربانی را در گذشته‌ای محبوس کند که خشونت در آن روا داشته شده و آن‌ها را از روند عادی رویدادها و حرکت رو به جلو باز دارد. دامنه نتایج حاصل از اعمال خشونت، محدود به زمان و منطقه‌ای که خشونت در آن اعمال شده، نیست. این دامنه تبعات گسترده‌ای دارد. برای مثال، بسیاری از بازماندگان خشونت اقدام به مهاجرت و پناهندگی می‌کنند.

از بیش از ۳۵ میلیون پناهنده در سال ۲۰۲۲، تقریباً پنج و نیم میلیون نفر متقاضی پناهندگی در کشورهای خارجی بوده‌اند. درمان موثر قربانیان شکنجه در یک جامعه، مشکلی است که اگرچه ممکن است در یک جا اتفاق بیفتد، ولی گستره آن غالباً جهانی است. «اختلال اضطراب پس از سانحه»^۱ یکی از علائم معمول در قربانیان شکنجه است.

۱. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) یک اختلال روانی است که ممکن است در افرادی که یک رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده یا شاهد آن بوده‌اند بروز کند؛ مانند بلایای طبیعی، تصادف شدید، اقدام تروریستی، جنگ، تجاوز جنسی یا حمله‌های خشن دیگر.

اگرچه این علامت بخش مهمی از ترامای مداوم ناشی از شکنجه است، اما به طور کامل بیانگر آنچه جسم و ذهن و روان بازماندگان تجربه می‌کند، نیست. درمان‌های متمرکز بر تراما معمولاً بر کاهش علائم استرس ناشی از تراما دقیق می‌شوند، اما باید توجه داشت که بازماندگان شکنجه طیف وسیعی از علائم روان‌شناختی دیگر، مانند افسردگی، خشم و اندوه را نیز به شکلی جدی تجربه می‌کنند.

در کار روان‌درمانی بازماندگان شکنجه نباید سختی دسته‌بندی ترامای چندلایه را دست‌کم گرفت. همچنین، لازم است گروه درمان به این مسئله دقت کنند که حین مراجعه و درمان، احتمال ایجاد ترامای مجدد بالاست.

خشونت می‌تواند از طریق تاثیرات فیزیکی، روانی و عاطفی‌ای که بر قربانی می‌گذارد، در او تراما ایجاد کند. تراما، واکنشی پیچیده به سانحه‌ای جدی و ناراحت‌کننده است و خشونت می‌تواند محرک مهمی در ایجاد چنین واکنشی باشد.

نتایج خشونت اشکال متفاوتی دارد. آسیب فیزیکی یکی از آسیب‌هایی است که خشونت فیزیکی، مثلاً حمله یا تعرض، در قربانی ایجاد می‌کند. آسیب فیزیکی ممکن است منجر به درد و عواقب بلندمدت بشود. آسیب فیزیکی همچنین یکی از دلایل اصلی اختلال اضطراب پس از سانحه است.

آسیب روانی یکی دیگر از عواقب خشونت است. مورد خشونت قرار گرفتن، یا حتی شاهد خشونت بودن می‌تواند به آسیب روانی منجر شود. علائم چنین آسیبی اضطراب، افسردگی، حمله هراس (حمله اضطرابی یا Panic Attack)، یا بی‌حسی عاطفی است. سانحه‌های آسیب‌زاه، به‌ویژه زمانی که با خشونت آمیخته باشند، حس امنیت و اعتماد به دیگری را در قربانی مختل می‌سازد.

آسیب عاطفی نیز از دیگر نتایج خشونت است. قربانیان ممکن است احساساتی مانند ترس، خشم، غم، گناه و شرم را در مقیاسی وسیع تجربه کنند که می‌تواند تا مدت‌ها پس از رخ‌دادن سانحه ادامه پیدا کند. چنین اثرات ماندگاری ممکن است به اضطراب مزمن، اختلال در روابط و تغییر در رفتار بینجامد و در نتیجه علائمی مانند کابوس، بازآفرینی گذشته یا افکار مزاحم در بازمانده به وجود بیاید که همگی از مشخصه‌های اختلال اضطراب پس از سانحه هستند.

خشونت اغلب در محیط‌هایی مانند خانه، محیط‌های اجتماعی، مناطق جنگی یا به

شکل نظام‌مند و توسط حکومت‌های تمامیت‌خواه در مکان‌هایی که تحت کنترل کامل آن‌هاست، مانند زندان‌ها، رخ می‌دهد. تاثیر خشونت می‌تواند توسط عوامل فردی، مانند سن، جنسیت، شرایط سلامت روانی و همچنین تراماهای پیشین تشدید شود. همان‌طور که این عوامل از فردی به فرد دیگر متفاوت هستند، تراما نیز یک تجربه عمیقاً شخصی است و اثرات آن می‌تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. این بدین معنی است که تمامی افرادی که در معرض یک شکل از خشونت قرار می‌گیرند، به اشکال گوناگون با ترامای حاصل از آن برخورد می‌کنند و به آن واکنش نشان می‌دهند. برای برخی از افراد، کنار آمدن با آسیب روحی پس از حادثه، نیاز به مداخلات درمانی مانند مشاوره برای مقابله و بهبود دارد. به جز این مداخلات درمانی، وجود شبکه‌های اجتماعی حمایتی و دسترسی به خدمات سلامت روان در پرداختن به اثرات آسیب‌های ناشی از خشونت ضروری است. به باور بسیاری از محققان معاصر، تمرکز بر این شبکه‌های اجتماعی حمایتی و رویکردهای دیگری علاوه بر رویکردهای بالینی، هنگام برخورد با قربانیان آسیب‌دیده شکنجه امری ضروری است. قربانیان شکنجه عمدتاً به دلیل آنچه طی زمان تجربه کرده‌اند، نسبت به مقامات و نهادها به شدت بی‌اعتماد هستند. رویکردهای غیربالینی، محیطی غیررسمی، امن و دلپذیرتر برای این افراد مهیا می‌سازد. از آن‌جا که بی‌اعتمادی به درمان و حمایت مانعی بزرگ بر سر راه بهبودی است، مهیا کردن چنین محیطی گامی مهم در کار درمان و حمایت است.

از طرف دیگر، به کارگرفتن این رویکرد از جانب تیم درمان و اطرافیان، نیاز به دانش و آگاهی در مورد تبعیض و ستم نظام‌مند و به عبارت دیگر، عدالت اجتماعی دارد.

در طی حیات حکومت جمهوری اسلامی در ایران در چهل و پنج سال گذشته، افراد بسیار زیادی به دلیل تمامیت‌خواهی حکومت و رهبرانش، به زندان افتاده‌اند. بسیاری ناپدید شده‌اند یا در زندان به قتل رسیده‌اند. بسیاری نیز پس از تحمل حبس‌های کوتاه‌مدت یا بلندمدت از زندان آزاد شده‌اند. خوش‌بختانه، با وجود تلاش حکومت در خاموش کردن صدای راویان یا سانسور روایت، روایت‌های دقیقی از جزئیات زندان‌ها و بازداشتگاه‌ها و دیگر مکان‌های متعلق به حکومت مدون شده است. آنچه در این روایات تکرار می‌شود، اشکال متفاوت خشونت و در حقیقت شکنجه است. زندان مکانی است که حکومت اشکال متفاوت خشونت را، که در بالا به آن اشاره شد، بر زندانیان روا داشته است. این خشونت چیزی جز

شکنجه نیست. شکنجه‌ای که در بخش بعدی به آن خواهیم پرداخت و به شکلی ماهیتی آن را بررسی خواهیم کرد.

شکنجه

شکنجه یکی از خشن‌ترین اشکال اعمال قدرت است. شکنجه نه تنها اعمال درد بر بدن قربانی است، که وسیله‌ای برای بیان قدرت و تسلط کامل شکنجه‌کننده بر قربانی است. بدن از خصوصی‌ترین و شخصی‌ترین دارایی‌های انسان‌هاست. سالم نگاه‌داشتن این دارایی، گزینه‌ای پایه در تک‌تک موجودات است. شکنجه فرآیندی است که این دارایی را به دست «دیگر» می‌سپارد تا با ایجاد درد به قربانی اعلام و پس از بار اول یادآوری کند که تحت مالکیت قدرتی است که هر گاه بخواهد، به او آسیب می‌رساند. و عجباً که این قدرت از آن این «دیگر» نیست، که این «دیگر» مجاب شده است که قدرت صاحب قدرت را بر قربانی اعمال کند. شکنجه زبانی است که صاحب قدرت با آن و به واسطه شکنجه‌گر و ابزار شکنجه، به قربانی می‌گوید که تماماً تحت کنترل اوست. شکنجه یعنی اراده صاحب قدرت برای از بین بردن عاملیت قربانی. فرآیندی است که نه تنها ایجاد درد می‌کند، از اعلام این ایجاد درد نیز ابایی ندارد. شکنجه ترکیب هم‌زمان سه پدیده است: درد، عینیت‌بخشیدن به درد، و تبدیل درد به تسلیم در برابر قدرت. علاوه بر آن، شکنجه‌گر سعی دارد علاوه بر مخالفتی که حبس کرده، به مخالفتی که هنوز ابراز مخالفت نکرده‌اند نیز القا کند که چه سرنوشتی در انتظار ایشان است.

شکنجه به سه دسته اصلی تقسیم می‌شود: شکنجه جسمی، شکنجه روانی و شکنجه

جنسی.

شکنجه جسمی

شکنجه جسمی اغلب شامل ضرب و شتم، له کردن، خفه کردن، سوزاندن، برق گیراندن، آویزان کردن، در حمام یخ قرار دادن، چاقو زدن، بریدن، تیر زدن یا محرومیت از آب و غذا و خواب است. ترکیب انواع شکنجه‌های فیزیکی ممکن است منجر به آسیب‌های جدی‌ای شود که بر توانایی قربانی برای راه رفتن، صحبت کردن و قدرت در دست گرفتن اجسام اثر بگذارد یا آسیب‌های عملکردی دیگری ایجاد کند. تکرار شکنجه‌هایی مانند خفه کردن و محرومیت از خواب نیز به اختلالات شناختی می‌انجامد که بر حافظه، عملکرد و درک قربانی تاثیر منفی می‌گذارد. بستن و آویزان کردن نیز اغلب باعث آسیب اعصاب محیطی و اختلال دائمی عملکرد حرکتی می‌شود.

شکنجه روانی

شکنجه روانی شامل اعدام‌های ساختگی، تهدید به مرگ قربانی یا نزدیکان او، محرومیت حسی یا تحریک بیش از حد و سبک رفتاری است. این نوع شکنجه باعث ایجاد روان‌پریشی در اشکال گوناگون می‌شود. علاوه بر آن، بر اعتماد قربانی به گروه درمان خود نیز تاثیر منفی می‌گذارد. در سال‌های اخیر در نظام به اصطلاح قضایی جمهوری اسلامی، تشخیص دروغین مشکلات روانی در مخالفان سیاسی دستگیر شده، تجویز و اجبار به استعمال داروهای روان‌پزشکی و صدور گواهی‌های دروغین روان‌پزشکی بدون معاینات و ارزیابی‌های لازم رواج پیدا کرده است.

این روشی است که حکومت جمهوری اسلامی در ایران نه تنها به منظور تخریب چهره مخالفان و نابودی اعتبار آن‌ها به کار می‌گیرد، که با آن قربانی خود را دچار مشکلات جسمی و در بلندمدت مشکلات روانی می‌سازد.

شکنجه جنسی

شکنجه جنسی شامل تحقیر از طریق لخت کردن، اجبار به درآوردن لباس، تحقیر بدن قربانی، آسیب فیزیکی به اندام جنسی و تجاوز جنسی است. واژه شکنجه در این کتابچه نیز بر اساس تعریف کنوانسیون سازمان ملل متحد علیه

شکنجه^۱ و در همین بافتار به کار رفته است. مطابق تعریف این کنوانسیون، شکنجه به هر عملی اطلاق می‌شود که به وسیله آن درد یا رنج شدید، اعم از جسمی یا روانی، عمداً به کسی وارد شود تا او یا شخص سومی را وادار به ارائه اطلاعات یا اعتراف کند، یا این که او یا نفر سومی را تحت ارباب قرار دهد، یا حتی به هدف مجازات یا پیشگیری از ارتکاب جرم انجام گیرد. تاکید کنوانسیون مزبور در این تعریف، بر نقش دولت، حکومت و مقامات رسمی در اعمال شکنجه است.

ایران یکی از ده‌ها کشوری است که با وجود عضویت در کنوانسیون سازمان ملل متحد علیه شکنجه، حکومت آن به طور گسترده از شکنجه نظام‌مند علیه مخالفان خود استفاده می‌کند؛ از مجازات شلاق و اعدام در ملأ عام گرفته تا شکنجه‌های جسمی، روانی و جنسی در زندان‌ها و بازداشتگاه‌های رسمی و غیررسمی خود.

اعمال نظام‌مند شکنجه را نباید تنها به یک پدیده سرکوب تقلیل داد. شکنجه نظام‌مند اساس نفوذ و اعمال قدرت نه تنها بر شکنجه‌شونده و اطرافیان او، که بر همه افراد جامعه است تا روابط اجتماعی را نیز بر اساس ایدئولوژی و سیاست‌های خود تغییر دهد.

برابر با گزارش وبسایت Statista، در سال ۲۰۲۴ ایران اولین کشوری بود که بیش‌ترین میزان پایمال کردن حقوق بشر در آن اتفاق افتاد. از ابتدای وقوع انقلاب ۱۳۵۷ تا کنون، سازمان‌های متعدد حقوق بشری در مورد افزایش تعداد زندانیان سیاسی و افزایش اعمال شکنجه‌های جسمی و روحی بر آنان گزارش داده‌اند.

۱. کنوانسیون منع شکنجه و دیگر رفتارها یا مجازات‌های بی‌رحمانه، غیرانسانی یا ترحیم‌ناپذیر.

رویکردهای غیربالینی

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، برای درمان و حمایت از قربانیان شکنجه هر دو رویکرد بالینی و غیربالینی ضروری است. یکی از الزامات ارتباط با قربانی شکنجه، در هر دو رویکرد، همدلی است.

در فرهنگ واژگان انجمن روان‌شناسی آمریکا،^۱ همدلی این‌طور معنا شده است: درک دیدگاه، احساسات و افکار دیگری، از زاویه دید خود آن دیگری، و نه از زاویه دید شخص همدلی‌کننده؛ یا تجربه غیرمستقیم احساسات، ادراکات و افکار آن فرد و درک آنچه بر او گذشته از طریق مشاهده و نه الزاما تجربه مشترک. همدلی به خودی خود انگیزه کمک‌رساندن نیست، اگرچه از آن‌جا که ممکن است به همدردی بینجامد یا احساسات شخص همدلی‌کننده را درگیر سازد، می‌تواند در نهایت منجر به کمک‌کردن به دیگری شود. در روان‌درمانی، همدلی درمان‌گر با مراجع می‌تواند راهی برای درک بهتر شناخت‌ها، احساسات، انگیزه‌ها یا رفتارهای مراجع باشد.

همدلی هنگام حمایت از قربانیان زندان و شکنجه سیاسی ضروری و متضمن بازسازی اعتماد، امنیت و بهبودی است. رویکردهایی که با همدلی در هم آمیخته‌اند، محیطی امن و حمایتی در اختیار این قربانیان قرار می‌دهند که افراد در آن احساس احترام و درک

1. American Psychological Association (APA).

می‌کنند؛ دو حسی که برای برقراری هر نوع رابطه انسانی ضروری هستند. کارهای حمایتی و درمانی که با توجه و درک واقعی به نیازهای فرهنگی و هویتی قربانی، و نه تنها از سر رفع تکلیف یا نمایش انجام می‌گیرد، به افراد قدرت می‌دهد تا اختیار روند بهبود خود را به دست آورند. ولی این در اختیار گرفتن چرا ضروری است؟

گفتیم که شکنجه و خشونت سیاسی با این هدف انجام می‌شود که عاملیت فرد در کنترل جسم و روان خود را از او سلب کند. ادغام روش‌های بالینی و غیربالینی وقتی با هدف توانمندسازی انجام می‌گیرد، به شخص قربانی اجازه می‌دهد که در فضایی امن و ساخته‌شده بر پایه اعتماد و کرامت انسانی و از طریق مشارکت کردن در تصمیم‌گیری و داشتن حق انتخاب، کنترل از دست‌رفته را به تدریج بازیابد.

به جز این، یکی از اهداف شکنجه‌گر در اعمال خشونت و شکنجه، زدودن باورها و هویت قربانی است، تا قربانی با احساس عاری‌بودن از هویت، از خود بیگانه شود. توجه و درک نیازهای فرهنگی و هویتی قربانی باعث می‌شود تا خلاء به‌وجودآمده بر اثر شکنجه در طول زمان و به تدریج پر شود.

علاوه بر این‌ها، پرداختن به نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی در رویکرد غیربالینی امکان آسیب‌دیدن مجدد در حین درمان و حمایت را کاهش می‌دهد و اجازه می‌دهد تیم درمان و حمایت‌گران بتوانند دید بهتری نسبت به آینده داشته باشند.

با ادغام همدلی در رویکردهای بالینی و غیربالینی، گروه درمان و حمایت‌گری به شکل جامع و با ایجاد مهارت‌های تاب‌آوری، استقلال شخصی و کرامت انسانی، به قربانیان کمک می‌کنند تا زندگی خود را با امید بازسازی کنند.

نقش روایت در درمان و حمایت

مانند دیگر روابط انسانی، ایجاد همدلی بدون پرداختن به آنچه بر قربانی گذشته، امکان‌پذیر نیست. همدلی درک عمیق احساسات دیگری است. شنیدن روایت‌های شخصی قربانیان حبس و شکنجه برای ایجاد این همدلی ضروری است. به‌اشتراک‌گذاری روایت به قربانی این امکان را می‌دهد تا صدای خود را بازبایی کند، بر تجربیاتش صحنه بگذارد و در یک محیط حمایتی به تراماهای خود بپردازد. روایت، با تبدیل رنج‌کشیدن به شهادت‌دادن، و کمک به بازمانده برای معنابخشیدن به تجربیات خود، حس توانمندی را در او تقویت

می‌کند. علاوه بر این، روایت به افزایش آگاهی می‌انجامد و نظام ظلم را به چالش می‌کشد و به حافظه جمعی و تلاش‌های عدالت‌خواهی یاری می‌بخشد.

یکی از موارد مهم در نحوه برخورد پزشکان، روان‌درمان‌گران، فعالان اجتماعی و دیگر کسانی که با آسیب‌دیدگان روحی و مشخصاً بازماندگان حبس و شکنجه سیاسی رو به رو می‌شوند، نوع واکنشی است که باید به روایت بازماندگان داشته باشند؛ به صورتی که آنچه حبس و شکنجه بر سر بازماندگان آورده است، بی‌اهمیت جلوه نکند یا آن روایات را صرفاً روایتی از گذشته نبیند که دیگر وجود خارجی ندارد. به همین دلیل، هنگام مراجعه بازماندگان به جلسات درمانی و گوش‌دادن به روایت‌های آنان، درمان‌گر باید فرای آسیب‌شناسی آسیب روحی واردشده، حقیقت پشت این روایت‌ها و راهی برای بیان این حقیقت را بیابد، در عین حالی که رنج ناشی از آسیب روحی را بازسازی نکند.

یکی از فعالان سیاسی در زمان استبداد در اروگوئه در این زمینه می‌گوید:

زمانی که من از زندان آزاد شدم، هیچ کس از هم‌حزبی‌هایم به سراغم نیامد تا روایت مرا از آنچه بر من گذشته بشنود. همه ما به زندگی‌هایمان برگشتیم. بسیاری از حرف‌ها ناگفته باقی ماند و این پنهان‌بودن، هیچ کمکی به سلامت روان ما نکرد. من نمی‌خواهم مرا به عنوان یک قهرمان ببینند، اما هیچ یک از ما صرفاً به خاطر خواست شخصی خودمان نبود که آن همه شکنجه را تحمل کردیم.

آنچه در مرور روایت‌ها اهمیت دارد، توجه به این نکته است که بازماندگان شکنجه به دلیلی فراتر از منفعت شخصی مشغول فعالیت سیاسی بوده‌اند و در نتیجه دچار شکنجه شده‌اند

تراما

اما بحث مرکزی این کتابچه: تراما. تعریف انجمن روان‌شناسی آمریکا از تراما به این شرح است: تراما واکنشی احساسی به یک سانحه جدی، مانند تصادف، تجاوز یا بلایی طبیعی است. بهت و انکار بلافاصله پس از سانحه واکنشی معمول است. به جز بهت و انکار، واکنش‌های دیگری هم در بلندمدت در شخص بازمانده ایجاد می‌شود، مانند یادآوری سریع حادثه (فلاش‌بک) در مواقع گوناگون، تیرگی در روابط با دیگران و حتی علائم جسمانی مانند سردرد یا تهوع.

اگرچه تجربه این احساسات پس از سانحه معمول است، برخی از افرادی که سوانح جدی را تجربه می‌کنند و دچار تراما می‌گردند، در گذشتن از تراما و ادامه زندگی به شکل معمول و قبل از سانحه مشکل پیدا می‌کنند.

ساختار مغز ترامازده مورد بررسی و تحقیقات علمی قرار گرفته است. هنگامی که شخصی یک رویداد آسیب‌زا یا هراس شدید را تجربه می‌کند، وضعیت شیمیایی مغز تغییر می‌کند و به دنبال آن، عملکرد مغز متفاوت می‌گردد که در نتیجه، مداری با نام «مدار ترس» در مغز تشکیل می‌شود که وظیفه محافظت از شخص را بر عهده دارد. این سازوکار محافظتی در مغز هر یک از ما وجود دارد.

در مغز ترامازده، هر بار که تراما سر باز می‌کند، مدار ترس فعال می‌شود و این فعال شدن، کار بخش پیش‌پیشانی را، که مسئول تصمیم‌گیری و انتخاب است، مختل می‌سازد. به این ترتیب، شخصی که در میانه سرباز کردن تراما قرار دارد، ممکن است توانایی اندیشیدن به موقعیت به شکل منطقی را از دست بدهد و نیاز به کمک داشته باشد. این حالت به انتخاب خود شخص اتفاق نمی‌افتد، بلکه مغز است که در حالت بقا قرار می‌گیرد و بر اثر فعالیت شدید آمیگدالا^۱ باعث سرکوب عملکرد قشر پیش‌پیشانی می‌شود و به این ترتیب، مدارهای مربوط به بقا بر مدارهای مسئول تصمیم‌گیری غلبه می‌کنند.

۱. Amygdala یک ساختار بادامی‌شکل در ناحیه عمقی مغز است که نقشی کلیدی در پردازش احساسات، به‌ویژه ترس، خشم و تهدید دارد.

این جاست که مفهوم «جنگ و گریز» مصداق پیدا می‌کند. یعنی در شرایط خطر، مغز برای بقا به شخص فرمان می‌دهد که فرار کند یا با منبع خطر بجنگد. البته واکنش سومی نیز در این میان وجود دارد که تحقیقات نشان داده متداول‌ترین واکنش انسان‌ها به خطر است و آن «خشک‌زدن» یا میبهوت‌شدن است؛ به این معنا که شخص نه فرار می‌کند، نه مبارزه؛ یعنی عملاً هیچ واکنشی نشان نمی‌دهد. مانند برخی حیوانات که وقتی نور چراغ قوه یا چراغ ماشین مستقیماً به چشمشان می‌خورد، خشکشان می‌زند.

علاوه بر خشک‌زدن، برخی از آسیب‌دیدگان ممکن است واکنش‌های تنازع بقاء شدیدی مانند بی‌حرکتی‌های شبیه مرگ را تجربه کنند. این واکنش ممکن است در برخی جانداران نیز مشاهده شود. مثلاً ساریغ (Opossum) هنگام ترس می‌لنگد، لنگیدن، احساس خواب‌آلودگی یا بیهوش‌شدن و غش‌کردن یا از دست دادن توانایی حرکت و صحبت، همگی سازوکارهای بسیار جدی و اساسی بقاء در مغز ما و بسیاری از جانداران دیگر هستند. این واکنش‌ها نشانه ضعف نیستند و شخص آن‌ها را از قصد انجام نمی‌دهد. واکنش دیگری که شخص آسیب‌دیده ممکن است آن را تجربه کند، گسستن از بدن خود است که طی آن مغز به حالت خودفرماندهی می‌رسد. در این شرایط، شخص از قشر پیش‌پیشانی برای تصمیم‌گیری استفاده نمی‌کند، بلکه به حالت‌های عادی رفتار می‌کند. واکنش‌های عادی ریشه در هنجارهای اجتماعی بودن انسان دارد. برای مثال، هنجار مودب و خوشایندبودن برای زنان در اجتماع برای محترم شمرده‌شدن.

به این ترتیب، زمانی که آسیب شدیدی مانند مورد تجاوز قرار گرفتن اتفاق می‌افتد، ممکن است برخی زنان آرام و مودب باقی بمانند، که البته به معنای رضایت‌داشتن‌شان نیست، بلکه در واکنش به آن آسیب شدید و ترس ایجادشده، مغزشان از روی عادت و برای بقا به حالت خودفرماندهی می‌رسد.

این یافته علمی در مورد زیست‌شناسی سیستم عصبی مغز به این دلیل مهم است که بسیاری از افراد، به‌ویژه غیرمتخصصان، ممکن است در مواجهه با شخص آسیب‌دیده روحی و هنگام بازسازی آسیب روحی توسط او، فکر کنند که شخص آگاهانه و به اختیار و انتخاب واکنش نشان می‌دهد، و او را این‌طور قضاوت کنند که به فرآیند درمان یا آرام‌شدن کمک نمی‌کند. ولی همان‌طور که عنوان شد، این‌چنین نیست و این مغز شخص است که به او فرمان نشان دادن چنان واکنش‌هایی را می‌دهد.

اگرچه این اتفاق برای بسیاری از بازماندگان سانحه‌های جدی می‌افتد، اما فقط در برخی از آن‌هاست که این حالت تبدیل به اختلال می‌گردد که به آن اختلال اضطراب پس از سانحه می‌گوییم. پرداختن به اختلال اضطراب پس از سانحه نه تنها از منظر بالینی، که از منظر غیربالینی و با عینک عدالت اجتماعی بسیار مهم است. نگاه مبتنی بر عدالت اجتماعی برای به رسمیت شناختن سانحه و تأثیری که بر قربانی داشته بسیار مهم است و نه تنها به عنوان یک ابزار انسانی به بازمانده سانحه کمک می‌کند، که به مرجع نیز کمک می‌کند تا برای ساختن پل اعتماد بین خود و مراجع مصالحی مطمئن‌تر داشته باشد.

دسته‌بندی تراما

تراما به سه دسته حاد، مزمن و پیچیده تقسیم می‌شود که در ادامه شرح مختصری از هر یک ارائه می‌شود.

ترامای حاد

ترامای حاد از یک سانحه واحد به وجود می‌آید. یعنی سانحه‌ای که به واسطه تصادف، اشتباه شخصی یا اتفاقات برنامه‌ریزی نشده اتفاق افتاده است، مانند تصادف با ماشین یا سانحه فوت عضوی از اعضای خانواده. اثرات احساسی و روانی این نوع تراما کوتاه‌مدت و گذراست.

ترامای مزمن

ترامای مزمن در نتیجه تکرار یک سانحه اضطراب‌آور یا قرار گرفتن به طور مداوم در معرض آن به وجود می‌آید، مانند خشونت خانگی، تجربه تعرض در کودکی، یا زندگی در منطقه و شرایط جنگی.

ترامای پیچیده

ترامای پیچیده در نتیجه قرار گرفتن در معرض سانحه‌های متفاوت و گوناگون به وجود می‌آید که معمولاً ماهیت تهاجمی و بین فردی دارد. این دسته از سوانح از کودکی آغاز می‌شوند و تا مدت‌ها ادامه دارند. شکنجه، تبعیض‌های نظام‌مند و اسارت از نمونه این سوانح

هستند. ترامای پیچیده تاثیر قابل توجهی بر زندگی افراد دارد و تصویری که شخص از خود دارد می‌گذارد و توانایی ایجاد رابطه و همچنین توانایی مقابله بر اضطراب را در شخص مختل می‌سازد.

اختلال اضطراب پس از سانحه

همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، واکنش افراد به سانحه و کنار آمدن ایشان با تروماهای واردآمده متفاوت است. تروما را شاید بتوان به استعاره، به زخمی که روی بدن ایجاد شده، تشبیه کرد. برخی از سانحه‌ها بسیار جزئی هستند و آسیب‌دیده از وجودشان بی‌خبر است و تنها زمانی متوجه آسیب‌دیدن می‌شود که خراش یا کبودی مختصری روی پوست خود می‌بیند. بالطبع در بیش‌تر موارد حتی اثری از چنین زخم‌ها یا کبودی‌هایی باقی نمی‌ماند و فرد حتی ممکن است آن‌ها را از یاد ببرد. برخی زخم‌ها و آسیب‌ها اما عمیق‌ترند. این زخم‌ها بسته به وضعیت، ممکن است در زمان طولانی‌تری بهبود یابد. حتی ممکن است بعد از بهبودی جای آن‌ها باقی بماند. در موارد وخیم‌تر، ممکن است سانحه باعث آسیب جدی به بافت‌های دیگر بشود، مثلاً بلندکردن جسم سنگین به شکل نامناسب ممکن است فرد را دچار کمردردی کند که تا پایان عمر با او بماند و شخص مجبور باشد فعالیت‌های خود را پس از سانحه با در نظر گرفتن واقعیت کمردرد تغییر دهد. حتی انجام برخی فعالیت‌ها ممکن است دیگر غیرممکن باشد.

آسیب روحی نیز از این الگو پیروی می‌کند، اگرچه واکنش افراد گوناگون به یک سانحه به دلایل بی‌شمار، متفاوت است. پس از سانحه، افراد به شیوه‌های متفاوت با ترومای حاصله کنار می‌آیند یا به اصطلاح با آن مقابله می‌کنند. برخی روش‌هایی برای کنار آمدن یا همان مقابله بلد هستند یا آن‌ها را در طول روند درمان و مراقبت یاد می‌گیرند. برای

برخی اما کنار آمدن و مقابله با تراما بسیار دشوار یا غیرممکن خواهد بود. در برخی موارد، مانند جنگ، حمله تروریستی، جنایت، تصادف شدید، بلایای طبیعی یا تجاوز، ایجاد اختلال اضطراب پس از حادثه معمول است. ترامای برخی افراد مبتلا به این اختلال ممکن است هنگام به یاد آوردن گذشته‌ای که سانحه در آن رخ داده، بازآفرینی آن یا کابوس‌های مکرر سر باز کند، یا به عبارتی، آن تراما دوباره و دوباره در ذهن شخص سر باز می‌کند (بازسازی می‌شود).

در این موارد، شخص مبتلا به اختلال اضطراب پس از حادثه از فعالیت‌ها یا مکان‌ها یا اشخاصی که رویداد آسیب‌زا را به یادش می‌آورند، دوری می‌کند. همچنین ممکن است در نتیجه‌ی ترامای مجدد، واکنش غلوآمیز غیرمنتظره به یک اتفاق جزئی نشان دهد یا دچار خواب نامنظم، ذهن غیرمتمرکز و حافظه ضعیف شود یا حتی از زنده ماندن پس از سانحه و این‌که دیگرانی طی همان سانحه جان خود را از دست داده‌اند، دچار عذاب وجدان گردد مطابق تحقیقات انجام‌شده در کشورهای پناهنده‌پذیر، شیوع برخی بیماری‌های شایع مانند اختلال اضطراب، اختلال افسردگی و اختلال اضطراب پس از حادثه در پناهندگان شکنجه‌شده به شدت بالاتر است. برای مثال، شیوع اختلال اضطراب پس از حادثه که در جمعیت عمومی، یک درصد است، در پناهندگان جنگی‌ای که شکنجه نشده‌اند، ۲۰ درصد، ولی در پناهندگانی که شکنجه شده‌اند، ۶۷ درصد است و بسیاری از ایشان نهایتاً بر اثر سوءتغذیه یا بیماری‌های عفونی جان خود را از دست می‌دهند.

برخی تحقیقات نشان می‌دهد که ۶۷ درصد از بازماندگان شکنجه دچار اختلال اضطراب پس از حادثه می‌شوند. این اختلال در بازماندگان شکنجه‌های سیاسی (در مورد ایران، مشخصاً شکنجه‌های حکومتی) با گذشت زمان شکل پیچیده‌تری به خود می‌گیرد. این مشکلات علاوه بر خود اختلال اضطراب پس از حادثه، همراه با مشکلات فیزیکی، افسردگی و حتی مصرف مواد مخدر در این اشخاص پدیدار می‌شود و شخص را حتی در انجام امور روزمره و بروز احساسات و عواطف دچار مشکل می‌سازد.

بر اساس تحقیقات انجام‌شده، این اثرات حتی در افرادی که پس از آزادی اقدام به مهاجرت می‌کنند و از خطر دوباره مورد شکنجه قرار گرفتن دور می‌شوند نیز ادامه خواهد داشت. مطابق تحقیقات، میزان عوارض و مرگ و میر پناهندگانی که در کشور خود مورد شکنجه قرار گرفته‌اند، بیش‌تر از گروه‌های مهاجر دیگر است.

شکنج و تاثیر آن بر سیستم عصبی

شکنج، اعم از ضرب و شتم، جراحات حاصل از سلاح‌های گرم و سرد، خفگی، آویزان کردن‌های طولانی‌مدت یا شکنج با برق همگی بر سیستم عصبی شخص آسیب‌دیده تاثیر می‌گذارد. قربانیان شکنج معمولاً علائم عصبی، مانند سردرد، سرگیجه و دَوَران و از دست دادن هوشیاری را نه تنها حین شکنج، که بعد از آن نیز تجربه می‌کنند. تعامل بالینی موفق و موثر با بازماندگان شکنج یعنی: پرهیز از بازسازی تراما، ایجاد اعتماد، محرمانه تلقی کردن روایت و وضعیت ایشان و مهم‌تر از همه، همدلی با آنان. عواقب عصبی شکنج می‌تواند از لحاظ جسمی و روانی ویران‌گر باشد. درمان این بیماری‌های عصبی با سایر بیماری‌ها تفاوتی ندارد، ولی نیاز به رویکرد درمانی بالینی منحصر به فرد و تخصصی دارد. تمرکز تعامل و درمان باید بر اجتناب از آسیب مجدد و کمک به قربانی برای بازگشت مجدد به جامعه در سریع‌ترین زمان ممکن باشد.

تحقیقات بسیاری بر علائم عصبی، یافته‌های فیزیکی و تشخیص‌های مرتبط انجام شده است. برخی از این مطالعات به وجود علائم، یافته‌ها و تشخیص‌های عصبی حاد پرداخته‌اند و برخی دیگر روی علائم مزمن تمرکز می‌کنند. این مطالعات بر گروه‌های گوناگونی از قربانیان شکنج و طی تجزیه و تحلیل یافته‌های مرتبط با آن‌ها انجام شده است؛ گروه‌هایی متکثر از افرادی با خاستگاه‌های اجتماعی و جغرافیایی و پس‌زمینه‌های متنوع فرهنگی، و در شرایط متفاوت مرتبط با آسیب‌های شکنج. ولی علائمی مانند

سردرد، سرگیجه، بی‌حسی و اختلال حافظه هم در سیستم عصبی و هم در سیستم روانی همه این افراد مشاهده می‌شود، و همین مسئله تشخیص بیماری‌هایی مانند سندرم ارگانیک مغز^۱ را با مشکل رو به رو می‌سازد.

علائم عصبی در اغلب بازماندگان شکنجه مشاهده می‌شود. طی یک مطالعه، ۷۵ درصد از کسانی که شکنجه را تجربه کرده بودند، دست‌کم یک علامت را حین شکنجه نشان داده بودند. طی همین مطالعه، ۶۴ درصد از قربانیان، حداقل یک نشانه عصبی را به طور مزمّن تجربه می‌کردند و ۸۶ درصد نیز از علائم عصبی در طول معاینه شکایت داشتند. سردرد شایع‌ترین علامت عصبی گزارش‌شده در قربانیان شکنجه است. طی یک نظرسنجی که در سال ۱۹۹۵ روی زندانیان سیاسی پیشین در ونزوئلا انجام شد، ۸۶ درصد از بیماران از سردرد شکایت داشتند. در مطالعه‌ای دیگر، ۵۴ درصد از بیماران، سردرد در حین شکنجه را به یاد می‌آوردند و ۶۴ درصد از آنان در زمان مصاحبه نیز سردرد داشتند. به جز سردرد، علائم عصبی دیگری نیز در قربانیان شکنجه متداول است که عبارت است از سرگیجه، حس دَوَران سر و ازدست‌دادن هوشیاری. وجود سرگیجه از ۲۰ درصد در زمان شکنجه گزارش شده بود، تا سه درصد در طول معاینه. ازدست‌دادن هوشیاری در ۱۹ درصد موارد به دلیل ضربه به سر، و در ۳۱ درصد از موارد، به دلایلی غیر از آن رخ داده بود. سرگیجه نیز در ۶۸ درصد از قربانیان وجود داشت.

بیش‌تر علائم عصبی فوق در قربانیانی مشاهده شد که حین شکنجه به سرشان ضربه وارد آمده بود. به طور کلی، ضربه به سر در حین هر شکنجه‌ای بسیار محتمل است. طی تحقیقی در دهه ۹۰ میلادی، مشخص شد که ۷۳ درصد از افراد مورد مطالعه ضربه به سر را تجربه کرده‌اند. مطالعه‌ای دیگر بر روی اسیران جنگی در کرواسی نیز حکایت از وارد آمدن ضربه به ۶۷ درصد از قربانیان مورد پژوهش داشت. این نشان از ارتباط بالینی جدی بین ضربه به سر (بدون خونریزی) و سردرد، و همچنین بین ازدست‌دادن هوشیاری به دلیل ضربه به سر و تغییرات در پتانسیل برانگیخته بینایی^۲ دارد.

علائم عصبی دیگری نیز هستند که کم‌تر شایع هستند، شامل احساس گزگز، فلج

1. Organic Brain Syndrome (OBS).

2. Visual Evoked Potential - VEP.

دست و پا و تشنج. به طور کلی، ده درصد از قربانیان شکنجه از حضور چنین علائمی شکایت کرده‌اند. فلج دست و پا در کم‌تر از دو درصد از بیماران و تشنج در بین دو و نیم تا هشت درصد از قربانیان مشاهده شده است. تشنج در قربانیان به میزان زیادی به دلیل اعمال شوک الکتریکی بر قربانی بوده است. یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ۱۶ درصد از قربانیان شکنجه یافته‌های عصبی غیرمعمول از خود نشان می‌دادند که کاهش حس، شایع‌ترین آن‌ها بود. در پژوهشی دیگر، ۲۲ درصد از قربانیان شکنجه طی معاینه فیزیکی، یافته‌های عصبی غیرمعمول از خود نشان می‌دادند. طبق آمار مرکز بهداشت پناهندگان و حقوق بشر در بوستون آمریکا^۱ نیز در جریان معاینه فیزیکی، در هشت درصد از بیماران، یافته‌های عصبی مشاهده شد که شایع‌ترین آن‌ها نیز نقص حسی بود.

1. Boston Center for Refugee Health and Human Rights (BCRHHR).

رویکرد درمانی

هنگام کار با قربانیان شکنجه، پس از اطمینان از امنیت فیزیکی، گام اساسی اجتناب از بازسازی تراما، به وجود آوردن حس اعتماد، تاکید بر محرمانه بودن نتایج و باز هم مهم‌تر از همه، داشتن همدلی با بیمار است. در نظر بیش‌تر قربانیان، شکنجه یک رویداد شرم‌آور است و آنچه طی این رویداد آسیب‌زا بر ایشان وارد آمده، باید از اطرافیان پنهان نگاه داشته شود. این حس شرم ممکن است باعث سکوت قربانی پس از آزادی بشود. سکوتی که به روایت‌نکردن، نشنیدن، همدلی‌نکردن و در نهایت، نپرداختن به تراما و باقی‌ماندن آسیب در ذهن قربانی و تخریب او و اطرافیانش می‌انجامد. پزشکان و درمان‌گران معمولاً اولین کسانی هستند که قربانی، روایت خود را برای آن‌ها تعریف می‌کند. به همین دلیل نیز پزشکان و درمان‌گران برای ایجاد پل‌های اعتماد بین قربانی و جامعه، و ادغام مجدد او در جامعه نقش کلیدی دارند.

جلوگیری از بازسازی تراما

پزشکان و درمان‌گران باید توجه ویژه‌ای به بازسازی‌نشدن تراما داشته باشند. این بازسازی ممکن است ناخواسته اتفاق بیفتد و نه تنها بر خود قربانی، که بر اطرافیانی که شاهد این بازسازی هستند، و حتی خود پزشک و درمان‌گر تأثیر بگذارد. جلوگیری از این بازسازی تا جایی جدی است که در نظام‌های درمان مبتنی بر عدالت اجتماعی، که میزبان قربانی

گریخته از کشور خود هستند، به طور نظام‌مند به پزشکان توصیه می‌شود که پیش از آغاز کار با قربانی، شرایط کشور قربانی و وضعیت سیاسی و اجتماعی آن را با دقت مطالعه کنند تا نه تنها مشکل قربانی، که به‌ویژه سابقه تراما را بهتر درک کنند و از سوء تفاهمات فرهنگی جلوگیری کنند و با این شناخت بهتر وضعیت، به ایجاد همدلی در خود کمک کنند.

پزشک یا درمان‌گری که می‌خواهد با قربانی شکنجه کار کند، باید در رعایت برخی نکات بسیار جدی باشد. مثلاً این‌که:

- اتاق معاینه نباید شبیه سلول زندان باشد، در آن پرده یا صفحه تاشو نباشد و دمای اتاق آسایش‌بخش باشد.
- هنگام اولین ملاقات با قربانی، پزشک باید خود را معرفی کند و هدف از ملاقات را به او توضیح دهد (مثلاً این‌که دیدار برای مشاوره است یا برای برنامه‌ریزی یا معاینه).
- قربانی باید هنگام ملاقات این احساس را داشته باشد که موضوعات مربوط به او و تصمیماتی که قرار است بگیرد، کاملاً تحت اختیار خود او هستند. به عنوان مثال، پزشک یا درمان‌گر باید به بیمار اجازه دهد تا هر زمان که می‌خواهد، مکالمه یا معاینه را متوقف کند.
- همچنین، از به عجله انداختن قربانی، یا پرسیدن سوال به شکل رگباری اجتناب کند، تا خاطره بازجویی را برای او زنده نکند.

یکی از رایج‌ترین اشتباهاتی که پزشکان و درمان‌گران با ارتکاب آن ممکن است تجربه تراما را برای قربانی بازسازی کنند، و متأسفانه در فرهنگ پزشکی جوامعی مانند ایران رایج است، توضیح‌ندادن جزئیات در مورد ملاقات یا معاینه و گام‌های مربوط به آن است. به عنوان مثال، معاینه ساده با چکش رفلکس و ضربه‌زدن به قربانی بدون این‌که از پیش توضیح داده شود، ممکن است خاطره ضربه‌خوردن در حین شکنجه را برای شخص زنده کند. یا دستگاه ام‌آی.آر که شبیه به شکنجه در سلول‌های تنگ یا تابوت است، احتمال دارد بازسازی آسیب را انجام دهد. یا الکترودهای دستگاه‌های گرفتن نوار مغزی ممکن است شبیه به دستگاه‌های شوک الکتریکی شکنجه باشد.

توجه به این نکته مهم نیز ضروری است که همه قربانیان شکنجه آماده نیستند که در اولین ملاقات، سابقه آسیب را با پزشک یا درمان‌گر در میان بگذارند. پزشک و درمان‌گر

باید بداند که علاوه بر ایجاد پل اعتماد، برخی از قربانیان باید با درگیری‌های زندگی و احوال شخصی خود هم کنار بیایند. این درگیری‌ها ممکن است به دلیل خاطره‌ای از شکنجه یا یک سوءتفاهم ساده شکل گرفته باشند. آنچه در تمام این حالات پزشک و درمان‌گر باید در انجام آن بکوشند، این است که به قربانی نشان بدهند که در هر حالتی، برای حمایت از قربانی با او کار می‌کنند.

توجه به این نکته هم ضروری است که بسیاری از قربانیان به دلیل عدم توانایی ممکن است با اطرافیان خود به ملاقات پزشک بروند، و در نتیجه، شرم حضور آنان نگذارد تا مشکلات را به طور کامل با پزشک در میان بگذارند. همراهی کودکان در این شرایط به‌ویژه نیازمند توجه است، زیرا خود در معرض روایت آسیب قرار گرفتن کودکان به آنان آسیب جدی وارد می‌کند.

کار گروهی نه تنها برای موفقیت درمان قربانی مهم است، بلکه جلو آسیب‌دیدن ناشی از شنیدن روایات را می‌گیرد. اعضای گروه درمان ممکن است شامل پرستار، فیزیوتراپیست، مددکار اجتماعی، روان‌درمان‌گر، روان‌شناس یا متخصصان خارج از حوزه درمان باشند. از آنجایی که بیش‌تر قربانیان شکنجه زمانی به سراغ مراقبت‌های پزشکی می‌روند که می‌خواهند جلو ظهور عواقب و تاثیرات دائمی شکنجه را بگیرند، تلاش‌های گروه درمان باید معطوف بر نگه‌داشتن بیمار در سطحی از عملکرد جسمی و روانی باشد، زیرا در صورت بروز عواقب جسمی دائمی، آسیب روحی منبعی برای یادآوری همیشگی آسیب، و همچنین تنش روانی است.

در درون جامعه تحت دیکتاتوری نیز پس از آزادی شخص شکنجه‌شده، شکنجه به اشکال گوناگون ادامه می‌یابد و شخص شکنجه‌شده پس از آزادی نیز همواره مورد پایش نظام بازخواست و بازجویی قرار دارد و خود از این واقعیت، و همچنین واقعیت امکان بازجویی و حبس و تکرار شکنجه اطلاع دارد.

علاوه بر این‌ها، الزامات فرهنگی در هر جامعه ممکن است افراد را در نه تنها ابراز عذاب پس از حبس و شکنجه، که حتی در درکی که از حبس و شکنجه دارند، محدود کند. به این معنا که در بسیاری از فرهنگ‌ها که فردیت نقش چندانی در آن ندارد، فردی که تحت شکنجه بوده است، ممکن است با نادیده گرفتن آسیب شخصی خود، فکر کند که چون مبارزه‌اش در جهت نفع گروهی و اجتماعی بوده، پرداختن به آسیبی که به شخص او وارد

آمده است، ارزش مبارزه‌اش را از بین می‌برد.

تحقیقات انجام‌شده، نشان داده است که در گذشته روان‌شناسان و درمان‌گران با بازماندگان شکنجه‌های حکومتی مانند هر آسیب جسمی و روحی دیگری برخورد می‌کردند و به نظام‌مندبودن و حکومتی‌بودن این آسیب توجه چندانی نشان نمی‌دادند. هنوز هم بسیاری از روش‌های درمان با تمرکز بر علائم و نشانه‌های این پدیده طراحی می‌شود؛ در صورتی که توجه به خصوصیات ویژه شکنجه و عواقب اجتماعی آن ضروری است.

نهاد علم، به‌ویژه علوم انسانی و اجتماعی، در مقاطع بسیاری در خدمت نهاد قدرت قرار می‌گیرد. این اتفاق زمانی می‌افتد که نهاد علم به بهانه استقلال، تاثیر نظام‌های اجتماعی بر افراد جامعه و گروه‌های متفاوت، از جمله قربانیان تبعیض نظام‌مند را در نظر نمی‌گیرد. به همین دلیل یکی از دغدغه‌های مهم امروز در حوزه علوم انسانی و اجتماعی، در پیوند قرار دادن این علوم با مفهوم عدالت اجتماعی است. در علم روان‌شناسی و حوزه‌های پیرامونی آن، این نگرانی زمانی بروز پیدا می‌کند که درمان‌گر یا روان‌شناس با مفهوم اختلال اضطراب پس از حادثه رو به رو می‌گردد. هنگامی که این اختلال نتیجه یک تبعیض یا ستم نظام‌مند است، درمان‌گر باید به این خصوصیت، یعنی نظام‌مندبودن ریشه اختلال، توجه ویژه داشته باشد. در مورد شکنجه نیز علاوه بر خصوصیت نظام‌مندبودن، باید به ویژگی حکومتی‌بودن آن نیز تمرکز کرد. برخی از درمان‌گران با نگاه صرفاً حرفه‌ای به آسیب‌های بازماندگان خشونت نظام‌مند، و در نظر نگرفتن شرایط محیطی و تاریخی این آسیب‌ها، گویی مسئولیت درمان اختلال اضطراب پس از حادثه را تنها بر دوش بازمانده خشونت می‌دانند. در صورتی که اشاره به نقش عوامل خارجی مانند حکومت یا سکوت جامعه، و به رسمیت شناختن آن‌ها مسئولیت درمان اختلال پس از حادثه را به شکل واقع‌گرایانه‌ای سبک‌تر می‌سازد. علاوه بر آن، این به رسمیت شناختن به درمان‌گر نیز در کار درمان کمک می‌کند، زیرا برخی عوامل بیرونی مانند اجتماع یا حکومت که در به‌وجود آمدن آن آسیب نقش داشته‌اند، در بسیاری از موارد توسط قربانی یا درمان‌گر یا حتی نظام درمانی غیر قابل تغییر هستند.

چرا روایت‌گری؟

پیش‌تر به اهمیت روایت اشاره شد. یکی از ابزارهای بسیار مهم برای آشناتر شدن با مقوله شکنجه حکومتی، مرور روایت‌های بازماندگان این شکنجه‌هاست. این روایت‌های شخصی اطلاعات بسیار ارزشمندی در اختیار روان‌شناسان، درمان‌گران، مددکاران اجتماعی و دیگر افراد شاغل در حوزه‌های مشابه قرار می‌دهد. این اطلاعات، به تیم درمان این گروه از مراجعان کمک می‌کند تا برنامه‌های درمانی موثرتری طرح کنند و حتی با استفاده از بررسی روشمند این روایت‌ها، متون مرجع بیش‌تری را منتشر کنند تا چه در این روند رو به افزایش حبس و شکنجه سیاسی و چه در فردای آزادی جامعه ایران به کمک افرادی بیاید که با در نظر گرفتن منفعت اجتماعی به دست یک حکومت تمامیت‌خواه آسیب دیده‌اند.

همان‌طور که اشاره شد، این کتابچه با نگاه به مفاهیم عدالت اجتماعی و اهمیت آن‌ها در کار کمک به قربانی تدوین شده است. در تدوین این کتابچه از مطالعات و تحقیقاتی بهره برده شده که در کشورهایی به جز ایران و پس از رهایی آن جوامع از دیکتاتوری‌ها انجام شده است. اهمیت وام‌گرفتن از تجربیات قربانیان در این جوامع، در این است که در این جوامع نیز استقرار ظلم با وقوع یک انقلاب اتفاق افتاده است. همچنین، تلاش جامعه مدنی برای تغییر نظام حکومتی در این کشورها، تا حد زیادی مشابه تلاش جامعه مدنی ایران است. علاوه بر این‌ها، در این کشورها افراد متحمل تراuma برای شرکت در تحقیقات و مطالعات، آزادی و رضایت کامل داشته‌اند. محققان نیز مطمئن شده‌اند که مطالعات ایشان

باعث آسیب مجدد به افراد نخواهد شد. به همین دلیل، این روایت‌ها و مطالعات تا حد زیادی می‌تواند به عنوان مرجع قابل اطمینان مورد استفاده درمان‌گران و حمایت‌گران قرار گیرد.

روایت‌گری در روایت درمانی

روایت درمانی برای نخستین بار در دهه ۸۰ میلادی پا به عرصه وجود گذاشت. بر همان اساس، دو روان‌شناس شیلیایی به نام‌های سینفیوگوس (Cienfuegos) و مونلی (Mo-nelli) نیز در زمانی که هنوز نظام دیکتاتوری در شیلی پابرجا بود، با زندانیان سیاسی سابق تماس می‌گرفتند و اقدام به مستندسازی آنچه در زندان بر سر این افراد آمده بود، می‌کردند و طی این مستندسازی متوجه شدند که روایت‌کردن به خود راویان کمک می‌کرد.

روایت‌گری قربانیان شکنجه به دلایل متفاوتی اتفاق می‌افتد. این روایت‌گری ممکن است به عنوان شهادت در دادگاه انجام گیرد یا در مصاحبه با رسانه‌ها، در گفت‌وگو با سازمان‌های حقوق بشری، یا در جلسات درمان. فرصت‌دادن به قربانی برای روایت‌کردن و شنیدن این روایت، یعنی اعتباردادن به تجربه تراما، حتی در صورتی که برخی از خاطرات شخص بازمانده حقیقت نداشته باشد. باید به یاد داشته باشیم که حتی اگر مغز خاطره آسیب را به گونه‌ای ضبط کرده باشد که منطبق بر واقعیت نباشد، ترامای ناشی از آن خاطره و یادآوری مجدد آن، واقعی است.

فراموش نکنیم که یکی از چالش‌های زندانیان سیاسی پس از آزادی و به‌ویژه پس از تغییر نظامی که با آن مخالفت می‌کردند، تلاش برای سازگار شدن مجدد با جامعه (درباره تغییر نظام، جامعه و شرایط جدید) و گیر نیفتادن در گذشته‌ای است که در آن آسیب دیده‌اند. پس بدون شنیدن و همدلی، این فرصت را از کسانی که به هر حال برای خواستی فراتر از خواست شخصی مدتی از عمر خود را در زندان گذرانده‌اند و آسیب دیده‌اند، می‌گیریم.

روایت‌هایی از اروگوئه

مانند ایران، بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین در مقطعی از زمان (برخی به مدت چندین دهه) دچار دیکتاتوری و خفقانی شدند که طی عمر این حکومت‌ها هیچ تحقیقی در مورد جنایات انجام‌شده امکان‌پذیر نبود؛ یعنی انجام تحقیقات روان‌شناختی‌ای که بتواند به یاری قربانیان خشونت‌های حکومتی و درمان‌گرانی برسد که در این زمینه فعال هستند. از دیگر سو، شرح آسیب‌های جسمی و روانی حین حبس و شکنجه و حتی بعد از آزادی قربانیان، به دلیل تسلط دستگاه‌های سانسور و حبس و شکنجه بر تمامی ارکان جامعه تقریباً غیرممکن بود، مگر به شکل مخفیانه.

مخالفت نظام‌های دیکتاتوری با روایت‌گری و انجام تحقیقات نظام‌مند بر روایات و تجارب و تراما به دلایل گوناگونی انجام می‌گیرد، از جمله این‌که هر روایت نشان‌دهنده واقعیتی است که در این جوامع اتفاق می‌افتد و حکومت‌های دیکتاتوری معمولاً تلاش در پنهان نگه‌داشتن واقعیت سرکوبگرانه خود دارند. به جز این نیز، این حکومت‌ها روایت آسیب را تهدیدی علیه خود می‌بینند.

در ایران با وجود سرکوب گسترده و شدید، بسیاری از مبارزان یا اطرافیان آنان در زنده‌نگه‌داشتن این روایات با شجاعت بسیار عمل کرده‌اند که این شجاعت نباید هرگز نادیده گرفته شود. با این حال، چون اقدامات تحقیقی بعدی بر این روایات انجام نشده است، تدوین‌گر این کتابچه تمرکز خود را بر این روایات نگذاشته است. علاوه بر این،

پرداختن به کشورهای آمریکای لاتین به این دلیل بوده است که در آن‌ها، مفهوم زندگی جمعی و ارجحیت آن به فردگرایی تا حدودی شبیه به جامعه ایران است. پس از سرنگونی حکومت‌های دیکتاتوری در کشورهای آمریکای لاتین اما، بسیاری از متخصصان دست به اقدام عملی زدند و تحقیقات زیادی در زمینه آسیب‌های جسمی و روانی بازماندگان خشونت حکومتی انجام دادند. این کتابچه با وام‌گرفتن از این تلاش‌ها و تحقیقات و مقایسه جوامع آمریکای لاتین، زمانی که تحت خفقان بودند، با شرایط کنونی کشور ایران تهیه شده است.

یکی از این کشورهای مورد مطالعه، اروگوئه است. خورخه پاچکو،^۱ رئیس‌جمهوری وقت اروگوئه، در سال ۱۹۶۸ میلادی در این کشور وضعیت اضطراری اعلام کرد و به دنبال آن و به این بهانه در سال ۱۹۷۲ آزادی‌های مدنی را به حال تعلیق درآورد. یک سال بعد، در سال ۱۹۷۳ نیروهای نظامی مجلس را منحل کردند و نوعی از حکومت نظامی در اروگوئه برقرار شد. اروگوئه بین سال‌های ۱۹۷۳ تا ۱۹۸۵ به مدت دوازده سال تحت خفقان حکومتی بود که رسانه‌های آزاد را قดغن کرده بود، به گستردگی دست به سانسور می‌زد، و با دست‌زدن به شکنجه، حبس آدم‌ربایی و کشتار مخالفان خود را از سر راه برمی‌داشت. این خفقان و خشونت حکومتی و سیاسی که در بسیاری از موارد به شکنجه و حتی کشتار ختم می‌شد، در کشوری با جمعیتی کم‌تر از سه میلیون نفر، آسیب‌های فردی و جمعی‌ای به وجود آورد که غیر قابل انکار و چشم‌پوشی است.

برخی آمارها حکایت از آن دارند که در آن زمان اروگوئه بیش‌ترین سرانه زندانیان سیاسی را در دنیا داشت. بنا بر تخمین تحقیقاتی که از طرف سازمان عفو بین‌الملل انجام شد، از هر پنج نفر شهروند اروگوئه یک نفر در تبعید زندگی می‌کرد، از هر پنجاه نفر یک نفر بازداشت شده بود، و از هر پانصد نفر یک نفر زندانی می‌شد که بیش‌تر آن‌ها تحت شکنجه قرار می‌گرفتند. این یعنی بیش از ۵۰۰ هزار نفر تبعیدی، ۶۰ هزار زندانی و بیش از دویست نفر ناپدیدشده قهری. یکی از خصوصیات بارز دیکتاتوری اروگوئه در آن دوازده سال، حبس زندانیان سیاسی و شکنجه نظام‌مند آنان بود. وقتی شهروندی به اسارت حبس نظام‌مند توسط حکومت در می‌آمد، عملاً پایانی بر آن حبس متصور نمی‌بود، چون حتی

1. Jorge Pacheco Areco.

پس از آزادی، حکومت تا پایان عمر او را تحت نظارت همیشگی قرار می‌داد. این نظارت به ظاهر غیرخشونت‌آمیز که خارج از زندان بر زندانیان سیاسی سابق اعمال می‌شد، نه فقط سرکوب خود این افراد، که شیوه‌ای بود برای کنترل روابط انسانی در جامعه جهت نفوذ به کوچک‌ترین واحدهای موجود در آن، یعنی حتی خانواده‌ها و افراد. به تعبیری جامع‌تر، فشار حکومت‌های دیکتاتوری بر مخالفان سیاسی، جنگی فرهنگی با جامعه و واقعیت‌های موجود در آن است که اساس زندگی جمعی را تشکیل می‌دهد.

کشور اروگوئه بر خلاف دیگر کشورهای آمریکای لاتین، تنها کشوری بود که در آن، محاکمه نظامیان جنایتکار تا سال‌ها پس از براندازی آن‌ها اتفاق نیفتاد. همین مسئله سبب شده که نویسنده این کتابچه روایت‌هایی از قربانیان شکنجه در این کشور را به عنوان مرجعی برای روایت در نظر بگیرد، تا شاید در زمان حاضر در ایران نیز، مورد استفاده روان‌شناسان، پزشکان و درمان‌گران قرار بگیرد.

چند روزی بود که خبر کشف دو جسد متعلق به زمان استبداد پخش شده بود. خبر کشف این دو جسد باز هم نشان می‌داد که خشونت نظام‌مند استبداد در اروگوئه واقعی بوده. لورا، یکی از مخالفان که در زمان استبداد به مدت هشت ماه زندانی و شکنجه شده بود، این‌طور روایت می‌کند:

آن روز که مثل همیشه برای خرید به آن فروشگاه رفته بودم، فروشنده به من گفت، «یادم می‌آید که شما یک بار به من گفتید که در زمان استبداد زندانی بودید. وقتی خبر کشف اجساد را شنیدم، به شما فکر کردم. آیا «آن‌ها» هیچ وقت با شما بدرفتاری کردند؟ شما را کتک زدند؟» به فروشنده جریان شکنجه‌شدنم را گفتم. گریه فروشنده قطع نمی‌شد. انگار برایش باور کردنی نبود. گویی پس از آن همه سال، پرده‌ای که رو به حقیقت شکنجه به روی چشمش کشیده شده بود، برافتاد. این در مورد بسیاری از افراد جامعه مصداق داشت، که گویی با وجود این که می‌دانستند آدم‌ها به دلایل باورهای سیاسی به زندان می‌افتند، شکنجه و کشته یا ناپدید می‌شوند، اما در عمق ذهنشان باور نکرده بودند.

پرده‌ای که لورا به آن اشاره می‌کند، نشان می‌دهد که رویدادهای آسیب‌زای مرتبط با دوره استبداد چگونه و از چه زمانی در فضای عمومی جامعه، و دیگر نه فقط توسط قربانیان،

به رسمیت شناخته شد. روایت‌هایی را که به این به رسمیت شناخته شدن‌ها انجامید، نباید تنها به عنوان پیروزی حقیقت شناخت؛ این روایت‌ها ساختارهای پیچیده‌ای هستند که قربانی، مسئولان واردآوردن آسیب، و معیارهای اخلاقی جدید جامعه را تعریف می‌کنند و در نهایت، چهارچوبی جدید برای به‌خاطرآوردن در اجتماع می‌سازند. به‌یادآوردن و فراموش کردن، فرآیندهای اجتماعی متناقضی هستند که روایت‌های شخصی در بطن آن‌ها قرار دارد. یک استاد دانشگاه که به مدت چهار سال در اروگوئه زندانی بود و شکنجه می‌شد، این‌طور می‌گوید:

روایت چیزی نیست که فقط به راوی بستگی داشته باشد. چندین علت در هم تنیده‌اند که شرایط خاص و فضاهای خاصی را ایجاد می‌کنند که امکان پژواک روایت شما را فراهم می‌سازند. در این جا [اروگوئه] برای مدت طولانی نمی‌توانستید چیزهایی بگویید و چیزها نباید عیان می‌شدند. آگاه‌بودن و نگفتن، کم‌تر دانستن، رویکردهایی است که عمیقاً در بین مردم ریشه دوانده، زیرا هرچه کم‌تر بدانید و بگویید، بهتر است! گفتن، حتی برای من به‌شدت دردسرساز است

به عبارت دیگر، دریافتن این‌که چه زمانی باید شروع به گفتن کرد، تنها به آسیب و قربانی ربط ندارد؛ شروع به گفتن و روایت، به مجموعه‌ای از عوامل درونی و بیرونی مرتبط است. دادخواهی همان چیزی است که به مردم امکان می‌دهد خاطره سرکوب را زنده نگه دارند و بر اساس آن یک همبستگی اخلاقی جدید ایجاد کنند تا انزوایشان را بشکنند و کنش سیاسی آن‌ها را هدایت کند.

مشکل شکست در حافظه در اروگوئه محدود به ضدیت بین حکومت استبدادی و قربانیان نبود؛ بین خود قربانیان نیز، با وجود آسیب مشترکی که از یک حکومت استبدادی دیده بودند، شکاف سیاسی و ایدئولوژیکی وجود داشت که شکست در حافظه را به نوعی دیگر به وجود آورده بود. این شکست‌ها، و به تبع آن تناقضات، نتیجه ثبت خاطرات، مسئول‌دانستن یکدیگر و در نهایت، ایجاد مفاهیم جدید شد. در یک سو خطوط مشی و ایدئولوژی‌هایی بود که در اتحاد مبارزان با استبداد نقش اساسی داشتند، و در سوی دیگر، همین خطوط مشی و ایدئولوژی‌ها باعث ایجاد شکاف و جداکردن مبارزان شده بود.

به جز آن، بین زنان و مردان قربانی و رویکرد آن‌ها به آسیب وارد از شکنجه تفاوت

وجود داشت. زندانیان سیاسی زن خاطرات مشترک بیش‌تری داشتند. انگار زنان زندانی اختلافات سیاسی خود را در پس‌زمینه نگه داشته بودند و بر متحدبودن و حمایت‌کردن از یکدیگر تمرکز کرده بودند، و بر همان اساس نیز، روایت‌های جمعی‌شان به یکدیگر نزدیک‌تر بود. ماریا الِنا، روان‌درمان‌گری که خود قربانی حبس بود، این‌طور می‌نویسد:

برای ما، زندان فقط یادآور سرکوب‌شدن نبود؛ ما چیزهایی را که خانواده‌هایمان برایمان می‌فرستادند، تقسیم می‌کردیم. به زندانی‌های جدید روش‌های زندگی در زندان را آموزش می‌دادیم. و این همبستگی ما را نجات داد. بر خلاف ما، آنچه ناجی مردان زندانی بود، دخالت آن‌ها در سیاست و مقاومت آن‌ها در تبادل ایدئولوژیک و مباحثه بود. من بعد از تبعید تعدادی از زنانی را که با هم زندانی بودیم، ملاقات کردم و با هم گروهی را تشکیل دادیم. ما با هم جلسات ملاقات و گفت‌وگو ترتیب می‌دادیم، ولی آن جلسات به گونه‌ای نبود که تنها یک نفر سخن‌گو باشد و بقیه گوش بدهند. یکی شروع می‌کرد، یکی دیگر ادامه می‌داد و یکی دیگر پایان. ما روایت‌مان را به شکل جمعی می‌ساختیم.

برای فهمیدن بهتر این تفاوت در عملکرد حافظه، می‌توانیم ابتدا نگاهی به تفاوت‌های اجتماعی-فرهنگی بکنیم. مردان معمولاً از ایدئولوژی‌هایی افسانه‌ای پیروی می‌کردند که اروگوئه را کشوری آگاه می‌دانست، و در عین حال مردان را قهرمانانی بدون شکست تلقی می‌کرد. خستگی، عدم داشتن فضای خصوصی در زندان و مبارزه با زندانیان دیگر برای تصاحب یک فضای شخصی ویژگی‌های عمده روایت مردان زندانی است. به جز آن، زنان زندانی معمولاً در پادگان‌ها حبس می‌شدند که بالطبع فرصت زیست و تعامل اجتماعی در آن بیش‌تر از سلول‌های دو سه نفره‌ای بود که مردان در آن محبوس بودند. و در نهایت، این‌که معمولاً شکنجه توسط مردان اعمال می‌شد، تجربه این خشونت‌ها را متفاوت می‌ساخت. به عبارت دیگر، به قول یکی از شکنجه‌دیدگان، مقابله جنسیت با جنسیت عامل مهمی در ایجاد این تفاوت بود. مبارزه زنان با مردان توانست به همبستگی و اتحاد بینجامد، در حالی که برای مردان، مبارزه با مردانی که شکنجه می‌دادند، شخصی بود. انگار برای زنان سرکوب نه تنها به دلیل اعتقادات سیاسی، که به دلیل زن‌بودنشان نیز بر ایشان اعمال می‌شد.

سایه خاطره بر روزمره پس از زندان

تراما ممکن است قربانی را تا مدت‌ها، گاهی تا آخر عمر، تعقیب کند. سکوت و انزوا دو پدیده مشاهده‌شده رایج در اروگوئه بود. خاطره آنچه بر آنان گذشته بود، گویی تعریفی جدید از مفهوم خود و خویشتن به ایشان داده بود که ختم می‌شد به شکست، از دست دادن امید، و خستگی از زندگی. و در بین سوانح آسیب‌زا، شکنجه متفاوت است. شکنجه قربانی را در حالت عدم قطعیت دائمی قرار می‌دهد که در آن تمایز حافظه و تخیل ساده نیست. کسانی که با این آسیب زندگی می‌کنند، دیگر نمی‌توانند آزادانه زمان را برای خود تعریف کنند. خوزه، یکی از بازماندگان شکنجه در اروگوئه، چنین می‌گوید:

در خیابان راه می‌روم و به دیواری می‌رسم. از آن بالا می‌روم و دیوار دیگری پیدا می‌شود. وقتی به دیوار دیگر می‌رسم، از آن هم بالا می‌روم. بعد، از آن پایین می‌آیم و دیوار دیگری پدیدار می‌شود. به رفتن ادامه می‌دهم. بالا و پایین می‌روم، تا این که روی یک دیوار می‌نشینم. به رو به رو که نگاه می‌کنم، جلویم فقط دیوار وجود دارد، دیوار و دیوار. وقتی از خواب بیدار می‌شوم، خسته‌ام. انگار همه شب در حال صعود کردن بوده‌ام.

بسیاری از زندانیان سیاسی بر این باور بودند که اعضای خانواده‌شان تجارب سخت‌تری را پشت سر گذاشته‌اند؛ این هم کم‌ارزش دانستن خودشان را در نظرشان نشان می‌داد و هم درخواستی ضمنی بود برای فهمیدن خشونت‌هایی که ممکن بود با اعضای خانواده و عزیزانشان داشته باشند. از هفده مصاحبه‌شونده‌ای که پیش از زندانی شدن روابط پایداری داشتند، یازده نفر بلافاصله پس از آزادی از شریکشان جدا شدند. در شرایط گوناگون، چه وقتی که فقط یکی از شرکای زندگی بازداشت می‌شود، چه زمانی که هر دو، چه زمانی که فرزندی وجود ندارد و چه زمانی که زوج بچه‌دار باشند، از هم‌پاشیدن خانواده حاکی از فروپاشی فرهنگی، نفوذ بی‌اعتمادی و بدگمانی به روابط بین فردی و نهادینه‌شدن آن‌ها طی سالیان متمادی است که یکی دیگر از عواقب آسیب شکنجه است. دیه‌گو، یکی از زندانیان سابق در اروگوئه، چنین می‌گوید:

هیچ کدام از ما آماده این نبود که در شرایطی که بر سر ما گذشته بود، زندگی کند. من سه بار ازدواج کرده‌ام و اصلاً خود همین یکی از عواقب زندان است.

خانواده‌هایی که به دست نظامیان از هم پاشیده نشده باشند، ندارند. نظامیان می‌دانستند که طرفی که دستگیر نمی‌شود، به این نتیجه خواهد رسید که طرف زندانی‌شده در دسرساز بوده و رنج با خود به همراه آورده. برخی از آن‌ها به ما می‌گفتند که مقصر تمام مشکلات ما بودیم.

از سوی دیگر، برخی از کسانی که پس از برکناری دیکتاتوری در اروگوئه با روزنامه‌نگاران، محققان، متخصصان یا نویسندگان مصاحبه می‌کردند، خود را قربانی نمی‌دانستند. یکی از عواقب آزادی از زندان، عذاب وجدان زنده‌ماندن و پایداری، یا عذاب وجدان تنها گذاشتن خانواده خود است. این افراد خود را به چشم سربار خانواده می‌بینند؛ خانواده‌ای که مجبور شده از آن‌ها مراقبت کند. در پایان دهه ۹۰ میلادی در اروگوئه، گروهی از زندانیان سیاسی سازمانی بنا کردند برای کمک به کسانی که در شرایط سخت اقتصادی منزوی مانده بودند. بیش‌تر این افراد از قشر ضعیف اقتصادی جامعه بودند و به منابع زیادی دسترسی نداشتند. یکی از کارهای این سازمان به رسمیت شناختن شکنجه و حبس بود و گفتمان حقوق بشر در آن انگار فرصتی بود برای معنایی تازه بخشیدن به زندگی قربانیان شکنجه و حبس. همچنین، این به رسمیت شناخته شدن انگار به آنان امکان داد تا احساس کنند رنجی که کشیده بودند، بی‌هدف نبوده است و به دنبال آن بتوانند از آستانه انزوا و بی‌تفاوتی‌ای که پیش‌تر در آن می‌زیستند، عبور کنند. البته نباید فراموش کرد که پیوستن به چنین سازمان‌هایی، برای قربانی بدون مخاطره نیست. ممکن است قربانی به دلیل ماهیت چنین فعالیت‌هایی، اسیر تصویری شود که به جای رهایی از گذشته، آن را تکرار کند. به این ترتیب، آنچه شکنجه‌دهنده می‌خواست به آن دست بیابد، همواره زنده می‌ماند: نفوذ و شکل‌دادن به ذهن قربانی. به همین دلیل نیز، بیش‌تر بازماندگان به دلیل تعهد آن سازمان به کنشگری سیاسی و فضای به شدت غم‌انگیز در آن، از عضویت در آن سازمان اجتناب می‌ورزیدند. آندره، که به مدت پنج سال در حبس و ده سال در تبعید بود، می‌گوید:

من پیش‌تر عادت داشتم به سازمان بروم. ولی الان کم‌تر به آن‌جا می‌روم، چون انگار که زندان تنها مشکلی است که در آن‌جا مهم است. آدم که نمی‌تواند تا آخر عمر با برچسب «زندانی سیاسی سابق» زندگی کند. بودن در آن سازمان به معنای زندگی در نوستالژی است. من احساس می‌کنم که در آن‌جا در گذشته

محبوسم. ما باید بتوانیم به جای آن به آینده نگاه کنیم و فقط در خاطراتمان زندگی نکنیم. آدم‌ها از نوستالژی ممکن است بمیرند.

مشکل تنهایی و نوستالژی، به‌ویژه نوستالژی‌ای که شخص را در خود و در گذشته محبوس می‌کند و از درک زمان حاضر دور می‌سازد، در بسیاری از روایت‌های زندانیان سیاسی سابق در اروگوئه مورد بحث قرار می‌گرفت. اگر محوری از این بحث‌ها ترسیم شود، انگار در یک سر محور کسانی هستند که اهمیت آسیبی را که به خودشان وارد شده - به‌ویژه در مقایسه با آسیبی که به خانواده‌های افراد ناپدیدشده رسیده - ناچیز می‌شمرند، و در سر دیگر، کسانی هستند که زندانی بودن و مورد شکنجه قرارگرفتن تبدیل به اساس زیستشان می‌شود و در نتیجه تبدیل به شاهدان متحرک تاریخ می‌گردند. هر دو گروه به شکلی متفاوت در حال انجام‌دادن کاری هستند که هانا آرنست آن را «خودانکاری» و «پنهان‌کاری» می‌نامد. ولی تبدیل‌شدن به یک نماد زنده و خاطره متحرک (دو عبارتی که مصاحبه‌شوندگان در مورد خود به کار برده بودند) نشان‌دهنده انکار جریان رونده زندگی نیز هست. در نتیجه‌ی تمام این‌ها، نامرئی‌ماندن - به دلیل پیدانکردن معنا پس از آزادی یا تمرکز بیش از حد بر آن - شکلی از خشونت نرم است که با انسانیت‌زدایی از دیگری یا از خود، نظام اجتماعی را از بین می‌برد.

کار مشکل مرجع، اعم از درمان‌گر یا بقیه، پیداکردن نقاط تعادلی در میانه دو سر محور است که در آن چنین شکلی از خشونت تولید یا بازتولید نشود. ماریانا، استاد بازنشسته‌ای است که توانسته رابطه خود را با خانواده ضدکمونیست خود اصلاح کند، و پس از سال‌ها با شریک سابق خود که پس از آزادی رهایش کرده بود دوباره ازدواج کند. او می‌گوید: بعضی‌ها می‌گفتند ارزشش را ندارد. ولی برای من داشت. به نوعی، احساس می‌کنم که فعالیت من برای ایجاد اروگوئه‌ای بهتر، مثل یک سنگ کوچک عمل کرده. البته نمی‌توانم خوشحال نباشم که به زندگی مرفه خود به عنوان یک استاد دانشگاه برگشته‌ام؛ آسایش خانهم فراهم است، ماشین دارم، ثناتر می‌بینم، غذاهایی را می‌خورم که دوست دارم و حتی همین‌که ظروف هم‌شکل دارم، همه لذت‌بخش است. با وجود شکنجه‌شدن، من دست از این خوشی‌های کوچک برنداشته‌ام.

گذشتن از آسیب روحی پس از حادثه یعنی نه تنها بتوانیم تجربه‌مان را با کلمات صورت‌بندی کنیم، بلکه به آن معنای جدیدی ببخشیم. به عبارتی، آن را زندگی کنیم. به زعم یکی از قربانیان شکنجه، برای کسانی که از شکنجه برمی‌گردند، دوره‌ای وجود دارد که طی آن باید بگویند و باز بگویند. اگرچه این، بخشی از روند درمان و بهبودی است، مانند یک رهایی است. انگار بتوان خود را از طریق روایت آزاد کرد و در عین حال چیزی هم ساخت. این نیاز به گفتن را می‌توان به عیان در روایات قربانیان بازمانده مشاهده کرد. آلفردو آلزوغارات^۱، نویسنده اهل اوروگوئه، خاطرات و کتاب‌های منتشرشده مرتبط با شکنجه زندانیان سیاسی در اروگوئه را «سنگر کاغذی» می‌نامد؛ سنگری که در برابر فراموشی جمعی افراشته شده.

بدون شنیدن روایت قربانی، نه وجدان جمعی یک جامعه از حوادث هولناکی که بر سر جمعی از اعضایش رفته (آن هم بدون این‌که جرمی انجام داده باشند) آگاه می‌شود، نه فرآیند درمان و در نتیجه، مهارت مقابله و کنار آمدن با تراما برای قربانی بازمانده امکان‌پذیر می‌شود. مهم‌تر از آن، بدون شنیدن کامل این روایات و اندیشیدن به آن‌ها، که البته در عین داشتن همدلی با شخص قربانی انجام می‌گیرد، چطور درمان‌گر، پزشک یا حتی دوست بتواند از این آسیب اطلاع پیدا کند؟

به یاد داشتن یک نکته البته ضروری است. روایت‌گری تنها باید در زمانی اتفاق بیفتد که قربانی با اراده خود آن را انجام دهد. تحت فشار اخلاقی قراردادن قربانی برای روایت کردن، باز تولید سرکوب است.

1. Alfredo Alzugarat.

خاتمه

جامعه ایران در شرایط سختی قرار دارد. شرایطی که به دلیل اختناق و خفقان، طی آن انسان‌ها به جرم داشتن عقیده به زندان می‌افتند. بسیاری از افراد در زندان شکنجه می‌شوند، بسیاری بیرون زندان در ارباب به سر می‌برند و کماکان این شرایط ادامه دارد. حکومت جمهوری اسلامی در ایران تنها حکومت استبدادی در تاریخ نیست که شکنجه و حبس از اصول تشکیل‌دهنده آن بوده است. اولین نیست، آخرین نیز نخواهد بود. این اولین و آخرین نبودن، اگرچه غم‌انگیز است، ولی همان‌طور که اشاره شد، به عنوان واقعیتهایی است که باید با آن زندگی کنیم تا شاید بتوانیم به آن معنای جدیدی ببخشیم. به این معنی که از تجربیات جوامع دیگر استفاده کنیم و شیوه‌ای بسازیم که آیندگان از تجربیات ما استفاده کنند.

منابع

1. Alexander, J. C. (2003). *The meanings of social life: A cultural sociology*. Oxford University Press.
2. Amati Sas, S. (2010). Ambiguity as a defence in extreme trauma. In A. Gaudier & A. S. Scalmati, *Bearing witness* (pp. 3–12). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429472213>.
3. Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2212–2220.
4. Bichescu, D. M. (2006). Long-term consequences of political detention and torture in aged victims: A clinical and psychophysiological assessment and treatment study on a Romanian sample. [Doctoral dissertation, University of Konstanz].
5. Botha, M. (2018). Psychological sequelae of political imprisonment, specifically post-traumatic stress disorder, in 491 Days by Winnie Madikizela-Mandela. *Literatur*, 39(1). <https://doi.org/10.4102/lit.v39i1.145>.
6. Caruth, C. (1996). *Unclaimed experience: Trauma, narrative, and history*. The Johns Hopkins University Press.
7. D’Orsi, L. (2015). Trauma and the politics of memory of the Uruguayan dictatorship. *Latin American Perspectives*, 42(3), 162–179. <https://doi.org/10.1177/0094582X15581162>.
8. Ehlers, A., Maercker, A., & Boos, A. (2000). Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 45–55.
9. Embabi, D. (2016). Friendship and solidarity in prison: Mandela and Habashi. *Alif: Journal of Comparative Poetics*, 36, 7–23.
10. European Court of Human Rights. (2021). *Guide on Article 3: Prohibition of Tor-*

- ture. Strasbourg: Council of Europe.
11. Fassin, D. (Forthcoming). A contribution to the critique of moral reason. [Unpublished manuscript].
 12. Gautier, A., & Sabatini Scalmati, A. (2010). *Bearing witness*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429472213>.
 13. Ghaddar, A., Elsouiri, G., & Abboud, Z. (2016). Torture and long-term health effects among Lebanese female political prisoners. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(3), 500–514. <https://doi.org/10.1177/0886260514555865>.
 14. Halvorsen, J. Ø., & Kagee, A. (2010). Predictors of psychological sequelae of torture among South African former political prisoners. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(6), 989–1005.
 15. Hyland, P., Brewin, C. R., & Maercker, A. (2017). Predictive validity of ICD-11 PTSD as measured by the Impact of Event Scale-Revised: A 15-year prospective study of political prisoners. *Journal of Traumatic Stress*, 30(2), 125–132.
 16. Kanninen, K., Punamäki, R.-L., & Qouta, S. (2003). Personality and trauma: Adult attachment and posttraumatic distress among former political prisoners. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 9(2), 97–125. https://doi.org/10.1207/S15327949PAC0902_01.
 17. Kizilhan, J. I., & Neumann, J. (2020). The significance of justice in the psychotherapeutic treatment of traumatized people after war and crises. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00540>
 18. Clinic Community Health Centre. (2013). *Trauma-informed toolkit* (2nd ed.). Clinic Community Health Centre.
 19. LaCapra, D. (2014). *Writing history, writing trauma*. Johns Hopkins University Press.
 20. Maercker, A., Beauducel, A., & Schützwohl, M. (2000). Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 651–660.
 21. Maercker, A., & Schützwohl, M. (1997). Long-term effects of political imprisonment: A group comparison study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 435–442.
 22. Matin-Asgari, A. (2006). Twentieth century Iran's political prisoners. *Middle Eastern Studies*, 42(5), 689–707. <https://doi.org/10.1080/00263200600826323>.
 23. Moreno, A., & Grodin, M. A. (2002). Torture and its neurological sequelae. *Spinal Cord*, 40(5), 213–223.
 24. Palma, E., Faúndez Abarca, X., & Bravo, D. (2021). Teaching them that pain exists: Dilemmas regarding memory transmission and entrepreneurship in adult children of former political prisoners. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(13–14), 6550–6577. <https://doi.org/10.1177/0886260518819881>.
 25. Peckel, L. (2017, December 19). *Treatment of torture survivors in a global envi-*

- ronment of refugees seeking asylum. *Psychiatry Advisor*. Retrieved from <https://www.psychiatryadvisor.com>.
26. Salo, J., Punamäki, R.-L., & Qouta, S. (2008). Individual and group treatment and self and other representations predicting posttraumatic recovery among former political prisoners. *Traumatology*, 14(4), 23–45. <https://doi.org/10.1177/1534765608319079>.
 27. Savloff, L. (2023). The afterlives of political violence in Argentina: The gendered body and everyday cruelty. *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, 28(1), 42–52. <https://doi.org/10.1111/jlca.12655>.
 28. Scarry, E. (1985). *The body in pain: The making and unmaking of the world*. Oxford University Press.
 29. Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III Trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 202–210. <https://doi.org/10.1177/0306624X99432007>.
 30. Stein, D. J. (1999). Treating victims of torture. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. Cambridge University Press.
 31. UNHCR. Refugee statistics. Retrieved from <https://www.unhcr.org/refugee-statistics>.
 32. van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdolkolk>.
 33. van Dijk, J. A., Schoutrop, M. J. A., & Spinhoven, P. (2003). Testimony therapy: Treatment method for traumatized victims of organized violence. *American Journal of Psychotherapy*, 57(3), 361–373. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2003.57.3.361>.
 34. Willis, S., Chou, S., & Hunt, N. C. (2015). A systematic review on the effect of political imprisonment on mental health. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 173–183.
 35. Wispe, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 314–321.

