

درمان هیجان‌مدار ترومای پیچیده

رویکردی یکپارچه

فهرست مطالب

مقدمه نویسنده بر ترجمه فارسی	۹
مقدمه	۱۱
فصل ۱: تروما و تأثیرات آن	۱۹
فصل ۲: مدل درمان تروما در درمان هیجان‌مدار	۴۱
فصل ۳: هیجان	۶۵
فصل ۴: تجربه کردن	۸۹
فصل ۵: برقراری اتحاد درمانی	۱۱۳
فصل ۶: تقویت تجربه کردن	۱۴۱
فصل ۷: روند مواجهه تجسمی	۱۶۹
فصل ۸: کاهش ترس، اضطراب و اجتناب	۱۹۷
فصل ۹: تغییر گناه، شرم، و خودسرزنشگری	۲۲۳
فصل ۱۰: حل و فصل خشم	۲۵۱
فصل ۱۱: حل و فصل غم و سوگ	۲۷۷
فصل ۱۲: پایان درمان	۳۰۱
کلام آخر	۳۱۷
ضمیمه الف: فرم کوتاه مقیاس تجربه درمانجو	۳۲۱
ضمیمه ب: فرم کوتاه فهرست اتحادکاری	۳۲۳
ضمیمه ج: مقیاس درجه حل و فصل	۳۲۵
منابع	۳۲۷
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۳۳۹
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۳۴۱
درباره نویسندگان	۳۴۳

مقدمه نویسنده بر ترجمه فارسی

باعث افتخار من است که مقدمه‌ای برای ترجمه فارسی درمان هیجان‌مدار ترومای پیچیده بنویسم. ترومای پیچیده شامل آزار و غفلت و خیانت‌های مکرر از سوی افراد قابل اعتماد، صاحبان قدرت، مراقبان و افراد دوست‌داشتنی در متن روابط دلبستگی است. درمانجویان روان‌درمانی با تاریخچه‌هایی از این نوع تروماهای رابطه‌ای در همه جای دنیا وجود دارند. این تجربیات کودکی ممکن است به مجموعه‌ای از آثار طولانی‌مدت از جمله علائم PTSD، اضطراب و افسردگی منجر شوند، نقص‌هایی در ظرفیت هیجانی (آگاهی و تنظیم) ایجاد کنند، اعتماد به نفس و عزت‌نفس پایین، هویت فردی مبهم، بی‌اعتمادی بین‌فردی و مشکلاتی با صمیمیت، سوگ حل‌نشده در فقدان‌ها و نیازهای تأمین‌نشده دلبستگی و مشکلات حل‌نشده با عاملان تروما و چهره‌های دلبستگی را به همراه داشته باشند. اختلال در فرایندهای هیجانی و روایتی در هسته این مجموعه از آشفتگی‌ها قرار می‌گیرد.

برای بررسی این مشکلات و آموزش در این رویکردها به درمان‌های مؤثر نیاز است. درمان هیجان‌مدار ترومای پیچیده با بیش از سی سال پژوهش، چنین درمان مؤثری است که هم از اثربخشی درمانی و هم از فرایندهای تغییر صورت‌گرفته در جلسات درمانی حمایت می‌کند. کارگاه‌های بین‌المللی و آموزش‌هایی در درمان هیجان‌مدار تروما شاهدهی برای افزایش آگاهی از سهم ویژه این درمان در زمینه بهبودی از تروما است. جالب است که ترجمه فعلی درمان هیجان‌مدار ترومای پیچیده، این گزینه درمان اثربخش را بیشتر در دسترس ایرانیان قرار می‌دهد.

صرف‌نظر از این رویکرد، برای درمان اثرات ترومای پیچیده لازم است به درمانجویان کمک شود به احساسات دردناک و خاطرات مرتبط با آزار و غفلت دست یابند و آنها را کاوش کنند، هیجان‌نا سازگار (ترس، شرم) را تغییر دهند و معناهای سازگارتری در ارتباط با خود، دیگران و رویدادهای آسیب‌زا بسازند. این درمان مبتنی بر مبانی جامع نظری و پژوهشی مدل عمومی درمان هیجان‌مدار است که برای نیازهای خاص این گروه از درمانجویان طراحی شده است. به این ترتیب، تمرکز درمان هیجان‌مدار ترومای پیچیده با محوریت هیجان در تروما و بهبودی از آن، به درمانجویان کمک می‌کند در بافت یک رابطه درمانی امن، مشارکتی، و با پاسخ‌گویی همدلانه، به احساسات و خاطرات دردناک تروما دست یابند و هیجان را به عنوان منبعی از اطلاعات که راهنمای کارکرد سازگار است بشناسند. این درمان در بردارنده مداخلات قدرتمند گشتالتی است که برای کاهش احساس گناه و شرم به درمانجویان کمک می‌کند، غم و خشم سازگار را ابزار و مسائل مرتبط با چهره‌های دلبستگی و عامل آزار و غفلت را حل کنند. علاوه بر این، تمرکز درمان هیجان‌مدار به ویژه در تروما بر کاهش ترس و مشکلات پردازش هیجانی ناشی از اجتناب تجربی است که مشخصه این دسته از درمانجویان است.

این مشکلات در دستیابی به موضوع تروما، مشارکت در شیوه‌های فراخوانی‌کننده تجربه مجدد و بنابراین پردازش هیجانی و بهبودی از تروما اختلال ایجاد می‌کنند. در این درمان مسائل بدتنظیمی هیجانی بررسی می‌شود و روش‌های کمتر تنش‌زا و فراخوانی‌کننده به درمانجویان کمک می‌کند. خاطرات تروما را دوباره تجربه کنند، به‌طور تجسمی با عامل تروما مواجه شوند و به حل مسائل بین‌فردی آسیب‌زا بپردازند. همچنین درمان هیجان‌مدار تروما، دارای فواید درمانی مشخصی است که هر یک شامل تکالیف و فرایندهای خاصی می‌شود و به‌طور متوالی بر اساس هم به پیش می‌روند؛ درمان با ایجاد اتحاد درمانی امن شروع می‌شود، با ارائه روش‌های تجربه‌کردن مجدد، ادراک خویشتن درمانجو را تقویت می‌کند و با حل مسائل بین‌فردی خاتمه می‌یابد. آرزوی قلبی من این است که این کتاب برای درمانگران ایرانی کسانی که متعهد به کمک به این دسته از درمانجویان آسیب‌پذیر و خانواده‌هایشان هستند، مفید واقع شود.

ساندرا پایویو

کانادا، تورنتو ۲۰۱۸

مقدمه

به‌طور کلی تروما شامل تجارب طاقت‌فرسای هیجانی است که می‌تواند اثرات مخرب روانی، جسمی و اجتماعی به همراه داشته باشد. ترومای پیچیده به‌طور مشخص، اغلب مواجهه مکرر با خشونت، عهدشکنی و بی‌اعتمادی در روابط با چهره‌های دلبستگی است. بدرفتاری و غفلت از سوی مراقب و افراد مورد علاقه در هر سنی، می‌تواند اثرات مخربی داشته باشد ولی اگر این رویدادها در کودکی رخ دهند ممکن است اثرات زیان‌بار بیشتری بر رشد کودک بگذارند و به مجموعه‌ای از آشفتگی‌های طولانی‌مدت منجر شوند. پیامدهای اثبات‌شده تروما، شامل اختلال استرس مزمن پس از آسیب، سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی، وابستگی به مواد، رفتارهای آسیب‌زننده به خود و آسیب‌شناسی شخصیت می‌شود. شاید مخرب‌ترین پیامد تروما، تأثیرات منفی این تجربه‌ها بر رشد و مهارت هیجانی، ادراک خویشتن و ظرفیت افراد در روابط بین‌فردی باشد. اگرچه تجربه‌های بدرفتاری و غفلت شامل مواجهه با آسیب و احساس درماندگی و وحشت است، تشخیص استرس پس از آسیب لزوماً ویژگی معرف مشکلاتی که می‌توانند از پی بیابند، نیست. علاوه بر ترس، بسیاری از هیجانانگیز درون‌ناک و تهدیدکننده منابع قابل توجهی از پریشانی در افرادی با سابقه آزار کودکی ایجاد می‌کنند. این هیجانانگیز شامل احساس گناه، شرم و خودسرزنشگری برای قربانی‌شدن؛ خشم در برابر خشونت و بدرفتاری و غم از دست دادن بسیاری از چیزهایی است که با تروما، به‌ویژه ترومایی که توسط افراد دوست‌داشتنی صورت گرفته، مرتبط می‌شوند.

بدرفتاری کودکی هم در جمعیت عادی و حتی بیشتر از آن، در نمونه‌های بالینی به شکل نگران‌کننده‌ای رایج است. اغلب متخصصان بر این نکته توافق دارند که شروع مواجهه با تروما در دوران رشد کودکی نسبت به بزرگسالی بسیار شایع‌تر است (مانند ون‌درکولک، ۲۰۰۳). در میان درمانجویان روان‌درمانی، سابقه ترومای آزار کودکی به ۹۰٪ می‌رسد (پیلکینگتون و کرم، ۱۹۹۵). علاوه بر این، به‌دلیل اینکه ترومای آزار کودکی عامل خطر مهمی برای قربانی شدن مکرر است، بسیاری از این افراد توسط چندین فرد خطاکار در معرض انواع آزار و غفلت قرار گرفته‌اند. به زبان ساده باید گفت، بیشترین کار متخصصان بالینی در آینده با درمانجویانی خواهد بود که سابقه ترومای پیچیده دارند و بسیاری از آنها به‌طور معمول در حال درمان این بازماندگان بزرگسال در درمان‌هایشان هستند. به دلیل اینکه عدم قبول روش‌های مبتنی بر مواجهه و نرخ ترک درمان در این گروه بالینی به‌نحو بارزی بالا است، آشنایی بالینگران با گزینه‌های درمانی مؤثر دیگر، بسیار حائز اهمیت است. در این زمینه، درمان هیجان‌مدار تروما سهم مؤثر و ویژه‌ای را در نظریه‌پردازی، تحقیق و درمان فراهم ساخته است.

درمان هیجان‌مدار تروما چیست؟

درمان هیجان‌مدار تروما، روش درمان فردی مؤثری است که بر مجموعه‌ای از آشفتگی‌های مرتبط با ترومای پیچیده متمرکز شده است. این شیوه، علاوه بر علائم پریشانی و مشکلات کارکردی، به‌طور خاصی بر حل مشکلات بدرفتاری و غفلتی تمرکز دارد که در گذشته و توسط عامل تروما که اغلب از چهره‌های دلبستگی است، صورت گرفته است. علاوه بر اینکه این درمانجویان از مشکلات فعلی‌شان دچار آشفتگی می‌شوند از ترمیم این زخم‌های عاطفی نیز ناتوان هستند. با ایجاد رابطه‌ی درمانی قوی، تعارضات فرد با شخص مهم زندگی‌اش حل می‌شود، نشانه‌های پریشانی کاهش می‌یابد، عزت نفس فرد بالا می‌رود و در عملکرد کلی بین فردی نیز، بهبودی حاصل می‌شود.

تا امروز، درمان هیجان‌مدار تروما تنها درمان فردی مبتنی بر شواهد است (پاپویو، جری، چاگی‌گیورگیس، هال و رالستون، زیرچاپ؛ پاپویو و نیوون‌هویس، ۲۰۰۱). و برای درمان مردان و زنانی به‌کار گرفته می‌شود که درگیر انواع مختلفی از بدرفتاری‌های دوران کودکی (آزار عاطفی، جسمی، جنسی، و غفلت عاطفی) هستند. به جز پژوهش‌هایی که از درمان هیجان‌مدار تروما حمایت می‌کنند، تقریباً تمامی پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه‌ی درمان فردی ترومای پیچیده، فقط شامل زنان بازمانده از آزار جنسی می‌شد که تشخیص اختلال استرس پس از آسیب را دریافت کرده بودند (چارد، ۲۰۰۵؛ رسیک، نیشیت و گریفین، ۲۰۰۳) در حالی که تنها یک مطالعه بر روی بازماندگان بدرفتاری جسمی و جنسی انجام شده است (کلوتره، کوئن، دوهن و هان، ۲۰۰۲). با وجود این، تأثیرات منفی بدرفتاری دوران کودکی، منحصر به این زیر گروه نیست و همان‌طور که پیش از این هم گفته شد، تشخیص اختلال استرس پس از آسیب، الزاماً ویژگی معرف اختلال‌های استرس پس از آسیب پیچیده نیست (ون-درکولک، ۲۰۰۳). به‌طور متوالی، متخصصان بالینی در درمانجویان خود با موارد پیچیده‌ای از افسردگی یا اضطراب مواجه می‌شوند که این اختلالات به‌وضوح به تاریخچه‌ی فردی بدرفتاری در کودکی آنها مرتبط است و ممکن است آنها هنوز معیارهای تشخیص اختلال استرس پس از آسیب را دریافت نکرده باشند. علاوه بر این، با توجه به اینکه شواهد موجود نشان می‌دهد تمایز اندکی میان انواع بدرفتاری‌های دوران کودکی وجود دارد، درمان هیجان‌مدار تروما آشفتگی‌هایی از این دست را که در میان انواع مختلف بدرفتاری و بی‌توجهی رایج هستند، مدنظر قرار می‌دهد. در ابتدای این درمان، درمانجویان تجربه‌های مربوط به تروما و اشخاص آزارگر/ طردکننده‌ای را که قرار است در جلسات درمان بر آنها تمرکز شود، مشخص می‌کنند. به دنبال آن شیوه‌ی درمان برای بررسی نیازهای درمانی درمانجو، به اندازه‌ی کافی انعطاف‌پذیر می‌شود.

تحولاتی در رویکرد هیجان‌مدار

درمان هیجان‌مدار تروما به‌عنوان یکی از رویکردهای هیجان‌مدار، در میان دسته‌ای از درمان‌های

روان‌شناختی در حال رشد قرار دارد که برای اختلالات و آشفتگی‌های خاصی منظور شده است. از همین روی، مدل درمان عمومی هیجان‌مدار (گرینبرگ و پایویو، ۱۹۹۷)، با اصلاح مداخلات و متناسب کردن ساختار آن با نیازهای خاص قربانیان تروما، با درمان فعلی ترومای پیچیده مطابقت داده شده است. این پیشرفت‌ها مبتنی بر برنامه‌های تحقیقاتی طولانی‌مدتی است که موجب برخی تفاوت‌های مهم نسبت به مدل اصلی شده تا با جامعه هدف تناسب بیشتری پیدا کند.

برای مثال در مقایسه با درمانجویان افسرده‌ای که با درمان هیجان‌مدار درمان شده بودند و آنهایی که از ترومای مزمن بین‌فردی رنج می‌بردند و درمانی دریافت نکرده بودند، تفاوت‌های اساسی وجود داشت و این موضوعی است که به‌طور ویژه باید در رابطه با آن به مدیریت علائم و مهارت‌های تنظیم هیجانی در افراد بهبودیافته توجه کرد. علاوه بر این، افرادی که از اختلال استرس پس از آسیب یا اختلالات استرس پیچیده پس از آسیب رنج می‌برند، مدام دچار آشفتگی‌هایی در حافظه روایی می‌شوند و مشکلاتی با برچسب زدن یا توصیف احساسات‌شان (الکسی‌تایمیا) دارند. در میان این افراد، ابتلای هم‌زمان با اضطراب اجتماعی نیز شایع است و در روابط جدید محتاط هستند. همه این مشکلات درمانجو ممکن است مستلزم اندکی سبک رهنمودی بیشتر از سوی درمانگر و نیز تغییراتی باشد که در مدل اصلی درمان هیجان‌مدار بر آن تأکید می‌شود.

علاوه بر این، شیوه کلاسیک صندلی خالی که در درمان هیجان‌مدار برای بررسی مسائل بلندمدت بین‌فردی یا «کار ناتمام» با افراد مهم به‌کار گرفته می‌شود، هنگام بررسی مشکلات مربوط به عوامل آسیب‌ناهمی نمی‌تواند همیشه در فرم کلاسیک مناسب یا کارآمد باشد.

ممکن است درمانجویان آسیب‌دیده در مواجهه تجسمی با عامل تروما، با مشکلات قابل‌توجهی روبرو شوند و مداخلات به‌طور مرتب، مستلزم توجه بیشتر به تنظیم عواطف یا استفاده از مداخلات جایگزین برای این افراد شود. این تکلیف در درمان هیجان‌مدار تروما در مقایسه با مدل اصلی، به شیوه‌ای دقیق‌تر شامل اصول مواجهه تدریجی با تروما است. بنابراین کار کردن با ترومای پیچیده، علاوه بر کار با حافظه، تغییراتی را در مداخلات برای بررسی مجموعه جدیدی از نیازهای درمان، ضروری ساخته است.

در نهایت، گرچه مدل عمومی درمان هیجان‌مدار می‌تواند برای بررسی فرایندهای خودانتقادگری یا فرایندهای بازدارنده خود و زخم‌های بین‌فردی درازمدت تکالیفی را با هم ادغام کند، این تکالیف ممکن است با نظم و ترتیب خاصی رخ ندهند و هر یک به‌طور مستقل نیز مورد استفاده قرار گیرند. از طرفی، مشاهدات درمانی قربانیان ترومای پیچیده نشان می‌دهد، درمان هم مستلزم بررسی آشفتگی‌های مرتبط با خود و هم آشفتگی‌های مرتبط با دیگران است. همچنین ما دریافتیم که تا ابتدا آشفتگی‌های مرتبط با خود از قبیل (ترس، اجتناب، خودسرزنشگری) در درمانجویان کاهش پیدا نکند آنها قادر به حل مشکلات بین‌فردی گذشته نمی‌شوند. نتیجه نهایی این است که درمان هیجان‌مدار تروما به شکل

خلاقانه‌ای به ترتیب در چهار فاز متوالی ساختاربندی شده که هر یک از آنها می‌توانند با یک شیوه بازگشتی مورد بازبینی قرار گیرند.

شاخص‌های کاربرد درمان و منع آن

بیشتر درمان‌های تروما نشان می‌دهد که بهترین درمان زمانی صورت می‌گیرد که درمان‌جو دارای ویژگی‌های متناسب با درمان تروما باشد (کورتوا و فورد، ۲۰۰۹؛ فوآ، کین، فریدمن و کوهن، ۲۰۰۹). به‌طور کلی درمان هیجان‌مدار تروما برای درمان‌جویانی طراحی شده که برای این درمان کوتاه‌مدت مناسب هستند؛ یعنی کسانی که طی چند جلسه اول، ظرفیت برقراری رابطه درمانی با درمانگر را دارند و می‌توانند بر یک موضوع محدود در گذشته خود - در این مورد ترومای کودکی - متمرکز شوند. مدل استاندارد درمان هیجان‌مدار تروما برای درمان‌جویانی که مشکل اولیه‌شان بدتنظیمی شدید هیجانی است و خطر آسیب زدن به خود یا دیگران در آنها وجود دارد، کسانی که به‌جای تمرکز بر مسائل گذشته، حل مشکل فعلی (مانند خشونت خانگی، وابستگی به مواد) در آنها اولویت دارد و یا اشخاصی که در ابتدا ترجیح می‌دهند به‌جای روابط قبلی بر رابطه فعلی‌شان تمرکز کنند (مانند تمرکز بر والدگری، آشفته‌گی‌های زوجی)، مناسب نیست. با این حال و گذشته از درمان‌های مختصر، جنبه‌هایی از درمان هیجان‌مدار تروما با درمان‌های طولانی‌تری ادغام شده، درمان‌هایی که در آن، زمان بیشتری برای آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی و بررسی مشکلات جاری زندگی که ممکن است پیامد ترومای گذشته باشد، اختصاص داده شده است.

نقاط قوت و جنبه‌های متمایز درمان هیجان‌مدار تروما

دو فرایند اصلی تغییر در درمان هیجان‌مدار تروما، رابطه درمانی و پردازش هیجانی خاطرات تروما است. این دو فرایند، شبیه فرایندهای تغییری هستند که در سایر درمان‌های روان‌شناختی تروما نیز قرار دارند. اما درمان‌های هیجان‌مدار در درک و بهبود این فرایندهای تغییر، سهم عمده‌ای دارند. ما در ابتدا بر پاسخ‌گویی پیشرفته همدلانه به‌عنوان مداخله اولیه که طی درمان به‌کار گرفته می‌شود تأکید می‌کنیم. رابطه درمانی مبتنی بر پاسخ‌گویی همدلانه، موجب افزایش تنظیم هیجانی می‌شود، آگاهی و ظرفیت هیجانی را بهبود می‌دهد و کمک می‌کند تا نواقص همدلی اولیه اصلاح شود. دوم اینکه درمان‌های هیجان‌مدار مانند درمان هیجان‌مدار تروما، به‌عنوان رویکردی مشخص‌اند شده که نسبت به رویکردهای دیگر در درک و درمان حالت‌ها و پردازش‌های هیجانی مختلف، تفاوت زیادی دارند (گرینبرگ و پایویو، ۱۹۹۷؛ گرینبرگ، رایس و الیوت، ۱۹۹۳؛ پاسکال-لئون و گرینبرگ، ۲۰۰۷). برای مثال درد غم و فقدان و «احساسات بد» مرتبط با افسردگی (که ممکن است شامل غم فقدان شود) هر دو ناخوشایند

۱. م: منظور ضعف‌ها و مشکلات مربوط به تنظیم هیجانی در روابط دلبستگی است.

هستند و افراد برای اجتناب از این دو نوع تجربه، تلاش زیادی انجام می‌دهند. اما این احساسات شامل فرایندهای تغییر مختلفی می‌شوند و به راهبردهای مداخله‌ای متفاوتی نیاز دارند. به همین ترتیب، خشم خصمانه و پس‌زننده (یا غیظ) در طردشدن، خشم سرکوب‌شده در خشونت و خشمی که فرد نسبت به خود برای قربانی شدن دارد، تجربه‌های مختلفی هستند که هر یک مستلزم راهبردهای مداخله‌ای متفاوتی نیز می‌شوند.

جنبه متمایز دیگر دیدگاه‌های درمان هیجان‌مدار این است که به‌جای شناخت یا تفسیرهای منطقی، بر تبدیل هیجان به هیجان دیگر تأکید می‌کنند (گرینبرگ، ۲۰۰۲). به این منظور، از اطلاعات مرتبط با هیجان‌ات سازگارِ سالمی مانند خشم نسبت به بدرفتاری و غم فقدان، برای تغییر مفاهیم ناسازگاری که با هیجان‌اتی مثل ترس و شرم مرتبط است، استفاده می‌شود. این موضوع به‌طور منحصر به فردی به درمان ترومای پیچیده مرتبط است زیرا بسیاری از کسانی که قربانی شده‌اند، یاد گرفته‌اند هیجان‌اتی مانند غم و خشم سازگار را سرکوب کنند؛ بنابراین قادر به دفاع از مرزهای بین‌شخصی نیستند و نمی‌توانند برای چیزهای مهمی که از دست داده‌اند، سوگواری کنند. درمان هیجان‌مدار تروما برای غلبه بر اجتناب تجربی، دسترسی به هیجان‌ات بازدارنده، بهبود فرایندهای معناسازی و حل آسیب‌های دل‌بستگی نیز از راهبردهای پیشرفته در رویکرد درمان‌های تجربی استفاده می‌کند. بنابراین در این کتاب رهنمودهایی برای ایجاد اتحاد درمانی قوی ارائه و برای انواع مختلف هیجان و مشکلات پردازش هیجانی، به‌طور خاص، مداخلات متفاوتی طراحی کرده‌ایم.

زمینه و جایگاه درمان هیجان‌مدار تروما: رویکردی یکپارچه

درمان‌های هیجان‌مدار، از جمله درمان هیجان‌مدار تروما، باعث یکپارچگی پیشرفت‌های اخیر در نظریه و پژوهش‌های مرتبط با هیجان و علوم اعصاب عاطفی در آن شده که بر هیجان به‌عنوان سیستم جهت‌گیری سازگار تأکید می‌کنند (مانند؛ داماسیو، ۱۹۹۹؛ فریدا، ۱۹۸۶؛ ایزارد، ۲۰۰۲؛ لی دو، ۱۹۹۶). این درمان به دلیل تأکیدی که بر فرایندهای سازگار دارد، با پدیده‌ی تاب‌آوری تروما و رشد پس از آن که به‌تازگی مورد توجه جدی قرار گرفته، هم‌سو است. به‌خصوص این درمان، با پیشینه‌ی وسیع نظری، درمانی و پژوهشی به موفقیت‌هایی در حوزه‌ی تروما و دل‌بستگی رسیده است (مانند؛ کورتوا و فورد، ۲۰۰۹؛ سالومون و سیگل، ۲۰۰۳). برای مثال درمان هیجان‌مدار تروما از نقاط مثبت رویکرد شناختی رفتاری مانند روش‌های مبتنی بر مواجهه و نیز پردازش هیجانی خاطرات تروما، کار با حافظه و تکنیک‌های تنظیم هیجان به‌عنوان مکانیزمی برای تغییر استفاده می‌کند (مانند؛ کلوتره و همکاران، ۲۰۰۲؛ فوآ و همکاران، ۲۰۰۰). این درمان، پرداختن به فرایندهای روایت را نیز در ترومادرمانی تکمیل کرده است. (مانند نی‌مه‌یر، ۲۰۰۱). درمان هیجان‌مدار تروما، مشابهت‌هایی نیز با روان‌درمانی پویایی دارد از جمله تمرکز دقیق بر حل تأثیرات منفی روابط دل‌بستگی و اصلاح تجربه‌ی هیجانی در درمان‌جو

به واسطه رابطه درمانی. همانند سبک درمان هیجان‌مدار، درمان هیجان‌مدار تروما از نظر تکنیکی، بیشترین شباهت را به رویکردهای تجربی/ پویا یا ارتباطی اخیر دارد که بر همدلی درمانگر و تفسیرهای هم‌سو با تجربه تأکید می‌کند (فوشا، ۲۰۰۰؛ میچل، ۱۹۹۳). علاوه بر این، در این کتاب برای برجسته کردن شباهت‌ها و تفاوت‌های مفاهیم و مداخلات درمانی، مقایسه‌هایی با سایر روش‌های درمانی ارائه می‌شود. به دنبال آن انتظار می‌رود این کتاب، برای درمانگرانی با دیدگاه‌های نظری و سوابق متفاوت حرفه‌ای، مفید واقع شود.

درمان هیجان‌مدار تروما در سطح نظریه، پژوهش، درمان و آموزش، کاملاً یکپارچه شده به گونه‌ای که هر جنبه، اطلاعاتی را درباره جنبه دیگر ارائه می‌دهد. همان‌طور که شرح داده شد، نخست این مدل بر اساس یک ساختار مستحکم نظری بنا شده است. دوم اینکه مدل درمان هیجان‌مدار تروما مبتنی بر تلفیق سالها تجربه آموزشی و بالینی با افراد آسیب‌دیده است که زیر ساخت نظریه درمان را شکل داده و اصلاح کرده است. در آخر، این درمان بر اساس مدل تجربی تأییدشده‌ای شکل گرفته که گام‌هایی را در فرایند حل مشکلات بین‌فردی گذشته و زخم‌های دل‌بستگی، مشخص می‌کند (گرینبرگ و فورستر، ۱۹۹۶؛ گرینبرگ و مالکوم، ۲۰۰۲). مدل درمانی درمان هیجان‌مدار تروما با بیش از ۱۵ سال تحقیقات برنامه‌ریزی شده، توسعه بیشتری یافته و اصلاح شده است؛ این تحقیقات هم شامل چندین کارآزمایی بالینی تصادفی (پایویو و گرینبرگ، ۱۹۹۵؛ پایویو و همکاران، زیر چاپ؛ پایویو و نیوون‌هوئیس، ۲۰۰۱) و هم شامل مشاهده و تحلیل صدها فیلم از جلسات درمانی در کار با افراد دارای ترومای پیچیده است (پایویو، هال، هولوواتی، جلیس و ترن، ۲۰۰۱؛ پایویو و پترسون، ۱۹۹۹). این پژوهش‌ها از مکانیسم مفروض تغییر در درمان که کاملاً با درمان‌های بالینی متناسب است، حمایت می‌کنند. در نهایت این مدل از طریق آموزش‌های بالینی و گفتگو با تعداد زیادی از کارآموزان با پیشینه‌های مختلف، تحت اصلاحات بیشتری قرار گرفته است. این کتاب، با توصیف مفاهیم و اصول درمان، با مثال‌های بالینی و بیان پژوهش‌های تکمیلی، این چارچوب یکپارچه و گسترده را بیشتر شرح می‌دهد.

درباره این کتاب

این کتاب روش درمان استاندارد شده‌ای را ارائه می‌دهد که از یک طرف برای استفاده در تحقیقات به اندازه کافی ویژه و خاص است و از طرف دیگر، ممکن است برای درمان‌های روزمره درمانگران به همین اندازه انعطاف‌پذیر به نظر برسد. همچنین به دلیل اینکه مفاهیم این کتاب مطابق توصیه‌های آموزشی در رویکردهای مبتنی بر شواهد انجمن روان‌شناسی آمریکا است، می‌توان از این مفاهیم در برنامه‌های آموزش فارغ‌التحصیلان استفاده کرد. در نهایت، هدف این کتاب ارائه جنبه‌های تئوری و عملی درمان هیجان‌مدار تروما (و تحقیقاتی که آنها را تأیید می‌کند) با ویژگی‌های کافی است که متخصصان با دیدگاه‌های تئوری متفاوت بتوانند بسته کاملی از این مدل و یا جنبه‌هایی از آن را در

درمان‌های فعلی‌شان بگنجانند. با حفظ اصول کلیدی مداخله، بر اساس نیازهای درمانجویانی که بر حسب شدت و نوع تروما، شدت و نیمرخ علائم و طول درمان تروما متفاوت هستند، این مدل درمانی می‌تواند تعدیل یابد.

این کتاب در دو بخش ارائه می‌شود. بخش اول، تئوری و مفاهیم عمومی حائز اهمیت را برای درمان معرفی می‌کند و شامل چهار فصل است که (فصل ۱) جنبه‌های مربوط به تروما را شرح می‌دهد (فصل ۲) مدلی از چگونگی پرداختن درمان هیجان‌مدار تروما به این جنبه‌ها را توضیح می‌دهد و (فصل ۳ و ۴) به تشریح هسته ساختارهای هیجان و تجربه می‌پردازد.

بخش دوم، مداخله، فرایندها و روش‌های هر یک از فازهای درمان هیجان‌مدار تروما را توضیح می‌دهد:

▪ فصل ۵ تا ۷، فاز اول درمان را پوشش می‌دهد و بر ایجاد اتحاد درمانی تمرکز دارد، این بخش شامل آموزش ایجاد ارتباط درمانی مشارکتی و ایمن است و معرفی روش تجربه مجدد اولیه در درمان و بهبود تجربه درمانجو را در بر دارد که مبنایی برای تمام تکالیف و فرایندهای به کار گرفته شده در درمان است.

▪ فصل ۸ و ۹، فاز دوم درمان را پوشش می‌دهد که بر حل مشکلات مرتبط با خود، یعنی بر کاهش ترس و اجتناب و تغییر احساس گناه، شرم و خودسرزنشگری متمرکز است. این فرایندها در درگیری هیجانی با خاطرات تروما و مسئول دانستن افراد متخلف برای آسیب، اختلال ایجاد می‌کنند.

▪ فصل ۱۰ و ۱۱، فاز سوم درمان را پوشش می‌دهد، که در آن با دسترسی به خشم سازگار در زمان بدرفتاری و غم فقدان، بر حل مشکلات بین‌فردی در گذشته متمرکز می‌شود. تجربه و ابراز بازداری نشده این هیجان‌ات و معنای مرتبط با آنها، کاتالیزوری برای حل مسائل با فرد آسیب‌رسان است.

▪ فصل ۱۲ فاز چهارم درمان را پوشش می‌دهد و بر پایان دادن به درمان متمرکز است.

فصل‌های مداخله‌ای در بخش دوم، شامل بخش‌های مربوط به فرایند یا هیجان خاص در درمان تروما است و یک راهنمای تشخیصی برای تمایز انواع مختلف هیجان و مشکلات پردازش هیجانی مرتبط به آن می‌شود. این فصل‌ها مفاهیم و اهداف اصلی را نیز ارائه می‌کنند و گام به گام دستورالعمل اجرای مداخلات و تکمیل تکالیف درمانی را شرح می‌دهند. در نهایت رهنمودهایی برای بررسی مشکلات درمانجو و اشتباهات درمانگر که به‌طور معمول در این نوع درمان رخ می‌دهد، ارائه می‌شود. این کتاب در توصیف فاز به فاز فرایند درمان، اصول درمانی برآمده از تعداد بی‌شماری از درمانجویان را ارائه می‌دهد که همه آنها اجازه استفاده از مراحل درمان‌شان را در کارهای تحقیقاتی و

ارتباطات حرفه‌ای صادر کرده‌اند. اطلاعات شخصی این درمانجویان در این کتاب حذف شده است. مشکلات و مفاد درمانی درمانجویان کلمه به کلمه ذکر شده است؛ در عین حال برخی موارد پیچیده بوده و برخی گفتگوهای دیگر نیز برای بهتر نشان دادن اصول مداخلات، اصلاح شده‌اند. در این کتاب برای اشاره به مورد درمانی خاصی که به‌طور مکرر از او نام برده می‌شود، از اسم مستعار استفاده شده تا یکپارچگی جنبه‌های مختلف بررسی درمانجو در طول درمان برای خواننده حفظ شود.



تروما و تأثیرات آن

علاقه‌سندرا پایویو مؤلف اول این کتاب به تروما، به واسطه درمان درمانجویی در ابتدای مسیر شغلی وی به‌عنوان روان‌شناس شکل گرفت. مونیکا برای کنار آمدن با خودکشی مادرش با شلیک گلوله که سی سال قبل اتفاق افتاده بود به درمان آمد. بعد از خودکشی مادر، خانواده به‌طور اساسی از هم پاشید. چند سال بعد پدر نیز در اثر اعتیاد به الکل درگذشت و سه کودک خانواده به یتیم‌خانه‌های مختلفی فرستاده شدند. هیچ‌یک از آنها هرگز از مرگ مادرشان صحبت نکردند و همیشه برخوردشان با این موضوع این‌گونه بود: «فراموشش کن، ولش کن، اون یه زن مریض بود، به زندگی خودت برس.» خودکشی مادر، «راز ناخوشایند» خانواده شد و مونیکا نمی‌توانست آن را فراموش کند. مونیکا در ظاهر عملکرد خیلی خوبی در زندگی داشت اما با مرور دائم خاطرات مربوط به استرس پس از آسیب مانند اجتناب از یادآوری‌ها و واکنش‌های سالیانه مختلف، دست و پنجه نرم می‌کرد و نسبت به مادر و «قساوتی» که مرتکب شده بود و طردشدن از سوی او، احساساتی مانند شرم، افسردگی و خشم داشت. کار درمانی با مونیکا، نمونه‌ای غنی، چالش‌برانگیز و مناسب از درمان تروما است که تاب‌آوری باورنکردنی بازماندگان تروما را به نمایش می‌گذارد. فرایند درمان مونیکا از دیدگاه‌های نظری متعددی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و این نمونه، الهام‌بخش و الگوی اصلی درمان هیجان‌مدار تروما شده است. در این کتاب به جنبه‌های مختلف درمانی این درمانجو اشاره می‌شود.

هدف کلی این فصل، تشریح ماهیت تروما و اثرات آن است. فصل دوم مدل درمان را توضیح می‌دهد و به این می‌پردازد چگونه در درمان هیجان‌مدار تروما، تأثیرات تروما، مورد بررسی قرار می‌گیرند. بنابراین، این دو فصل باید به‌صورت پیوسته مطالعه شوند.

تعاریف

معیارهای تشخیص تروما در DSM-IV-TR^۱ (انجمن روان‌شناسی آمریکا ۲۰۰۰)، شامل ماهیت رویداد و واکنش هیجانی به آن رویداد می‌شود. به این ترتیب، یک رویداد آسیب‌زا شامل تهدید واقعی یا ادراک‌شده درباره مرگ یا آسیب جسمی به خود و دیگران است که انسجام خود، دچار تهدید شده و واکنش‌هایی مانند ترس، وحشت و یا درماندگی را به همراه دارد. مطابق این دیدگاه، تمرکز آسیب‌شناسی بر هیجان ترس است.

با این حال، بسیاری از متخصصان، تروما را هم با حرف «تی بزرگ»، مدلی که در DSM-IV-TR تعریف شده و هم با «تی کوچک» که شامل تحقیر، پس زده‌شدن و تجربه غفلت یا مشکلات دلبستگی است، می‌شناسند. (شاپیرو و مکسفیلد، ۲۰۰۲). از این دیدگاه تروما شامل هیجان‌ات و مشکلات هیجانی زیادی است. هیجان‌ات و واکنش‌های مرتبط به رویدادهای اصلی در حافظه ذخیره می‌شوند و با تکرار موقعیت‌های مشابه، همان قسمت از شبکه حافظه، غالب می‌شود و واکنش‌ها به موقعیت‌های دیگر تعمیم داده می‌شوند.

سیستم‌های متفاوت طبقه‌بندی

چندین روش برای طبقه‌بندی انواع مختلف رویدادهای آسیب‌زا وجود دارد و این سیستم‌های طبقه‌بندی متفاوت، تا حدی راه‌های تفکیک درک ماهیت تروما را نشان می‌دهند. بریر و اسکات (۲۰۰۶) دوازده نوع تروما را شناسایی کردند که این طبقه‌بندی‌ها به‌طور مستقیم بر اساس ماهیت یک رویداد ایجاد شده است. از سوی دیگر نپورسکی (۲۰۰۳) بر اساس جنبه‌های متمایز روابط و هیجان‌ات مبتنی بر آنها، طیفی از تروما با «تی کوچک» و تروما با «تی بزرگ» را تعریف می‌کند که این دسته‌بندی، زمینه‌های بالقوه‌ای را برای کاوش درمانی نشان می‌دهد. به هر حال، حتی در سیستمی که به‌طور دقیق مبتنی بر محتوا است، جنبه‌های خاصی از انواع مختلف تروما (مانند حوادث طبیعی در برابر تجاوز جنسی، آزار و اذیت از سوی غریبه در مقابل فرد دوست‌داشتنی) با مشکلات متفاوتی مرتبط هستند که مضامینی برای درمان به همراه دارند. برای مثال اگر عامل جرم، شناسایی یا دستگیر نشود، ممکن است درمان مستلزم تمرکز بر خطر قربانی‌شدن دوباره شود و آن را مدیریت کند. ممکن است در برخی مواقع رفتارهایی که به آسیب‌های شدید بدنی منجر نمی‌شوند از طرف دیگران کوچک شمرده شوند که در این صورت فرد قربانی احساس عدم تأیید یا تنها ماندن می‌کند. جرائم و تصادفات جاده‌ای می‌تواند مشمول پیگرد قانونی شود و خسارت‌های شدید از جمله آسیب‌های جسمی که به فرد وارد

۱. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه تجدید نظر شده چهارم

می‌کند مستلزم بازپروری‌های درازمدت همراه با درمان‌های روان‌شناختی است.

ترومای نوع یک و دو

ادبیات پژوهشی تروما، اغلب بین دو دسته اصلی رویدادهای آسیب‌زا که از لحاظ نوع، شدت یا وسعت اثرات با هم متفاوت هستند، تمایز قائل می‌شود (پولکوویتز، کاپلان، دروزا، مندل و سالزینگر، ۲۰۰۰؛ اسکوبوریا، فورد، سیوجو و فریسمن، ۲۰۰۶؛ ون‌درکولک و مک‌فارلین، ۱۹۹۶). ترومای نوع اول به تک رویدادهایی مانند سانحه اتومبیل، حوادث صنعتی، حوادث طبیعی یا یک‌بار مورد تجاوز قرار گرفتن، اشاره دارد. در نتیجه، آشفتگی‌های مرتبط با آنها شاخص استرس پس از آسیب در نظر گرفته می‌شود که در فصل بعد به آنها پرداخته می‌شود. در این موارد، شدت یا میزان خشونت رویداد ممکن است باعث آشفتگی شود. برخی تک رویدادها مانند خودکشی فرد دوست‌داشتنی یا آسیب جسمی و جنسی ممکن است اثرات طولانی‌مدت شدیدی داشته باشند. خودکشی فرد عزیز مانند مورد مونیکا، اغلب در شرایط پیچیده‌ای رخ می‌دهد و ممکن است به زنجیره‌ای از حوادثی منجر شود که احتمالاً در تمام عمر ادامه پیدا می‌کنند.

ترومای نوع دوم یا پیچیده که درمان هیجان‌مدار تروما بر آن متمرکز است، به موقعیتی اشاره می‌کند که فرد به‌طور مکرر در معرض تهدید به خشونت قرار گرفته و شامل خشونت اجتماعی و سیاسی در دوران جنگ یا شکنجه، خشونت خانگی (به‌عنوان قربانی یا شاهد) و بدرفتاری در کودکی می‌شود. به‌طور خاص، تمرکز درمان هیجان‌مدار تروما، بر ترومای (نوع دوم) است، تروماهای پیچیده‌ای که در جریان رشد، در روابط بین‌فردی رخ می‌دهند و به بدرفتاری‌های دوران کودکی مربوط می‌شوند. واکنش به این تجارب بسیار پیچیده بوده و اغلب تحت اختلال ترومای انباشته، طبقه‌بندی می‌شوند. ترومای پناهندگی، یا اختلال استرس شدید، موارد بدرفتاری در کودکی و غفلت، در طبقه نامشخص^۱، دسته‌بندی می‌شوند (ون‌درکولک و همکاران، ۱۹۹۶). آشفتگی‌هایی در تنظیم عواطف و مشکلات مربوط به معنای ناسازگار که دربردارنده ادراکاتی از خود، دیگران و رویدادهای آسیب‌زا است، در هسته این واکنش‌ها، قرار دارند.

ترومای جنگ و نبرد، مثال‌هایی از ترومای پیچیده هستند که با میزان شدتشان، هم‌آمیزی قربانی و مهاجم و فقدان حمایت اجتماعی مشخص می‌شوند که در این مورد می‌توان به سربازان سابق جنگ ویتنام اشاره کرد. شکنجه و خشونت سیاسی تجربه‌شده توسط پناهندگان و پناهجویان اغلب شامل تخریب کامل یک جامعه می‌شود که مهاجم ممکن است برای قربانی، شناخته، یا ناشناخته باقی بماند. ولی اغلب در تروماهای بین‌فردی عامل تروما برای قربانی شناخته شده است. این تروما شامل خشونت خانگی و بدرفتاری جنسی است که اغلب دوستان یا افراد دوست‌داشتنی عامل آسیب‌رسان

هستند و اغلب، شرم، کوچک شمردن یا انکار و انزوای اجتماعی را به دنبال دارد. این خشونت‌ها شامل خیانت و از بین رفتن اعتماد است و غم و خشم حل‌نشده نسبت به افراد مهم را به همراه دارد که درمان بر آن متمرکز می‌شود. همچنین، قربانیان ممکن است به‌علت شرایط مالی، جسمی و یا احساسی در دام شرایط تکراری بدرفتاری گیر کنند و در صورتی که آسیب جسمی وارد شده به آنها شدید نباشد و از طرف افراد ناکارآمد ناچیز شمرده شود، این افراد دوباره قربانی می‌شوند و با بازگویی داستان خود یا قرارگرفتن در فرایند سیستم قضایی، دچار احساس شرم و خودسرزنشگری نیز می‌شوند. تأثیرات اثبات شده آزار جنسی شامل اختلال استرس پس از آسیب، اختلال جنسی و آشوب‌های شناختی-عاطفی مانند گناه، شرم و خودسرزنشگری است.

سرانجام، ترومای بین‌فردی که توسط افراد صمیمی اتفاق افتاده، ممکن است در مراحل مختلفی از رشد که اغلب دوره‌های بحرانی رشد یا دوران انتقال هستند، رخ دهد؛ یعنی زمانی که آسیب‌پذیری در برابر آشفتگی روانی بسیار بالا است (چیچتی و توث، ۱۹۹۵). برای مثال، تروما شامل خیانت از سوی مراقب، احساس مورد تعدی قرار گرفتن و نقض ارزش‌ها و باورهای بنیادین اخلاقی است که باعث به خطر افتادن رشد طبیعی می‌شود. انواع این تجربه‌های آسیب‌زا، شامل بدرفتاری‌های جسمی و جنسی در دوران کودکی و قربانی شدن بر اثر مواجهه با خشونت شدید (آزار جنسی، خشونت خانگی) است که به‌طور کامل به اثبات رسیده‌اند. آسیبی که توسط چهره‌دلبستگی اولیه وارد می‌شود، مانند مورد مونیکا که در اثر خودکشی مادرش، احساس طردشدگی پیدا کرده بود، می‌تواند اثرات عمیق و ویرانگری بر رشد فرد به جا بگذارد.

ویژگی‌های متمایز ترومای پیچیده در کودکی شامل مواجهه مکرر و طولانی‌مدت با تروما و آسیب‌پذیری مرحله‌ رشد و تحول است. سه منبع مرتبط به هم و اصلی این آشفتگی، عبارت‌اند از: مواجهه با تروما، آسیب‌های دلبستگی (مثل بدرفتاری، غفلت، نبود عشق و امنیت) و اتکاء بر اجتناب تجربی به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای برای کنارآمدن با احساسات شدید منفی حاصل از این تجربه‌ها.

امروزه مشخص شده که استرس پس از آسیب ناشی از مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا در مقایسه با مواجهه با ترومای چندگانه، به‌نسبت نادر است (ون‌درکولک، ۲۰۰۳). اغلب افرادی که نشانه‌های استرس پس از آسیب دارند و به دنبال درمان هستند تروماهای چندگانه‌ای را تجربه کرده‌اند که ریشه در کودکی آنها دارد. برای مثال در مطالعه‌ای برای درمان شناختی رفتاری استرس پس از آسیب ناشی از آزار جنسی در بزرگسالان (رسیک، نیشیت و گریفین، ۲۰۰۳) نیمی از ۱۲۱ فرد درمان‌شده، تاریخچه آزار جنسی در کودکی را نیز داشته‌اند. در نتیجه حداقل قسمتی از تمرکز درمان‌های روان‌شناختی برای بسیاری از انواع تروما ممکن است به موضوع قربانی شدن فرد در کودکی به خاطر بدرفتاری و یا غفلت منتهی شود.

شیوع و عوامل خطر

مهم است که بین مواجهه با تروما و ایجاد تمایز قائل شد. هر کدام، عوامل خطر و نرخ شیوع متفاوتی دارند. بسیاری از افراد، بیشتر در معرض تروما قرار دارند تا ابتلا به اختلال، اما به طور کلی هم خطر مواجهه و هم خطر ابتلا به اختلال، با هر بار قرار گرفتن در معرض تروما، افزایش می‌یابد. نکته غم‌انگیز این است که هرچه فرد هنگام شروع تروما آسیب‌پذیرتر باشد، به احتمال بیشتری او (زن یا مرد) در معرض تروما قرار می‌گیرد و از تأثیرات منفی و بلندمدت بیشتری رنج می‌برد. در ادامه، آمار شیوع و عوامل خطر مرور می‌شوند تا احساس نیاز به شرایط درمانی مؤثر و آموزش بالینی در این حوزه، مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

شیوع مواجهه

به طور کلی، دیگر مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا، رویداد نادری محسوب نمی‌شود (فوا، کین، فریدمن و کوهن، ۲۰۰۹). اغلب بزرگ‌سالانی (۶۹٪) که در مناطق شهری آمریکا زندگی می‌کنند، تجربه یک یا چند حادثه آسیب‌زا را در زندگی خود گزارش کرده‌اند (نوریس، ۱۹۹۲). این افراد، حداقل یک بار قربانی جرم و جنایت شده‌اند (رزنیک، کیل‌پاتریک، دنسکی، ساندرز و بست، ۱۹۹۳). حتی در میان افراد به نسبت جوان، تحصیل کرده و در جوامع آرام نیز شیوع این حوادث حدود ۳۹٪ تخمین زده می‌شود (برسلو، دیویس، اندرسکی و پترسون، ۱۹۹۱). مواجهه با تروما در میان دانشجویان نیز بسیار متداول است. ورانا و لوترباخ (۱۹۹۴) دریافتند که ۸۴٪ از دانشجویان دانشگاه بزرگی در غرب آمریکای مرکزی، تجربه تروما را داشته و ۳۳٪، چهار بار یا بیشتر رویدادهای آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند. پژوهش ما (پایویو و کرمر، ۲۰۰۲؛ وایلد و پایویو، ۲۰۰۳) در جامعه دانشجویان کانادا نیز به نتایج مشابهی دست یافت.

لازم به ذکر است این ارقام، تعداد روزافزون ترومای پناهندگانی را که امروزه در کشورهای توسعه‌یافته‌ای مانند کانادا و ایالات متحده زندگی می‌کنند، نشان نمی‌دهد. گزارش سازمان ملل نشان می‌دهد سالانه ۱۱/۵ میلیون نفر در جستجوی سرپناه‌اند که اغلب آنها در حال فرار از خشونت‌های شدید اجتماعی و سیاسی از جمله آزارهای مستقیم و غیرمستقیم هستند.

علی‌رغم افزایش توجه سیاست عمومی جوامع و متخصصان بهداشت روانی به موضوع خشونت خانگی و بدرفتاری با کودکان در ترومای نوع دوم، تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که کودک‌آزاری همچنان به طور آزاردهنده‌ای در میان جمعیت عمومی رایج است. در حال حاضر مشخص شده که تجربه مکرر تروما، در خانه، بسیار شایع‌تر از ترومای تکرارویدادی است. به علاوه انواع چندگانه بدرفتاری به طور معمول در همان خانواده‌ای دوباره رخ می‌دهد که قربانی در آنجا، ترومای چندگانه را

تجربه کرده است. مطالعه وسیعی در مورد کودک‌آزاری در میان ساکنان انتاریو در کانادا انجام شد (مک‌میلان و همکاران، ۱۹۹۷) نتایج این مطالعه نشان داد، میزان آزار جنسی صورت گرفته توسط بزرگسالان در زنان ۱۳٪ و در مردان ۴٪ میزان آزار جسمی در زنان ۲۱٪ و در مردان ۳۱٪ برآورد شده بود. این ارقام با تخمین‌های ملی و بین‌المللی هم‌سو است (فینکلهور، ۱۹۹۴؛ یاماموتو و همکاران، ۱۹۹۹). مطالعات اندکی در مورد آزار عاطفی (که در اینجا با عناوین تحقیر کلامی، تهدید به خشونت و مشاهده خشونت خانگی نام برده می‌شود) انجام شده، ولی به‌تازگی پژوهشی در مورد دانشجویان دانشگاه انتاریو نشان داد که نرخ آزار عاطفی در زنان ۲۵٪ و در مردان ۳۵٪ بوده است (ترنر و پایویو، ۲۰۰۲).

همچنین کارشناسان بر این نکته توافق دارند که میزان قابل‌توجهی از قربانی‌شدن‌ها، قبل از بزرگسالی اتفاق می‌افتد (فینکلهور، ۱۹۹۴؛ ون‌درکولک، ۱۹۹۳). این بدان معنا است که درمان مؤثر اثرات ترومای بین‌فردی در زمان رشد، به توجه ویژه‌ای نیاز دارد. علاوه بر این، مطابق مشاهدات، قربانی‌شدن در اوایل کودکی، خطر تجربه مجدد تروما مانند خشونت خانگی یا جرم و جنایت مثل تجاوز را افزایش می‌دهد. این ترکیب خطرات به همراه شیوع بالای بدرفتاری‌های دوره کودکی در نمونه‌های بالینی بزرگسال (پیلکینگتون و کرم، ۱۹۹۵)، به‌طور قانع‌کننده‌ای اثرات درازمدت این تجربه‌ها در کودکی را به بحث می‌گذارد. در نتیجه بیشتر متخصصان بالینی در درمان اختلالات پیچیده‌ای که به‌طور معمول در این گروه از درمانجویان رخ می‌دهد، به مهارت‌هایی نیاز دارند.

شیوع اختلال

برسلاو و همکاران (۱۹۹۱) دریافتند که تقریباً ۲۵٪ از افرادی که در معرض رویدادهای آسیب‌زا بودند در نهایت به اختلال استرس پس از آسیب دچار شده‌اند. با وجود این، اکثر افراد مبتلا به تروما به این استرس گرفتار نمی‌شوند اما نرخ تخمین این اختلال در جمعیت عمومی بسیار بالاست و شروع آن ممکن است ماه‌ها و حتی سال‌ها بعد از رویداد آسیب‌زا اتفاق بیفتد. مرکز ملی نظرسنجی هم‌زمانی اختلالات در ایالت متحده (کسلر، سونگا، برومت، هیوز و نلسون، ۱۹۹۵) نشان داد که وقوع مادام‌العمر استرس پس از آسیب در هشت درصد از جمعیت بزرگسال دیده می‌شود. همچنین اثرات این اختلال می‌تواند به‌طور کامل پایدار باقی بماند.

البته در جوامع پرخطر درصدهای بالاتری از اختلال استرس پس از آسیب نیز گزارش شده است. برای مثال تقریباً یک سوم (۳۰٪) سربازان سابق جنگ ویتنام دارای اختلال استرس پس از آسیب بودند و ۱۵٪ از آنها همچنان و پس از گذشت ۱۵ سال از خاتمه جنگ، همان استرس را تجربه می‌کنند (کولمن، ۲۰۰۶). به‌طور مشابه مرکز ملی مطالعات زنان دریافت که ۱۳٪ از زنان آمریکایی در طول

زندگی‌شان تجاوز کامل را تجربه کرده و تقریباً یک سوم آنها به اختلال استرس پس از آسیب دچار شده بودند (کیل پاتریک، ادواردز و سیمور، ۱۹۹۲). برسلاو، دیویس، آندرسکی، فدرمن و آنتونی (۱۹۹۸) دریافتند که خشونت آزاردهنده، از جمله تجاوز جنسی در میان تمامی رویدادهای آسیب‌زای اندازه‌گیری شده، بیشترین درصد ابتلا به اختلال استرس پس از آسیب را نشان می‌دهد. شیوع اختلال استرس پس از آسیب در جمعیت عمومی فقط از اختلالات سوءمصرف مواد، افسردگی عمده، و فویبای اجتماعی کمتر است. علی‌رغم درصد بالای بدرفتاری گزارش شده، برآوردهای کمی در مورد اختلال استرس پس از آسیب در کودکان انجام شده است.

میزان مطالعات کنترل‌شده دقیق در زمینه شیوع در کشورهای درحال توسعه اندک است، اما بسیاری از محققان معتقدند که نرخ شیوع در این کشورها به علت فقدان منابعی برای جلوگیری از فجایع و کاهش عواقب آنها، بالاتر از کشورهای توسعه‌یافته است (دگیرولامو و مک‌فارلین، ۱۹۹۶). امروزه، تعداد فزاینده‌ای از پناهندگان دارای تروما که در آمریکای شمالی قرار دارند هم از جوامع درحال توسعه و هم از دولت‌های شکست‌خورده هستند. بسیاری از این افراد، به‌علت تروماهای انباشته شده و ضرر و زیان‌های زیادی که تحمل کرده‌اند، علاوه بر مشکلات بی‌شمار تطابق، با مشکلات جدی روانی نیز مواجه هستند. شیوع اختلال استرس پس از آسیب و مشکلات سلامتی مربوط به آن، در جمعیت پناهندگان دست کم گرفته شده، زیرا این افراد به‌علت مشکلات مالی و زبان ارتباطی و همین‌طور نامشخص بودن وضعیت پناهندگی‌شان تمایلی به استفاده از سرویس‌های سلامت روان ندارند. علاوه‌بر این، هنگام مراجعه این افراد به کلینیک‌های اورژانسی، به‌ندرت در مورد تاریخچه تروما سؤال پرسیده می‌شود. این مهاجرت‌های وسیع، تاحدودی پدیده جدیدی است و در مورد نیازهای سلامت روان این افراد از سوی متخصصان روانی غفلت‌هایی صورت گرفته است.

تأثیرات تروما

نشانه‌های مشروح و شیوه‌های خاصی که در آن افراد دچار تروما شده‌اند سوگیری‌های عمیق‌تر، خصلت‌ها و کمبودهایی که ناشی از آسیب و تجربه تروما است، موجب می‌شود اهداف ویژه‌ای برای درمان تعیین شود. این عوامل می‌توانند پیچیدگی‌های زیادتر و فراتری از نشانه‌های موجود اولیه را برای درمان مشخص کنند. در این بخش، تأثیرات تروما در غالب نشانه‌ها و ویژگی‌های شناختی و شخصیتی مرتبط با آن مشخص می‌شود؛ همچنین مشکلات مرتبط با خود، مشکلات بین‌فردی و مشکلات تنظیم هیجان و همین‌طور اثرات خاص انواع مختلف تروما بررسی می‌شود. از پیامدهای درمان نیز نتیجه‌گیری‌هایی به‌دست می‌آید.

رشد و گسترش علائم

تصور می‌شود تجربه‌های آسیب‌زا به صورت شبکه چند منظوره‌ای از اطلاعات یا ساختار ترس در حافظه رمزگذاری می‌شوند. اطلاعات، حاوی جنبه‌های نوروبیولوژیکی، عاطفی، شناختی و محرک- پاسخ نسبت به موقعیت آسیب‌زا است. محرک مشابه رویداد آسیب‌زا، تمام این شبکه یا ساختار را فعال می‌کند. آگاهی ما از گسترش علائم تروما، اساس بسیاری از درمان‌های تروما از جمله درمان هیجان‌مدار تروما را شکل می‌دهد. طبق دیدگاه یادگیری، به نظر می‌رسد شرطی‌سازی کلاسیک، دلیل افزایش اختلال استرس پس از آسیب مزمن است، در مقابل، به نظر می‌رسد شرطی‌سازی عاملی، اجتناب از احساسات و خاطرات تروما را تقویت‌کننده‌ای منفی می‌داند و آن را توجیهی برای باقی ماندن آشفتگی‌ها در نظر می‌گیرد. واکنش‌های فرد نسبت به اختلال استرس پس از آسیب هم در پاسخ به یادآورهای تروما و هم در پاسخ به یک محرک خنثی ولی شدید (مثل صداهای بلند) که بیانگر عدم تمایز میان این محرک‌ها است، رخ می‌دهند.

بیشتر مطالعات نشان می‌دهد که خاطرات تروما به صورت ضمنی، رفتاری و جسمانی هستند. همچنین این خاطرات، بالقوه مبهم، بیش از حد تعمیم یافته، تکه تکه و ناقص‌اند و به این ترتیب، روایت‌های شخصی نامنسجمی را به همراه دارند. یکی از نظریه‌های موجود در این زمینه این است که تجربه‌های آسیب‌زا ابتدا به صورت هیجان‌ات، تصاویر و حواس بدنی در حافظه تجربی (غیرکلامی) درست راست مغز ذخیره می‌شوند اما در سطح کلامی یا نمادین پردازش نمی‌شوند و با سایر تجربه‌های زندگی، ادغام نشده باقی می‌مانند. (ون‌درکولک، ۱۹۹۶). نتایج مطالعات تصویرسازی عصبی از یادآوری خاطرات تروما در افراد، (مانند لانیوس و همکاران، ۲۰۰۴) افزایش پردازش حسی به‌ویژه در بخش اطلاعات دیداری را نشان می‌دهد که با کاهش پردازش کلامی همراه است. این یافته از نیاز به روش‌های درمانی نظیر آنچه در درمان هیجان‌مدار تروما باعث دسترسی به خاطرات تجربی می‌شود، و به درمانجویان کمک می‌کند که معناهایشان را به شکل کلامی نمادسازی کنند، حمایت می‌کند.

اختلال استرس پس از آسیب

در اصل، اختلال استرس پس از آسیب، اختلالی هیجانی است و درمان‌های روان‌شناختی باید بدون در نظر گرفتن روش‌ها و جهت‌گیری‌های نظری، این نقائص هیجانی را شناسایی کنند. اختلال استرس پس از آسیب پس از گذشت یک ماه از رویداد آسیب‌زا بروز می‌کند و با بروز یکی از این سه دسته از علائم: یادآورهای مزاحم و عذاب‌آور، برانگیختگی بیش از حد و اجتناب، قابل تشخیص است. علائم مزاحم شامل مواردی مثل کابوس و فلش بک است. در اصل تجربه‌های آسیب‌زا فراموش‌شدنی نیستند، فراتر از تجربه معمولی افراد هستند و به سادگی با سیستم‌های فعلی معنای فرد

ادغام نمی‌شوند. خاطرات مزاحم، نشخوار و حفظ آنها به‌عنوان تلاش‌هایی برای پردازش و یکپارچگی تروما مفهوم‌پردازی می‌شوند (بریر و اسکات، ۲۰۰۶). تشخیص اختلال استرس پس از آسیب به تأیید یک مورد از پنج علامت ذکر شده در دسته یادآوری‌های مزاحم و عذاب آور در DSM-IV-TR (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰) نیاز دارد. علائم شدید یادآوری‌های مزاحم باید مدیریت شوند تا امکان پردازش خاطرات تروما فراهم شود.

برانگیختگی افراطی به تحریک افراطی مزمن در سیستم عصبی اشاره دارد که به واسطه آن بدن به‌طور دائم برای وقوع خطر در حالت آماده‌باش است (ون‌درکولک و مک‌فارلین، ۱۹۹۶). علائم، شامل افزایش ضربان قلب، فشارخون و میزان هدایت پوست در واکنش به صدا، تصویر یا افکاری است که شبیه تروما هستند. سرانجام این واکنش‌ها ممکن است با محرک‌های خنثی نیز جفت شوند. خشم و تحریک‌پذیری مزمن از جمله آشکارسازهایی هستند که می‌توانند به‌طور خاصی مشکل‌ساز شوند، زیرا مشکلات کنترل خشم اغلب همراه با اختلال استرس پس از آسیب است و برای مداخله درمانی در اولویت قرار می‌گیرند. تشخیص اختلال استرس پس از آسیب به تأیید دو علامت از پنج مورد فهرست شده در گروه برانگیختگی بیش از حد در ویرایش جاری DSM نیاز دارد. برانگیختگی بیش از حد منجر به شکایت‌های روان‌تنی و مشکلات جسمی مانند سردرد، فشار خون، کمر درد و بیماری‌های گوارشی می‌شود.

اجتناب، جبرانی ضروری برای مزاحمت و برانگیختگی بالا است. راهبردهای اجتناب شامل «متوقف شدن» گسستگی و سرکوب احساسات و خاطرات تروما، اجتناب از موقعیت‌های یادآور تروما و به کارگیری رفتارهای ناسازگاری مانند مصرف مواد و آسیب به خود می‌شوند. کرختی نشانه‌ای از اختلال استرس پس از آسیب در نظر گرفته می‌شود و با افسردگی خاموش مرتبط است. اجتناب در کوتاه‌مدت سازگار است اما در طولانی‌مدت عاملی در نظر گرفته می‌شود که از پردازش و یکپارچگی خاطرات تروما جلوگیری می‌کند و باعث دائمی‌شدن علائم آن می‌شود (فوا و همکاران، ۲۰۰۶). تشخیص بر اساس DSM-IV-TR به تأیید سه مورد از هفت علامت اجتنابی ذکر شده در این خوشه نیاز دارد.

آشوب‌های شناختی

آشوب‌های شناختی در قالب باورهای نقض شده درباره خود، دیگران و واقعیت نیز (جانوف-بولمن، ۱۹۹۲) اغلب ناشی از تروما است. ویرایش جاری DSM این عوامل را به‌عنوان جنبه‌های مرتبط با تروما لیست کرده است. قبل از قربانی‌شدن، نگرش افراد به خود و دنیا شامل فرض‌های اساسی درباره آسیب‌ناپذیری، امنیت فردی، اعتماد بیشتر به دیگران و خوب بودن دنیا است. تروما اطلاعات جدیدی فراهم می‌کند که با این فرض‌ها هم‌خوانی ندارد. بعد از مواجهه با تروما، افراد دچار گوش به زنگی می‌شوند و ممکن است خودسرزنشگری، احساس گناه از زنده ماندن، بی‌اعتمادی و بیگانگی را تجربه

کنند.

علاوه بر این، مرکز ملی مطالعات هم‌زمانی اختلالات دریافت که اختلال استرس پس از آسیب با افزایش نرخ اختلال افسردگی عمده، اختلالات مربوط به مصرف مواد، اختلال هراس، ترس از مکان‌های شلوغ، اختلال وسواسی-عملی، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، فوبیای خاص، اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی همراه است. این اختلالات می‌توانند قبل، بعد یا هم‌زمان با اختلال استرس پس از آسیب رخ دهند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰). در نتیجه درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال استرس پس از آسیب نیاز به بررسی مستمر آشفتگی‌های چندگانه دارد. از نظر درمان هیجان‌مدار تروما، افسردگی، فعال‌شدن «ادراک خود ضعیف و بد» (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶) و گرفتار شدن در احساسات ناتوانی و بی‌ارزشی است که در ابتدای روابط دلبستگی ایجاد شده است. به این ترتیب بر اساس این درمان، اختلالات اضطرابی، نتیجه رشد در محیطی پر از ترس، عدم قطعیت و ارزیابی‌های منفی مستمر توسط چهره‌های دلبستگی است. این فرایند باعث می‌شود هسته ادراک خود به شکل نایمن، ناقص یا حقیر در او گسترش یابد، در نتیجه در مقابل صدمه، ارزیابی منفی و رها شدن، آسیب‌پذیر می‌شود. این مسائل درمانجو از نظر مشکلاتی در ایجاد امنیت و اعتماد در رابطه درمانی و مشارکت در مداخلات مهم، پیامدهایی را در فرایند درمان به همراه دارد.

اختلال استرس شدید نامشخص

مجموعه پیچیده آشفتگی‌های مربوط به تجربه خشونت بین‌فردی که در کودکی آغاز می‌شود با عنوان اختلال استرس شدید نامشخص، شناخته می‌شود که پیش‌تر هنگام معرفی انواع تروما توضیح داده شد. با این حال، ممکن است علائم استرس پس از آسیب بخشی از این آرایه باشد، ولی این تشخیص جنبه معرف اختلال‌های پیچیده استرس پس از آسیب نیست و بسیاری از هیجان‌ات (مانند شرم، خشم و تسلیم) علاوه بر ترس، در مرکز این اختلال قرار دارند. در کل به نظر می‌رسد که درمان‌های روان‌شناختی مؤثر برای مواجهه طولانی با ترومای پیچیده بین‌فردی، باید چندبعدی و یکپارچه باشند. همچنین اگر تروما، پیچیده و ماهیت بین‌فردی داشته باشد و به خصوص وقتی این تجربه‌های آسیب‌زا در کودکی رخ دهد، ممکن است علائم آن، شدید و پایدار باقی بماند. انواع تجربه آسیب در کودکی و تشخیص اختلال استرس شدید نامشخص، با شیوع بالای اختلال استرس پس از آسیب (۵۰ تا ۷۵٪) (کسلر و همکاران، ۱۹۹۵) و همچنین با نقص مزمن در خودتنظیمی (چیچتی و توث، ۱۹۹۵؛ روث، نیومن، پلکوویتز، ون‌درکولک و مندل، ۱۹۹۷)، اختلالات سوء‌مصرف مواد (چیلکوت و برسلاو، ۱۹۹۸)، اختلالات اضطرابی و خلقی مزمن (پولوزنی و فولت، ۱۹۹۵)، اختلالات بیرونی‌سازی در کودکی و بزرگسالی (فورد و همکاران، ۲۰۰۰؛ پلکوویتز و همکاران، ۲۰۰۰) و موارد پزشکی (واکر و

همکاران، ۲۰۰۳) همراه است. همچنین اختلال استرس شدید نامشخص، با اختلال شخصیت مرزی به‌طور هم‌زمان رخ می‌دهد (مکلین و گالوپ، ۲۰۰۳). نتایج پژوهشی در مورد عوامل مرتبط با تشخیص اختلال استرس شدید نامشخص (اسکوبوریا و همکاران، ۲۰۰۶) بیان داشت که بدتنظیمی خشم، عاملی مجزا است که از کنترل تکانه جدا در نظر گرفته می‌شود. در نتیجه درمان مؤثر به خودی خود، مستلزم تمرکز بر خشم و تمایز آن از مشکلات مدیریت رفتار، مانند سوء مصرف مواد و یا صدمه به خود است. با توجه به پژوهش اسکوبوریا و همکارانش (۲۰۰۶) ارزیابی‌های خود، روابط و سیستم گسترده معنا یا امید، همگی در یک عامل واحد دسته‌بندی می‌شوند که بیان می‌دارد این جنبه از علائم به‌جای اینکه از هم مجزا باشند، با هم ارتباط متقابل دارند. این وضعیت نشان می‌دهد درمانی که بر تغییر معنای ناسازگار متمرکز است، باید دربردارنده این عناصر باشد و آنها را با هم ادغام کند.

مشکلات بین‌فردی و مرتبط با خود

هم مشکلات بین‌فردی و هم مشکلات مربوط به خود با آسیب‌های دلبستگی مرتبط‌اند و این مسئله به خوبی به اثبات رسیده است (مانند کورتوا، فورد، ۲۰۰۹؛ سالومون و سیگل، ۲۰۰۳). ادراکات خود و دیگران که در روابط دلبستگی اولیه شکل گرفته‌اند در حافظه ثبت شده و به‌عنوان الگوهای پایداری که بر ادراکات و رفتارهای حال حاضر نیز تأثیر می‌گذارند، عمل می‌کنند. نظریه‌پردازان و محققان دلبستگی (مانند سروفه، ۱۹۹۶) بر اهمیت همدلی والدانه به‌عنوان اساس ایجاد بازنمایی‌های سالم از خود و دیگران و پیوند دلبستگی ایمن تأکید می‌کنند. این پیوند به نوبه خود مبنایی برای شکل‌گیری ظرفیت‌های تنظیم هیجانی، اعتماد به نفس، و اعتماد بین‌فردی است. کودک از طریق بازتاب همدلانه احساسات و نیازها یاد می‌گیرد تجربه هیجانی را بشناسد، برچسب زند و توصیف کند. این کار، به واسطه گسترش مهارت‌های ارتباطی، در کنترل خود، توصیف خود و ارتباط بین‌فردی نقش دارد.

مشکلات مرتبط با خود

ناتوانی در ادراک خویشتن، که ناشی از بدرفتاری‌ها دوران کودکی است، شامل آگاهی محدود از تجربه درونی (مانند احساسات، خواسته‌ها، نیازها و ارزش‌ها) است و باعث ایجاد ادراک خویشتنی در افراد می‌شود که به نوعی آنها را از دیگران جدا می‌کند. به‌طور مشخص به خاطر بدرفتاری، فرد به‌وضوح احساس سرگشتگی در هویت و تکه تکه شدن، احساس گناه و خودسرزنشگری دارد که به حس فراگیری از بی‌ارزشی، ضعف و قربانی شدن می‌انجامد. این مشکلات، مجموعه‌ای از هسته ابعاد اساسی فرد را نشان می‌دهد که مسئول تنظیم عزت‌نفس از طریق مهارت‌هایی مانند تنظیم عواطف، تحمل تنها بودن، انتقاد، خودتسکینی و حس عاملیت فردی است (مک کان و پرلمن، ۱۹۹۰). منظور از ابعاد