

فهرست

۹	مقدمه مؤلفان بر ترجمه فارسی.....
۹	چه چیزی در این کتاب جدید است؟.....
۱۱	سخن مترجمان.....
۲۱	پیش گفتار.....
۲۷	مقدمه.....
۲۸	تجزیه ناشی از تروما.....
۳۵	تجزیه ساختاری در برابر اعمال یکپارچه.....
۳۹	تداوم تجزیه ساختاری شخصیت.....
۴۲	درمان مرحله‌محور ترومای مزمن.....
۴۶	خلاصه.....

بخش اول - تجزیه ساختاری شخصیت

۴۹	فصل ۱ - تجزیه ساختاری شخصیت.....
۴۹	ریشه‌های تروماتیک تجزیه ساختاری شخصیت.....
۵۶	سیستم‌های عمل: میانجی‌های بخش‌های تجزیه‌ای.....
۶۴	حافظه تروماتیک در برابر حافظه سرگذشتی.....
۶۹	خلاصه.....
۷۰	فصل ۲ - تجزیه ساختاری اولیه.....
۷۰	ویژگی‌های بخش به‌ظاهر طبیعی شخصیت.....
۷۴	ویژگی‌های بخش هیجانی شخصیت.....
۸۲	خلاصه.....
۸۳	فصل ۳ - تجزیه ساختاری ثانوی شخصیت.....
۸۴	ویژگی‌های تجزیه ساختاری ثانویه.....
۸۵	درهم تنیدگی‌های تجزیه ساختاری ثانویه.....
۹۵	خلاصه.....
۹۶	فصل ۴ - تجزیه ساختاری شخصیت نوع سوم.....
۹۶	بخش‌های تجزیه شده در اختلال هویت تجزیه‌ای.....
۹۹	استقلال (هایی) و گسترش بخش‌های تجزیه‌ای شخصیت.....
۱۰۷	ریشه‌های تجزیه ساختاری ثانوی و نوع سوم.....
۱۱۱	خلاصه.....
۱۱۳	فصل ۵ - علائم مرتبط با تروما و تجزیه ساختاری.....
۱۱۳	ابهام در علائم تجزیه‌ای.....
۱۱۴	علائم تجزیه‌ای.....
۱۲۳	بازی‌های درونی بین علائم تجزیه‌ای مختلف.....
۱۲۴	تغییرات آگاهی.....
۱۳۱	خلاصه.....

۱۳۳	فصل ۶ - تجزیه ساختاری و طیف اختلالات مرتبط با سانحه
۱۳۶	اختلال PTSD (استرس پس از سانحه) در DSM-5
۱۴۲	اختلال شخصیت مرزی در DSM-5
۱۴۵	اختلالات تجزیه‌ای در DSM-5
۱۵۱	سایکوز و سانحه‌دیدگی
۱۶۰	هم‌ابتلایی یا طیفی بودن اختلالات و علائم در افراد سانحه دیده؟
۱۶۲	خلاصه

بخش دوم - ترومای مزمن و روان‌شناسی کنش‌زانه

۱۶۵	مقدمه‌ای بر بخش دوم
۱۶۷	فصل ۷ - سنتز (ترکیب) و محدودیت‌های آن در بازماندگان تروما
۱۶۸	ارتباط بین فعالیت‌های ذهنی و رفتاری
۱۷۱	یکپارچگی و هدف فعالیت‌ها
۱۷۳	مراحل دستیابی به هدف
۱۷۷	یکپارچگی در سلامت ذهنی و آسیب‌دیدگی
۱۷۷	تجزیه ساختاری تروماتیک شکل منحصربه‌فرد شکست در یکپارچگی
۱۸۵	خلاصه
۱۸۶	فصل ۸ - سانحه‌دیدگی به‌عنوان سندرم گسست از واقعیت
۱۸۶	واقعیت‌بخشی
۱۸۸	شخصی‌سازی
۱۹۲	کنونی‌سازی
۱۹۷	واقعیت‌بخشی و حس زمان و واقعیت
۱۹۹	ارزش بیش از حد دادن به واقعیت و یا دست کم گرفتن آن
۲۰۲	خلاصه
۲۰۴	فصل ۹ - سلسله‌مراتب گرایش‌های عمل
۲۰۴	گرایش‌های عمل و کنش‌ها
۲۰۶	سطوح و پیچیدگی تمایلات عمل
۲۰۷	تمایلات عمل در سطوح پایین‌تر
۲۱۶	تمایلات عمل بینابینی
۲۲۰	تمایلات عمل سطوح بالاتر
۲۲۲	کفایت روانی و انرژی ذهنی
۲۲۳	حرکت در امتداد هرم تمایلات عمل
۲۲۵	یکپارچگی تمایلات عمل و سیستم‌های عمل
۲۲۷	خلاصه
۲۲۹	فصل ۱۰ - تداوم تجزیه ساختاری به‌دلیل هراس
۲۲۹	هراس کنش (هراس از عمل کردن)
۲۳۰	ریشه هراس‌های تروماتیک
۲۳۱	هراس‌های تروماتیک و شرطی‌سازی کلاسیک
۲۳۵	هراس‌ها و شرطی‌سازی عامل
۲۴۰	هراس‌های اعمال و محرک‌های مرتبط با تروما
۲۴۵	هزینه‌های حفظ تجزیه ساختاری، و دست‌آوردهای غلبه بر آن

خلاصه..... ۲۴۷

بخش سوم - درمان بیماران با ترومای مزمن

مقدمه‌ای بر بخش سه ۲۵۱

فصل ۱۱ - ارزیابی بیماران سانحه‌دیده ۲۵۴

مرحله ۱: ارزیابی بالینی استاندارد..... ۲۵۵

مرحله ۲: ارزیابی علائم و اختلال‌های مرتبط با تروما..... ۲۶۰

مرحله ۳: تحلیل سیستماتیک ساختار و عملکرد شخصیت، و تاریخچه بیمار..... ۲۶۴

عوامل پیشگو و خط سیر درمان..... ۲۷۰

خلاصه..... ۲۷۱

فصل ۱۲ - بهبود عملکرد سازگاران..... ۲۷۳

اصول کلی درمان

اصول کلی درمان در چارچوب نظام اقتصادی ذهن..... ۲۷۴

افزایش انرژی ذهنی..... ۲۷۷

بهبود کفایت روانی..... ۲۸۱

بهبود واقعیت‌بخشی..... ۲۹۳

خلاصه..... ۲۹۴

فصل ۱۳ - مرحله ۱ درمان و فراسوی آن..... ۲۹۶

غلبه بر هراس دل‌بستگی و فقدان دل‌بستگی به درمانگر

نقش دل‌بستگی در درمان..... ۲۹۷

هراس دل‌بستگی در خلال مراحل مختلف درمان..... ۲۹۹

هراس تماس اولیه با درمانگر..... ۳۰۰

دل‌بستگی و درمانگر..... ۳۰۲

هراس دل‌بستگی و فقدان دل‌بستگی به درمانگر..... ۳۰۳

خلاصه..... ۳۱۱

فصل ۱۴ - مرحله ۱ درمان و فراسوی آن..... ۳۱۲

غلبه بر هراس فعالیت‌های ذهنی مرتبط با تروما

کار با اعمال ذهنی ناشی از تروما در خلال مراحل درمان..... ۳۱۴

تحلیل هراس اعمال ناشی از تروما..... ۳۱۵

تکنیک‌هایی برای غلبه بر هراس اعمال ذهنی ناشی از تروما..... ۳۱۹

خلاصه..... ۳۲۹

فصل ۱۵ - مرحله ۱ درمان و فراسوی آن..... ۳۳۲

غلبه بر هراس بخش‌های تجزیه‌شده

تحلیل کارکردی هراس بخش‌های تجزیه‌ای..... ۳۳۳

کار با سطوح مختلف تجزیه ساختاری..... ۳۳۵

مداخلات درمانی جهت غلبه بر هراس بخش‌های تجزیه‌شده..... ۳۴۰

خلاصه..... ۳۵۰

۳۵۱	..... فصل ۱۶ - مرحله ۲ درمان
	غلبه بر هراس خاطرات تروماتیک
۳۵۱	..... غلبه بر هراس‌های مرتبط با دل‌بستگی نایمن به متجاوز(ان)
۳۵۳	..... غلبه بر هراس خاطره تروماتیک
۳۶۵	..... مارتا: نمونه موردی از ترکیب هدایت‌شده
۳۶۷	..... فریدا: موردی از ترکیب هدایت‌شده خردشده
۳۶۸	..... خلاصه
۳۶۹	..... فصل ۱۷ - مرحله ۳ درمان
	یکپارچه‌سازی شخصیت و غلبه بر هراس زندگی طبیعی
۳۷۰	..... اتحاد بین بخش‌های تجزیه‌شده شخصیت
۳۷۲	..... غلبه بر هراس‌های زندگی طبیعی
۳۸۵	..... پایان درمان
۳۸۶	..... خلاصه
۳۸۸	..... مؤخره
۳۸۸	..... طبیعت در حال گسترش نظریه و مدل درمانی
۳۹۱	..... درمانگر
۳۹۵	..... پیوست‌ها
۳۹۵	..... پرسشنامه DIS-Q
۳۹۶	..... بخش ۱
۳۹۷	..... بخش ۲
۴۰۰	..... فرم نمره دهی به DIS-Q
۴۰۱	..... پرسشنامه DES
۴۰۶	..... نحوه نمره گذاری این پرسشنامه
۴۰۷	..... پرسشنامه T.E.C
۴۱۲	..... پرسشنامه ۲۰-SDQ
۴۱۴	..... SIDES-SR
۴۲۷	..... کلید تست:
۴۳۳	..... منابع
۴۷۵	..... منابع بیشتر
۴۷۷	..... واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۴۸۲	..... واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۴۸۷	..... معرفی کتاب
۴۸۷	..... در استقبال از کتاب، بزرگان سخن می‌گویند
۴۸۸	..... درباره مؤلفین

مقدمه مؤلفان بر ترجمه فارسی

ما، اونی فاندرهارت، الرت ناین هاوس و کتی استیل، مؤلفان کتاب "خود تسخیرشده: تجزیه ساختاری و درمان ترومای مزمن"، بسیار قدردان و خوشحالیم که ویرایش جدیدی از این کتاب به زبان فارسی ترجمه و منتشر شده است. خوشبختانه در ایران، آگاهی بالایی درباره تأثیر وقایع آسیب‌زا بر سلامت روان وجود دارد و پژوهش‌های خوبی از جمله مطالعات منتظری و همکاران در مورد تأثیر زلزله بر جمعیت شهری؛ هاشمیان و همکاران و همچنین نژاد و فراهتی در مورد آسیب‌های روان‌شناختی جنگ ۸ ساله ایران و عراق، در این مورد انجام شده است. هاشمیان و همکاران، در سال ۲۰۰۶ اثرات درازمدت حملات شیمیایی را بر سلامت روان غیرنظامیان مطالعه کردند. آنها دریافتند که این حملات، به ویژه در بازماندگانی که علاوه بر سلاح شیمیایی در معرض جنگ‌های مکرر نیز قرار داشتند، با شیوع بالای اختلال استرس پس از سانحه و نشانه‌های اضطرابی و افسردگی همراه بوده است. مطالعه سال ۲۰۰۷ توسط نژاد و فراهتی نیز نشان‌دهنده تمایل روزافزون به پژوهش در مورد فرآیند تجزیه و اختلالات تجزیه‌ای در بازماندگان وقایع آسیب‌زای جنگ است. آنها دریافتند که بیش از نیمی از جانبازان جنگی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، دست کم از یک اختلال تجزیه‌ای رنج می‌برند و در این میان شایع‌ترین اختلال، فراموشی روان‌زاد (تجزیه‌ای) بود. آنها همچنین نشان دادند بسیاری از جانبازان در طی سال‌های بعد، بیش از جمعیت معمولی، در معرض فقر، مصرف بیش از اندازه داروها و اعتیاد قرار دارند.

ما معتقدیم، در ایران نیز مانند سایر نقاط جهان، آگاهی روزافزون بالینگران به اثرات منفی وقایع ناگوار بر سلامت ذهن، موجب افزایش علاقه‌مندی به نظریات مرتبط با تروما و ارزیابی و درمان عوارض آن شده است. همچنین، در آینده نزدیک، افزایش درخواست عمومی برای دریافت کمک‌های حرفه‌ای، باعث افزایش بیش از پیش این علاقه‌مندی بالینی خواهد شد. خیزش جهانی برای مطالعه تروما و همچنین گسترش دانش مرتبط با تروما و پیامدهای آن برای سلامت جسم و روان، موجب افزایش قابل توجه درخواست عمومی برای درمان تروما خواهد شد. همان‌طور که از عنوان آن برمی‌آید، تأکید این کتاب بر ترومای مزمن، به ویژه بی‌توجهی عاطفی شدید و سوءاستفاده‌های جنسی، بدنی و هیجانی دوران کودکی است. خوشبختانه طی سال‌های اخیر، این موارد، مورد توجه پژوهشگران ایرانی نیز بوده است. کتاب حاضر، همچنین، اطلاعات مفیدی در مورد طبیعت سایر انواع تجربیات آسیب‌زا، با تأکید ویژه بر تجزیه به‌عنوان ویژگی اصلی طیف اختلالات وابسته به تروما، در اختیار خوانندگان قرار می‌دهد.

نکته مفهومی مورد تأکید کتاب، این گزاره است که تجزیه (یا چند بخش شدن) شخصیت، ویژگی عمده و اساسی تروما است. شناخت این موضوع، در تشخیص و درمان بیماران دچار ترومای مزمن و اختلالات پیچیده ناشی از آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

چه چیزی در این کتاب جدید است؟

پس از ویرایش اول کتاب در سال ۲۰۰۶، تغییرات کوچک و مثال‌های بالینی جدیدی به آن اضافه شد تا نظریه و کاربرد بالینی آن در درمان، روشن‌تر از پیش ادراک شود. استناد به مقالات، به روز شدند و از مقالات جدید بیشتری استفاده شد. علاو بر بهره‌گیری ویرایش فارسی کتاب از این تغییرات جدید و به روز، تغییر عمده و منحصربه‌فرد این کتاب، آن است که، به درخواست مترجمان و به طور انحصاری برای ترجمه فارسی، تمام توضیحات تشخیصی

را از DSM-IV (APA, 1994) به DSM-5 (APA, 2013) تغییر دادیم. در این میان، بزرگترین تغییر مربوط به فصل ششم، تجزیه ساختاری و طیف اختلالات مرتبط با تروما بود که کاملاً بازنویسی شد. شایان ذکر است که ما انتقاد خود در مورد دیدگاه DSM-5 به نقش تجزیه در اختلال پس از سانحه را نیز به همین فصل اضافه کردیم.

برای درک بهتر کتاب، مایلیم مفهومی استعاره‌ای تحت عنوان "نقاط شکست" را، که اغلب برای تبیین ترومای روانی به کار می‌بریم و نشان‌دهنده تجزیه شخصیت در جریان تجربیات متلاشی‌کننده است، همین‌جا توضیح دهیم. ما این اصطلاح را، که استعاره‌ای برای ترومای روانی محسوب می‌شود، در کتابی کوچک از یک نویسنده آمریکایی به نام راس یافتیم. راس در جایی از این کتاب می‌نویسد "همگی ما نقطه شکستی داریم که بعضی‌هایمان زودتر به آن می‌رسیم و بعضی دیرتر". این استعاره درست مانند همان چیزهایی است که بازماندگان تروما در مورد تجربه آسیب‌زای خود بیان می‌کنند. بارها از مراجعان آسیب‌دیده خود شنیده‌ایم که "آن اتفاق مرا شکست"؛ "احساس کردم در هم شکستم"؛ "حس کردم انگار دارم از هم می‌پاشم"؛ "انگار من، فرد دیگری بودم که در کنار خودم ایستاده‌ام"؛ "احساس کردم ترک خوردم". اغلب بازماندگان تروماهای مزمن دوران کودکی، موارد متعددی از این نقاط شکست را تجربه نموده‌اند. در چنین کودکانی، تجزیه، بسیار پیچیده‌تر از نقطه شکستی منفرد ناشی از وقایع آسیب‌زا در زندگی یک فرد بالغ است. برخی از مهم‌ترین پرسش‌های بالینی که در این شرایط نیاز به پاسخ دارند عبارت‌اند از اینکه: چه زمانی فرد به نقاط شکست خود می‌رسد؟ چه عواملی در این مورد نقش دارند؟ و چه اتفاق ساختاری و بالینی برای بازماندگان حادثه می‌افتد؟ کتاب حاضر پاسخ این سؤالات و بخش‌بخش زیستی-روانی-اجتماعی شخصیت را به تفصیل بیان می‌کند. به همین منظور، تعریف کامل‌تری از تجزیه ساختاری شخصیت، آنگونه که درک ما از این مفهوم را بیان می‌کند، در فصل اول کتاب آورده‌ایم.

از زمان انتشار اولین ویرایش این کتاب در سال ۲۰۰۶، مؤلفان، به هر دو صورت مشترک و انفرادی به نوشتن و انتشار مطالب و مقالات خود ادامه داده‌اند. خوشبختانه پیش از انتشار ترجمه فارسی، این فرصت به وجود آمد تا مفهوم مهمی که طی سال‌های اخیر در ذهن مؤلفان کتاب پرورش یافته به آن اضافه شود. براساس این مفهوم جدید، مؤلفان معتقدند بخش‌های تجزیه‌ای بیمار، که در متن کتاب، تحت عنوان بخش‌های هیجانی شخصیت نامیده شده‌اند، در زمان تروما زندگی می‌کنند. این بخش‌ها، هر از گاهی دوباره فعال می‌شوند تا فرد، هیجانات، باورها، حس‌ها و سایر تجربیات زمان تروما را به صورت زمان حال دوباره تجربه کند. چنانچه مایلید مطالب بیشتری در این زمینه بخوانید، از شما دعوت می‌کنیم به سایت‌های شخصی مؤلفان مراجعه کنید.

از سال ۲۰۰۶ تا کنون ما کتاب‌های دیگری نیز در همین زمینه منتشر کرده‌ایم. اولین کتاب، به نام "راهنمای مقابله با تجزیه ناشی از تروما: آموزش مهارت‌هایی برای بیماران و درمانگران" بود که در سال ۲۰۱۱ توسط سوزت بون، کتی استیل و اونی فاندرهارت نگاشته شد. کتاب دوم، "سه گانه تروما: بی‌توجهی، شکنندگی و کنترل" نام دارد که توسط الرت ناین‌هاوس در دو جلد نوشته شده است. جلد اول با عنوان "مفاهیم تحولی در تروما" و جلد دوم با عنوان "مفاهیم و واقعیت‌های تجزیه در تروما" در سال ۲۰۱۵ منتشر شده‌اند. کتاب سوم نیز، تحت عنوان "درمان تجزیه ناشی از تروما: رویکردی کاربردی و یکپارچه" توسط کتی استیل، سوزت بون و اونی فاندرهارت نوشته و در سال ۲۰۱۷ منتشر شده است. مفاهیم، ایده‌ها و رویکردهای بالینی کتاب خودتسخیرشده، در کتاب‌های فوق‌بار دیگر مرور شده‌اند. امیدواریم آثار منتشرشده ما در این مقوله، اعم از کتاب‌ها و مقالات، برای دست‌اندرکاران سلامت روان در ایران مفید و مؤثر باشند.

اونو فاندرهارت،

الرت ناین‌هاوس،

کتی استیل.

سخن مترجمان

کتابی که پیش رو دارید، در حوزه یکی از دشوارترین اختلالات روان‌پزشکی نگاشته شده است. شاید به واسطه همین دشواری، پیش از این، اختلالات تجزیه‌ای، اختلالات ناشی از تروما و اختلال شخصیت مرزی، که در این کتاب همگی دارای یک زیرنا معرفی شده‌اند، در سایر کتاب‌های تألیفی و ترجمه‌شده فارسی، مورد توجه چندانی نبوده‌اند. البته این کم‌توجهی، تا حد زیادی، به علت عدم کارایی درمان‌های معمول و دشواری روان‌درمانی این اختلالات بوده است. شایان ذکر است که اگرچه درمان‌های مبتنی بر تعدیل طرح‌واره در این راه، مسیری طولانی را پیموده‌اند، به دلیل بی‌توجهی به ریشه ساختاری اختلالات تجزیه‌ای، در میانه راه، کارایی خود را از دست داده‌اند. متأسفانه، کمبود منابع علمی معتبر، موجب شده است بسیاری از همکاران محترم، در برخورد با چنین مراجعانی احساس سردرگمی کنند و نتیجه‌بخش نبودن تکنیک‌های مواجهه و بازسازی‌های شناختی را به مقاومت مراجع نسبت دهند. همین کمبود منابع، باعث شد تا مترجمان این کتاب در صدد یافتن منبع مناسبی در این زمینه باشند. از این رو، وقتی یکی از مترجمان، به دلیل علاقه به موضوع تجزیه و اختلالات ناشی از تروما، در کارگاه پیشرفته روان‌درمانی اختلالات تجزیه‌ای پروفسور اونو فاندرهارت، یکی از مؤلفان این کتاب، شرکت کرد، مطالب کارگاه و کتاب مورد نظر را منحصربه‌فرد و بسیار مفید یافت. بنابراین هسته‌های اولیه ترجمه کتاب شکل گرفت و مترجمان تصمیم گرفتند این اثر ارزشمند را با همکاران فارسی‌زبان خود به اشتراک بگذارند.

نویسندگان این کتاب، آقایان اونو فاندرهارت و اِرت ناین‌هاوس و خانم کتی استیل؛ در حوزه درمان اختلالات ناشی از تروما، سابقه طولانی و موفقی دارند و در زمینه‌های پژوهشی نیز مفتخر به کسب جوایز بین‌المللی معتبری شده‌اند که خوانندگان محترم در صورت تمایل می‌توانند به سایت‌های شخصی و دانشگاهی آنها مراجعه کنند.^۱ نکته حائز اهمیت اینکه، مؤلفان، کار پژوهشی را با فعالیت بالینی درازمدت درهم آمیخته و نتیجه سال‌ها پی‌گیری این بیماران را در کتاب حاضر به جهانیان عرضه کرده‌اند. یکی از وظایف ما، به‌عنوان کسانی که به‌کار درمان اختلالات روانی همت گماشته‌ایم، اطلاع از نظریات سازنده و جدیدی است که با صرف سال‌ها تلاش و کار گروهی عرضه می‌شود.

نویسندگان در این کتاب تنها به ارائه درمان این اختلالات بسنده نکرده، بلکه نظریه قوی و جدیدی که برگرفته از کارهای قبلی پی‌یر ژانه است را نیز در مورد شکل‌گیری و زیربنای این اختلالات بیان کرده‌اند. از این رو، لازم می‌دانیم برای خواننده فارسی‌زبان که ممکن است با واژه‌های جدیدی در این حوزه روبه‌رو شود، توضیحات روشن‌گری بیان کنیم که دانستن آنها قبل از مطالعه کتاب لازم است.

در ابتدا لازم می‌دانیم به مهم‌ترین ویژگی این ترجمه که آن را منحصربه‌فرد نموده، اشاره کنیم. از آنجایی که کتاب خود تسخیرشده در سال ۲۰۰۶ منتشر شد، مباحث و طبقه‌بندی‌های تشخیصی آن براساس متن بازمینی‌شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ نوشته شده بود. پس از آن و در سال ۲۰۱۳ پنجمین ویرایش این راهنما^۳ توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴ معرفی شد. با توجه به اهمیت

1. www.onnovdhart.nl ; www.enijenhuis.nl ; www.kathy-steele.com

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition – Text Revision (DSM-IV-TR)

3. DSM-V

4. American Psychiatric Association (APA)

و گسترده‌تری تغییرات راهنمای جدید و برای احترام به خواننده محترم ایرانی، از مؤلفان خواستیم کتاب را براساس راهنمای جدید بازرینی کنند. اگرچه در ابتدا این کار برای نویسندگان، آسان نبود ولی به دلیل اهمیتی که برای این ترجمه قائل بودند، سخاوتمندانه درخواست ما را پذیرفتند و تمام کتاب را براساس DSM-5 بازرینی کردند. در این میان، فصل ششم، تنها با یک بازرینی ساده قابل ارائه نبود و مؤلفان، این فصل را به طور کامل بازنویسی کردند. به این ترتیب ویرایش فارسی این کتاب، به شکلی منحصر به فرد، حتی از کتاب اصلی، کامل تر و روزآمدتر شد.

نکته دوم که باید به آن اشاره کنیم آن است که ممکن است زبان نوشتاری کتاب در ابتدا کمی سنگین به نظر بیاید، البته مترجمان برای ساده‌سازی و قابل فهم ساختن مطالب نهایت تلاش خود را به خرج داده‌اند. با این حال، باید توجه داشت که بیان یک نظریه نوین که مفاهیم و واژه‌های جدیدی را در خود دارد به زبان عامیانه امکان‌پذیر نیست و البته چنین انتظاری نیز نمی‌رود زیرا مخاطبان کتاب هم عوام نبوده بلکه متخصصان حوزه سلامت روان، دانشجویان مقاطع بالای تحصیلی، رزیدنت‌های روان‌پزشکی، روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان هستند. البته نویسندگان در جای‌جای کتاب، با ذکر مثال‌های بالینی واقعی از بیماران خود، در روشنگری مطالب، موفقیت چشمگیری داشته‌اند. لذا به خوانندگان محترم توصیه می‌شود مطالعه کتاب را از اولین فصل آغاز کنند زیرا بخش‌های آغازین، حاوی توضیح واژه‌ها و مفاهیمی هستند که دانستن آنها برای درک صحیح نظریه و درمان مبتنی بر آن، الزامی است.

کتاب، از بخش سوم وارد مباحث ارزیابی و درمان می‌شود، لذا دو بخش اول، توضیح نظریه‌ای هستند که برای شناخت ماهیت اختلالات تجزیه‌ای، درک بیماران و درمان آنها، نگاشته شده است. طبیعی است با کمبود وقت و شتابی که شرایط امروز به زندگی و کار تک‌تک ما داده، وسوسه غالب، رسیدن هر چه سریع‌تر به نتیجه و راه‌حل نهایی است. مترجمان پیشنهاد می‌کنند بر این وسوسه غلبه کنید زیرا مطالعه مباحث ارزشمند دو بخش اول، با ایجاد شناخت عمیق و درک صحیح از سازوکار تجزیه در افراد سانحه‌دیده، موجب می‌شود وقتی به مطالعه فصول ارزیابی و درمان می‌پردازید، آنها را بسیار آسان و حتی آشنا ببینید. هر نظریه عمیقی که در تبیین یک اختلال ارائه می‌شود، باید دارای چنین ویژگی‌ای باشد تا درمانگر را هنگام ارزیابی بیمار، به سرعت به شناخت ریشه‌ها هدایت کند. از یک سو، تجربه درمانگران مجرب، پس از درک ریشه‌ها، به خوبی هدایتگر درمان خواهد بود. از سوی دیگر، درمانگران کم‌تجربه نیز با شناخت ریشه‌های شکل‌گیری اختلال، به درک عمیق‌تر آن و همدلی با بیمار نائل می‌آیند که شرط اول در برقراری ارتباط سازنده و درمان مؤثر است.

در مورد نام ترجمه فارسی لازم است که توضیح مختصری بدهیم. می‌دانیم واژه **تسخیر**، اغلب در متون مربوط به روح و موجودات تخیلی به کار می‌رود و انتخاب عنوان خود تسخیر شده، برای کتاب عجیب به نظر می‌رسد، اما این نام با هدف مشخصی برگزیده شده است. می‌توان گفت دنیای درونی بیماران آسیب‌دیده از تروما، توسط سایه‌های دیگران و تجارب آزردهنده گذشته، تسخیر شده است. حاصل این تسخیر، تجزیه ساختاری شخصیت و از هم‌گسستگی اجزای هشجاری، حافظه، هویت و ادراک است.

ما، مترجمان کتاب، امیدواریم تلاش‌مان برای ارائه دقیق یک روش درمانی خوب و مؤثر به زبان فارسی، مورد استفاده همکاران محترم قرار گیرد و به درمان دسته‌ای از شایع‌ترین و چالش‌برانگیزترین اختلالات روان‌پزشکی کمک کند تا آسیب‌دیدگان سوانح تروماتیک را از رنج طاقت‌فرسایی که دچارش هستند، نجات دهد. خوشبختانه این کتاب با وضوح و روشنگری مناسبی که در بیان مطالب دارد، ما را از توضیحات اضافه بی‌نیاز کرده است، بنابراین شما را به خواندن کتاب از ابتدای آن دعوت می‌کنیم.

عنايت‌آله شهيدی
کتايون حلمی
خرداد ۹۶

به نام خدا

زمانی که هشیاری محدود می‌شود، آگاهی به خود و پیرامون خود کاهش می‌یابد. فرد، آنچنان در فضایی مبهم سرگردان است که هویت خویش را مخدوش می‌بیند، انگار تصویر خود را در آینه‌ای دونیم‌شده می‌نگرد و از هم گسسته است، آنگاه است که گفته می‌شود تجزیه در ذهن صورت گرفته است. آنچه ذهن را دوباره کرده، گاه خاطره‌ای است از تعارضات ناخودآگاه که در حوادث دوران کودکی از مشاهدات تأثیرگذار بر ذهن شکل گرفته، تا تجربه تهاجم جسمی و جنسی، از مواجهه با تحقیر و تهدید تا رودرویی با مرگ و آتش و جنگ و انفجار در دوران‌های گذشته. همگی اینها از علائم تبدیلی در جسم تا شکل‌گیری فانتزی‌ها، شبه‌توهم‌ها و گاه توهم‌ها در فضای ذهن، فرد مبتلا را به جستجوی راهی ناخودآگاه رهنمون می‌شوند تا از این تعارضات رها شود و به فضایی دیگر پناه آورد تا از زیر بار سنگین آنچه از این تعارض‌ها، ضربه‌ها و حوادث، برنمی‌تابد، شانه سبک کند و این همان تجزیه ذهن است. در تعبیری دیگر، ذهن، در گیرودار ابتلا در حوزه هیجان و شناخت ترجیح می‌دهد بدین‌گونه خود را فریب دهد تا گاه موقت و کوتاه و گاه طولانی‌مدت، فضایی ابداع کند که از تعارضات و ضربه‌های سهمگین گذشته، اگرچه ناکارآمد، رهایی یابد.

ورود درمانگر به این فضا، دقت و هشیاری تخصصی همراه با تجربه‌ای گران‌سنگ می‌طلبد تا با شیوه‌هایی علمی، با آگاهی‌بخشی به فرد مبتلا و کنار زدن پرده فروافتاده بر شناخت او، دوباره ذهن جداشده را به هم اتصال دهد و فرد مبتلا را از فضای مبهم ناخودآگاه ناهشیار مملو از حوادث گذشته به دنیای شفاف‌تر و پالوده ذهن و بازیابی خود، رهنمون شود. مفهوم تجزیه ذهن آنچنان وسیع است و ضربه‌های سهمگین اثرگذار گذشته آنچنان گونه‌گون که ورود علمی و تخصصی برای فهم آن عالمانی چون پی‌یر ژانه را می‌طلبد تا توانمندی راهیابی به آن را داشته باشند و به این سؤال پاسخ دهند که چگونه می‌توان در این اقیانوس پرتلاطم ذهن، برای رهایی فرد مبتلا، به قایقی نجات‌بخش دست یازید. کتاب حاضر که با زحمات دوست و همکار دانشمند و آگاه، جناب آقای دکتر عنایت‌الله شهیدی، و همکار توانمندشان، سرکار خانم کتابون حلمی، ترجمه شده، عمدتاً با تکیه بر دیدگاه ژانه، به شکل عالمانه‌ای به ابعاد گوناگون این پدیده روان-آسیب‌شناختی پرداخته و به درمان آن ورود کرده است. با آرزوی توفیق برای مترجمان محترم، اطمینان دارم مطالعه این کتاب برای همکاران روان‌پزشک، روان‌شناس و کلیه علاقه‌مندان این حوزه، مفید و پربار خواهد بود.

دکتر سیدعلی احمدی ابهری

متخصص بیماری‌های اعصاب و روان

استاد گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

به نام خدا

وجود استرس‌های مزمن از ویژگی‌ها و ملزومات زندگی مدرن است. بخشی از محصولات این دسته از استرس‌ها، ترومای مزمن است؛ ترومایی که می‌تواند در افراد آسیب‌پذیر به اختلال روان‌شناختی منتهی گردد. شکل‌های مختلف اختلال‌های پس از سانحه‌ای و تجزیه‌ای از جمله محصولات تروماهای مزمن هستند. درمان این دسته از اختلال‌ها همواره از چالش‌های بزرگ روان‌درمانگران بوده است. نویسندگان کتاب *The haunted self* سعی کرده‌اند براساس نظریه روان‌شناسی کنش ژانه، مدل درمان مرحله‌محور ترومای مزمن را معرفی کنند. تجزیه ساختاری شخصیت، مفهوم و مفروضه اصلی این مدل به منظور درک صحیح از اختلال‌های تروماتیک و درمان آنها است. بر این اساس، هدف اصلی درمان مرحله‌محور ترومای مزمن، بازسازی وحدت و یکپارچگی شخصیت معرفی شده است. علاوه بر بررسی و تفسیر مفاهیم نظری و یافته‌های پژوهشی مرتبط با اختلال‌های تروماتیک، در این کتاب شیوه‌های ارزیابی، اصول و مراحل مدل درمان مرحله‌محور ترومای مزمن به تفصیل شرح داده شده است. همانند هر مدل جدید درمانی، تأیید میزان اثربخشی این مدل نیز مستلزم تجربه و پژوهش است.

ترجمه این اثر از انگلیسی به فارسی توسط آقای دکتر عنایت‌آله شهیدی و خانم کتابیون حلمی، فرصت ارزشمندی را برای آزمودن درمان مرحله‌محور ترومای مزمن در اختیار روان‌درمانگران ایرانی قرار می‌دهد. ضمن تبریک به مؤلفان و مترجمان محترم این اثر، امیدوارم روان‌شناسان، روان‌پزشکان، روان‌درمانگران و علاقمندان به نظریه و درمان اختلال‌های تروماتیک از این فرصت به خوبی استفاده کنند.

دکتر محمدعلی بشارت

دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی

استاد دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران

به نام خدا

تروما یکی از مقولات مهم روان‌پزشکی است و از دیرباز در مورد آن مطالعات مختلفی صورت گرفته است. برخی از صاحب‌نظران معتقدند تروما و تجزیه علاوه بر اختلال استرس پس از سانحه، در شکل‌گیری برخی اختلالات شخصیت و به ویژه اختلال شخصیت مرزی نقش مهمی دارد. کتاب پیش‌رو یکی از بهترین کتاب‌هایی است که در زمینه تروما و تجزیه به رشته تحریر در آمده است و به خصوص با ترجمه روان همکاران عزیزم، جناب آقای دکتر شهیدی و سرکار خانم حلمی، مطالعه آن به کلیه دست‌اندرکاران بهداشت روان از جمله روان‌پزشکان، دستیاران روان‌پزشکی و روان‌شناسان بالینی و سلامت توصیه می‌کنم. در این کتاب از مفاهیم مفید نظریات مختلف در زمینه تروما از جمله تئوری‌های یادگیری، سیستمی، شناختی، طرح‌واره‌درمانی، دلبستگی، و روابط ابژه استفاده شده است. به نظر می‌رسد مؤلفان کتاب واژه تجزیه ساختاری را به‌عنوان مفهومی مشابه مکانیسم دونیم‌سازی (splitting) به کار گرفته‌اند که زیربنای بسیاری از اختلالات شدید شخصیت (سازمان مرزی) محسوب می‌شود. یکی از مهم‌ترین پیام‌هایی که این کتاب برای درمانگران دارد این است که تروما در بسیاری موارد منجر به بازآفرینی تروماهای قدیمی می‌شود و در این موارد درمان‌های کوتاه‌مدت رایج کارساز نخواهند بود. پیام مهم دیگر آن، نقش مهم دلبستگی در تروماهای مزمن و لزوم درمان دلبستگی نایمن به‌عنوان پیش‌شرط درمان اختلالات ناشی از تروما است. امیدوارم مطالعه این کتاب توسط بالینگران کشورمان به طراحی پژوهش‌های مناسبی در زمینه تروما منجر شود. ابتکار جالب مترجم و همکاری علمی مؤلفان برای بازنویسی کتاب براساس DSM-5 سودمندی آن را در محیط‌های بالینی دوچندان نموده است.

دکتر فرزین رضاعی

متخصص بیماری‌های اعصاب و روان

دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

به نام خدا

همکاران دانشمندم، آقای دکتر عنایت‌الله شهیدی و خانم کتابیون حلمی با ترجمه کتاب "خود تسخیرشده" توانسته‌اند گام مؤثری در کمک به درمان‌گران ایرانی برای درمان بیماران صدمه‌دیده روان (اعم از PTSD و اختلالات تجزیه‌ای) بردارند. با توجه به فراوانی این بیماران، روان‌پزشکان و روان‌شناسان خواهند توانست کیفیت کار درمانی خود را با مطالعه ترجمه هنرمندانه این اثر ارزشمند ارتقا بخشند.

دکتر علی شریفی

متخصص بیماری‌های اعصاب و روان

رئیس انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران

پیش‌گفتار

زندگی برای بیماران درگیر با ترومای مزمن می‌تواند نزاعی جاودانه باشد. این افراد به‌طور معمول دارای مجموعه وسیعی از علائم هستند، که اغلب تحت عنوان ترکیب‌های مختلفی از هم‌ابتلائی دسته‌بندی شده و کار ارزیابی و درمان را برای درمانگر پیچیده و گیج‌کننده می‌سازد. بسیاری از این بیماران در زندگی روزانه و ارتباط‌های خود مشکلات چشمگیری دارند مانند، تعارض‌های شدید درون‌روانی و روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه. مصائب و رنج‌های آنها در اصل مربوط به یک گذشته هولناک و دردآور است که به‌طور مداوم فکر آنان را به خود مشغول داشته و باعث آزار آنها می‌باشد. حتی زمانی که بازماندگان این وقایع تلاش دارند عذاب خود را در زیر ظاهری طبیعی مخفی کنند - که راهکاری شایع است - باین‌حال، درمانگران خود را در محاصره علائم و دردهای جدی این بیماران حس می‌کنند. تعجبی ندارد که بسیاری از بازماندگان تروماهای مزمن به درمانگران متعددی مراجعه کرده و از این مراجعه‌های خود یا نتیجه‌ای به دست نیاورده و یا پیشرفت ناچیزی حاصل کرده‌اند، و تعداد قابل توجهی از آنها نیز دارای برجسب غیرقابل درمان و یا مقاوم هستند.

در این کتاب قصد داریم نتیجه بیش از ۶۵ سال درمان و مطالعه افراد مبتلا به ترومای مزمن را در اختیار خوانندگان بگذاریم. در تلاش برای درک عقده‌ها و گاه تجربه‌های حیرت‌آور درونی، که اغلب از بیان آنها در قالب واژه‌ها قاصر و یا وحشت‌زده بودند، از نزدیک به این بیماران گوش سپردیم. از گزارش‌ها و مطالب کاربردی، نظری و علمی سود جسته و در این راه پیشینه غنی آسیب‌دیدگی (سانحه‌دیدگی) مربوط به سده نوزدهم و اوایل سده بیستم و نیز پیشینه سال‌های اخیر هدایت‌گرمایان بوده است. در این کاوش بیشترین مفاهیم را از نظریه‌های روان‌شناختی متعدد مانند، تئوری‌های یادگیری، سیستمی، شناختی، هیجانی، دلبستگی، روان‌پوشی و روابط شیء استخراج کرده‌ایم. پیشرفت‌های اخیر در حوزه روان‌شناسی تحولی و زیست-روان‌شناسی، علمی‌الخصوص عصب‌شناسی هیجانی و تحقیقات زیست-روان‌شناسی تروما، منبع اصلی الهام بوده‌اند. تمامی این منابع به ما کمک کردند به این درک برسیم که اساس تروما عبارت است از تجزیه ساختاری شخصیت.

پی‌ژانه (۱۹۴۷-۱۸۵۹)، فیلسوف، روان‌پزشک و روان‌شناس فرانسوی، یکی از اثرگذارترین روان‌پزشکان بالینی و متفکران دو قرن اخیر بوده است. در اینجا از مفهوم تجزیه ساختاری شخصیت برای تثبیت معنای اصلی تجزیه^۱ براساس نظرات ژانه استفاده کرده‌ایم. کارهای ژانه زیربنای لازم را برای درک و درمان اختلال‌های تروماتیک مهیا ساخته‌اند. تجزیه ساختاری نظام خاصی است که در آن زیرگروه‌های زیست-روانی متفاوت

شخصیت به شدت خشک و انعطاف‌ناپذیر بوده و در حالتی بسته قرار دارند. این ویژگی‌ها باعث از بین رفتن وحدت و هماهنگی در کل شخصیت بازمانده می‌شوند.

طرح و پیشنهاد ما برای استفاده از واژه تجزیه ساختاری (شخصیت) به دلیل نیازی مبرم و ضروری است. در حال حاضر چنان تعریف‌های گیج‌کننده و گاه متضادی از تجزیه وجود دارند که استفاده از این مفهوم بسیار مشکل‌ساز شده است. برای مثال، تجزیه می‌تواند نماینده گروهی از علائم باشد، یا معرف فعالیت ذهنی هشیار یا ناهشیار یا به عبارتی "رشد ذهنی" و یا نوعی مکانیزم دفاعی، و غیره باشد. همچنین طیف علائمی که هم‌اکنون تحت عنوان تجزیه‌ای تعریف شده‌اند به حدی گسترش یافته که این دسته وضوح و دقت خود را از دست داده است. صرف‌نظر از نشانه‌های تجزیه ساختاری شخصیت، این‌طور بیان می‌شود که علائم تجزیه‌ای شامل انبوهی از تغییرات مشترک و مرضی در هشیار فرد نیز می‌باشند. همان‌طور که در این کتاب خواهید دید، ما این گسترش و بسط مفهومی را نوعی خطای جدی مقوله‌بندی می‌دانیم.

در این کتاب تئوری تجزیه ساختاری را در ترکیب با روان‌شناسی کنش^۱ ارائه می‌کنیم. روان‌شناسی کنش (روان‌شناسی عمل) ریشه در کارهای پیش‌تاز ژانه دارد. این مدل طبیعت اعمال سازگار و یکپارچه‌ای را توصیف می‌کند، که ما به عنوان انسان با انجام آنها می‌توانیم بهترین سطح عملکرد را داشته باشیم. چنین کنش‌ها و عملکردهایی می‌باید نه تنها در مراجعان، بلکه در خود ما نیز به عنوان درمانگر ارتقا یابند. به یقین پی برده‌ایم که روان‌شناسی کنش کاربرد وسیعی برای تمامی افراد دارد. در این رابطه گفتگو خواهیم کرد که شخصیت افراد آسیب‌دیده چگونه سازمان یافته، و نیز علت ناسازگارانه بودن بسیاری از اعمال ذهنی و رفتاری آنها را بررسی می‌کنیم. نظریه تجزیه ساختاری و روان‌شناسی کنش ژانه که در این کتاب معرفی شده‌اند، همچنین اعمال یکپارچه‌ای را که بازمانده می‌تواند انجام دهد تا گذشته تسخیر شده خود را به آرامش رسانده و زندگی فعلی را با موفقیت به پیش ببرد را با جزئیات بیان می‌کند.

این کتاب در درجه اول برای درمانگران بالینی است، ولی برای دانشجویان روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکان و نیز برای محققان و پژوهشگران نیز حاوی مطالبی جالب توجه است. درمانگرانی که به کار مداوای بازماندگان بزرگسال مبتلا به آزار یا اهمال مزمن کودکی می‌پردازند، با مطالعه این کتاب می‌توانند بینش و ابزارهای مفیدی به دست آورند که درمان آنها را مؤثرتر و کارآمدتر کرده، و درمان را برای بیماران در رنج و عذاب نیز قابل تحمل‌تر نماید. و همان‌طور که ما به این نتیجه رسیدیم، امیدواریم خوانندگان نیز به این حقیقت دست یابند که گاهی هیچ‌چیز نمی‌تواند به اندازه یک نظریه خوب، عملی و کاربردی باشد. بر این باور هستیم که نظریه و رویکرد درمانی که در این کتاب معرفی شده است، می‌تواند برای همکارانی که به امر مداوای آسیب‌دیدگان در اردوهای پناهندگان، قربانیان شکنجه، و سربازان جنگ اشتغال دارند، و نیز آنهایی که بیشتر درگیر درمان بزرگسالان آسیب‌دیده از حوادث منفرد، مانند تجاوز، حمله‌های تروریستی، حوادث جاده، و حوادث طبیعی هستند مفید و بارز باشد.

این کتاب دانشجویان روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکان را برای ارزیابی، درمان، و مطالعه علمی

آسیب‌دیدگان شدید حوادث تروماتیک آماده می‌سازد. پژوهشگران درخواست می‌کنند که نظریه تجزیه ساختاری روش اکتشافی قدرتمندی است: از دل آن می‌توان فرضیات متعدد اثبات‌پذیر و نیز ابطال‌پذیر بیرون آورد. برای مثال، این نظریه توضیح می‌دهد که چگونه کارکردهای ذهنی و رفتاری بازماندگان براساس بخش تجزیه‌شده‌ای که کنترل اجرایی را اعمال می‌کند، قابل تغییر است - واقعیتی که در حوزه مطالعه استرس‌های تروماتیک به‌شدت مورد غفلت واقع شده است.

در درمان حوادث تروماتیک منفرد و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) اغلب شاهد هستیم که رویکردهایی نسبتاً کوتاه‌مدت توصیه شده‌اند؛ برای مثال، درمان شناختی-رفتاری و حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (فوا، کین، و فریدمن، ۲۰۰۰؛ فوا و روئبام، ۱۹۹۸؛ فولت، روزک، و آبونگ، ۱۹۹۸؛ رزیک و شنیک، ۱۹۹۳). هیچ تحقیقی تا به حال نشان نداده است که کاربرد این رویکردها بدون استفاده از درمان مرحله‌محور که در این کتاب معرفی شده، می‌تواند درمان مناسب برای بازماندگان تروماهای مزمن باشد. در واقع، به دلیل شیوع آسیب‌های روانی شدید و هم‌زمان در بین بازماندگان تروما، این افراد اغلب در مطالعات مربوط به درمان‌های مؤثر PTSD مشارکت داده نشده‌اند (سپینازولا، بلاستین، و وندر کولک، ۲۰۰۵). به علاوه، حوادث منفرد تروماتیک در بزرگسالی اغلب منجر به فعال‌سازی مجدد تجارب تروماتیک حل‌نشده قبلی می‌شوند. برخی از بازماندگان تروماهای مزمن، با وجود توان کم برای یکپارچگی، زندگی خود را به دشواری مدیریت می‌کنند، ولی بعدها در جریان زندگی زمانی که مشکلات و رای محدودیت‌های آنها باشند، نوعی اختلال تروماتیک می‌تواند در آنها شکل گیرد. برای این بیماران، درمان‌های کوتاه‌مدت و مستقیم اغلب کافی نخواهد بود. بیماران دارای تروماهای مکرر و انباشته به‌طور معمول نیازمند درمان‌های درازمدت و پیچیده‌تر هستند، و این کتاب بر درمان این بازماندگان تمرکز خواهد داشت.

براساس نظریه تجزیه ساختاری در ترکیب با روان‌شناسی کنشی ژانه، در اینجا مدلی از درمان مرحله‌محور را طراحی کرده‌ایم که تمرکز آن بر شناسایی و درمان تجزیه ساختاری و همچنین اصلاح اعمال روانی و رفتاری ناسازگارانه مرتبط با آن است. اساس این رویکرد حمایت از بیماران جهت یادگیری اعمال روانی و رفتاری مؤثرتر می‌باشد. این آموزه‌ها آنها را قادر می‌سازند که در زندگی سازگارتر بوده و تجزیه ساختاری خود را حل و فصل کنند. این اصل یک هدف کلی را در درمان بیان می‌کند؛ بالا بردن ظرفیت یکپارچگی، یا چیزی که تحت عنوان سطح ذهنی بیمار به آن اشاره خواهیم کرد. از این استعداد در ابتدا جهت برآورده کردن نیازهای زندگی روزانه استفاده می‌شود و سپس از آن برای کنار آمدن با آثار تسخیرکننده گذشته، و یا "اعمال ناتمام"، و علی‌الخصوص رویارویی با خاطرات تروماتیک استفاده خواهد شد.

در فصل مقدمه مرور کوتاهی داریم بر مفهوم تجزیه و درمان مرحله‌محور، و نیز مفاهیم اساسی مربوط به روان‌شناسی کنشی ژانه، که در تمام طول کتاب به‌بررسی عمیق‌تر آنها خواهیم پرداخت. پنج فصل اول از بخش یک، معرفی نمونه‌های بالینی از سطوح مختلف تجزیه ساختاری هستند که راه را برای توضیح تئوری تجزیه ساختاری هموار می‌کنند. فصل ۱ ابتدایی‌ترین شکل تجزیه ساختاری را توضیح می‌دهد (تجزیه ساختاری اولیه)، که در آن شخصیت بازمانده تروما به دو بخش تجزیه می‌شود؛ یک بخش اصلی که به

زندگی روزانه و اجتناب از خاطرات تروماتیک اختصاص دارد، و یک بخش با پیچیدگی کمتر که جهت دفاع علیه تهدید شکل گرفته است. این فصل همچنین تفاوت بین حافظه سرگذشتی و حافظه تروماتیک را تبیین می‌کند. فصل ۲ تحلیل عمیقی است از تفاوت بین این دو بخش تجزیه‌شده. فصل ۳ در مورد تجزیه ساختاری ثانویه است؛ یعنی وضعیتی که در آن بازماندگان تروما با یک بخش تجزیه‌ای به زندگی روزانه می‌پردازند و بیش از یک بخش به دفاع علیه تهدید اختصاص دارد. این سطح از تجزیه ساختاری مشخصه افراد با ترومای مزمن می‌باشد که دارای اختلال‌های پیچیده تروماتیک هستند. فصل ۴ توضیحی است از تجزیه ساختاری نوع سوم، که در اصل مربوط به بیمارانی است که با بیش از یک بخش تجزیه‌شده به زندگی روزانه مشغول بوده و بیش از یک بخش نیز به دفاع علیه تهدید اختصاص یافته است. به اعتقاد ما این نوع، مختص اختلال هویت تجزیه‌ای است. فصل ۵ راه‌حل‌هایی هستند برای سروسامان بخشیدن به حوزه تروما و نیز افتراق قائل شدن بین علائم تجزیه‌ای و غیرتجزیه‌ای. سرانجام فصل ۶ تحلیلی است برای مرتبط ساختن تئوری تجزیه ساختاری با اختلال‌های تروماتیک مختلف - هم براساس DSM-5 و هم اختلال‌های تجزیه‌ای مطرح شده در ICD-10 - و نیز اختلال‌های متعدد هم‌زمان که در بازماندگان تروماهای مزمن بسیار شایع هستند. درک این مطالب نکته کاربردی اساسی در درمان این اختلال‌ها است.

بخش دوم به روان‌شناسی کنش ژانه در ارتباط با تجزیه ساختاری اختصاص یافته، که براساس آن بسیاری از اعمال روانی و رفتاری ناسازگار، و یا فقدان کارکردهای سازگار در افراد مبتلا به ترومای مزمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. اینگونه اعمال ناسازگار پس از ایجاد، باعث تداوم تجزیه ساختاری شده، در بسیاری از علائم و نشانه‌ها دیده می‌شوند، و هدف‌های درمان را تشکیل می‌دهند. همچنین بحثی نیز در مورد کارکردهای سازگاران‌تر و یکپارچه خواهیم داشت. فصل ۷ مروری است بر نقش اعمال خاص رفتاری و روانی که به منظور ایجاد و حفظ شخصیتی یکپارچه و نیز مدیریت زندگی به سازگاران‌ترین شکل ممکن ضروری می‌باشند. این فصل به‌طور خاص بر ترکیب (سنتز)^۱ به‌عنوان اساسی‌ترین سطح اولیه یکپارچگی تأکید دارد. فصل ۸ توصیفی است از واقعیت‌بخشی^۲، به‌همراه عناصر آن، یعنی همان شخصی‌سازی^۳ و کنونی‌سازی^۴ در فرآیند یکپارچگی، واقعیت‌بخشی مرحله‌ای دشوار و بفرنج بوده و نیازمند اعمال ذهنی در سطوح بالاتر می‌باشد. این فصل همچنین به بیان مشکلات بازماندگان در ادراک واقعیت می‌پردازد. برای مثال، آنها درک نمی‌کنند که گذشته همان حال نیست، و اینکه آینده تکرار گذشته فاجعه‌آمیز نمی‌باشد، و اعمال آنها به خوبی بیانگر اغتشاش ذهنی آنها است. تحریف واقعیت، انطباق و سازگاری بازمانده را با مشکلاتی روبه‌رو می‌کند و همچنین بازتابی است از سطح پایین ذهنی آنها در ارتباط با چالش‌های زندگی. فصل ۹ توصیفی است از هرم سلسله‌مراتب گرایش‌های عمل^۵. این گرایش‌ها درجات مختلف پیچیدگی اعمالی هستند که به منظور رویارویی مؤثر با چالش‌های زندگی روزمره مورد

1. Synthesis
2. Realization
3. Personification
4. Presentification
5. Action Tendency

نیازاند، و اغلب دست‌یابی به سطوح بالای این گرایش‌ها برای بازماندگان دشوار است. سلسله‌مراتب عمل ابزار مفیدی است برای ارزیابی سطح فعلی عملکرد مؤثر فرد در زمینه‌های ذهنی و رفتاری. در این فصل همچنین به اعمال ناکارآمدی می‌پردازیم که بیماران با سطح ذهنی پایین، زمانی که قادر به انجام اعمال کارآمد نیستند و توان ایجاد تغییرات سالم را نیز ندارند، به آنها متوسل می‌شوند. فصل ۱۰ مروری است بر هراس‌های مختلف که از ویژگی‌های بیماران با ترومای مزمن بوده و تجزیه ساختاری آنها را تداوم می‌بخشند. در این فصل توضیح گسترده‌ای خواهیم داشت در مورد اصول یادگیری مؤثر در تداوم بخشیدن به تجزیه ساختاری.

در بخش III کاربرد سیستماتیک نظریه تجزیه ساختاری و همچنین روان‌شناسی کنش را در ارزیابی عملکرد بیمار، در فصل ۱۱ مطالعه خواهید کرد، و فصل‌های بعد به کاربرد این نظریه در درمان مرحله‌محور اختصاص دارند. فصل ۱۲ اصول کلی لازم و ضروری در طول درمان را بیان می‌کند. هدف کلی درمانگر ارتقاء سطح ذهنی بیمار، و بهبود مهارت‌های ذهنی و ارتباطی وی در این راستا می‌باشد. فصل‌های بعدی مربوط به اهداف سه مرحله درمان هستند، که تحت عنوان غلبه بر هراس‌های تداوم‌بخش تجزیه ساختاری که مانع عملکرد کارآمد هستند، بیان شده‌اند. فصل ۱۳ اولین فصل از این فصول سه‌گانه است. این فصل مربوط به اهداف درمان در مرحله اول می‌باشد، یعنی غلبه بر هراس دلبستگی و فقدان هم‌زمان گرایش و اجتناب می‌باشند. در فصل ۱۴ روش‌های لازم برای غلبه بر اعمال ذهنی ناشی از تروما (برای مثال، افکار، احساس‌ها، خاطرات، و آرزوها) را مطالعه کرده، و در فصل ۱۵ همین هدف را برای غلبه بر هراس بخش‌های تجزیه‌شده دنبال خواهیم کرد. فصل ۱۶ مربوط به مرحله دوم درمان و بیشتر در رابطه با غلبه بر هراس خاطرات تروماتیک و تکالیف مربوط به آن است. فصل ۱۷، مرحله سوم درمان، در راستای غلبه بر هراس زندگی عادی و هراس‌های مربوط به آن است. کتاب با سخن آخر به پایان می‌رسد.

مقدمه

بدون اینکه متوجه باشم، می‌جنگیدم تا دو دنیای خود را مجزا از هم نگاه دارم. بدون اینکه هیچ‌گاه دلیل آن را بدانم، به هر شکل ممکن، تلاش می‌کردم هیچ‌چیز از مرز تقسیم‌بنای که بین کودک روز و کودک شب خلق کرده بودم عبور نکند.

-- ماربلین وندربِر (۲۰۰۴، ص. ۲۶)

افراد با ترومای مزمن در تنگنای وحشتناکی قرار دارند. آنها ظرفیت منسجم‌کننده کافی و مهارت‌های ذهنی لازم برای درک واقعیت کامل تجربه‌ها و خاطرات تکان‌دهنده خود را ندارند. درعین حال و در چنین شرایط دشواری آنها ملزم هستند همگام با زندگی روزانه به‌پیش روند. زندگی‌ای که ممکن است همچنان در کنار افرادی باشد که آنها را مورد آزار یا اهمال قرار داده‌اند. در این عرصه بهترین راه‌حل چنین به‌نظر می‌رسد که به‌طور ذهنی از گذشته و حال حل‌نشده و دردناک خود اجتناب ورزند و تا جای ممکن ظاهر طبیعی خود را حفظ کنند. البته واضح است که با وجود ظاهر طبیعی، به‌دلیل زندگی که تنها در حوزه باریکی از هشیاری است، شکننده و آسیب‌پذیر باقی می‌مانند (اپفلد، ۱۹۹۴). خاطرات مخوفی که توسط یادآورهای قوی بیدار می‌شوند بازماندگان را به تسخیر خود درمی‌آورند، و این تسخیر به‌خصوص زمانی رخ می‌دهد که منابع جسمی و هیجانی آنها دچار ضعف شدید شده باشند. و دردناک اینکه، بسیاری از بازماندگان در لبه پرتگاه ضعف و خستگی زندگانی خود را می‌گذرانند، و همین امر آنها را بیشتر مستعد تهاجم خاطرات تروماتیک می‌سازد. پذیرش واقعیت‌های دردناک زندگی و رای توان این بازماندگان بوده، و لذا همواره در ترس و درماندگی و وحشت باقی می‌مانند. آنها در اغلب مواقع برای نظم بخشیدن بین تجارب طاقت‌فرسای درونی و تجارب ارتباطی با کمبود مهارت روبه‌رو هستند: این مهارت‌ها درواقع همان‌هایی هستند که مراقبان اولیه موفق نشده‌اند در آنها ایجاد کنند و لذا، سطح ذهنی آنها به‌شدت محدود شده است (فقدان ظرفیت یکپارچگی). به‌نظر می‌رسد که این افراد قادر نیستند به تعادل مناسبی بین میزان انرژی ذهنی خود و توانایی کاربرد این انرژی برای انجام اعمال ذهنی و رفتاری مناسب دست یابند، چیزی

که ما تحت عنوان *کفایت روانی*^۱ از آن یاد می‌کنیم. این افراد در کنترل و تسخیر اعمال و واکنش‌های ناکارآمد و درعین حال تکراری هستند که هرگز منجر به افزایش بلوغ و توانایی مقابله کارآمد با دشواری‌ها و تغییرات زندگی روزانه نمی‌شوند.

تجزیه ناشی از تروما

به اعتقاد ما تجزیه برای درک حالت آسیب‌دیدگی^۲ مفهومی کلیدی است: در واقع فرض اساسی این کتاب بر همین اصل نیز استوار است. هرچند به سادگی به درک و پذیرش این مفهوم نرسیده‌ایم، به خصوص با توجه به اینکه مفاهیم بسیاری در حوزه آسیب‌دیدگی نیازمند پالایش و وضوح بیشتر هستند، و تجزیه در رأس این مفاهیم پیچیده قرار دارد. در کاربرد واژه تجزیه در حوزه تروما هر کس به شیوه شخصی خود عمل می‌کند، و اختلاف نظرهای بسیاری درباره دلایل تجزیه، ویژگی‌های اساسی آن، و نیز نقش و عملکرد آن در آسیب‌شناسی روانی فرد آسیب‌دیده وجود دارند. اغلب شاهد هستیم که واژه تجزیه تنها در یک بحث، برای اشاره به مفاهیم مختلفی به کار می‌رود؛ مثلاً برای اشاره به یک جریان، یا برای معرفی یک ساختار درون‌روانی، و یا به عنوان یک مکانیسم دفاعی، همچنین برای اشاره به نوعی نقص و آسیب به کار رفته، و یا به مجموعه وسیعی از علائم اشاره دارد. علاوه بر آن، علایمی که در یک کتاب یا مقاله، تجزیه‌ای در نظر گرفته می‌شوند، تفاوت چشمگیری با علایم این مفهوم در کتاب‌ها و مقالات دیگر دارند. مطلب اخیر درباره ابزارهای اندازه‌گیری این مفهوم نیز صادق است. برای مثال، گرچه پدیده‌هایی مانند جذب شدید و مشارکت تخیلی (تصوری) در آغاز از تجزیه متمایز شناخته شدند، ولی در حال حاضر به عنوان بخشی از مفهوم تجزیه در نظر گرفته شده‌اند. لذا، تجزیه مفهومی به شدت گیج‌کننده، سرشار از سوءتعبیر و گاه نیز خطرناک و بدسرشت است. برخی نیز چنین پیشنهاد کرده‌اند که این واژه به طور کل کنار گذاشته شود. در کتابی که پیش‌رو دارید به بررسی عمیق این دیدگاه‌ها خواهیم پرداخت.

تجزیه ساختاری شخصیت

تجزیه از بدو امر اشاره به نوعی تفکیک و تقسیم‌بندی در شخصیت و یا در هشیاری داشته است (ژانه، ۲۰۰۵/۱۸۸۷، ۱۹۰۷؛ مک دوگال، ۱۹۲۶؛ مورئو دتورس، ۱۸۴۵؛ فاندراهارت و دوراهی، ۲۰۰۹). پی‌یر ژانه به شکلی تخصصی‌تر چنین اشاره کرده که؛ تجزیه شامل تفکیک بین "سیستم‌های نظری و عملی سازنده شخصیت است" (ژانه، ۱۹۰۷، ص. ۳۳۲). وی اشاره نموده که شخصیت در واقع یک ساختار است که از سیستم‌ها یا نظام‌های مختلف تشکیل شده، چنان‌که بیشتر تعاریف جدید و معاصر نیز این امر را تأیید می‌کنند. یک سیستم مجموعه‌ای است از عناصر مرتبط با یکدیگر که در مجموع یک کل را می‌سازند، به نحوی که هر یک از عناصر به شکلی در ساخت بخشی از آن کل مشارکت دارد. بنابراین، به نظر می‌رسد

که هر بخش با عناصر و بخش‌های دیگر مرتبط بوده و درعین‌حال با کلیت سیستم نیز در تعامل است. شخصیت را به‌عنوان یک سیستم، می‌توان به شکل مجموعه‌ای از حالات روانی جسمانی مختلف یا زیرسیستم‌هایی^۱ در نظر گرفت که دارای عملکردی هماهنگ و پیوسته هستند. برای مثال، آلپورت (۱۹۶۱) این‌طور بیان کرده که "شخصیت نظام پویایی است در درون فرد، متشکل از انواع سیستم‌های روانی جسمانی که ویژگی‌های رفتاری و تفکر وی را رقم می‌زنند" (ص. ۲۸). در همین راستا، نظریه سیستم‌ها (بنیاکار، کوتز، داس برگ، و سترن، ۱۹۸۹) مفهوم شخصیت را تحت عنوان سیستمی سازمان‌یافته و دارای ساختار و متشکل از زیرسیستم‌های زیستی- روانی متفاوت می‌داند، که در حالت طبیعی کمابیش پیوسته و یکپارچه بوده و در افراد سالم عملکرد این اجزا به‌عنوان یک کل به‌همراه یکدیگر است. طبق این تعریف، ساختار "ترکیبی است از مؤلفه‌ها و اجزاء سازنده، نظامی از یک کل پیچیده... که در بین بخش‌های آن وابستگی درونی وضعیتی و عملکردی وجود دارد (درور، ۱۹۵۲، ص. ۲۸۵). بدون شک، از دیدگاه روان‌شناسی تحولی، انسان‌ها متشکل از (زیر) سیستم‌های روانی بیولوژیک متعددی هستند که از طریق انتخاب طبیعی تکامل یافته و در خدمت عملکردهای مختلفی می‌باشند، بدین‌معناکه، به آنها اجازه بهترین عملکرد را در محیط‌های خاص می‌دهند (بوس، ۲۰۰۴، ۲۰۰۵؛ متزینگر، ۲۰۰۳؛ پانکسپ، ۱۹۹۸).

به گفته روان‌پزشکان فرانسوی قرن ۱۹، تجزیه نوعی سازمان‌دهی خاص در سیستم‌های روانی- فیزیکی‌ای است که شخصیت را می‌سازند. به‌اعتقاد ما، این سازمان‌دهی خودسرانه و تصادفی نبوده، و لذا در آسیب‌دیدگی ناشی از تروما با احتمال زیاد ساختار شخصیت "خطوط انحرافی" مشخص در مسیر تکاملی را طی می‌کند. براساس این تعریف از شخصیت است که واژه تجزیه ساختاری شخصیت را ابداع کرده‌ایم (ناین‌هاوس، فاندرهاوت، و استیل، ۲۰۰۲، ۲۰۰۴؛ استیل، فاندرهاوت و ناین‌هاوس، ۲۰۰۵؛ فاندرهاوت، ناین‌هاوس، استیل، و براون، ۲۰۰۴). تقسیم‌بندی‌های تجزیه‌ای تنها در اعمال روانی مانند تجربه حس‌ها یا هیجان‌ها رخ نمی‌دهند، بلکه در درجه اول بین دو دسته مهم از سیستم‌های روانی- بیولوژیک جای می‌گیرند که شخصیت را شکل می‌دهند (کارور، سوتون، و شی‌یر، ۲۰۰۰؛ گیلبرت، ۲۰۰۱؛ لنگ، بردلی، و کوئبرت، ۱۹۹۸). یک دسته سیستم‌هایی هستند که گرایش آنها به سمت محرک‌های خوشایند در زندگی روزانه است مانند، غذا و معاشرت. دسته دیگر سیستم‌های اجتناب یا فرار از محرک‌های ناخوشایند هستند؛ مانند، تهدیدهای متفاوت. هدف این سیستم‌ها آن است که ما را یاری کنند تا تجربه‌های مفید را از تجربه‌های مضر تشخیص داده، و بهترین پاسخ‌های مؤثر را به موقعیت‌های زندگی جاری داشته باشیم. این موقعیت‌ها جهان‌های ادراکی درونی^۲ و نیز جهان‌های ادراکی بیرونی^۳ ما هستند، به معنای ادراک ما از محیط‌های درونی و بیرونی خود. در اینجا ما این سیستم‌های روانی بیولوژیک را تحت عنوان نظام‌های عمل (سیستم‌های عمل)^۴ می‌نامیم، چراکه هر یک دارای گرایش‌های ذاتی ویژه برای عمل کردن به شیوه‌ای هدف‌محور می‌باشند (آرنولد، ۱۹۶۰؛ فریجدا، ۱۹۸۶).

1. Subsystems
2. Interoceptive world
3. Exteroceptive world
4. Action Systems

سیستم‌های عمل مختلف درعین حال که می‌توانند گرایش‌های عمل^۱ یکسانی داشته باشند (مثلاً، حرف زدن، راه رفتن)، گرایش‌های عمل و اهداف خاص خود را نیز دارند (مثلاً، دلبستگی به مادر، خوردن، نوشیدن، گریز، جنگ، بازی با یک دوست، عشق‌ورزی). مفهوم گرایش‌های عمل در این کتاب نقش مهمی ایفا می‌کند، و با مفهوم اعمال فرق دارد. طبق عادت هنگامی که از عمل صحبت می‌کنیم به موارد انجام شده یا به‌اجرا درآمده می‌اندیشیم. گرایش‌های عمل تنها میل و رغبت به عمل کردن به‌شیوه‌ای خاص نیستند، بلکه چرخه کامل عمل از، دوره نهفتگی، آمادگی، آغازگری، تا اجرا، و تکمیل (تمام) را دربرمی‌گیرند (ژانه، ۱۹۳۴). گرایش‌های عمل شامل سازگاری با چالش‌های محیطی نیز هستند. درعین حال که بسیاری از این گرایش‌ها طی جریان تکامل رشد کرده و به‌طریق ژنتیکی انتقال یافته‌اند، ولی اغلب آنها همچنان برای شکوفایی نیازمند رشد و تکامل و تحریک‌های مناسب محیطی هستند. هر گرایش متشکل از گستره کمابیش پیچیده‌ای از اعمال ذهنی و رفتاری است. سیستم‌های عمل به ما کمک می‌کنند که به‌شیوه‌های خاص ادراک نموده، احساس، فکر، تصمیم‌گیری و رفتار کنیم؛ یعنی، در گرایش‌های عملی شرکت جوییم که برای ما مفید واقع شوند. لذا هنگامی که مثلاً گرسنه باشیم به یک روش ادراک، احساس، تفکر، تصمیم‌گیری و رفتار می‌کنیم، و زمانی که مثلاً کنجکاو هستیم بدانیم چه اتفاقی برای یک دوست رخ داده یا اینکه دچار مشکلی شغلی هستیم این سیکل، عملکردی کاملاً متفاوت خواهد داشت.

اولین گروه سیستم‌های عمل که شخصیت را شکل می‌دهند آنهایی هستند که افراد در تلاش برای سازگاری با زندگی روزانه به آنها نیازمندند؛ دسته دوم به سیستم‌های عملی تعلق دارند که برای دفاع در برابر تهدیدهای زندگی و تجدید قوا هستند. با اینکه تکامل، ما را هم برای انجام تکالیف زندگی روزانه آماده کرده و هم برای بقا در برابر تهدید، ولی قادر نیستیم به‌راحتی هر دو را به‌طور هم‌زمان انجام دهیم. لذا هنگامی که هر دو گرایش برای مدت زمانی طولانی مورد نیاز باشند، برخی افراد تقسیم‌بندی خشک و ثابتی در شخصیت خود ایجاد می‌کنند تا بتوانند با این اهداف بسیار ناهماهنگ و مغایر و فعالیت‌های مربوطه کنار آیند. برای مثال، مریلین وندریبر (۲۰۰۴) دختر شایسته منتخب آمریکا، که در کودکی مورد آزار و تجاوز قرار گرفته بود، شخصیت خود را این‌گونه توصیف کرد که به دو بخش تقسیم شده بود؛ "کودک روز" اجتنابی، بی‌حس، جداافتاده و تنها، فراموش‌کار و متمرکز بر زندگی عادی و "کودک شب" که در برابر تجاوز تاب آورده و بر دفاع متمرکز بود.

نشانه‌های فقدان پیوند و یکپارچگی شخصیت را می‌توان در تغییر متناوب بین تکرار تجربه حوادث آسیب‌زا (برای مثال، "یک کودک شب") و اجتناب از یادآورهای حادثه تروماتیک و تمرکز بیشتر بر عملکرد روزانه (برای مثال، "یک کودک روز") به‌وضوح مشاهده کرد. این الگوی دو مرحله‌ای مشخصه اختلال استرس پس از سانحه است و البته در بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های وابسته به تروما نیز مشاهده می‌شود. این حالت درواقع نوعی تفکیک بین سیستم‌های عمل دفاعی - آنهایی که ما را به اجتناب یا

فرار از تهدید هدایت می‌کنند، با نظام‌های عملکرد زندگی روزانه است - سیستم‌هایی که اساساً در جهت جستجوی محرک‌های خوشایند در زندگی هستند که به بقا و کسب احساس خوب کمک می‌کنند. این تفکیک و تفرقه، شکل بنیادین تجزیه ساختاری شخصیت است. بر این اساس، تجزیه ساختاری شخصیت وابسته به تروما، را می‌توان نارسایی در یکپارچگی و انعطاف‌پذیری شخصیت دانست (رش، ۲۰۰۴). این نارسایی بدین معنا نیست که شخصیت به‌طور کامل به "سیستم‌های نظری و عملی" متفاوت تجزیه شده است، بلکه بیشتر به معنای نارسایی در پیوستگی و هماهنگی بین سیستم‌هایی است که شخصیت بازمانده را شکل می‌دهند.

در اینجا وجود تفکیک شخصیت را تحت عنوان "بخش‌های تجزیه‌ای شخصیت" نام خواهیم برد. این انتخاب واژه، تأکید بر این حقیقت دارد که بخش‌های تجزیه‌ای شخصیت به‌همراه یکدیگر یک کل را تشکیل می‌دهند، بنابراین خودآگاه بوده، حداقل دارای یک حس ابتدایی از خود هستند، و اغلب پیچیده‌تر از یک حالت ساده زیستی-روانی می‌باشند. بخش‌های تجزیه‌ای از سیستم‌های عمل اثر می‌پذیرند. وانگهی، بیماران آسیب‌دیده اغلب "بخش‌هایی از شخصیت" یا "بخش‌هایی از خود" را توصیفی مناسب از تجارب ذهنی خود می‌دانند.

بخش‌های "هیجانی" و "به‌ظاهر طبیعی" شخصیت

برای بیان مفهوم نمونه‌هایی از این بخش‌های تجزیه‌ای شخصیت، کار خود را با اثر مهم روان‌شناس و روان‌پزشک بریتانیایی جنگ جهانی اول، چارلز سموئل میرز (۱۹۱۶a، ۱۹۱۶b، ۱۹۴۰) آغاز می‌کنیم. وی شکل ابتدایی تجزیه ساختاری را در آسیب‌دیدگان حاد (روان رنجوری جنگ، حالت موج گرفتگی) در سربازان جنگ جهانی اول توضیح داد (فاندرهارت، ون دیک، ون سون و استیل، ۲۰۰۰). این تجزیه در واقع تناوب و هم‌زیستی مابین بخش به‌ظاهر سالم شخصیت^۱ و بخش هیجانی شخصیت^۲ است. در طول کتاب ما این بخش‌ها را با عنوان ANP و EP می‌نامیم. بازماندگان در حالت ANP در تلاش برای ادامه زندگی روزمره تثبیت شده‌اند، لذا توسط سیستم‌های عمل درگیر در زندگی روزانه هدایت می‌شوند (مثلاً، اکتشاف، مراقبت، دلبستگی)، و درعین حال از خاطرات تروماتیک اجتناب می‌ورزند. در حالت EP آنها در سیستم‌های عمل (مثلاً دفاع، فعالیت جنسی) و یا در زیرسیستم‌هایی تثبیت شده‌اند که در زمان تروما فعال بوده‌اند (مثلاً گوش‌به‌زنگی افراطی، گریز، جنگ).

ANP و EP بیش از حد خشک و به روی یکدیگر بسته هستند، زیرا تا حد زیادی دریند سیستم‌های عمل خاصی می‌باشند که توسط آنها ایجاد شده‌اند و همچنین توسط سطحی از گرایش‌های عمل که می‌توانند به آن دست یابند محدود می‌شوند. بدین معنای بازماندگان در حالت ANP و EP قادر هستند تنها الگوی گرایش‌های عمل خاص خود را بروز دهند که این الگوها نیز نسبتاً انعطاف‌ناپذیر بوده، و یا لاقلاً برخی از آنها ناکارآمد هستند.

1. Apparently Normal [part of the] Personality (ANP)

2. Emotional [part of the] Personality (EP)

در نوشته‌های میرز اشاره‌ای دیده نمی‌شود مبنی بر اینکه هیجان‌ها تنها توسط EP تجربه شوند. در واقع تأکید وی بیشتر بر طبیعت شدید و یا افراطی هیجان‌های تروماتیک EP در مقایسه با ANP می‌باشد. هیجان افراطی بدین جهت از هیجان شدید متمایز است که سازگار و کارآمد نبوده، برای فرد اجتناب ناپذیر و شدید می‌باشد، و بروز آن نیز برای فرد مفید نیست. در حقیقت، این هیجان هر چه بیشتر بروز یابد، فرد بازمانده ناکارآمدتر و درگیرتر خواهد شد. برای مثال، این حالت در بیماران "مرزی" هنگام بروز خشم دیده می‌شود: این بیماران هرچه بیشتر ابراز هیجانی داشته باشند به همان نسبت نیز بیشتر از کنترل خارج می‌شوند.

تجزیه ساختاری را همچنین می‌توان در بین هیجان‌ها یا باورهای دید که گویی ارتباط محکمی با سیستم عمل خاص یا مجموعه‌ای از سیستم‌ها ندارند. برای مثال، بخشی از شخصیت ممکن است حالت‌هایی از غمگینی، گناه، یأس و شرم داشته باشد، درحالی‌که برای بخش‌های دیگر این هیجان‌ها غیرقابل تحمل باشند. با این حال، به احتمال قوی این هیجان‌ها به نظام‌های عملی مربوط هستند که مسئول تنظیم دلبستگی‌ها و موقعیت‌های اجتماعی هستند. همان‌طور که گیلبرت (۲۰۰۲) اشاره کرده، افراد از انجام اعمالی شرم‌نده می‌شوند که بترسند دیگران آنها را به خاطر آن اعمال طرد یا تحقیر کنند، و زمانی ممکن است احساس گناه نمایند که اعمال آنها باعث آسیب به دیگران شده باشد (مانند ترک رفتار مراقبتی قبل از زمان مناسب، یا آسیب زدن به کودکان از طریق طلاق). و علت اجتناب آنها از این اعمال را می‌توان تمایل آنها به حفظ وضعیت جاری دلبستگی و موقعیت‌های فعلی اجتماعی دانست. لذا این سیستم‌های عمل جهت دستیابی به اهداف زندگی روزانه و دفاع در برابر تهدیدهای مهم زندگی انسجام و هماهنگی لازم را ندارند.

تجزیه ساختاری می‌تواند در طیفی از تفکیک ساده شخصیت شروع شده و تا تقسیم‌بندی‌های بسیار پیچیده و بغرنج ادامه یابد، که میزان و سطوح این پیچیدگی‌ها تا حد زیادی مشخص‌کننده مسیر درمان است. این سطوح پیچیدگی تصویری چند بعدی از تجزیه را به ما نشان می‌دهند و تنها نمونه‌هایی کلیشه‌ای (پروتوتایپ‌هایی) از سازمان‌بندی‌های تجزیه‌ای هستند. انتظار می‌رود با افزایش سطوح تجزیه ساختاری، انحراف از این نمونه‌های کلیشه‌ای نیز بیشتر شود. همواره باید به خاطر داشت که در بروز حالات تجزیه‌ای تنوع فردی گسترده‌ای وجود دارد.

تجزیه ساختاری ابتدایی (اولیه). ساده‌ترین و ابتدایی‌ترین تفکیک شخصیتی وابسته به تروما حالتی است که یک ANP و یک EP منفرد تشکیل شوند، که این حالت را تحت عنوان تجزیه ساختاری ابتدایی بیان کرده‌ایم. به گفته سیلویا فرازر (۱۹۸۷)، بازمانده زناهی محارم، درحالی‌که ANP صاحب اصلی شخصیت می‌باشد، EP اغلب دارای هدف، عملکرد و حس محدودی از خود است. بدین معنا که بخش EP در بازمانده تحول نیافته باقی می‌ماند و در زندگی روزانه چندان خودمختار نیست. اشکال پیچیده‌تر تجزیه ساختاری که دارای بخش‌های وسیع‌تر تجزیه‌شده هستند، شکل‌های متفاوتی از تجزیه ساختاری ابتدایی را به وجود می‌آورند.

تجزیه ساختاری ثانویه. هنگامی که حوادث آسیب‌زا به‌طور فزاینده شدید و طولانی شوند، ممکن است شاهد تفکیک‌های بیشتری در EP باشیم، و این در حالی است که ANP منفرد و دست‌نخورده باقی می‌ماند. این شکل از تجزیه ساختاری ثانویه ممکن است در اثر شکست در یکپارچه‌سازی بین اشکال مختلف دفاع رخ داده و دارای اشکال متفاوتی از ترکیب‌های زیستی-روانی باشد، مانند ترکیب حالت‌های مختلف عاطفی، شناختی، درکی، و اعمال حرکتی. ترکیب این حالت‌ها منجر به میخکوب شدن، جنگ، گریز، و یا تسلیم کامل می‌شود.

مارتا بیماری بود با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه پیشرفته و اختلال شخصیت مرزی. تاریخچه کودکی وی با آزار شدید جسمی و اهمال و بی‌توجهی عمیق همراه بود. یک بخش از شخصیت وی (EP) تمایل داشت در برابر کوچک‌ترین توهین به جوش آید، (EP) دیگری در هنگام وحشت از ترس میخکوب می‌شد، (EP) سوم همواره مراقب خطر بود، (EP) چهارم به‌طور دائم در جستجوی فردی بود که از وی مراقبت نماید، و پنجمین بخش (ANP) در محل کار عملکرد نسبتاً خوبی داشت البته تا زمانی که روابط به‌نظر وی تهدیدآمیز نبودند.

نوع سوم تجزیه ساختاری. و سرانجام علاوه بر تقسیم‌بندی‌های EP، ممکن است شاهد این تقسیم‌ها در ANP نیز باشیم. این نوع سوم تجزیه ساختاری زمانی رخ می‌دهد که جنبه‌هایی از زندگی روزانه پیوند اجتناب‌ناپذیری با ترومای گذشته داشته باشند؛ بدین معنا که، عوامل آغازگری وجود داشته باشند که با استفاده از روند تعمیم یادگیری، خاطرات تروماتیک را مجدداً فعال سازند. حالت دیگر آن است که، عملکرد ANP به‌حدی ضعیف باشد که زندگی روزانه فی‌نفسه دردناک شود، در این وضعیت نیز ممکن است ANP‌های جدید شکل گیرند. در حالت‌های شدید تجزیه ثانویه و در تمام اشکال نوع سوم، بیش از یک بخش وجود دارد که به‌طور کامل شکل گرفته (مثلاً دارای اسم، سن، جنسیت، ترجیح‌های خاص خود است) و نیز رهایی^۱ (واژه‌ای از ژانه، ۱۹۰۷) یافته است، که اشاره به جدایی واقعی یا ادراک‌شده، و خودمختاری از سایر بخش‌های تجزیه‌ای دارد. این حالت معمولاً در تجزیه ساختاری ابتدایی و نیز در بسیاری از موارد ثانویه به‌چشم نمی‌خورد.

درجات تجزیه ساختاری و تشخیص در DSM-5. جهت فهم تجزیه ساختاری، باید دریابیم که چگونه سطوح مختلف این تجزیه با اسامی طبقه‌های جاری تشخیصی نامیده می‌شوند. فرض اولیه ما این است که تمام اختلال‌های وابسته به تروما شامل درجاتی از تجزیه ساختاری بوده و در این بین اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) از ابتدایی‌ترین انواع، و اختلال هویت تجزیه‌ای (DID) شدیدترین نوع آن هستند. بازماندگان تروماهای مزمن به‌طور معمول دارای تعدادی اختلال ذهنی هم‌زمان (هم‌ابتلایی‌هایی) می‌باشند که به روند آسیب‌دیدگی و اثرات عصبی بیولوژیکی آن مربوط هستند. هرچه میزان تجزیه گسترده‌تر باشد، اختلال نیز پیشرفته‌تر خواهد بود. بسیاری از بازماندگان با تجزیه ساختاری فاقد بخش‌های تجزیه‌ای

جدول ۱-۱ تجزیه ساختاری و تشخیص

تجزیه ساختاری اولیه

یک ANP غالب و یک EP که اغلب چندان گسترش یافته و خودمختار نیست
اشکال ساده اختلال استرس حاد
اشکال ساده PTSD
اشکال ساده اختلال تجزیه‌ای در DSM-5
اشکال ساده اختلال تجزیه‌ای حسی و حرکتی در ICD-10

اختلال ساختاری ثانویه

یک ANP غالب و بیش از یک EP که این EPها ممکن است بیش از EPهای نوع اولیه گسترش یافته و خودمختار باشند، ولی به‌طور معمول گسترش کمتری از انواع آن در نوع سوم دارند
اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) پیشرفته
سایر اختلال‌های معین مرتبط با سانحه و استرس
سایر اختلال‌های تجزیه‌ای معین، نمونه ۱
اختلال شخصیت مرزی وابسته به تروما
اختلال‌های تجزیه‌ای شدید حسی و حرکتی مطابق ICD-10

اختلال تجزیه‌ای نوع سوم

بیش از یک ANP و بیش از یک EP، اغلب ANPها و EPهای متعدد دارای گسترش یافتگی و خودمختاری بیشتر از نوع ثانویه هستند (شامل کاربرد اسامی مختلف و حالات جسمانی گوناگون)
اختلال هویت تجزیه‌ای (DID)

گسترش یافته و رها شده مشابه انواع موجود در DID می‌باشند. جدول ۱-۱ ارتباط‌هایی را نشان می‌دهد که بین درجات تجزیه ساختاری و اختلال‌های وابسته به تروما پیشنهاد شده است.

راه‌های شکل‌گیری تجزیه ساختاری شخصیت

در تجزیه ساختاری اولیه فرض ما بر این است که شخصیت قبل از وقوع آسیب‌دیدگی و تروما یک سیستم ذهنی نسبتاً یکپارچه بوده. با این وجود، کودکان آسیب‌دیده به‌ندرت دارای چنین انسجام ذهنی هستند. شخصیت منسجم و یکپارچه یک دستاورد رشدی است. لذا درجات بالاتر تجزیه ساختاری در بزرگسالانی دیده می‌شود که از زمان کودکی تحت ترومای مزمن بوده‌اند، به عبارتی در بافت شخصیتی‌ای شکل گرفته که فاقد انسجام و یکپارچگی یک بزرگسال سالم بوده است. همچنین، کودکان فاقد مهارت‌های لازم جهت مقابله و رویارویی با عواطف و تجربه‌های دشوار بوده، و برای مقابله نیاز به حمایت زیادی دارند. اغلب