

# دگردیسی میراث پویای تروما

کتاب کاری برای نجات یافتگان از تروما و درمانگران

تألیف

دکتر جنینا فیشر

ترجمه

ماهرخ علی‌بناهلو

فاطمه رحیمی



کتاب ارجمند

## فهرست مطالب

.....	۵	سپاسگزاری
.....	۷	راهنمای استفاده از کتاب برای نجات‌یافتگان از تروما
.....	۱۲	برای درمانگران: چطور شما و مراجعان تان می‌توانید از این کتاب استفاده کنید
.....	۲۳	فصل ۱: میراث پویای تروما
.....	۲۹	کاربرگ ۱ میراث پویای تروما
.....	۳۰	کاربرگ ۲ نشانه‌های بیماری شما چطور به بقای تان کمک کرده‌اند؟
.....	۳۲	فصل ۲: درک مغز آسیب‌دیده از تروما
.....	۴۰	کاربرگ ۳ شناخت بیشتر مغزتان
.....	۴۱	کاربرگ ۴ مغز شما تروما را چطور به خاطر می‌آورد؟
.....	۴۲	کاربرگ ۵ تشخیص محرک‌ها و روند تحریک شدن
.....	۴۳	کاربرگ ۶ چطور متوجه شوید که تحریک شده‌اید؟
.....	۴۵	فصل ۳: مغز چطور به بقای ما کمک می‌کند؟
.....	۵۳	کاربرگ ۷ تمایز قائل شدن میان گذشته و حال
.....	۵۴	کاربرگ ۸ سیستم عصبی ما چطور از ما دفاع می‌کند؟
.....	۵۵	کاربرگ ۹ تروما و بازه‌انگیزگی
.....	۵۶	فصل ۴: چالش مقابله‌پس از تروما
.....	۶۱	کاربرگ ۱۰ چطور سعی می‌کنید سیستم عصبی آسیب‌دیده از ترومای خود را تنظیم کنید؟
.....	۶۲	فصل ۵: بهبودی از الگوهای مقابله‌ای خودتخریب‌گر
.....	۷۴	کاربرگ ۱۱ پایش چرخه پرهیز/عود
.....	۷۵	کاربرگ ۱۲ توقف این چرخه
.....	۷۶	کاربرگ ۱۳ حافظه فعال تجربیات ما را چطور تفسیر می‌کند؟
.....	۷۷	کاربرگ ۱۴ کمک گرفتن از مغز متوجه
.....	۷۸	کاربرگ ۱۵ راه حل‌های ۱۰ درصدی
.....	۷۹	فصل ۶: تروما و دلبستگی
.....	۹۳	کاربرگ ۱۶ توجه به واکنش‌های مان در برابر نزدیک شدن و فاصله گرفتن از دیگران
.....	۹۴	کاربرگ ۱۷ الگوهای دلبستگی تروماتیک
.....	۹۵	کاربرگ ۱۸ تغییر الگوهای دلبستگی مان

۹۷.....	<b>فصل ۷: گسست و چندپارگی مرتبط با تروما</b>
۱۱۹.....	کاربرگ ۱۹ مدل گسست ساختاری
۱۲۰.....	کاربرگ ۲۰ شناسایی بخش‌های آسیب‌دیده از تروما
۱۲۱.....	کاربرگ ۲۱ نشانه‌های گسست ساختاری
۱۲۲.....	کاربرگ ۲۲ صحبت کردن به زبان بخش‌ها
۱۲۳.....	کاربرگ ۲۳ تقویت ویژگی‌های هشتگانه در خود
۱۲۴.....	<b>فصل ۸: درمان و انفکاک</b>
۱۳۹.....	کاربرگ ۲۴ چهار قدم تا رهایی
۱۴۰.....	کاربرگ ۲۵ در کدام مرحله از بهبودی تان هستید؟
۱۴۱.....	کاربرگ ۲۶ پذیرش کودکی تان
۱۴۲.....	<b>منابع</b>
۱۴۳.....	<b>واژه‌نامه انگلیسی به فارسی</b>

## برای درمانگران:

### چطور شما و مراجعان تان می‌توانید از این کتاب استفاده کنید

ایده کتاب دگرذیسی میراث پویای تروما به‌واسطه نظریات دو تن از پیشگامان تأثیرگذار در حوزه تروما به من الهام شد: جودیت هرمان و بسل ون در کلک. بسیار خوش‌شانس بودم که جودیت هرمان اوایل دهه ۹۰ معلم بود و خوش‌شانس‌تر اینکه از آغاز سال ۱۹۹۵، درست در آغاز انقلاب علم عصب‌زیست‌شناسی که نظریات ما درباره معنای درمان تروما را تغییر داد، بسل مدتی طولانی همکار و راهنمایم بود. پژوهش‌هایی که با الهام از نظریه بسل ون در کلک تحت عنوان «بدن به‌خاطر می‌سپارد»، در حوزه خاطرات تروماتیک انجام شده‌اند، به تغییر جهت این حوزه از محوریت بر حادثه به سمت محوریت بر تجربه و از مرکزیت بر هیجان به سمت مرکزیت بر مغز کمک کرده‌اند. هم‌زمان با تغییر اهداف درمان تروما و درک بهتر ما از تأثیرات طولانی مدت تجربیات تروماتیک، بیش‌ازپیش مشخص شد که به رویکردهای جدید نیاز است، رویکردهایی که برای افرادی که قصد کمک کردن به آنها را داریم، کمتر فرسایشی و بیشتر قدرت‌بخش باشند.

اما این فقط رهبران و پیشگامان نبودند که مسیر درمان تروما را تغییر دادند؛ نجات‌یافتگان هم نقش مهمی داشتند.

درمان‌های نخستین تروما با تمرکز بر حافظه سرگذشتی رویدادها و به اشتراک گذاشتن آنها با فردی که قضاوت‌گر نباشد، هرگز تأثیراتی را که درمانگران و مراجعان در ابتدا آرزو داشتند ایجاد نکردند. مراجعان آسیب‌دیده از تروما به ما آموختند که بیان کردن داستان تروما، آرامشی را که به آنها وعده داده شده بود به همراه نداشت. همه هیجان‌ات فرسایشی برانگیخته شده دارای ارزش درمانی نبودند، زیرا این هیجان‌ات از ظرفیت احساسی بیشتر انسان‌ها فراتر هستند. بازگو کردن ماجرا و حس کردن واکنش‌های هیجانی خود، اغلب به‌جای اینکه شفابخش باشند، به‌شکل آسیبی مجدد و امری آزاردهنده تجربه می‌شوند. بسیاری از افراد به‌خاطر نمی‌آوردند که درباره اتفاق مورد نظر حرف زده‌اند؛ زیرا نمی‌توانستند هم‌زمان هم ماجرا را تعریف کنند و هم در زمان حال حضور داشته باشند. بسیاری دیگر قادر نبودند به یاد بیاورند یا حس کنند که هنگام سخن گفتن از آن رویداد، کسی شاهدشان بوده است. آنچه جودیت هرمان در مراجعاتش هنگام تعریف داستان‌های‌شان مشاهده کرده بود، توجه‌اش را بسیار جلب کرد. برخی از آنها خودتخریب‌گرتر و خودکشی‌گراتر شده و شروع به مصرف مواد یا الکل می‌کردند تا بتوانند از پس زندگی فرسوده‌کننده خود برآیند. او اصرار داشت که درمان تروما نباید رنج

بیشتری ایجاد کرده یا زندگی کسانی را که رنج بسیار کشیده‌اند مختل کند. بنابراین، مانند دیگر پیشگامان این حوزه، هرمان به نظریه‌ای روی آورد که دکتر پیر ژانه، در اواخر دهه ۱۸۰۰ مطرح کرده بود: یک مدل درمانی مرحله‌محور که در آن مراجع و درمانگر ابتدا روی تثبیت علائم و هیجانات تمرکز کرده و زیربنایی برای مراجع ایجاد می‌کنند که به آنها اجازه می‌دهد از منظر قدرتمندتری به گذشته تروماتیک بپردازند (هرمان، ۱۹۹۲). او به‌عنوان یک فمینیست مشخصاً به مسائل قدرت و تمایز توجه ویژه‌ای داشت و به نابرابری ماهوی رابطه درمانی اهمیت می‌داد. او رویکردی را خلق کرد که با آموزش نجات‌یافتگان آغاز می‌شد تا در حوزه تروما متخصص شوند. هدف موازنه قدرت به‌واسطه موازنه دانش بود: اگر نجات‌یافتگان از تروما دانش درمانگر را کسب می‌کردند، در کار روی تروما برابری بیشتری حاصل می‌شد. در سال ۱۹۹۰ این ایده بسیار تدریس محسوب می‌شد. در آن دوران، آموزش روان‌شناختی جایگاهی در دنیای روان‌درمانی نداشت، به نظر بیش‌ازاندازه روشنفکرانه می‌آمد و درمان محسوب نمی‌شد.

با وجود این، از من به‌عنوان دانشجوی فوق‌دکتری در کلینیک جودیت هرمان، انتظار می‌رفت بیاوموزم آموزش روان‌شناختی را چطور ارائه کنم که احساسات و علائمی که مراجعانم را آزار می‌دادند، برایشان عادی شوند. او باور داشت که عادی کردن تمایل به خودکشی‌شان، خودآزاری‌شان، ناامیدی‌شان، تمایل‌شان به انزوا، بی‌اعتمادی‌شان و ترس‌شان از طرد شدن، شرم آنها را کاهش خواهد داد و به آنها کمک خواهد کرد تا خودشان را به‌عنوان نجات‌یافتگانی هوشمند ببینند، نه قربانیانی تحقیرشده. این کار همیشه آسان نبود، اما از آنجاکه این آموزش‌ها با همدلی ارائه می‌شدند (همدلی نه آنقدر زیاد که در حد آسیب‌پذیری‌شان باشد، بلکه همدلی نسبت به اینکه چطور از خلال این رنج‌ها دوام آورده‌اند)، به‌ندرت با مراجعانی مواجه می‌شدم که اعتراض کنند. آموزش روان‌شناختی سبب می‌شود بدون اینکه مجبور باشند به همه جزئیات بپردازند و هیجان‌های آزاردهنده را دوباره تجربه کنند، تحمل پذیرش آنچه بر سرشان آمده برایشان آسان‌تر شود. این کار، امیدوار بودن و باور به اینکه آنها بهبود خواهند یافت را آسان‌تر می‌کند. هرچه باشد آنها در گذشته یک‌بار نجات یافته‌اند!

درس مهم دیگری که آموختم در کلینیک بسل ون در کلک بود. در کلینیک او تمرکز زیادی روی رویدادهای خاص وجود نداشت، بلکه این تمرکز به تأثیر فزاینده تروما در خردسالانی که تجربه جدایی، شکست در دل‌بستگی، غفلت، سوء رفتار و خشونت خانگی داشتند معطوف می‌شد. به‌ندرت پیش می‌آمد که مراجعان مان فقط یک رویداد تروماتیک را تجربه کرده باشند. بیشتر آنها چندین رویداد تروماتیک را از جانب چندین فرد خاطی در بافتار غفلت و شکست در دل‌بستگی تجربه کرده بودند. به‌عنوان ناظری که در جلسات گروه بالینی بسل شرکت می‌کردم، هر هفته اطلاعات ارزشمندی درباره ماهیت تروما که به‌واسطه مطالعات پژوهشی اسکن مغز حاصل شده بود، کسب می‌کردم. مطالعه اول او روی ماهیت حافظه تروماتیک نشان داد که وقتی فرد رویدادی تروماتیک را به خاطر می‌آورد، قشر

پیش‌پیشانی (به‌ویژه نواحی نیم‌کرهٔ چپ مغز که مسئول بیان و حافظهٔ کلامی هستند) غیرفعال می‌شود، درحالی‌که نواحی غیر کلامی مغز (سیستم لیمبیک، به‌ویژه آمیگدال) به‌شدت فعال می‌شوند. به بیان دیگر، این افراد توانایی یادآوری کلامی را از دست می‌دادند و شروع به یادآوری جسمی و هیجانی می‌کردند. این پژوهش درنهایت منجر به درک بهتر این مسئله شد که چرا تعداد زیادی از مراجعان‌مان نسبت به رویدادهایی که تجربه کرده بودند دچار فراموشی تروماتیک بودند و چرا، هم‌زمان، علائم زیادی از خود نشان می‌دادند. آنها ترومای‌شان را به‌صورت تکه‌های متلاشی حواس پنجگانه و بدون کلمات تجربه می‌کردند (ون در کلک و فیسلر، ۱۹۹۵، ص. ۵۱۶) که منفصل از هرگونه حافظهٔ گاه‌شمارانه از رویداد است.

اجزای غیر کلامی و مربوط به حواس پنجگانهٔ تجربهٔ تروماتیک گاهی تنها مدارک و شواهد رویداد هستند و شامل میراث پویایی هستند که نمی‌توان آنها را از بین برد، زیرا به‌نظر نمی‌آید که احساسات و واکنش‌های جسمانی مربوط به گذشته باشند، این‌طور حس می‌شود که آنها مربوط به لحظهٔ حال‌اند، مربوط به اینجا و اکنون. حتی علائم مراجع که دلیل اصلی او برای جستجوی درمان است هم شاهدهی بر فعال بودن حافظهٔ تروماتیک است. مری هاروی، همکار جودیت هرمان، همیشه می‌گفت: «نجات-یافتگان از تروما به‌جای خاطره، علائم دارند» (گفتگوی شخصی، ۲۳ سپتامبر ۱۹۹۰). پژوهش بسل ون در کلک این حرف او را تأیید می‌کرد، اما بیشتر مراجعان متوجه نبودند زمانی که می‌ترسیدند، شرمگین، خشمگین یا وحشت‌زده می‌شدند، درواقع در حال یادآوری آن رویداد بودند. بسیاری از درمانگران هم این را نمی‌دانستند.

در این بافتار، آموزش مراجعان دربارهٔ علائم و واکنش‌های‌شان مهم‌تر هم می‌شود، اما امروزه، آموزش روان‌شناختی به معنی تلاش برای تشریح چگونگی کارکرد مغز است. ما باید سعی کنیم مفاهیم پیچیده را تشریح کنیم، با وجود اینکه پژوهش ون در کلک نشان داد که واکنش‌های تروما به حافظهٔ فعال و ظرفیت بیان کلامی آسیب می‌زنند. من از طریق آزمون‌وخطا دریافتم که رسم نمودارهای ساده به آسان‌تر کردن این اطلاعات پیچیده و درک‌پذیر کردن‌شان برای مراجعان کمک می‌کند، زیرا در این شرایط نیاز به پردازش کلمات کمتری است.

با کمال تعجب دیدم که بسیاری از مراجعان می‌توانستند این رویکرد من، یعنی «علم مغز برای مبتدی‌ها» را بفهمند و همچنین، زمانی که مفاهیم را با شکل نشان می‌دادم، راحت‌تر درک‌شان می‌کردند تا وقتی که دربارهٔ آن مفاهیم حرف می‌زدم. در حقیقت، هر چه کلمات کمتری به کار می‌بردم، برای آنها بهتر بود! به لطف یکی از همکاران که از من خواست آن نمودارها را منتشر کنم تا او و دیگران هم بتوانند از آنها استفاده کنند، من نخستین جزوه را تهیه کردم و نامش را «ابزار کمک‌آموزشی روان-شناختی برای درمان ترومای روانی» گذاشتم. این جزوه را روی کاغذهای خیلی بزرگ چاپ کردم، زیرا آموزش روان‌شناختی امری تعاملی است و لازم است درمانگر و مراجع هر دو باهم نمودارها را مشاهده کنند. این صفحات باید روی سه‌پایه قرار می‌گرفتند تا برای دیدن‌شان لازم نباشد که حتماً به

آنها نزدیک شد و باید آنقدر بزرگ می‌بود که برای هردوی آنها قابل رؤیت باشد. ده سال بعد، شروع به تألیف این کتاب کار کردم تا مکمل آن جزوه شود و نمودارها را بیشتر توضیح داده و راهبردهایی برای پرداختن به واکنش‌های تروما ارائه دهد که بتوان از آنها در جلسات درمان یا در خانه استفاده کرد.

## استفاده از این کتاب کار همراه با مراجعان‌تان

اولین و مهم‌ترین توصیه من به درمانگران این است: آرام‌تر سریع‌تر است.

**مراجع را به این نظریات علاقه‌مند کنید** پیش از آنکه این کتاب کار را به آنها پیشنهاد دهید و شروع به انجام تکالیفش کنید. آموزش روان‌شناختی لازم نیست که آکادمیک باشد، می‌تواند کاملاً رابطه‌ای باشد که شامل هماهنگ شدن با شرایط و شرایط مراجع است. اگر پیش از ایجاد مبنای منطقی برای استفاده از این کتاب، استفاده از آن را توصیه کنیم، احتمال اینکه مراجع از آن استفاده کند بسیار کم است. اگر کنجکاوی یا علاقه مراجع را تحریک کنیم، برای کشف محتوای کتاب انگیزه خواهد داشت. ساده‌ترین راه برای برانگیختن کنجکاوی مراجع، نشان دادن اولین صفحه جزوه نمودارها، یعنی «میراث پویای تروما» است.

وقتی جزوه را معرفی می‌کنم، معمولاً با این جمله شروع می‌کنم: «آیا می‌توانم چیزی نشانت بدهم که ممکن است کمکت کند بفهمی چرا این‌قدر اوضاع برایت سخت بوده؟ چرا احساس دیوانگی می‌کنی؟ چرا تا این حد فرسوده‌ای؟» بعد اولین نمودار را به آنها نشان می‌دهم، شکل ۱.۱ در صفحه ۲۵، زیرا این نمودار عموماً با مسائل آزاردهنده بیشتر مراجعان و علائم‌شان ارتباط دارد. با وجود این، نه جزوه نمودارها و نه این کتاب کار را لازم نیست که به‌طور متوالی پیش ببریم. در حقیقت، تأثیر درمانی این کار زمانی بیشتر می‌شود که به‌عنوان پاسخی همدلانه و در لحظه نسبت به مسئله‌ای آزاردهنده یا گیج‌کننده برای مراجع به کار گرفته شود. خوشبختانه استفاده از نمودار اول در این شرایط راحت است.

از آنجاکه مهم است ارتباط میان کتاب کار و جزوه نمودارها حفظ شود، پیشنهاد می‌کنم که درمانگران اول کتاب کار (یا حداقل چند فصل ابتدایی آن) را بخوانند تا با موضوعات مطرح‌شده آشنا شوند. این کار باعث تسهیل واکنش خودجوش و در لحظه به نیازهای مراجع و بیان شور و علاقه حقیقی نسبت به معنای مفاهیم و فصل‌ها برای او می‌شود.

توانایی درمانگر در ربط دادن نیازهای ضروری مراجع به اطلاعاتی مناسب در جزوه نمودارها یا کتاب کار، ارزش رابطه‌ای بالایی دارد. افراد آسیب‌دیده از تروما به‌طور کل واکنش‌های مناسب و در لحظه به احساسات و نیازهای‌شان را تجربه نکرده‌اند. برقراری ارتباط میان پریشانی‌ای که مراجعان در حال حاضر تجربه می‌کنند و بافتاری بزرگ‌تر که به آنچه حس می‌کنند اعتبار ببخشد و عادی‌شان کند، بسیار تسلی‌بخش است.

کارلا در اولین جلسه درمانش بسیار آشفته بود. او روی لبه صندلی اش نشست، پریشان بود، می‌لرزید، آتقدر سریع حرف می‌زد که یک کلمه از حرف‌هایش هم قابل درک نبود. کارلا که متخصصی کارآمد بود، آن‌قدر از پاسخ‌های ناشی از تروما که ناگهان در ذهن و بدنش شدت گرفته بودند گیج و فرسوده شده بود که از چند درمانگر مختلف کمک گرفته بود، اما حرف زدن درباره کودکی تروماتیکش فقط باعث افزایش شدت هیجان‌ات و علائمش شده بود.

در ابتدا باید تجربه او را اعتباربخشی و عادی‌سازی می‌کردم. باید موقعیت او را درک و از همان‌جا درمان را شروع می‌کردم و به او آموزش می‌دادم که جریان از چه قرار است. گفتم: «تو سرریز کرده‌ای. بدن و سیستم عصبی تو آن‌قدر فعال شده‌اند که قادر نیستی درست فکر کنی.» او موافق بود. گفتم: «تنها زمانی که کمی آرامش دارم سر کار است، حداقل چند ساعت.» دوباره اعتباربخشی کردم و گفتم: «بله کاملاً قابل درک است. فعال شدن تروماتیک قشر پیش-پیشانی تو را از کار انداخته است. سر کار آرامش داری، زیرا شغل تو قشر پیش‌پیشانی‌ات را تحریک می‌کند. دوست داری ببینی؟» سر تکان داد و من در جزوه نمودارها، صفحه مربوط را باز کردم و روبه‌روی او قرار دادم. بلافاصله متوجه شدم که شروع به تمرکز کرد و در همین حین بدنش هم کمی آسوده‌تر شد. ادامه دادم: «مغز رویدادهای فرسوده‌کننده را در درجه اول به شکل احساس و حافظه جسمانی به یاد می‌آورد، نه به شکل یک رویداد، همین مسئله است که تو را فرسوده کرده است. حتماً با خودت فکر کرده‌ای که داری دیوانه می‌شوی.» من عمیق-ترین ترسی را که نجات‌یافتگان از تروما دارند بیان کردم و سپس برای دادن تسلی خاطر بیشتر، از نمودارها استفاده کردم. «اما این کاملاً طبیعی است، زیرا همان‌طور که در این نمودار می‌بینی، تجربیات تروماتیک در این ناحیه کوچک که آمیگدال نام دارد، ذخیره می‌شوند و به همین دلیل است که علائم تا این حد شدید هستند. تو تصویر یا گذشته‌نگری نداری، تو این واکنش‌های هیجانی و جسمانی را داری که فرسودات می‌کنند، زیرا آنها خاطرات تروماتیک هستند. سپس لوب پیشانی تو از کار می‌افتد! به همین دلیل همه این اضطراب‌ها در بدن تو هستند و هیچ راهی برای فهمیدنشان وجود ندارد.» می‌توانستم ببینم همین‌طور که گوش می‌داد و به نمودار نگاه می‌کرد، پریشانی‌اش کم‌کم کاهش می‌یافت. «اگر بتوانیم لوب پیشانی‌ات را فعال نگاه داریم، حالت بهتر خواهد شد، مثل زمانی که سر کار هستی.» کارلا جواب داد: «من به هر چیزی که کم‌کم کند دیگر چنین احساسی نداشته باشم، علاقه‌مندم!»

همیشه صبر کنید که مراجع خودش علاقه نشان دهد، سپس نوع مداخلات‌تان را پیشنهاد بدهید. افراد آسیب‌دیده از تروما، مثل کارلا، اغلب نسبت به رفتار دیگران بسیار حساس‌اند و توصیه نابهنگام این کتاب کار یا هر نوع مداخله دیگری ممکن است اشتیاق آنها را واقعاً از بین ببرد. سعی کنید از میان‌نگرانی‌های بیان‌شده توسط خود مراجع دلیلی موجه برای استفاده از مداخلات‌تان بیابید: «اگر این



روش درک تروما برای مملوس است، احتمالاً کتاب کاری که همراه این نمودارها ارائه شده هم باید برای جالب باشد...» یا «اگر این نمودارها حس تأیید شدن به تو می‌دهد، احتمالاً از کتاب کار هم خوشتر خواهد آمد...» دقت کنید که من مستقیماً کتاب کار را پیشنهاد نمی‌کنم. در عوض، فقط ذکر می‌کنم که این هم یکی از منابع است و صبر می‌کنم تا مراجع کنجکاویش درباره کتاب را بیان کند. یا فقط روی میز می‌گذارمش تا مراجع هر هفته آن را ببیند و درباره اش کنجکاو شود. ممکن است در میان صحبت‌هایم اشاره‌ای هم به آن بکنم: «این مسئله مرا یاد مطلبی در این کتاب کار می‌اندازد ... می‌خواهی نشانت بدهم؟» یا به مراجع می‌گویم: «داشتم این کتاب را می‌خواندم و فکر می‌کردم که ممکن است برای تو هم مفید باشد، دوست داری یکی از مطالب کتاب را ببینی؟»

**به یاد داشته باشید که تروما تجربه به اجبار تن به خواسته دیگران دادن است؛ بنابراین، بسیار مهم است که در درمان تروما، درمانگر به مراجع حق انتخاب بدهد، حتی زمانی که مطمئن است چه چیزی به مراجع کمک خواهد کرد.** برخی از مراجعان دوست دارند که فقط متن کتاب را بخوانند، برخی دیگر علاقه زیادی به کاربرگ‌ها داشته و مشتاق استفاده از آنها هستند. برخی از مراجعان ممکن است واکنشی منفی به کلمه تکلیف نشان دهند، به‌ویژه اگر کم‌توانی یادگیری یا تجربیات دردناک آموزشی داشته باشند. اگر شرم یا ترس از شکست داشته باشند، می‌توانید پیشنهاد بدهید که با همدیگر روی یک کاربرگ کار کنید و ببینید که آیا مفید است یا خیر. می‌توانید بخشی را که درباره تجربیات مراجع است بخوانید، سپس همراه با او در پر کردن یکی از کاربرگ‌ها همکاری کنید و بررسی کنید که آیا به نظرش مفید بود یا خیر. هر چه فشار کمتری به مراجع وارد کنیم، درمان مشارکتی‌تر خواهد بود. وقتی یک نمودار یا کاربرگ مفید نیست، هرچه راحت‌تر بتوانیم به خودمان بخندیم و خودمان را به‌خاطر حدس اشتباه‌مان سرزنش کنیم، بیشتر مراجعان با اشتیاق بیشتری سراغ مفاد بعدی می‌روند. اگر جزوه نمودارها برایشان اعتباربخش و تأییدکننده باشد هم با اشتیاق بیشتری کاربرگ‌ها را امتحان می‌کنند تا اعتباربخشی آنها را هم بسنجند.

**«تقسیم‌بندی» اطلاعات امری حیاتی است.** اثرات فعال‌سازی تروماتیک بر مغز متفکر را، همان‌طور که کارلا تصدیق کرد، به خاطر بیاورید. مراجعان ما قادر نیستند اطلاعات خیلی زیاد را هم‌زمان پردازش کنند، پس ما پیش از آنکه مفهوم یا تکلیف جدیدی معرفی کنیم، باید اطلاعات کوچکی ارائه کنیم که برایشان قابل هضم باشد. هر نمودار مفهومی جداگانه را بازنمایی می‌کند و در بیشتر موارد، بهتر است در هر جلسه فقط یک، یا حداکثر دو مفهوم مرتبط در جزوه نمودارها معرفی شوند. «آرام‌تر سریع‌تر است» عبارتی است که اوایل شروع کارم روی تروما آموختم که حتی برای مراجعانی که عجله دارند هم عبارتی تسلی‌بخش است. اگر موضوعات و مفاد جدید را به بخش‌های کوچک تقسیم کنم، مراجع واقعاً می‌تواند پذیردشان یا به آنها علاقه‌مند شود و در نهایت پیشرفت ما سرعت بیشتری خواهد گرفت. اگر اطلاعات خیلی زیادی ارائه کنم، مراجع کلافه و فرسوده شده و سرعت درمان کاهش خواهد یافت. اگر بخواهم آموزش‌های روان‌شناختی بیشتری ارائه کنم، مراجع تمایلی به این

اطلاعات جدید نخواهد داشت یا استفاده از آنها برایش سخت خواهد شد.

**در استفاده از این کتاب، تکلیف‌مدار نباشید.** اگر این کتاب به‌عنوان یک منبع به کار رود، ارزش بیشتری برای مراجع خواهد داشت نسبت به زمانی که خودش یک هدف تعیین شود. این کتاب قرار است از اثرگذاری هر نوع درمان تروما با هر روشی، حمایت کند، در نتیجه بسیار مهم است که مراجع آن را به‌عنوان یک منبع و همراه تجربه کند. از این کتاب کار می‌توان در مرحله آماده‌سازی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم (EMDR، شاپیرو، ۲۰۰۱) یا در درمان‌های بدن‌محور مثل روان‌درمانی حسی‌حرکتی (اوگدان و فیشر، ۲۰۱۵) و تجربه درمانی جسمانی (لوین، ۲۰۱۵) هم استفاده کرد. این کتاب می‌تواند در ثبات‌بخشی به مراجع پیش از هرگونه پردازش تروما یا فقط در کمک به او برای بازیافت توانایی کارکردی مؤثر باشد. اگر شما درمانگری هستید که برای هر مراجع تعداد محدودی جلسه می‌توانید برگزار کنید و در زمانی محدود باید کارهای بسیاری انجام دهید و خود را تحت فشار حس می‌کنید، می‌توانید این کتاب را به‌عنوان روشی برای افزایش زمان درمان یا پس از اتمام یک دوره از درمان، به‌عنوان ادامه آنچه شما و مراجع‌تان شروع کرده بودید به کار ببرید. زمانی که درمانگر تحت محدودیت‌های درمان کوتاه‌مدت کار می‌کند، اهمیت ثبات‌بخشی و آموزش بیشتر هم هست، اما به خاطر داشته باشید که ارائه هم‌زمان اطلاعات بیش‌ازاندازه، به‌جای اینکه برای مراجع الهام‌بخش باشد، دلسردکننده خواهد بود. هدف مجهز کردن نجات‌یافتگان به آموزش‌های روان-شناختی است تا به آنها کمک کند علائم و واکنش‌های تحریک‌شده‌شان را مدیریت کرده و از زندگی آنها پس از تروما حمایت کند و همچنین بدون اینکه مجبور باشند تمام جزئیات آزاردهنده رویداد تروماتیک را به یاد بیاورند، تجربه‌شان را اعتباربخشی کند.

## مراجع را درگیر کنکاش متقابل کنید

اگر کتاب کار با رابطه درمانی درهم آمیزد، مؤثرتر خواهد بود. به‌جای اینکه کتاب را به‌عنوان تکلیف مطالعاتی درمان معرفی کنید که ممکن است میان شما حسی از فاصله‌گذاری ایجاد کند، باهمدیگر از آن به‌عنوان یک منبع یا کتاب راهنمای مشترک برای درمان استفاده کنید.

به یاد داشته باشید که به‌احتمال زیاد، فعال‌سازی تروماتیک در قشر پیشانی مغز شما، به‌عنوان یک درمانگر، رخ نمی‌دهد. توانایی شما در جذب اطلاعات جدید و تعمیم دادن و به کار بردن آنها بیشتر از مراجع‌تان است. از کمک کردن به مراجع‌تان برای درک این ایده‌ها نترسید. شما قرار نیست به‌جای آنها فکر کنید. شما فعالیت مغز آنها را تحریک می‌کنید. از جزوه نمودارها و کتاب کار به‌عنوان یک تجربه مشترک بهره ببرید. در ارائه دیدگاه شخصی خود شک نکنید: «این برداشت من از این صفحه است. برداشت تو درواقع اشتباه نبود. محرک‌ها مغز متفکر تو را از کار می‌اندازند و احساسات و تکانه-ها اختیار امور را به دست می‌گیرند. متوجه منظورم شدی؟» یا از مراجع درباره دیدگاه‌هایش پرسید: