تسلط بر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP)

نقشهٔ راه ناهشیار

تألیف

ژوزت تن هاوه دلابیه

رابرت جی. نبورسکی

ترجمه

دکتر مهران فرهادی

استادیار دانشگاه بوعلی سینا همدان

دکتر حمید شمسی‌پور

دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت

کتاب ارجمند

فهرست

درباره مؤلفان ۱۱
پیشگفتار ۱۲

فصل یکم

روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو (ISTDP)، روان‌رنجوری، و اهمیت ترومای دلبستگی ۱۷

فصل دوم

تنظیم نوروبیولوژیک هیجان و اضطراب ۳۱

فصل سوم

تنظیم هیجان و نقش دفاع‌ها ۴۱

فصل چهارم

سنجش اضطراب بیمار ۷۱

فصل پنجم

مقاومت، انتقال، ظرفیت سازشی من، و ساختار محوری چندکانونی روان‌رنجوری ۱۲۵

فصل ششم

یادگیری مشاهده‌ای و آموزش درمانجویان برای غلبه بر مشکلاتشان ۱۴۳

فصل هفتم

مسیر ناهشیار درمانجو و پیمان کاری ۱۵۱

فصل هشتم

متغیّرهای مستقل: فنون ISTDP برای تغییر چراغ قرمز به چراغ سبز ۱۹۱

فصل نهم

مصاحبهٔ آغازین با درمانجوی مبتلا به هراس از حمل‌ونقل ۲۲۱

فصل دهم

گام‌ها در نقشهٔ راه ناهشیار و کاربرد آن در مورد درمانجویان دچار اختلال افسردگی ۲۴۹

فصل یازده

گام‌ها در نقشهٔ راه ناهشیار و کاربرد آن در درمانجویان دچار جسمانی‌سازی ۳۲۹

فصل دوازده

گام‌ها در نقشهٔ راه ناهشیار در درمانجویی با مقاومت انتقالی ۳۸۳

فصل سیزده

خروج از نقشهٔ راه ناهشیار در مرحلهٔ پایان درمان ۴۳۹

ضمیمه

فرم‌های سنجش ۴۷۷
واژه‌نامهٔ توصیفی ۴۸۳
منابع ۴۹۰

فهرست شکل‌ها

شکل ۱. دیدگاه دوانلو دربارهٔ پدیدآیی روان‌رنجوری ۱۸
شکل ۲. طیف اختلالات روان‌رنجوری ۲۷
شکل ۳. تنظیم عصب-زیستی اضطراب ۳۷
شکل ۴. تغییر شدت هیجان با و بدون دفاع ٤٥
شکل ۵. اطاعت من از فرامن: دفاع‌ها ٦٢
شکل ۶. درمانجوی مضطرب ۱: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۸۷
شکل ۷. درمانجوی مضطرب ۱: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۹۰
شکل ۸. درمانجوی مضطرب ۱: مسیر ناهشیار ۳ . ..... ۹۲
شکل ۹. درمانجوی مضطرب ۲: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۹٤
شکل ۱۰. درمانجوی مضطرب ۲: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۹۹
شکل ۱۱. درمانجوی مضطرب ۲: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۱۰۱
شکل ۱۲. درمانجوی مضطرب ۳: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۱۰۵
شکل ۱۳. درمانجوی مضطرب ۳: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۱۰۸
شکل ۱۴. درمانجوی مضطرب ٤: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۱۱۱
شکل ۱۵. درمانجوی مضطرب ٤: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۱۱۵
شکل ۱۶. درمانجوی مضطرب ۵: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۱۱۸
شکل ۱۷. درمانجوی مضطرب ۵. مسیر ناهشیار ۲ ..... ۱۲۰
شکل ۱۸. درمانجوی مضطرب ۵: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۱۲۳
شکل ۱۹. ویژگی‌های متغیر دفاع ۱۲۷
شکل ۲۱. درمانجوی دچار هراس از حمل‌ونقل: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۲۲۷
شکل ۲۲. درمانجوی دچار هراس از حمل‌ونقل: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۲۳۳
شکل ۲۳. درمانجوی دچار هراس از حمل‌ونقل: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۲٤۰
شکل ۲۴. درمانجوی دچار هراس از حمل‌ونقل: مسیر ناهشیار ٤ ..... ۲٤۵
شکل ۲۵. اثرات هم‌پوشان نورآدرنالین، سروتونین، و دوپامین روی خلق، هیجان، کشاننده، و شناخت. ۲۵٤
شکل ۲۶. فرضیهٔ کولینرژیک ژانوفسکی و دیویس دربارهٔ شیدایی و افسردگی ۲۵۵
شکل ۲۷. درمانجوی افسردهٔ ۱: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۲٦۳
شکل ۲۸. درمانجوی افسردهٔ ۱: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۲٦۸
شکل ۲۹. درمانجوی افسردهٔ ۱: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۲۷۸
شکل ۳۰. درمانجوی افسردهٔ ۱: مسیر ناهشیار ٤ ..... ۲۸۱
شکل ۳۱. درمانجوی افسردهٔ ۱: مسیر ناهشیار ۵ ..... ۳۰۰
شکل ۳۲. درمانجوی افسردهٔ ۲: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۳۰٤
شکل ۳۳. درمانجوی افسردهٔ ۲: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۳۰۹

شکل ۳۴. درمانجوی افسردهٔ ۲: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۳۱۰
شکل ۳۵. درمانجوی افسردهٔ ۲: مسیر ناهشیار ٤ ..... ۳۱٤
شکل ۳۶. درمانجوی افسردهٔ ۲: مسیر ناهشیار ٥ ..... ۳۲۱
شکل ۳۷. درمانجوی افسردهٔ ۲: مسیر ناهشیار ٦ ..... ۳۲٦
شکل ۳۸. درمانجوی دچار جسمانی‌سازی ۱: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۳۳٥
شکل ۳۹. درمانجوی دچار جسمانی‌سازی ۱: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۳۳۹
شکل ۴۰. درمانجوی دچار جسمانی‌سازی ۱: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۳٤۱
شکل ۴۱. درمانجوی دچار جسمانی‌سازی ۱: مسیر ناهشیار ٤ ..... ۳٤۳
شکل ۴۲. درمانجوی دچار جسمانی‌سازی ۱: مسیر ناهشیار ٥ ..... ۳٤۸
شکل ۴۳. درمانجوی دچارِ جسمانی‌سازی ۱: مسیر ناهشیار ٦ ..... ۳٥٥
شکل ۴۴. درمانجوی دچار جسمانی‌سازی ۱: مسیر ناهشیار ۷ ..... ۳٦۱
شکل ۴۵. درمانجوی دچار جسمانی‌سازی ۲: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۳٦٤
شکل ۴۶. درمانجوی دچار جسمانی‌سازی ۲: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۳٦۹
شکل ۴۷. درمانجوی دچار جسمانی‌سازی ۲: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۳۷٤
شکل ۴۸. درمانجوی دچار جسمانی‌سازی ۲: مسیر ناهشیار ٤ ..... ۳۷٦
شکل ۴۹. درمانجوی دچار جسمانی‌سازی ۲: مسیر ناهشیار ٥ ..... ۳۸۰
شکل ۵۰. ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ۱ ..... ۳۸۹
شکل ۵۱. ساختار خوی به شدت مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ۲ ..... ۳۹۳
شکل ۵۲. ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس رونده. مسیر ناهشیار ۳ ..... ۳۹٤
شکل ۵۳. ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ٤ ..... ۳۹۹
شکل ۵۴. ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ٥ ..... ٤۰۳
شکل ۵۵. ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ٦ ..... ٤۰۹
شکل ۵۶. ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ۷ ..... ٤۳۳

فهرست جدول‌ها

جدول ۱. تجارب تروماتیک: رابطهٔ بین متجاوز و قربانی می‌تواند در محدوده‌ای از غیر شخصی تا صمیمی قرار گیرد. ۲۵
جدول ۲. دفاع‌های کلامی ۶۲
جدول ۳. دفاع‌هایی که به طور آنی پردازش شناختی/ ادراکی اطلاعات را مسدود می‌کنند. ۶۸
جدول ۴. هر یک از فنون دوانلو بر کدام اهداف و پیامدهای درون‌جلسه اثر می‌گذارد. ۱۹۲
جدول ۵. انواع افسردگی ۲۵۰
جدول ۶. دورهٔ افسردگی بر اساس ICD-10 (مشابه DSM- IV). ۲۵۱
جدول ۷. افسرده‌خویی بر اساس ICD-10 ..... ۲۵۲
جدول ۸. نشانه‌های ورود به مرحلهٔ پایان درمان و خداحافظی سازنده. ۴۴۰

درباره مؤلفان

ژوزت تن هاوه دلابیه، روان‌شناس- روان‌درمانگر آموزش دیده و روان‌شناس بالینی است که در دانشگاه‌های خرونینگن و آمستردام (در مؤسسه پژوهش مغز در هلند) تحصیل کرده است. وی کار حرفه‌ای خود را در سال ۱۹۷۲ در بخش نورو- سایکوفیزیولوژی دانشگاه آزاد بروکسل بلژیک آغاز کرد. سپس در هلند و در مرکز سلامت روانی عمومی برای بیماران سرپایی (غیر بستری) به عنوان هماهنگ‌کننده بخش رفتاردرمانی و عضو هیئت تشخیص به فعالیت مشغول بوده است. از سال ۱۹۹۰ در حرفه شخصی فعالیت داشته است. به عنوان روان‌شناس بالینی و روان‌درمانگر واجد صلاحیت تحت عنوان درمانگری رفتاری شناختی (فردی و گروهی)، زوج‌درمانگری، درمانگری در زمینهٔ روان‌درمانگری روان‌پویشی گروهی آموزش دیده است و به عنوان روان‌درمانگر پویشی فشرده کوتاه مدت توسط دوانلو آموزش دیده و سوپرویژن دریافت کرده است. دلابیه سردبیر Ad Hoc Bulletin of Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy :Practice and Theory و عضو بورد مدیران انجمن بین‌المللی روان‌درمانی پویشی تجربه‌ای است.

رابرت جی. نبورسکی، MD، روانپزشکی است که به حرفه خصوصی در دل‌مار کالیفرنیا مشغول است و استاد بالینی روان‌پزشکی در دانشکده پزشکی UCSD و دانشکده پزشکی UCLA (Hon) است. وی عضو بورد مدیران و قائم مقام انجمن بین‌المللی درمان‌های پویشی تجربه‌ای و عضو مؤسس بورد سردبیری مجلهٔ بین‌المللی روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت (wiley) است و اخیراً به عنوان سردبیر مهمان Ad Hoc Bulletin of Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy :Practice and Theory خدمت می‌کند. دکتر نبورسکی در سال ۲۰۰۳ توسط دانشکده پزشکی UCLA و انجمن دانشکده بالینی مفتخر به دریافت عنوان سخنران برجستهٔ روان‌پزشکی سال ۲۰۰۲ شد. در سال ۲۰۰۳ به تاسیس مجمع IS-TDP کالیفرنیای جنوبی کمک کرد و به عنوان رئیس مجمع انتخاب شد. در سال ۲۰۱۱ به عنوان عضو زندگانی برجسته در انجمن روان‌پزشکی امریکا منصوب شد.

پیشگفتار

همکاران عزیز،

شما به خاطر علاقه به آشنایی با روان‌درمانگری پویشی فشرده کوتاه‌مدت این کتاب را مطالعه می‌کنید. شاید به خاطر آرزوی ورود به آموزش گروه هسته‌ای ISTDP برای درمانگر شدن در ISTDP این کتاب را تهیه کرده باشید. ممکن است درمانگر ISTDP نیز باشید، اما هنوز درگیر برخی مفاهیم/ فنون ISTDP باشید.

تبدیل شدن به یک درمانگر شایسته و کارکشته کاری دشوار و همیشگی است. چرا؟ به خاطر اینکه فارغ از نوع مکتب روان‌درمانگری، بنا است که کل روان‌درمانگری متناسب با مشکلات و متغیرهایی که هر بیمار خاص برای آن کمک می‌خواهد ارائه شود. برای درمانگر شایسته و باتجربه شدن، تجربهٔ درمانی فراوانی لازم است و دلیل عمدهٔ آن این است که هیچکدام از بیماران مثل هم نیستند- با وجود اینکه، مثلاً، هر دو با مشکلات مشابهی در محورهای I و II در DSM–IV مراجعه می‌کنند. بعلاوه فراموش نکنیم که ما روان‌درمانگران در همان جهان ناکاملی زندگی می‌کنیم که بیماران‌مان زندگی می‌کنند. فقط بیمار نیست که شخصیت، تجارب گذشته و مشکلاتش را به جلسه درمان می‌آورد. اجازه دهید امیدوار باشیم که درمانگر- دست کم- از پویش‌ها و تعارضات درون روانی خود که او را از انجام مداخلات مناسب در زمان مناسب و با دوام مناسب منع می‌کند، آگاه است. و بگذارید صادق باشیم که ساده نیست همزمان انگیزش خود را برای فهم و سنجش پویش‌های درون روانی و بین‌فردی خود و بیمار بالا نگه داریم. روان‌درمانگری یک شغل غریب است. در جایی که تمرکز اساساً روی نیازهای فرد دیگر است یک شغل است. اما، صرف‌نظر از تفاوت‌های نظری با همکاران دیگر، مهم است که همکارانی داشته باشیم که بتوانیم نظرات، شکست‌ها، موفقیت‌ها، نگرانی‌ها، شک‌ها، اشک‌ها، خشم‌ها و خنده‌هایمان را در میان بگذاریم.

یادگیری به طور کلی، و بویژه یادگیری اجرای عملی ISTDP به عنوان درمانگر و بیمار در کنار بسیاری نکات دیگر به دانشجویی (درمانگر و بیمار) نیاز دارد که بتواند یک چارچوب مفهومی ایجاد کند که سازماندهی و یکپارچه‌سازی دانش جدید را در قالب یک ساختار منسجم امکان‌پذیر کند. از این رو برای برانگیختن یادگیری عمیق و واقعی، ابتدا لازم است به خود/ دانشجویان / بیمارانمان کمک کنیم که نوعی کنجکاوی عقلانی با انگیزهٔ ذاتی (من دقیق) در خود پرورش دهند. در این میان، باید ضمن فهم عناصر ساختارهای مفهومی جدید، تفکر و بیان گذشتهٔ خود را از ذهن کنار بگذاریم. با انجام این کار باید آن عناصر را در این ساختارهای مفهومی جدید یکپارچه کنیم و در آخر، البته نه به عنوان کم‌اهمیت‌ترین

موضوع، باید بتوانیم ساختارهای مفهومی جدید را در الگوهای معنی‌دار بزرگتر قرار دهیم.

کنجکاوی عقلانی می‌تواند ما را وادار کند که شیوه‌های پرداختن به مشکلات، جستجوی روش‌ها و فنون جدید و تسلط بر آنها را بهبود داده و کامل کنیم. تلاش برای درک مفاهیم جدید و جستجو یا گوش کردن به شیوه ای جدید می‌تواند جذابیت فراوانی داشته باشد- به‌ویژه زمانی که بتوان این فرایند را با دیگران به اشتراک گذاشت.

فراموش نکنیم که شکست جزء طبیعی فرایند یادگیری است. احتمال شکست جزء ذاتی کل فرایند یادگیری است و هر قدر یادگیری پیش می‌رود، خطر شکست افزایش می‌یابد. کنجکاوی عقلانی ضمن اینکه برای جستجوی کمال لذت‌بخش است (و با آگاهی کامل از اینکه کمال هرگز به پایان نمی‌رسد)، مبنای درک عمیق واقعی نیز هست. به خاطر اینکه کمال هرگز به دست نمی‌آید، شکست جزء طبیعی و واقع‌گرایانهٔ تلاش مشتاقانه برای کمال است و خودبه‌خود می‌تواند برای تغذیهٔ کنجکاوی عقلانی و افزایش و عمیق‌تر کردن فهم ما از اینکه چرا یک مسیر/ گام خاص ما را به نتیجهٔ مطلوب نمی‌رساند، مورد استفاده قرار گیرد.

در مسیر تسلط بر روان‌درمانگری یقیناً به کنجکاوی عقلانی نیاز داریم و بخصوص تسلط بر ISTDP کاری سخت و چالش‌برانگیز است.

دلیل چالش‌برانگیز بودن آن این است که ISTDP دقت لحظه به لحظه را از سوی درمانگر طلب می‌کند. این امر نیاز به دقت لحظه به لحظه در سنجش متغیرهای بیمار، تصمیم به مداخله، سنجش مداخلات و مانند آن دارد.

درمانگران اغلب آموزش می‌بینند که به محتوای مشکلات بیمارشان گوش کنند. برای اینکه درمانگر شایسته‌ای در ISTDP شویم، باید بیاموزیم از چشم‌هایمان نیز استفاده کنیم: چه جلوه‌هایی از اضطراب را کشف می‌کنیم؟ این تغییر را در چه زمانی مشاهده می‌کنیم؟ چه موقع کاهش و چه موقع افزایش علائم اضطراب را می‌بینیم؟ چه موقع متوجه کدام دفاع‌های غیرکلامی می‌شویم؟ کی شاهد علائم برانگیختگی احساس هستیم؟ باید استفاده از گوش‌هایمان را نیز یاد بگیریم. اوه، اندازه صدای مراجع تغییر می‌کند. آیا علامت اضطراب است یا اضطراب و درماندگی؟ بین یک لبخند ظریف یا اخم کردن و بیان کلامی عشق یا خشم یا هر احساس دیگری طیف وسیعی از علائم قرار می‌گیرد که واکنش‌های ما را شکل داده و کنترل می‌کنند.

این کتاب از اولین نشست بین‌المللی انجمن روان درمانگری پویشی تجربه‌ای که از ۱۰ تا ۱۲ می ۲۰۰۱ در میلان ایتالیا و سمپوزیوم‌ها، کارگاه‌ها، دوره‌های آموزشی، و سوپرویژن‌های ISTDP که توسط ژوزت تن هاوه دلابیه و نبورسکی در کنار هم برگزار شده است، و نیز از تماس‌های گوناگون مؤلفان با همکاران با جهت‌گیری‌های نظری دیگر بیرون آمده است.

از همکاران غیر ISTDP آموختیم که نظریه و روش ISTDP گاهی به خاطر پیش‌داوری/ سوگیری مورد سوء تعبیرهای متعددی از جمله موارد زیر قرار گرفته است: "ISTDP نوع خشنی از روان‌درمانگری است که درمانگر باید مقاومت بیمار را بشکند. ISTDP فقط برای بیماران آسیب‌های فرامن و خوی شدید مناسب است. هدف ISTDP رخنه به خشم آزارگر است. ISTDP فقط در مورد تجربهٔ هیجان است".

از همکاران و دانشجویان /کارورزانمان آموخته‌ایم که بسیاری از مفاهیم روان‌درمانگری پویشی و ISTDP دوانلو بسیار انتزاعی باقی مانده‌اند و از این رو این مسئله به عامل اساسی دلسردی در تسلط یافتن بر نظریه و تکنیک تبدیل شده است. برای مثال، اگرچه دانشجویان ظاهراً اغلب از اصطلاحات روان‌پویشی مناسب استفاده می‌کنند یا اغلب قادرند تعریف نظری درستی از مفاهیمی مانند انتقال، مقاومت، دفاع‌ها، فرامن، ظرفیت سازشی من، پیمان کاری هشیار/ ناهشیار ارائه دهند، اما معنای دقیق، اهمیت و کارکرد آنها را نمی‌فهمند. یکی از پیامدهای آن این است که بسیاری از صورت‌های این مفاهیم اصلاً شناخته نمی‌شوند، بد فهمیده می‌شوند یا در اجرای ISTDP بد ارزیابی می‌شوند که منجر به مداخلات غلط یا کاربرد غلط مداخلات می‌شود. علاوه بر این شاهد بوده‌ایم که کارورزان‌مان اغلب چنان دلمشغول حصول نتیجهٔ مطلوب بوده‌اند که هدف سنجش لحظه به لحظهٔ پاسخ بیمار به آن مداخلهٔ خاص درمانگر و از این رو سنجش لحظه به لحظهٔ وضع فعلی پیمان کاری هشیار/ ناهشیار با بیمار را از دست می‌دهند. و البته، بدون پیمان کاری هشیار/ ناهشیار بهینه، درمان به شکست منتهی می‌شود.

برقراری پیمان کاری هشیار/ ناهشیار با بیمار و حفظ این پیمان کاری در حد بهینه– جلسه به جلسه و لحظه به لحظه– مبنای یک ISTDP موفق است. از آنجا که این درمانگر است که چنین پیمان کاری را با بیمارش برقرار می‌کند، ضروری است که درمانگر هر لحظه بتواند ارزیابی کند که کدام متغیر(های) بیمار مانع برقراری این پیمان می‌شوند و کدام متغیر(های) بیمار به عنوان عامل تسهیل‌کنندهٔ این پیمان مشاهده می‌شوند. از لحظه به لحظهٔ وضع این پیمان کاری هشیار/ ناهشیار کانون و تکلیف درمانگر و کانون و تکلیف مطلوب بیمار مشخص می‌شود. این ارزیابی لحظه به لحظه در طی جلسات و مراحل درمان است که نشان‌دهندهٔ چالش و جذابیت ISTDP است و تصمیمات لحظه به لحظه‌ای را تعیین می‌کند که باید کدام مداخله را انتخاب کرد و با چه زمان‌بندی، دوام و "میزانی" به کار برد.

این تصمیمات و ارزیابی لحظه به لحظه مبنای کمیت و کیفیت موفقیت‌های درمانگر و بیمار است. مؤلفان مانند بسیاری از روان‌درمانگران و نیز مانند دانشجویان خود معمولاً جلسات را (با رضایت بیماران) به صورت صوتی و تصویری ضبط می‌کنند. پیش از هر چیز، این کار برای تضمین کیفیت بهینه پیمان کاری با بیمار به کار می‌رود. همچنین شانس دیگری برای ارزیابی فرایندهای پویشی که توسط بیمار به کار گرفته می‌شوند، و ارزیابی اینکه هر لحظه کدام یک از متغیرهای بیمار هدف مداخلات درمانگر قرار گرفته است، در اختیار ما قرار می‌دهد. آیا هدف به درستی انتخاب شده است؟ چرا؟ آیا درمانگر مداخلهٔ درستی به کار برده است؟ آیا زمان‌بندی مداخله صحیح است؟ دوام– "مقدار" مداخله چطور؟ آیا مداخله

منجر به پاسخ مطلوب از سوی بیمار شده است؟

ضبط صوتی و تصویری به درمانگر این شانس را نیز می‌دهد که ارزیابی کند چرا مداخلات آنطور که امید می‌رفت اثر نداشته است. آیا این عدم توفیق به دلیل مشکلات نظری/ تکنیکی درمانگر یا به خاطر مشکلات شخصی از قبیل ناتوانی درمانگر در تشخیص یک دفاع خاص بوده است؟ شاید به خاطر همساز بودن دفاع های خود درمانگر یا به خاطر دیگر مشکلات انتقال متقابل؟

سوپرویژن دانشجو و سوپرویژن همکاران زمانی پرثمر می‌شوند که بتوانیم از جلسات صوتی و تصویری ضبط شده با بیمارانمان استفاده کنیم.

این یک واقعیت تجربی است که حوزه‌هایی که کارورزان به بیشترین کمک نیاز دارند همان حوزه‌های خاصی هستند که از آن آگاه نیستند و باعث می‌شود نتوانند اطلاعات مربوطه در فرایند درمان و مشکل در برقراری/ حفظ پیمان کاری را برای راهنمایان بیان کنند.

به عنوان آخرین، اما نه کم اهمیت‌ترین مورد، این جلسات ضبط شده صوتی و تصویری ما را برای اجرای روان‌درمانگری به عنوان مطالعه‌ای با N=۱ در وضعیت بهتری قرار می‌دهد و از این رو امیدوارانه نقطه حرکتی برای فرایندپژوهی و نتیجه‌پژوهی ISTDP فراهم می‌کند.

برخی از مطالب این کتاب از جلسات با بیماران‌مان گرفته شده است. از بیماران سپاسگزاریم که همکاری، درگیر شدن و دل و جرأت خود را به ما داده‌اند. برای به اشتراک گذاشتن مشکلات، تردیدها، اضطراب‌ها، اشک‌ها، خشم، ناشادمانی، شادمانی، شکست، موفقیت، خنده‌ها و امکانی که برای یادگیری، فروتنی و رشد بیشتر به ما داده‌اند از آنها قدردانی می‌کنیم.

از دانشجویان و کارورزان‌مان برای اتخاذ موضعی پذیرا و مشتاق، و اینکه به ما اجازه دادند فراموش نکنیم که موقع شروع ما نیز چنین اشتباهاتی داشتیم، سپاسگزاریم. برای اینکه ما را هوشیار و گوش به زنگ نگه داشتند، برای همکاری و وفاداری، برای تحملشان در ادامه دادن با ما قدردان آنها هستیم. سرانجام از آنهایی تشکر می‌کنیم که به ما یاد دادند درمانگران و سوپروایزرهای بهتری باشیم.

به نظر ما این نکته می‌تواند کمک‌کننده باشد که هر فصل این کتاب را با بخش "موضوعات اصلی این فصل" به پایان ببریم. شما می‌توانید هر گام را همچون موضوعی برای "عنوان دادن" به خلاصهٔ خود تفسیر کنید. امیدواریم چنین خلاصه‌ای کنجکاوی شما را برای مطالعهٔ فصل بعد تغذیه کند و در این صورت نتیجه– دست‌کم برای ما– مطلوب خواهد بود.

امیدواریم این کتاب در نقاب‌زدایی از آسیب فرامن بیمار، سنجش کیفیت و میزان ظرفیت مشاهده‌گری من بیمار (و شما) و به وجود آوردن یک من دقیق کمک‌کننده باشد.

امید داریم این کتاب به شما کمک کند که پیمان کاری هشیار با بیمار را به کار گیرید تا بخش ناهشیار پیمان کاری را برقرار کرده و افزایش دهید. امیدواریم به همکاران کمک کند درک کنند که چه موقع ظرفیت سازشی من بیمار در مسیر ناهشیار نیاز به تقویت دارد. امیدواریم در غلبه بر فرامن آزارگر بیمار

(و درمانگر؟) به منظور گشودن و فهم احساسات، تکانه‌ها، اشتیاق‌ها، ارزش‌ها، نظرات، با عشق، دقت و صداقت علمی کمک کند. امیدواریم به همکاران کمک کند این فرایند را بارها و بارها تکرار کنند.

همکار گرامی، امیدواریم این کتاب دوست شما شود و به شما کمک کند که برای تسلط یافتن باانگیزه باقی بمانید و ناکامل بودن را روا بدانید.

ژوزت تن هاوه دلابیه، Psy D ، هلند

رابرت جی. نبورسکی، MD، ایالات متحده امریکا

فصل یکم

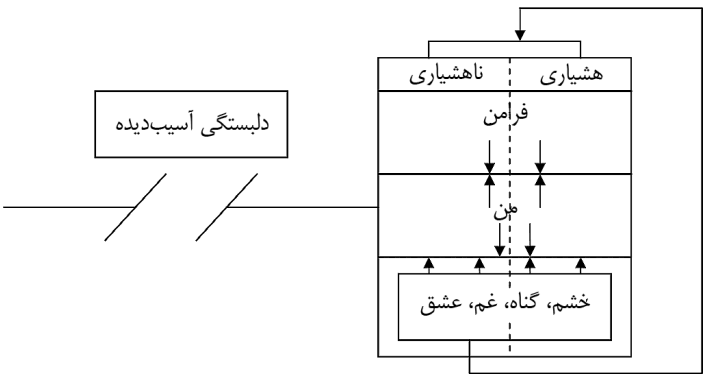
روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو (ISTDP)، روان‌رنجوری، و اهمیت تروما‌ی دلبستگی

دوانلو در آغاز دهۀ ۱۹۶۰ بر آن شد که از رویکرد روان‌تحلیلی کلاسیک فاصله بگیرد. وی در سال ۱۹۸۰ در فصلی با عنوان «روش روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت» روش ISTDP خود را که بر پایۀ سه مطالعه نظام‌مند (شامل روان‌درمانگری به ترتیب روی ۱۳۰، ۲٤، و ۱۸ درمانجوی روان‌رنجور) بود، به اختصار ارائه کرد. با کار وی که از آغاز به طور کامل به صورت صوتی و تصویری ضبط می‌شد با شور و اشتیاق و نیز بدگمانی و انتقاد برخورد شد. اکنون که بیش از ۳۰ سال گذشته است، بررسی‌های بالینی و نتیجه‌پژوهی‌های[1] بسیاری داریم که اثربخشی این روش را تأیید می‌کنند.

تغییر نظریۀ تحلیلی توسط دوانلو

دوانلو (۱۹۹۰) شرح می‌دهد که به باور فروید، فرامن[2] در تاریخچۀ تحولی، خود را به نسبت دیر مستقر می‌کند و بعد از انحلال عقدۀ ادیپ وارد عمل می‌شود. شواهد کار با بیماران و موردپژوهی‌های بالینی، دوانلو را به تغییر نظریۀ تحلیلی از لحاظ تأکید بر نقش فعال فرامن در علّیت و استمرار روان رنجوری در ماه‌های آغازین زندگی وادار کرد. اختلالات روان‌رنجوری در نتیجۀ گستره‌ای از تجارب تروماتیک احتمالی شامل آسیب یا وقفه در پیوند محبت‌آمیز بین کودک و مراقبانش ظاهر می‌شود. کودک به طور ناهشیار به این آسیب/ وقفه با خشم مرگبار و آزارگرانه واکنش نشان می‌دهد. این خشم مرگبار و آزارگرانه، و فقدان برآمده از آن (مردن شخص یا اشخاص محبوب)، منجر به احساس گناه و غم و نیز

1. outcome research
2. superego



شکل ۱. دیدگاه دوانلو دربارهٔ پدیدآیی روان‌رنجوری

واکنشهای آزارگرانه و تنبیه‌گر فرامن به من[1] کودک می‌شود. تجربهٔ (تجارب) تروماتیک، خشم مرگبار، و نتیجهٔ (نتایج) آن، یعنی احساسات گناه و غم، به درون ناهشیار سرکوب می‌شوند. الگوهای نشانه‌ای گوناگون و آسیب خوی[2] زمانی ایجاد می‌شود که منِ کودکِ در حال رشد زیر سلطهٔ فرامن آزارگر/ تنبیه‌گر سعی می‌کند به گونه‌ای عملکرد خود را حفظ کند که در خودِ تکانه‌ها و احساسات، اضطراب، و دفاع‌ها غرق نشود. هر چه تجارب تروماتیک زودتر، شدیدتر، و بیشتر رخ دهند، تکانه‌ها آزارگرانه‌تر است و من بیشتر بین آزارگری نهاد[3] و آزارگری فرامن به دام می‌افتد و در اداره کردن مقاومت سرکوبی و مقاومت با دستور فرامن بیشتر فلج می‌شود. دیدگاه دوانلو دربارهٔ پدیدآیی روان‌رنجوری در شکل ۱ ترسیم شده است.

پیوند دلبستگی و سلامت روانی

هرچند دوانلو به روشنی به اهمیت ماهیت و کیفیت پیوند دلبستگی بین کودک و مراقب در اثرگذاری بر ماهیت و کیفیت سلامت روانی اشاره می‌کند، به جزییات این رابطه نمی‌پردازد.

به همّت آَینس‌ورث (۱۹۷۸)، بالبی (۱۹۶۹، ۱۹۸۰، ۱۹۸۸)، و شمار بسیاری از سایر دانشمندان و همکاران، همهٔ ما می‌دانیم که پیوند هیجانی، یا دلبستگی، بین نوزاد (پیش از تولد/ پس از تولد) و مراقب (مراقبان) اثر قابل ملاحظه‌ای بر ساختار و کارکرد مغز نوزاد در حال رشد و کارکرد فرد در رابطه با خود و دیگران دارد.

در ادبیات این حوزه، اغلب چهار الگوی دلبستگی از هم متمایز می‌شود: دلبستگی ایمن، دلبستگی

1. ego
2. character pathology
3. id

ناایمن- اجتنابی، دلبستگی ناایمن- مقاوم/ دوسوگرا، و دلبستگی سازمان‌نایافته (برای مثال، نگاه کنید به هسه، ماین، آبرامز، و ریفکین، ۲۰۰۳).

دلبستگی ایمن و پایدار مبنایی برای تکالیف تحولیِ تمایز، تفرد، و ساختار درونی ثبات ابژه[1] فراهم می‌کند که فهم ما از خود[2] از آن پدید می‌آید. ازاین‌رو، دلبستگی ایمن و پایدار اثری مثبت بر ساختار و کارکرد مغز می‌گذارد و از این طریق ملزومات اساسی را فراهم می‌کند تا:

۱. آرزوها، احساسات، هنجارها، ارزشها، نظرات و رفتار خود و دیگران را با عشق و توجه درک کنیم،
۲. به گونه‌ای سازنده به کاوش در دنیای بیرونی بپردازیم،
۳. وارد روابط بین فردی معنی‌دار شویم، و
٤. به گونه‌ای سازنده به رویدادهای دردناک/ زیانبارِ روابط بین فردی گوناگون بپردازیم.

اگرچه نیاز بنیادی همیشگی به دلبستگی‌های ایمن وجود دارد، شاید واضح باشد که این پیوندهای دلبستگی در دورهٔ تحول خود، از لحاظ ابژه، ماهیت، کیفیت، و شدت تغییراتی پیدا می‌کنند. گذشته از این، ممکن است پیوندهای دلبستگی با دیگران مانند همشیرها، خانواده گسترده، معلمان، دوستان، همکاران، عشّاق/ همسران، و حیوانات خانگی نیز پدید بیاید.

دلبستگی ناایمن، بی‌ثبات، یا سازمان‌نایافته، خواه ناشی از بدرفتاری بدنی/ هیجانی یا بی‌توجهی باشد، و خواه ناشی از بی‌احساسی مراقب، اثر منفی بر ساختار و کارکرد مغز گذاشته و زمینه‌های اساسی را برای اختلالات روان رنجوری و اختلالات تحولی فراهم می‌کند (البته برعکس آن نیز درست است: کژتنظیمی عصب‌شناختی، برای مثال در اثر تولد، نیز می‌تواند مانع پیوند دلبستگی شود). رابطهٔ بین الف) ویژگی‌های یک پیوند دلبستگی خاص، ب) مرحلهٔ خاص تحول فرد و ج) ظرفیت بعدی در فرد برای تنظیم سازندهٔ هیجانات، سازش با موقعیت‌های جدید، و یادگیری، نتیجهٔ این واقعیت است که محیط اجتماعی آغازین/ مراقبان، بر ساختارهای عصب‌شناختی میانجیِ تنظیم اضطراب و هیجانات اثر مستقیم دارند. برای مثال، دو سال نخست زندگی برای رشدِ نواحی زیرقشری لیمبیک حیاتی است، و به خاطر اینکه ساختارهای متفاوت نظام لیمبیک در بقیهٔ عمر فرد در اضطراب و هیجانات دخالت دارند، رویدادهای آغازینِ مخرب برای دلبستگی طی چنین دورهٔ حساسی می‌توانند اثرات طولانی‌مدت برجای بگذارند.

علایم ترومای (دلبستگی) درمان نشده با گذر زمان بدتر و پیچیده‌تر می‌شود، و ارتباط برقرار کردن بین رفتارهای کنونی و ترومای (دلبستگی) آغازین دشوارتر می‌شود. احساسات و رفتارهای مرتبط با تجارب (دلبستگی) تروماتیک گذشته در اثر تجارب (دلبستگی) تروماتیک جدید تقویت می‌شوند و

1. object constancy
2. self

نشانه‌های اختلال و رفتارهای مقابله‌ای مخرب شدیدتر می‌شوند. با گذر زمان، برون‌ریزی، اجبار تکرار[1]، و دوره‌های گسست[2] می‌توانند به شدت ناتوان‌کننده شوند.

همان طور که در بالا گفته شد، در تعامل با مراقبان است که یاد می‌گیریم چگونه به خود و دیگران بنگریم، و آرزوها، احساسات، و رفتارهای خود و دیگران را درک کنیم. این حاکی از آن است که:

۱. ویژگی‌های خاص پیوند مخرب/ تروماتیک دلبستگی،
۲. مراحل تحولی خاصی که تجربه شده است، و
۳. بی‌نظمی عصبی پسین و خاطرات تعاملات تروماتیک با هر یک از مراقبان، پایه‌ای برای شیوه‌های خاص مخربی خواهد شد که شخص بزرگسال در خصوص موارد زیر به کار خواهد بست
الف) انتظارات از خود و دنیای بیرونی،
ب) درک آرزوها، احساسات، هنجارها، ارزشها، و رفتارهای خود و دیگران، و
ج) الگوهای تعامل در روابط صمیمانه و اجتماعی.

اثر عصبی- تحولی خشونت در کودکی

به عقیدهٔ پری (۲۰۰۱) و شور (۲۰۰۳)، شواهد فزاینده حاکی از این است که مواجهه با خشونت یا تروما، مغز در حال رشد را با تغییر دادن فرایندهای عصبی- تحولی بهنجار، دگرگون می‌کند. پژوهش بالینی بروس. دی. پری (۲۰۰۱) نشان داده است که تروما بر الگو، شدت و ماهیت تجارب حسی-ادراکی و عاطفی رویدادها در دوره کودکی اثر می‌گذارد. مغز انسان رشد می‌کند و زمانی که رشد کرد، به سبکِ «وابسته به استفاده[3]» تغییر می‌کند. نظام‌های عصبی که به طور مکرر فعال می‌شوند می‌توانند به طور ماندگار دگرگون شوند و ریزمعماری و شمار سیناپسی و تراکم دندریتی و ظهور انبوهی از عناصر سلولی ساختاری و کارکردی مهم همچون آنزیم‌ها یا گیرنده‌های ناقل‌های عصبی را تغییر دهند. یک دستگاه عصبی هر چه بیشتر فعال شود، ظرفیت‌های کارکردی مرتبط با آن نوع فعال‌سازی را بیشتر افزایش داده و مستحکم‌تر می‌کند. هر چه دستگاه‌های عصبی مربوط به تهدید در جریان تحول بیشتر فعال شوند، مستحکم‌تر خواهند شد.

از همین رو،

- مواجهه با خشونت مجموعه‌ای از پاسخ‌های تهدید را در مغزِ در حال رشد کودک فعال می‌کند،
- فعالیت بیش از اندازه دستگاه‌های عصبی درگیر در پاسخ‌های تهدید، به نوبهٔ خود می‌توانند مغز در حال رشد را دگرگون کنند،

1. repetition compulsion
2. dissociation
3. use-dependent

- این دگرگونی‌ها می‌توانند به صورت تغییرات کارکردی در کارکرد شناختی، رفتاری و هیجانی نمایان شوند.

درجه و ماهیت پاسخی خاص به تهدید، از فردی به فرد دیگر در برابر یک رویداد، و برای هر فرد خاص از رویدادی به رویداد دیگر متغیر است.

در حیوانات و انسان‌ها دو الگوی پاسخ نخستین اما تعاملی، توصیف شده است: الگوهای پاسخ بیش‌برانگیختگی (پاسخ‌های جنگ یا گریز) و الگوهای پاسخ گسستی[1]. گسست یک اصطلاح توصیفی وسیع است که شامل انواع مکانیسم‌های روانی درگیر در جدا شدن از دنیای بیرونی و توجه به محرک‌های دنیای درونی است. این مکانیسم‌ها می‌توانند شامل حواس‌پرتی، اجتناب، بهت‌زدگی، رؤیاپردازی[2]، گریز[3]، تخیل[4]، دگرسان‌بینی واقعیت[5]، دگرسان‌بینی خود[6]، و در حالت‌های افراطی، غش یا کاتاتونی باشند. (همچنین نگاه کنید به فصل سوم در مورد تنظیم هیجان و فصل چهارم دربارهٔ اضطراب).

اگر کودک در پاسخ به یک ترومای شدید دچار گسست شود و به اندازه کافی در حالت گسست بماند، این حالت، تعادل حیاتی نظام‌های مرتبط با پاسخ گسستی (یعنی، شبه‌افیونی، دوپامینرژیک، محور HPA) را تغییر خواهد داد. در نتیجه، نوروبیولوژی حساس شدهٔ گسست ایجاد می‌شود و ممکن است نشانگان پایدار مرتبط با گسست (برای مثال، گوشه‌گیری، شکایات جسمی، گسستگی، اضطراب، درماندگی، وابستگی) و اختلالات مرتبط (برای مثال، اختلالات گسستی، اختلالات بدنی شکل، اختلالات اضطرابی، افسردگی اساسی) در کودک به وجود بیاید. اگر کودکی که در معرض خشونت قرار گرفته، از پاسخ بیش‌برانگیختگی غالب استفاده کند، تغییر تعادل حیاتی، در نظام‌های نوروشیمیایی مختلف (برای مثال، آدرنرژیک، نورآدرنرژیک، محور HPA) خواهد بود. این کودک مستعد دچار شدن به علایم پایدار مرتبط با بیش‌برانگیختگی و اختلالات مرتبط (برای مثال، ADHD، PTSD، اختلال سلوک[7]) خواهد شد (پری، ۲۰۰۱).

البته، ترومای آغازین فقط به معنی خشونت فیزیکی نیست. در مورد بی‌توجهی هیجانی یا انواع دیگر خشونت هیجانی چه فکر می‌کنید؟ ترومای بی‌توجهی اغلب تراکمی است و زمانی که نوزاد بی‌توجهی بدنی و/ یا هیجانی مزمن را تجربه می‌کند (و ما اغلب، این بی‌توجهی را به همراه بدرفتاری بدنی می‌بینیم)، نه تنها به عملکرد روان‌شناختی آسیب می‌زند، بلکه – همان‌طور که در مورد بدرفتاری بدنی درست است– تغییرات کارکرد مغز را هم در پی دارد (شور، ۲۰۰۳).

1. dissociative
2. daydreaming
3. fugue
4. fantasy
5. derealization
6. depersonalization
7. conduct disorder

ما انسان‌ها می‌توانیم شکیبا باشیم و عشق بورزیم. اما همچنین می‌توانیم تحقیر کنیم، بی‌توجهی کنیم، نادیده بگیریم، نفرت بورزیم، تخریب کنیم و بکشیم. در سراسر تاریخ و در فرهنگ‌های گوناگون خشونت وجود دارد. به کمک پیشرفت‌های فناوری، دنیای ما کوچک شده است و همهٔ ما جنبه‌های وحشتناک خشونت را تجربه کرده یا شاهد بوده‌ایم (برای مثال از طریق روزنامه‌ها، نشریات، تلویزیون) و با وجود تمایل بسیاری از ما، هرگز نتوانسته‌ایم برای همیشه از خشونتی که ما را احاطه کرده است و خشونتی که ما بخشی از آن هستیم رها شویم.

متأسفانه واقعیت تاریخ ما، و نیز واقعیت زمان حاضر به ما می‌آموزد که برای آنکه هر روز با وقایع آسیب‌زا روبه‌رو شویم، به خشونت جنگ‌ها، بلایای طبیعی و مانند آن نیاز نداریم. با وجود این، بسیاری از افراد، از جمله بسیاری از درمانگران، ممکن است ناهمگنی و پیچیدگی خشونت را کمتر از آنچه هست برآورد کنند، و شیوع خشونت بدنی و/یا هیجانی در خانه را کمتر از آنچه هست برآورد کنند. خشونت هیجانی ممکن است برای مثال، شکل تحقیر، خوار کردن، تهدید، بی‌توجهی، نادیده گرفتن، تهدید به رها کردن یا برخورد بدنی، ارعاب و مانند آن به خود بگیرد. والد بودن تنها در این خلاصه نمی‌شود که مراقب باشیم کودک به طور مناسب تغذیه کند، لباس بپوشد، و مدرسه برود! مدارس نیز ساختار و ایمنی لازم را در مقابل خشونت هیجانی/بدنی که در مدرسه یا خانه‌های دانش‌آموزان اعمال می‌شود، فراهم نمی‌کنند.

خشونتی وجود دارد که خشونت در نظر گرفته نمی‌شود، ترومایی وجود دارد که نه تروما شناخته می‌شود و نه سایر اعضای خانواده آن را خشونت یا تروما قلمداد می‌کنند. همسایگان، مدارس، درمانگران، سازمان‌های سلامت، دولت‌ها و سازمان ملل نیز آن را تروما نمی‌دانند (نگاه کنید به جدول ۱). همه می‌دانیم که زیر فشار ترومای حل‌نشده ممکن است در قالب ناتوانی در تنظیم اضطراب، تنظیم هیجانات، و ناتوانی از ایجاد و حفظ روابط سالم «منجمد» شویم، و حتی بدتر از آن، با افرادی که زمانی خودمان قربانی آنها بوده‌ایم، همان رفتار بهره‌کشانه را در پیش بگیریم.

بنابراین، از دید ما مهم است که در اینجا بر برخی جنبه‌های خشونت تمرکز کنیم که باید اثر خشونت بر سلامت روانی بر پایه آنها بررسی شود.

طبقه‌بندی رویدادهای بالقوه تروماتیک

مفهوم ترومای روانی به وضعیت آسیب‌دیدهٔ روان‌شناختی و فیزیولوژیایی فرد اشاره دارد که در نتیجهٔ تجربهٔ وقایع بسیار تهدیدکننده و زیانبار ایجاد می‌شود.

در ادبیات علمی، وقایع تروماتیک اغلب به عنوان درجاتی بر روی یک پیوستار طبقه‌بندی می‌شوند: ترومای بزرگ، ترومای کوچک، و ترومای تراکمی (که استرس بی‌وقفهٔ مزمن نیز نامیده می‌شود).

وقایع تروماتیک بزرگ به طور کلی، وقایع قابل شناسایی جداگانه مانند تجاوز به عنف، کودک‌آزاری شدید، صدمه یا بیماری فاجعه‌بار، از دست دادن غیرمنتظرهٔ یک دوست، و مشاهدهٔ خشونت یا جنگ در نظر گرفته می‌شوند. تروماهای کوچک و وقایع تروماتیک تراکمی، موقعیت‌های مستمر یا تکراری مانند بی‌توجهی یا نژادپرستی مداوم به شمار می‌آیند.

خود ما این اصطلاحات را گیج‌کننده می‌دانیم، زیرا بیانگر این است که ترومای بزرگ به طور کلی اثرات جسمی و روان‌شناختی ناتوان‌کننده‌تری وارد می‌کند تا تروماهای کوچک یا تروماهای تراکمی.

تمام رویدادهای تروماتیک بالقوه که در ادبیات علمی به آنها اشاره می‌شود، نشان‌دهندهٔ نوعی خشونت هستند. این خشونت می‌تواند به طور اتّفاقی، نظام‌مند، یا حتی به طور سازمان‌یافته بر قربانیان اعمال شود. در اینجا فقط یکی دو مثال ارائه می‌کنیم. مطمئن هستیم که شما می‌توانید مثال‌های بسیار بیشتری به یاد بیاورید.

- ***خشونتی که به طور اتفاقی بر قربانیان اعمال می‌شود:***

در این موارد، قربانی در زمان و مکان نادرستی قرار دارد. قربانی می‌تواند هر کسی باشد که به طوراتفاقی در آن زمان و مکان قرار گرفته است. برای مثال، زنی پیاده به سوی خانه می‌رود. بعد از غروب آفتاب است و او در حال گذر از یک پارک است. به او حمله می‌شود، به درون بوته‌ها کشیده و به او تجاوز می‌شود.

- ***خشونتی که به طور نظام‌مند متوجه قربانیان می‌شود:***

در مورد تجاوز زناشویی چه فکر می‌کنید؟ یا در مورد کودکی که شاهد کتک خوردن مادرش از پدر است، چه نظری دارید؟ یا در مورد تحقیر یا بی‌ارزش شدن نظام‌مند از طرف یک یا هر دو والد، یا دانش‌آموزان دیگر یا معلمان در مدرسه نظرتان چیست؟

- ***خشونتی که به طور سازمان‌یافته بر قربانیان اعمال می‌شود:***

هولوکاست را سوسیالیست‌های ملی‌گرا بر یهودیان، کولی‌ها، و همجنس‌گراها اعمال کردند. به تازگی در روآندا و دارفور، گروهی علیه گروهی دیگر دست به نسل‌کشی زد. گاهی نژاد و گاهی مذهب، بهانه‌ای برای ریشه‌کن کردن کاتولیک‌ها، پروتستان‌ها، یهودی‌ها، هندوها یا مسلمانان می‌شود.

یافته‌های پژوهشی و بالینی به دست آمده از کار با بیماران تروماديده نشان می‌دهد که تنها ماهیت و درجه درگیری بین فردی با شخص تروماديده، سن فرد تروماديده، و چگونگی کنار آمدن فرد تروماديده با رویداد تروماتیک و پیامدهای آن، اثری را که ترومای روانی بر زندگی فرد دارد، تعیین نمی‌کند؛ وجود

شبکه حمایت هیجانی و تصدیق اجتماعی تروما نیز تعیین‌کنندهٔ اثر آن است.

امروزه، جامعه برای مثال، تصادف قطار، سقوط هواپیما، و سونامی را بی‌درنگ به عنوان رویدادهای تروماتیک تصدیق می‌کند. بی‌درنگ پس از یک فاجعه، حمایت اجتماعی و مذهبی، مراقبت بهداشتی روانی و جسمی (و گاه حمایت اقتصادی نیز) برای قربانیان و بازماندگان سازمان‌دهی می‌شود. البته، این حمایت نه تنها برای کمک به قربانیان و بازماندگان است که تا آنجا که می‌شود سازنده‌تر با اثرات تروما مقابله کنند، بلکه برای پیش‌گیری و کاهش زیان اقتصادی در بلندمدت نیز هست. چنین حمایتی، از بستری شدن طولانی‌تر قربانیان در زمانی که مراقبت فوری دریافت نکرده‌اند جلوگیری می‌کند، مانعِ از دست دادن شغل می‌شود، و مانند آن.

اما در مورد کودکانی که مادر مبتلا به بیماری مزمن دارند ... یا مادر افسرده دارند ... یا مادری دارند که مرتب از حملات میگرن شدید رنج می‌برد، چه می‌توان گفت؟ پدرشان باید پول دربیاورد، به همین دلیل صبح زود خانه را ترک می‌کند و غروب برمی‌گردد. «خواهش می‌کنم مواظب مامان باشید، شما کار مهمی می‌کنید، شما عزیز پدر هستید و خواهش می‌کنم فراموش نکنید که نان و خواروبار بخرید. پول اینجاست». اغلب، همسایه‌ها، عمه‌ها و خاله‌ها، و دایی‌ها و عموها در تحسین کودک به پدر ملحق می‌شوند و در نتیجه، عوض شدن جای کودک با والدین[1] را انکار می‌کنند، خشونتِ بی‌توجهی هیجانی را انکار می‌کنند، کمک نشدن به کودک برای جدی گرفتن آرزوها، احساسات، و نیازهای خود را انکار می‌کنند، و کمک نشدن به کودک برای تنظیم سازندهٔ تکانه‌ها، احساسات، و اضطراب، را انکار می‌کنند.

در مورد بچه‌هایی که جرأت داشتند به مادر، عمه یا خاله، دایی یا عمو بگویند که پدرشان از آنها بهره‌کشی جنسی می‌کند، و در نتیجه تنبیه و مجبور می‌شوند به خاطر دروغ گفتن، از پدر عذرخواهی کنند چه فکر می‌کنید؟

در مورد کودکانی که در نتیجهٔ بی‌توجهی مزمن به کنج اتاقشان پناه می‌برند و به خاطر این نوع خودحمایتگری و به وجود نیاوردن هیچ‌گونه مشکلی برای والدین تشویق می‌شوند، چه فکر می‌کنید؟

اینها تنها چند نمونه از خشونت‌هایی هستند که خشونت در نظر گرفته نمی‌شوند. اعضای خانواده، همسایه‌ها، معلمان، و کارکنان مراقبت از سلامت روانی نیز اینها را خشونت در نظر نمی‌گیرند.

رویدادهایی که رویدادهای بالقوه تروماتیک در نظر گرفته می‌شوند در محدوده‌ای از یک رویداد واحد تا رویدادهای تکراری یا رویدادهای مستمر قرار می‌گیرند. همهٔ این رویدادهای بالقوه تروماتیک، خواه با ماهیت واحد، تکراری یا مستمر، درجه‌ای از درگیری بین فردی و تعامل با فرد بالقوه تروماديده را دربرمی‌گیرند. این درگیری بین فردی ممکن است از رویدادهایی که در آنها، در عمل، رابطهٔ شخصی با فرد

1. parentified