

درمان ترومای پیچیده

با رویکردی مرحله به مرحله و رابطه محور

مؤلف

کریستین آ. کورتوا

جولیان دی. فورد

جان بریر

ترجمه

دکتر صالحه عباسیان

دکتر عاطفه کمالو



فهرست

یادداشت مترجمان	۷
پیشگفتار	۹
مقدمه	۱۵
بخش ۱: بررسی اجمالی عوامل تروماتیک پیچیده و عواقب آن	۲۱
فصل ۱: ترومای پیچیده و واکنش‌های استرس تروماتیک	۲۳
فصل ۲: اختلالات و واکنش‌های ناشی از استرس تروماتیک پیچیده	۵۲
بخش ۲: درمان واکنش‌ها و اختلالات استرس تروماتیک پیچیده	۷۹
فصل ۳: آمادگی برای درمان ترومای پیچیده	۸۱
فصل ۴: اهداف درمانی و ارزیابی	۱۱۸
فصل ۵: مرحله ۱: امنیت، ثبات و مشارکت با معیار مهارت‌ها سنجیده می‌شود، نه زمان	۱۵۳
فصل ۶: مرحله ۲ و ۳: خاطره آسیب، پردازش هیجان و به‌کارگیری در حال و آینده	۱۷۸
فصل ۷: روان‌درمانی سیستمیک در طول مراحل: روش‌های گروهی، زوج و خانواده	۲۳۰
بخش ۳: ملاحظات پیشرفته درمان و مسائل رابطه‌ای	۲۷۷
فصل ۸: پیش به‌سوی شکاف: خلأها، غیبت‌ها و حوزه‌های ارتباطی پس از آسیب/تجزیه‌ای	۲۷۹
فصل ۹: جامه عمل پوشاندن: ارتباط درمانی	۳۲۰
فصل ۱۰: انتقال و انتقال متقابل در درمان ترومای پیچیده	۳۵۲
پی‌نوشت	۳۸۶
اختصارات	۳۸۹
منابع	۳۹۰
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۴۱۰
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۴۱۳
درباره نویسندگان	۴۱۶

یادداشت مترجمان

اگرچه سندرم اختلال پس از سانحه (PTSD) از ویرایش سوم DSM به عنوان یک اختلال مجزا تعریف شد، کمتر از سه دهه است که ترومای پیچیده و علائم اختلال پس از ترومای پیچیده مورد توجه فزاینده قرار گرفته است؛ تا جایی که Complex PTSD به عنوان اختلالی مستقل در ویرایش یازدهم ICD وارد شد و معیارهای اختلال استرس پس از تروما در نسخه پنجم DSM به صورتی تغییر یافت که تروماهای پیچیده را نیز در بر بگیرد. با وجود این هنوز بسیاری از متخصصین حوزه سلامت روان اطلاعات کافی در این زمینه ندارند و آموزش‌های مناسبی دریافت نمی‌کنند.

تروماهای پیچیده، تروماهای اغلب بین فردی مزمن و مکرری هستند که در اکثر موارد در طول دوره‌های رشد کودکی و نوجوانی رخ می‌دهند (اگرچه تروماهای تکرار شونده در دوران بزرگسالی نیز می‌توانند اثرات و علائم مشابهی ایجاد کنند)؛ شرایطی که فرد امکان مقابله با فرد مرتکب یا فرار از موقعیت را ندارد. بنابراین برای حفظ یکپارچگی روانی و محافظت فیزیکی از خود از مکانیسم‌های انطباقی یا دفاعی خاصی استفاده می‌کند. با توجه به رخداد تروما در زمان تکامل و نیز ازمان و تکرار آنها، این انطباق‌ها و دفاع‌ها اثرات عمیقی بر تکامل روانی طبیعی کودک می‌گذارند (از جمله در تنظیم هیجانات یا دیدگاه فرد نسبت به خود یا دیگران یا دنیا) و تداوم استفاده از آنها حتی در دوره‌های بعدی زندگی که شرایط تغییر کرده است، سبب ایجاد مشکل و ناکارآمدی در عملکردهای فردی و بین فردی می‌شود.

هم، فراوانی تروماهای بین فردی، به‌ویژه در جامعه ایران، که والدین آموزش به‌موقع و کافی در زمینه فرزند پروری دریافت نمی‌کنند یا خود از اثرات تروماهای گذشته‌شان در رنج هستند و درمان لازم را دریافت نکرده‌اند، و هم اثرات تکاملی عمیق و پایدار آنها باعث شده است تا تروماهای پیچیده و سندرم‌های مرتبط با آن جایگاه مهمی در حوزه سلامت روان پیدا کنند که توجه روزافزون متخصصان سلامت روان به این مبحث گواه این اهمیت است. این در حالی است که در جامعه ایران نه تنها ترومای پیچیده به بخشی از زندگی روزمره تبدیل شده است، بلکه از طرف نهادهای مراقبت سلامت روان و بسیاری از درمانگران نیز مورد توجه درمانی قرار نمی‌گیرد.

در فقدان منابع کافی و در خور برای درمان قربانیان تروما پیچیده، که پیچیدگی و ظرافت و سختی‌های به‌خصوصی را هم دارد، این کتاب چون کیمیایی در دست دغدغه‌مندان به‌حساب می‌آید. کتابی که روش درمانی مرحله مدار را بر اساس شواهد و نظریات علمی معتبر به درمانگران ارائه

می‌کند و درعین حال با نگاهی بسیار دقیق به رابطهٔ مراجع و درمانگر بر فراز و نشیب و خطرات این مسیر پر پیچ‌وخم نور می‌افکند و همزمان از هر دوی آنها محافظت می‌کند تا به سر منزل مقصود برسند.

امیدواریم که با ترجمهٔ این کتاب چراغی در راه درمانگرانِ اختلالات مرتبط با تروما افروخته باشیم و بتوانیم نقشی هر چند کوچک در ارتقای سلامت روان جامعه ایفا کنیم که جز این رسالتی برای خود متصور نیستیم.

پیش گفتار

در طول چند دهه گذشته، شاهد پیشرفت عظیمی در درک خود از تروما، اشکال متعدد آن، اثرات فوری و پایدار و نحوه درمان آن بوده‌ایم. این کتاب یک بازنمود عالی از این پیشرفت است و از نظر من، یک گام بیشتر به جلو خواهد بود.

مدت زیادی از این نمی‌گذرد که احتمال داشت کسانی که ادعای تروماهای بین فردی را داشتند باور نشوند، یا حداقل با سوءظن به آنها نگاه شود. به‌طور مشابه، ابراز پریشانی^۱ پس از تروما اغلب تحت عنوان ساختگی، یا اثرات چیزهای بسیار شوم‌تر دیگری منبع «واقعی» شکایات قربانی بودند، دیده می‌شدند، از جمله آسیب‌شناسی روانی پیش‌ادیپی، هیستری، اختلال شخصیت، روان‌پریشی یا یک ساختار روان‌شناختی یا عصب‌زیست‌شناختی^۲ که به‌راحتی در هم می‌شکند. در نتیجه، درمان‌هایی پیشنهاد شد که تلاش می‌کرد (۱) تعارض‌های ناخودآگاه و علائم هیستریک را که باور بر این بود که به‌صورت پریشانی پس از تروما ظاهر می‌شوند، کشف و حل کند. (۲) توانایی روانی افرادی که ضعف ذاتی فرض شده آنها باعث شده است که نسبت به رویدادها واکنش بیش‌ازحد نشان دهند، تقویت شود یا (۳) به مراجع پیاموزد که چگونه علائم را فروبنشانند، انکار کند، یا در غیر این صورت از آن اجتناب کند تا بتواند با چالش‌های زندگی سازگار شود.

اما به آرامی وقایع تاریخی این دیدگاه‌های اجتماعی و حرفه‌ای را تغییر دادند. یکی از مهمترین آنها جنگ ویتنام بود که جهان را با وحشت نبرد و تأثیرات آشکار آن بر بازماندگان مواجه کرد. این تأثیرات، به‌وضوح واقعی بود، چنان‌که بارها در تلویزیون‌های سراسر جهان دیده می‌شد و در بازگشت اقوام، همسران و دوستان دچار تروما نیز به‌صورت شخصی مشاهده می‌شد. مهم‌تر آنکه در آن زمان، کسانی را که تحت تأثیر قرار گرفتند نمی‌شد «فقط» به‌عنوان زنانی که از وقایع جنسی غیر قابل استناد شکایت می‌کنند یا افراد کم‌شماری که علائم روانی را برای منافع ثانویه جعل می‌کنند، نادیده گرفت. آنها سربازان و ملوانان خون‌سرخ بودند و تعداد زیادی از آنها وجود داشت: به‌طور تقریبی ۲۰٪ از سربازان ویتنام آمریکایی با اختلال پس از استرس تروماتیک (PTSD) به‌خانه بازگشتند (انجمن روانپزشکی آمریکا؛ ۱۹۸۰)؛ تشخیصی که به‌تازگی برای طبقه‌بندی سربازانی که از ترومای جنگی رنج می‌بردند ابداع شد.

با ابداع PTSD، فضای جدیدی معرفی شد که پیشنهاد می‌کرد ممکن است کسی به‌دلایلی غیر از

1. Distress

2. neurobiology

سبب‌شناسی قبلی، مانند عصب‌زیست‌شناسی ناهنجار یا بزرگ شدن توسط مادری که از نظر روانی آشفته است، مشکلات و علائم روان‌شناختی قابل توجهی داشته باشد. آشکارا، رویارویی با چیزهای بد در زندگی می‌توانست، به‌خودی‌خود پیامدهای روانی پایداری را ایجاد کند.

سال‌های پس از جنگ ویتنام به زمان رشد و شکوفایی حرفه‌ای تبدیل شد. اگرچه این تغییر آنی نبود، اما دنیای روان‌شناسی در حال تغییر بود: دانشجویان فارغ‌التحصیل در حال ایجاد سیل پایان‌نامه و رساله‌های تحقیقاتی در مورد تروما بودند، محققان مغز در حال یافتن بسترهای عصب‌زیست‌شناختی برای انواع مختلف شرایط و علائم تروما و پزشکان در حال توسعه مداخلات برای درمان اختلال پس از استرس تروماتیک بودند. شاید بی‌ربط هم نبود که اشکال جدیدی از تروما در حال آشکار شدن بود؛ موارد آزار جنسی روحانیون به‌طور مرتب در روزنامه‌ها منتشر شد و جنگ در عراق و افغانستان نسل جدیدی از مردان و زنان از نظر روان‌شناسی مجروح را به‌وجود آورد. تروما به‌عنوان یک مفهوم دیگر قابل اجتناب نبود و تأثیرات پس از استرس تروماتیک بر جامعه بسیار واضح‌تر شد.

آنچه همچنین طی سال‌ها مشخص شد این بود که الگوهای مبتنی بر PTSD نمی‌توانند طیف کاملی از پیامدهای روان‌شناسی را که در بسیاری از افراد مراجعه‌کننده برای درمان یافت می‌شد، توضیح دهند. از آنجا که بسیاری از این افراد در معرض کودک‌آزاری و غفلت اولیه و شدید و همچنین، در بسیاری از موارد تروماهای بعدی بزرگسالی قرار گرفته بودند، مشکلات آنها بسیار پیچیده بود و اغلب نه تنها شامل علائم PTSD، اضطراب و افسردگی می‌شد، بلکه شامل مشکلات مربوط به هویت، تنظیم عاطفه و روابط، سوء‌مصرف مواد، تجزیه، جسمانی‌سازی و رفتارهای خودجرحی نیز بود. این اثرات «ترومای پیچیده»، به‌نوبه خود پیامدهای قابل توجهی برای درمان داشت، زیرا به‌ندرت یک راهبرد مداخله واحد و فاصله درمانی کوتاه، برای رسیدگی به همه علائم تروما و مشکلات تجربه شده توسط بسیاری از مراجعان کافی بود.

و سرانجام به اینجا رسیدیم. در حال حاضر تعدادی از درمان‌های معتبر تجربی برای کسانی که دچار تروما شده‌اند، بسیاری از سازمان‌های حرفه‌ای اختصاصی تروما، کنفرانس‌های ارائه‌کننده تحقیقات پیشرفته تروما، و نهادهای دولتی بزرگی که بودجه تحقیقات تروما را تأمین می‌کنند وجود دارند. در حال حاضر، تروما و اثرات آن به‌طور فزاینده‌ای (اگرچه خیلی دور از سطح جهانی) در برنامه‌های آموزشی حرفه‌ای آموزش داده می‌شوند و زیرمجموعه‌ای از پزشکان به‌صورت رسمی در درمان کودکان و بزرگسالان دچار تروما تخصص دارند.

این کتاب نشان‌دهنده این پیشرفت جدید در آگاهی از تروما و مداخله آن است. با این حال و به‌شکلی کاملاً هیجان‌انگیز، کورتوا و فورد ما را به نقطه جدیدی نیز هدایت می‌کنند. همچنان که فن‌آوری درمان تروما رشد کرده است، و مداخلات تجربی و مبتنی بر آزمایشگاه، توسعه یافته‌اند یک

فرض قابل درک وجود دارد که چنین روش‌شناسی‌ای بیانگر پاسخ کلی به درد و ناتوانی ناشی از تروما است. این تا حدودی درست است. رویکرد دانشمند درمانگر و نظایر آن، مانند درمان شناختی-رفتاری (CBT)، بررسی نتیجه درمان و وفاداری به روش‌های درمانی دستورمند، منجر به پیشرفت‌های مثبت بسیاری در این زمینه شده است. آنها، در کنار سایرین، به ما الگوهای درمانی‌ای را مانند مواجهه طولانی‌مدت (فوا، ۲۰۱۱)، درمان پردازش شناختی (رزیک و اشنیکه، ۱۹۹۳)، رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳)، حساسیت‌زدایی حرکت چشم و پردازش مجدد (شاپیرو، ۱۹۹۵) و برای کودکان، درمان شناختی-رفتاری ترومامدار داده‌اند. این بسته‌های درمانی به هزاران فرد بی‌شماری کمک کرده است که در غیر این صورت بیشتر و بیشتر رنج می‌بردند.

با این حال، همانطور که در این کتاب اشاره شد، به‌وضوح موارد بیشتری مورد نیاز است. همچنان که حرفه ما پیشرفت می‌کند، از قضا در حال کشف مجدد مؤلفه‌های درمانی‌ای هستیم که برای اولین بار در زمینه‌های غیر علمی توسعه یافتند و گاهی اوقات توسط درمانگران تجربه‌مدار و محققان رد می‌شوند. این مؤلفه‌ها که اغلب به‌عنوان *روان‌پوشی*، مراجع محور یا اخیراً *رابطه‌ای* در نظر گرفته می‌شوند، بر اهمیت یک رابطه درمانی مثبت، روان‌درمانگر دلسوز، همدل و توجه به جزرومد جلسه درمان، از جمله هماهنگی و اتصال درمانگر-مراجع، انتقال و انتقال متقابل^۱، مذاکرات راجع به مرز و پاسخ سطح دلبستگی^۲ تأکید می‌کنند. علیرغم حدود «نامشخص‌تر»^۳شان، این عناصر بین فردی نشان‌دهنده برخی یافته‌های پی‌درپی حمایت‌شده در متون مربوط به پیامدهای درمان است. برای مثال، تحقیقات نشان می‌دهد که درمان در بستر یک رابطه مراقبت‌کننده و حمایتی به‌طور قابل توجهی موفقیت‌آمیزتر است، به‌ویژه زمانی که درمانگر ویژگی‌های همدلی، خودآگاهی، شفقت و توجه مثبت را نشان می‌دهد. علاوه بر این، به‌نظر می‌رسد درمانی که باورها، انتظارات و ادراکات شکل گرفته در اوایل زندگی را فعال می‌کند، از پردازش شناختی و هیجانی پدیده‌های بالینی مهم پشتیبانی می‌کند. چه *انتقال* نامیده شود و چه *طرحواره رابطه‌ای*^۳ فعال شده، این فرآیند را می‌توان به‌همان راحتی که به‌عنوان یک پدیده شناختی-رفتاری دیده می‌شود، به‌عنوان یک پدیده روان‌پوشی نگریست.

متأسفانه، استفاده از اصول و تکنیک‌های رابطه‌ای هنوز در درمان شناختی-رفتاری تروما رایج نیست و هماهنگی و همدلی درمانگر نیز همیشه زیاد حائز اهمیت نیست. به‌طور مشابه اگرچه درمانگران روان‌پوشی اغلب در طول درمان، مواجهه با محتوای گذشته را به‌عنوان تابعی از سطح پریشانی مراجع و ظرفیت‌های تنظیم عاطفه، ترقیق یا زمان‌بندی («مرحله‌بندی») می‌کنند بسیاری از رویکردهای مبتنی بر شواهد مدرن برای تروما، سنجش یا مرحله‌بندی را مهم نمی‌دانند. این مایه تأسف است، زیرا به‌نظر

1. Countr transference

2. attachment-level response

3. activated relational schema

می‌رسد تلاش‌های اخیر برای یکپارچه کردن این رویکردها و تکنیک‌ها در درمان تجربی تروما، در تحقیقات به‌خوبی-کنترل شده در مورد پیامد درمان کاملاً موفق بوده است؛ برای مثال به آموزش مهارت‌های تنظیم عاطفه و بین فردی (STAIR) کلویتر و همکاران (۲۰۱۰) و سایر مداخلات ذکر شده در این کتاب مراجعه کنید.

آنچه ما در این مرحله به آن نیاز داریم و آنچه کورتوا و فورد نشان داده‌اند، راهی است برای پر کردن شکاف بین CBT کلاسیک و روان‌درمانی رابطه‌ای؛ زیرا هیچ‌یک از طرفین این معادله احتمالاً به‌تنهایی، به‌طور بهینه مفید نیستند. رویکرد کلاسیک تجربه‌مدار اگرچه از بسیاری جهات مفید است، این خطر را دارد که کمتر به مشکلات، ظرفیت‌ها و نیازهای بین فردی/دلبستگی مراجع دچار پیامدهای پیچیده پس از تروما پاسخ دهد. بنابراین، ممکن است از برخی جهات (به‌عنوان مثال پردازش خاطرات واضح تروما، مداخله در تحریفات شناختی) کمک کند، اما به بقیه کمکی نمی‌کند (به‌عنوان مثال پردازش طرحواره‌های دلبستگی، توسعه مهارت‌های خودتنظیمی و تنظیم عاطفه). همین‌طور، رویکرد روان‌درمانی رابطه‌ای، به‌ویژه با ادغام نکردن دانش فعلی در مورد اهمیت مواجهه‌درمانی و مداخلات شناختی در درمان تروما، ممکن است ناکافی باشد.

از آنجا که این کتاب این کارها (تعدیل مداخلات رابطه‌ای با اصول مبتنی بر شواهد کلاسیک) را انجام می‌دهد، به‌عنوان نمونه‌ای عالی چیزی است که احتمال دارد مرحله بعدی در تکامل درمان تروما باشد. ما واقعیت را که در واقع، فراگیر بودن ترومای روانی در جامعه‌مان است معتبر دانسته‌ایم؛ در طراحی مدل‌های تشخیصی و نظری تأثیر تروما در حال بسیار بهتر شدن هستیم و تعدادی درمان را ابداع کرده‌ایم که ظاهراً نسبت به آنچه در ۲۰ یا ۳۰ سال پیش در دسترس بود، جهش‌هایی کوانتومی هستند. اکنون، همان‌طور که در این جلد مشخص است، در حال انجام کار سخت تلفیق و پالایش ثمرات تلفیق هستیم؛ ما در حال ایجاد درمان‌هایی برای بازماندگان هستیم که هر دو را به اختلال پس از استرس تروماتیک و عملکرد بین فردی تغییر یافته، به ظرفیت‌ها و همچنین جراحات‌ها مربوط می‌کند. در این فرایند و با این کتاب، درمان تروما یک گام دیگر به جلو حرکت می‌کند.

جان بریر، PHD

گروه روان‌پزشکی و علوم رفتاری

دانشکده پزشکی کیک

دانشگاه کالیفرنیا جنوبی

منابع

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- Briere, J. (2004). *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., et al. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167, 915–924.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: Guilford Press.
- Courtois, C. A., & Gold, S. N. (2009). The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 3–23.
- DePrince, A. P., & Newman, E. (2011). The art and science of trauma-focused training and education. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(3), 213–214.
- Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Adams, B. G., Koenen, K. C., & Marshall, R. (2006). The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science*, 313, 979–982.
- Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: Past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28, 1043–1047.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199–208.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 377–391.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357–361.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Masson, J. M. (1984). *The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (Eds.). (2004). *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.

مقدمه

بیش از دو دهه قبل، وندرهاوت، براون و وندرکولک (۱۹۸۹) و به دنبال آنها هرمان (۱۹۹۲) یک روان درمانی سه مرحله‌ای را برای مراجعانی که از اختلالات استرس تروماتیک پیچیده رنج می‌برند، مدلی که یک قرن پیش‌تر توسط روانشناس فرانسوی پیر ژانه (۱۸۸۹/۱۹۷) فرمول‌بندی شده بود، استاندارد شرح دادند. از زمان معرفی مجدد، مدل درمان مرحله‌بندی شده ژانه که برای تثبیت مراجع پیش از پرداختن دوباره و حل کردن تروما و اثرات آن طراحی شده است، به صورت گسترده برای درمان آسیب تکاملی پیچیده و اختلالات تجزیه‌ای مرتبط به کار رفته است. هم‌اکنون توافق بالینی و مبتنی بر شواهد برای این رویکرد و روش‌های آن در حال شکل‌گیری است (کلوتر و همکاران، ۲۰۱۱؛ کورتوا و فورد، ۲۰۰۹). در این کتاب ما بر پایه این کارهای قبلی عمل کردیم و اطلاعات علمی موجود و نوآوری‌های کار بالینی را به مدل درمان مبتنی بر مرحله اضافه کرده‌ایم. به علاوه، ما چالش‌ها و نکات ظریف درمان ترومای پیچیده را که نیازمند به‌کارگیری خلاقانه و حساس مفاهیم و روش‌هایی است که باید با نیازهای هر مراجع منطبق شوند، مد نظر قرار داده‌ایم.

اگرچه مدل مرحله‌بندی (فازی) مشروح در اینجا روی کاغذ خطی به نظر می‌رسد، در عمل امری پویاست و با یک روش قدم‌رو پیش نمی‌رود و تکالیف و تکنیک‌های هر مرحله بر اساس چند عامل، ابتدا وضعیت بالینی مراجع، ظرفیت تنظیم هیجانی، انگیزه و پاسخ به درمان سازمان‌دهی می‌شود. نقاط قوت و تاب‌آوری مراجع ارزیابی می‌شود و درست از همان ابتدا مبنا قرار می‌گیرد، باین حال می‌توان انتظار داشت که بسیاری از مراجعان مشکلاتی در یادگیری و به‌کارگیری مهارت‌های جدید داشته باشند. در نتیجه برنامه‌ریزی برای عود در این مدل گنجانده شده و عقب‌نشینی شکست تلقی نمی‌شود بلکه نشانه نیاز به انجام مجدد تکالیف درمانی و یادگیری مجدد یا صیقل دادن مهارت‌های تازه کسب شده است. از این دیدگاه، مدل مرحله‌ای می‌تواند به عنوان یک ماریپچ رو به بالای تکالیف که به صورت پیش‌رونده کامل می‌شود مفهوم‌سازی شود. این مدل به صورت هم‌زمان، یک الگوی بازگشتی نیز دارد که مراجعان در طول هر سه مرحله درمان به صورت معمول به تکالیف یادگیری قبلی بازمی‌گردند و تکالیف مختلفی را که آموخته‌اند و به چالش کشیده‌اند دوباره می‌بینند، کار می‌کنند و در یک مسیر همواره پیش‌رونده، مستحکم می‌سازند. ماریپچ بالارونده سلسله مراتبی است که بر اساس مهارت‌های تقویت شده و جدید تنظیم هیجانی و ثبات بیشتر زندگی و پایه امن رابطه درمانی ساخته شده است. در عوض اینها می‌توانند منجر به تقویت عزت نفس، روابط بهتر و ارتقای کلی

زندگی شوند. اغلب در ابتدا پیشرفت «دو قدم به جلو، یک قدم به عقب» است؛ در نتیجه گام‌های روبه‌جلو بیشتر از گام‌های رو به عقب هستند و مراجع به تدریج تسلط پیدا می‌کند و به اهداف درمانی دست می‌یابد.

دو بخش اول کتاب اشکال پیچیده ترومای روانی و علائم و اختلالات همراه استرس تروماتیک پیچیده را توصیف می‌کند. ما اهمیت استفاده از یک تشخیص جامع مانند اختلال استرس پس از ترومای پیچیده/ اختلالات استرس شدید که به صورت دیگری مشخص نشده‌اند (DENOS) یا اختلال استرس تکاملی (DTD) را به منظور پرداختن کامل به طیف «اختلالات استرس تروماتیک پیچیده» پررنگ کرده‌ایم. سپس دو بخش را به آمادگی‌های عملی لازم برای کار با شرایط پس از آسیب پیچیده اختصاص داده‌ایم: شامل ابزارها و سیاست‌های عملی برای مدیریت منطقی خطر، برقراری اتحاد درمانی قوی، پیشگیری و مدیریت بحران و ارزیابی ابتدایی. در فصل ۵ مدل سه مرحله‌ای درمان را معرفی می‌کنیم و درباره تأکیدات مرحله ۱: امنیت، آموزش و مشارکت مراجع و مهارت‌سازی به بحث می‌پردازیم. فصل ۶ با بحث عمیقی درباره نکات ظریف مرحله ۲ (پردازش تروما در کار با مراجعانی که مبتلا به اختلال پس از استرس تروماتیک پیچیده هستند) ادامه می‌یابد و با شرح مداخلات مرحله ۳ که به مراجع در به‌کارگیری دستاوردهای درمان در زندگی روزمره کمک می‌کند، به پایان می‌رسد. فصل ۷ استفاده از سه شیوه درمانی سیستمیک را معرفی می‌کند: گروه، زوج و خانواده‌درمانی. فصل ۸ مسائل پیشرفته مرتبط با درمان بدتنظیمی عاطفی شدید و تجزیه و تظاهرات فراوان هویتی، جسمی، رفتاری و رابطه‌ای آنها را مد نظر قرار می‌دهد. فصل ۹ درمانگران را به چالش می‌کشد تا صادقانه به تنظیم هیجان خودشان و مدیریت مرزها و محدودیت‌های حرفه‌ای توجه کنند تا از نظر درمانی در دسترس باشند اما «نه خیلی نزدیک و نه خیلی دور». کتاب با در نظر گرفتن برخی از پیچیدگی‌های انتقال و انتقال متقابل که درمانگران مراجعان دارای تاریخچه تروما با آنها مواجه هستند، پایان می‌یابد. ما برای خوانندگان علاقه‌مند به اکتشاف عمیق‌تر اختلال پس از استرس تروماتیک پیچیده و درمان آن، سؤالات خودتأملی را به همراه هر فصل و نیز فهرستی از منابع اضافه‌تر برای متخصصین، مراجعان و دانشجویان فراهم کرده‌ایم. این منابع به شکل قابل بارگیری در وبسایت www.guilford.com/p/courtois موجود هستند.

شش نکته کلیدی

در ادامه شش نکته کلیدی را برای به‌خاطر سپردن توسط درمانگران ترومای پیچیده ذکر می‌کنیم. اول، متأسفانه حتی امروز آموزش اکثر درمانگران شامل توجه به تروما و پاسخ‌های پس از تروما نیست، علیرغم این واقعیت که افراد دچار تروما درصد بالایی از مراجعان بالینی را تشکیل می‌دهند. کم

پیش نمی‌آید که این شرایط منجر به عدم مطابقت با نیازهای این مراجعان و عدم دسترسی به درمان مختص تروما و حل تروما شود که در بهترین حالت سبب پیشرفت کم و کوتاه‌مدت و در بدترین حالت سبب عواقب فجیع مثل رکود مداوم پس از تروما، تنزل و مرگ می‌شود. برای کار با مراجعان دچار تروما اطلاعات، آموزش و مهارت‌های تخصصی لازم است، چه این تروما کوتاه‌مدت و محدود بوده یا گسترده و پیچیده مانند چیزی که در این مجلد شرح داده شده است. ممکن است در طول درمان مسائل خاصی هم برای مراجع و هم درمانگر پیش بیاید؛ ما به آنها اشاره می‌کنیم و در موردشان بحث می‌کنیم تا خواننده انتظارشان را داشته باشد. حتی درمانگران بسیار مجرب نیز ممکن است در «تله‌های درمانی» مختلف، بن‌بست‌ها و بازآفرینی‌های تروماتیکی بیفتند که به صورت معمول در درمان این جمعیت رخ می‌دهند (چو، ۱۹۸۸، ۲۰۱۱). این درمانگران علیرغم تجربه‌شان ممکن است احساس کنند انگار مهارت‌های درمانی کمی دارند و نمی‌توانند هیچ کمکی بکنند. به این دلیل و دلایل دیگر، مشاوره و نظارت مختص تروما و سایر اشکال حمایت شخصی و حرفه‌ای لازم است. به‌خصوص در مورد درمانگران تازه‌کار یا کسانی که به‌تازگی با این جمعیت کار می‌کنند، اگرچه دربارهٔ درمانگران باتجربه نیز صادق است.

دوم، ما یک درمان مبتنی بر ارتباط را برای مراجعان دچار پریشانی‌های بین فردی بیان کرده‌ایم که اغلب سنگری از انطباق‌ها و خودانگاره‌های پس از تروما دارند؛ کسانی که روابطشان با مراقبان (یا افراد مسئول دیگر) به واسطهٔ سوءاستفاده، غفلت و سایر اشکال دل‌بستگی نایمن آسیب‌پذیر شده است. درمان موفق بر مبنای یک رابطهٔ ارزشمند و امن بین درمانگر و مراجع پیش‌بینی می‌شود که هم‌زمان به‌عنوان تسهیل‌گری برای مسائل رابطه‌ای حل‌نشده‌ای که پیش می‌آیند، عمل می‌کند. درمانی که التقاطی، چند فرضیه‌ای، یکپارچه و مبتنی بر شواهد و توافق در نظر گرفته می‌شود. این درمان شامل انواعی از تکنیک‌ها و تکالیفی است که به‌صورت سلسله‌مراتبی در یک توالی درمانی ارائه می‌شوند. در ابتدا بر امنیت و تثبیت شخصی و زندگی و بعدتر بر پردازش و حل تروما متمرکز است. هدف کلی، تخفیف علائم پس از تروما و سایر علائم طاقت‌فرسا است که وقتی حاصل شود، منجر به یک آیندهٔ سالم‌تر و رضایت‌بخش‌تر می‌شود.

سوم، مدل متوالی سه مرحله‌ای در تئوری زیبا و به‌صرفه است، اما در عمل این‌طور نیست. مراحل به‌صورت چشمگیری منطقی هستند، در یک توالی منطقی از یک‌پایه (پیش‌درمان و مرحلهٔ ۱) به سمت زدودن ویرانه‌های ترومای گذشته (مرحلهٔ ۲) و ساختن یک زندگی جدید یا بازسازی گسترده‌ای که زندگی مختل و خطرناک قبلی را دارای ارزش زیستن می‌کند، پیش می‌روند. درواقع در برخی موارد روان‌درمانی اختلال استرس پس از ترومای پیچیده به شکل دقیق در این توالی پیش می‌رود، زمانی که مراجع مواجههٔ محدودی با تروما داشته و سبک دل‌بستگی امن یا «امن کسب‌شده» و تعدادی منابع

شخصی دارد. متأسفانه، این توصیف یک مراجع معمول ترومای پیچیده نیست. اگرچه سه مرحله ساده به نظر می‌رسند، ممکن است با پیشرفت درمان به خاطر بحران‌های جدی، بن‌بست‌های آشکار، عودها، مشکلات رابطه‌ای و سوء تفاهم و سوء برداشت‌ها، تفاوت‌ها و پیچیدگی‌های بی‌شماری وجود داشته باشد. حتی وقتی درمان به آرامی پیش می‌رود، سه مرحله به صورت واضح تقسیم شده نیستند و همپوشانی دارند و ممکن است نیاز باشد تکالیف درمان بارها تکرار شوند تا هیجانات، باورها و شناخت‌ها به اندازه کافی پردازش و یکپارچه شوند. همان‌طور که اغلب ذکر می‌شود، در عمل طور دیگری پیش می‌رود: مسیر واقعی درمان به ندرت توالی ایدئال را طی می‌کند؛ بنابراین اغلب باید نقشه، فرضیات و تکنیک‌هایی که درمانگر بر اساس راهنما به آنها تکیه می‌کند جهت بازتاب دقیق ریزه‌کاری‌های روان و زندگی مراجع و نیز خود فرآیند درمان، تعدیل شود.

چهارم، برنامه‌ریزی ارزیابی و درمان پیش از درمان انجام می‌شود و چارچوب کار را تعیین می‌کند. از تماس بالقوه ابتدایی مراجع آغاز می‌شود و در طول فرآیند ورود به درمان، درمانگر به صورت گسترده درباره فرد سؤال می‌پرسد و بررسی می‌کند. سؤالاتی در مورد ترومای گذشته و زمان حال در این فرآیند جا گرفته و درمانگر درک می‌کند که ممکن است افشاگری بلافاصله رخ ندهد، حتی اگر مراجع تاریخچه تروما داشته باشد. هرکجا که افشاگری اتفاق افتاد، درمانگر باید درباره جزئیات تروما بیشتر بداند و ممکن است لازم باشد با ابزارهای تخصصی ترومای روانی ارزیابی عمیق‌تری انجام شود. ممکن است ارزیابی در طول دوره درمان و به منظور بررسی پیشرفت و نتایج و در صورت لزوم برای اختصاصی کردن یا هدایت مجدد درمان تکرار شود. غیرمعمول نیست که حین درمان برای حل یک مشکل، مشکلات دیگری پیش بیاید.

پنجم، به طور معمول مرحله ۱ طولانی‌ترین مرحله است، «بر اساس تسلط بر مهارت‌ها سنجیده می‌شود، نه زمان» (تورکوس، ارتباط شخصی، ۲۰۰۲). این مرحله شامل کمک به مراجع برای کسب (یا تقویت) امنیت شخصی و مهارت‌های روان‌شناختی و زندگی و ایجاد تغییر در نگرش، عواطف و رفتار است که فعالیت‌ها و دستاوردهای بعدی درمان را تقویت می‌کند. پیشرفت تدریجی و سیستماتیک با تکیه بر این پایه (و به‌ویژه تشویق مراجعی که به شکل قابل درکی می‌خواهد که «همه این‌ها بروند» یا «گذشته تمام شود») برای گام برداشتن و انجام کاری که در نهایت اینها را قابل تحمل کند، در زمان و تلاش بعدی صرفه‌جویی می‌کند. اغلب این مراجعان در شروع درمان در حالت‌های متناوب بیش‌برانگیختگی (مانند هراس و خشم) و کم‌برانگیختگی (مانند تجزیه، اجتناب، یا شرم فلج‌کننده) پس از تروما گیر می‌افتند. آنها به یک پایه محکم امنیت شخصی و منابع و مهارت‌های تنظیم هیجانی نیاز دارند تا بدون پسرفت‌ها و بحران‌های قابل اجتناب در درمان درگیر شوند.

ششم و در نهایت، اگرچه مرحله ۱ به صورت اختصاصی بر پردازش و حل تروما تمرکز ندارد،

بیشتر کار این مرحله مستقیم یا غیر مستقیم به پیش‌درآمدهای تروما و واکنش‌های پس از تروما و شرح و تفصیل ثانویه (در فصل ۱ بیشتر توصیف شده است) مربوط است. در مرحله ۱، به مسائل مرتبط با تروما به صورت برجسته از دیدگاه آموزشی/شناختی پرداخته می‌شود. مراجع درباره تروما و پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت آن و سازگاری‌های تکاملی می‌آموزد. امنیت مداوم مراجع، طول مدت و شدت علائم، مهارت‌ها و ثبات عملکردی و مشارکت در پردازش خود-تأملی تجربیات مرتبط فعلی، پایه‌ای برای تعیین این می‌شود که آیا کار مستقیم‌تری با تروما (مرحله ۲) لازم است یا نه. به چند دلیل پردازش مستقیم تروما برای برخی از مراجعان ممنوع است که در بخش ۵ و ۶ مورد بحث قرار گرفته است. در عین حال گاهی اوقات برای برخی دیگر پردازش تروما در مرحله ۱ و «خارج از دستور کار» صورت می‌گیرد. پردازش زودهنگام شامل مواردی است که مراجع به علت تجربه مجدد و بازآفرینی تروما در حدی که منجر به خطر دائمی شده است، قادر نیست به ثبات برسد و به اندکی امنیت دست یابد. اگر بعد از کار مرحله ۱ زندگی کلی مراجع بهبود پیدا کرده ولی هنوز علائم دردسرساز هستند، درمان به مرحله ۲ می‌رود و دوباره روی پردازش هیجانی تروما کار می‌شود.

اغلب، فرآیند پردازش خاطرات تروما، بد فهمیده شده و تجدید حیات یا برون‌ریزی پالایشی^۱ یادآورها و احساسات وقایع تروماتیک گذشته تلقی می‌شود. این دیدگاه اجزای حیاتی «پردازش» را از قلم می‌اندازد. مرحله ۲ چیزی بیش از یادآوری یا بازگویی ساده تروما یا «تخلیه» پالایشی درد تجربیات و خاطرات آنها است. پردازش درمانی به شکل عامدانه بر بسیاری از احساسات، افکار و باورهایی که پیش از این غیر قابل شناسایی، ناخودآگاه و غیر یکپارچه بوده‌اند تمرکز می‌کند تا مراجع بتواند توانایی تنظیم هیجانات و تفکر شفاف‌تر را به دست بیاورد (یا دوباره به دست بیاورد). این مرحله بر افزایش تحمل هیجانی تمرکز دارد که در عوض پردازش هیجانی را تا حد حل شدن علائم طاقت فرسا تقویت کند. ممکن است لازم باشد مراجع به جلو و عقب و بین مرحله ۱ و ۲ حرکت کند، به خصوص در مواقع بحران و/یا وقتی که به تجدید نیرو یا به کارگیری مهارت‌ها یا فرمول‌بندی مجدد اجزای برنامه امنیت نیاز داشته باشد.

خلاصه اینکه، هدف این کتاب فراهم کردن اطلاعات و راهنمای عملی برای درمانگران جهت درمان اختلالات استرس تروماتیک پیچیده است. درمان بر پایه دیدن ترومای گذشته و فعلی به عنوان منبع اولیه درد و پریشانی و آموزش به مراجعان درباره واکنش‌های پس از تروما که بدل به علائم و سایر انطباق‌هایی شده‌اند که به حوزه‌های زیادی از زندگی گسترش یافته و سبب اختلالات و موانعی در زندگی و تکامل شده‌اند (همچنین چالش‌ها و منابع و مهارت‌های خاص) استوار است. از آنجاکه زندگی بازماندگان وسعتی بیش از تروما دارد و بسیاری از حوزه‌های شخصی و بین فردی را دربرمی

گیرد، درمان برای توجه به سایر مسائل زندگی و «نه فقط تروما» طراحی شده است (گولد، ۲۰۰۰). قربانیان و بازماندگان به عنوان افرادی که علیرغم ترومایی که برایشان رخ داده تاب آور، توانمند و پرمایه هستند دیده می شوند؛ در طول دوره کامل درمان نقاط قوت آنها شناسایی و ساخته می شود. احتمال دارد که درمان پیچیده شود و درجهایی مراجع و درمانگر را ناامید کند ولی کماکان وقتی نقشه راه و جهت گیری های مشخص وجود دارد، تغییر امکان پذیر و حتی محتمل است. تکلیف، سنگین است اما پاداش ها نیز بزرگ اند؛ همان طور که بسیاری از درمانگران و مراجعان گواهی می دهند.

بخش ۱

بررسی اجمالی عوامل تروماتیک پیچیده و عواقب آن

فصل ۱

ترومای پیچیده و واکنش‌های استرس تروماتیک

افراد دارای تاریخچه ترومای پیچیده، چالش‌ها و شرایط دشواری را پیش روی درمانگر و سایر کادر درمان قرار می‌دهند. اغلب اوقات ترومایی که اولین بار تجربه کرده‌اند به اولین روزهای کودکی برمی‌گردد و ممکن است از آن زمان به بعد مشکلاتی که در زندگی کنونی تجربه می‌کنند کم‌وبیش مداوم بوده باشد، به صورت دوره‌ای ظاهر شده و سپس فروکش کرده باشد، یا احساسات و تجربیات برانگیزاننده بیشتر اوقات وجود نداشته‌اند اما با تأخیر یا در پاسخ به حوادث، ایجاد شوند. این مراجعان به صورت معمول با انواع متعددی از تروماهای بین فردی کنار آمده‌اند، از جمله سوءاستفاده، نادیده گرفته شدن، بی‌وفایی و خیانت، استثمار، طرد شدن، رهاشدگی و انزجار که توسط دیگران رخ داده است. وقتی مراقبان اولیه (همچون والدین، سایر بستگان، کادر مراقبان سلامت، کادر مراقبان کودک یا دیگری که در جایگاه قدرت هستند) همان کسانی بوده‌اند که این‌گونه با کودک بدرفتاری کرده‌اند، این انتظار همگانی که کودک باید بتواند روی مراقبش به عنوان افرادی قابل اعتماد، پرورش‌دهنده و مراقبت‌کننده حساب کند، تخریب می‌شود. چنین خیانت‌هایی (فرید، ۱۹۹۴) تکامل سالم کودک را تضعیف می‌کند و او را به سمت باورهای به شدت منفی درباره خودش و دیگران و الگوهای متناظر رفتاری‌ای سوق می‌دهد که بر اساس مواجهه با زندگی‌ای که در آن اولویت اصلی زنده ماندن در برابر تهدیدات طاقت‌فرسا بدون کمک و حمایت است، بنا شده‌اند. وقتی زندگی از روزهای اول نوزادی و کودکی آزمونی برای بقاست، کودک با پیش‌بینی و آماده شدن برای بدترین چیزها مقابله می‌کند. بنابراین، وقتی باورها و الگوهای رفتاری مبتنی بر بقا برای مدت طولانی پایدار بمانند، تبدیل به نشانه بیماری می‌شوند، حتی اگر دیگر شرایط موجود به این الگوها و باورها نیاز نداشته باشد.

افراد دارای تاریخچه ترومای پیچیده اغلب در حالت زیستی و روان‌شناختی بقا باقی می‌مانند (استرمن و چمتوب، ۱۹۹۹)، حتی وقتی دیگر مدتی است در معرض همان خطرات نیستند. کاملاً طبیعی است چیزی که در ابتدا «واکنش‌ها و سازگاری‌های طبیعی در برابر شرایط و تجربیات ترومای

تکرارشونده و غیر طبیعی» بوده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰، صفحه ۲۳۸) در طولانی مدت تبدیل به مشکلات می شود چون روش های دفاعی بقا با زندگی کم خطرتر و کم استرس تر ناسازگار هستند. تابه حال پژوهش نشان داده است که افراد با تاریخچه ترومای پیچیده باید در تمام طول زندگی از نظر ترومای مجدد تحت نظر باشند. (داک- ورت و فولت، ۲۰۱۱؛ ویدام، زاجا و دوتن، ۲۰۰۸). زمانی که قربانی شدن فرد بی وقفه و به صورت مکرر ادامه می یابد، واکنش های بقا ریشه دار می شوند و تأثیرشان بر تکامل فیزیولوژیک و شخصیتی فرد حک می شود. این نوع دوام آوردن در ادامه، احساس خویشتن^۱ و توانایی او در خودتنظیمی و صمیمیت با دیگران را تعیین می کند. سپس این واکنش ها فرد را به سمت افزایش دفاع های روانی و مکانیسم های مقابله ای یا آنچه به عنوان عوارض ثانویه^۲ مشکلات ابتدایی درمان نشده شناخته می شوند (جلیناس، ۱۹۸۳)، سوق می دهد که شامل مشکلاتی همچون اعتیاد، خودزنی، خودکشی هستند که ممکن است به شکل متناقضی در ابتدا برای خودتسکینی استفاده شده باشند.

بسیاری از بازماندگان ترومای رابطه ای و سایر اشکال تروما در سال های اولیه زندگی، دچار مشکلات عمیقی هستند و اغلب با احساسات خشم، سوگواری، نفرت، بی اعتمادی، پریشانی، عزت نفس کم، تنهایی، شرم، نفرت از خود دست به گریبان هستند. آنها زندانی هیجانات منفی خود به نظر می رسند و به صورت متناوب در هیجانات شدید و رنج های فیزیولوژیک خود غرق می شوند که مربوط به تروما یا پیامدهای آن و جدا شدن از دیگران است و به هیچ عنوان قادر نیستند هیجانانشان را ابراز یا احساس کنند؛ نوسان هایی که نشانه ای از الگوی پس از تروما هستند. اینها همراه با سایر واکنش ها و علائم معمول (از جمله افسردگی، اضطراب، عزت نفس پایین) و تظاهرات ثانویه شان اتفاق می افتند. کسانی که تاریخچه ترومای پیچیده دارند اغلب دچار مشکلات گسستگی هویت هستند، احساس بیگانگی می کنند، انگار از سایر مردم متفاوت هستند و احساس می کنند حتی اگر تلاش کنند نمی توانند با دیگران کنار بیایند، با کسی هماهنگ شوند یا به کسی نزدیک شوند. علاوه بر این، اغلب احساس ناپاکی شخصی دارند و حس می کنند کسی نمی تواند آنها را درک کند و یا به ایشان کمک کند. متأسفانه و به صورت مکرر، هم خودشان و هم دیگران (از جمله کادر درمان که برای کمک گرفتن به آنها مراجعه می کنند) درکشان نمی کنند، توانمندی هایشان را بی ارزش می کنند یا به روش تطابقی ای که برای بقا به کار برده اند با عینک آسیب شناسی نگاه می کنند (به عنوان مثال آنها را «متوقع»، «بیش از حد وابسته و نیازمند»، «پرخاشگر» و یا دارای اختلال شخصیت مرزی می بینند).

باوجود اینها، خیلی از افراد دارای این تاریخچه ها ظرفیت قابل توجهی در تاب آوری، اخلاق مداری، همدلی با دیگران، معنویت، و استقامت نشان می دهند و این تحسین برانگیز است که

1. Sense of self

2. Secondary Elaboration

فردی تحت آن شرایط چنین ظرفیت قابل توجهی را برای بقا می‌سازد. روش‌های بقا در سه دسته گسترده، که همپوشانی گسترده‌ای باهم دارند، طبقه‌بندی می‌شوند:

۱. کسانی که به‌طور موفقیت‌آمیزی بر گذشته غلبه کرده‌اند و سالم زندگی می‌کنند و رضایتمندی دارند. اغلب، افراد این گروه تجربیات ترمیم‌کننده‌ای در روابطشان داشته‌اند که به آنها کمک کرده به‌طور موفقیت‌آمیزی با شرایط کنار بیایند.
۲. کسانی که زندگی‌شان به خاطر واکنش‌های مکرر پس از تروما منقطع می‌شود (اغلب در پاسخ به وقایع و تجربیات زندگی) که به‌صورت دوره‌ای آنها و عملکردشان را در دوره‌های زمانی مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد.
۳. کسانی که زندگی‌شان به شکل مداوم و کلی مختل شده و به دلیل وضعیت سلامت پزشکی و روانی (فلیتی، آندا، نورنبرگ، ویلیامسون، پیترز و همکاران، ۱۹۹۸) حتی تا سر حد مرگ در وضعیت زوال پس از تروما به سر می‌برند یا قربانی خودکشی یا به علت خشونت اجتماعی قربانی قتل می‌شوند.

در حال حاضر برای این سه طبقه درصدی در دست نداریم ولی روشن است برای خیلی از آنها (اگر نگوئیم اکثریت بازماندگان ترومای پیچیده) زندگی به‌صورت دوره‌ای یا مداوم تحت تأثیر قرار می‌گیرد و خیلی از آنها در جست‌وجوی رها شدن از نشانه‌های بیمارگونه به کمک کادر درمان هستند.

چه چیزی می‌تواند به کادر درمانی کمک کند که بتوانند به این افراد که (بعدازاین به‌عنوان «بازماندگان ترومای پیچیده» یا «مراجع نجات‌یافته» شناخته می‌شوند) یاری برسانند تا بر نشانه‌های اضطراب ترومای پیچیده که پیش‌تر به آنها کمک می‌کرد تا دوام بیاورند غلبه کرده و این نشانه‌ها را به منابع توانایی‌شان برای تاب‌آوری تبدیل کند؟ این سؤالی است که در این کتاب جواب می‌دهیم و به‌طور کامل قبول می‌کنیم که به‌دلیل پیچیدگی چالش‌ها و محدودیت‌های تحقیقات مستند در مورد بازماندگان ترومای پیچیده هر جوابی که می‌دهیم کامل نخواهد بود. ما اعتقاد داریم علی‌رغم پیچیدگی و چالش‌هایی که در درمان وجود دارد و با وجود خیلی از این زخم‌ها، فرد با انگیزه می‌تواند با کمک حرفه‌ای مناسب و شناخته‌شده ظرفیتش را و رای نقطه اولیه بقا و برای زندگی رضایت‌بخش رشد دهد.

ما با توضیح دو مورد (هر دو فرد تخیلی هستند) شروع می‌کنیم که خیلی از چالش‌ها و معضلاتی را که بازماندگان ترومای پیچیده و کادر درمانی که درصدد کمک به این افراد هستند، با آنها مواجه می‌شوند بیان می‌کند. نقطه شروع برای بهبودی از ترومای پیچیده این است که بفهمیم چطور تجربیات حیاتی فرد (نه فقط تجربیات مربوط به تروما) به‌صورت منحصر به فردی درک او از زندگی و خودش را شکل داده است.

دوریس هارلی

دوریس هارلی، زن سفیدپوست ۴۰ ساله، روان‌درمانی را شروع کرد چون شوهرش با وی اتمام حجت کرده بود: «اگر درمانگری پیدا نکنی که باعث شود تو پایی شدن و دیوانه کردن من را متوقف کنی، من ترک می‌کنم». دوریس مدت‌ها نتوانسته بود به هیچ‌کسی که به او نزدیک بود اعتماد کند و هنوز وحشت داشت که رها شود. او بین وابستگی شدید به همسرش، دنبال کردنش برای صمیمیت فیزیکی و هیجانی، و فاصله گرفتن از او و پس زدنش نوسان داشت. سردرگمی و ناکامی همسرش که ناشی از نوسانات رفتاری دوریس بود باعث دور شدن او شد و باور دوریس مبنی بر اینکه او هرگز کسی که مورد اعتماد است را پیدا نمی‌کند و ترس بیان‌نشده او از دوست‌داشتنی نبودن تأیید شد. این الگو فقط به ازدواج او محدود نشده بود. دوریس تاریخچه‌ای داشت از اینکه اول اعضای خانواده و آشنایان را به شکل کارزماتیک مورد توجه قرار می‌داد و سپس آنها را طرد می‌کرد. اغلب اوقات هرکسی که سعی کرده بود او را بشناسد، وقتی از درخواست‌ها (تا حد زیادی ناگفته) و «محک‌ها» و خشم او خسته می‌شد، از او فرار می‌کرد. با گذشت زمان، دوریس به‌طور فزاینده‌ای ناامید، خشمگین و مستأصل شد.

تجربیات اولیه دوریس شامل ره‌اشدگی‌های متعدد از جانب والدینش بود. از سن کم، مادرش به دلیل اسکیزوفرنی به‌صورت مکرر در بیمارستان بستری و مرخص می‌شد. طی این دوره‌ها دوریس و خواهر و برادرهایش به‌صورت تکی یا دونفری به خانه اقوامی که به درجات مختلفی پذیرا و از نظر عاطفی در دسترس بودند فرستاده می‌شدند. وقتی هم که مادر خانه بود کاملاً نامتعادل بود و داروهای زیادی مصرف می‌کرد و در نتیجه، هم از نظر وضعیت روانی و هم رفتارهای مادرانه ناپایدار بود. پدرش گاهی مواظبشان بود، ولی او از بیماری همسرش و غیبت طولانی او به‌عنوان فرصتی برای توجیه سوءاستفاده جنسی از دختران و سوءاستفاده جسمی از پسران استفاده می‌کرد. دوریس اغلب شاهد رخدادهای رفتار سوءاستفاده‌گرانه پدرش بود و زمانی که او الکل مصرف می‌کرد دوریس سعی می‌کرد با «اجازه دادن» به پدرش برای تعرض به او به‌جای خواهر و برادرهایش از آنها محافظت کند. گاهی پدرش عاشقانه از او مراقبت می‌کرد و به او توجه نشان می‌داد و دوریس زن محرم اسرار خاص پدرش بود. با این حال دوریس را سرزنش می‌کرد که باعث تمام مشکلات مادرش است و به او می‌گفت که دوریس هرگز نتوانسته است به اندازه کافی «گناه»‌هایش را جبران کند. وقتی دوریس یازده ساله شد، احساس عمیق نفرت نسبت به خود و حس گناه داشت که به تعهد خود عمل نکرده و از مادر و خواهر و برادرهایش خوب مراقبت نکرده است. او کسی را (جز پدر گهگاه مراقبت‌کننده و درعین حال سوءاستفاده‌گرش) نداشت که او را پرورش دهد، تشویق کند و از او مراقبت کند. دوریس به این باور رسیده بود که او هر رابطه‌ای را تخریب می‌کند و به کسانی که برایش اهمیت دارند