

# درمان هیجان‌مدار ترومای پیچیده رویکردی یکپارچه

ویراست دوم

تألیف

دکتر ساندرا سی. پایویو  
دکتر آنتونیو پاسکال لئون

ترجمه

دکتر الهام اروجنی



این کتاب نگاه جدیدی به درمان تروما دارد. واقعیت را همان‌طور که هست بیان می‌کند و نشان می‌دهد مدل درمان تفکیکی که تعیین می‌کند برای هر اختلال چه درمانی مناسب است، دوران خود را سپری کرده است. نویسندگان این کتاب، رویکرد درمانی فرایندمحوری را پیشنهاد داده‌اند که ما را به‌سوی الگویی نوین، فراتشخیصی و فرانظریه‌ای هدایت می‌کند؛ الگویی نویدبخش که بر فرایندهای تغییر مبتنی بر شواهد متمرکز است و با نیازهای فردی درمانجویان تناسب دارد. این مسیری است که روان‌درمانی در حال حرکت به‌سوی آن است. دستاوردی ارزشمند که مطالعه آن برای هر متخصصی در این حوزه ضروری است.

— **دکتر لزی گرینبورگ**، استاد روان‌شناسی و محقق برجسته و بازنشسته دانشگاه یورک واقع در اونتاریو کانادا و نویسنده کتاب‌های *الگوهای تغییر و تغییر هیجان با هیجان*.

ساندرا سی. پایویو و آنتونیو پاسکوال لئونه، ویرایش دوم مدل درمانی یکپارچه خود، یعنی درمان هیجان‌مدار ترومای پیچیده را به‌شیوه‌ای قابل‌فهم و بسیار ارزشمند به نگارش درآورده‌اند. این مدل خلاقانه به‌ویژه از آن جهت حائز اهمیت است که درمانی نسبتاً کوتاه و مبتنی بر شواهد همراه با راهبردهای دقیق و نشانگرهای روشن در درمان ترومای پیچیده ارائه می‌دهد. علاوه بر این، این مدل درمانی منعطف است و می‌توان آن را بر اساس نیازهای درمانجو با سایر مدل‌های درمانی تلفیق کرد.

— **دکتر کریستین ای. کورتوا**، روان‌شناس مورد تأیید هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا، روان‌شناس دارای صلاحیت حرفه‌ای، مشاور و مدرس روان‌شناسی تروما و درمان تروما: نویسنده مشترک کتاب *درمان تروماهای پیچیده: رویکردی ترتیبی و مبتنی بر رابطه و ویراستار مشترک کتاب *درمان اختلالات استرس آسیب‌زای پیچیده در بزرگسالان**.

ویرایش دوم این متن کلاسیک دربارهٔ *درمان هیجان‌مدار و تروما*، دیدگاهی تازه، منسجم و جامع در مورد غنای فرایندهای هیجانی ارائه می‌دهد که در بهبود زخم‌های ناشی از رویدادهای ناگوار نقش دارند. بسیاری از افراد رنج‌دیده که نیازمند بهبودی هستند، می‌توانند از رویکردی مراقبتی، مشفقانه، معتبر و درعین‌حال آگاهانه و مبتنی بر پژوهش بهره‌مند شوند؛ رویکردی که در این کتاب با زبانی شفاف و کاملاً کاربردی برای درمانگران توصیف شده است. آفرین و سپاس از نویسندگان برای این دستاورد تأثیرگذار!

— **دکتر لادیسلاو تیمولاک**، استاد روان‌شناسی مشاوره، دانشکده روان‌شناسی، کالج ترینیتی دوبلین ایرلند.

# فهرست

تقدیر و تشکر.....	۱۱
مقدمه نویسنده کتاب بر ترجمه فارسی.....	۱۱
مقدمه‌ای بر درمان هیجان‌مدار تروما: شکل‌گیری، جنبه‌های معرف، نقاط قوت و دستاوردها.....	۱۵
درمان هیجان‌مدار تروما چیست؟.....	۱۶
گسترش EFTT در قالب رویکردی یکپارچه و به‌روزرسانی آن در ویرایش دوم.....	۱۹

## بخش ۱: نظریه

۱ تروما و اثرات آن.....	۲۷
تعریف تروما.....	۲۷
انواع رویدادهای آسیب‌زا.....	۲۸
شیوع و عوامل خطر.....	۳۰
اثرات تروما.....	۳۴
مضامینی برای درمان.....	۴۷
۲ مدل درمان در EFTT.....	۴۸
مبانی نظری.....	۵۰
تفکیک جنبه‌های درمان هیجان‌مدار تروما.....	۵۳
تمایزات میان EFTT و مدل عمومی درمان هیجان‌مدار.....	۵۹
مدل درمان.....	۶۱
۳ بررسی هیجان.....	۷۴
مروری بر نظریه زیربنایی هیجان در EFTT.....	۷۴
فرایندهای تغییر: پردازش هیجانی در درمان هیجان‌مدار تروما.....	۸۲
مدل تغییر و فازهای درمان هیجان‌مدار تروما.....	۹۳

## بخش ۲: درمان

۴ ایجاد اتحاد درمانی.....	۱۰۱
اصول مداخله برای بسط اتحاد درمانی کارآمد.....	۱۰۲

اهداف تشکیل اتحاد درمانی در فاز یک درمان هیجان‌مدار تروما.....	۱۰۸
هدایت سه جلسه اول.....	۱۱۹
مشکلات اتحاد درمانی.....	۱۲۵
<b>تقویت تجربه کردن.....</b>	<b>۱۳۰</b>
ویژگی‌های تجربه کردن.....	۱۳۱
مقایسه درمان هیجان‌مدار تروما با سایر رویکردها در تجربه کردن.....	۱۳۲
تجربه کردن در مقایسه با سایر مفاهیم.....	۱۳۳
سنجش تجربه کردن.....	۱۳۴
تحقیقات مربوط به تجربه کردن در درمان.....	۱۳۶
فرایند گام‌به‌گام عمق‌بخشی به تجربه.....	۱۳۷
سطوح بالای تجربه کردن درمانجو.....	۱۴۱
دستورالعمل‌هایی برای روند تمرکز ساختاریافته.....	۱۴۲
مشکلاتی با تمرکز کردن.....	۱۵۰
<b>رویه مواجهه تجسمی.....</b>	<b>۱۵۵</b>
مواجهه تجسمی با عاملان آسیب.....	۱۵۶
اصول مداخله.....	۱۶۱
فرایند درگیرشدن در مواجهه تجسمی.....	۱۶۳
گام‌های روش مواجهه تجسمی و اقدامات متقابل درمانگر.....	۱۶۹
گسترش روابط در مواجهه تجسمی اولیه.....	۱۷۶
کاوش برانگیزاننده در قالب یک مدل جایگزین برای مواجهه تجسمی.....	۱۷۸
مشکلات درمانجو با مواجهه تجسمی اولیه.....	۱۸۳
<b>بازبینی خاطرات در EFTT.....</b>	<b>۱۸۷</b>
نظریه.....	۱۸۸
رویکردهای مختلف در بازبینی خاطرات.....	۱۹۰
اهداف و فرایندهای بازبینی خاطرات در EFTT.....	۱۹۲
دستورالعمل‌های تمرینی برای بازبینی خاطرات در EFTT.....	۱۹۵
بازبینی خاطرات سطحی.....	۱۹۹
اجتناب از خاطرات.....	۲۰۷
خاطراتی از خود معیوب یا آسیب‌دیده.....	۲۱۰
خلاصه، ملاحظات و احتیاط‌ها.....	۲۱۶
<b>کاهش ترس، اضطراب و اجتناب از تجربه درونی.....</b>	<b>۲۱۸</b>
چشم‌اندازی بر ترس و اجتناب: مقایسه درمان هیجان‌مدار تروما با سایر رویکردها.....	۲۱۹

فرایند تشخیص: تمایز انواع مختلف ترس و اضطراب	۲۲۰
اهداف و فرایندهای تغییر	۲۲۴
مداخلاتی برای مدیریت اضطراب و ترس	۲۲۷
کمک به درمانجویان برای تجربه هیجانات اصلی	۲۳۱
<b>تغییر شرم، گناه و سرزنشگری</b>	<b>۲۴۷</b>
چشم‌اندازی بر گناه و شرم: مقایسه EFTT با سایر رویکردها	۲۴۸
تشخیص فرایند: تمایز انواع مختلف تجربه شرم	۲۵۰
اهداف و فرایندهای تغییر	۲۵۳
اصول مداخله مرتبط با شرم	۲۵۳
مداخلاتی برای کاهش شرم ثانویه	۲۵۶
مداخلاتی برای شرم اولیه سازگار در مورد نقض معیارهای فردی	۲۵۸
مداخلاتی برای تغییر و تحول شرم اولیه ناسازگار	۲۶۰
خودتسکینی مشفقانه	۲۶۸
دشواری‌های کار با ترس و شرم	۲۷۵
<b>حل‌وفصل ترومای بین‌فردی از طریق خشم سازگار</b>	<b>۲۷۸</b>
مروری بر پژوهش‌ها و نظریه‌های مرتبط با حل‌وفصل ترومای بین‌فردی	۲۷۸
دیدگاه‌های نظری درباره خشم و تروما	۲۸۱
فرایند تشخیص: تمایز انواع متفاوت خشم	۲۸۴
اصول مداخله	۲۸۷
مداخلاتی برای تغییر خشم ناسازگار	۲۹۱
مداخلاتی برای تقویت خشم سازگار اولیه	۲۹۳
<b>حل‌وفصل ترومای بین‌فردی از طریق غم و سوگ</b>	<b>۳۰۳</b>
سوگ آسیب‌زا در دیدگاه‌های نظری	۳۰۳
تشخیص فرایند: تمایز انواع مختلف غم	۳۰۷
اهداف و فرایندهای تغییر	۳۱۱
اصول مداخله برای بهبود غم سازگار	۳۱۳
مداخلاتی جهت افزایش غم و سوگواری برای فقدان‌ها	۳۱۶
مداخلاتی برای انواع دیگر غم	۳۲۲
<b>پایان درمان</b>	<b>۳۲۷</b>
تکمیل و تحکیم تغییرات	۳۲۸
آگاهی و پذیرش تغییرات محدود	۳۳۴
به اشتراک گذاشتن بازخورد دوجانبه	۳۳۷

۳۳۹	..... دشواری‌هایی با حل‌وفصل
۳۴۲	..... مشکلات درمانجو در پایان بخشیدن به درمان
۳۴۴	..... پل‌زدن به آینده
۳۴۷	..... پس‌گفتار
۳۴۸	..... زمینه
۳۴۹	..... درمان هیجان‌مدار تروما: گذشته، حال و آینده
۳۴۹	..... تأثیر درگیری احساسی عمیق با تروما بر درمانگران
۳۵۱	..... ضمیمهٔ الف: فرم کوتاه مقیاس تجربهٔ درمانجو
۳۵۳	..... ضمیمهٔ ب: فرم کوتاه فهرست اتحادکاری
۳۵۵	..... ضمیمهٔ ج: مقیاس درجهٔ حل‌وفصل (فرم کوتاه)
۳۵۷	..... ضمیمهٔ د: یوگادرمانی مکملی برای EFTT: تلفیق مداخلات مبتنی بر بدن
۳۵۸	..... بدتنظیمی هیجانی
۳۵۹	..... آگاهی ضعیف از تجربهٔ هیجانی
۳۶۰	..... مشکلات تجربه‌کردن (کاوش معنای هیجانی)
۳۶۰	..... مشکلاتی با تغییر و تحول هیجانی
۳۶۰	..... یوگادرمانی چیست؟
۳۶۲	..... پیشینهٔ پژوهشی در ارتباط با یوگا درمانی
۳۶۴	..... فرایندها و اهداف یوگا درمانی در EFTT
۳۶۸	..... اصول مداخلات
۳۶۹	..... تمرین‌ها و ابزارها
۳۷۹	..... مداخلات مبتنی بر بدن طی دوره درمان در EFTT
۳۹۱	..... منابع
۴۰۳	..... واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۴۰۵	..... واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۴۰۷	..... دربارهٔ نویسندگان

# مقدمه‌ای بر درمان هیجان‌مدار تروما

## شکل‌گیری، جنبه‌های معرف، نقاط قوت و دستاوردها

به‌طور کلی تروما شامل تجربه‌های طاقت‌فرسای هیجانی است که ممکن است اثرات مخرب روانی، جسمی و اجتماعی به‌همراه داشته باشد. ترومای پیچیده به‌طور مشخص، اغلب مواجهه مکرر با خشونت، پیمان‌شکنی و بی‌اعتمادی در روابط با افرادی است که به آنها دلبستگی داریم. بدرفتاری و غفلت از سوی مراقب و افراد مورد علاقه در هر سنی می‌تواند اثرات مخربی داشته باشد؛ ولی اگر این رویدادها در کودکی رخ دهند ممکن است اثرات زیان‌بارتری بر رشد کودک بگذارند و به مجموعه‌ای از آشفتگی‌های طولانی‌مدت منجر شوند. پیامدهای اثبات‌شده تروما شامل اختلال استرس مزمن پس از آسیب، سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی، وابستگی به مواد، رفتارهای آسیب‌زننده به خود و آسیب شخصیت می‌شود. شاید مخرب‌ترین پیامد تروما، تأثیرات منفی این تجربه‌ها بر رشد و مهارت هیجانی، ادراک خویشتن و ظرفیت افراد در روابط بین‌فردی باشد. اگرچه تجربه‌های آزار و غفلت شامل مواجهه با آسیب و احساس درماندگی و وحشت است، تشخیص استرس پس از آسیب لزوماً ویژگی تعیین‌کننده مشکلاتی نیست که ممکن است پس از آن رخ دهند. در افرادی که در کودکی مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اند علاوه بر ترس، بسیاری از هیجان‌ات دردناک و تهدیدکننده باعث پریشانی قابل توجهی در آنها می‌شوند. این هیجان‌ات شامل احساس گناه، شرم و خودسرزنشگری نسبت به قربانی شدن؛ خشم در برابر خشونت و بدرفتاری و غم از دست‌دادن بسیاری از چیزهایی است که با تروما، به ویژه ترومایی که توسط عزیزان صورت گرفته است مرتبط می‌شود.

بدرفتاری با کودکان هم در جمعیت عادی هم در نمونه‌های بالینی، به طرز نگران‌کننده‌ای رایج است. تاریخچه بدرفتاری با کودک عامل خطری است که تقریباً با هر یک از انواع آسیب‌شناسی در بزرگسالی همراه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ اینگرام و پرایس، ۲۰۱۰). علاوه بر این، به دلیل اینکه ترومای کودک‌آزاری عامل خطر مهمی برای قربانی شدن مکرر است، بیشتر این افراد توسط چندین فرد خطاکار در معرض انواع آزار و غفلت قرار گرفته‌اند. به زبان ساده باید گفت، بیشترین کار متخصصان بالینی در آینده با درمانجویانی خواهد بود که سابقه ترومای پیچیده دارند. از این رو به آموزش رویکردهای درمانی اثربخش نیاز است.

این کتاب درمان نظام‌یافته‌ای ارائه می‌کند که از یک‌سو برای به‌کارگیری در تحقیقات به‌میزان لازم

مشخص و دقیق است و از سوی دیگر برای استفاده متخصصان در درمان‌های روزانه‌شان به اندازه کافی انعطاف‌پذیری دارد. همچنین، می‌توان این کتاب را در برنامه‌های آموزشی فارغ‌التحصیلان به‌کار گرفت و با توصیه‌های انجمن روان‌شناسی آمریکا مبنی بر فراهم‌سازی آموزش رویکرد مبتنی بر شواهد نیز همسو است. در نهایت، هدف این کتاب ارائه جنبه‌های نظری و عملی درمان هیجان‌مدار برای تروما است که از دقت کافی برخوردار است تا متخصصان دارای دیدگاه‌های نظری متفاوت بتوانند این مجموعه کامل را به‌کار گیرند یا بخش‌هایی از این مدل را در درمان‌های رایج خود ادغام کنند. همچنین کتاب پژوهش‌هایی را ارائه می‌کند که از این رویکرد حمایت می‌کنند. به شرط آنکه اصول مهم مداخلات جهت تأمین نیازهای متفاوت درمانجویان از نظر نوع و شدت تروما و پروفایل نشانه‌ها و شدت و طول درمان حفظ شود این مدل درمانی می‌تواند تعدیل شود.

### درمان هیجان‌مدار تروما چیست؟

فرایندهای مبتنی بر مواجهه رویکرد اصلی برای کمک به افراد در کار با تروما در نظر گرفته می‌شوند؛ با این حال این فرایندها برای درمانجویان تجربه‌های سخت و ناخوشایندی هستند و به همین دلیل عدم همراهی و نرخ ریزش در این رویکردها بسیار بالا است. این موضوع به‌ویژه برای متخصصان اهمیت آگاه‌شدن از سایر گزینه‌های درمانی اثربخش را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، درمان پایدار جهت ترومای پیچیده تنها به «احساس ترس و پریشانی کمتر» محدود نمی‌شود بلکه مسئله «احساس کردن هیجان سالم‌تر است». درمان هیجان‌مدار ترومای پیچیده مدل درمان فردی اثربخشی است (پایویو و همکاران، ۲۰۱۰؛ پایویو و نیووناوینز، ۲۰۰۱) که این تمرکز جامع را فراهم می‌سازد و سهم عمده و منحصربه‌فردی در حوزه نظریه، تحقیق و درمان دارد.

EFTT مجموعه‌ای از آشفته‌گی‌های مرتبط با ترومای پیچیده را هدف قرار می‌دهد. علاوه بر نشانه‌های پریشانی و مشکلات کارکردی این مدل درمانی به‌ویژه بر حل مشکلات با عاملان آزار و غفلت در گذشته که معمولاً چهره‌های دلبستگی هستند، تمرکز دارد. درمانجویان علاوه بر آشفته‌گی ناشی از مشکلات فعلی‌شان زخم‌های هیجانی‌ای دارند که هنوز درمان نشده‌اند. حل و فصل مشکلات با افراد مهم و ایجاد رابطه قوی درمانی باعث کاهش نشانه‌های پریشانی، افزایش عزت‌نفس و بهبود عملکردهای کلی بین‌فردی می‌شود. مدل استاندارد EFTT که در این کتاب ارائه شده است یک درمان فردی کوتاه‌مدت (۱۶ تا ۲۰ جلسه‌ای) است؛ این درمان برای افرادی مناسب است که در کودکی تجربه انواع بدرفتاری از جمله (آزارهای هیجانی، جسمی، جنسی و غفلت هیجانی) را داشته‌اند. درمانجویان در ابتدای درمان این تجربه‌ها و افراد آزارگر و بی‌توجه را که مایل‌اند در جلسات درمانی

بر آنها تمرکز شود شناسایی می‌کنند. پس از آن پروتکل درمانی برای رفع نیازهای فردی درمانجو از انعطاف‌پذیری کافی برخوردار خواهد بود. علاوه بر این، در حالی که تحقیقات بر افرادی که در کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند تمرکز کرده‌اند، این درمان به‌طور همه‌جانبه‌تری به ترومای رابطه‌ای می‌پردازد که ممکن است در سایر روابط صمیمی و یا مهم طی دوران بزرگسالی اتفاق افتاده باشد.

## تحولاتی در رویکرد هیجان‌مدار

EFTT به‌عنوان یکی از رویکردهای هیجان‌مدار، در میان دسته‌ای از درمان‌های روان‌شناختی در حال رشد قرار دارد که برای اختلالات و آشفتگی‌های مشخصی منظور شده است. از همین رو، مدل عمومی درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۱۹a)، با اصلاح مداخلات و تطبیق ساختار آن با نیازهای خاص قربانیان تروما برای درمان فعلی ترومای پیچیده سازگار شده است. این پیشرفت‌ها بر پایه‌ی برنامه‌های تحقیقاتی طولانی‌مدتی است که از سال ۱۹۹۱ آغاز شد و به ایجاد تفاوت‌های مهمی نسبت به مدل اصلی انجامید تا با جامعه هدف تناسب بیشتری پیدا کند.

برای مثال برخلاف درمانجویان افسرده‌ای که با درمان هیجان‌مدار درمان شده بودند مسئله مدیریت علائم و بدتنظیمی هیجان در ترومای بین‌فردی مزمن نیازمند بررسی مداوم بود. علاوه بر این، افراد دارای اختلال استرس پس از آسیب یا اختلالات استرس پس از آسیب پیچیده، مدام دچار آشفتگی‌هایی در حافظه روایی می‌شوند و مشکلاتی با نام‌گذاری یا توصیف احساسات‌شان (ناگویی هیجانی) دارند. اجتناب مزمن و برآیند آگاهی ضعیف هیجانی از تجربه هیجانی درونی نیز در این گروه از درمانجویان بسیار رایج است و باید این نقص‌ها در درمان موفق تروما مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، ابتلای هم‌زمان با اضطراب اجتماعی نیز در میان این درمانجویان شایع است و در روابط جدید محتاط هستند. تمام مشکلات این درمانجویان ممکن است به سبک رهنمودی بیشتر، راهنمایی و مربیگری دقیق‌تر هیجان از سوی درمانگر و تغییر رویه در مدل اصلی درمان هیجان‌مدار نیاز داشته باشد.

همچنین زمانی که مسائل مربوط به عامل بدرفتاری مورد بررسی قرار می‌گیرد، شیوه اصلی روش کلاسیک صندلی خالی که برای حل مشکلات بلندمدت بین‌فردی یا «کار ناتمام» با شخص مهم زندگی در درمان هیجان‌مدار از آن استفاده می‌شود، همیشه نمی‌تواند برای این افراد، مناسب یا کارآمد باشد. ممکن است درمانجویان آسیب‌دیده در مواجهه تجسمی با عامل تروما با مشکلات قابل توجهی روبه‌رو شوند و مداخلات به‌طور مرتب نیازمند توجه بیشتر به تنظیم عواطف یا استفاده از مداخلات جایگزین برای این افراد شود. این تکلیف در درمان هیجان‌مدار تروما در مقایسه با مدل اصلی به شیوه‌ای دقیق‌تر شامل اصول مواجهه تدریجی با تروما است. بنابراین، کار کردن با ترومای پیچیده، علاوه بر بازبینی خاطرات، مستلزم ایجاد تغییراتی در مداخلات برای بررسی مجموعه‌ای جدید از نیازهای درمانی است.

در نهایت، گرچه مدل عمومی درمان هیجان‌مدار می‌تواند برای بررسی فرایندهای خودانتقادگری یا فرایندهای خودبازداری و زخم‌های بین‌فردی درازمدت مداخلاتی را با هم ادغام کند، این مداخلات نه الزاماً هم‌زمان با هم صورت می‌گیرند و نه با ترتیب خاصی انجام می‌شوند. از طرفی، مشاهدات درمانی قربانیان ترومای پیچیده نشان می‌دهد که همیشه در درمان باید آشفتگی‌های مرتبط با خود و نیز آشفتگی‌های مرتبط با دیگری بررسی شود. علاوه بر این، ما متوجه شدیم که تا آشفتگی‌های مرتبط با خود (ترس، اجتناب و خودسرزنشگری) در درمانجویان کاهش پیدا نمی‌کرد آنها نمی‌توانستند مشکلات بین‌فردی گذشته را حل و فصل کنند. نتیجه‌نهایی این است که درمان هیجان‌مدار تروما به شکل خلاقانه‌ای در چهار فاز متوالی ساختاربندی شده که هر یک از آنها می‌توانند به شیوه‌ی بازگشتی مورد بازبینی قرار گیرند.

### شاخص‌های درمان و موارد منع آن

ویژگی‌های مناسب بودن درمانجو برای درمان هیجان‌مدار تروما با اصول کلی و استانداردهای رایج در بیشتر درمان‌های تروما همخوانی دارد (کورتویز و دیگران، ۲۰۱۷؛ فورد و کورتویز، ۲۰۲۰). به‌طور کلی درمان هیجان‌مدار تروما برای درمانجویانی طراحی شده که برای این درمان کوتاه‌مدت مناسب هستند؛ یعنی کسانی که طی چند جلسه اول، ظرفیت برقراری رابطه‌ی درمانی با درمانگر را دارند و می‌توانند بر یک موضوع محدود در گذشته خود - در این مورد - ترومای کودکی - متمرکز شوند. مدل استاندارد درمان هیجان‌مدار تروما برای درمانجویانی که مشکل اولیه‌شان بدتنظیمی شدید هیجانی است و خطر آسیب‌زدن به خود یا دیگران در آنها وجود دارد، کسانی که به‌جای تمرکز بر مسائل گذشته، حل مشکل فعلی (به‌عنوان مثال، خشونت خانگی، وابستگی به مواد) در آنها اولویت دارد و یا اشخاصی که در ابتدا ترجیح می‌دهند به‌جای روابط قبلی بر رابطه‌ی فعلی‌شان تمرکز کنند (مانند تمرکز بر والدگری، آشفتگی‌های زوجی) مناسب نیست.

با این حال، جنبه‌هایی از درمان هیجان‌مدار تروما با درمان‌های طولانی‌تری ادغام شده است، درمان‌هایی که در آن آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و بررسی مشکلات جاری زندگی که ممکن است پیامد ترومای گذشته باشد، زمان بیشتری اختصاص داده شده است.

### نقاط قوت و جنبه‌های متمایز EFTT

دو فرایند اصلی تغییر در درمان هیجان‌مدار تروما، رابطه‌ی درمانی و پردازش هیجانی خاطرات تروما است. این دو فرایند، با فرایندهای تغییری که در سایر درمان‌های روان‌شناختی تروما قرار دارند همخوان هستند. با این حال، درمان‌های هیجان‌مدار در درک و بهبود این فرایندهای تغییر نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند. تأکید ما در ابتدا بر پاسخ‌گویی پیشرفته‌ی همدلانه است که به‌صورت مداخله‌ی اولیه

طی درمان به‌کار گرفته می‌شود. رابطه درمانی مبتنی بر پاسخ‌گویی همدلانه، موجب افزایش تنظیم هیجانی می‌شود، آگاهی و ظرفیت هیجانی را بهبود می‌دهد و کمک می‌کند تا نواقص همدلی اولیه اصلاح شود. دوم اینکه درمان‌های هیجان‌مدار مانند درمان هیجان‌مدار تروما، به‌عنوان رویکردی مشخص شده‌اند که در درک و درمان حالت‌ها و پردازش‌های هیجانی مختلف، تفاوت زیادی با رویکردهای دیگر دارند. برای مثال دردِ غم و فقدان و «احساسات بد» مرتبط با افسردگی (که ممکن است شامل غم فقدان شود) هر دو ناخوشایند هستند و افراد برای اجتناب از این دو نوع تجربه، تلاش زیادی انجام می‌دهند؛ اما این احساسات شامل فرایندهای تغییر مختلفی می‌شوند و به راهبردهای مداخله‌ای متفاوتی نیاز دارند. به این ترتیب، خشم خصمانه و پس‌زننده (یا غیظ) در طردشدن، غیظ همراه با آسیب شدید نسبت به فرد مورد علاقه، خشم سرکوب‌شده در هتک حرمت و خشم نسبت به قربانی شدن تجربه‌های مختلفی هستند که هر یک مستلزم راهبردهای مداخله‌ای متفاوتی نیز می‌شوند. یکی از ویژگی‌های متمایز رویکرد درمان هیجان‌مدار این است که به‌جای شناخت یا تفسیرهای منطقی، بر تبدیل یک هیجان به هیجان دیگر تأکید می‌کند (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۱۹). این فرایند تغییر و تحول هیجانی است که در بطن درمان هیجان‌مدار قرار دارد. به این منظور برای تغییر مفاهیم ناسازگاری که با هیجان‌اتی مثل ترس و شرم مرتبط است از اطلاعات مرتبط با هیجان‌ات سازگار سالمی مانند خشم نسبت به بدرفتاری و غم ناشی از فقدان استفاده می‌شود. این موضوع به‌طور منحصربه‌فردی به درمان ترومای پیچیده مرتبط است زیرا بسیاری از افرادی که قربانی شده‌اند، یاد گرفته‌اند هیجان‌اتی مانند غم و خشم سازگار را سرکوب کنند؛ بنابراین قادر به دفاع از مرزهای بین‌شخصی نیستند و نمی‌توانند برای چیزهای مهمی که از دست داده‌اند، سوگواری کنند. درمان هیجان‌مدار تروما برای غلبه بر اجتناب تجربی، دسترسی به هیجان‌ات بازدارنده، بهبود فرایندهای معناسازی و حل آسیب‌های دلبستگی نیز از راهبردهای پیشرفته در رویکرد درمان‌های تجربی استفاده می‌کند. در این کتاب، برای ایجاد اتحاد درمانی قوی و اجرای مداخلات متفاوتی که به‌طور خاص برای انواع مختلف هیجان و مشکلات پردازش هیجانی طراحی شده‌اند، رهنمودهایی ارائه می‌دهیم.

## گسترش EFTT در قالب رویکردی یکپارچه و به‌روزرسانی آن

### در ویرایش دوم

درمان‌های هیجان‌مدار، از جمله EFTT، باعث یکپارچگی پیشرفت‌های اساسی در نظریه و پژوهش‌های مرتبط با هیجان و علوم اعصاب عاطفی شده‌اند که بر نقش هیجان در سیستم جهت‌گیری سازگار تأکید دارد (مانند؛ داماسیو، ۱۹۹۹، ۲۰۱۰؛ فریجا، ۲۰۱۶؛ ایزارد، ۱۹۷۷، ۲۰۰۲؛ لی دوکس، ۲۰۱۲). درمان هیجان‌مدار تروما به‌دلیل تأکیدی که بر فرایندهای سازگار دارد، با پدیدهٔ تاب‌آوری در برابر تروما و رشد پس از آن که به‌تازگی مورد توجه جدی قرار گرفته، همسو است. به‌خصوص این درمان، با پیشینهٔ وسیع نظری،

درمانی و پژوهشی به موفقیت‌هایی در حوزه تروما و دلبستگی رسیده است (مانند؛ کورتوا و فورد، ۲۰۲۰). برای مثال EFTT از نقاط مثبت رویکرد شناختی رفتاری مانند روش‌های مبتنی بر مواجهه و نیز پردازش هیجانی خاطرات تروما، بازبینی خاطره و تکنیک‌های تنظیم هیجان به‌عنوان مکانیزمی برای تغییر استفاده می‌کند (مانند؛ کلوتره و همکاران، ۲۰۰۳؛ فوآ و همکاران، ۲۰۱۹). درمان هیجان‌مدار تروما، از لحاظ تمرکز دقیق بر حل و فصل اثرات منفی روابط دلبستگی و تجربه هیجانی اصلاحی در درمان‌جو به واسطه رابطه درمانی مشابهت‌هایی با روش روان‌پویشی دارد (هرمان، ۱۹۹۲). فارغ از شیوه درمان هیجان‌مدار، EFTT از نظر تکنیکی، بیشترین شباهت را به رویکردهای تجربی و پویا یا ارتباطی اخیر دارد که بر همدلی درمانگر و تفسیرهای هم‌سو با تجربه تأکید می‌کنند (فوشا، ۲۰۲۱). علاوه بر این، با تشریح مفاهیم و مداخلات درمانی در این کتاب آنها را با سایر رویکردهای درمانی مقایسه می‌کنیم تا شباهت‌ها و تفاوت‌های آنها را برجسته کنیم. در نتیجه، انتظار می‌رود این کتاب برای درمانگرانی با دیدگاه‌های نظری و سوابق متفاوت حرفه‌ای، مفید واقع شود.

EFTT در سطح نظریه، پژوهش، درمان و آموزش، درمان کاملاً یکپارچه‌ای است؛ به‌گونه‌ای که هر جنبه اطلاعاتی را درباره جنبه دیگر ارائه می‌دهد. همان‌طور که توضیح داده شد، نخست این مدل بر اساس یک ساختار مستحکم نظری بنا شده است. دوم اینکه درمان هیجان‌مدار تروما مبتنی بر مدلی است که از طریق پژوهش‌های تجربی به‌دست آمده است؛ مدلی که به شناسایی گام‌هایی در فرایند حل «کار ناتمام» با افراد مهم (به‌خصوص مظاهر دلبستگی) در گذشته می‌پردازد (گرینبرگ و فورستر، ۱۹۹۶؛ گرینبرگ و مالکوم، ۲۰۰۲). این مدل فرایندی به‌واسطه چندین سال تحقیقات نظام‌مند بیشتر توسعه یافت و اصلاح شد؛ پژوهش‌هایی که هم شامل کارآزمایی‌های بالینی تصادفی (پایویو و گرینبرگ، ۱۹۹۵؛ پایویو و همکاران، ۲۰۱۰؛ پایویو و نوونهاوز، ۲۰۰۱) و هم شامل مشاهده و تحلیل صدها فیلم از جلسات درمانی در کار با درمانجویان دارای ترومای پیچیده بود (به‌عنوان مثال، پایویو و همکاران، ۲۰۰۱) این مطالعات فرایند-نتیجه از مکانیسم مفروض تغییر در درمان که به‌طور کامل با درمان‌های بالینی مرتبط هستند، حمایت می‌کنند.

### مساعدت EFTT به مدل عمومی

EFTT چند نوع‌آوری و تغییر در مدل عمومی درمان هیجان‌مدار ایجاد کرده است. نخست اینکه مداخله‌ی صندلی خالی تحت عنوان «مواجهه تجسمی» باز تعریف شد تا به‌جای اجزای یک تکنیک خاص (که از صندلی و یا ایفای نقش‌های واقعی استفاده می‌شود) بر فرایندهای روانی مرتبط با تروما تأکید داشته باشد. این بازنگری باعث شد EFTT برای طیف گسترده‌تری از درمانگران فعال در حوزه تروما قابل استفاده و معنادار باشد. این چارچوب‌دهی مجدد ماهیت استرس‌زای مواجهه با احساسات، خاطرات و مشکلات تروما را در نظر گرفت زیرا اقلیت قابل توجهی از درمانجویان دچار مشکلاتی با

این روند بودند. بنابراین، یکی دیگر از کمک‌های درمان هیجان‌مدار تروما به مدل عمومی، توسعه و ارزیابی پروتکل کاوش برانگیزاننده در نقش یک جایگزین کمتر استرس‌زا برای درمانجویانی بود که فرایند مواجههٔ تجسمی را پس می‌زدند (پایویو و همکاران، ۲۰۱۰). این فرایند یک گزینهٔ درمانی مهم مبتنی بر شواهد را ارائه کرد.

همسو با مشکلات مشاهده‌شدهٔ درمانجو در مواجهه با عامل آسیب‌متصور، مدل درمان هیجان‌مدار تروما بر اهمیت کامل اجتناب و بررسی موانع تجربه‌کردن نیز تأکید دارد. در اینجا واژهٔ اجتناب به راهبرد معمول محافظت از خود (هشیار یا ناهشیار) معروف است که به مقابله با تجربیات دردناک، طاقت‌فرسا و تهدیدکننده اشاره دارد. اجتناب یکی از نشانه‌ها در دستهٔ علائم PTSD<sup>۱</sup> است که مشخصهٔ آن تداوم اختلال است، و این مقابله یک روش مراقبت از خود کوتاه‌مدت محسوب می‌شود. همان‌گونه که در ویرایش اول این کتاب معرفی شد EFTT فرایند درمان را بر اساس تأکیدی که درمان بر هیجان دارد -هیجان‌نا تمایز، سازگار و ناسازگار- سازمان‌دهی کرده تا درمانگران بتوانند صورت‌بندی مستمر و منظمی از درمانجو داشته باشند. این نوآوری درمان هیجان‌مدار تروما (پایویو و نوونهاوس، ۲۰۰۱) با مدل تجربی و عمومی پردازش هیجانی پاسکال لئون و گرینبرگ (۲۰۰۷) یعنی شیوهٔ اصلی درک تغییرات درمانجو، همسو است (به فصل ۳ این کتاب رجوع شود). به‌کارگیری این مدل تغییر به‌سمت درمان بالینی واقعی (فرا تر از مدل‌های تحقیق فرایندی) الگویی را ایجاد کرد که پس از آن توسط سایر نویسندگان درمان هیجان‌مدار پذیرفته شد (برای مثال به فصل‌های کتاب گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۱۹a رجوع شود).

## به‌روزرسانی‌های ویرایش دوم

در طی ده سال پس از انتشار اولین نسخهٔ این کتاب تغییرات چشم‌گیری در حوزهٔ آسیب‌شناسی تروما، مدل عمومی درمان هیجان‌مدار و به‌خصوص EFTT رخ داده است. ویرایش دوم شامل این تغییرات است و همچنان برای متخصصان به‌روز می‌شود.

ابتدا، پیشینهٔ پژوهشی در این کتاب به‌روز شد تا جدیدترین دانش، پژوهش‌ها و رهنمودهای درمانی از دیدگاه‌های نظری مختلف در زمینهٔ تروما و آسیب‌شناسی تروما را در برگیرد. دوم اینکه از زمان انتشار ویرایش اول این کتاب، پژوهش دربارهٔ فرایندهای تغییر هیجانی در درمان هیجان‌مدار گسترش یافته است. این تغییرات بیش از ۲۵ مطالعه از رویکردهای درمانی مختلف در زمینهٔ انواع مشکلات درمانجو از جمله ترومای پیچیده (پاسکال لئون، ۲۰۱۸) را در بر دارد. این برنامهٔ پژوهشی از اعتبار این مدل تغییر به‌خصوص مدلی که در درمان هیجان‌مدار تروما به‌کار گرفته شده حمایت می‌کند.

۱. Post traumatic stress disorder (PTSD): اختلال استرس پس از آسیب

در همین رابطه، شناسایی خرده‌انواع «پردازش هیجانی» بین رویکردهای روان‌درمانی (پاسکال لئون و گرینبرگ، ۲۰۰۷) منتهی به گسترش رویکردی نظام‌مند جهت ارزیابی و مفهوم‌پردازی موردی شد که در فصل ۵ این کتاب ارائه شده است. این رویکرد شامل شناسایی مشکلات خاص پردازش هیجانی درمانجو است تا در طول دوره درمان راهنمای مداخله باشد.

سوم، مجموعه گسترده‌ای از پژوهش‌ها طی ده سال اخیر به‌خصوص در زمینه درمان هیجان‌مدار از مدل درمان و فرایندهای تغییر در جلسه حمایت بیشتری به عمل می‌آورد. این موارد شامل نقش روابط درمانی، عمق تجربه‌کردن، هیجان‌سازگار و کیفیت روایت است (کارپتر و همکاران ۲۰۱۶؛ هرینگتون و همکاران، ۲۰۲۱؛ هالواتی و پایویو، ۲۰۱۲؛ خیاط-ابوایتا و همکاران، ۲۰۱۹؛ مندورف و پایویو، ۲۰۱۱). نتایج این مطالعات در سرتاسر این کتاب تشریح شده است.

موارد بالینی در ویرایش دوم کتاب درمان هیجان‌مدار تروما به‌طور قابل توجهی شامل تأکید بر بازبینی خاطرات و اختصاص یک فصل به آن و تجربه مجدد تروما است (فصل ۷ را ملاحظه فرمایید). تأکید بر بازبینی خاطرات در قالب یک مداخله درمانی متمایز، به‌طور قطع EFTT را در چارچوب پژوهش‌هایی در حوزه درمان تروما قرار می‌دهد. پژوهش‌هایی که از تجربه هیجانی و مجدد خاطرات مرتبط با تروما که برای پردازش و تغییر هیجانی ضروری است حمایت می‌کنند.

در همین رابطه، ویرایش دوم این کتاب برای اولین بار به‌روشنی شرح می‌دهد چطور بازبینی خاطرات برای بهبودی از ترس آسیب‌زا مهم است و چگونه این فرایند نیز شرم بنیادین مبتنی بر دلبستگی را کاهش می‌دهد. در فصل نهم برای استفاده از بازبینی خاطره به‌جای گفت‌وگوی دو‌صندلی در فرایندهای خودانتقادگری که مشخصه مدل عمومی درمان هیجان‌مدار است، رهنمودهایی ارائه شده است. وقتی پیام خیلی سمی، آزاردهنده، مخرب یا باعث ترومای دوباره می‌شود (مانند وضعیت خودتخریبی در افسردگی) می‌توان از تشدید جملات انتقادی و تحقیرکننده دردناک درونی‌شده در گفت‌وگوهای استاندارد دو‌صندلی خودداری کرد. در این موقعیت‌ها ما متوجه شدیم وقتی حس خویشتن مبتنی بر شرم اساسی ایجاد می‌شود و یا رویدادهای اخیر باعث فعال‌شدن آن می‌شود، فعال کردن و کاوش خاطرات رویدادی وقایع گذشته مؤثرتر است.

فرایند کمک به درمانجویان برای تجربه مجدد و مؤثر خاطرات تروما شامل توجه درمانی به محتوا و کیفیت روایت درمانجو درباره رویدادهای آسیب‌زا است. کتاب اخیر پایویو و انگس (۲۰۱۷) به بیان دقیق اهمیت فرایندهای روایی در درمان هیجان‌مدار تروما می‌پردازد و این اطلاعات در سراسر کتاب حاضر ارائه شده است. اگر چه مدل عمومی درمان هیجان‌مدار شامل توجه به فرایندهای روایی است، این موضوع تا حد زیادی یک عامل زمینه‌ای محسوب می‌شود. ویرایش دوم کتاب درمان هیجان‌مدار تروما مجموعه وسیعی از پژوهش‌های مربوط به فرایندهای روایت - هیجان انگس را شرح می‌دهد (انگس و همکاران، ۲۰۱۷؛ پایویو و انگس، ۲۰۱۷) و روایت‌های تروما را در مرکز و پیش روی درمان

هیجان‌مدار تروما قرار می‌دهد تا ابزاری مؤثر برای ارزیابی در نظر گرفته شوند و به مداخله کمک کنند. درمان هیجان‌مدار تروما بر پایه سال‌ها ترکیب تجربه آموزشی و بالینی ما در به‌کارگیری مدل EFTT برای درمان افراد آسیب‌دیده بنا شده است. این تجربه استمرار داشته تا مبانی نظری درمان شکل گیرد و اصلاح یابد. بسیاری از مثال‌های بالینی جدید که در این کتاب ارائه شده برگرفته از این تجربه است. علاوه بر این، از زمان چاپ اولین ویرایش این کتاب، هم کارگاه‌های آموزشی بسیار زیادی را برپا کردیم و هم جلسات آموزش درمان هیجان‌مدار را در کانادا، ایالات‌متحده، اروپا، آفریقای جنوبی، آسیا، استرالیا و نیوزلند برگزار کردیم. بنابراین، این مدل طی گفت‌وگو با بسیاری از دانشجویان، فارغ‌التحصیل و کارآموزان حرفه‌ای با پیشینه‌های فرهنگی و حرفه‌ای متفاوت که در این جلسات آموزشی شرکت کرده‌اند بیشتر اصلاح شده است.

در نهایت، اگر چه در این ویرایش ضمیمه D کمکی مجزا تلقی می‌شود، دستورالعمل‌هایی را در مورد نحوه ادغام مداخلات مبتنی بر بدن در EFTT برای پرداختن به تجربیات جسمی مرتبط با ترومای روان‌شناختی ارائه می‌دهد. این مشارکت، اصول و روش‌های مربوط به یوگادرمانی برای تروما را توضیح می‌دهد که می‌تواند برای رسیدگی به مشکلات درمانجو و بهبود مداخلات استاندارد EFTT مورد استفاده قرار گیرد.

## مروری بر این کتاب

این کتاب در دو بخش ارائه شده است. بخش اول شامل نظریه است که مفاهیم کلی مهم در طول درمان را معرفی می‌کند. به این ترتیب، این بخش شامل سه فصل می‌شود. ویژگی‌های مرتبط با تروما در (فصل ۱)، تشریح می‌شود. یک مدل از شیوه بررسی این ویژگی‌ها در EFTT در (فصل ۲) و ساختار اصلی پردازش هیجانی در (فصل ۳) مرور می‌شود.

بخش دوم، به درمان می‌پردازد و فرایندها و روش‌ها را در هر یک از فازهای EFTT شرح می‌دهد:

- فصل‌های ۴ تا ۶ فاز ابتدایی درمان را پوشش می‌دهند. این فصل‌ها شامل دستورالعمل ایجاد رابطه درمانی امن و مشارکتی است و تجربه‌کردن درمانجو را که مبنایی برای تمام تکالیف و فرایندها است، بهبود می‌بخشد. پس از آن، شیوه اولیه مواجهه جسمی (یا گزینه کمتر استرس‌زای کاوش برانگیزاننده) که در طول درمان برای حل و فصل مشکلات با عامل آسیب به کار می‌رود، معرفی می‌شود.
- فصل‌های ۷ تا ۹ فاز میانی درمان را پوشش می‌دهند که بر تجربه مجدد خاطرات تروما و حل و فصل مشکلات مرتبط با خود (مانند کاهش ترس و اجتناب و تغییر گناه، شرم و خودسرزنشگری) متمرکز است. این فرایندها باعث مختل شدن درگیری هیجانی با خاطرات

تروما و مسئول دانستن مناسب فرد خاطی برای آسیب می‌شود.

- فصل‌های ۱۰ تا ۱۲ مراحل پایانی درمان را پوشش می‌دهد. تمرکز این فصل‌ها بر حل و فصل مسائل بین‌فردی در گذشته است که به واسطهٔ دستیابی به خشم سازگار در بدرفتاری و غم و اندوه ناشی از فقدان صورت می‌گیرد. تجربه و ابراز بازداری نشدهٔ این هیجانات و معناهای مرتبط با آنها باعث تسریع در حل مشکلات با فرد خاطی می‌شود. فصل ۱۲ بر پایان درمان تمرکز دارد.

فصل‌های مداخله در بخش دوم شامل دستورالعمل‌هایی برای تمایز میان انواع متفاوت هیجان و مشکلات رایج مربوط به پردازش هیجانی در تروما است. همچنین این فصل‌ها ضمن ارائه رهنمودهای گام به گام در اجرای مداخلات و تکمیل وظایف درمانی به تشریح اصول و اهداف اصلی آنها می‌پردازد. در آخر دستورالعمل‌هایی برای بررسی مشکلات درمانجو و خطاهای درمانگر فراهم می‌کند که معمولاً در این نوع از درمان رخ می‌دهد.

این کتاب در حالی با سخن آخر به پایان می‌رسد که EFTT را در زمرهٔ یکی از رویکردهای معاصر و نویدبخش در درمان تروما قرار می‌دهد، رهنمودهایی برای مسیرهای جدید توسعه EFTT در آینده ارائه می‌کند و تأثیر درگیری عمیق هیجانی درمانگران با اصل ترومای درمانجو را به بحث می‌گذارد. در توصیف مرحله به مرحلهٔ فرایند درمان، این کتاب موضوعات موردی را که برگرفته از طیف گسترده‌ای از درمانجویان واقعی است ارائه می‌کند. برای انجام این کار از همهٔ درمانجویان جهت استفاده از موضوعاتشان در بحث و گفت‌وگوهای حرفه‌ای کسب اجازه شده است. سایر موارد موجود برای خوانندگان برگرفته از DVDها و نوارهای ویدئویی منتشر نشده است. برخی دیگر نیز ترکیبی از نمونه‌های واقعی و فیلم‌های ویدئویی است. اطلاعات هویتی همهٔ درمانجویان حذف یا تغییر کرده است. گزیده‌های رونویسی شده از برخی موارد درمانی به‌طور کلمه‌به‌کلمه ارائه شده‌اند و در عباراتی دیگر گفت‌وگوها اصلاح شده تا اصول مداخله بهتر نشان داده شوند. در این کتاب هنگام اشارهٔ مکرر به یک مورد خاص از یک اسم مستعار استفاده کرده‌ایم تا در بررسی جنبه‌های گوناگون روند درمان درمانجو برای خوانندگان پیوستگی ایجاد شود.

|

# نظريه

## تروما و اثرات آن

علاقه من (ساندرا سی پایویو) به تروما طی درمان یکی از درمانجویانم در ابتدای کار درمانی‌ام در مقام روان‌شناس شکل گرفت. «مونیکا» برای کنار آمدن با خودکشی مادرش با شلیک گلوله که سی سال قبل اتفاق افتاده بود برای درمان آمد. بعد از خودکشی مادر، خانواده به‌طور کلی از هم پاشید. چند سال بعد پدر نیز در اثر اعتیاد به الکل درگذشت و سه کودک خانواده به یتیم‌خانه‌های مختلفی فرستاده شدند. هیچ‌یک از آنها هرگز از مرگ مادرشان صحبت نکردند و همیشه برخوردشان با این موضوع این‌گونه بود: «فراموش کن، ولش کن، او یه زن مریض بود، به زندگی خودت برس.» خودکشی مادر «راز ناخوشایند» خانواده شد و مونیکا نمی‌توانست آن را فراموش کند. مونیکا در ظاهر عملکرد خیلی خوبی در زندگی داشت اما با مرور دائم خاطرات مربوط به استرس پس از آسیب مانند اجتناب از یادآوری‌ها و واکنش‌های سالیانه مختلف، دست و پنجه نرم می‌کرد و نسبت به مادر و «قساوتی» که مرتکب شده بود و طرد شدن از سوی او، احساساتی مانند شرم، افسردگی و خشم داشت. کار درمانی با مونیکا، نمونه‌ای غنی، چالش‌برانگیز و مناسب از درمان تروما است که تاب‌آوری باورنکردنی بازمندگان تروما را به نمایش می‌گذارد. فرایند درمان مونیکا از دیدگاه‌های نظری متعددی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و این نمونه، الهام‌بخش و الگوی اصلی (EFTT) شده است. در این کتاب به جنبه‌های مختلف درمانی این درمانجو اشاره می‌شود. هدف کلی این فصل، تشریح ماهیت تروما و اثرات آن است. فصل دوم، مدل درمان را توضیح می‌دهد و به این می‌پردازد که چگونه در درمان هیجان‌مدار تروما، تأثیرات تروما مورد بررسی قرار می‌گیرد. بنابراین، این دو فصل باید به‌صورت پیوسته مطالعه شوند.

### تعریف تروما

راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (نسخه پنجم؛ انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳) تروما را از نظر ماهیت این رویداد، در طبقه‌بندی تشخیصی اختلال استرس پس از آسیب این‌گونه تعریف می‌کند

که باید شامل یک رویداد واقعی یا ادراک تهدید به مرگ، آسیب جدی، خشونت جنسی نسبت به خود و دیگران باشد. طبق این دیدگاه تمرکز آسیب‌شناسی بر هیجان ترس قرار دارد. به هر حال مطالعاتی که به‌طور دقیق هیجان‌ات مشاهده‌شده و گزارش‌شده توسط درمانجویان مبتلا به PTSD را بررسی می‌کنند چیز دیگری را نشان می‌دهند. به‌عنوان مثال، هنگام مراجعه به کلینیک تروما کمتر از ۵۰٪ از افرادی که معیارهای تشخیص PTSD را برآورده می‌کردند احساس اصلی آنها اضطراب بود در حالی‌که کمی بیشتر از نیمی از درمانجویان، غم، خشم یا انزجار را هیجانی غالب‌تر از اضطراب در خود احساس و آن را گزارش می‌کردند (پاور و فیو، ۲۰۱۳). علاوه بر این، پاور و فیو (۲۰۱۳) دریافتند که در درمانجویان دارای اضطراب ناشی از PTSD احتمال بیشتری وجود داشت تا از درمان‌های شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه بهره ببرند. این یافته منجر به این شد تا نویسندگان مفیدبودن درمان استاندارد مبتنی بر مواجهه را برای بیش از نیمی از موارد موجود زیر سؤال ببرند. طبق این دیدگاه، تروما شامل انواع هیجان و مشکلات هیجانی است. این امر به‌ویژه در مورد ترومای ناشی از بدرفتاری با کودکان در دوران کودکی است که اغلب ممکن است معیارهای راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی را برای تروما یا PTSD برآورده نکند.

## انواع رویدادهای آسیب‌زا

انواع متعدد رویدادهای آسیب‌زا از نظر محتوا و ویژگی‌های متمایز روابط و هیجان‌ات درگیر با آن با هم فرق دارند. ویژگی‌های متمایز انواع متفاوت رویدادهایی مانند (وقایع طبیعی در برابر تجاوز جنسی، تجاوز توسط غریبه در مقابل تجاوز توسط فردی عزیز) با مشکلات متفاوتی همراه است که پیامدهایی برای درمان دارد. به‌عنوان مثال، اگر عامل جرم ناشناخته بماند و یا دستگیر نشود ممکن است در درمان نیاز باشد بر مدیریت خطر واقعی ترومای مجدد تمرکز شود. جرائمی که منجر به آسیب‌های جسمی جدی نمی‌شوند ممکن است توسط دیگران کم‌اهمیت تلقی شوند در نتیجه قربانی احساس انزوا و عدم تأیید می‌کند. جرائم و تصادفات جاده‌ای نیز ممکن است زیان‌های جدی به فرد وارد کنند و با پیگرد قانونی همراه باشند. این نوع آسیب‌ها معمولاً نیازمند بازپروری طولانی‌مدت و درمان‌های روان‌شناختی‌اند.

پیشینه پژوهشی تروما اغلب بین دو دسته اصلی رویدادهای آسیب‌زا که از لحاظ نوع، شدت یا گستره اثرات با هم متفاوت هستند تمایز قائل می‌شود (فوردر و کورتوتیز، ۲۰۲۰). تصور بر این است که یک تک رویداد یا مواجهه محدود با تروما مانند سانحه اتومبیل، حوادث صنعتی، حوادث طبیعی یا یک‌بار مورد تجاوز قرارگرفتن منجر به اختلالاتی می‌شوند که ویژگی خاص PTSD را در پی دارد. در این موارد، شدت یا میزان خشونت رویداد ممکن است باعث آشفتگی شود. برخی تک رویدادها مانند خودکشی یکی از عزیزان یا آسیب جسمی و جنسی ممکن است اثرات طولانی‌مدت شدیدی به‌همراه

داشته باشند. به عنوان مثال خودکشی فردی عزیز در این مورد مونیکا، اگرچه یک تک رویداد است معمولاً موجب بروز مشکلاتی خانوادگی (مانند بیماری‌های روانی، سوء مصرف مواد) می‌شود و ممکن است منجر به زنجیره‌ای از رویدادهایی شود که سال‌ها می‌تواند ادامه داشته باشند. چنین موقعیت‌ها و اثراتی بهتر است در قالب ترومای پیچیده درک شوند که دومین طبقه‌بندی گسترده در مواجهه با تروماست.

ترومای پیچیده به موقعیتی اشاره می‌کند که فرد به‌طور مکرر در معرض تهدید به خشونت قرار گرفته است. این تهدیدها شامل خشونت اجتماعی و سیاسی یا خشونت خانگی (در نقش قربانی یا شاهد) و بدرفتاری با کودکان می‌شود (تمرکز اصلی EFTT). ترومای پیچیده همیشه ماهیتی بین‌فردی دارد. در این دسته‌بندی سن شروع، زمان، رابطه با عامل آسیب، آشنا بودن، زمینه اجتماعی و فرهنگی اهمیت دارد. تأثیرات این تجربیات شامل اختلال در تنظیم عواطف و مشکلات با معانی ناسازگار، به ویژه در ارتباط با ادراک خود و دیگران می‌شود.

ترومای جنگ و نبرد، مثال‌هایی از ترومای پیچیده هستند که با میزان شدت‌شان، هم‌آمیزی قربانی و مهاجم و فقدان حمایت اجتماعی مشخص می‌شوند که در این مورد می‌توان به سربازان سابق جنگ ویتنام اشاره کرد. شکنجه و خشونت سیاسی تجربه‌شده توسط پناهندگان و پناهجویان اغلب شامل تخریب کامل یک جامعه می‌شود که ممکن است مهاجم برای قربانی، شناخته، یا ناشناخته باقی بماند. ولی اغلب در تروماهای بین‌فردی عامل تروما برای قربانی شناخته‌شده است. این تروما شامل خشونت خانگی و بدرفتاری جنسی است که اغلب دوستان یا افراد دوست‌داشتنی عامل آسیب‌رسان هستند و اغلب، شرم، کوچک شمردن یا انکار و انزوای اجتماعی را به دنبال دارد. این خشونت‌ها شامل خیانت و از بین رفتن اعتماد است و غم و خشم حل‌نشده نسبت به افراد مهم را به دنبال دارد. همچنین، قربانیان ممکن است به‌علت شرایط مالی، جسمی و یا احساسی در دام شرایط تکراری بدرفتاری گیر کنند. افراد ممکن است از سوی افراد ناکارآمد که آسیب آنها را دست‌کم می‌گیرند یا دربارهٔ تجاوز افسانه‌هایی می‌گویند که باعث ایجاد شرم و خودسرزنشگری می‌شود و با قرار گرفتن در فرایند سیستم قضایی، ممکن است بیشتر دچار احساس قربانی شدن شوند. تأثیرات اثبات شدهٔ آزار جنسی شامل اختلال استرس پس از آسیب، اختلال جنسی و آشوب‌های شناختی-عاطفی مانند احساس گناه، شرم و خود-سرزنشگری است.

در نهایت، ترومای بین‌فردی که مسبب آن افراد نزدیک هستند می‌تواند در مراحل مختلف رشد رخ دهد؛ یعنی زمانی که آسیب‌پذیری نسبت به آشفتگی‌های روان‌شناختی بالاست. برای مثال تروما ممکن است شامل خیانت توسط مراقب و نقض نیاز فرد به امنیت، احترام، مرزهای بین‌فردی و ارزش‌ها و باورهای اخلاقی بنیادی شود که رشد طبیعی را به خطر می‌اندازد. مهمترین انواع اثبات‌شده این تجربیات آسیب‌زا آزارهای جسمی و جنسی دوران کودکی و قربانی شدن طی مواجهه با خشونت