

دانلود
کتاب



بدن فراموش نمی کند

نویسنده : بسل ون در کولک



بدن فراموش نمی‌کند

مغز، ذهن و بدن در بهبود تروما

بسل ون در کولک

ترجمه‌ی اکبر درویشی

بدن فراموش نمی کند

مغز، ذهن و بدن در بهبود تروما

نویسنده: بسل ون در کولک

مترجم: اکبر درویشی

تقديم به بیمارانم که درد کشیدند و کتاب درسی‌ام بودند

- نویسنده

پیشگفتار

مواجهه با تروما

حتماً لازم نیست سرباز جنگی باشید یا از اردوگاه پناهجویان در سوریه و کنگو دیدن کنید تا دچار تروما شوید. تروما برای ما، دوستانمان، خانواده‌هایمان و همسایه‌هایمان اتفاق می‌افتد. مطالعه‌ای در مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری نشان داده که از هر پنج امریکایی، یک نفر در کودکی دچار آزار جنسی شده است؛ از هر چهار نفر، یک نفر به‌گونه‌ای توسط والدینش کتک خورده که آثار آن روی بدن باقی مانده است؛ و از هر سه زوج، یک زوج درگیر خشونت فیزیکی می‌شود. یک‌چهارم ما با خویشاوندانی الکلی بزرگ شده‌ایم و از هر هشت نفر، یک نفرمان شاهد کتک‌خوردن مادرش بوده است. (۱)

ما انسان‌ها جزء گونه‌هایی فوق‌العاده سرسختیم. از زمان‌های کهن تاکنون، از جنگ‌های پی‌درپی، بلایای بی‌شمار (طبیعی و مصنوعی) و خشونت و خیانت در زندگی جان سالم به در برده‌ایم. اما تجربه‌های منجر به تروما چه در سطحی بزرگ (بر روی تاریخ و فرهنگ ما)، چه در سطحی شخصی‌تر روی

خانواده‌هایمان، بی‌تردید ردی از خود به‌جای می‌گذارند و رازهایی تاریک به‌شکلی نامحسوس از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شوند. اثر این تجربه‌ها روی ذهن و هیجانات، ظرفیت ما برای شادی و برقراری روابط صمیمی و حتی زیست‌شناسی و دستگاه ایمنی بدن ما نیز به جا می‌ماند.

تروما نه‌تنها بر کسانی که مستقیماً در معرض آن هستند، بلکه بر افراد مجاور نیز تأثیر می‌گذارد. سربازانی که از جنگ به خانه برمی‌گردند ممکن است با خشم و غیاب عاطفی خود خانواده‌هایشان را بترسانند. همسر مردانی که به اختلال استرس پس‌از تروما (پی‌تی‌اس‌دی)^۱ دچارند، میل به افسردگی دارند و فرزندان مادران افسرده نیز در معرض خطر بزرگ‌شدن در ناامنی و اضطراب قرار دارند. قرار داشتن در معرض خشونت خانوادگی در کودکی غالباً موجب دشواری در ایجاد روابطی پایدار و اعتمادبرانگیز در بزرگ‌سالی می‌شود.

تروما، اصولاً تحمل‌ناپذیر و توان‌فرساست. بیشتر قربانیان تجاوز، سربازان جنگی و کودکانی که آزار دیده‌اند وقتی به آنچه بر سرشان گذشته فکر می‌کنند، اندوهشان به حدی است که می‌کوشند فکر آن رویدادها را از ذهنشان دور و وانمود کنند اتفاقی نیفتاده و با آن کنار بیایند. با داشتن خاطره‌ترس و احساس شرمساری از ضعف و آسیب‌پذیری مطلق، ادامه‌حیات به انرژی بسیار عظیمی نیاز دارد.

هرچند همه ما می‌خواهیم از تروما عبور کنیم، بخشی از مغز که مسئول حصول اطمینان از بقای ماست (در جایی بسیار پایین‌تر از مغز منطقی ما)، مهارت چندانی در انکارکردن ندارد. مدت‌ها بعد از اتمام تجربه تروما، کوچک‌ترین اشاره به خطر به فعال‌سازی مجدد آن می‌انجامد و مدارهای مغزی آسیب‌دیده را تحریک و مقادیر چشمگیری هورمون‌های استرس ترشح می‌کند. این امر سبب ایجاد احساسات ناخوشایند و ادراکات فیزیکی شدید و همین‌طور کنش‌های شتاب‌زده و پرخاشگرانه می‌شود. این واکنش‌های پس از تروما نامفهوم و تحمل‌ناپذیر به نظر می‌رسند. نجات‌یافتگان تروما که احساس می‌کنند بر رفتار خود کنترل ندارند، رفته‌رفته دچار این نگرانی می‌شوند که آسیب‌های وارد شده به آن‌ها شدید و جبران‌ناپذیر است.

به خاطر دارم اولین بار در حدود چهارده سالگی در اردوی تابستانی مجذوب پزشکی شدم. پسرعمویم، مایکل، تمام شب برایم درباره پیچیدگی نحوه کار کلیه‌ها، چگونگی دفع مواد زائد بدن و جذب مجدد مواد شیمیایی لازم برای حفظ تعادل بدن حرف زد. شرح او از شیوه اعجاب‌آور عملکرد بدن مرا شیفته خود کرد.

بعدها در خلال هر مرحله از آموزش‌های پزشکی‌ام، چه وقتی که داشتم جراحی می‌خواندم، چه کاردیولوژی و چه طب اطفال، برایم محرز بود که پی‌بردن به نحوه کار اندام، راه اصلی درمان است. بالاین حال، وقتی دوره روان‌پزشکی‌ام را آغاز کردم، تضاد بین پیچیدگی حیرت‌آور ذهن و نحوه وابستگی و پیوند ما انسان‌ها به هم و همچنین دانش محدود روان‌پزشکان از منشأ مشکلاتی که در پی درمانش بودند، مبهم‌تر کرد. آیا می‌شود روزی همان‌قدر درباره مغز، ذهن و عشق بدانیم که درباره دیگر دستگاه‌های تشکیل‌دهنده اندامان اطلاعات داریم؟

مشخصاً تا رسیدن به چنین درک مفصلی سال‌ها فاصله داریم؛ اما تولد سه شاخه جدید علمی به شکوفایی دانش در خصوص تأثیرات ترومای روانی، سوءاستفاده و بی‌توجهی انجامیده است. این سه رشته جدید علمی عبارت‌اند از:

علوم اعصاب، مطالعه چگونگی پشتیبانی مغز از فرایندهای ذهنی؛ آسیب‌شناسی روانی رشد، مطالعه تأثیر رویدادهای مخرب بر تحول ذهن و مغز؛ و عصب‌زیست‌شناسی بین‌فردی، مطالعه نحوه تأثیرگذاری رفتار ما بر هیجانات، زیست‌شناسی و ذهنیت افراد پیرامونی ما.

پژوهش‌های انجام‌شده در این رشته‌ها نشان داده است که تروما عامل بروز تغییرات فیزیولوژیکی واقعی است، تغییراتی از قبیل واسنجی مجدد دستگاه هشدارنده مغز، افزایش فعالیت هورمون استرس، و دست‌کاری‌هایی جزئی در سیستمی که مسئولیت جداسازی اطلاعات مرتبط از غیرمرتبط را بر عهده دارد. هم‌اکنون ما می‌دانیم که تروما سبب اختلال در منطقه‌ای از مغز می‌شود که حس فیزیکی و مجسم زنده‌بودن را مخابره می‌کند. چنین تغییراتی برای ما روشن می‌کنند که چرا افراد مبتلا به تروما، به قیمت غفلت از مشغولیت فی‌البداهه به زندگی روزمره خود، هوشیاری بیش از حدی به تهدیدات دارند. این تغییرات همچنین به ما کمک می‌کنند تا پی ببریم چرا افراد مبتلا به تروما اغلب دچار گرفتاری‌هایی تکراری می‌شوند و عبرت‌گرفتن از تجارب گذشته این‌قدر برایشان مشکل است. حالا می‌دانیم که رفتار آن‌ها حاصل ضعف اخلاقی یا نشانه‌های بی‌ارادگی یا سرشت بد نیست؛ تغییرات واقعی در مغز مسبب بروز چنین رفتارهایی است.

افزایش چشمگیر دانش ما از فرایندهای زیربنایی تروما فرصت‌های جدیدی را برای تسکین یا حتی بهبود آسیب‌ها فراهم کرده است. حالا ما می‌توانیم شیوه‌ها و تجاربی بیافرینیم که با بهره‌گیری از قابلیت انعطاف‌پذیری عصبی طبیعی مغز به بازماندگان کمک کنند تا در لحظه کاملاً احساس سرزندگی داشته

باشند و به زندگی‌شان ادامه دهند. اساساً سه مسیر پیش رویمان قرار دارد: ۱. کل به جزء، با حرف زدن، ارتباط‌گیری (مجدد) با دیگران، و فراهم ساختن فرصت شناخت و درک آنچه درونمان در حال وقوع است و در عین حال پردازش خاطرات تروما؛ ۲. مصرف قرص‌هایی که واکنش‌های هشداردهنده نادرست را از کار می‌اندازند یا بهره‌گیری از فناوری‌هایی که شیوه سازمان‌دهی اطلاعات در مغز را تغییر می‌دهند؛ و ۳. جزء به کل، با امکان‌پذیر کردن تجربیاتی در بدن که عمیقاً و اساساً با درماندگی، خشم یا فروپاشی ناشی از تروما در تضادند. تعیین بهترین گزینه از بین گزینه‌های فوق برای هر بازمانده خاصی کاملاً تجربی است. بیشتر افرادی که با آن‌ها کار کرده‌ام به تلفیقی از هر سه گزینه نیاز داشته‌اند.

همه عمرم را به این موضوع اختصاص داده‌ام. در این راه، همکاران و دانشجویانم در مرکز تروما که سی سال قبل آن را بنا نهادم، پشتیبان من بوده‌اند. ما با کمک هم هزاران کودک و بزرگسال مبتلا به تروما را درمان کرده‌ایم: قربانیان کودک‌آزاری، بلایای طبیعی، جنگ‌ها، تصادفات و قاچاق انسان؛ افرادی که از جانب نزدیکان و غریبه‌ها مورد تهاجم قرار گرفته‌اند. ما مدت‌هاست که در جلسات هفتگی خود با گروه درمانی به تفصیل درباره بیمارانمان بحث و گفت‌وگو و کارایی شیوه‌های مختلف درمانی را برای هریک از آنان به دقت رصد می‌کنیم.

مأموریت اصلی ما همواره مراقبت از کودکان و بزرگسالانی بوده که برای درمان به ما مراجعه کرده‌اند؛ اما از همان ابتدا خود را وقف پژوهش دربارهٔ واکاوی تأثیرات استرس ناشی از تروما بر افراد مختلف و تعیین درمان مناسب برای آن‌ها نیز کرده‌ایم. مؤسسهٔ ملی سلامت روان، مرکز ملی پزشکی مکمل و جایگزین، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری و تعدادی از نهادهای خصوصی با ارائهٔ کمک‌های مالی خود ما را در مطالعهٔ کارایی شیوه‌های درمانی مختلف از تجویز دارو گرفته تا صحبت کردن، یوگا، ای‌ام‌دی‌آر (حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد)، نمایش‌درمانی و بازخورد عصبی پشتیبانی کردند.

مشکل اصلی این است: افراد چگونه می‌توانند بر آثار به‌جای‌مانده از ترومای گذشته‌شان مسلط شوند و بار دیگر هدایت کشتی خود را به دست گیرند؟ صحبت، درک و پیوندهای انسانی کمک‌کننده است؛ دارو نیز سیستم‌های هشداردهندهٔ بیش‌فعال را متعادل می‌کند. اما باز هم خواهیم دید که برخی تجربه‌های فیزیکی که مستقیماً در تضاد با درماندگی، خشم و فروپاشی ناشی از تروما هستند، ماهیت نشانه‌هایی از گذشته را تغییر می‌دهند و به‌تبع آن کنترل فرد را مجدداً در اختیار می‌گیرند. من شیوهٔ درمانی ارجحی ندارم؛ چون هیچ روش مستقلاً وجود ندارد که مناسب همهٔ بیماران باشد؛ باین‌حال، از

تمامی شیوه‌های درمانی گفته‌شده در این کتاب بهره می‌برم. هریک از این شیوه‌ها، بسته به ماهیت مشکل پیش‌رو و طبیعت هر فرد، ممکن است تغییرات شگرفی را ایجاد کنند.

هدفم از نگارش این کتاب این بود تا هم حکم راهنما را داشته باشد و هم دعوت؛ دعوتی برای متعهد شدن به مواجهه با واقعیت تروما، بررسی بهترین روش درمان آن و وقف خود، به مثابه افراد جامعه، برای بهره‌گیری از تمامی ابزارهای موجود به منظور پیشگیری از وقوع آن.

بخش اول: واکاوی مجدد تروما

فصل اول: درس‌هایی از کهنه‌سربازان جنگ ویتنام

در یک روز سرد و ابری در زمستان سال ۱۹۷۵، وقتی دوازده‌ساله بودم، شخصیت امروزم شکل گرفت...
. مدت‌ها از آن روز می‌گذرد؛ اما آنچه درباره‌ی گذشته می‌گویند حقیقت ندارد... . حالا که به گذشته نگاه می‌کنم، می‌بینم که همه‌ی این ۲۶ سال یواشکی به آن کوچه خلوت نگاه کرده‌ام.

^۲ خالد حسینی، بادبادک‌باز

به نظر می‌رسد زندگی عده‌ای از مردم در قالب روایت جریان دارد؛ زندگی خودم توقف‌ها و آغازهای بسیاری داشت. تروما نیز به همین شکل است. خط داستانی را قطع می‌کند...، به یک‌باره اتفاق می‌افتد و سپس زندگی به روال خود ادامه می‌دهد. کسی برای آن آماده‌تان نمی‌کند.

^۳ انکار: شرح حالی از وحشت ^۴ جسیکا استرن

سه‌شنبه پس از تعطیلات آخرهفته جشن استقلال آمریکا در سال ۱۹۷۸، اولین روز کاری‌ام به‌عنوان

روان‌پزشک در درمانگاه ادارهٔ امور کهنه‌سربازان بوستون بود. همین‌طور که داشتم نسخه‌ای بدلی از تابلوی «کوری عصاکش کور دگر»^۵ بروگل^۶ را روی دیوار اتاق جدیدم نصب می‌کردم، همه‌های در بخش پذیرش در انتهای سالن به گوشم رسید. لحظه‌ای بعد، مرد گنده و ژولیده‌ای با کت‌وشلوار سه‌تکهٔ رنگ‌ورورفته‌ای که نسخه‌ای از مجلهٔ سولجر آو فورچون^۷ را زیر بغلش نگه داشته بود، به‌زور از در وارد شد. به‌قدری آشفته و مشخصاً خمار بود که با خودم گفتم احیاناً برای این نره‌غول چه کمکی از دستم برمی‌آید. از او خواستم بنشیند و بگوید چه کاری می‌توانم برایش انجام دهم.

اسمش تام بود. ده سال قبل عضو تفنگ‌داران دریایی امریکا بوده و در ویتنام خدمت می‌کرده است. به‌جای آنکه تعطیلات آخر هفته را در کنار خانواده‌اش بگذرانند، در دفتر وکالتش در مرکز شهر بوستون محبوس شده بود و به می‌خوارگی و تماشای عکس‌های قدیمی پرداخته بود. با توجه به تجربهٔ سال‌های گذشته‌اش می‌دانست که سروصدا، آتش‌بازی، هیجان و پیک‌نیک در حیاط‌خلوت خانهٔ خواهرش در پس‌زمینهٔ شاخ‌وبرگ‌های متراکم اول تابستان که همگی خاطرات ویتنام را زنده می‌کرد، برایش آزاردهنده خواهد بود. وقتی غمگین بود، می‌ترسید کنار خانواده‌اش باشد؛ چون با همسر و دو پسر کوچکش مثل هیولا رفتار می‌کرد. سروصدای بچه‌هایش به‌قدری آشفته‌اش می‌کرد که با عصبانیت از خانه خارج

می‌شد تا مبدا آسیبی به آن‌ها برساند. فقط می‌خوارگی تا سرحد فراموشی و رانندگی با موتور هارلی دیویدسونش آن هم با سرعتی فوق‌العاده زیاد به آرام‌شدنش کمک می‌کرد.

شب‌ها هم تسکینی در پی نداشت؛ کابوس‌هایی دربارهٔ کمین دشمن در یکی از شالیزارهای ویتنام که در آن، همهٔ اعضای دسته کشته یا زخمی شدند، مرتباً او را از خواب می‌پراند.

علاوه بر این، فلش‌بک‌های وحشتناکی سراغش می‌آمدند که در آن کودکان مردهٔ ویتنامی را می‌دید. این کابوس‌ها به قدری ترسناک بود که تام از خوابیدن بیم داشت و غالباً بخش زیادی از شب‌ها را به می‌خوارگی می‌گذراند. صبح‌ها همسرش می‌دید که تام بیهوش روی کاناپهٔ پذیرایی خوابیده است. او و پسرها مجبور بودند اطراف تام روی پنجه راه بروند و در همین اثنا او صبحانهٔ بچه‌ها را پیش‌از رساندنشان به مدرسه آماده می‌کرد.

تام همین‌طور که داشت پیشینه‌اش را با من در میان می‌گذاشت، گفت که در سال ۱۹۶۵ به‌عنوان شاگرداول کلاس از دبیرستان فارغ‌التحصیل شده است. مطابق با سنت خانوادگی خدمت نظامی، بلافاصله پس از فارغ‌التحصیلی در سپاه تفنگ‌داران دریایی نام‌نویسی کرد. پدرش در جنگ جهانی دوم

در ارتش ژنرال پتن^۸ خدمت کرده بود، تام هم هرگز در انتظارات پدرش تردید نکرد. تام که آدمی ورزش‌کار، باهوش و رهبری برجسته شده بود، پس از اتمام دوره آموزشی مقدماتی، قدرت و اثرگذاری را در خود احساس کرد. او عضو گروهی بود که تقریباً آماده هر کاری بودند. در ویتنام سریعاً رهبری یک دسته را بر عهده گرفت و هشت تفنگ‌دار دیگر زیر دستش بودند. جان سالم به در بردن از تولا در لجن‌زارها در میان آتش مسلسل موجب می‌شود تا افراد حس خوبی درباره خود و هم‌زمانشان داشته باشند.

تام پس از اتمام دوره مأموریتش، با شرافت از خدمت ترخیص شد و همه خواسته‌اش این بود که ویتنام را به دست فراموشی بسپارد. به ظاهر او دقیقاً همین کار را کرد. به یکی از دانشگاه‌های تحت پوشش لایحه سربازی^۹ رفت، از دانشکده حقوق فارغ‌التحصیل شد، با عشق دوران دبیرستانش ازدواج کرد و صاحب دو پسر شد.

با وجود اینکه نامه‌های همسرش در آن جنون جنگل سرپا نگهش داشته بود، به سختی می‌توانست محبت خاصی به او در دلش احساس کند و همین مسئله ناراحتش می‌کرد. تام وانمود می‌کرد روزگاری معمولی را می‌گذرانند، به این امید که با این ظاهرسازی بار دیگر خود قبلی‌اش شود. در آن مقطع شغل

وکالتِ پررونق و خانواده‌ای همه‌چیز تمام داشت؛ اما احساس می‌کرد زندگی‌اش طبیعی نیست؛ از درون احساسِ مردگی می‌کرد.

به‌رغم اینکه تام اولین کهنه‌سربازی بود که در طول دوران حرفه‌ای‌ام با آن مواجه شده بودم، بسیاری از جنبه‌های داستان زندگی‌اش برایم آشنا بود. خودم در هلند پس از جنگ بزرگ شدم و در ساختمان‌های بمباران‌شده بازی می‌کردم. پدرم به‌قدری بی‌پرده مخالفتش را با نازی‌ها ابراز کرده بود که او را به زندان سیاسی فرستاده بودند. پدرم هیچ‌وقت دربارهٔ تجارب جنگی‌اش حرف نزد؛ اما مستعد غلیان خشم غیرمنتظره‌ای بود که حیرت مرا که پسر کوچکی بودم، برمی‌انگیخت. چگونه مردی که هر روز صبح و درحالی‌که بقیهٔ اعضای خانواده خواب بودند، برای خواندن دعا و قرائت انجیل بی‌سروصدا از پله‌ها پایین می‌رفت، می‌توانست چنین خلق‌وخوی ترسناکی داشته باشد؟ چگونه ممکن بود فردی که زندگی‌اش وقف پی‌گیری عدالت اجتماعی است، این‌قدر غرق در خشم باشد. چنین رفتار اسرارآمیزی را در عموم هم دیدم. ژاپنی‌ها او را در هند شرقی هلند (اندونزی کنونی) اسیر کردند و برای کار اجباری به برمه انتقالش دادند. او روی پل معروف رودخانهٔ کوای^{۱۰} به کار گرفته شد. او نیز به‌ندرت دربارهٔ جنگ حرف می‌زد و اغلب دچار خشم‌های ناگهانی و افسارگسیخته‌ای می‌شد.

همان‌طور که داشتم به تام گوش می‌دادم، با خودم می‌گفتم آیا عمو و پدرم هم کابوس و فلش‌بک داشته‌اند یا نه؛ آیا آن‌ها هم حس می‌کردند از عزیزانشان جدا افتاده‌اند و نمی‌توانند لذتی واقعی در زندگی‌شان پیدا کنند. احتمالاً جایی در پس‌زمینه ذهنم خاطرات مادر وحشت‌زده و غالباً وحشت‌آورم هم وجود داشته است؛ گاهی ترومای کودکی سراغش می‌آمد و حالا اطمینان دارم، بیشتر مواقع برایش بازآفرینی می‌شد. عادت آزاردهنده‌ای داشت که هروقت درباره زندگی دوران کودکی‌اش از او می‌پرسیدم، از حال می‌رفت و ملامتم می‌کرد که چرا این‌قدر ناراحتش کرده‌ام.

تام که از علاقه آشکار من خاطر جمع شده بود، نشست و برایم تعریف کرد که چقدر وحشت‌زده و سردرگم است. نگران آن بود که دارد شبیه پدرش می‌شود؛ پدرش همیشه عصبانی بود و به‌ندرت با فرزندانش حرف می‌زد؛ البته به استثنای وقتی که آن‌ها را به شکل ناخوشایندی با هم‌رزمانش مقایسه می‌کرد که در حوالی کریسمس سال ۱۹۴۴ در جریان نبرد بالچ^{۱۱} جان‌شان را از دست داده بودند.

همچنان که جلسه درمانی به پایان خودش نزدیک می‌شد، همان کاری را کردم که پزشکان معمولاً انجام می‌دهند: روی بخشی از داستان تام متمرکز شدم که فکر می‌کردم متوجهش شده‌ام: کابوس‌هایش. در دوران دانشجویی در آزمایشگاه خواب کار کرده بودم و ضمن مشاهده چرخه خواب/

رؤیای افراد، در نگارش چندین مقاله دربارهٔ کابوس‌های شبانه کمک کرده بودم. علاوه بر این، در پژوهش‌های اولیه‌ای نیز دربارهٔ تأثیرات مثبت داروهای روان‌گردان شرکت داشتم که در دههٔ ۱۹۷۰ به‌تازگی داشتند استفاده می‌شدند. بنابراین، به‌رغم اینکه درک درستی از حجم مشکلات تام نداشتم، می‌توانستم کابوس‌هایش را بفهمم و از آنجاکه ایمان شدیدی به زندگی بهتر از طریق شیمی داشتم، دارویی برایش تجویز کردم که اثرگذاری آن در کاهش تعداد و شدت کابوس‌ها برایمان ثابت شده بود. وقت ویزیت مجددی را برای دو هفتهٔ بعد به تام دادم.

وقتی دوباره به مطبم آمد، مشتاقانه میزان اثربخشی داروها را از او جویا شدم. گفت که هیچ‌یک از قرص‌ها را نخورده است. درحالی‌که سعی می‌کردم عصبانیت‌م را پنهان کنم، دلیلش را از او پرسیدم. جواب داد: «دیدم اگر قرص‌ها را بخورم و کابوس‌هایم تمام شود، یعنی دوستانم را ترک کرده‌ام و مرگشان بیهوده بوده است. من باید یادگار زنده‌ای از دوستانم باشم که در ویتنام مردند.»

به‌تازگی شدم: وفاداری تام به مردگان او را از پرداختن به زندگی خود بازداشته بود؛ درست به همان شکلی که تعهد پدرش به دوستانش زندگی را از او گرفته بود. تجارب این پدر و پسر در میدان نبرد، ادامهٔ زندگی آن‌ها را بی‌معنی کرده بود. این اتفاق چگونه رخ داده بود و چه کاری از دست ما برمی‌آمد؟

آن روز صبح به این موضوع پی بردم که احتمالاً بقیه عمر حرفه‌ای‌ام را به گره‌گشایی از رموز تروما خواهم پرداخت. تجارب وحشتناک چگونه باعث می‌شود تا افراد شدیداً درگیر گذشته شوند؟ در ذهن و مغز افراد چه اتفاقی می‌افتد که آن‌ها را بی‌حرکت می‌کند و در جایی به دام می‌اندازد که به شدت خواهان رهایی از آن هستند؟ چرا در فوریه سال ۱۹۶۹ وقتی پس از پروازی طولانی از دانانگ ویتنام، والدین تام او را در فرودگاه بین‌المللی لوگان بوستون در آغوش گرفتند، جنگ برایش تمام نشد؟

نیاز تام به این مسئله که ادامه زندگی‌اش یادمانی از هم‌زمانش است به من آموخت که او از موقعیتی به مراتب پیچیده‌تر رنج می‌برد و موضوع صرفاً به خاطرات بد یا شیمی آسیب‌دیده مغز یا مدارهای تغییر یافته مغزی مرتبط با ترس محدود نمی‌شود. قبل از آن کمین خوردن در شالیزار، تام دوستی وفادار و باگذشت بوده، کسی که از زندگی لذت می‌برد و علایق و خوشی‌های بسیاری داشته است. در یک لحظه دلهره‌آور، تروما همه چیز را دگرگون کرده بود.

در بازه‌ای که در ادارهٔ امور کهنه‌سربازان بودم، با مردان زیادی مواجه شدم که واکنش‌های مشابهی داشتند. آن‌ها حتی بر سر مسائل جزئی هم اغلب دچار خشم شدیدی می‌شدند. جای مشت‌هایشان روی دیوارپوش‌های محوطهٔ عمومی درمانگاه دیده می‌شد و مأموران حراست دائماً درگیر مراقبت از نمایندگان بیمه و مسئولان پذیرش از دست این کهنه‌سربازهای خشمگین بودند. البته رفتار آن‌ها ما را هم می‌ترساند؛ اما من در عین ترس شیفتهٔ این کار نیز شده بودم.

در خانه، من و همسر من همین مشکلات را با بچه‌هایمان داشتیم؛ وقتی از آن‌ها می‌خواستیم اسفناجشان را بخورند یا جوراب گرم بپوشند، همیشه قشقرق راه می‌انداختند. پس چه دلیلی داشت که به رفتارهای ناشی از بلوغ‌نیافتگی کودکانم کاملاً بی‌توجه بودم؛ اما اتفاقی که کهنه‌سربازها درگیرش بودند عمیقاً نگرانم کرده بود (البته به‌جز اندازه‌هایشان که این امکان را به آن‌ها می‌داد تا در مقایسه با شصت‌سالگی‌های خانهٔ من، آسیب‌های به‌مراتب بیشتری به بار بیاورند)؟ دلیلش آن بود که کاملاً مطمئن بودم با مراقبت درست، بچه‌هایم رفته‌رفته یاد می‌گیرند چطور با درماندگی‌ها و سرخوردگی‌هایشان کنار بیایند؛ اما شک داشتم که آیا می‌توانم به کهنه‌سربازها کمک کنم تا مهارت‌های خودکنترلی و خودنظارتی را که در جنگ از دست داده بودند، بار دیگر کسب کنند.

متأسفانه چیزی در آموزش‌های روان‌پزشکی‌ام مرا برای مواجهه با مشکلاتی که تام و همتایان کهنه‌سربازش با آن روبه‌رو بودند آماده نکرده بود. به کتاب‌خانه پزشکی رفتم تا کتاب‌هایی دربارهٔ روان‌رنجوری جنگ، موج‌گرفتگی، خستگی نبرد یا هر اصطلاح یا عارضهٔ دیگری بیابم که تصور می‌کردم ممکن است وضعیت بیمارانم را برایم روشن‌تر کند. در کمال تعجب، متوجه شدم که کتاب‌خانهٔ اداره یک کتاب هم دربارهٔ چنین حالاتی نداشت. با وجود گذشت پنج سال از خروج آخرین سرباز امریکایی از ویتنام، مسئلهٔ ترومای جنگی هنوز در دستور کار کسی نبود. بالاخره در کتاب‌خانهٔ کونتوی دانشکدهٔ پزشکی هاروارد کتاب روان‌رنجوری‌های ترومایی در جنگ^{۱۲} را پیدا کردم که در سال ۱۹۴۱ روان‌پزشکی به نام آبرام کاردینر^{۱۳} آن را نوشته بود. این کتاب شرح مشاهدات کاردینر از کهنه‌سربازان جنگ جهانی اول بود و پیش از هجوم سربازان موج‌گرفته‌ای منتشر شده بود که پیش‌بینی می‌شد جزء تلفات جنگ جهانی دوم باشند. (۱)

کاردینر نیز همان پدیده‌هایی را گزارش کرد که من با آن‌ها روبه‌رو بودم: پس از جنگ، بیمارانش گرفتار حس بیهودگی بودند؛ آن‌ها با وجود اینکه پیش از این عملکرد خوبی داشته‌اند، گوشه‌گیر و منزوی شدند. آنچه کاردینر از آن به «روان‌رنجوری‌های ترومایی» یاد می‌کرد، امروزه اختلال استرس پس از تروما یا

پی‌تی‌اس‌دی نامیده می‌شود. کاردینر متوجه شد که این افراد به هوشیاری و حساسیت مزمنی در مقابل تهدید دچار می‌شوند. جمع‌بندی او مخصوصاً توجه مرا به خود جلب کرد: «روان‌رنجوری جسمی، هسته روان‌رنجوری است.» (۲) به عبارت دیگر، استرس پس‌از تروما آن‌طور که مردم تصور می‌کنند «تماماً در سر انسان» نیست؛ بلکه مبنایی جسمانی دارد. کاردینر حتی به این موضوع پی برد که ریشه علائم به واکنش کل بدن به ترومای اولیه برمی‌گردد.

توصیفات کاردینر مشاهدات مرا تأیید می‌کرد که موضوع دل‌گرم‌کننده‌ای بود؛ اما دستورالعمل چندانی درباره نحوه کمک به کهنه‌سربازها ارائه نداده بود. نبود منابع در این زمینه مشکل‌ساز بود؛ اما استاد بزرگم، الوین سمراد،^{۱۴} به ما آموخته بود که به کتاب‌های درسی سوءظن داشته باشیم. می‌گفت فقط یک کتاب درسی واقعی داریم: بیمارهایمان. فقط باید به چیزهایی اعتماد کنیم که می‌توانیم از آن‌ها، و همین‌طور از تجربه شخصی خود، یاد بگیریم. بسیار ساده به نظر می‌رسد؛ اما باوجوداینکه سمراد ما را به سمت اتکا به خودشناسی سوق می‌داد، این نکته را هم یادآور می‌شد که چنین فرایندی به‌واقع دشوار است؛ زیرا بشر متخصص خوش‌خیالی و پنهان‌سازی حقیقت است.

به خاطر دارم که می‌گفت: «بزرگ‌ترین منبع رنج‌های ما دروغ‌هایی است که به خودمان می‌گوییم.» در

مدت فعالیت در ادارهٔ امور کهنه‌سربازان خیلی زود پی بردم که مواجهه با واقعیت تا چه اندازه زجرآور است. این مسئله هم دربارهٔ بیمارانم و هم دربارهٔ خودم صدق می‌کرد.

ما واقعاً دوست نداریم بدانیم که سربازان در جنگ متحمل چه رنج‌هایی می‌شوند. واقعاً نمی‌خواهیم بدانیم در جامعهٔ ما چند کودک مورد آزار و سوءاستفاده قرار می‌گیرند یا اینکه چند زوج، این‌طور که معلوم است حدود یک‌سوم آن‌ها، در مقطعی از رابطهٔ خود درگیر خشونت می‌شوند. دوست داریم خانواده‌ها را پناهگاه‌هایی امن در جهانی بی‌رحم بدانیم و فرض کنیم کشورمان از آدم‌هایی فرهیخته و متمدن تشکیل شده است. ترجیح می‌دهیم باور کنیم ظلم فقط در جاهای دورافتاده‌ای مثل دارفور سودان یا کنگو اتفاق می‌افتد. صحبت کردن از رنج حتی برای شاهدان بیرونی هم به اندازهٔ کافی دشوار است. بنابراین، عجیب نیست که افراد مبتلا به تروما خودشان طاقت یادآوری آن را ندارند و برای فراموشی آگاهی‌های تحمل‌ناپذیر خود اغلب به مواد مخدر، الکل یا خودزنی روی می‌آورند.

در مسیرم برای پی‌بردن به نقش رویدادهای توان‌فرسا در فروپاشی زندگی افراد و یافتن راهی برای احیای مجدد حس زندگی در آن‌ها، تام و دیگر کهنه‌سربازان اولین معلمان من بودند.

تروما و ازدست دادن خود

اولین مطالعه‌ام در ادارهٔ امور کهنه‌سربازان با این پرسش سازمان‌یافته آغاز شد که در ویتنام چه بر سرشان آمده بود. قصد داشتم بدانم چه چیزی کاسهٔ صبرشان را لبریز کرده و چرا عده‌ای در اثر چنین تجربه‌ای از پای درآمده‌اند، حال آنکه بقیه توانسته‌اند به زندگی‌هایشان ادامه دهند. (۳) بیشتر مردانی که با آن‌ها مصاحبه کردم درحالی به جنگ اعزام شده بودند که خود را کاملاً آماده می‌دانستند. سختی‌های آموزش‌های مقدماتی و خطر مشترک، آن‌ها را به هم نزدیک کرده بود. عکس خانواده‌هایشان را به هم نشان می‌دادند؛ با معایب یکدیگر کنار می‌آمدند. علاوه بر این، آمادگی‌اش را داشتند تا جان خود را به خاطر دوستانشان به خطر بیندازند. بیشترشان رازهای پنهانی خود را با دوستی صمیمی در میان می‌گذاشتند و عده‌ای تا آنجا پیش می‌رفتند که لباس‌ها و جوراب‌های هم را می‌پوشیدند.

بیشتر آن‌ها رفاقت‌هایی شبیه دوستی تام با الکس داشتند. تام در اولین روز حضورش در ویتنام با الکس، یک ایتالیایی اهل ملدن ماساچوست، آشنا شد و آن‌ها فوراً دوستان صمیمی هم شدند. سوار یک جیپ می‌شدند، به یک موسیقی گوش می‌کردند و نامه‌های یکدیگر را که خانواده‌هایشان فرستاده بودند،

می خواندند. با هم مست می کردند و در کافه ها دنبال دختران ویتنامی مشابهی می رفتند.

پس از گذشت حدود سه ماه از حضورشان در آنجا، یک روز درست قبل از غروب آفتاب رهبری جوخه برای گشت پیاده در شالیزاری به تام سپرده شد. به یک باره بارانی از گلوله از دیواره های سبز جنگل اطراف به سمتشان شلیک شد و افراد جوخه را یک به یک هدف قرار داد. تام برایم تعریف کرد که وقتی تمامی اعضای گروه در عرض چند ثانیه کشته یا زخمی شدند، چطور با وحشتی از سر درماندگی نظاره گر ماجرا بوده است.

یک تصویر هرگز از ذهنش خارج نمی شد: پس سر الکس که به روی شکم روی شالیزار افتاده بود و پاهایش بالا بود. همچنان که این صحنه ها را به یاد می آورد، اشک می ریخت. «تنها دوست واقعی ای بود که تابه حال داشتم.» پس از این حادثه، تام هر شب صدای ضجه های افرادش را می شنید و افتادن بدن هایشان در آب را می دید. هرگونه صدا، بو یا تصویری که آن کمین را به یادش می آورد (مثلاً آتش زدن فشفشه در شب چهارم جولای) به اندازه همان روزی که با بالگرد شالیزار را ترک کرد، میخکوب، وحشت زده و عصبانی اش می کرد.

شاید حتی بدتر از فلش‌بک‌های مکرر آن کمین برای تام، خاطرهٔ اتفاقات پس از این ماجرا بود. به راحتی می‌توانستم تصور کنم چگونه خشم تام در مرگ دوستش بعداً به فاجعه‌ای ختم شده بود. قبل از اینکه ماجرا را برایم تعریف کند، چندین ماه با شرم فلج‌کننده‌ای دست‌وپنجه نرم کرده بود. از زمان‌های کهن تاکنون کهنه‌سربازها، مثل آشیل در ایلیاد هومر، با انتقام‌جویی‌های وصف‌ناپذیری به مرگ یاران خود واکنش نشان داده‌اند. یک روز پس از این حادثه، تام با حالتی جنون‌آمیز به یکی از روستاهای اطراف رفت، بچه‌ها را کشت، کشاورز بی‌گناهی را هدف گلوله قرار داد و به یک زن ویتنامی تجاوز کرد. پس از آن، بازگشت به خانه برایش معنا نداشت و به‌واقع کار غیرممکنی بود. چطور می‌توانید با همسران روبه‌رو شوید و به او بگویید به زنی درست مثل او وحشیانه تجاوز کرده‌اید، یا اینکه اولین قدم‌های پسران را ببینید وقتی این کار شما را به یاد کودکی می‌اندازد که او را کشته‌اید؟ تام به‌گونه‌ای مرگ الکس را احساس کرد که گویا بخشی از وجود خودش برای همیشه نابود شده بود؛ بخشی که خوب، شرافتمند و قابل‌اعتماد بود. تروما، چه حاصل کاری باشد که روی شما انجام شده یا نتیجهٔ چیزی باشد که خودتان انجام داده‌اید، برقراری روابط عاشقانه را تقریباً برای همیشه دشوار می‌کند. وقتی دست به چنین کار شنیعی زده‌اید، دیگر چگونه می‌توانید به خود یا کس دیگری اعتماد کنید؟ یا به‌عکس، پس از تعرض وحشیانه به شما، چطور می‌توانید خود را تسلیم چنین رابطه‌ای کنید؟

تام با جان و دل سر قرارهایش حاضر می‌شد چون من تنها امیدش شده بودم: برایش حکم پدری را داشتم که هیچ‌وقت نداشت و الکسی بودم که از آن کمین جان سالم به در برده بود. اعتماد و شجاعت زیادی می‌خواهد تا به خودتان اجازه یادآوری بدهید. یکی از سخت‌ترین کارها برای افراد مبتلا به تروما مواجهه با شرمی است که از رفتار گذشته خود در یک مرحله ترومایی داشته‌اند، چه این رفتار به درستی موجه بوده (مثلاً در اعمال خشونت) یا نه (مثلاً درباره کودکی که از فرد متجاوز دل‌جویی می‌کند). سارا هیلی،^{۱۵} که در اتاقی کنار دفتر کار من در درمانگاه اداره امور کهنه‌سربازان فعالیت داشت، یکی از نخستین افرادی بود که درباره این پدیده نوشت. او در مقاله‌ای تحت‌عنوان «وقتی بیمار بی‌رحمی‌ها را گزارش می‌دهد» (۴)، دشواری نسبتاً تحمل‌ناپذیر صحبت‌کردن از (و گوش‌دادن به) اقدامات دهشتناکی را بحث‌وبررسی کرد که سربازها اغلب در مسیر تجارب جنگی خود مرتکب آن می‌شوند. این مقاله نقش مهمی در تشخیص نهایی اختلال استرس پس‌از تروما داشت. مواجهه با رنج تحمیل‌شده توسط دیگران به اندازه کافی دشوار است؛ اما بسیاری از افراد مبتلا به تروما در عمق وجود خود به دلیل آنچه در موقعیت خاصی انجام داده یا نداده‌اند، عمده‌تاً احساس شرم می‌کنند. آن‌ها به دلیل وحشت‌زدگی، نداشتن استقلال، هیجان یا خشمی که احساس کردند، از خودشان متنفرند.

در سال‌های بعد با پدیدهٔ مشابهی در قربانیان کودک‌آزاری برخوردیم: بیشترشان از کارهایی احساس شرم می‌کنند که برای بقای خود و حفظ رابطه با فرد آزاردهنده انجام داده‌اند. این مسئله به‌خصوص زمانی صحیح می‌نمود که فرد متجاوز یکی از نزدیکان کودک بود یا کودک به او وابستگی داشت که اغلب اوقات هم چنین است. در نتیجه، برای کودک مشخص نمی‌شود که قربانی است یا به میل خود در آن عمل شریک شده که این نیز خود موجب سردرگمی در تفاوت بین عشق و ترس، درد و لذت می‌شود. در خلال این کتاب مجدداً به این دوراهی اشاره خواهیم کرد.

بی‌حسی

احتمالاً بدترین علامت ترومای تام، بی‌حسی عاطفی او بود. او شدیداً می‌خواست به خانواده‌اش عشق بورزد؛ اما هرچه تلاش می‌کرد نمی‌توانست احساسات عمیقی به آن‌ها در خود برانگیزد. به‌لحاظ عاطفی خود را از همه دور می‌دید؛ گویی قلبش یخ زده بود و پشت دیواری شیشه‌ای زندگی می‌کرد. آن بی‌حسی خودش را نیز در بر گرفته بود. به‌جز عصبانیت‌های لحظه‌ای و شرم، به‌واقع نمی‌توانست چیز دیگری حس کند. تعریف می‌کرد چطور وقتی برای اصلاح صورت مقابل آینه می‌ایستاد، به‌سختی خودش را می‌شناخت. وقتی در دادگاه صدای خودش را حین صحبت دربارهٔ یک پرونده می‌شنید، از

فاصله دوری خود را می‌نگریست و در شگفت می‌ماند که چگونه این مرد که برحسب اتفاق در ظاهر و گفتار شبیه اوست، می‌تواند چنین استدلال‌های منسجمی را سر هم کند. وقتی در پرونده‌ای برنده می‌شد وانمود می‌کرد که خوشحال است و هرگاه آن را می‌باخت، انگار پیش‌بینی‌اش می‌کرده و حتی از قبل تسلیم شکست شده بود. به‌رغم اینکه وکیل کارآمدی بود، همواره احساس می‌کرد در فضا معلق است و فاقد هرگونه حس هدفمندی یا جهت‌گیری بود.

تنها چیزی که گاه‌وبیگاه این حس بی‌هدفی را تسکین می‌داد، مشغولیت شدید به پرونده‌ای خاص بود. در طول دوره درمان، تام وکالت یکی از اوباش را در پرونده قتل به عهده داشت. طی آن دادرسی، او کاملاً سرگرم یافتن راهی بود تا برنده پرونده بشود و در چندین مقطع نیز تمام شب را بیدار ماند تا خود را غرق در کاری کند که واقعاً به هیجانش می‌آورد. انگار مشغول نبود؛ کاملاً حس سرزندگی می‌کرد و هیچ چیز دیگری برایش مهم نبود. بالاین حال، وقتی در آن پرونده پیروز شد، انرژی و حس هدفمندی‌اش را از دست داد. کابوس‌هایش بازگشتند، همین‌طور حملات عصبی‌اش؛ شدت این حملات به قدری بود که مجبور شد به مسافرخانه‌ای برود تا به همسر و فرزندانش آسیبی نرساند. اما تنهایی نیز ترسناک بود؛ چون شیاطین جنگ با تمام قدرت برمی‌گشتند. تام سعی کرد با کارکردن و نوشیدن و مصرف موادمخدر سر خود را شلوغ نگه دارد؛ هر کاری می‌کرد تا با شیاطینش روبه‌رو نشود.

مرتب مجله سولجر آو فورچون را ورق می‌زد و درباره نام‌نویسی به عنوان مزدور در یکی از چندین جنگ منطقه‌ای خیال‌پردازی می‌کرد که در آن مقطع در آفریقا شدت گرفته بود. بهار آن سال، موتور هارلی‌اش را بیرون آورد و زوزه‌کشان آن را در بزرگراه کنکماگوس در نیوهمپشایر راند. لرزش‌ها، سرعت و خطر آن موتورسواری به او کمک کرد تا بار دیگر بر اعصاب خود مسلط شود، تاجایی که توانست آن مسافرخانه را

ترک کند و به آغوش خانواده‌اش برگردد.

سازمان‌دهی مجدد ادراک

یکی دیگر از مطالعاتم در ادارهٔ امور کهنه‌سربازان پژوهشی دربارهٔ کابوس‌های شبانه بود که نهایتاً به کاوشی در نقش تروما در تغییر ادراکات و تخیل افراد ختم شد.

بیل، پزشک سابق که یک دهه قبل شاهد نبردهای سنگینی در ویتنام بود، اولین کسی بود که در این مطالعه شرکت کرد. پس از خدمت، در رشتهٔ الهیات ثبت‌نام کرده بود و مسئولیت یکی از نواحی تحت نفوذ کلیسای کانگریگیشن^{۱۶} در حومهٔ بوستون به او سپرده شده بود. همه‌چیز خوب پیش می‌رفت، تا اینکه او و همسرش صاحب اولین فرزندشان شدند. اندکی پس از تولد بچه، همسرش که به پرستاری اشتغال داشت، به سر کار برگشت؛ اما او در خانه ماند و روی مواعظ هفتگی و دیگر وظایفش در کلیسا کار کرد و به مراقبت از نوزاد پرداخت. در همان روز اول که با بچه در خانه تنها مانده بود، گریهٔ بچه موجب شد تا او به یک‌باره خود را در محاصرهٔ تصاویر تحمل‌ناپذیری از کودکان در حال مرگ در ویتنام ببیند.

بیل ناگزیر به همسرش زنگ زد تا مراقبت از بچه را به عهده بگیرد و سراسیمه به اداره امور کهنه‌سربازان آمد. شرح داد که چطور بی‌وقفه صدای گریه کودکان را می‌شنید و تصویر صورت‌های سوخته و خون‌آلودشان جلوی چشمش بود. همکارم فکر می‌کرد او حتماً دچار روان‌پریشی شده؛ زیرا طبق کتاب‌های درسی آن زمان توهمات شنیداری و دیداری یکی از علائم اسکیزوفرنی پارانوئید به حساب می‌آمد. همین کتاب‌هایی که چنین تشخیصی را ارائه می‌دادند، دلیل این علائم را نیز گفته بودند: روان‌پریشی بیل احتمالاً متأثر از این مسئله بود که فرزند نورسیده‌شان جای او را در دل همسرش گرفته بود.

وقتی وارد دفتر پذیرش شدم، بیل را در محاصره پزشکان نگرانی دیدم که آماده بودند داروی ضد روان‌پریشی قوی‌ای به او تزریق کنند و او را به بخش محافظت‌شده‌ای بفرستند. علائمش را برایم شرح دادند و نظرم را جویا شدند. از آنجاکه پیش از این در بخش مخصوص درمان بیماران اسکیزوفرنی کار کرده بودم، کنجکاو شدم. یک جای این تشخیص ایراد داشت. از بیل پرسیدم که آیا می‌توانم با او صحبت کنم و پس از شنیدن ماجرایش، ناخواسته جمله‌ای را که زیگموند فروید در سال ۱۸۹۵ درباره تروما گفته بود به زبان آوردم: «فکر می‌کنم این مرد از خاطرات رنج می‌برد.» به بیل گفتم که سعی

می‌کنم کمکش کنم. پس از تجویز چند قرص برای کنترل وحشتش از او خواستم تا در صورت تمایل چند روز دیگر برای شرکت در پژوهش من درباره کابوس‌های شبانه به اینجا برگردد. (۵) موافقت کرد.

در بخشی از مطالعه خود، از شرکت‌کنندگان آزمون رورشاخ^{۱۷} گرفتیم. (۶) برخلاف آزمون‌هایی که در آن‌ها پرسش‌های سراسری مطرح می‌شود، تقلب در پاسخ‌های آزمون رورشاخ تقریباً غیرممکن است. رورشاخ شیوه منحصر به فردی است که به کمک آن می‌توان مشاهده کرد چگونه افراد از یک محرک اساساً بی‌معنا، یعنی لکه جوهر، تصویری ذهنی می‌سازند. از آنجاکه انسان موجودی معنا ساز است، ما تمایل داریم تصویر یا داستان خاصی را از این لکه‌ها خلق کنیم؛ وقتی در یک روز زیبای تابستانی روی چمن‌زارها دراز می‌کشیم و تصاویری را در ابرهای بالای سرمان می‌بینیم، دقیقاً داریم همین کار را می‌کنیم. برداشت افراد از این لکه‌ها حقایق بسیاری را درباره نحوه عملکرد ذهن آن‌ها بازگو می‌کند.

وقتی بیل دومین کارت آزمون رورشاخ را دید، با وحشت فریاد زد: «این همان کودکی است که ترکیدنش را در ویتنام دیدم. آن وسط گوشت جزغاله شده، جراحات‌ها و خونی را که به هر طرف پاشیده می‌بینید.» در حالی که نفس نفس می‌زد و قطرات عرق روی پیشانی‌اش نشسته بود، دچار همان سراسیمگی شد که از همان اول او را به درمانگاه کشانده بود. توصیف فلش‌بک‌ها را از زبان کهنه‌سربازها

شنیده بودم؛ اما این اولین بار بود که به چشم خودم آن را می‌دیدم. در همان لحظه در دفتر کار من، بیل عیناً داشت همان تصاویری را می‌دید، همان بوهایی را می‌شنید و همان ادراکات فیزیکی را حس می‌کرد که در رویداد اصلی تجربه‌اش کرده بود. ده سال پس از آنکه با درماندگی کودکی رو به مرگ را در آغوش گرفته بود، حالا هم داشت در واکنش به یک لکه جوهر آن تروما را مجدداً احساس می‌کرد.

تجربه بی‌واسطه فلش‌بک بیل در دفتر کارم به من کمک کرد تا رنج و غذایی را که مکرراً سراغ این کهنه‌سربازان می‌آمد، درک کنم؛ علاوه براین، به کمک آن بار دیگر به ضرورت یافتن راه‌حلی برای این مشکل پی بردم. خود حادثه ترومایی، به‌رغم وحشتناک‌بودنش، یک آغاز، یک میانه و یک پایان داشت، در آن مقطع متوجه شدم که فلش‌بک‌ها حتی از آن هم بدترند. هرگز نمی‌دانید کی دوباره به شما حمله‌ور می‌شوند و به‌هیچ‌وجه نمی‌توان گفت کی به پایان می‌رسند. سال‌ها طول کشید تا نحوه درمان اثربخش فلش‌بک‌ها را یاد بگیرم و در این راه بیل یکی از مهم‌ترین مربیان من بود.

وقتی از ۲۱ کهنه‌سرباز دیگر هم آزمون رورشاخ گرفتیم، پاسخ‌ها یک‌جور بودند: واکنش شانزده نفر آن‌ها با دیدن دومین کارت به‌گونه‌ای بود که گویی دارند یک ترومای جنگی را تجربه می‌کنند. دومین کارت این آزمون اولین کارتی است که در آن از رنگ استفاده شده و اغلب موجب بروز پدیده به‌اصطلاح شوک

رنگی می‌شود. کهنه‌سربازها توصیفاتِ این‌چنینی از این کارت داشتند: «این‌ها دل‌وروده‌ی دوستم، جیم، هستند که خمپاره‌ای شکمش را جر داد» و «این گردن دوستم، دنی، هست که وقتی داشتیم ناهار می‌خوردیم، یک گلوله کله‌اش را ترکاند.» هیچ‌کدامشان از راهب‌های دست‌افشان، پروانه‌های بال‌بال‌زن، مردان موتورسوار یا هر تصویر عادی یا گاه عجیبی که اکثر مردم می‌بینند، حرف نزد.

هرچند آنچه بیشتر کهنه‌سربازها دیده بودند، عمیقاً ناراحتشان کرده بود، واکنش پنج نفر باقی‌مانده از این هم‌نگران‌کننده‌تر بود. ذهنشان کاملاً پاک شده بود. یک نفرشان گفت: «این هیچی نیست. فقط یک مشت مرکب است.» البته آن‌ها درست می‌گفتند؛ اما انسانی معمولی در واکنش به محرک‌های مبهم از تخیل خود استفاده می‌کند تا چیزی از آن‌ها بفهمد.

آزمون رورشاخ به ما یاد داد که افراد مبتلا به تروما معمولاً همه‌ی چیزی را که پیرامونشان است متأثر از ترومای خود قرار می‌دهند؛ علاوه‌بر این، رمزگشایی از اتفاقات اطراف برایشان دشوار است. به نظر می‌رسید چیز زیادی میان آن‌ها و محیط پیرامونی‌شان قرار نداشت. علاوه‌بر این، دانستیم که تروما بر تخیل افراد تأثیر می‌گذارد. آن پنج نفری که چیزی در لکه‌ها ندیدند، نمی‌توانستند به ذهنشان اجازه‌ی بازی کردن بدهند. البته شانزده نفر بقیه نیز همین‌طور بودند؛ چراکه آن‌ها با مشاهده‌ی صحنه‌هایی از

گذشته در لکه‌ها، آن انعطاف‌پذیری ذهنی‌ای را که مشخصه اصلی تخیل است، به نمایش نگذاشتند. آن‌ها صرفاً فیلمی قدیمی را بازیخش می‌کردند.

بدون تردید، تخیل نقش مهمی در کیفیت زندگی‌های ما دارد. تخیل ما را قادر می‌سازد تا با خیال‌پردازی درباره سفر، غذا، رابطه جنسی، عاشق شدن و حرف آخر را زدن، همه چیزهایی را که زندگی را جذاب می‌کند از هستی تکراری و روزمره خود رهایی یابیم. تخیل این فرصت را به ما می‌دهد تا به فکر فرصت‌های جدیدی باشیم؛ تخیل سکوی پرتاب ضروری برای واقعیت‌بخشیدن به امیدهایمان است. خلاقیت ما را شعله‌ور می‌کند، خستگی و ملال ما را تسکین می‌دهد، خوشی‌های ما را دوچندان می‌کند و به صمیمی‌ترین روابط ما غنا می‌بخشد. وقتی افراد بی‌اختیار و بی‌وقفه به گذشته کشانده می‌شوند، به آخرین زمانی که مشغولیتی شدید و هیجانات عمیق را احساس می‌کردند، از بی‌تخیلی و انعطاف‌ناپذیری ذهنی رنج می‌کشند. بدون تخیل نه امیدی هست، نه فرصتی برای تجسم آینده‌ای بهتر، نه جایی برای رفتن و نه هدفی برای رسیدن.

آزمون رورشاخ همچنین به ما آموخت که افراد مبتلا به تروما با نگاه کاملاً متفاوتی از دیگران به جهان می‌نگرند. برای بیشتر ما مردی که از آن سوی خیابان به طرفمان می‌آید صرفاً کسی است که دارد قدم

می‌زند. اما قربانی تجاوز ممکن است شخصی را ببیند که قصد آزارش را دارد و به همین دلیل وحشت‌زده می‌شود. ممکن است معلمی سخت‌گیر برای کودکی معمولی فقط شخصیتی دلهره‌آور باشد؛ اما چنین معلمی برای بچه‌ای که ناپدری‌اش او را کتک می‌زند، حکم شکنجه‌گر را دارد و موجب بروز حملات خشم یا کزکردن از سر ترس می‌شود.

گرفتار تروما

درمانگاه ما مملو از کهنه‌سربازانی بود که خواهان کمک روان‌پزشکی بودند. باوجوداین، به دلیل کمبود شدید پزشک ماهر، فقط می‌توانستیم بیشترشان را در فهرست انتظار بگذاریم، حتی بااینکه به رفتار وحشیانه با خود و خانواده‌هایشان ادامه می‌دادند. رفته‌رفته شاهد افزایش چشمگیر بازداشت کهنه‌سربازان به اتهام جرایم خشونت‌آمیز و زدوخورد در حال مستی و همین‌طور تعداد نگران‌کننده‌ای خودکشی در بین آنان بودیم. مجوز تشکیل گروهی از کهنه‌سربازان جوان جنگ ویتنام را به دست آوردیم. این گروه قرار بود تا شروع درمان «واقعی» به منزله نوعی مخزن ذخیره عمل کند.

در جلسه اول که با حضور گروهی از تفنگ‌دارهای سابق برگزار شد، نخستین کسی که بنا بود حرف

بزنند، بی‌رودربایستی گفت: «نمی‌خواهم دربارهٔ جنگ حرف بزنم.» من هم پاسخ دادم که اعضا می‌توانند دربارهٔ آنچه دلشان می‌خواهند بحث کنند. پس از سکوت نیم‌ساعتهٔ عذاب‌آور، بالاخره یکی از کهنه‌سربازان دربارهٔ سقوطش با بالگرد حرف زد. در کمال شگفتی، بقیه هم بلافاصله جان تازه‌ای گرفتند و با شدت و حدت بسیاری دربارهٔ تجارب ترومایی خود صحبت کردند. همهٔ آن‌ها هفته بعد و هفته بعدش هم آمدند. آن‌ها در چیزی هم‌دردی و معنا پیدا کردند که پیش از این فقط احساس ترس و پوچی بود. حس تازه‌ای از رفاقت که برای تجربهٔ جنگی‌شان بسیار حیاتی بود بین آن‌ها پدید آمد. اصرار داشتند که من هم باید عضو واحد جدیدشان باشم و به مناسبت تولدم یک یونیفرم ناخدای تفنگ‌دار دریایی برایم آوردند. با نگاهی به گذشته، دریافتم که این حرکت بخشی از مشکل را عیان می‌کرد: شما یا جزء آن‌ها بودید یا نبودید؛ یا به واحد تعلق داشتید یا هیچ‌کس نبودید. پس از تروما، دنیا به دو دستهٔ مشخص تقسیم می‌شود: آن‌هایی که می‌دانند و آن‌هایی که نمی‌دانند. افرادی که تجربهٔ تروما ندارند، قابل‌اعتماد نیستند؛ زیرا درکی از آن ندارند. متأسفانه، اغلب اوقات همسران، فرزندان و همکاران جزء این افرادند.

بعدها رهبری گروه دیگری را عهده‌دار شدم. این بار کهنه‌سربازانی از ارتش پتن عضو گروه بودند؛ آدم‌هایی که کاملاً وارد دههٔ هفتاد زندگی شده بودند، همگی آن‌قدر مسن بودند که جای پدرم باشند. دوشنبه صبح‌ها ساعت هشت همدیگر را می‌دیدیم. کولاک‌های زمستانی بوستون گهگاهی موجب وقفه در سامانهٔ حمل‌ونقل عمومی می‌شود؛ اما در کمال تعجب همهٔ آن‌ها حتی در بوران‌های شدید خودشان را به قرار می‌رساندند، بعضی‌هایشان چندین کیلومتر کشان‌کشان از برف عبور می‌کردند و به درمانگاه می‌آمدند. برای کریسمس یک ساعت‌مچی نظامی متعلق به دورهٔ جنگ جهانی دوم به من دادند. همان‌طور که در قضیهٔ گروه تفنگ‌دارها هم دیده بودم، تا یکی از آن‌ها نشده بودم، نمی‌توانستم پزشکشان باشم.

باینکه تجربهٔ این جلسات تأثیرگذار بود، محدودیت‌های گروه‌درمانی هنگامی مشخص شد که از آن‌ها خواستم دربارهٔ مسائلی حرف بزنند که در زندگی روزمره با آن‌ها روبه‌رو بودند: رابطه با همسرانشان، فرزندان‌شان و خانواده‌هایشان، رفتار با کارفرماها و یافتن رضایت شغلی، مصرف بیش از حد الکل. در پاسخ، معمولاً از موضوع طفره می‌رفتند و مقاومت می‌کردند و به‌جایش دوباره داستان فروبردن خنجر در قلب یک سرباز آلمانی در جنگل هورتگن یا مورد هدف قرارگرفتن بالگردشان در جنگل‌های ویتنام را

شرح می‌دادند.

فرقی نمی‌کرد ترومای بیماران من مال ده سال قبل بوده یا بیش از چهل سال قبل، آن‌ها به‌هرحال نمی‌توانستند خلأ بین خاطرات جنگ و زندگی کنونی‌شان را پر کنند. همان حادثه‌ای که آن‌قدر برایشان دردآور بود به‌نوعی تنها چیزی بود که برایشان معنا داشت. هنگامی که با گذشته ترومایی خود روبه‌رو می‌شدند، کاملاً حس سرزندگی می‌کردند.

تشخیص استرس پس از تروما

در اولین روزهای کاری‌مان در اداره امور کهنه‌سربازان، عارضه‌های مختلفی را به بیماران نسبت می‌دادیم: اعتیاد به الکل، سوءمصرف مواد، افسردگی، اختلال خلقی و اسکیزوفرنی؛ سپس هر درمانی را که در کتاب‌هایمان می‌دیدیم درباره‌شان به کار می‌گرفتیم. اما به‌رغم همه تلاش‌هایمان، مشخص شد که عملاً دستاوردهای بسیار اندکی داشته‌ایم. داروهای قوی‌ای که تجویز می‌کردیم، اغلب آن‌ها را دچار نوعی گیجی می‌کرد که به‌سختی می‌توانستند کاری انجام دهند. وقتی تشویق‌شان می‌کردیم تا درباره جزئیات دقیق حادثه منجر به تروما صحبت بکنند، به‌جای آنکه بتوانیم کمکی به رفع مشکلشان کنیم،

اغلب به طور ناخواسته سبب بروز فلش‌بک‌های وحشتناکی می‌شدیم. بیشترشان از فرایند درمان کنار رفتند؛ زیرا نه تنها کمکی به آن‌ها نمی‌کردیم، بلکه گاهی اوضاع را بدتر هم می‌کردیم.

در سال ۱۹۸۰ نقطه عطفی پدید آمد. در آن زمان گروهی از کهنه‌سربازان جنگ ویتنام به کمک دو تن از روان‌کاوان نیویورکی به نام خایم شاتان^{۱۸} و رابرت جی. لیفتون^{۱۹}، توانستند انجمن روان‌شناسی آمریکا را مجاب کنند تا بیماری جدیدی را شناسایی کند: اختلال استرس پس از تروما (پی‌تی‌اس‌دی). پی‌تی‌اس‌دی دسته‌ای از علائمی را توصیف می‌کرد که کمابیش بین همه کهنه‌سربازها مشترک بود. شناسایی نظام‌مند علائم و دسته‌بندی همه آن‌ها در قالب یک اختلال بالاخره به این انجامید تا رنج افرادی که تحت فشار ترس و درماندگی بودند اسمی داشته باشد. با تعیین چهارچوب نظری پی‌تی‌اس‌دی، موقعیتی برای ایجاد تغییری بنیادین در درک ما از بیماران مهیا شد. این امر نهایتاً رشد ناگهانی پژوهش‌ها و تلاش‌هایی برای یافتن درمان‌های مؤثر را در پی داشت.

متأثر از فرصت‌هایی که این تشخیص جدید ارائه داده بود، به اداره پیشنهاد دادم تا مطالعه‌ای روی زیست‌شناسی خاطرات ترومایی صورت گیرد. آیا خاطرات افرادی که از پی‌تی‌اس‌دی رنج می‌بردند با دیگران متفاوت بود؟ برای اکثر مردم خاطره یک حادثه ناگوار کم‌کم از بین می‌رود یا به چیزی بی‌آزارتر

تبدیل می‌شود. اما بیشتر بیماران ما قادر نبودند گذشته‌شان را به قصه‌ای تبدیل کنند که مدت‌ها قبل اتفاق افتاده است. (۷)

در خط اول پیام ندادن کمک‌هزینه پژوهشی، این جمله آمده بود: «هرگز نشان داده نشده که پی‌تی‌اس‌دی ارتباطی با مأموریت اداره امور کهنه‌سربازان دارد.» البته از آن زمان به بعد، مأموریت این اداره حول تشخیص پی‌تی‌اس‌دی و ضربه مغزی سازمان‌دهی شده و امکانات بسیاری برای استفاده از «درمان‌های مشاهده‌محور» برای بهبود کهنه‌سربازهای جنگی مبتلا به تروما تخصیص داده شده است. اما در آن مقطع اوضاع فرق می‌کرد و به دلیل اینکه تمایل نداشتم با اداره‌ای همکاری کنم که دیدگاهش درباره واقعیت مغایرت زیادی با دیدگاه من داشت، از آنجا استعفا دادم.

در سال ۱۹۸۲ در مرکز سلامت روان ماساچوست در بیمارستان آموزشی هاروارد که در آنجا مدرک روان‌پزشکی‌ام را گرفته بودم، مشغول به کار شدم. کارم تدریس حوزه مطالعاتی نوپایی بود: روان‌داروشناسی، تجویز داروهای برای تسکین بیماری روانی.

در شغل جدید تقریباً هر روز با مباحثی روبه‌رو می‌شدم که فکر می‌کردم فقط در اداره امور کهنه‌سربازان

با آن‌ها سروکار داشتم. تجربه کاری‌ام با کهنه‌سربازها به‌قدری حساسیتم را به تأثیر تروما برانگیخته بود که وقتی بیماران افسرده و مضطرب قصه آزارهای جنسی و خشونت خانوادگی‌شان را با من در میان می‌گذاشتند، به‌شکل متفاوتی به حرفشان گوش می‌دادم. انبوه بیماران زنی که در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بود، مشخصاً موجب حیرتم شد. این مسئله از آن جهت برایم گیج‌کننده بود که در آن زمان طبق گفته یک کتاب پذیرفته‌شده روان‌پزشکی، تجاوز به محارم پدیده به‌شدت نادری در ایالات متحده بود و تقریباً از هر ۱ میلیون زن، یک نفر دچار آن بود. (۸) با توجه به اینکه جمعیت زنان امریکایی در آن مقطع فقط حدود ۱۰۰ میلیون نفر بود، تعجب کردم که چطور ۴۷ زن، یعنی تقریباً نیمی از آن ۱ درصد، گذرشان به دفتر من در زیرزمین بیمارستان افتاده بود.

به‌علاوه، در این کتاب آمده بود: «اجماع کمی درباره نقش رابطه جنسی پدر و دختر در آسیب‌شناسی‌های روانی جدی بعدی وجود دارد.» آن دسته از بیمارانی که سابقه سوءاستفاده جنسی از سوی محارم را داشتند به‌ندرت عاری از «آسیب‌شناسی روانی بعدی» بودند؛ آن‌ها عمیقاً افسرده، سردرگم و اغلب درگیر رفتارهای عجیب خودآسیب‌رسانی مانند بریدن خود با تیغ‌های صورت‌تراشی بودند.

کتاب یادشده از این هم فراتر رفته و ضمن تأیید تجاوز به محارم، شرح می‌دهد که «چنین رفتاری احتمال روان‌پریشی فرد را کاهش می‌دهد و موجب انطباق بهتر وی با جهان خارج می‌شود.» (۹) در واقع، آن‌طور که مشخص شد (خلاف مطالب کتاب)، تجاوز به محارم تأثیرات مخربی بر سلامت زنان از خود بر جای می‌گذاشت.

از جهات مختلفی، این بیماران با کهنه‌سربازانی که در اداره کهنه‌سربازان با آن‌ها سروکار داشتم، تفاوت‌های چندانی نداشتند. آن‌ها هم کابوس و فلش‌بک را تجربه می‌کردند. حالات آن‌ها نیز بین حملات گاه‌وبیگاه خشم انفجاری و دوره‌های طولانی سکوت عاطفی متغیر بود. کنارآمدن با دیگران برای بیشترشان بسیار مشکل بود و نمی‌توانستند روابط معناداری با بقیه داشته باشند.

همان‌طور که در حال حاضر می‌دانیم، جنگ تنها مصیبتی نیست که زندگی بشر را به ویرانی می‌کشانند. پیش‌بینی می‌شود یک‌چهارم سربازانی که در مناطق جنگی خدمت می‌کنند، به مشکلات پس‌از تروما دچار شوند (۱۰)؛ اما بیشتر مردم آمریکا در مقطعی از زندگی خود جنایت خشونت‌آمیزی را تجربه می‌کنند؛ علاوه بر این، گزارش‌های دقیق‌تر نشان داده که ۱۲ میلیون زن در ایالات متحده قربانی تجاوز بوده‌اند. بیش از نیمی از این تجاوزها برای دختران زیر پانزده سال رخ می‌دهد. (۱۱) برای بسیاری از

مردم، جنگ در خانه آغاز می‌شود: برابر گزارش‌ها، هرساله حدود ۳ میلیون کودک در ایالات متحده قربانی کودک‌آزاری و بی‌توجهی می‌شوند. از این بین، ۱ میلیون مورد به‌قدری جدی و موثق هستند که باید سازمان‌های محلی مراقبت از کودکان و دادگاه‌ها را ملزم کرد در این خصوص کاری انجام دهند. (۱۲) به بیان دیگر، به‌ازای هر سربازی که در مناطق جنگی خارج از کشور خدمت می‌کند، ده کودک وجود دارد که در خانه‌های خود در معرض خطرند. این مسئله به‌خصوص از آن جهت غم‌انگیز است که کمک به بهبود کودکان بسیار دشوار است؛ زیرا منشأ ترس و درد نه نیروهای دشمن بلکه سرپرستان خود آن‌ها هستند.

درک جدید

طی سه دهه پس از آشنایی‌ام با تام، چیزهای زیادی آموخته‌ایم؛ هم درباره تأثیر و نشانه‌های تروما هم درباره راه‌های کمک به افراد مبتلا به تروما در یافتن راه بازگشت. از اوایل دهه ۱۹۹۰ ابزارهای تصویربرداری مغزی کم‌کم به ما نشان داده‌اند که در مغز این افراد واقعاً چه می‌گذرد. این مسئله نقش مهمی در درک آسیب ناشی از تروما داشته و به ما کمک کرده تا راه‌حل‌های کاملاً جدیدی برای درمان آن پایه‌ریزی کنیم.

علاوه بر این، رفته رفته پی برده ایم که پیشامدهای توان فرسا چگونه بر درونی ترین ادراکات ما و رابطه ما با واقعیت فیزیکی خود، یعنی اساس آنچه هستیم، تأثیر می گذارند. آموخته ایم که تروما صرفاً رویدادی نیست که در مقطعی از گذشته رخ داده؛ تروما اثری است که این رویداد بر ذهن، مغز و بدن ما بر جای می گذارد. این اثر پیامدهای مستمری بر نحوه تداوم حیات ارگانیزم انسان در زمان حال به دنبال دارد.

تروما به سازمان دهی مجدد و اساسی نحوه مدیریت ادراکات در ذهن و مغز منجر می شود. تروما هم نحوه تفکر و موضوع تفکر، هم خود ظرفیت تفکر ما را تغییر می دهد. دریافته ایم که کمک به قربانیان تروما برای یافتن کلماتی برای توصیف آنچه بر سرشان آمده بسیار سودمند است؛ اما معمولاً کافی نیست. شرح رویداد الزاماً باعث نمی شود تا واکنش های خودکار فیزیکی و هورمونی بدن هایی دچار تغییر شود که گوش به زنگ بوده و هر لحظه آماده پذیرش تهاجم و تعرض اند. وقوع تغییر واقعی مستلزم آن است که بدن یاد بگیرد خطر رفع شده و باید در واقعیت اکنون زندگی کند. جست و جوی ما برای درک تروما موجب شده تا هم به ساختار ذهن، هم به فرایندهایی که ذهن به کمک آن التیام می یابد، نگاه متفاوتی داشته باشیم.

فصل دوم: تحول در فهم ذهن و مغز

هرچه تردید بیشتر باشد، بیداری هم عظیم‌تر است؛ هرچه تردید کمتر باشد، بیداری هم کمتر است. اگر تردید نباشد، بیداری وجود ندارد.

سی. سی. چانگ،^{۲۰} تمرین ذن^{۲۱}

شما در آن تکه زمانی کوچکی زندگی می‌کنید که به خودتان تعلق دارد؛ اما آن تکه زمانی فقط زندگی شما نیست، خلاصه همه زندگی‌هایی است که با شما هم‌عصرند... شما تجلی تاریخید.

رابرت پن وارن،^{۲۲} مکان و زمان کافی^{۲۳}

در اواخر دهه ۱۹۶۰ در آن وقفه یک‌ساله بین سال‌های اول و دوم در دانشکده پزشکی، تصادفاً شاهد تغییری ژرف در رویکرد پزشکی به رنج روانی بودم. شغل پردرآمدی به‌عنوان همراه در بخش پژوهشی مرکز سلامت روان ماساچوست به دست آورده بودم؛ وظیفه‌ام این بود که فعالیت‌های تفریحی برای

بیماران ترتیب بدهم. این مرکز از دیرباز یکی از بهترین بیمارستان‌های روان‌پزشکی کشور به حساب می‌آمد، جواهری در تاج امپراتوری آموزشی دانشکده پزشکی هاروارد. هدف پژوهشی بخشی که در آن کار می‌کردم تعیین این مسئله بود که از بین روان‌درمانی و دارودرمانی کدامیک برای مداوای جوانانی که برای اولین بار به فروپاشی روانی از نوع اسکیزوفرنی دچار شده بودند بهتر است.

این مرکز همچنان از گفت‌وگودرمانی، یکی از شاخه‌های روان‌کاوی فرویدی، به‌عنوان درمان اصلی بیماری‌های روانی استفاده می‌کرد. بااین‌حال، در اوایل دهه ۱۹۵۰ گروهی از دانشمندان فرانسوی ترکیب جدیدی به نام کلرپرومازین (با نام تجاری تورازین^{۲۴}) را کشف کرده بودند که می‌توانست بیماران را «تسکین» دهد و از آشفتگی و هذیان‌گویی‌شان بکاهد. چنین کشفی این امیدواری را ایجاد کرد که می‌توان داروهایی را برای درمان مشکلات روانی خطرناکی مثل افسردگی، اختلال هراس، اضطراب و شیدایی و همچنین کنترل برخی از آزاردهنده‌ترین علائم اسکیزوفرنی تولید کرد.

به‌عنوان یک همراه، جنبه پژوهشی آن بخش ربطی به من نداشت و هرگز به من نگفتند هریک از بیماران داشتند چه نوع درمانی را دریافت می‌کردند. همه بیماران تقریباً هم‌سن‌وسال من بودند، دانشجویان دانشگاه‌های هاروارد، ام‌آی‌تی و بوستون. برخی از آن‌ها سعی کرده بودند خودکشی کنند؛

عده‌ای خودشان را با چاقو یا تیغ بریده بودند؛ تعدادی از آن‌ها به هم‌اتاقی‌هایشان حمله کرده یا با رفتار پیش‌بینی‌نشده و غیرمعتقولشان موجب ترس والدین و دوستانشان شده بودند. کار من این بود که آن‌ها را درگیر فعالیت‌هایی کنم که معمولاً دانشجویان انجام می‌دهند؛ مثلاً رفتن به پیتزافروشی محله، اردوزدن در نزدیک‌ترین جنگل ایالتی، تماشای بازی‌های تیم بیسبال رد ساکس، و قایق‌رانی در رودخانه چارلز.

از آنجاکه این رشته برایم کاملاً جدید بود، در طول جلسات بخش، سراپا گوش می‌شدم و سعی می‌کردم گفتار و منطق پیچیده بیماران را رمزگشایی کنم. باید یاد می‌گرفتم با خشم‌گرفتن‌های غیرمنطقی و گوشه‌گیری‌های از سر ترسشان هم کنار بیایم. یک روز صبح دیدم یکی از بیماران مثل مجسمه در اتاقش ایستاده، یکی از دستانش را با حالتی تدافعی بالا آورده و چهره‌اش از ترس بی‌حرکت مانده است. حداقل دوازده ساعت همان‌جا بی‌حرکت ماند. دکترها اسم این بیماری را برایم گفتند: کاتاتونی. با این حال، حتی کتاب‌هایی هم که به آن‌ها مراجعه کردم راه درمانی برای آن ذکر نکرده بودند. فقط اجازه می‌دادیم خودش به‌طور طبیعی پایان یابد.

تروما پیش از طلوع آفتاب

شب‌ها و آخر هفته‌های بسیاری را در واحد گذراندم؛ برای همین چیزهایی را می‌دیدم که دکترها در طول ویزیت‌های کوتاه‌شان هرگز نمی‌دیدند. وقتی بیماران خوابشان نمی‌برد، اغلب با همان لباس خواب‌هایی که محکم دور خودشان پیچیده بودند، برای گپ‌وگفت در ایستگاه تاریک پرستاری پرسه می‌زدند. به نظر می‌رسید سکوت شب کم‌کشان می‌کرد آزادانه‌تر حرف بزنند؛ آن‌ها داستان‌هایی دربارهٔ کتک‌خوردن، تجاوز یا آزار، اغلب به‌وسیلهٔ پدر و مادرهای خودشان و گاهی خویشاوندان، هم‌کلاسی‌ها یا همسایگان‌شان، برایم می‌گفتند. تعریف می‌کردند که شب‌ها، مستأصل و وحشت‌زده، صدای کتک‌خوردن مادرشان توسط پدرشان، فریادهای تهدیدآمیز و ترسناک والدینشان و صدای خردشدن میز و صندلی‌ها را می‌شنیدند.

عده‌ای هم دربارهٔ پدرانی می‌گفتند که مست به خانه برمی‌گشتند؛ صدای قدم‌زدن‌هایشان را در آستانهٔ در می‌شنیدند و انتظار می‌کشیدند که بیایند و آن‌ها را از تخت بیرون بکشند و بابت گناهی خیالی تنبیه‌شان کنند. بسیاری از زن‌ها به یاد داشتند که شب‌ها بی‌حرکت روی تخت دراز می‌کشیدند و منتظر آن اتفاق اجتناب‌ناپذیر می‌ماندند: اینکه برادر یا پدری وارد شود و به آن‌ها تعرض کند.

در نوبت‌های صبحگاهی، پزشکان جوان بیماران خود را به سرپرست‌هایشان معرفی می‌کردند؛ همراهان

بخش اجازه داشتند در سکوت شاهد این تشریفات باشند. پزشکان به‌ندرت چیزهایی را که من از بیماران شنیده بودم در معرفی‌هایشان مطرح می‌کردند. با این حال، بعدها پژوهش‌های بسیاری اهمیت آن اعترافات شبانه را تأیید کردند: اکنون می‌دانیم که در کودکی به بیش از نیمی از افرادی که خواهان مراقبت‌های روان‌پزشکی‌اند تعرض شده، یا حتی به آنان تجاوز شده، رها شده‌اند، نادیده گرفته شده‌اند یا شاهد خشونت‌های خانوادگی بوده‌اند. (۱) اما چنین تجاربی در آن نوبت‌ها مطرح نمی‌شد. شیوه خشک و بی‌رویی که با آن علائم بیماران بیان می‌شد و زمانی که به جای درک دلایل احتمالی یأس و درماندگی بیماران، صرف تلاش برای مدیریت افکار خودکشی و رفتارهای خودمخرب آن‌ها می‌شد، اغلب شگفت‌زده‌ام می‌کرد. به علاوه آنچه مایه حیرتم می‌شد توجه ناچیزی بود که به دستاوردها و بلندپروازی‌های آن‌ها می‌شد؛ به آنچه آن‌ها برایشان مهم بود، عاشقش بودند یا از آن نفرت داشتند؛ آنچه برایشان انگیزه‌بخش بود و سرگرمشان می‌کرد، گرفتار نگه‌شان می‌داشت، به آن‌ها حس آرامش می‌داد؛ در یک کلام بوم‌شناسی زندگی آن‌ها.

چند سال بعد که پزشک جوانی بودم، با نمونه به‌ویژه فاحشی از الگوی عملی پزشکی مواجه شدم. آن زمان صاحب شغل دومی در بیمارستان کاتولیک بودم و زنانی را که برای درمان الکتروشوک برای رفع

افسردگی پذیرش شده بودند معاینات پزشکی می کردم. از سر کنجکاوی، بدون توجه به پرونده‌های بیماران از آن‌ها درباره زندگی‌هایشان سؤال می کردم. خیلی‌هایشان از ماجراهایی راجع به ازدواج‌های عذاب‌آور، بچه‌های بدقلق و عذاب‌وجدان بابت سقط جنین پرده برداشتند. در نتیجه این صحبت کردن‌ها به وضوح سرزنده‌تر می شدند و بارها به خاطر گوش دادن به حرف‌هایشان به گرمی از من تشکر می کردند. بعضی‌هایشان فکر می کردند پس از این همه سبک شدن شاید دیگر به الکتروشوک نیاز ندارند. همیشه در انتهای آن ملاقات‌ها غمگین می شدم؛ زیرا می دانستم معالجاتی که صبح روز بعد دریافت می کنند خاطره این گفت‌وگوها را به طور کامل از بین می برد. در آن شغل دوام نیاوردم.

در روزهای تعطیلی‌ام از مرکز سلامت روان ماساچوست، اغلب به کتاب‌خانه پزشکی کونتوی می رفتم تا چیزهای بیشتری درباره بیماران یاد بگیرم که قرار بود کمکشان کنم. در یک بعدازظهر شنبه به رساله‌ای برخوردم که هنوز هم قابل احترام است: کتاب جنون زودرس^{۲۵} نوشته اویگن بلویلار،^{۲۶} چاپ سال ۱۹۱۱. مشاهدات بلویلار شگفت‌انگیز بود:

در بین توهمات افراد اسکیزوفرنیک، مسائل جنسی به مراتب بیشتر و مهم‌ترند. این بیماران تمامی وجد و لذت‌های رضایت جنسی عادی و غیرعادی و حتی بیشتر از آن، هر عمل مستهجن و زنده‌ای را که

افراطی‌ترین تخیل‌ها قادر به تصور آن است، تجربه می‌کنند. بیماران زن به بدترین شکل ممکن مورد تجاوز قرار می‌گیرند و آسیب می‌بینند... . به‌رغم معنای نمادین بسیاری از این توهمات، اکثرشان با حواس واقعی مطابقت دارند. (۲)

این مسئله مرا به تعجب واداشت: بیماران ما هم توهم داشتند؛ پزشکان مرتب درباره این توهمات سؤال می‌کردند و آن‌ها را به‌منزله نشانه‌هایی از میزان آشفتگی بیمار یادداشت می‌کردند. اما اگر داستان‌هایی که در ساعات بامدادی شنیده بودم درست باشند، آیا می‌شد گفت که این «توهمات» در واقع خاطرات پراکنده‌ای از تجارب واقعی بودند؟ آیا توهمات فقط ساخته‌های من‌درآوردی مغزهای بیمار بودند؟ آیا افراد می‌توانستند ادراکاتی فیزیکی از خود بسازند که هرگز تجربه‌اش نکرده بودند؟ آیا مرز مشخصی بین خلاقیت و تخیل بیمارگونه وجود داشت؟ بین حافظه و تخیل چطور؟ این پرسش‌ها تا به امروز بی‌پاسخ مانده‌اند؛ اما طبق تحقیقات، افرادی که در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، احساساتی (مثل شکم‌درد) دارند که هیچ دلیل فیزیکی مشخصی برایشان وجود ندارد؛ صداهایی می‌شنوند که درباره خطر هشدار می‌دهند یا به جرایم شنیعی متهمشان می‌کنند.

بدون تردید بسیاری از بیماران آن بخش درگیر رفتارهایی خشونت‌آمیز، عجیب و خودمخرب بودند،

به‌ویژه زمانی که احساس استیصال و ناامیدی می‌کردند یا می‌پنداشتند کسی درکشان نمی‌کند. قشقرق راه می‌انداختند، بشقاب‌ها را محکم پرت می‌کردند، پنجره‌ها را می‌شکستند و با تکه‌های شیشه خودشان را می‌بریدند. آن موقع نمی‌دانستم چرا ممکن است فردی در پاسخ به درخواستی ساده («بذار اون آشغال رو از روی موهات پاک کنم») با خشم و وحشت واکنش نشان دهد. معمولاً از پرستارهای باتجربه تقلید می‌کردم؛ آن‌ها اشاره می‌کردند که چه موقع عقب بایستم یا، اگر این کار جواب نمی‌داد، کی جلوی بیمار را بگیرم. وقت‌هایی که به‌زور بیماری را روی زمین می‌خواباندم تا پرستار آمپولش را بزند، حس رضایتی به من می‌داد که هم شگفت‌زده‌ام می‌کرد و هم نگران؛ به‌علاوه، کم‌کم فهمیدم آموزش‌های حرفه‌ای ما برای این طراحی شده بود تا کمک کند در مواجهه با واقعیت‌های ترسناک و گیج‌کننده، وضعیت را تحت‌کنترل داشته باشیم.

سیلیویا دانشجوی نوزده ساله و زیبای دانشگاه بوستون بود که معمولاً تنها در گوشه‌ای از بخش می‌نشست، تا سرحد مرگ ترسیده و عملاً لال به نظر می‌رسید؛ اما شهرتش به‌عنوان نامزد یکی از اعضای مهم مافیای بوستون، حالت رازآلودی به او داده بود. وقتی بیش از یک هفته از خوردن امتناع کرد و وزنش به‌سرعت رو به کاهش نهاد، پزشکان تصمیم گرفتند تا به تغذیه اجباری روی بیاورند. سه نفرمان مجبور شدیم او را نگه داریم، یک نفر لوله پلاستیکی غذادهی را داخل دهانش قرار داد و یک پرستار نیز مایعات مغذی را درون شکمش ریخت. بعدها، سیلیویا در اعترافی شبانه با دودلی و کم‌رویی در خصوص سوءاستفاده جنسی برادر و عمویش از او در زمان کودکی‌اش حرف زد. آن وقت فهمیدم که این نمایش «دل‌سوزی» ما حتماً در نظرش بسیار شبیه به تجاوز گروهی بوده است. این تجربه و تجاربی از این دست به من کمک کرد تا این قانون را برای دانشجویانم تدوین کنم: اگر با بیمار کاری انجام می‌دهید که با دوستان یا فرزندانان انجام نمی‌دهید، این را در نظر داشته باشید که شاید دارید ناخواسته ترومایی از گذشته بیمار را برایش بازسازی می‌کنید.

وقتی مسئول تفریحات بودم، چیزهای دیگری هم متوجه شدم: بیماران در قالب گروه به‌شدت دست‌وپاچلفتی و به‌لحاظ فیزیکی ناهماهنگ بودند. وقتی به اردو می‌رفتیم، بیشترشان از سر عجز

می‌ایستادند تا من چادرها را برپا کنم. یک بار در رودخانه چارلز وقتی تندبادی وزید، قایقمان تقریباً واژگون شد؛ چون همه‌شان محکم به بادپناه قایق چسبیده بودند و نمی‌توانستند بفهمند که برای تغییر تعادل قایق باید جابه‌جا شوند. در بازی والیبال، کادر مرکز همواره هماهنگی بیشتری از بیماران داشتند. خصیصه مشترک دیگرشان این بود که حتی خون‌سردترین گفت‌وگوهایشان هم خشک و تصنعی به نظر می‌رسید و روند طبیعی حرکات و حالت‌های چهره که معمولاً بین دوستان دیده می‌شود، در آن‌ها وجود نداشت. اهمیت این مشاهدات تنها زمانی مشخص شد که با پیتر لوین^{۲۷} و پت آگدن^{۲۸} درمانگرهای بدن‌محور، آشنا شدم؛ در فصل‌های بعد مطالب بیشتری درباره نحوه حفظ تروما در بدن خواهم گفت.

فهمیدن رنج

پس از یک سال حضور در بخش پژوهشی مرکز سلامت روان ماساچوست، دوباره به دانشکده پزشکی رفتم و در جایگاه پزشکی که تازه مدرکش را گرفته به این مرکز برگشتم تا آموزش‌های روان‌پزشکی ببینم؛ بابت پذیرش در این دوره هیجان‌زده بودم. بسیاری از روان‌پزشکان مشهوری همچون اریک کندل^{۲۹} که بعدها برنده جایزه نوبل در بخش فیزیولوژی و پزشکی شد، آنجا آموزش دیده بودند. طی مدتی که در این مرکز آموزش می‌دیدم، آلن هابسون^{۳۰} در آزمایشگاهی در زیرزمین بیمارستان موفق شد سلول‌های

مغزی مسئول خلق رؤیاها را کشف کند؛ نخستین مطالعات در حوزه مبانی شیمیایی افسردگی نیز در این مرکز صورت گرفت. اما برای بسیاری از ما دستیارها، بیماران بیشترین جذابیت را داشتند. هر روز شش ساعت با آنها می‌گذرانیدیم و سپس در قالب یک گروه با روان‌پزشکان ارشد می‌نشستیم تا مشاهداتمان را به اشتراک بگذاریم، سوالاتمان را مطرح کنیم و بر سر بامزه‌ترین اظهارنظرها با هم رقابت کنیم. استاد بزرگمان، الوین سمراد، به‌جد ما را از خواندن کتاب‌های درسی روان‌پزشکی در سال اول برحذر می‌داشت. (احتمالاً همین رژیم گرسنگی فکری باعث شد تا بعدها بیشترمان خوانندگانی سیری‌ناپذیر و نویسندگانی پرکار شویم.) سمراد نمی‌خواست قطعیت‌های کاذب تشخیص‌های روان‌پزشکی، ادراک ما را از واقعیت تحت‌تأثیر قرار دهد. به خاطر دارم روزی از او پرسیدم: «اسم این بیمار را چه می‌گذارید، اسکیزوفرنیک یا اسکیزوافکتیو؟»^{۳۱} مکثی کرد و دستی به چانه‌اش کشید، انگار که عمیقاً به فکر فرورفته است. پاسخ داد: «به نظرم او را مایکل مک‌این‌تایر صدا می‌زنم.»

سمراد به ما آموخت که بیشتر رنج‌های بشری در عشق و فقدان ریشه دارند و وظیفه درمانگران این است که به افراد کمک کنند تا واقعیت زندگی را با همه لذت‌ها و دل‌شکستگی‌هایش «بپذیرند، حسش کنند و آن را تاب بیاورند.» از ما می‌خواست در تمامی جنبه‌های زندگی با خود صادق باشیم و

می‌گفت: «بزرگ‌ترین منبع رنج‌های ما دروغ‌هایی است که به خودمان می‌گوییم.» اغلب می‌گفت حال مردم بدون آگاهی از دانسته‌های خود و لمس احساساتشان هرگز بهتر نمی‌شود.

به خاطر دارم که وقتی شنیدم این استاد کهن‌سال و برجسته دانشگاه هاروارد اعتراف کرد شب‌ها هنگام خوابیدن از تماس باسن همسرش با او حس خوبی داشته، شگفت‌زده شدم. او با افشای این نیازهای ساده بشری خود، به ما کمک کرد تا اهمیت آن‌ها را در زندگی خودمان درک کنیم. فارغ از افکار والا و دستاوردهای دنیایی‌مان، عدم‌توفیق در توجه به چنین نیازهایی به هستی‌رشدنیافته‌ای می‌انجامد. به ما گفت بهبود به دانش تجربی وابسته است: تنها وقتی می‌توانید کاملاً بر زندگی خود مسلط باشید که واقعیت بدنتان را با همه جنبه‌های درونی‌اش بپذیرید.

بااین‌حال، حرفه ما جهت متفاوتی را در پیش گرفته بود. در سال ۱۹۶۸، مجله روان‌پزشکی آمریکا^{۳۲} نتایج مطالعه بخشی را که من در آن به‌عنوان همراه فعالیت داشتم، منتشر کرده بود. یافته‌های این مطالعه صراحتاً نشان داد که نتایج آن دسته از بیماران اسکیزوفرنیک که فقط دارو مصرف کرده بودند، بهتر از آن‌هایی بود که هفته‌ای سه بار با بهترین درمانگران بوستون حرف زده بودند. (۳) این مطالعه یکی از چندین نقاط عطفی بود که رفته‌رفته رویکرد پزشکی و روان‌پزشکی را به مشکلات روان‌شناختی تغییر

داد: از بیان بی‌نهایت متغیر احساسات و روابط تحمل‌ناپذیر به الگویی که در آن «اختلالات» جداگانه نوعی بیماری مغزی شناخته می‌شدند.

رویکرد پزشکی به رنج‌های انسان همواره توسط فناوری‌هایی تعیین شده که در هر مقطع زمانی دردسترس بوده است. قبل از عصر روشنگری، ناهنجاری‌های رفتاری به خداوند، گناه، جادو، ساحران و ارواح شیطانی نسبت داده می‌شد. در قرن نوزدهم بود که دانشمندان فرانسوی و آلمانی کم‌کم رفتار بشر را در انطباق با پیچیدگی‌های جهان بررسی کردند. در آن مقطع نگرش جدیدی در حال ظهور بود: خشم، شهوت، غرور، حرص، طمع و تنبلی، به‌علاوه سایر مشکلاتی که ما انسان‌ها همواره در کنترل آن‌ها ضعف داشته‌ایم، «اختلالاتی» در نظر گرفته شدند که با تجویز مواد شیمیایی مناسب قابل‌رفع بود. (۴)

بسیاری از روان‌پزشکان از اینکه مثل هم‌کلاسی‌ها دانشکده پزشکی‌شان که صاحب آزمایشگاه، آزمایش‌های حیوانی، تجهیزات گران‌قیمت و آزمون‌های تشخیصی پیچیده‌ای بودند، «دانشمندان واقعی» می‌شدند، آسوده‌خاطر و شادمان شدند و نظریه‌های مبهم فلاسفه‌ای همچون فروید و یونگ را کنار گذاشتند. یکی از کتاب‌های درسی مهم رشته روان‌پزشکی پا را از این هم فراتر گذاشت و نوشت: «هم‌اکنون دلیل بیماری روانی را ناهنجاری مغزی می‌دانند که نوعی بی‌تعادلی شیمیایی است.» (۵)

من نیز همچون همکارانم، مشتاقانه از انقلاب داروشناختی استقبال کردم. در سال ۱۹۷۳ اولین دستیار ارشد روان‌داروشناسی در مرکز سلامت روان ماساچوست بودم. احتمالاً اولین روان‌پزشک در بوستون بوده‌ام که برای بیماری مبتلا به افسردگی شیدایی لیتیوم تجویز کردم. (درباره کار جان کید^{۳۳} با لیتیوم در استرالیا خوانده بودم و از یک کمیته بیمارستانی مجوز استفاده از آن را گرفتم.) زنی که به مدت ۳۵ سال در ماه‌های می دچار شیدایی و هر نوامبر نیز تا سرحد خودکشی افسرده می‌شد، به کمک لیتیوم و طی سه سالی که تحت مراقبت من بود، این چرخه را متوقف کرد و وضعیتش پایدار ماند. من همچنین عضو اولین گروه تحقیقاتی ایالات متحده بودم که داروی ضدروان‌پریشی کلوزاریل^{۳۴} را روی بیماران مزمنی که در بخش‌های پستی آسایشگاه‌های روانی قدیمی نگهداری می‌شدند، آزمایش کردند. (۶) برخی از واکنش‌های بیماران معجزه‌آسا بود: افرادی که بیشتر زندگی‌شان را در واقعیت‌های مستقل و ترسناک خود گذرانده بودند، حالا توانستند به جمع خانواده و اجتماع بازگردند. بیمارانی که در باتلاق تاریکی و ناامیدی گرفتار شده بودند، کم‌کم به زیبایی روابط انسانی و لذت کار و بازی واکنش نشان دادند. این نتایج حیرت‌انگیز خوش‌بینان کرد که بالاخره می‌توانیم بر فلاکت بشری فائق آییم.

داروهای ضدروان‌پریشی عامل مهمی در کاهش تعداد بیماران آسایشگاه‌های روانی ایالات متحده بود و

این رقم را از ۵۰۰ هزار نفر در سال ۱۹۵۵ به کمتر از ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۹۹۶ رساند. (۷) برای انسان‌های عصر حاضر که با جهانِ پیش‌از‌ظهور چنین درمان‌هایی آشنا نبودند، این تغییر تقریباً تصورناپذیر است. در سال اول دانشجویی پزشکی به بیمارستان ایالتی کاناکاکی در ایلنوی رفتم و دیدم که یکی از همراهان هیکلی بخش داشت با شلنگِ آب ده‌ها بیمار کثیف، لخت و آشفته را در اتاقی خالی از اثاثیه و مجهز به کانال‌هایی برای تخلیهٔ آب می‌شست. این صحنه حالا بیشتر شبیه کابوس است تا چیزی که با چشم‌های خودم دیدم. پس از اتمام دورهٔ دستیاری در سال ۱۹۷۴، اولین شغلم مسئولیتی دون‌پایه در بیمارستان ایالتی بوستون بود؛ مؤسسه‌ای سابقاً معتبر که پیش از این پذیرای هزاران بیمار بود و با وسعتی بیش از صدها جریب، ده‌ها ساختمان از جمله گل‌خانه، باغچه و کارگاه داشت که در آن برهه بیشترشان مخروبه بودند. طی دوره‌ای که در آنجا کار می‌کردم، بیماران به تدریج در «انجمن» تقسیم شدند؛ انجمن اصطلاحی کلی بود که به سرپناه‌ها و آسایشگاه‌هایی که بیماران از آنجا سر درمی‌آوردند، اطلاق می‌شد. (عجیب اینکه بیمارستان یادشده ابتدا به اسم «پناهگاه» کارش را آغاز کرد، واژه‌ای به معنای «جای امن» که رفته‌رفته بار معنایی شومی به خود گرفت. البته این بیمارستان به‌واقع محل گروهی از افراد پناه‌داده‌شده بود که در آن‌همه اسم و ویژگی‌های منحصر به فرد بیماران را می‌دانستند.) در سال ۱۹۷۹ اندکی پس از آنکه در ادارهٔ امور کهنه‌سربازان مشغول به کار شدم، درهای بیمارستان ایالتی

بوستون برای همیشه بسته شد و این بیمارستان به شهر اشباح تبدیل شد.

طی بازه‌ای که در بیمارستان ایالتی بوستون بودم، همکاری‌ام را با آزمایشگاه روان‌داروشناسی مرکز سلامت روان ماساچوست هم ادامه دادم که در آن مقطع داشت تمرکزش را به حیطه پژوهشی دیگری معطوف می‌کرد.

در دهه ۱۹۶۰ دانشمندان مؤسسه ملی سلامت امریکا شگردهایی را برای جداسازی و سنجش هورمون‌ها و انتقال‌دهنده‌های عصبی خون و مغز آغاز کرده بودند. انتقال‌دهنده‌های عصبی پیغام‌رسان‌هایی شیمیایی هستند که با انتقال اطلاعات از یک عصب به عصب دیگر، ما را قادر می‌سازند تا تعامل مؤثری با جهان داشته باشیم.

حالا که دانشمندان در حال کشف شواهدی در خصوص رابطه سطوح غیرعادی نوراپی‌نفرین با افسردگی و دوپامین با اسکیزوفرنی بودند، این امیدواری وجود داشت که بتوان داروهایی را برای درمان ناهنجاری‌های مغزی خاص تولید کرد. این امید هرگز به‌طور کامل محقق نشد؛ اما تلاش‌های ما برای اندازه‌گیری تأثیر دارو بر علائم روانی تغییر شگرف دیگری را در این رشته به دنبال داشت. نیاز

پژوهشگران به شیوه‌ای دقیق و نظام‌مند برای انعکاس یافته‌های خود به معرفی اصطلاحاً معیارهای تشخیصی پژوهش انجامید که من نیز در جایگاه دستیار پژوهشی دون‌پایه در آن نقش داشتم. معیارهای فوق نهایتاً به مبنای اولین سیستم نظام‌مند تشخیص مشکلات روان‌پزشکی بدل شد: راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (دی‌اس‌ام)^{۲۵} منتشرشده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا که عموماً از آن به «کتاب مقدس روان‌پزشکی» یاد می‌کنند. پیشگفتار نسخه سوم (دی‌اس‌ام ۳) این کتاب شاخص در سال ۱۹۸۰، به‌درستی و فروتنانه نوشته شده بود و اذعان می‌کرد که این سیستم تشخیصی نادقیق است، آن‌قدر که هرگز نباید از آن برای اهداف جرم‌شناختی یا بیمه‌ای استفاده کرد. (۸) همان‌طور که خواهیم دید، این فروتنی به‌شکل غم‌انگیزی زودگذر بود.

شوک اجتناب‌ناپذیر

همچنان که پرسش‌های متعددی درباره استرس پس‌از تروما در ذهنم جا خوش کرده بود، این ایده وسوسه‌ام کرد که شاید رشته نوپای علوم اعصاب بتواند به برخی از این پرسش‌ها پاسخ دهد و کم‌کم در گردهمایی‌های کالج روان‌داروشناسی عصبی آمریکا (ای‌سی‌ان‌پی) شرکت کردم. در سال ۹۸۴، سخنرانی‌های جذابی درباره داروسازی در این کالج ارائه می‌شد؛ اما فقط چند ساعت به پرواز برگشتم به

بوستون مانده بود که سخنرانی استیون مایر،^{۳۶} استاد دانشگاه کلرادو، را شنیدم؛ او دربارهٔ پژوهشی که با مارتین سلیگمن^{۳۷} از دانشگاه پنسیلوانیا انجام داده بود، حرف می‌زد. موضوع سخنرانی‌اش درماندگی آموخته‌شده در حیوانات بود. مایر و سلیگمن بارها شوک‌های الکتریکی دردناکی را به سگ‌های محبوس‌شده در قفس وارد کرده بودند. آن‌ها این وضعیت را «شوک اجتناب‌ناپذیر» نامیدند. (۹) از آنجاکه عاشق سگ‌ها هستم، فهمیدم که خودم هرگز نمی‌توانستم چنین پژوهشی را انجام دهم؛ اما کنجکاو بودم که ببینم این بی‌رحمی چه تأثیری بر حیوانات می‌گذارد.

پس از چندین مرحله شوک الکتریکی، پژوهشگران در قفس‌ها را باز گذاشتند و مجدداً به سگ‌ها شوک وارد کردند. سگ‌های گروه شاهد که هرگز تحت شوک الکتریکی قرار نگرفته بودند، بلافاصله پا به فرار نهادند؛ اما سگ‌هایی که قبلاً در معرض شوک اجتناب‌ناپذیر بودند، حتی با وجود اینکه درها کاملاً باز بود، اقدامی برای فرار نکردند؛ فقط آنجا خوابیدند، نالیدند و مدفوع کردند. صرف فرصت فرار الزاماً باعث نمی‌شود تا حیوانات یا افراد مبتلا به تروما راه آزادی را در پیش گیرند. بسیاری از مبتلایان به تروما نیز مانند سگ‌های مایر و سلیگمن به راحتی تسلیم می‌شوند. آن‌ها به جای آزمودن گزینه‌های جدید، در ترسی که می‌شناسند گرفتار می‌شوند.

مسحور روایت مایر شده بودم. کاری که بر سر آن سگ‌های بیچاره آورده بودند دقیقاً همان چیزی بود که برای بیماران ترومایی من نیز اتفاق افتاده بود. آن‌ها نیز در معرض شخص (یا چیزی) قرار داشته‌اند که آسیب وحشتناکی را بر آن‌ها وارد آورده بود؛ آسیبی که راهی برای فرار از آن نداشتند. به سرعت در ذهنم بیمارانی را که درمان کرده بودم مرور کردم. تقریباً همه‌شان گرفتار چیزی شده یا بی حرکت مانده بودند و توان آن را نداشتند تا امر اجتناب‌ناپذیر را دفع کنند. پاسخ جنگ یا گریز در آن‌ها خنثی شده بود و همین مسئله سراسیمگی یا فروپاشی را در پی داشت.

مایر و سلیگمن همچنین دریافتند که ترشح هورمون استرس در سگ‌های مبتلا به تروما از حد طبیعی خیلی بیشتر است. این امر یافته‌های ابتدایی ما را دربارهٔ مبانی زیست‌شناختی استرس پس‌از تروما تأیید کرد. گروهی از پژوهشگران جوان، از جمله استیو سوت‌ویک^{۳۸} و جان کریستال^{۳۹} در دانشگاه ییل، اریه شالف^{۴۰} در دانشکده پزشکی هداسای اورشلیم، فرانک پاتنم^{۴۱} در مؤسسه ملی سلامت روان (ان‌آی‌ام‌اچ) و راجر پیتن^{۴۲} بعدها در هاروارد، همگی داشتند پی می‌بردند که افراد مبتلا به تروما تا مدت‌ها بعد از خطر واقعی، مقادیر زیادی هورمون استرس ترشح می‌کنند؛ راشل یهودا^{۴۳} در دانشکدهٔ مانت ساینای نیویورک نظر مخالفی داشت و یافته‌های به‌ظاهر متناقض او حاکی از آن بود که سطح هورمون استرسی کورتیزول در پی‌تی‌اس‌دی پایین است. کشفیات او زمانی کم‌کم منطقی به نظر رسید که پژوهش او نشان داد که کورتیزول با ارسال یک سیگنال ایمنی واکنش به استرس را خاتمه می‌دهد؛ علاوه بر این، واقعیت این است که در پی‌تی‌اس‌دی، هورمون‌های استرس بدن پس از رفع تهدید به حالت ابتدایی بازمی‌گردند.

در اوضاع مطلوب سیستم هورمون استرس باید پاسخ فوق‌العاده سریعی به تهدید داشته باشد؛ اما پس از رفع تهدید به سرعت ما را به حالت تعادل بازگرداند. با این حال، در بیماران مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی، سیستم

هورمون استرس نمی‌تواند این متعادل‌سازی را انجام دهد. سیگنال‌های جنگ/گریز/بهت پس از گذشت خطر همچنان ادامه دارند و همان‌طور که در آزمایش سگ‌ها دیدیم، به حالت طبیعی برنمی‌گردند. در عوض، ترشح مستمر هورمون استرس به شکل سراسیمگی و هراس خود را نشان می‌دهد و در بلندمدت سلامتی‌شان را به نابودی می‌کشاند.

آن روز به پروازم نرسیدم چون باید با استیو مایر حرف می‌زدم. کارگاه آموزشی او هم سرنخ‌هایی دربارهٔ مشکلات نهفتهٔ بیمارانم ارائه داد، هم راه‌حل‌های احتمالی رفع این مشکلات را فراهم آورد. مثلاً او و سلیگمن پی برده بودند که تنها راه آموزش سگ‌های مبتلا به تروما برای خروج از شبکه‌های الکتریکی در هنگام بازشدن درها این است که مرتباً آن‌ها را خارج از قفس بکشانند تا به شکل فیزیکی نحوهٔ فرار کردن را تجربه کنند. می‌خواستم بدانم آیا ما هم می‌توانستیم به بیمارانمان کمک کنیم تا از شر این سوگیری اساسی خلاصی یابند که برای دفاع از خود کاری از دستشان ساخته نیست؟ آیا بیماران من هم نیازمند تجاربی فیزیکی بودند تا حس درونی کنترلشان احیا شود؟ چه می‌شد اگر یاد می‌گرفتند برای فرار از موقعیتی بالقوه تهدیدآمیز، شبیه ترومایی که در آن گرفتار و بی‌حرکت شده بودند، به شکل فیزیکی خود را حرکت دهند؟ همان‌طور که دربارهٔ بهبود از تروما در بخش پنجم کتاب بحث خواهم کرد، این یکی از

نتایجی بود که در آخر به آن رسیدم.

مطالعات حیوانی بیشتری که روی موش‌ها، موش‌های صحرایی، گربه‌ها، میمون‌ها و فیل‌ها انجام شد، داده‌های جالب‌تری به دست دادند؛ (۱۰) برای مثال، هنگامی که پژوهشگران صدای بلند و آزاردهنده‌ای را پخش کردند، آن دسته از موش‌هایی که در لانه‌ای گرم با غذای فراوان رشد کرده بودند، باعجله به لانه‌شان رفتند. اما گروه دیگری هم که در لانه‌ای پرسروصدا و با غذای کم بزرگ شده بودند، باوجوداینکه مدتی را در محیط خوشایندتری گذرانده بودند، به‌طرف لانه دویدند. (۱۱)

صرف‌نظر از امن یا ترسناک بودن لانه، حیوانات وحشت‌زده به خانه‌هایشان بازمی‌گردند. به فکر آن دسته از بیمارانم افتادم که خانواده‌هایی سوءاستفاده‌گر داشتند؛ اما باز هم به خانه برمی‌گشتند و دوباره صدمه می‌دیدند. آیا افراد مبتلا به تروما محکوم به این هستند که به چیزهای آشنا پناه ببرند؟ اگر پاسخ مثبت است، چرا؟ و آیا امکان دارد کمکشان کرد تا دل‌بسته مکان‌ها و فعالیت‌هایی شوند که امن و لذت‌بخش‌اند؟ (۱۲)

اعتیاد به تروما: درد لذت و لذت درد

وقتی من و همکارم، مارک گرینبرگ،^{۴۴} مشغول هدایت گروه‌های درمانی کهنه‌سربازان جنگ ویتنام بودیم، یکی از چیزهایی که مبهوتمان کرد این بود که چطور خیلی‌هایشان، فارغ از حس وحشت و اندوه، وقتی درباره سقوط بالگرد یا مرگ هم‌زمانشان حرف می‌زدند، جان تازه‌ای می‌گرفتند. (کریس هجز،^{۴۵} خبرنگار سابق نیویورک تایمز که چندین درگیری وحشیانه را پوشش خبری داد، این عنوان را برای کتابش انتخاب کرد: جنگ نیروبی است که به ما معنا می‌دهد. ۱۳)^{۴۶}) به نظر می‌رسد بسیاری از مبتلایان به تروما به دنبال تجاری هستند که خیلی‌هایمان از آن بیزاریم (۱۴). وقتی بیماران عصبانی، تحت فشار یا درگیر فعالیتی خطرناک نیستند، اغلب بابت حس مبهمی از پوچی و ملالت گلایه‌مندند.

یکی از بیمارانم به اسم جولیا در شانزده سالگی در اتاق هتلی به‌زور اسلحه و به‌شکل وحشیانه‌ای مورد تجاوز قرار گرفته بود. مدت کوتاهی پس از این اتفاق با دلال جنسی خشنی آشنا شد که او را به ورطه تن‌فروشی کشاند. مرتب از او کتک می‌خورد. بارها به دلیل تن‌فروشی به زندان افتاد؛ اما هر بار پیش آن دلال بازمی‌گشت. نهایتاً پدر بزرگ و مادر بزرگش پا پیش گذاشتند و با پول خود او را به دوره بازپروری فشرده‌ای فرستادند. او پس از تکمیل موفقیت‌آمیز دوره درمانی، در سمت متصدی پذیرش مشغول به کار شد و به کالجی محلی رفت. برای درس جامعه‌شناسی، یک مقاله کلاسی درباره فرصت‌های رهایی‌بخش

تن‌فروشی نوشت و بدین منظور شرح حال چندین فاحشهٔ مشهور را مطالعه کرد. کم‌کم از بقیهٔ کلاس‌ها انصراف داد. رابطهٔ کوتاهش با یکی از هم‌کلاسی‌ها خیلی زود از هم پاشید؛ می‌گفت خیلی حوصله‌اش را سر می‌برد و از شورت بوکسوری‌اش حالش به هم می‌خورد. آن‌گاه با معتادی در مترو آشنا شد که اول جولیا را می‌زد و بعد کم‌کم می‌پاییدش. یک بار که به‌شدت کتک خورده بود، نهایتاً مصمم شد تا به دورهٔ درمانی‌اش بازگردد.

فروید اصطلاح خاصی برای چنین بازآفرینی‌های ترومایی داشت: «اجبار به تکرار.» او و بسیاری از طرف‌دارانش باور داشتند که بازآفرینی‌ها تلاشی ناخودآگاهانه برای تسلط بر وضعیتی دردناک است و نهایتاً به چیرگی بر آن وضعیت و تسکین می‌انجامند. شواهدی برای اثبات این نظریه وجود ندارد؛ تکرار فقط درد و خودانزجاری بیشتر را در پی دارد. در واقع، حتی مرور مکرر تروما در طول درمان هم ممکن است موجب تقویت اشتغال ذهنی و وسواس فکری شود.

من و مارک گرینبرگ تصمیم گرفتیم اطلاعات بیشتری دربارهٔ جاذب‌ها کسب کنیم؛ چیزهایی که ما را به‌سمت خود می‌کشند، به ما انگیزه می‌دهند و باعث می‌شوند احساس سرزندگی کنیم. معمولاً هدف جاذب‌ها این است که ما احساس بهتری داشته باشیم. پس چرا افراد زیادی جذب موقعیت‌های

خطرناک یا دردناک می‌شوند؟ بالاخره مطالعه‌ای را یافتیم که توضیح می‌داد چطور فعالیت‌های دلهره‌آور یا دردناک بعدها ممکن است به رویدادهای مهیجی تبدیل شوند. (۱۵) در دههٔ ۱۹۷۰ ریچارد سولومون،^{۴۷} استاد دانشگاه پنسیلوانیا، نشان داده بود که بدن یاد می‌گیرد خود را با محرک‌های مختلف سازگار کند. ما احتمالاً شیفتهٔ موادمخدر تفننی می‌شویم چون همان لحظه حس بسیار خوبی را در ما ایجاد می‌کنند؛ اما فعالیت‌هایی نظیر حمام بخار، دوی ماراتن یا چتربازی که در ابتدا موجب زحمت و حتی ترس می‌شوند، ممکن است در نهایت بسیار لذت‌بخش بشوند. این سازگاری تدریجی نشان‌دهندهٔ آن است که تعادل شیمیایی جدیدی در بدن ایجاد شده است. برای همین دوندگان ماراتن، برای مثال، از اینکه بدن خود را تا این اندازه تحت فشار قرار می‌دهند، حس تندرستی و نشاط می‌کنند.

در این مقطع، درست مثل اعتیاد به موادمخدر، کم‌کم هوس این فعالیت را پیدا می‌کنیم و هرگاه چنین فعالیتی دردسترس نباشد، محرومیت را احساس می‌کنیم. در بلندمدت، درد محرومیت از فعالیت بیشتر از خود آن فعالیت ذهن افراد را درگیر می‌کند. این نظریه نشان می‌دهد که چرا برخی افراد کسی را به کار می‌گیرند تا کتکشان بزند یا اینکه خودشان را با سیگار می‌سوزانند، یا اینکه چرا فقط به افرادی کشش دارند که به آن‌ها آسیب می‌رسانند. ترس و نفرت، به شکل عجیبی، به لذت بدل می‌شوند.

فرضیه سولومون این بود که اندورفین‌ها، مواد شیمیایی مورفین‌مانندی که مغز در واکنش به استرس ترشح می‌کند، در اعتیادهای تناقض‌آمیزی که او شرح داد، دخیل‌اند. وقتی طبق عادت کتاب‌خانه‌ای‌ام، به مقاله‌ای تحت‌عنوان «درد در مردان مجروح جنگی»^{۴۸} چاپ سال ۱۹۴۶ برخورددم، بار دیگر به یاد نظریه سولومون افتادم. پزشک جراحی به نام هنری کی. بیچر^{۴۹} پس از آنکه دید ۷۵ درصد سربازان به‌شدت مجروح جبهه ایتالیا درخواست مورفین ندادند، این فرضیه را مطرح کرد که «هیجانات قوی می‌توانند مانع درد شوند.» (۱۶)

مشاهدات بیچر با افراد مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی هم ارتباط داشت؟ به‌همراه مارک گرینبرگ، راجر پیتمن و اسکار آر^{۵۰} تصمیم گرفتیم تا از هشت کهنه‌سرباز جنگ ویتنام بخواهیم در صورت تمایل در آزمون استاندارد درد شرکت و هم‌زمان صحنه‌هایی از چند فیلم را تماشا کنند. در ابتدا برشی از فیلم واضحاً خشن جوخه (۱۹۸۶)^{۵۱} به کارگردانی الیور استون^{۵۲} را پخش کردیم؛ هنگام پخش فیلم زمانی را محاسبه کردیم که کهنه‌سربازها می‌توانستند دست راستشان را در سطل آب یخ نگه دارند. سپس این فرایند را با برشی از فیلمی آرام (و بسیار قدیمی) تکرار کردیم. از بین هشت کهنه‌سرباز، هفت نفرشان در مدت پخش فیلم جوخه دست‌های خود را ۳۰ درصد بیشتر در آب به‌شدت سرد نگه داشتند. سپس محاسبه کردیم که

میزان بی‌دردی به‌دست‌آمده از تماشای پانزده دقیقه فیلم جنگی برابر با تزریق هشت میلی‌گرم مورفین است، یعنی همان میزانی که در اتاق اورژانس برای دردهای خردکننده قفسه سینه به فرد تزریق می‌شود.

نتیجه گرفتیم که فرض بیچر مبنی بر اینکه «هیجان‌ات قوی می‌تواند مانع درد شوند»، نتیجه انتشار موافق مورفین‌مانند است که در مغز ساخته می‌شوند. این بدان معنا بود که برای بسیاری از مبتلایان به تروما، مواجهه مجدد با استرس نیز ممکن بود به همین شکل کاهش اضطراب را در پی داشته باشد. (۱۷) آزمایش جالبی بود؛ اما نتوانست دلیل برگشت جولیا به دلال جنسی خشنش را کاملاً توجیه کند.

تسکین مغز

شاید بتوان گردهمایی سال ۱۹۸۵ کالج روان‌داروشناسی عصبی آمریکا را تأمل‌برانگیزتر از نشست سال قبل آن دانست. جفری گری،^{۵۳} استاد کالج کینگز انگلیس، درباره آمیگدال سخنرانی کرد. آمیگدال به مجموعه‌ای از سلول‌های مغزی گفته می‌شود که تهدید یا غیرتهدید بودن صدا، تصویر یا ادراکات حسی بدنی را تعیین می‌کنند. داده‌های گری حاکی از آن بود که حساسیت آمیگدال، دست‌کم تاحدی، به

میزان انتقال‌دهندهٔ عصبی سروتونین در آن بخش از مغز وابسته است. حیواناتی که سطح پایینی از سروتونین داشتند حساسیت بیش از حدی به محرک‌های استرس‌زا (مانند صداها یا بلند) از خود بروز دادند، حال آنکه سطوح بالاتر سروتونین سیستم ترس آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار داد و احتمال بروز رفتار تهاجمی یا بهت را در پاسخ به تهدیدات احتمالی کمتر کرد. (۱۸)

این یافتهٔ مهم مرا تحت‌تأثیر قرار داد: بیمارانم همیشه در واکنش به تحریک‌های کوچک از کوره درمی‌رفتند و با کمترین مخالفت احساس سرخوردگی می‌کردند. نقش احتمالی سروتونین در پی‌تی‌اس‌دی هیجان‌زده‌ام کرد. دیگر پژوهشگران نشان داده بودند که میمون‌های نر غالب سطح سروتونین مغزی به مراتب بیشتری از میمون‌های دون پایه‌تر داشتند؛ اما ممانعت آن‌ها از حفظ تماس چشمی با میمون‌هایی که روزی بر آن‌ها احساس تسلط می‌کردند موجب افت سطح سروتونینشان شد. در مقابل، میمون‌های دون پایه‌تری که مکمل سروتونینی دریافت کرده بودند، برای تصاحب رهبری گله عرض‌اندام کردند. (۱۹) محیط اجتماعی با شیمی مغز در تعامل است. تنزل میمون به جایگاهی پایین‌تر در سلسله‌مراتب سلطه‌گری موجب افت سروتونین او شد، حال آنکه تقویت شیمیایی سروتونین، رتبهٔ زیردست‌های سابق را ارتقا داد.

کاربردهای این مسئله برای افراد مبتلا به تروما مشهود بود. آن‌ها نیز، همچون حیوانات کم‌سروتونین در آزمایش‌گری، بیش از حد حساسیت به خرج می‌دادند و توانایی‌شان در برخورد‌های اجتماعی دچار نقص بود. اگر می‌شد راه‌هایی برای افزایش سطح سروتونین مغزی پیدا کرد، احتمالاً می‌توانستیم هر دو مشکل را یکجا حل کنیم. در همان گردهمایی سال ۱۹۸۵ فهمیدم که کارخانه‌های داروسازی در حال تولید دو محصول جدید هستند تا دقیقاً همین کار را انجام دهند؛ اما از آنجاکه هیچ‌یک از این دو محصول هنوز در دسترس نبودند، موقتاً مکمل غذایی ال - تریپتوفان^{۵۴} را امتحان کردم که یکی از پیش‌مواد شیمیایی سروتونین در بدن است. (نتایج آن ناامیدکننده بود.) یکی از دو دارویی که تحت بررسی بود، هرگز روانه بازار نشد. آن یکی فلوکستین بود که با نام تجاری پروزاک^{۵۵} به یکی از موفق‌ترین داروهای روان‌گردانی تبدیل شد که تا به حال ساخته شده است.

پروژاک را در روز دوشنبه، هشتم فوریه ۱۹۸۸، شرکت داروسازی ایلای لی لی^{۵۶} روانه بازار کرد. آن روز نخستین بیمار خانم جوانی بود که در کودکی به شکل هولناکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته بود و در آن مقطع درگیر پرخوری عصبی بود؛ اساساً بخش زیادی از زندگی اش به پرخوری و استفراغ عمدی می گذشت. داروی جدید را برایش تجویز کردم و روز پنجشنبه که برگشت گفت: «این چند روز خیلی متفاوت گذشته است: وقتی گرسنه شدم، غذا خوردم و بقیه وقتم را به تکالیف مدرسه اختصاص دادم.» یکی از هیجان انگیزترین حرف هایی بود که تا آن موقع در مطب شنیده بودم.

روز جمعه بیمار دیگری را دیدم که دوشنبه گذشته اش برای او هم پروژاک تجویز کرده بودم. مادر همواره افسرده دو بچه مدرسه ای که ناکامی هایش در جایگاه مادر و همسر ذهنش را درگیر خود ساخته بود و خواسته های والدینی که در کودکی به شدت با او بد رفتاری کرده بودند، تحت فشارش قرار داده بود. پس از چهار روز مصرف قرص پروژاک، پرسید آیا می تواند دوشنبه بعد، مصادف با روز رئیس جمهور،^{۵۷} به مطب نیاید. چنین توضیح داد: «راستش تا حالا هرگز بچه هایم را اسکی نبرده ام، کاری که شوهرم همیشه انجام می دهد؛ دوشنبه تعطیل است و واقعاً برایشان خوب است که خاطرات خوبی از خوش گذرانی با هم داشته باشیم.»

این هم از بیماری که همیشه کارش این بود هرطور شده روز را به شب برساند. پس از این ملاقات، به کسی که در شرکت ایلای لی لی می‌شناختم زنگ زدم و گفتم: «دارویی تولید کرده‌اید که به مردم کمک می‌کند به جای محبوس شدن در گذشته، در لحظه باشند.» بعدها این شرکت اعتبار پژوهشی اندکی به من داد تا تأثیر پروزاک روی پی‌تی‌اس‌دی را در ۶۴ نفر، ۲۲ زن و ۴۲ مرد، بررسی کنم؛ این اولین پژوهش درباره تأثیرات این گروه دارویی جدید روی پی‌تی‌اس‌دی بود. گروه ترومای ما در درمانگاه ۳۳ غیرنظامی را ثبت‌نام کردند و دستیارانم، همکاران سابقم در اداره امور کهنه‌سربازان، هم ۳۱ کهنه‌سرباز را نام‌نویسی کردند. در عرض هشت هفته نیمی از هر گروه قرص پروزاک و نیم دیگر نیز دارونما دریافت کردند. مطالعه به‌صورت «دوسو کور» انجام شد: نه ما می‌دانستیم و نه بیماران که چه کسی چه دارویی دریافت کرده است؛ بدین‌ترتیب پیش‌داوری‌های ما نمی‌توانست خللی در ارزیابی‌هایمان داشته باشد. همه شرکت‌کنندگان این مطالعه، حتی آن‌هایی که دارونما دریافت کرده بودند، دست‌کم تاحدی بهبود یافتند. اثر دارونما در اکثر مطالعاتی که درباره درمان پی‌تی‌اس‌دی انجام شده چشمگیر بوده است. افرادی که دل به دریا می‌زنند و وارد مطالعه‌ای می‌شوند که از آن پولی دریافت نمی‌کنند، بازوهایشان مرتباً با سوزن سوراخ می‌شود و احتمال دریافت داروی واقعی هم پنجاه‌پنجاه است، ذاتاً انگیزه حل مشکل خود را دارند. شاید پاداششان فقط همان توجهی است که به آن‌ها می‌شود، همان فرصتی که

برایشان فراهم آمده تا دربارهٔ احساسات و افکارشان حرف بزنند. اما شاید بوسه‌های مادر نیز که خراش‌های کودک را تسکین می‌دهد، «عیناً» حکم دارونما را داشته باشند.

برای بیماران درمانگاه تروما، پروزاک عملکرد به‌مراتب بهتری از دارونما داشت. در مقایسه با آن‌هایی که دارونما دریافت کردند، راحت‌تر خوابیدند، کنترل بهتری روی هیجان‌اتشان داشتند، و دل‌مشغولی کمتری به گذشته نشان دادند. (۲۰) با این حال، پروزاک به‌طرز شگفت‌آوری هیچ تأثیری بر کهنه‌سربازان نداشت؛ علائم پی‌تی‌اس‌دی آن‌ها دست‌نخورده باقی ماند. اکثر مطالعات دارویی بعدی روی کهنه‌سربازها نیز این یافته‌ها را تأیید کردند: تعداد اندکی از آن‌ها بهبود ناچیزی داشتند؛ اما بیشترشان هیچ بهره‌ای از آن نبرده بودند. هرگز نتوانسته‌ام توضیحی برای آن بیابم و پذیرش رایج‌ترین توجیه این مسئله نیز برایم مقدور نیست: اینکه دریافت مستمری بازنشستگی یا حقوق از کارافتادگی مانع بهبود حال افراد می‌شود. به هر حال، آمیگدال چیزی دربارهٔ مستمری نمی‌داند؛ فقط تهدیدات را شناسایی می‌کند.

با وجود این، داروهایی نظیر پروزاک و داروهایی از این دست مثل زلفت،^{۵۸} سلکسا،^{۵۹} سیمبالتا^{۶۰} و پکسیل^{۶۱} کمک شایانی به درمان اختلالات ترومایی کرده‌اند. در مطالعهٔ پروزاک، برای سنجش تلقی مبتلایان به تروما از محیط پیرامونی خود از آزمون رورشاخ استفاده کردیم. این داده‌ها سرخ مهمی دربارهٔ عملکرد

احتمالی این گروه از داروها (که سابقاً مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین یا اس‌اس‌آرای^{۶۲} نام داشتند) به ما دادند. قبل از مصرف پروزاک، واکنش بیماران تحت کنترل هیجان‌اتشان بود. مثلاً بیماری هلندی را به خاطر دارم (خارج از مطالعه پروزاک) که به دلیل تجاوزی که در کودکی به او شده بود، برای درمان نزد من آمد و به محض اینکه لهجه هلندی‌ام را شنید، مطمئن شد که می‌خواهم به او تجاوز کنم. پروزاک تفاوت بنیادینی ایجاد کرد: نوعی روشن بینی به بیماران پی‌تی‌اس‌دی داد (۲۱) و کمکشان کرد تا کنترل چشمگیری روی تکانه‌هایشان داشته باشند. از قرار معلوم، جفری گری درست گفته است: بسیاری از بیماران با افزایش سطح سروتونین، تحریک‌پذیری کمتری از خود نشان دادند.

پیروزی داروشناسی

داروشناسی خیلی زود حوزه روان‌پزشکی را متحول کرد. داروها حس اثربخشی بیشتری به پزشکان دادند و ابزاری فراتر از گفت‌وگو درمانی فراهم ساختند. داروها منشأ درآمد و سودآوری هم بودند. اعتبارهای پژوهشی صنعت داروسازی موجب شد تا آزمایشگاه‌هایی با تجهیزات پیچیده و مملو از دانشجویان پرانرژی تحصیلات تکمیلی در اختیار داشته باشیم. دانشکده‌های روان‌پزشکی که همواره در زیرزمین بیمارستان‌ها جای داشتند، رفته‌رفته بالاتر آمدند، هم به لحاظ مکانی و هم از نظر شأنی.

یکی از نمادهای این تغییر در مرکز سلامت روان ماساچوست اتفاق افتاد؛ اوایل دهه ۱۹۹۰ استخر این بیمارستان هموارسازی شد تا فضا برای ساخت آزمایشگاه ایجاد شود و سالن سرپوشیده بسکتبال هم برای درمانگاه جدید به اتاق‌هایی تقسیم شد. پزشکان و بیماران طی چندین دهه به شیوه‌ای دموکراتیک در لذت شیرجه‌زدن در استخر و ردوبدل کردن توپ در سالن سهیم بودند. هنگامی که همراه بخش بودم، ساعت‌های زیادی را با بیماران در باشگاه می‌گذراندم. یکی از آن جاهایی بود که همگی می‌توانستیم حس سلامتی فیزیکی‌مان را احیا کنیم، جزیره‌ای بود میان فلاکتی که هر روز با آن روبه‌رو می‌شدیم. حالا به جایی برای «رفع مشکلات» بیماران تبدیل شده بود.

انقلاب دارویی که با آن همه امید آغاز شد احتمالاً دست‌آخر به اندازه خوبی‌هایش، آسیب هم در پی داشته است. رسانه‌ها، مردم و همین‌طور متخصصان پزشکی به شکل گسترده‌ای این نظریه را پذیرفته بودند که بیماری روانی عمدتاً به دلیل بی‌تعادلی شیمیایی در مغز به وجود آمده و می‌توان با داروهای خاصی آن را رفع کرد. (۲۲) در جاهای زیادی، دارو جای درمان را گرفته است و این امکان را به بیماران داده تا بدون پرداختن به مسائل زیربنایی، مشکلاتشان را رفع و رجوع کنند. داروهای ضدافسردگی تأثیر بسزایی در بهبود عملکرد روزمره دارند و اگر قرار باشد برای چند ساعت خواب شبانه بین قرص خواب و نوشیدن

تا سرحد بیهوشی یکی را انتخاب کنیم، تردیدی نیست که کدامشان ارجحیت دارد. برای آنهایی که خسته شده‌اند و دیگر نمی‌توانند به‌تنهایی با کلاس‌های یوگا، تمرینات ورزشی منظم یا صرفاً مقاومت‌کردن از پس این مشکل برآیند، مصرف دارو اغلب می‌تواند التیامی نجات‌بخش در پی داشته باشد. داروهای اس‌اس‌آر‌آی به افراد مبتلا به تروما کمک می‌کنند تا کمتر اسیر هیجانات خود باشند؛ اما در روند کلی درمان باید صرفاً راه‌حلهایی کمکی در نظر گرفته شوند. (۲۳)

پس از مطالعات متعدد روی تأثیر دارو بر پی‌تی‌اس‌دی، پی برده‌ام که داروهای روان‌پزشکی یک عیب مهم دارند؛ چون ممکن است توجهات را از پرداختن به مباحث اساسی منحرف کنند. الگوی بیماری - مغزی، کنترل سرنوشت افراد را از چنگ آن‌ها خارج و پزشکان و شرکت‌های بیمه را مسئول رفع مشکلشان می‌کند.

طی سه دهه گذشته، داروهای روان‌پزشکی رکن اصلی فرهنگ ما شده و پیامدهای بحث‌برانگیزی داشته‌اند. داروهای ضدافسردگی را در نظر بگیرید. اگر تأثیر این داروها آن‌قدری بود که ما باورمان شده بود، اکنون افسردگی می‌بایست مسئله کم‌اهمیتی در جامعه شده بود. در عوض، به‌رغم استمرار روند افزایشی مصرف داروی ضدافسردگی، مراجعه به بیمارستان‌ها برای رفع افسردگی کاهش نیافته است. در

دو دهه گذشته، تعداد افرادی که تحت درمان افسردگی قرار گرفته‌اند، سه برابر شده و در حال حاضر از هر ده آمریکایی، یک نفر داروی ضد افسردگی مصرف می‌کند. (۲۴)

نسل جدید داروهای ضد روان‌پریشی نظیر آبیلیفای،^{۶۳} ریسپردال،^{۶۴} زیپرکسا^{۶۵} و سروکوئل،^{۶۶} پرفروش‌ترین داروها در ایالات متحده هستند. در سال ۲۰۱۲، مردم ۱ میلیارد و ۵۲۶ میلیون و ۲۲۸ هزار دلار برای خرید آبیلیفای هزینه کردند، یعنی بیش از هر داروی دیگری. در دهه سوم سیمبالتا قرار داشت، داروی ضد افسردگی که بیش از ۱ میلیارد دلار فروش داشت، (۲۵) اگرچه هرگز برتری آن بر داروهای ضد افسردگی قدیمی‌تری مثل پروزاک که محصولات ارزان‌تری از آن در بازار وجود دارد، ثابت نشده است. بیمه مدیکید،^{۶۷} برنامه دولت ایالات متحده برای سلامت فقرا، برای داروهای ضد روان‌پریشی بیش از گروه‌های دارویی دیگر هزینه می‌کند. (۲۶) در سال ۲۰۰۸، آخرین سالی که داده‌های کاملی دردسترس است، این برنامه ۳.۶ میلیارد دلار را به داروهای ضد روان‌پریشی اختصاص داد، بیشتر از ۱.۶۵ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۹. در بازه زمانی سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۸ تعداد افراد زیر بیست‌سالی که نسخه تحت پوشش بیمه مدیکید برای داروهای ضد روان‌پریشی داشتند، سه برابر شد. در چهارم نوامبر ۲۰۱۳ شرکت جانسون اند جانسون^{۶۸} جریمه کیفری و مدنی بیش از ۲.۲ میلیارد دلار را برای فیصله به

اتهاماتی دربارهٔ تبلیغ نادرست داروی ضدروان‌پریشی ریسپردال برای مصرف بزرگسالان، کودکان و افرادی با ناتوانی‌های رشدی پذیرفت، (۲۷) اما هیچ‌کس با پزشکانی که این داروها را تجویز کردند کاری ندارد.

هم‌اکنون نیم‌میلیون کودک امریکایی از داروهای ضدروان‌پریشی استفاده می‌کنند. احتمال مصرف قرص‌های ضدروان‌پریشی در کودکان خانواده‌های کم‌درآمد چهار برابر بیشتر از کودکانی است که بیمه‌های خصوصی دارند. این داروها اغلب برای سربه‌راه‌ترکردن کودکانی استفاده می‌شود که مورد سوءاستفاده یا بی‌توجهی قرار گرفته‌اند. در سال ۲۰۰۸ تعداد ۱۹۰۴۵ کودک پنج‌ساله و کمتر از پنج‌ساله از طریق بیمهٔ مدیکید داروهای ضدروان‌پریشی دریافت کرده‌اند. (۲۸) یافته‌های مطالعه‌ای براساس داده‌های مدیکید در سیزده ایالت نشان داد که ۱۲.۴ درصد کودکان پرورشگاهی داروهای ضدروان‌پریشی دریافت کرده‌اند؛ این عدد را با ۱.۴ درصد کل کودکان تحت پوشش مدیکید مقایسه کنید. (۲۹) این داروها کودکان را مهارپذیرتر می‌کنند و از پرخاشگری‌شان می‌کاهند؛ اما در انگیزه، بازی و کنجکاوی آن‌ها خلل وارد می‌کنند؛ عواملی که در تبدیل‌شدن آن‌ها به عضوی کارآمد و تأثیرگذار در جامعه نقش اجتناب‌ناپذیری دارند. کودکانی که این داروها را مصرف می‌کنند در معرض خطر چاقی

مفرط و ابتلا به دیابت نیز قرار دارند. در این بین، بیش‌مصرفی دارو، ازجمله ترکیب داروهای روان‌پزشکی و مسکن‌ها، همچنان رو به افزایش است. (۳۰)

سودآوری فراوان داروها باعث شده تا مجله‌های پزشکی به‌ندرت پژوهش‌های مربوط به درمان‌های غیردارویی مشکلات سلامت روان را چاپ کنند. (۳۱) درمانگرانی که چنین درمان‌هایی را بررسی می‌کنند، معمولاً با برچسب «نامتعارف» به حاشیه رانده می‌شوند. سرمایه‌گذاری در مطالعات انجام‌شده روی درمان‌های غیردارویی امر نادری است، مگر آنکه چنین مطالعاتی از پروتکل‌های اصطلاحاً سازمان‌یافته استفاده کنند، یعنی بیمار و درمانگر مراحل به‌دقت مشخص‌شده‌ای را طی می‌کنند که در آن درمانگر اجازه ندارد به فراخور نیازهای بیمار تغییرات کوچکی در روند درمان انجام دهد. خط فکری غالب جامعه پزشکی قاطعانه به زندگی بهتر از طریق شیمی متعهد است؛ به‌علاوه، به این حقیقت که به‌واقع می‌توانیم فیزیولوژی و تعادل درونی خود را با ابزارهایی به‌جز دارو تغییر دهیم، به‌ندرت توجه می‌شود.

سازگاری یا بیماری؟

الگوی بیماری مغزی چهار حقیقت اساسی را نادیده می‌گیرد: ۱. ظرفیت ما برای نابودی یکدیگر با ظرفیت ما برای درمان یکدیگر برابری می‌کند. احیای روابط و جامعه نقشی محوری در احیای سلامتی دارد؛ ۲. زبان این قدرت را به ما می‌دهد، تا با انتقال تجربیات، خود و دیگران را تغییر دهیم و با این کار یاری‌مان می‌دهد تا دانسته‌هایمان را توصیف کنیم و درکی مشترک از معنا بیابیم؛ ۳. ما می‌توانیم از طریق فعالیت‌های ساده‌ای همچون نفس‌کشیدن، حرکت‌کردن و لمس‌کردن، فیزیولوژی خود را که عملکردهای غیرارادی بدن و مغز را نیز در بر می‌گیرد، تحت قاعده درآوریم؛ و ۴. می‌توانیم با تغییر اوضاع اجتماعی محیط‌هایی خلق کنیم که در آن‌ها کودکان و بزرگسالان بتوانند احساس امنیت کنند و پیشرفت کنند.

وقتی این جنبه‌های اصیل بشری را نادیده می‌گیریم، شیوه‌های مختلف بهبود از تروما و احیای خوداتکایی افراد را از آن‌ها دریغ می‌کنیم. وقتی شخصی را بیمار می‌انگاریم، نه کسی که در فرایند بهبود شرکت دارد، فرد رنج‌کشیده را از جامعه جدا و او را با حس درونی خود بیگانه می‌کنیم. با توجه به محدودیت‌های داروها، کم‌کم به این فکر افتادم که آیا شیوه‌های طبیعی‌تری هست تا با آن‌ها به مردم کمک کنیم با واکنش‌های پس‌از ترومای خود مقابله کنند.

فصل سوم: نگاهی به مغز

انقلاب علوم اعصاب

اگر بتوانیم از راه جمجمه به مغز انسانی با تفکر آگاهانه نگاه بیندازیم و مکان تحریک‌پذیری بهینه هم پرنور باشد، آن‌گاه باید روی سطح مغز نقطهٔ درخشانی با حاشیه‌هایی حیرت‌انگیز و لرزان را ببینیم که اندازه و شکل آن دائماً در حال نوسان است و تاریکی کمابیش عمیقی که سایر بخش‌های نیم‌کرهٔ مغز را پوشانده، آن را در بر گرفته است.

^{۶۹} ایوان پاولف

با تماشا کردن، چیزهای زیادی مشاهده می‌کنید.

^{۷۰} یوگی برا

در اوایل دههٔ ۱۹۹۰ شیوه‌های بدیع تصویربرداری مغزی، ظرفیت‌های تصورناپذیری را فراهم کرد تا با

آن‌ها به درک پیچیده‌تری از نحوهٔ پردازش اطلاعات در مغز برسیم. دستگاه‌های گول‌پیکر چندمیلیون دلاری مبتنی بر فیزیک پیشرفته و فناوری رایانه به سرعت رشتهٔ علوم اعصاب را یکی از محبوب‌ترین حوزه‌های پژوهشی کردند. برش‌نگاری با گسیل پوزیترون (پِت) و بعدها تصویربرداری تشدید مغناطیسی کارکردی (افام‌آرای) به دانشمندان این امکان را داد تا وقتی افراد درگیر انجام وظایف خاصی هستند یا رویدادهایی از گذشته را به خاطر می‌آورند، بتوانند نحوهٔ فعال‌سازی بخش‌های مغز را تصویرسازی کنند. برای اولین بار توانستیم مغز را حین پردازش خاطرات، ادراکات و هیجانات تماشا کنیم و رفته‌رفته مدارهای مغزی و خودآگاهی را نقشه‌برداری کنیم. سابقاً فناوری اندازه‌گیری مواد شیمیایی مغز، مانند سروتونین یا نوراپی‌نفرین، دانشمندان را قادر ساخته بود تا ببینند چه چیزی به فعالیت عصبی دامن می‌زند؛ این کار تقریباً شبیه آن است که با بررسی بنزین سعی کنیم از موتور خودرو سر درآوریم. تصویربرداری عصبی این امکان را فراهم کرد تا درون موتور را ببینیم. تصویربرداری عصبی با این کار درک ما را هم از تروما متحول کرده است.

دانشکدهٔ پزشکی هاروارد طلایه‌دار انقلاب علوم اعصاب بوده و هست؛ در سال ۱۹۹۴ نیز روان‌پزشک جوانی به نام اسکات راوش^{۷۱} به سمت اولین رئیس آزمایشگاه تصویربرداری عصبی در بیمارستان عمومی

ماساچوست منصوب شد. اسکات پس از بررسی مرتبط‌ترین پرسش‌هایی که این فناوری جدید می‌توانست بدان‌ها پاسخ دهد و همچنین پس از خواندن برخی از مقالات من، نظرم را دربارهٔ امکان مطالعهٔ فرایندهای مغزی افرادی جويا شد که فلش‌بک دارند.

به‌تازگی مطالعه‌ای را دربارهٔ نحوهٔ به‌خاطرآوری تروما تمام کرده بودم (در فصل دوازدهم به آن خواهیم پرداخت)؛ در این مطالعه، شرکت‌کنندگان مرتباً می‌گفتند هجوم یک‌بارهٔ تصاویر، احساسات و اصواتِ مربوط به گذشته چقدر ناراحت‌کننده است. وقتی چندین نفرشان اظهار داشتند کاش می‌دانستند حین این فلش‌بک‌ها، مغز چه حقه‌ای سوار می‌کند، از هشت نفرشان خواستم در صورت تمایل به درمانگاه برگردند و بی‌حرکت درون یک دستگاه اسکن دراز بکشند (تجربه‌ای کاملاً جدید که مفصل توضیح دادم) تا ما صحنهٔ رویدادهای دردناکی را که مکرراً سراغشان می‌آمد، بازسازی کنیم. در کمال تعجب، هر هشت نفر موافقت کردند و بسیاری‌شان ابراز امیدواری کردند که آنچه ما از رنج‌های آن‌ها می‌آموزیم بتواند به دیگران کمک کند.

دستیار پژوهشی‌ام، ریتا فیسler^{۷۲}، که پیش‌از ورود به دانشکدهٔ پزشکی هاروارد مشغول همکاری با ما بود، با تک‌تک شرکت‌کنندگان نشست و طرح‌واره‌ای را نوشت که ترومای بیماران را لحظه‌به‌لحظه بازسازی

می‌کرد. عمداً سعی کردیم به‌جای کل ماجرا، فقط قسمت‌های جداگانه‌ای از ترومای آن‌ها، به‌ویژه تصاویر، اصوات و احساسات، را جمع‌آوری کنیم چون افراد به همین شکل تروما را تجربه می‌کنند.

ریتا همچنین از شرکت‌کنندگان خواست صحنه‌ای را توصیف کنند که در آن حس امنیت و کنترل داشته‌اند. یک نفر برنامه صبحگاهی‌اش را شرح داد؛ دیگری، نشستن در ایوان یک خانه روستایی در ورمونت، مشرف به تپه‌ها. از این طرح‌واره‌ها برای اسکن مجدد استفاده می‌کردیم تا سنجشی مبنایی را ایجاد کنیم.

پس از بررسی دقت طرح‌واره‌ها توسط شرکت‌کنندگان (خواندن آرام متن‌ها که از شنیدن یا گوش دادن تحمل‌پذیرتر است)، ریتا نسخه صوتی‌شان را آماده کرد تا در زمان حضور افراد در دستگاه اسکن برایشان پخش شود. نمونه‌ای از این طرح‌واره‌ها:

شش‌ساله هستی و کم‌کم آماده می‌شوی بخوابی. صدای پدر و مادرت را می‌شنوی که سر هم داد می‌زنند. ترسیده‌ای و دل‌شوره داری. به‌همراه برادر و خواهر کوچک‌ترت بالای پله‌ها کز کرده‌ای. از روی نرده‌ها نگاه می‌کنی و پدرت را می‌بینی که دست مادرت را گرفته و او جان می‌کند تا خودش را آزاد

کند. مادرت دارد گریه می کند و مثل یک جانور تف می اندازد و هیس هیس می کند. صورتت برافروخته شده و حس می کنی تمام بدنت داغ شده. وقتی مادرت خودش را آزاد می کند، به طرف اتاق غذاخوری می دود و گلدان چینی بسیار گران قیمتی را می شکند. سر پدر و مادرت داد می زنی تا تمامش کنند؛ اما اعتنایی نمی کنند. مادرت از پله ها بالا می دود و سر راهش تلویزیون را می شکند. برادر و خواهر کوچک ترت سعی می کنند متقاعدش کنند تا در کمد دیواری قایم شود. قلبت تندتند می زند و داری می لرزی.

در جلسه نخست، هدف از به کارگیری اکسیژن رادیواکتیوی را که شرکت کنندگان قرار بود تنفس کنند، شرح دادیم: از آنجاکه هریک از بخش های مغز به لحاظ سوخت و ساز کمابیش فعال می شوند، میزان مصرف اکسیژن آن فوراً تغییر می کند؛ دستگاه اسکن این تغییرات را ثبت می کند. در طول فرایند مطالعه، فشارخون و ضربان قلبشان را کنترل می کردیم تا بتوانیم این علائم فیزیولوژیکی را با فعالیت مغز مقایسه کنیم.

چند روز بعد، شرکت کنندگان به آزمایشگاه تصویربرداری آمدند. مارشا، معلم چهل ساله ای اهل حومه بوستون، اولین کسی بود که برای تصویربرداری داوطلب شد. طرحواره مارشا او را به سیزده سال قبل

برد، جایی که دختر پنج‌ساله‌اش، ملیسا، را از محل اردوی روزانه‌اش سوار کرد. همان‌طور که داشتند می‌رفتند، مارشا صدای بوق ممتدی را شنید که نشان می‌داد کمر بند ایمنی ملیسا درست بسته نشده است. وقتی مارشا دستش را دراز کرد تا کمر بند را تنظیم کند، چراغ قرمز را رد کرد. خودروی دیگری از سمت راست به شدت با آن‌ها برخورد کرد و بلافاصله دخترش را کشت. در مسیر اورژانس در آمبولانس، جنین هفت‌ماهه مارشا نیز جان داد.

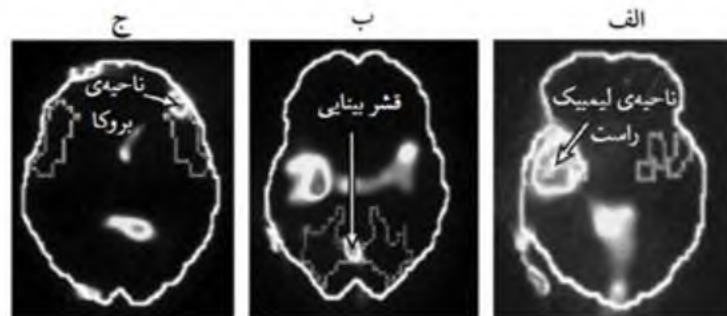
مارشا یک‌شبه از زنی بشاش و سرزنده که کانون دورهمی‌ها بود به فردی مضطرب و افسرده، مملو از حس خودسرزندی، تبدیل شد. از تدریس به مدیریت مدرسه تغییر شغل داد؛ زیرا برخورد مستقیم با بچه‌ها برایش تحمل‌ناپذیر شده بود؛ مثل همه پدر و مادرهایی که فرزندی از دست داده بودند، خنده شادمانه بچه‌ها محرکی قوی بود.

حتی با وجود اینکه خود را پشت کاغذبازی‌های مدرسه قایم کرده بود، به سختی می‌توانست روزش را به شب برساند. او در تلاشی بیهوده برای مهار احساسات خود، شب و روز به کار کردن پرداخت.

درحالی‌که مارشا داشت روند تصویربرداری را طی می‌کرد، من کنار دستگاه اسکن ایستاده بودم و

می‌توانستم واکنش‌های فیزیولوژیکی‌اش را روی نمایشگر ببینم. به محض اینکه دستگاه ضبط صوت را روشن کردیم، قلبش تندتند زد و فشارخونش به یک‌باره افزایش یافت. صرفِ شنیدن طرح‌واره همان واکنش‌های فیزیولوژیکی را ایجاد کرد که سیزده سال قبل در جریان آن تصادف رخ داده بود. وقتی متن ضبط‌شده خاتمه یافت و ضربان قلب و فشارخون مارشا به حالت عادی برگشت، متن دوم را برایش پخش کردیم: بلندشدن از رختخواب و مسواک‌زدن. این بار ضربان قلب و فشارخونش تغییری نکرد.

همان‌طور که مارشا از دستگاه بیرون می‌آمد، خُردشده، خسته و بی‌حرکت به نظر می‌رسید. بریده‌بریده نفس می‌کشید، چشمانش کاملاً باز و شانه‌هایش خمیده بود: تصویری دقیق از آسیب‌پذیری و بی‌پناهی. سعی کردیم آرامش کنیم؛ اما مانده بودم آیا کشفیات ما ارزش پریشانی او را داشت.



ترسیم مغز در زمان تروما: نقاط روشن در (الف) لیمبیک مغز و (ب) قشر بینایی، فعال‌سازی تشدیدشده‌ای را نشان می‌دهند. در شکل (ج) مرکز گفتار مغز حاکی از کاهشی چشمگیر در فعال‌سازی است.

پس از تکمیل فرایند توسط هر هشت شرکت‌کننده، اسکات راوش رفت تا با همکاری متخصصان ریاضی و آمار تصاویری ترکیبی ایجاد کنند تا بتوان با آن برانگیختگی ناشی از فلش‌بک را با حالت خنثای مغز مقایسه کرد. چند هفته بعد نتایج را برایم فرستاد که در بالا مشاهده می‌کنید. اسکن‌ها را روی در یخچال آشپزخانه‌ام چسباندم و طی چند ماه بعدش، هر شب بهشان خیره می‌شدم. ناگهان به ذهنم رسید که وقتی ستاره‌شناسان باستان صورت فلکی جدیدی را درون تلسکوپ می‌دیدند، حتماً چنین حسی داشته‌اند.

نقطه و رنگ‌های گیج‌کننده‌ای در عکس دیده می‌شد؛ اما بزرگ‌ترین ناحیه فعال‌سازی مغز، نقطه قرمز بزرگی در مرکز پایینی سمت راست مغز موسوم به ناحیه لیمبیک یا مغز هیجانی بود؛ جای شگفتی نداشت. همه می‌دانستند که هیجانات شدید موجب فعال‌سازی سیستم لیمبیک می‌شود، به‌ویژه ناحیه‌ای از آن که آمیگدال نام دارد. برای هشدار به خطر قریب‌الوقوع و فعال‌سازی واکنش استرسی بدن

به آمیگدال وابسته‌ایم. مطالعه‌ی ما به‌وضوح نشان داد که وقتی افراد مبتلا به تروما با تصاویر، اصوات یا افکاری مرتبط با رویدادی خاص روبه‌رو می‌شوند، آمیگدال با هشداردهی واکنش نشان می‌دهد؛ حتی، آن‌طور که در نمونه‌ی مارشا دیدیم، اگر سیزده سال از آن رویداد گذشته باشد. فعال‌سازی این مرکز ترس موجب تحریک پی‌درپی هورمون‌های استرس و تکانه‌های عصبی می‌شود و آن‌ها نیز فشارخون، ضربان قلب و جذب اکسیژن را افزایش می‌دهند و بدن را آماده‌ی جنگ یا گریز می‌کنند. (۱) نمایشگرهای متصل به دستان مارشا این وضعیت فیزیولوژیکی برانگیختگی آشفته را ثبت کردند، اگرچه او هرگز کاملاً فراموش نکرد که آرام داخل دستگاه اسکن دراز کشیده است.

وحشت گنگ‌کننده

غیرمنتظره‌ترین یافته ما نقطه‌ای سفید در لوب پیشانی مغز بود، در محلی به نام ناحیه بروکا. اینجا تغییر رنگ بدان معنا بود که کاهش چشمگیری در آن بخش از مغز رخ داده است. ناحیه بروکا یکی از مراکز گفتار مغز است که اغلب در بیماران مبتلا به سکته مغزی، به دلیل قطع جریان خون به آن ناحیه، دچار آسیب می‌شود. بدون ناحیه بروکای سالم نمی‌توانید افکار و احساساتتان را به زبان بیاورید. اسکن‌های ما نشان داد که با شروع فلش‌بک، ناحیه بروکا خاموش می‌شود. به عبارت دیگر، مدرکی بصری داشتیم که عوارض تروما الزاماً با عوارض ضایعات فیزیکی نظیر سکته متفاوت نیست و هم‌پوشانی دارند.

همه تروماها پیش‌کلامی^{۷۳} هستند. شکسپیر در نمایشنامه مکبث،^{۷۴} پس از کشف جسد پادشاه کشته‌شده، این حالت وحشت گنگ‌کننده را توصیف می‌کند: «آه وحشت! وحشت! وحشت! نه قلب را یارای آن است که تو را در خیال آورد و نه زبان می‌تواند نامی بر تو نهد! آشفته‌گی، اکنون، شاهکارش را خلق کرده است!» افراد ممکن است در موقعیت‌های سخت کلمات زشتی به زبان آورند، سراغ مادرشان را بگیرند، از سر ترس نعره بزنند یا اینکه صرفاً خاموش بمانند. قربانیان تجاوز و حوادث رانندگی در اتاق‌های اورژانس ساکت و بی‌حرکت می‌نشینند؛ کودکان مبتلا به تروما «زبان به کام می‌گیرند» و از حرف‌زدن امتناع می‌کنند. عکس‌های سربازان جنگی مردانی با چشمان گودافتاده را نشان می‌دهد که بی‌سروصدا

به نقطه‌ای خالی زل زده‌اند.

حتی با گذشت چندین سال، باز هم برای مبتلایان به تروما نقل آنچه بر سرشان آمده بسیار دشوار است. بدن‌هایشان بار دیگر وحشت، خشم و درماندگی و همین‌طور میل ناگهانی به جنگ یا گریز را حس می‌کند؛ اما بیان چنین احساساتی تقریباً غیرممکن است. تروما ذاتاً ما را به سرحد ادراک می‌کشاند و ارتباطمان را با زبان مبتنی بر تجربه مشترک یا گذشته‌ای قابل‌تصور قطع می‌کند.

این بدان معنا نیست که مردم نمی‌توانند درباره مصیبتی که بر سرشان آمده حرف بزنند. بیشتر قربانیان، مانند کهنه‌سربازانی که در فصل اول دیدیم، دیر یا زود به روایتی می‌رسند که خیلی‌هایشان آن را «داستان پوششی» می‌نامند؛ چنین داستانی علائم و رفتار آن‌ها را برای عموم شرح می‌دهد. بااین‌حال، این داستان‌ها به‌ندرت حقیقت درونی تجربه آن‌ها را بازگو می‌کنند. سازمان‌دهی رویدادهای ترومایی در قالب شرحی منسجم، یعنی روایتی با آغاز و میانه و پایان، کاری فوق‌العاده دشوار است. حتی گزارشگر کارکشته‌ای مثل اد مارو،^{۷۵} خبرنگار مشهور شبکه سی‌بی‌اس، نیز در انتقال آنچه پس از آزادسازی اردوگاه کار اجباری بوخن‌والد^{۷۶} نازی‌ها در سال ۱۹۴۵ دیده بود، دچار مشکل شد: «امیدوارم حرف‌هایم را باور کرده باشید. چیزی را که دیدم و شنیدم برایتان گزارش دادم؛ اما فقط بخشی از آن را؛ بیشترش گفتنی

نیست.»

وقتی زبان از کلام باز می‌ماند، تصاویری فراموش‌نشده‌ی رویداد را ثبت می‌کنند و در قالب کابوس و فلش‌بک سراغ فرد می‌آیند. برخلاف غیرفعال‌سازی ناحیه بروکا، قسمت دیگری به نام ناحیه نوزده برودمن در مغز شرکت‌کنندگان مطالعه ما روشن شد. ناحیه نوزده برودمن منطقه‌ای در قشر بینایی است که تصاویر را، به محض اولین ورودشان به مغز، ثبت می‌کند. فعال‌سازی مغز در این ناحیه، مدت‌ها بعد از رویداد ترومایی اصلی، شگفت‌زده‌مان کرد. در حالت عادی، تصاویر خامی که در ناحیه نوزده ثبت می‌شوند به سرعت به دیگر نواحی مغز فرستاده می‌شوند تا معنای آنچه دیده شده تفسیر شود. بار دیگر، شاهد برانگیختگی منطقه‌ای از مغز بودیم، گویا تروما به واقع در همان لحظه داشت رخ می‌داد.

همان‌گونه که در فصل دوازدهم در بحث حافظه خواهیم دید، دیگر بخش‌های حسی پردازش‌نشده تروما مثل اصوات و رایحه‌ها و ادراکات فیزیکی نیز مستقل از خود داستان ثبت می‌شوند. ادراکاتی مشابه اغلب اوقات موجب شروع فلش‌بکی می‌شوند که این ادراکات را به خودآگاه فرد بازمی‌گردانند؛ ادراکاتی که به‌ظاهر در گذر زمان دچار هیچ تغییری نشده‌اند.

چرخش به یک سمت مغز

تصویربرداری‌ها نشان داد که در زمان بروز فلش‌بک، تنها سمت راست مغز شرکت‌کنندگان مطالعه ما شروع به درخشیدن کرد. امروزه مجموعه عظیمی از منابع علمی و عامه‌پسند هستند که به تفاوت بین نیم‌کره‌های راست و چپ مغز پرداخته‌اند. پیش‌ترها در اوایل دهه ۱۹۹۰ شنیده بودم که عده‌ای جهان را بین چپ‌مغزها (آدم‌های منطقی و معقول) و راست‌مغزها (آدم‌های شهودی و هنرمند) تقسیم می‌کردند؛ اما خیلی به آن توجه نکرده بودم. باوجوداین، اسکن‌های ما به وضوح نشان داد که تصاویر مربوط به ترومای گذشته موجب فعال‌سازی نیم‌کره راست مغز می‌شود و نیم‌کره چپ را غیرفعال می‌کند.

اکنون می‌دانیم که دو نیمه مغز به زبان‌های متفاوتی حرف می‌زنند. نیم‌کره راست شهودی، هیجانی، بصری، فضایی و لامسه‌ای و نیم‌کره چپ زبانی، منظم و تحلیلی است. درحالی‌که نیم‌کره چپ مغز مسئولیت سخن‌گفتن را بر عهده دارد، نیم‌کره راست دربرگیرنده آهنگ کلام است. نیم‌کره راست با حالات چهره و زبان بدن و با ایجاد صدای عشق و غم، پیام را انتقال می‌دهد: با آواز، فحاشی، گریه یا ادا درآوردن. نیم‌کره راست زودتر در رحم مادر تشکیل می‌شود و حاوی ارتباط غیرکلامی مادر و نوزاد

است. زمانی می‌فهمیم نیم‌کرهٔ چپ فعال شده که کودک رفته‌رفته زبان را می‌فهمد و نحوهٔ سخن گفتن را می‌آموزد. این امر به آن‌ها کمک می‌کند تا روی چیزها اسم بگذارند، با هم مقایسه‌شان کنند، روابط متقابلشان را درک کنند و کم‌کم تجربیات منحصر به فرد و ذهنی خودشان را به دیگران منعکس کنند.

نیم‌کره‌های چپ و راست مغز ردِ گذشته را نیز به شیوه‌هایی کاملاً متفاوت پردازش می‌کنند. (۲) نیم‌کرهٔ چپ واقعیات، آمار و زبان رویدادها را به یاد می‌آورد. از این نیم‌کره برای شرح تجربیات خود و به نظم درآوردن آن‌ها استفاده می‌کنیم. نیم‌کرهٔ راست خاطرات مربوط به صوت، لمس و بو و هیجانات برانگیخته‌شده از آن‌ها را ذخیره می‌کند. این نیم‌کره به شکل خودکار به صداها، حالات چهره، ایما و اشاره‌ها و مکان‌هایی که ردی از گذشته داشته باشند واکنش نشان می‌دهد. آنچه نیم‌کرهٔ راست به یادمان می‌آورد حس حقیقتی شهودی دارد؛ همان‌طور که هست. حتی وقتی داریم خصوصیات شخص عزیزی را برای یکی از دوستانمان تعریف می‌کنیم، احتمالاً احساساتمان بیشتر درگیر آن‌اند که چهرهٔ آن شخص چگونه ما را به یاد خاله‌ای می‌اندازد که در سن چهارسالگی دوستش داشتیم. (۳)

در حالت عادی، هر دو نیم‌کرهٔ مغز کمابیش بدون مشکل خاصی با یکدیگر کار می‌کنند، حتی در افرادی که گفته می‌شود یکی از نیم‌کره‌هایشان غالب است. با این حال، غیرفعال شدن یکی از نیم‌کره‌ها، حتی

به صورت موقتی، یا قطع ارتباط کامل یکی از آن‌ها (که در قدیم گاهی در جراحی‌های مغزی رخ می‌داد) موجب ناتوانی فرد می‌شود.

غیرفعال‌سازی نیم‌کرهٔ چپ مستقیماً بر توانایی ما در سازمان‌دهی تجارب به توالی‌هایی منطقی و انتقال احساسات و برداشت‌های متغیرمان در قالب کلمات تأثیر می‌گذارد. (ناحیهٔ بروکا که در خلال فلش‌بک‌ها خاموش می‌شود، در سمت چپ مغز قرار دارد.) بدون توالی‌بخشی قادر به شناسایی علت و معلول، درک تأثیرات بلندمدت کارها یا خلق طرح‌هایی منسجم برای آینده نیستیم. وقتی مردم خیلی ناراحت‌اند گاهی می‌گویند دارند «عقلشان را از دست می‌دهند.» به لحاظ فنی آن‌ها دچار فقدان کارکرد اجرایی مغز هستند.

هنگامی که چیزی مبتلایان به تروما را به یاد گذشته می‌اندازد، نیم‌کرهٔ راست مغز آن‌ها به گونه‌ای واکنش نشان می‌دهد که گویا حادثهٔ ترومایی همان لحظه در حال وقوع است. اما از آنجاکه نیم‌کرهٔ چپشان به درستی کار نمی‌کند، شاید متوجه نشوند که دارند گذشته را مجدداً تجربه و بازآفرینی می‌کنند؛ صرفاً برآشفته، وحشت‌زده، خشمگین، خجالت‌زده یا بی‌حرکت هستند. وقتی این طوفان هیجانی خاتمه می‌یابد، احتمالاً به دنبال کسی یا چیزی می‌گردند تا تقصیر را گردن آن بیندازند.

آن‌طور رفتار کردند چون شما ده دقیقه دیر آمدید، یا چون شما سیب‌زمینی‌ها را سوزاندید، یا چون شما «هرگز به من گوش نمی‌دهید». مسلماً بیشترمان گهگاهی چنین رفتاری داشته‌ایم؛ اما وقتی آرام می‌شویم می‌توان امیدوار بود که بتوانیم اشتباهمان را بپذیریم. تروما مانع این نوع آگاهی می‌شود و به مرور زمان، پژوهش ما دلیل آن را آشکار کرد.

گرفتار جنگ یا گریز

آنچه در دستگاه اسکن بر سر مارشا آمده بود، رفته‌رفته درک‌پذیر شد. سیزده سال پس از حادثهٔ مصیبت‌بارش، ما ادراکاتی را فعال کرده بودیم، یعنی اصوات و تصاویری از آن تصادف که همچنان در حافظهٔ او وجود داشت. با آشکارشدن این ادراکات، سیستم هشداردهنده‌اش فعال شد و موجب شد طوری واکنش نشان دهد که گویی به همان بیمارستان بازگشته و خبر مرگ دخترش را به او داده‌اند. گذشت آن سیزده سال محو شد. افزایش شدید ضربان قلب و فشارخونش بیانگر وضعیت فیزیولوژیکی هشداري جنون‌آمیز بود.

آدرنالین یکی از هورمون‌هایی است که در مواجهه با خطر نقش مهمی در کمک به ما برای مبارزه یا فرار

دارد. هنگامی که شرکت‌کنندگان مطالعه ما به روایت‌های ترومایی خود گوش می‌کردند، آدرنالین عامل افزایش چشمگیر ضربان قلب و فشارخون آنان بود. افراد در حالت عادی با افزایش موقتی در هورمون‌های استرس به تهدید واکنش نشان می‌دهند. به محض از بین رفتن تهدید، این هورمون‌ها از بین می‌روند و بدن به حالت طبیعی برمی‌گردد. در مقابل، هورمون‌های استرس مبتلایان به تروما دیرتر به حالت اولیه برمی‌گردند و در پاسخ به محرک‌های متوسط استرس‌زا به سرعت و به شکلی نامعقول افزایش می‌یابند. مشکلات حافظه و توجه، زودرنجی و اختلالات خواب جزء عوارض پنهانی افزایش مستمر هورمون‌های استرس هستند. افزایش هورمون‌ها، بسته به اینکه در فرد چه سیستمی بیش از همه آسیب‌پذیرتر است، مشکلات سلامتی بلندمدت بسیاری را نیز در پی دارد.

اکنون می‌دانیم که پاسخ محتمل دیگری به تهدید هم وجود دارد که اسکن‌های ما هنوز قادر به سنجش آن نیستند. عده‌ای به راحتی به انکار رو می‌آورند: بدنشان متوجه تهدید می‌شود؛ اما ذهن خودآگاهشان طوری وانمود می‌کند که انگار اتفاقی نیفتاده است. با این حال، اگرچه ممکن است ذهن نادیده گرفتن پیام‌های مغز هیجانی را یاد بگیرد؛ اما علائم هشداردهنده متوقف نمی‌شوند. مغز هیجانی به کار خود ادامه می‌دهد و هورمون‌های استرس همچنان به ماهیچه‌ها پیام ارسال می‌کنند تا منقبض شوند و دست

به کاری بزنند یا بی حرکت بمانند و اجازه دهند فرد از حال برود. عوارض فیزیکی اندام‌ها بی‌وقفه ادامه دارد تا زمانی که به شکل بیماری درآیند و نیازمند توجه باشند. مصرف دارو، موادمخدر و الکل نیز موقتاً از شدت این ادراکات و احساسات تحمل‌ناپذیر می‌کاهد یا آن‌ها را از بین می‌برد. اما بدن هرگز فراموش نمی‌کند.

می‌توانیم چیزی را که در دستگاه اسکن بر سر مارشا آمد از زوایای مختلفی تفسیر کنیم؛ هرکدام از این تفسیرها پیامدهایی برای درمان به دنبال دارند. می‌توانیم روی اختلالات عصب‌شیمیایی یا فیزیولوژیکی متمرکز شویم که بسیار مشهود بودند و ادعا کنیم او از نوعی بی‌تعادلی بیوشیمیایی رنج می‌برد که با یادآوری مرگ دخترش مجدداً فعال می‌شود. آن‌گاه می‌توانیم به دنبال دارو یا ترکیبی از داروها بگردیم که از شدت این واکنش بکاهد یا، در بهترین حالت، تعادل شیمیایی بدنش را به حالت قبل برگردانند. برخی از همکارانم در بیمارستان عمومی ماساچوست، براساس نتایج تصویربرداری‌های ما کم‌کم به بررسی داروهایی پرداختند که ممکن بود واکنش افراد را به عوارض افزایش سطح آدرنالین کاهش دهد.

علاوه بر این، می‌توانیم چنین ادعا کنیم که مارشا بیش از حد به خاطرات گذشته‌اش حساس شده و اجرای نوعی حساسیت‌زدایی بهترین درمان آن است. (۴) این امکان وجود دارد که با واگویی مکرر

جزئیات تروما به درمانگر، واکنش‌های بیولوژیکی‌اش متوقف شود و بدین‌ترتیب به‌جای تجسم چندبارهٔ آن رویداد به این مسئله پی ببرد و به خاطر بسپارد که «آن اتفاق مال گذشته بود، داریم در زمان حال زندگی می‌کنیم».

طی صد یا صدوچند سال اخیر، همهٔ کتاب‌های درسی روان‌شناسی و روان‌درمانی حرف‌زدن از احساسات ناراحت‌کننده را به‌منزلهٔ راهی برای رفع این احساسات توصیه کرده‌اند. باوجوداین، همان‌طور که دیدیم، تجربهٔ ترومایی خودش سدِ راه این کار می‌شود. فرقی نمی‌کند چقدر درک و بینش به دست آورده‌ایم، مغز منطقی اساساً قادر نیست مغز هیجانی را از واقعیت خود منصرف کند. بیان ماهیت تجربهٔ ترومایی برای افرادی که رویدادهای وصف‌ناپذیری را پشت‌سر گذاشته‌اند بسیار دشوار است و همین مسئله همواره مرا تحت‌تأثیر قرار داده است. صحبت‌کردن دربارهٔ بلایی که بر سرشان آمده، روایت قصهٔ قربانی‌شدن و انتقام نزد آن‌ها به‌مراتب آسان‌تر از توجه به واقعیت تجربهٔ درونی‌شان، درک این تجربه و به زبان آوردن آن است.

تصویربرداری‌های ما نشان داده بود ترس این افراد تا چه حد استمرار دارد و جنبه‌های متعدد زندگی روزمره ممکن است آن را تحریک کند. آن‌ها تجربه‌شان را در جریان مستمر زندگی خود ادغام نکرده

بودند. همچنان به «آنجا» ماندن ادامه دادند و نفهمیدند چطور در «اینجا» باشند، کاملاً سرزنده در لحظه اکنون.

مارشا پس از گذشت سه سال از آن مطالعه، برای درمان سراغم آمد. با موفقیت به روش ایام‌دی‌آر درمانش کردم، روشی که موضوع فصل پانزدهم است.

بخش دوم: مغز شما در زمان تروما این گونه است

فصل چهارم: فرار برای نجات جان

کالبدشناسی بقا

پیش از ظهور مغز، هیچ رنگ و صدایی در عالم نبود، طعم یا رایحه‌ای هم وجود نداشت، شاید حس ناچیزی وجود داشت و احساس یا هیجانی هم نبود. قبل از مغز، عالم از درد و تشویش نیز عاری بود.

راجر اسپری (۷۷)

در یازدهم سپتامبر ۲۰۰۱، نوام سائول پنج‌ساله از پنجره کلاس اول دبستان شماره ۲۳۴ واقع در فاصله کمتر از ۴۵۰ متری مرکز تجارت جهانی شاهد برخورد اولین هواپیمای مسافربری به برج‌های دوقلو بود. او و هم‌کلاسی‌هایش به‌همراه معلمشان از پله‌ها پایین دویدند و به سمت لابی رفتند؛ جایی که بیشترشان به والدینی ملحق شدند که درست چند لحظه قبل آن‌ها را به مدرسه رسانده بودند. نوام، برادر بزرگ‌ترش و پدرش، سه نفر از ده‌هزار نفری بودند که آن روز صبح از بین آوار، خاکستر و دودِ منهتن جنوبی برای نجات جان خود پا به فرار گذاشتند.

ده روز بعد به دیدن خانواده‌اش که دوستانم هستند، رفتم؛ آن شب به‌همراه پدر و مادر نوام در آن تاریکی وهم‌آور و از میان حفره‌ای که همچنان دود از آن برمی‌خاست و روزی محل برج شماره یک بود، قدم زدیم و از بین گروه نجات که زیر نور داغ لامپ‌های کربنی ۲۴ ساعته مشغول فعالیت بودند، گذشتیم. وقتی برگشتیم، نوام هنوز بیدار بود و تصویری را که در ساعت نه صبح ۱۲ سپتامبر کشیده بود، نشانم داد. نقاشی‌اش چیزهایی را نشان می‌داد که روز قبل دیده بود: هواپیمایی که محکم به برج می‌کوبد، گلوله آتش، آتش‌نشان‌ها و آدم‌هایی که داشتند از پنجره‌های برج پایین می‌پریدند. اما در پایین تصویر چیز دیگری هم کشیده بود: دایره سیاهی پایین ساختمان. نمی‌دانستم آن دایره سیاه چیست؛ برای همین از او پرسیدم. جواب داد: «ترامپولین.» ترامپولین آن وسط چه کار می‌کرد؟ نوام این‌گونه توضیح داد: «این‌طوری دفعه بعد که آدم‌ها مجبور می‌شوند بپرند، آسیبی نمی‌بینند.» بهت‌زده شدم: این پسر بچه پنج‌ساله که فقط ۲۴ ساعت قبل از آن نقاشی شاهد آشفته‌گی و فاجعه و صفا ناپذیری بود، از تخلیش برای پردازش آنچه دیده بود بهره برده و به زندگی‌اش ادامه داده بود.

خوش‌شانس بود. هیچ‌یک از اعضای خانواده‌اش آسیب ندیده بود، در محیطی مملو از عشق بزرگ شده بود و توانست به این درک برسد که مصیبتی که شاهدش بوده به اتمام رسیده است. در چنین فجایی،

کودکان کم سن و سال معمولاً از پدر و مادرهایشان الگو می گیرند. مادامی که سرپرستانشان آرامش خود را حفظ می کنند و به نیازهای فرزندانشان پاسخ می دهند، آن ها هم اغلب بدون جراحتهای شدید روانی از حوادث وحشتناک جان سالم به در می برند.

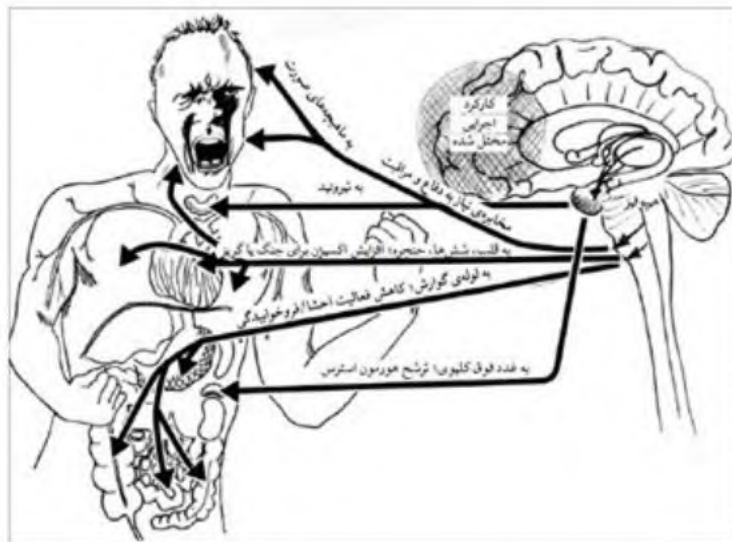


نقاشی نوام پنج ساله پس از دیدن حادثه حمله به مرکز تجارت جهانی در یازدهم سپتامبر. تصویری که او بازسازی کرد مرتباً در ذهن بسیاری از بازماندگان تکرار می شد، مردمی که برای فرار از آن آتش مهیب به

پایین می‌پریدند. اما نقاشی نوام چیز نجات‌بخش اضافه‌ای داشت: ترامپولینی در پایین ساختمانِ درحال ریزش.

اما تجربهٔ نوام این اجازه را به ما می‌دهد تا به‌طور کلی دو جنبهٔ مهم واکنش انطباقی به تهدید را ببینیم؛ واکنشی که اساس بقای انسان به شمار می‌رود. او در زمان وقوع فاجعه با فرار از محل توانست نقش فعالی ایفا کند و بدین‌ترتیب در نجات خود سهیم باشد. زمانی هم که به محیط امن خانه رسیده بود، زنگ‌های هشدار در مغز و بدنش خاموش شد. همین امر ذهنش را آزاد کرد تا بفهمد چه اتفاقی افتاده و حتی به فکر راه‌حل خلاقانه‌ای برای آنچه دیده بود بیفتد: ترامپولینی نجات‌بخش.

برخلاف نوام، مبتلایان به تروما گیر می‌کنند و رشدشان متوقف می‌شود؛ زیرا نمی‌توانند تجربیات جدید را در زندگی‌شان ادغام کنند. وقتی کهنه‌سربازهای ارتش ژنرال پتن یک ساعت مچی نظامی متعلق به دورهٔ جنگ جهانی دوم را به مناسبت کریسمس به من هدیه دادند، خیلی تحت‌تأثیر قرار گرفتم؛ اما این ساعت یادگار غم‌انگیزی بود از سالی که زندگی آن‌ها عملاً متوقف شده بود: سال ۱۹۴۴. ابتلا به تروما یعنی طوری به سازمان‌دهی زندگی ادامه می‌دهید که گویی تروما به‌شکلی تغییرناپذیر و ثابت هنوز جریان دارد؛ زیرا هر مواجهه یا رویداد جدیدی آلوده به گذشته است.



تروما کل ارگانیزم انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد: بدن، ذهن و مغز. در پی‌تی‌اس‌دی بدن همچنان به دفاع در مقابل تهدیدی مربوط به گذشته ادامه می‌دهد. بهبود از پی‌تی‌اس‌دی به معنای توانایی اتمام روند ادامه‌دار تحریک استرس و بازگرداندن کل ارگانیزم به حالت ایمن است.

پس از تروما، فرد با دستگاه عصبی متفاوتی جهان را احساس می‌کند. در چنین حالتی فرد بازمانده انرژی خود را بر سرکوب آشوب درونی متمرکز می‌کند و مشغولیت فی‌البداهه به زندگی روزمره فدای این کار

می‌شود. چنین تلاش‌هایی، برای حفظ کنترل بر واکنش‌های روانی تحمل‌ناپذیر، ممکن است به طیف گسترده‌ای از علائم فیزیکی از جمله درد عضلانی (فیبرومیالژیا)، خستگی مزمن و سایر بیماری‌های خودایمنی منجر شود. برای همین ضروری است در فرایند درمان تروما کل ارگانیزم انسان، یعنی بدن و ذهن و مغز، دخیل باشد.

سازمان‌دهی شده برای بقا

تصویر صفحه ۷۹ واکنش کل بدن را به تهدید نشان می‌دهد.

وقتی سیستم هشداردهنده مغز روشن می‌شود، به‌طور خودکار طرح‌های فیزیکی از قبل برنامه‌ریزی شده‌ای را برای فرار در قدیمی‌ترین بخش‌های مغز فعال می‌کند. عصب‌ها و مواد شیمیایی تشکیل‌دهنده ساختار اصلی مغز ما، همانند مغز سایر حیوانات، ارتباط مستقیمی با بدنمان دارد. هنگامی که مغز قدیمی غالب می‌شود، مغز برتر یا ذهن خودآگاهمان را تاحدی از کار می‌اندازد و بدن را به دویدن، پنهان شدن، مبارزه یا گاهی میخکوب شدن وامی‌دارد. زمانی که کاملاً به موقعیت‌مان آگاهی پیدا کنیم، احتمالاً بدنمان در حال حرکت باشد. در صورت موفقیت واکنش جنگ/گریز/بهت و فرار از خطر،

تبادل درونی مان دوباره بازمی‌گردد و به تدریج «حواسمان را مجدداً به دست می‌آوریم».



عکس از اسوشیتد پرس، پُل هاتورن



عکس از وبسایت ایلنوی فوتو

اقدام مؤثر در مقایسه با بی حرکتی: اقدام مؤثر (نتیجه جنگ / گریز) به تهدید خاتمه می دهد. بی حرکتی بدن را در حالت شوک اجتناب ناپذیر و درماندگی آموخته شده نگه می دارد. افراد در مواجهه با خطر برای تقویت مقاومت و فرار، به طور خودکار هورمون های استرس ترشح می کنند. مغز و بدن برای دویدن به سوی خانه برنامه ریزی شده اند، جایی که امنیت دوباره برقرار می شود و ترشح هورمون های استرس

متوقف می‌گردد. در مردان طناب‌پیچ‌شده‌ای که پس از طوفان کاترینا به جایی دور از خانه منتقل می‌شوند، سطح هورمون استرس بالا می‌ماند و با تحریک ترس مداوم، افسردگی، خشم و بیماری جسمانی بازماندگان را آزار می‌دهد.

اگر به هر دلیلی جلوی واکنش طبیعی گرفته شود، مثلاً وقتی افراد به واسطه نگرانی‌ها، به دام افتادن یا هر شکل دیگری نتوانند دست به اقدامی مؤثر بزنند، صرف‌نظر از اینکه در منطقه جنگی هستند یا درگیر تصادف رانندگی، خشونت خانگی یا تجاوز، مغز ترشح مواد شیمیایی استرسی را متوقف نمی‌کند و مدارهای الکتریکی مغز نیز بی‌هدف به ارسال سیگنال ادامه می‌دهند. (۲) مدت‌ها بعد از گذشت آن رویداد واقعی، امکان دارد مغز همچنان سیگنال‌هایی را به بدن بفرستد تا بدن از تهدیدی که دیگر وجود ندارد، فرار کند. دست‌کم از سال ۱۸۸۹، وقتی پیر ژانه،^{۷۸} روان‌شناس فرانسوی، نخستین شرح علمی را از استرس ترومایی منتشر کرد (۳)، همه اذعان داشتند که بازماندگان تروما مستعد «تداوم اقدام یا به بیان دقیق‌تر تلاش (بیهوده) برای اقدامی هستند که در زمان وقوع حادثه آغاز شده است.» توانایی حرکت و انجام دادن کاری برای مراقبت از خود عامل مهمی در تعیین این مسئله است که آیا تجربه‌ها جراحتهایی همیشگی از خود بر جای می‌گذارند یا نه.

در این فصل قصد دارم بررسی عمیق‌تری از واکنش مغز به تروما ارائه دهم. هرچه کشفیات علوم اعصاب درباره مغز بیشتر می‌شود، بیشتر پی می‌بریم که مغز شبکه پنهانوری از بخش‌های درهم‌تنیده است که برای کمک به بقا و رشد ما سازمان‌دهی شده است. آگاهی از همکاری بخش‌های مغز نقش مهمی در فهم چگونگی تأثیر تروما بر هریک از اجزای ارگانیسم انسان دارد و راهنمایی ضروری برای رفع استرس ترومایی به شمار می‌رود.

مغز از پایین تا بالا

مهم‌ترین وظیفه مغز حصول اطمینان از بقای ماست، حتی در محنت‌بارترین موقعیت‌ها. بقیه چیزها در درجه دوم اهمیت قرار دارند. برای این کار، مغز باید: ۱. سیگنال‌هایی درونی ایجاد کند تا نیازهای بدن مثل غذا، استراحت، مراقبت، رابطه جنسی و سرپناه را شناسایی کند؛ ۲. نقشه‌ای از جهان خلق کند تا مسیر تحقق آن نیازها را به ما نشان دهد؛ ۳. انرژی و اقدامات ضروری را برای رسیدن به آنجا در ما ایجاد کند؛ ۴. به ما درباره خطرهای موجود در مسیر هشدار دهد؛ و ۵. اقداماتمان را براساس ضروریات هر لحظه تنظیم کند. (۴) علاوه بر این، از آنجاکه ما انسان‌ها پستانداریم، یعنی موجوداتی هستیم که بقا و رشدمان تنها به شکل گروهی امکان‌پذیر است، تمامی الزامات پنج‌گانه فوق به

همکاری و هماهنگی یکدیگر نیاز دارند. وقتی سیگنال‌های درونی‌مان کار نکنند، وقتی نقشه‌هایمان به جایی که نیاز داریم هدایت‌مان نکنند، وقتی آن‌قدر فلج شده‌ایم که توان حرکت کردن نداریم، وقتی کارهایمان با نیازهایمان هم‌خوانی ندارد یا وقتی روابطمان از هم می‌پاشد، مشکلات روانی سر باز می‌کنند. هریک از ساختارهای مغز که درباره آن بحث می‌کنم در این کارکردهای ضروری ایفای نقش می‌کنند و چنان‌که خواهیم دید، تروما می‌تواند در همه آن‌ها اختلال ایجاد کند.

مغز منطقی و شناختی ما در واقع جدیدترین بخش مغز است و تنها حدود ۳۰ درصد از فضای درونی مجمله را به خود اختصاص می‌دهد. مغز منطقی عمدتاً با جهان خارج از ما سروکار دارد: درک نحوه کار چیزها و آدم‌ها و پی‌بردن به چگونگی تحقق اهداف، مدیریت زمان و توالی‌بخشی به کارها. در قسمت تحتانی مغز منطقی، دو مغز به‌لحاظ تکاملی قدیمی‌تر و تاحدی مجزا قرار دارد که مسئولیت دیگر کارها را بر عهده دارند: ثبت و مدیریت لحظه‌به‌لحظه فیزیولوژی بدن و شناسایی آسایش، امنیت، تهدید، گرسنگی، خستگی، میل، اشتیاق، هیجان، لذت و درد.

مغز از پایین به بالا ساخته شده است. مغز، دقیقاً همانند روندی که در مسیر تکامل پیموده، به‌صورت سطح‌به‌سطح در جنین تشکیل می‌شود. ابتدایی‌ترین بخشی آن، بخشی که در زمان تولد فعال است،

مغز کهن حیوانی است که غالباً مغز خزنده نامیده می‌شود. مغز خزنده در ساقه مغز واقع شده است، یعنی دقیقاً بالای همان جایی که طناب نخاعی وارد جمجمه می‌شود. مغز خزنده مسئول تمامی کارهایی است که نوزادان می‌توانند انجام دهند: خوردن، خوابیدن، بیدار شدن، گریه کردن، نفس کشیدن؛ احساس سردی و گرمی، گرسنگی، خستگی و درد؛ و دفع سموم بدن با ادرار و مدفوع. ساقه مغز و هیپوتالاموس (که درست بالای آن قرار دارد) با هم سطح انرژی بدن را کنترل می‌کنند. آن‌ها عملکرد قلب و شش‌ها و همین‌طور غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی را هماهنگ و اطمینان حاصل می‌کنند که این سیستم‌های حیاتی پایه‌ای در محدوده تعادل درونی نسبتاً پایداری باقی می‌مانند که به آن هموستازی (یا هم‌ایستایی) گفته می‌شود.

نفس کشیدن، خوردن، خوابیدن و دفع به قدری ابتدایی‌اند که وقتی پیچیدگی‌های ذهن و رفتار را بررسی می‌کنیم، اهمتشان به راحتی نادیده گرفته می‌شود. باین حال، اگر خوابتان دچار اختلال شود یا شکمتان کار نکند یا اگر همیشه احساس گرسنگی می‌کنید یا تماس فیزیکی دیگران با شما دادتان را بلند می‌کند (چیزی که اغلب در کودکان و بزرگسالان مبتلا به تروما دیده می‌شود)، کل ارگانیسم دچار بی‌تعادلی می‌شود. جالب است که در بسیاری از مشکلات روانی، ردی از مشکلات خواب، اشتها، تماس، گوارش و

انگیختگی دیده می‌شود. هر درمان مؤثری برای تروما می‌بایست این کارکردهای اولیهٔ خانه‌داری بدن را در نظر داشته باشد.

دقیقاً بالای مغز خزنده، سیستم لیمبیک قرار دارد. به آن مغز پستاندار هم گفته می‌شود؛ چون همه حیواناتی که به شکل گروهی زندگی می‌کنند و بچه‌هایشان را بزرگ می‌کنند از سیستم لیمبیک برخوردارند. تشکیل این بخش از مغز در واقع پس از تولد نوزاد شروع می‌شود.

لیمبیک مرکز هیجانات، کنترل‌کننده خطر، قاضی چیزهای لذت‌بخش یا ترسناک، و تعیین‌کننده چیزهای مهم یا بی‌اهمیت برای تحقق هدف بقاست. این بخش همچنین حکم مقرر فرمان‌دهی مرکزی را دارد که مشکلات زندگی در شبکه‌های پیچیده اجتماعی ما را مدیریت می‌کند.

سیستم لیمبیک در واکنش به تجربیات و با مشارکت ساختار ژنتیکی و خلق‌وخوی مادرزادی نوزاد شکل می‌گیرد. (همان‌طور که والدینی با بیش از یک فرزند خیلی سریع متوجه می‌شوند، شدت و ماهیت واکنش نوزادان به رویدادهای مشابه از بدو تولد با هم متفاوت است.) آنچه بر نوزاد می‌گذرد به خلق نقشه جهان هیجانی و ادراکی او در مغز روبه‌رشدش کمک می‌کند. طبق توضیح همکارم، بروس پری،^{۷۹} شکل‌گیری مغز «به صورت کاربرد - محور» است. (۵) این راه دیگری برای توصیف انعطاف‌پذیری عصبی است؛ انعطاف‌پذیری عصبی کشف نسبتاً جدیدی است که براساس آن عصب‌هایی که «با هم فعال می‌شوند، به هم وابسته می‌شوند.» هنگامی که یک مدار پشت‌سرهم سیگنالی را بفرستد، این کار

ممکن است به تنظیمات پیش فرض آن تبدیل شود؛ یعنی محتمل ترین پاسخ ممکن بشود. اگر احساس امنیت و دوست داشته شدن کنید، مغزتان در زمینه اکتشاف، بازی و همکاری تخصص پیدا می کند؛ اگر وحشت زده هستید و کسی به شما نیاز ندارد، تخصص مغز هم به مدیریت احساسات ترس و رهاشدگی معطوف می شود.

در نوزادی و کودکی با حرکت کردن، برداشتن چیزها و چهار دست و پا راه رفتن و با دیدن نتیجه گریه ها، لبخندها و اعتراضاتمان جهان را می شناسیم. دائماً در حال آزمایش چیزهای جدیدی هستیم که در اطرافمان قرار دارد: تعاملاتمان چگونه حس بدنی مان را تغییر می دهند؟ کافی است به جشن تولدی دوسالگی بروید تا ببینید سارا کوچولو بدون نیاز به زبان چطور با شما ارتباط برقرار می کند، بازی می کند، دلبری می کند. اکتشافات اولیه این چینی ساختارهای لیمبیکِ مختص هیجانات و حافظه را شکل می دهد؛ اما تجربیات بعدی هم ممکن است تغییر چشمگیری در این ساختارها ایجاد کند: ایجاد رفاقتی نزدیک یا آشنایی با عشق زیبای اول بهترش می کند و تجاوز وحشیانه، زورگیری بی رحمانه یا نادیده گرفته شدن بدترش می کند.

در مجموع، مغز خزنده و سیستم لیمبیک تشکیل دهنده چیزی هستند که در این کتاب آن را «مغز

هیجانی» خواهیم نامید. (۶) مغز هیجانی در بطنِ دستگاه عصبی مرکزی واقع شده و وظیفهٔ اصلی‌اش مراقبت از رفاه شماست. اگر خطر یا فرصت ویژه‌ای، مثلاً شریکی خوش‌آیینه، را تشخیص دهد، فوراً با ترشح هورمون گوش‌به‌زنگتان می‌کند.

ادراکات درونی حاصل (از تهوع ملایم گرفته تا فشار هراس در قفسهٔ سینه) در آنچه ذهنتان فعلاً بدان معطوف است اختلال ایجاد می‌کند و چه به‌لحاظ جسمی و چه ذهنی، شما را به جهت متفاوتی می‌کشاند. چنین ادراکاتی، حتی در نامحسوس‌ترین وضعیت خود، روی تصمیمات کوچک و بزرگی که در طول زندگی می‌گیریم، تأثیری شگرف می‌گذارند: چه چیزی را برای خوردن انتخاب می‌کنیم، دوست داریم کجا و با چه کسی باشیم، چه موسیقی‌ای را ترجیح می‌دهیم، دوست داریم باغبانی کنیم یا در گروه کُر آواز بخوانیم، و با چه کسی دوست می‌شویم و از چه کسی بدمان می‌آید.

ساختار و بیوشیمی خانه‌خانه‌ای مغز هیجانی از نو قشر، یا همان مغز منطقی، ساده‌تر است و اطلاعات ورودی را به شکل کلی‌تری ارزیابی می‌کند. در نتیجه، براساس شباهت‌های تقریبی عجلانه قضاوت می‌کند؛ در مقابل، مغز منطقی به‌گونه‌ای سازمان‌دهی شده تا مجموعهٔ پیچیده‌ای از گزینه‌ها را بررسی کند. (نمونهٔ خیلی واضح آن، وقتی است که با دیدن مار با وحشت عقب می‌پريد و آن‌گاه متوجه

می‌شوید که فقط طناب پیچ‌خورده‌ای بوده است.) مغز هیجانی طرح‌های از پیش برنامه‌ریزی‌شده فرار را آغاز می‌کند؛ پاسخ جنگ یا گریز نمونه‌ای از این طرح‌هاست. این واکنش‌های عضلانی و روانی به شکل خودکار و بدون فکر و برنامه‌ریزی از جانب ما بروز می‌کنند و توانایی‌های خودآگاه و منطقی ما بعدها، و اغلب مدت‌ها پس از خاتمه تهدید، متوجه ماجرا می‌شوند.

بالاخره به لایه بالایی مغز می‌رسیم: نوقشر. سایر پستانداران هم این لایه بیرونی را دارند؛ اما این لایه در ما انسان‌ها ضخیم‌تر است. در دومین سال زندگی، لوب‌های پیشانی که بخش اعظمی از نوقشر ما را شکل می‌دهند، با سرعت زیادی تشکیل می‌شوند. فلاسفه باستان هفت‌سالگی را «سن خرد» نامیدند. کلاس اول برای ما مقدمهٔ ماجراهایی است که در آینده رخ می‌دهد، زندگی‌ای که حول توانایی‌های لوب پیشانی سازمان‌دهی شده است: تکان‌نخوردن؛ جلوی ادرار را گرفتن؛ توانایی استفاده از کلمات به جای ادا درآوردن؛ درک مفاهیم انتزاعی و نمادین؛ برنامه‌ریزی برای آینده؛ و هماهنگی با معلم‌ها و هم‌کلاسی‌ها.

لوب‌های پیشانی مسبب ویژگی‌هایی هستند که ما را در قلمرو حیوانات از بقیه متمایز می‌کنند. (۷) استفاده از زبان و تفکر انتزاعی را برایمان امکان‌پذیر می‌سازند. ما را قادر می‌سازند تا انبوه زیادی از

اطلاعات را جذب و یکدست کنیم و به آن‌ها معنا ببخشیم. اگرچه اعجازهای زبانی شامپانزه‌ها و میمون‌های رزوس^{۸۰} شگفت‌زده‌مان می‌کند؛ اما فقط بشر است که بر کلمات و نمادهای لازم برای خلق بافت‌های جمعی، معنوی و تاریخی‌ای تسلط دارد که زندگی‌هایمان را شکل می‌دهند.

لوب‌های پیشانی اجازه می‌دهند تا سناریوهای آینده را طراحی کنیم و به آن‌ها بیندیشیم، تصورشان کنیم و آن‌ها را به اجرا درآوریم. کم‌کم می‌کنند تا پیش‌بینی کنیم در صورت اتخاذ اقدامی (مثلاً ارسال تقاضا برای شغلی جدید) یا نادیده‌گرفتن دیگری (نپرداختن اجاره)، چه اتفاقی رخ خواهد داد. انتخاب را امکان‌پذیر می‌کنند و دلیل اصلی خلاقیت حیرت‌انگیزمان هستند.

چندین نسل از لوب‌های پیشانی، با مشارکت نزدیک یکدیگر، فرهنگی را ساخته‌اند که ما را از بلم‌های تنه‌درختی، گاری‌های اسبی و نامه‌های کاغذی به هواپیماهای جت، خودوره‌های هیبریدی و ایمیل رسانده‌اند. آن‌ها ترامپولین نجات‌بخش نوام را هم به ما داده‌اند.

انعکاس یکدیگر: عصب‌زیست‌شناسی بین فردی

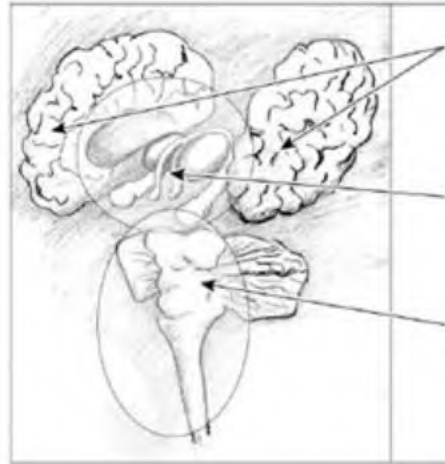
لوب‌های پیشانی محل همدلی یا توانایی ما در «هم‌ذات‌پنداری» با دیگران نیز هستند و این مسئله برای درک تروما حیاتی است. یکی از کشفیات خیره‌کننده علوم اعصاب مدرن در سال ۱۹۹۴ حاصل شد؛ گروهی از دانشمندان ایتالیایی با خوش‌شانسی سلول‌های مخصوصی را در قشر مغز شناسایی کردند که بعدها به عصب‌های آینه‌ای معروف شدند. (۸) پژوهشگران الکترودهایی را به عصب‌های جداگانه‌ای از ناحیه پیش‌حرکتی میمونی وصل کرده بودند، آن‌گاه به کمک رایانه عصب‌هایی را به‌دقت کنترل کردند که در هنگام برداشتن بادام‌زمینی یا قاپیدن موز در مغز میمون فعال می‌شد.

در مقطعی، یکی از آزمایشگران مشغول گذاشتن تکه‌های غذا داخل جعبه بود که به رایانه‌اش نگاه انداخت. سلول‌های مغزی میمون دقیقاً در همان نقطه‌ای فعال شده بودند که عصب‌های فرمان حرکتی قرار داشتند؛ اما میمون در حال خوردن یا حرکت نبود.

داشت پژوهشگر را نگاه می‌کرد و مغزش نیابتاً در حال انعکاس اقدامات پژوهشگر بود.

آزمایش‌های متعدد دیگری نیز در سراسر جهان صورت گرفت و خیلی زود مشخص شد که عصب‌های آینه‌ای مبین بسیاری از جنبه‌های سابقاً توصیف‌ناپذیر ذهن‌اند؛ جنبه‌هایی همچون همدلی، تقلید،

همگامی و حتی رشد زبان. یکی از نویسندگان عصب‌های آینه‌ای را با «وای‌فای عصبی» مقایسه کرد؛ (۹) ما نه تنها حرکات دیگران بلکه حالت هیجانی و نیت آن‌ها را نیز به خود می‌گیریم. وقتی افراد با یکدیگر همگام‌اند، معمولاً به یک شکل می‌نشینند یا می‌ایستند و صدایشان نیز آهنگ‌های مشابهی به خود می‌گیرد. اما عصب‌های آینه‌ای موجب آسیب‌پذیری ما به منفی‌نگری‌های دیگران هم می‌شود، برای همین با عصبانیت به خشمشان پاسخ می‌دهیم یا افسردگی‌شان ما را نیز ناراحت می‌کند. در بخش‌های آتی کتاب بیشتر درباره عصب‌های آینه‌ای حرف خواهیم زد؛ زیرا دیده‌نشدن، انعکاس‌نیافتن و به حساب نیامدن بلااستثنا در تروما دخیل‌اند. درمان تروما مستلزم آن است که مجدداً توانایی انعکاس‌دادن و انعکاس‌یافتن محتاطانه و مقاومت در برابر هجوم هیجانات منفی دیگران را در بیماران فعال کنیم.



قشر پیشانی
برنامهریزی و پیش‌نگری: آگاهی از زمان و
یافتن جلوگیری از اتفاقات نامناسب درک
عقلانه

مغز لیمبیک
نقشه‌ی رابطی بین ارگان‌سم و محیط اطراف
احسب هیجانی، طبقه‌بندی ادراک

ساقه‌ی مغز: وظایف پایه‌ای
انگیختگی، خواب، بیداری، گرسنگی، سیری
تنفس، تعادل، شیبایی

مغز سه‌گانه (سه‌بخشی). رشد مغز از پایین شروع می‌شود و به بالا می‌رود. مغز خزنده در رحم تشکیل می‌شود و کارکردهای حیاتی ابتدایی انسان را سازمان‌دهی می‌کند. این مغز در کل دوران زندگی ما واکنش‌پذیری زیادی به تهدید دارد. سیستم لیمبیک عمدتاً در شش سال نخست زندگی سازمان‌دهی تشکیل می‌شود اما به‌شکلی کاربردمحور به رشدش ادامه می‌دهد. در طول زندگی، تروما تأثیر چشمگیری بر عملکرد این سیستم می‌گذارد. قشر پیش‌پیشانی آخر از همه تشکیل می‌شود و همچون سیستم لیمبیک از خطر تروما تأثیر می‌پذیرد؛ ناتوانی در جداسازی اطلاعات مرتبط یکی از این تأثیرات است. در طول زندگی مستعد آن است که در مواجهه با تهدید، از دسترس خارج شود.

آن‌هایی که با افراد آسیب‌دیده مغزی کار کرده‌اند یا از والدین مبتلا به زوال عقل مراقبت کرده‌اند، به تجربه آموخته‌اند که کارآمدی لوب‌های پیشانی نقش بسیار مهمی در برقراری روابط مسالمت‌آمیز با هم‌نوعانمان دارد. پی‌بردن به این موضوع که مردم دیگر می‌توانند فکر و احساس متفاوتی با ما داشته باشند، گام بزرگی در رشد کودکان دو و سه‌ساله است. آن‌ها یاد می‌گیرند انگیزه‌های دیگران را بفهمند تا بدین‌ترتیب در گروه‌هایی که ادراکات، انتظارات و ارزش‌های متفاوتی دارند، خود را تطبیق دهند و در امان بمانند. آدم‌ها بدون برخورداری از لوب‌های پیشانی انعطاف‌پذیر و فعال بنده عادت می‌شوند و روابطشان ظاهری و تکراری می‌شود. ابداع و نوآوری، کشف و شگفتی، همگی از بین می‌رود.

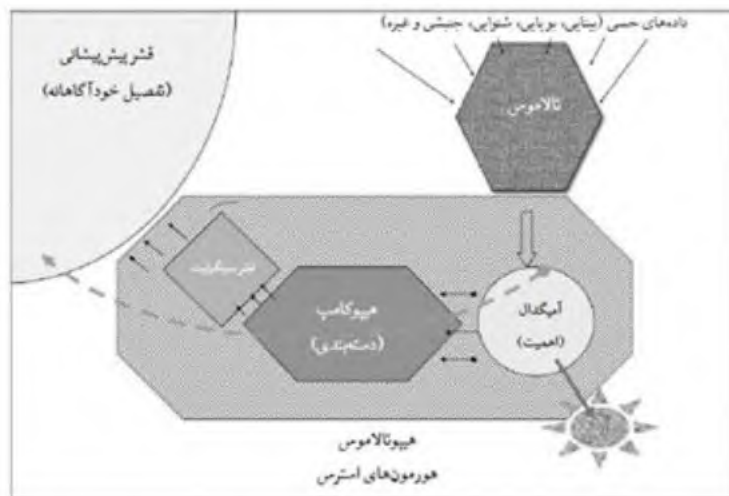
علاوه بر این، لوب‌های پیشانی می‌توانند (گاهی؛ اما نه همیشه) ما را از کارهایی منع کنند که خجالت‌مان می‌دهند یا دیگران را می‌آزارند. لازم نیست هر موقع گرسنه شدیم غذا بخوریم، هرکسی اشتیاقمان را برانگیخت ببوسیم یا هر وقت عصبانی هستیم از کوره در برویم. اما دقیقاً در مرز بین همین تکانه و رفتار پسندیده است که بسیاری از مشکلاتمان آغاز می‌شود. هرچه ورود داده‌های درونی و حسی به مغز هیجانی شدیدتر باشد، توانایی مغز منطقی در خنثی‌سازی آن‌ها کمتر می‌شود.

شناسایی خطر: آشپز و دستگاه اعلام حریق

خطر بخشی طبیعی از زندگی است و مغز وظیفه دارد آن را تشخیص دهد و پاسخ ما را سازمان‌دهی کند. اطلاعات حسی دربارهٔ جهان خارج از طریق چشم، بینی، گوش و پوست به ما می‌رسد. این حواس در تالاموس به هم می‌پیوندند؛ تالاموس ناحیه‌ای در سیستم لیمبیک است که مانند «آشپز» مغز عمل می‌کند. تالاموس تمامی داده‌های ورودی ادراکاتمان را در سوپ سرگذشتی کاملاً هم‌زده‌ای مخلوط می‌کند؛ این سوپ تجربهٔ یکپارچه و منسجمی است از «آنچه هم‌اکنون دارد برایم رخ می‌دهد». (۱۰)

آن‌گاه ادراکات دو مسیر را در پیش می‌گیرند: پایین به سمت آمیگدال که از دو ساختار بادامی‌شکل واقع در عمق لیمبیک تشکیل شده و بالا به سمت لوب‌های پیشانی که در آنجا به خودآگاهی‌مان می‌رسند. در نظر ژوزف لودو،^{۸۱} عصب‌شناس، مسیر رسیدن به آمیگدال «جادهٔ غیراخلاقی» فوق‌العاده سریعی است و مسیر رسیدن به قشر پیشانی «جاده‌ای اخلاقی» است که حین وقوع رویدادی به شدت تهدیدآور، رسیدن به مقصد در آن چند میکروثانیه بیشتر طول می‌کشد. باین‌حال، ممکن است پردازش حواس در تالاموس دچار اختلال شود. بینایی، شنوایی، بویایی و لامسه به شکل اجزایی جداگانه و گسسته رمزگذاری می‌شوند و پردازش طبیعی حافظه از هم می‌پاشد. زمان از حرکت می‌ایستد و چنین به نظر می‌رسد که گویی خطر کنونی همیشه پابرجا می‌ماند.

کارکرد اصلی آمیگدال که آن را دستگاه اعلام حریق مغز می‌نامم، تعیین ارتباط یا عدم ارتباط داده‌های ورودی با بقای ماست. (۱۱) این کار بسیار سریع و به‌صورت خودکار و با کمک بازخوردهای گرفته‌شده از هیپوکامپ انجام می‌شود؛ هیپوکامپ ساختاری در همسایگی آمیگدال است که داده‌های جدید را با تجربیات گذشته ارتباط می‌دهد. اگر آمیگدال تهدیدی حس کند، مثلاً احتمال تصادف با خودروی روبه‌رویی یا دیدن شخصی به‌ظاهر تهدیدآمیز در خیابان، فوراً پیامی به هیپوتالاموس و ساقه مغز می‌فرستد و دستگاه هورمون استرس و دستگاه عصبی خودمختار (ای‌ان‌اس) را برای واکنش سراسری در بدن فرامی‌خواند. از آنجاکه آمیگدال اطلاعات دریافتی از تالاموس را سریع‌تر از لوب‌های پیشانی پردازش می‌کند، تصمیم می‌گیرد که آیا اطلاعات واردشده تهدیدی برای بقای ما محسوب می‌شوند یا نه، حتی قبل از آنکه خودمان خودآگاه متوجه خطر شویم. تا به خود بیاییم، احتمالاً بدن واکنش را آغاز کرده است.



ذهن هیجانی زودتر از همه اطلاعات ورودی را تفسیر می‌کند. اطلاعات حسی درباره محیط و وضعیت بدن که به واسطه چشم، گوش، تماس، حس جنبشی و غیره به دست آمده‌اند در تالاموس به یکدیگر می‌پیوندند؛ در آنجا پردازش و به آمیگدال فرستاده می‌شوند تا درباره اهمیت هیجانی آن تصمیم‌گیری کند. این کار به سرعت برق انجام می‌شود. اگر تهدیدی تشخیص داده شود، آمیگدال پیام‌هایی به هیپوتالاموس می‌فرستد تا برای دفاع در مقابل آن تهدید، هورمون‌های استرس را ترشح کند. ژوزف لودو، عصب‌شناس، این فرایند را جاده غیراخلاقی می‌نامد. مسیر عصبی دوم، جاده اخلاقی، از راه هیپوکامپ و

قشر سینگولیت قدامی به قشر پیش‌پیشانی یا همان مغز منطقی می‌رود تا تفسیر خودآگاهانه و به‌مراتب جزئی‌تری را ارائه دهد. این مسیر چندین میکروثانیه بیشتر طول می‌کشد. اگر آمیگدال تهدید را بیش از حد شدید بداند و/ یا سیستم فیلترینگ نواحی بالای مغز هم بیش از حد ضعیف باشد، چیزی که اغلب در پی‌تی‌اس‌دی شاهد آن هستیم، افراد کنترلشان را روی واکنش‌های اضطراری خودکاری مثل بهت‌های طولانی یا طغیان‌های پرخاشگرانه از دست می‌دهند.

سیگنال‌های خطر آمیگدال موجب ترشح هورمون‌های استرس قدرتمندی نظیر کورتیزول و آدرنالین می‌شوند که این نیز ضربان قلب، فشارخون و میزان تنفس را افزایش می‌دهد و برای جنگ یا فرار آماده‌مان می‌کند. هرگاه خطر رفع شد، بدن با سرعت نسبتاً زیادی به وضعیت طبیعی برمی‌گردد. اما در صورتی که جلوی برگشت بدن به حالت طبیعی گرفته شود، بدن به دفاع از خود تحریک می‌شود و همین مسئله موجب آشفتگی و برانگیختگی افراد می‌شود.

دستگاه اعلام حریق معمولاً عملکرد نسبتاً خوبی در تشخیص نشانه‌های خطر دارد؛ اما تروما خطر تفسیر نادرست خطرناک یا ایمن‌بودن موقعیتی خاص را افزایش می‌دهد. تنها در صورتی می‌توانید روابط دوستانه‌ای با بقیه داشته باشید که بی‌خطر یا خطرناک‌بودن مقاصدشان را به‌درستی ارزیابی کنید. حتی

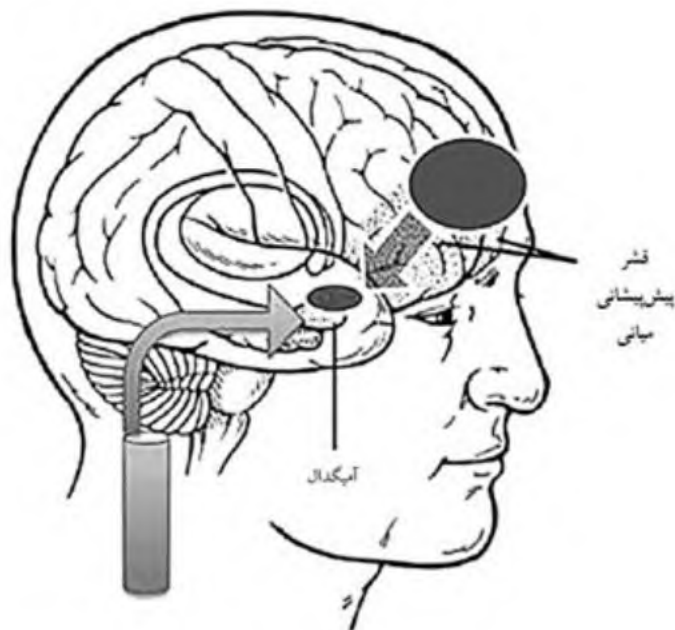
کوچک‌ترین تعبیر اشتباه ممکن است سوءتفاهم‌های آزاردهنده‌ای در روابطمان در خانه و محل کار به دنبال داشته باشد. عملکرد اثربخش در محیط کاری پیچیده یا در خانواده‌ای پر از بچه‌های سرکش مستلزم آن است که بتوانید سریعاً حس افراد را ارزیابی کنید و دائماً خودتان را با رفتار آن‌ها وفق دهید. نقص در سیستم‌های هشداردهنده موجب می‌شود تا در واکنش به حالات چهره یا اظهارنظرهای غیرمغرضانه دچار خشم یا خاموشی شوید.

کنترل واکنش به استرس: برج دیده‌بانی

اگر آمیگدال دستگاه اعلام حریق مغز است، لوب‌های پیشانی و به‌ویژه قشر پیش‌پیشانی میانی (ام‌پی‌اف‌سی) (۱۲) را که درست بالای چشم‌هایمان قرار دارند، برج دیده‌بانی در نظر بگیرید که از بالا چشم‌اندازی از منظره ارائه می‌دهند. آیا دودی که بویش را احساس می‌کنید نشانه آن است که خانه‌تان آتش گرفته و باید از آن خارج شوید یا بوی استیکی است که شعله زیرش را خیلی زیاد کرده‌اید؟ آمیگدال چنین قضاوت‌هایی نمی‌کند؛ فقط آماده‌تان می‌کند که بجنگید یا فرار کنید، حتی قبل از آنکه لوب‌های پیشانی فرصت آن را ببابند تا با ارزیابی‌شان در ماجرا مداخله کنند. مادامی که نگرانی‌تان از حد نگذشته، لوب‌های پیشانی می‌توانند به شما بفهمانند که دارید به هشدار کاذب پاسخ می‌دهید و تعادلتان را به‌جای اولش بازگردانند و واکنش به استرس را خنثی کنند.

به‌طور معمول، قابلیت‌های اجرایی قشر پیش‌پیشانی این امکان را به فرد می‌دهند تا ببیند چه چیزی در حال وقوع است، پیش‌بینی کند در صورت اتخاذ اقدامی خاص چه اتفاقی رخ خواهد داد و دست به انتخابی آگاهانه بزند. توانایی تسلط بر افکار، احساسات و هیجانات (توانایی‌ای که در این کتاب آن را ذهن‌آگاهی خواهیم نامید) و سپس واکنش نشان‌دادن با صبر و حوصله، به مغز اجازه می‌دهد تا جلوی واکنش‌های خودکار نهاده‌شده‌ای را که از قبل در مغز هیجانی‌مان برنامه‌ریزی شده بگیریم و آن‌ها را

سازمان‌دهی و تنظیم کنیم. این قابلیت نقش مهمی در حفظ ارتباطاتمان با سایر هم‌نوعان دارد. تا زمانی که لوب‌های پیشانی به‌درستی کار می‌کنند، بعید است هربار که پیشخدمت سفارشمان را دیر می‌آورد یا نماینده شرکت بیمه پشت خط معطلمان می‌کند از کوره در برویم. (برج دیده‌بانی‌مان این را هم به ما می‌گوید که خشم و تهدید دیگران تابعی از وضعیت هیجانی آنها است.) وقتی این سیستم از کار بیفتد، شبیه حیوانات شرطی‌شده می‌شویم: هر لحظه خطری را تشخیص دهیم، خودبه‌خود به حالت جنگ یا گریز می‌رویم.



بالا به پایین یا پایین به بالا. ساختارهای موجود در مغز هیجانی تصمیم می‌گیرند چه چیزی را خطرناک تلقی کنیم و چه چیزی را ایمن. دو راه برای تغییر سیستم تشخیص تهدید وجود دارد: از بالا به پایین از طریق دست‌کاری در پیام‌های به‌دست‌آمده از قشر پیش‌پیشانی میانی (نه فقط قشر پیش‌پیشانی) یا از پایین به بالا از طریق مغز خرنده به‌وسیله تنفس، تحرک و تماس.

در پی‌تی‌اس‌دی، تعادل حیاتی بین آمیگدال (دستگاه اعلام حریق) و قشر پیش‌پیشانی میانی (برج دیده‌بانی) از اساس به هم می‌خورد؛ همین امر کنترل هیجانات و تکانه‌ها را به مراتب دشوارتر می‌کند. مطالعات تصویربرداری عصبی انسان در وضعیت‌های بسیار هیجانی نشان می‌دهند که ترس، غم و خشم شدید، همگی فعال‌سازی نواحی زیرقشری دخیل در هیجانات را افزایش می‌دهند و فعالیت نواحی مختلف لوب پیشانی، به‌ویژه قشر پیش‌پیشانی میانی، را به‌طور چشمگیری کاهش می‌دهند. در چنین حالتی، توانایی بازدارندگی لوب پیشانی مختل می‌شود و افراد «عقلشان را از دست می‌دهند»: ممکن است در واکنش به هر صدای بلندی وحشت‌زده شوند، با سرخوردگی کوچکی عصبانی شوند یا وقتی کسی لمسشان می‌کند میخکوب شوند. (۱۳)

مدیریت مؤثر استرس به ایجاد نوعی تعادل بین دستگاه اعلام حریق و برج دیده‌بانی بستگی دارد. اگر می‌خواهید هیجانانگیزان را بهتر مدیریت کنید، مغز دو گزینه پیش رویتان قرار می‌دهد: می‌توانید از بالا به پایین یا از پایین به بالا تنظیمشان کنید.

آگاهی از تفاوت بین تنظیم بالا به پایین و پایین به بالا برای درک و درمان استرس ترومایی ضرورت دارد. تنظیم بالا به پایین، توانایی برج دیده‌بانی را در کنترل ادراکات بدن تقویت می‌کند. مراقبه

ذهن‌آگاهی و یوگا به این کار کمک می‌کنند. تنظیم پایین به بالا دستگاه عصبی خودمختار را (که طبق آنچه دیدیم از ساقه مغز نشئت می‌گیرد) مجدداً واسنجی می‌کند. به کمک تنفس، جابه‌جایی و تماس می‌توانیم دستگاه عصبی خودمختار را ارزیابی کنیم. تنفس یکی از محدود کارکردهای بدن است که هم تحت کنترل خودآگاهانه است و هم تحت کنترل خودکار. در بخش پنجم کتاب به بررسی شگردهایی برای افزایش تنظیم بالا به پایین و پایین به بالا خواهیم پرداخت.

سوارکار و اسب

اکنون می‌خواهم بر این مسئله تأکید کنم که هیجان با منطق تضادی ندارد؛ هیجان‌اتمان به تجربیات ارزش می‌دهند و از این‌رو مبنای منطق‌اند. تجربه شخصی ما حاصل تعادل بین مغزهای منطقی و هیجانی است. هرگاه این دو سیستم در تعادل باشند «احساس سلامتی می‌کنیم». با وجود این، وقتی بقایمان در خطر باشد، این دو سیستم می‌توانند به شکل نسبتاً مستقلی عمل کنند.

اگر مثلاً حین رانندگی دارید با دوستان گپ می‌زنید و ناگهان کامیونی در گوشه چشمتان ظاهر شود، فوراً حرفتان را قطع می‌کنید، پدال ترمز را محکم فشار می‌دهید و فرمان را طوری می‌چرخانید تا از

محدوده خطر کنار بروید. اگر این کارهای غریزی از خطر تصادف نجاتتان داده باشند، می‌توانید صحبتتان را ادامه دهید. توانایی انجام دادن این کار تا حد زیادی به سرعت فروکش کردن واکنش‌های درونی‌تان به آن تهدید وابسته است.

پُل مک‌لین،^{۸۲} عصب‌شناسی که مدل مغز سه‌گانه به‌کاررفته در این کتاب را ارائه داد، رابطه بین مغز منطقی و مغز هیجانی را با رابطه سوارکاری کمابیش ماهر و اسب سرکشش تشبیه کرد. (۱۴) مادامی که هوا آرام و مسیر هموار است، سوارکار می‌تواند همه‌چیز را کاملاً تحت کنترل ببیند. اما سروصداها یا تهدیدهای غیرمنتظره دیگر حیوانات ممکن است به رمیدن اسب منجر شود و سوارکار را مجبور کند تا برای حفظ جان عزیزش خود را محکم بگیرد. همین‌طور، هنگامی که مردم حس کنند بقایشان در خطر است یا اسیر خشم، اشتیاق، ترس یا تمایلات جنسی شده‌اند، دیگر به ندای منطق گوش نمی‌کنند و بحث کردن با آن‌ها هم فایده‌ای ندارد. هرگاه سیستم لیمبیک چیزی را مسئله مرگ و زندگی تشخیص دهد، مسیرهای مابین لوب‌های پیشانی و سیستم لیمبیک به شدت باریک می‌شوند.

روان‌شناسان معمولاً سعی دارند به افراد کمک کنند تا رفتارشان را با استفاده از بینش و فهم مدیریت کنند. با این حال، پژوهش‌های عصب‌شناختی نشان می‌دهند که مشکلات روانی بسیار اندکی به دلیل

اشکال در فهم افراد رخ می‌دهند؛ بیشترشان از فشارهایی در نواحی عمیق‌تر مغز سرچشمه می‌گیرند که ادراک و توجه‌همان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند. وقتی زنگ هشدار مغز هیجانی مرتباً سیگنال می‌فرستد که در خطرید، هیچ مقداری از بینش آن را خاموش نخواهد کرد. یاد فیلمی کم‌دی می‌افتم که در آن مجرم هفت بار سابقه‌داری در یک دوره مدیریت خشم، مزایای شگردهایی را که یاد گرفته می‌ستاید: «این شگردها معرکه‌اند و حرف ندارند، البته تا وقتی که واقعاً عصبانی نباشید.»

هنگامی که مغزهای هیجانی و منطقی‌مان در تعارض با یکدیگر باشند (مثل وقتی که از دست معشوقمان عصبانی هستیم، از کسی که وابسته‌اش هستیم می‌ترسیم یا خواهان کسی هستیم که از دست‌رسمان خارج است)، کشمکشی صورت خواهد گرفت. این کشمکش عمدتاً در صحنه تجربه درونی (روده، قلب و شش‌ها) اتفاق می‌افتد و هم موجب رنج جسمی می‌شود و هم عذاب روانی را به دنبال دارد. در فصل ششم درباره نحوه تعامل مغز و احشا در حالت‌های ایمن و خطرناک صحبت خواهیم کرد؛ این تعامل کلید فهم بسیاری از نمودهای جسمی تروماست.

دوست دارم این فصل را با بررسی دو اسکن مغزی دیگر خاتمه دهم؛ این دو اسکن برخی از ویژگی‌های اصلی استرس ترومایی را به تصویر می‌کشند: تجسم مجدد همیشگی؛ تجربه مکرر تصاویر، صداها و

هیجان‌ات؛ و گسستگی.

مغز استن و اوته در زمان تروما

صبحی دل‌پذیر در سپتامبر سال ۱۹۹۹، زوج شاغل چهل و چندساله‌ای به نام‌های استن و اوته لارنس^{۸۳} برای شرکت در جلسه‌ای کاری در دیترویت از خانه‌شان در لندن،^{۸۴} اونتاریو، خارج شدند. وسط راه به دیواری از مه غلیظ برخوردند که در کسری از ثانیه دیدشان را به صفر رساند. استن فوراً ترمز کرد و به پهلوی در وسط بزرگ‌راه متوقف شد، طوری که نزدیک بود با کامیون بزرگی برخورد کند. یک هجده‌چرخ از بالای صندوق عقب خودرویشان بالا آمد؛ پشت‌سرشان و آن‌ها و خودروها به آن‌ها و به یکدیگر می‌کوبیدند. همان‌طور که مردم از خودروهایشان بیرون می‌آمدند تا جانشان را نجات دهند، با خودروی دیگری زیر گرفته می‌شدند. تصادف‌های گرکننده همچنان ادامه داشت؛ استن و اوته با هر تکان شدید احساس می‌کردند که این یکی دیگر می‌کشدشان. آن‌ها در خودروی سیزدهم این تصادف زنجیره‌ای ۸۷ خودرویی، بدترین فاجعه جاده‌ای تاریخ کانادا، گرفتار شده بودند. (۱۵)

سپس سکوت وهم‌انگیزی حکمفرما شد. استن دست‌وپا زد تا در و پنجره‌ها را باز کند اما آن

هجده چرخي که صندوق عقب خودرويشان را له کرده بود، بهشان چسبيده بود. ناگهان، يکي به سقف خودرويشان کوبيد. دختری داشت فرياد می زد: «از اینجا خلاصم کنين. دارم آتیش می گیرم!» با درماندگی شاهد مرگ دختر بودند؛ زیرا شعله های آتش خودرویی را که او در آن بود، طعمه خودش کرد. بعداً دیدند که راننده کامیونی با کپسول آتش نشانی روی کاپوت خودرويشان ایستاده است. شیشه را شکست تا آزادشان کند و استن از دريچه ای که باز شده بود بالا رفت. وقتی چرخید تا به همسرش کمک کند، دید اوته بی حرکت روی صندلی اش نشسته است. استن و راننده کامیون بلندش کردند و آمبولانس آنها را به اورژانس برد. به جز چند خراش کوچک، صدمه فیزیکی دیگری ندیده بودند.

آن شب موقع خواب، نه استن و نه اوته هیچ کدامشان نمی خواست بخوابد. احساس می کردند اگر تسلیم خواب شوند، خواهند مرد. تندخو، بی قرار و مضطرب بودند. آن شب و بسیاری از شب های دیگر الکل فراوانی نوشیدند تا ترسشان را فرو بخوابانند. نمی توانستند جلوی تصاویری را بگیرند که مکرراً در ذهنشان تداعی می شد، یا از شر پرسش هایی رهایی یابند که تمامی نداشت: چه می شد زودتر از خانه می رفتند بیرون؟ چه می شد اگر برای زدن بنزین معطل نمی شدند؟ بعد از گذشت سه ماه از این ماجرا، از دکتر روث لانیوس،^{۸۵} روان پزشک دانشگاه اونتاریو یی غربی، کمک گرفتند.

دکتر لانیوس که چند سال قبل‌تر از این ماجرا در مرکز تروما دانشجوییم بود، به استن و اوته گفت که قبل‌از شروع درمان می‌خواهد مغزهایشان را به کمک افام‌آرای تصویرسازی کند. افام‌آرای با ردیابی تغییرات به‌وجودآمده در جریان خون مغز، فعالیت عصبی را اندازه‌گیری می‌کند و برخلاف پت اسکن، به قرارگیری در معرض تشعشعات رادیویی نیاز ندارد. دکتر لانیوس از همان تصویرسازی طرح‌واره‌ای استفاده کرد که ما هم در دانشگاه هاروارد به کار برده بودیم؛ او با این کار تصاویر، صداها، رایحه‌ها و سایر ادراکات استن و اوته را در زمان گیرافتادنشان در خودرو ثبت کرد.

استن اول وارد دستگاه شد و فوراً فلش‌بک سراغش آمد، دقیقاً همان اتفاقی که در مطالعه‌ی ما در هاروارد بر سر مارشا آمده بود. درحالی‌که از دستگاه اسکن خارج شد که خیس عرق بود، قلبش تندتند می‌زد و فشارخونش سر به فلک کشیده بود. در این خصوص گفت: «در طول تصادف هم دقیقاً همین احساس را داشتم. مطمئن بودم که خواهم مرد و کاری برای نجات خودم از دستم برنمی‌آمد.» به‌جای آنکه تصادف را به‌صورت حادثه‌ای مربوط به سه ماه قبل به‌خاطر آورد، داشت دوباره مجسمش می‌کرد.

گسستگی و تجسم مجدد

گسستگی بارزترین ویژگی تروماست. رویداد تکان‌دهنده جدا و چندپاره می‌شود، طوری که هیجانات، صداها، تصاویر، افکار و ادراکات فیزیکی مرتبط با تروما حیات مستقلى پیدا می‌کنند. این بخش‌های ادراکی حافظه در زمان حال مداخله می‌کنند و عملاً آنجا تجسم دوباره‌ای می‌یابند. تا زمان رفع تروما، هورمون‌های استرس ترشح‌شده برای دفاع از بدن، به گردش ادامه می‌دهند و حرکات دفاعی و پاسخ‌های هیجانی همچنان تکرار می‌شوند. با این حال، برخلاف استن ممکن است خیلی از مردم از پیوند میان احساسات و واکنش‌های «احمقانه» و رویدادهای ترومایی تکرارشونده بی‌خبر باشند. نمی‌دانند چرا به رنجشی ناچیز طوری پاسخ می‌دهند که انگار قرار است نابود شوند.

فلش‌بک و تجسم مجدد از جهاتی بدتر از خود تروما هستند. رویداد ترومایی یک آغاز و یک پایان دارد؛ بالاخره یک جا تمام می‌شود. اما در مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی، فلش‌بک ممکن است در هر زمانی، چه در خواب و چه در بیداری، رخ دهد. به هیچ طریقی نمی‌توان آغاز و مدت آن را پیش‌بینی کرد. افرادی که از فلش‌بک رنج می‌برند غالباً زندگی‌شان را حول تلاش برای مراقبت خود از آن‌ها سازمان‌دهی می‌کنند. ممکن است با اشتیاق به باشگاه بدن‌سازی بروند تا وزنه بزنند (اما پی ببرند که هرگز به اندازه کافی قوی نیستند)، با دارو خودشان را به بی‌حسی بزنند یا در موقعیت‌های فوق‌العاده خطرناک (مثل مسابقه

موتورسواری، پرش از ارتفاع یا رانندگی آمبولانس) حس کاذب کنترل را در خود پیروانند. جنگ دائمی با خطرهای ناپیدا طاقت فرسا است و آن‌ها را خسته، افسرده و بی‌رمق می‌کند.

در صورتی که مؤلفه‌های تروما بارها و بارها تکرار شوند، هورمون‌های استرسی که هم‌زمان ترشح می‌شوند، چنین خاطراتی را عمیق‌تر از قبل در ذهن حک می‌کنند. جذابیت رویدادهای معمولی و روزمره کمتر و کمتر می‌شود. ناتوانی در فهم عمیق رویدادهای پیرامونی حس سرزندگی کامل را برایشان غیرممکن می‌کند. حس لذت‌ها و سختی‌های زندگی عادی دشوارتر می‌شود، تمرکز بر کارهای پیش‌رو از آن هم دشوارتر. نداشتن سرزندگی تمام‌عیار در لحظه، بیش از پیش آن‌ها را اسیر گذشته می‌کند.

پاسخ‌های تحریک‌شده به شکل‌های مختلفی بروز می‌کنند. کهنه‌سربازها ممکن است به کوچک‌ترین سرنخ، مثلاً برخورد با سرعت‌گیر در جاده یا دیدن کودکی که در خیابان مشغول بازی است، به گونه‌ای واکنش نشان دهند که انگار در منطقه جنگی هستند. به راحتی یکه می‌خورند و عصبانی یا بی‌حس می‌شوند. قربانیان سوءاستفاده جنسی در کودکی ممکن است گرایش‌های جنسی‌شان را فروکش کنند و در صورت به هیجان آمدن با هر حس یا تصویری که یادآور آن رویداد باشد، عمیقاً شرم‌منده می‌شوند، حتی اگر چنین احساساتی لذت‌های طبیعی وابسته به بخش‌های خاصی از بدن باشند. اگر بازماندگان

تروما مجبور شوند دربارهٔ تجربیاتشان حرف بزنند، احتمال دارد فشارخون یکی افزایش یابد درحالی‌که دیگری با سردرد می‌گرنی واکنش نشان دهد. عده‌ای هم امکان دارد به‌لحاظ هیجانی خاموش شوند و تغییر ملموس خاصی بروز ندهند. اما در آزمایشگاه به‌سادگی می‌توانیم تپش قلب و فوران هورمون‌های استرس را در کل بدنشان تشخیص دهیم.

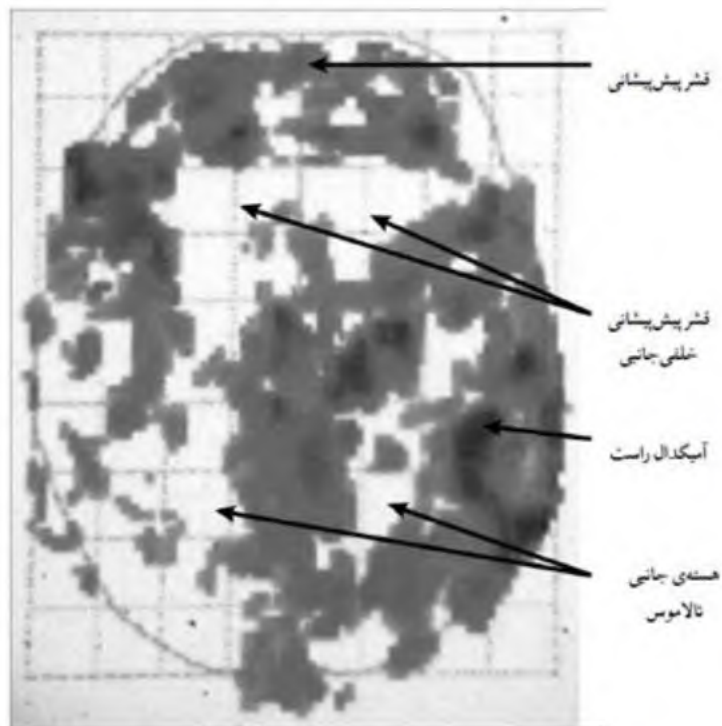
چنین واکنش‌هایی غیرمنطقی و عمدتاً خارج از کنترل افراد است. هوس‌ها و هیجانات شدید و به‌ندرت مهارشدنی افراد را دیوانه می‌کند و این حس را به آن‌ها می‌دهد که به نژاد بشری تعلق ندارند. بی‌حس‌شدگی در جشن تولد بچه‌ها یا در واکنش به مرگ عزیزان حس هیولاشدگی به فرد می‌دهد. در نتیجه، شرم به هیجان غالب و پنهان‌سازیِ واقعیت به دغدغهٔ اصلی تبدیل می‌شود.

آن‌ها ارتباط کمی با خاستگاه‌های ازخودبیگانگی‌شان دارند. اینجاست که درمان وارد می‌شود: فراخوانی تدریجی هیجاناتی که به‌دلیل تروما احساس می‌شوند، توانایی مشاهدهٔ بلاواسطهٔ خود. باوجوداین، نکتهٔ اساسی این است که سیستم درک تهدید مغز دستخوش تغییر شده و واکنش‌های فیزیکی افراد متأثر از نقش‌های به‌جامانده از گذشته است.

ترومایی که «آنجا» آغاز شد حالا در میدان نبرد بدن رخ داده است؛ معمولاً پیوند آگاهانه‌ای هم بین رویدادهای گذشته و آنچه اکنون درون افراد در حال وقوع است وجود ندارد. مشکل در پذیرش رویدادهای وحشتناکی نیست که در گذشته اتفاق افتاده، بلکه یادگیری نحوه تسلط بر ادراکات و هیجانات درونی فرد است که اهمیت دارد. حس کردن، نام‌بردن و شناسایی وقایع درونی نخستین گام در درمان است.

فعالیت فراتر از حد دستگاه اعلام حریق

اسکن مغزی استن فلش بک او را در عمل نشان می‌دهد. تجسم مجدد تروما در مغز این گونه است: روشنایی ناحیه واقع در گوشه پایینی سمت راست، تهی شدن گوشه پایینی سمت چپ و وجود چهار حفره سفیدرنگ متقارن در مرکز. (احتمالاً به لطف مطالعه دانشگاه هاروارد که در فصل سوم درباره اش حرف زدیم، تشخیص می‌دهید که آن بخش درخشان، آمیگدال و آن بخش خاموش شده، مغز چپ است.) آمیگدال استن تمایزی بین گذشته و حال قائل نشد. جوری فعال شد که انگار سانحه رانندگی در دستگاه اسکن در حال وقوع بود؛ همین امر به ترشح هورمون‌های قدرتمند استرس و واکنش‌های دستگاه عصبی انجامید. این چیزها دلیل عرق کردن و لرزش، تپش قلب و فشارخون بالایش بود: واکنش‌هایی کاملاً عادی و احتمالاً نجات‌بخش، گویی یک کامیون همین حالا با خودرویتان برخورد کرده است.



تصویرسازی فلش‌بک با افام‌آرای. توجه کنید که فعالیت‌ها در سمت راست مغز چقدر بیشتر از سمت چپ است.

داشتن دستگاه اعلام حریق کارآمد ضروری است: هیچ کس دلش نمی‌خواهد آتش‌سوزی شدیدی غافل‌گیرش کند. اما اگر قرار باشد با هر بوی دودی که می‌شنوید کنترل‌تان را از دست دهید، خیلی آزاردهنده می‌شود. بله، باید تشخیص دهید آیا دارید کسی را ناراحت می‌کنید یا نه؛ اما اگر فعالیت آمیگدالتان فراتر از حد برود، ممکن است همواره نگران این باشید که مردم ازتان متنفرند یا شاید احساس کنید می‌خواهند در دسری برایتان درست کنند.

خرابی زمان سنج

هم استن و هم اوتنه پس از تصادف، آسیب‌پذیر و زودرنج شده بودند، بدین معنا که قشر پیش‌پیشانی‌شان در حفظ کنترل‌شان در مواجهه با استرس دچار مشکل شد. فلش‌بک استن واکنش شدیدتری را در پی داشت.

دو ناحیه سفیدرنگ جلوی مغز (در بالای تصویر) قشرهای پیش‌پیشانی خلفی جانبی راست و چپ هستند. در صورت غیرفعال‌سازی این نواحی، فرد درک زمانی‌اش را از دست می‌دهد و در لحظه اکنون به دام می‌افتاد، بدون آنکه درکی از گذشته، حال یا آینده داشته باشد. (۱۶)

دو سیستم مغزی در پردازش ذهنی تروما مطرح‌اند: آن‌هایی که با شدت و بافت هیجانی سروکار دارند. شدت هیجانی را دستگاه اعلام حریق، یا آمیگدال، و وزنه متعادل‌کننده‌اش را برج دیده‌بانی، یا قشر پیش‌پیشانی میانی، تعریف می‌کند. بافت و معنای هر رویداد را سیستمی تعیین می‌کند که قشر پیش‌پیشانی خلفی جانبی (دی‌ال‌پی‌اف‌سی) و هیپوکامپ در آن قرار دارند. قشر پیش‌پیشانی خلفی جانبی در بخش کناری مغز جلویی واقع شده، حال آنکه قشر پیش‌پیشانی میانی در مرکز قرار دارد. ساختارهای میانی مغز به تجربیات درونی ما و ساختارهای جانبی نیز عمدتاً به روابط ما با محیط پیرامونی‌مان اختصاص دارند.

قشر پیش‌پیشانی خلفی جانبی نحوه ارتباط تجربه کنونی‌مان با گذشته و چگونگی احتمال اثرگذاری آن بر آینده را به ما می‌گوید؛ می‌توانید اسمش را بگذارید زمان‌سنج مغز. آگاهی از اینکه اتفاقات جاری پایان‌پذیرند و دیر یا زود خاتمه می‌یابند خیلی از تجربیات را برایمان تحمل‌پذیر می‌کند. عکس این قضیه نیز درست است: اگر موقعیت‌هایی پایان‌ناپذیر به نظر برسند، تحمل‌ناپذیر می‌شوند. بیشترمان از تجربیات غم‌انگیز شخصی‌مان آموخته‌ایم که سوگ شدید معمولاً با این حس همراه است که این حالت مصیبت‌بار همیشه ادامه خواهد داشت و هرگز نخواهیم توانست با فقدانمان کنار بیاییم. تروما حد نهایی

تجربه این حس است که «همیشه ادامه خواهد داشت.»

اسکن مغز استن مؤید این مسئله است که افراد تنها وقتی می‌توانند از تروما خلاص شوند که ساختارهایی از مغزشان کاملاً فعال شوند که در رویداد اصلی از کار افتاده بودند و برای همین آن رویداد از همان ابتدا به شکل تروما در مغز ثبت شده بود. ملاقات با گذشته در روند درمان باید هنگامی انجام شود که بیمار به لحاظ بیولوژیکی کاملاً در زمان حال حضور داشته باشد و تا حد ممکن احساس آرامش، امنیت و هوشیاری می‌کند. («هوشیاری» در اینجا یعنی اینکه می‌توانید نشیمنگاه صندلی را زیر خود احساس کنید، نور ورودی از پنجره را ببینید، انقباض ساق پاهایتان را حس کنید و صدای بادی را بشنوید که برگ درختان بیرون اتاق را تکان می‌دهد.) لنگرانداختن در زمان حال حین مواجهه مجدد با تروما این فرصت را به فرد می‌دهد تا عمیقاً پی ببرد که رویدادهای وحشتناک به گذشته تعلق دارند. این امر مستلزم فعال بودن برج دیده‌بانی، آشپز و زمان‌سنج مغز است. تا زمانی که افراد مدام به گذشته کشانده می‌شوند، درمان جواب نمی‌دهد.

خاموشی تالاموس

یک بار دیگر به اسکن فلش بک استن نگاه کنید؛ دو حفره سفیدرنگ دیگر را در نیمه پایینی مغز خواهید دید. این‌ها تالاموس‌های راست و چپ هستند که مثل زمان وقوع ترومای اصلی، حین فلش بک هم نهی شده‌اند. همان‌طور که گفتم، تالاموس مانند «آشپز» عمل می‌کند: نوعی ایستگاه رله مخابراتی است که ادراکات به دست آمده از گوش، چشم و پوست را جمع‌آوری می‌کند و به سوپی اضافه می‌کند که حافظه سرگذشتی ماست. از کار افتادن تالاموس باعث می‌شود تروما عمدتاً نه به شکل قصه‌ای با آغاز، میانه و پایان، بلکه به مثابه ردهای حسی جداگانه‌ای به خاطر آورده شود: تصاویر، صداها و ادراکات فیزیکی‌ای که با هیجانات شدید، معمولاً وحشت و درماندگی، همراه‌اند. (۱۷)

در حالت عادی، تالاموس شبیه یک صافی یا دروازه‌بان هم عمل می‌کند. همین امر آن را یکی از مؤلفه‌های محوری توجه، تمرکز و یادگیری‌های جدید می‌کند که همگی تحت الشعاع تروما قرار می‌گیرند. همان‌طور که نشسته‌اید و دارید این کتاب را می‌خوانید، شاید صدای موسیقی پس‌زمینه اتاق یا هیاهوی رفت‌وآمد خودروها به گوشتان می‌رسد یا اینکه شکمتان اندکی ضعف می‌رود و می‌گویید وقتش رسیده میان‌وعده‌ای بخورید. اگر قادرید تمرکزتان را روی این صفحه حفظ کنید یعنی تالاموس دارد به شما کمک می‌کند تا بین اطلاعات ادراکی مرتبط و اطلاعاتی که با اطمینان خاطر می‌توانید

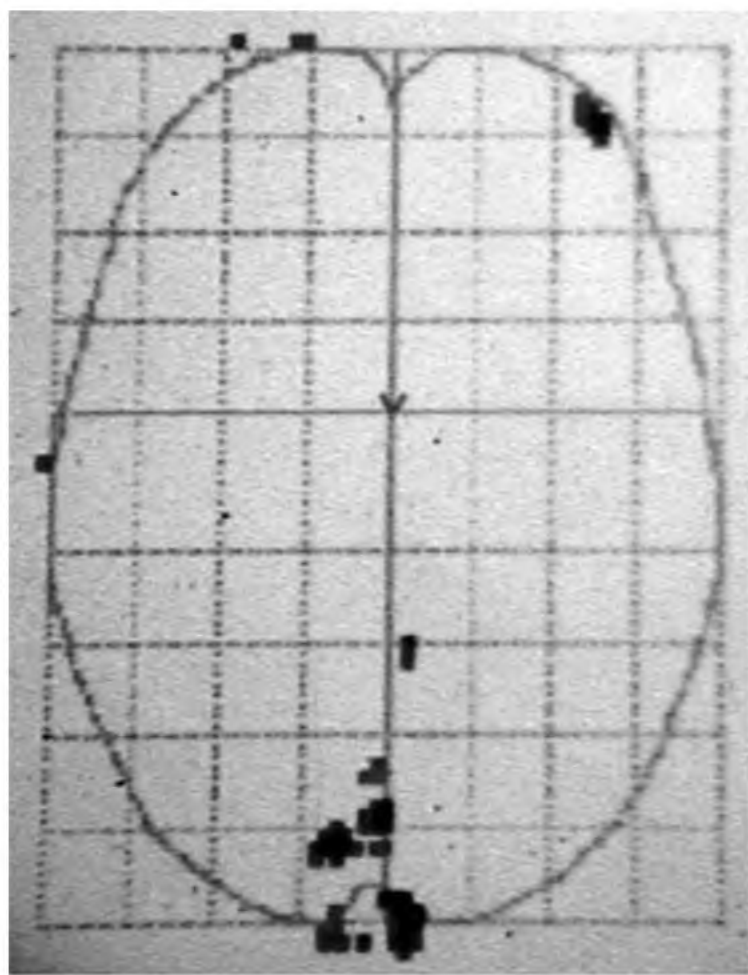
نادیده‌شان بگیرید تمایز قائل شوید. در فصل نهم با موضوع بازخورد عصبی، دربارهٔ آزمایش‌های به‌کاررفته برای سنجش کارایی این سیستم دروازه‌بانی و راه‌های تقویت آن حرف خواهیم زد.

دروازه‌های سیل‌بند مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی کاملاً باز است. به‌دلیل نداشتن صافی همواره درگیر اضافه‌بار حسی هستند. برای رهایی از این وضعیت، سعی می‌کنند مغزشان را خاموش کنند و به دید تونلی و تمرکز افراطی روی می‌آورند. اگر نتوانند به‌طور طبیعی خاموش شوند، شاید به دارو یا الکل متوسل شوند تا جهان را به دست فراموشی بسپارند. تراژدی آنجاست که تعطیلی مغز به قیمت کنارگذاشتن عوامل لذت و شادی نیز تمام می‌شود.

مسخ شخصیت: جداشدگی از خود

حالا بیایید به تجربهٔ اوته در دستگاه اسکن نگاه کنیم. همهٔ مردم به تروما دقیقاً به یک شکل واکنش نشان نمی‌دهند اما چنین تفاوتی در این نمونهٔ به‌خصوص فوق‌العاده زیاد است؛ زیرا اوته هم در همان خودروی خُردشده کنار استن نشسته بود. اوته در واکنش به طرح‌وارهٔ ترومایی‌اش دچار بی‌حسی شد: ذهنش خالی شد و فعالیت تقریباً همهٔ نواحی مغزش به‌شکل محسوسی کاهش یافت. ضربان قلب و

فشارخونش بالا نرفت. وقتی از او پرسیده شد در زمان اسکن چه حسی داشت، پاسخ داد: «دقیقاً همان حسی را داشتم که در زمان تصادف سراغم آمده بود: چیزی احساس نکردم.»



تهی شدن (گسستگی) در پاسخ به به‌خاطرآوری ترومای گذشته. در اینجا فعالیت تقریباً همه نواحی مغز کاهش یافته که این امر تداخل در تفکر، تمرکز و موقعیت‌آگاهی را در پی داشته است.

در پزشکی از اصطلاح مسخ شخصیت^{۸۶} برای اشاره به واکنش اوته استفاده می‌شود. (۱۸) هرکسی که با مرد، زن یا کودک ترومایی سروکار دارد دیر یا زود با نگاه‌های مبهوت و ذهن‌های گیجی روبه‌رو می‌شود که نمود بیرونی واکنش بهت بیولوژیکی هستند. مسخ شخصیت یکی از علائم گسستگی چشمگیر ناشی از تروماست. فلش‌بک‌های استن حاصل تلاش‌های نافرجامش برای فرار از تصادف بود؛ تمامی ادراکات و هیجانات گسسته و مستقل او با اشاره طرّح‌واره به زمان حال هجوم آوردند. اما اوته به‌جای سعی در فرار، از ترسش فاصله گرفته بود و چیزی احساس نمی‌کرد.

در دفتر کارم به‌کرات شاهد مسخ شخصیت بیمارانی هستم که داستان‌های دهشتناکی را بدون هیچ احساسی برایم تعریف می‌کنند. کل انرژی اتاق خالی می‌شود و ادامه توجه به سخنان بیمار زحمت زیادی می‌طلبد. بیمار ملال‌آور مجبورتن می‌کند برای پرشور نگه‌داشتن درمان سخت‌تر کار کنید؛ اغلب دعا می‌کردم جلسه درمانی زودتر تمام شود.

پس از دیدن اسکن اوته، رفته رفته رویکرد بسیار متفاوتی را در قبال بیماران تهی شده اتخاذ کردم. از آنجاکه تقریباً تمامی بخش‌های مغزشان خاموش شده، بدیهی است که تفکر، احساس عمیق، یادآوری یا سر درآوردن از رویدادهای پیرامونی برایشان مقدور نیست. گفت‌وگو درمانی سنتی در چنین موقعیت‌هایی عملاً بیهوده است.

درباره اوته، می‌شد دلیل واکنش متفاوتش را با استن حدس زد. او داشت از نوعی راهبرد بقا استفاده می‌کرد که مغزش در کودکی برای کنار آمدن با رفتار سخت‌گیرانه مادرش یاد گرفته بود. اوته در نه‌سالگی پدرش را از دست داد و رفتار مادرش با او، پس از این اتفاق، آزاردهنده و تحقیرکننده بود. از جایی به بعد اوته پی برد که می‌تواند هنگام داد و فریادهای مادرش ذهنش را خالی کند. ۳۵ سال بعد، هنگامی که در آن خودروی درب‌وداغان شده به دام افتاده بود، مغز اوته به صورت خودکار به همان حالت بقا رفت؛ او خودش را ناپدید کرد.

چالشی که افرادی مثل اوته با آن مواجه‌اند، هوشیار شدن و دخالت داشتن است؛ وظیفه‌ای دشوار که برای بازگشت به زندگی عادی اجتناب‌ناپذیر است. (خود اوته بهبود یافت؛ کتابی درباره تجربیاتش نوشت و انتشار مجله موفق‌تری را به نام سلامت روانی^{۸۷} شروع کرد.) اینجاست که اتخاذ رویکرد پایین به

بالا در درمان ضرورت پیدا می‌کند. در واقع، هدف از این کار تغییر فیزیولوژی بیمار یا رابطه او با ادراکات بدنی است. در مرکز تروما از سنجه‌های بنیادینی همچون ضربان قلب و الگوهای تنفسی استفاده می‌کنیم. با فشار دادن نقاط طب فشاری به بیماران کمک می‌کنیم تا ضمن تداعی ادراکات بدنی به آن‌ها توجه کنند. تعاملات موزون با دیگر افراد هم مؤثر است، مثلاً پاس‌کاری توپ ساحلی، پرش روی توپ پیلاتس،^{۸۸} یا طب‌زنی.

بی‌حسی روی دیگر سکه پی‌تی‌اس‌دی است. بسیاری از بازماندگان درمان‌نشده تروما ابتدا مثل استن فلش‌بک‌های انفجاری دارند و آن‌گاه در سال‌های بعدی زندگی دچار بی‌حسی می‌شوند. تجسم مجدد تروما تکان‌دهنده، ترسناک و به‌طور بالقوه خودتخریب‌گرانه است؛ اما در درازمدت نبود آن ممکن است حتی زیان‌بارتر باشد. این یکی از مشکلات شایع کودکان ترومایی است. کودکان کنش‌نما معمولاً توجه دیگران را جلب می‌کنند؛ اما کودکان تهی‌شده کسی را به زحمت نمی‌اندازند و به حال خودشان رها می‌شوند تا آینده‌شان ذره‌ذره از دست برود.

یادگیری زندگی کردن در زمان حال

مشکل درمان تروما هم کنار آمدن با گذشته، و هم مهم‌تر از آن، ارتقای کیفیت تجربه روزمره است. یکی از دلایل سلطه خاطرات ترومایی در پستی‌استدی این است که حس سرزندگی واقعی در لحظه اکنون بسیار دشوار است. اگر نتوانید کاملاً اینجا باشید، به جاهایی خواهید رفت که حس زنده بودن داشتید، حتی اگر چنین مکان‌هایی مملو از وحشت و مصیبت باشند.

بسیاری از رویکردهای درمانی استرس ترومایی تمرکزشان را به حساسیت‌زدایی بیماران از گذشته‌شان معطوف می‌کنند. این رویکردها انتظار دارند که مواجهه مجدد با تروما موجب کاهش طغیان‌های هیجانی و فلش‌بک‌های بیماران شود. به نظر من این رویکرد بر برداشت نادرستی از مآقع استرس ترومایی مبتنی است. ما باید در وهله اول به بیمارانمان کمک کنیم تا به‌طور کامل و با اطمینان خاطر در زمان حال زندگی کنند. بدین منظور، لازم است آن دسته از ساختارهای مغزی را بازگردانیم که در هنگام تروما ترکشان می‌کنند. حساسیت‌زدایی ممکن است واکنش‌پذیری‌تان را کمتر کند؛ اما اگر در امور عادی روزمره مثل قدم‌زدن، آشپزی یا بازی کردن با بچه‌ها احساس رضایت نکنید، لذتی از زندگی نخواهید برد.

فصل پنجم: پیوندهای بدن و مغز

زندگی یعنی ضرب‌آهنگ. ما جوش و خروش داریم، قلب‌هایمان خون را پمپاژ می‌کنند. ماشین ضرب‌آهنگ هستیم، بلکه دقیقاً همین‌طوریم.

۸۹ میکی هارت^{۸۹}

چارلز داروین در اواخر دوران حرفه‌ای‌اش در سال ۱۸۷۲ کتاب بیان هیجانات در انسان و حیوانات^{۹۰} را منتشر کرد. (۱) تا این اواخر، بیشتر بحث‌های علمی حول نظریه‌های داروین بر کتاب‌های در باب منشأ انواع (۱۸۹۵)^{۹۱} و تبار انسان (۱۸۷۱)^{۹۲} متمرکز بود. اما مشخص شد بیان هیجانات کاوش خارق‌العاده‌ای در مبانی زندگی هیجانی است؛ این کتاب مملو از مشاهدات و حکایت‌هایی از چندین دهه تحقیق و پژوهش و همچنین داستان‌هایی تأثیربرانگیز از فرزندان و حیوانات خانگی خود داروین بود. بیان هیجانات نقطه عطفی در تصویرسازی کتاب نیز به شمار می‌آید و یکی از اولین کتاب‌هایی است که در آن تصاویر به کار رفته‌اند. (عکاسی هنوز فناوری نسبتاً جدیدی بود و داروین، همچون سایر دانشمندان، می‌خواست با بهره‌گیری از جدیدترین شگردها منظورش را برساند.) این کتاب هنوز چاپ می‌شود و

جدیدترین نسخه آن با مقدمه و شرح فوق‌العاده پُل اکمن،^{۹۳} یکی از پیش‌گامان مدرن مطالعه هیجانات، به‌سهولت در دسترس است.

داروین سخن خود را با اشاره به سازمان‌دهی فیزیکی مشترک در همه پستانداران، از جمله انسان‌ها، آغاز می‌کند: شش‌ها، کلیه‌ها، مغز، اندام‌های گوارشی و اندام‌های تناسلی که در حفظ و ادامه زندگی نقش دارند. اگرچه بسیاری از دانشمندان داروین را به انسان‌نگاری متهم می‌کنند؛ اما او با این سخن در کنار دوستداران حیوانات می‌ایستد: «انسان و حیوانات برتر... غرایز مشترکی (نیز) دارند. همه آن‌ها دارای حواس، شهود، ادراک، اشتیاق و هیجانات، حتی خصیصه‌های پیچیده‌تری مثل حسادت، سوءظن، تقلید، قدردانی و بخشش‌اند.» (۲) به عقیده وی برخی نشانه‌های فیزیکی هیجانات حیوانی در ما انسان‌ها هم وجود دارد. سیخ‌شدن موی پشت گردن هنگام ترس یا نشان دادن دندان‌ها هنگام عصبانیت را فقط می‌توان بقایای فرایند تکاملی بلندمدت دانست.





«وقتی کسی به دیگری پوزخند می‌زند یا دندان‌قروچه می‌کند، آیا گوشهٔ دندان نیش در طرفی که فرد مقابل ایستاده، بالا می‌آید؟» - چارلز داروین، ۱۸۷۲

در نظر داروین، هیجانات پستانداران اساساً ریشه در زیست‌شناسی دارد: هیجانات منبع اجتناب‌ناپذیر انگیزه برای شروع اقدام‌اند. هیجان^{۹۴} (برگرفته از واژهٔ لاتینی ایموور^{۹۵} به معنای خارج‌شدن) به کارهای ما شکل و جهت می‌دهد و مهم‌ترین ابزار بیان‌شان عضلات صورت و بدن‌اند. حرکات صورت و بدن،

حالت ذهنی و مقصودمان را به دیگران مخابره می‌کنند: حالات عصبانی چهره و وضعیت‌های فیزیکی بدن به دیگران هشدار می‌دهند تا دست از سرمان بردارند. غم مراقبت و توجه را جلب می‌کند. ترس نشان درماندگی است یا از خطر هوشیارمان می‌کند.

به‌شکل غریزی رابطه بین دو نفر را صرفاً از تنش یا آرامش، حالت بدن یا آهنگ صدا و حالات متغیر صورتشان می‌فهمیم. وقتی فیلمی را به زبانی غیر از زبان خودتان تماشا می‌کنید، هنوز قادرید کیفیت روابط بین شخصیت‌ها را حدس بزنید. اغلب اوقات می‌توانیم به همین شکل ذهن سایر پستانداران (میمون، سگ و اسب) را بخوانیم.

داروین در ادامه اظهار می‌دارد که هدف اصلی هیجانات آغاز کردن حرکتی است که ارگانیسم بدن را به ایمنی و تعادل فیزیکی سابق برمی‌گرداند. دیدگاه او در مورد منشأ آنچه امروز پی‌تی‌اس‌دی می‌نامیم، چنین است:

رفتارهایی که هدفشان اجتناب یا فرار از خطر است، مشخصاً برای رقابتی کردن هریک از اعضای بدن برای بقا تکامل یافته‌اند. اما فرار طولانی‌مدت و نابجا یا رفتار اجتنابی، حیوان را در موضع ضعف قرار

می‌دهد چون بقای موفق گونه‌ها مستلزم تولیدمثل است که آن هم به تغذیه، سرپناه و جفت‌گیری وابسته است، مواردی که همگی در تقابل با اجتناب و فرار هستند. (۳)

به عبارت دیگر، اگر ارگانیسمی در حالت بقا گرفتار شود، انرژی‌اش صرف مبارزه با دشمن‌های پنهان می‌شود و جایی برای پرورش، مراقبت و عشق باقی نمی‌گذارد. برای ما انسان‌ها، این بدان معناست که تا وقتی ذهن درحال دفاع از خود در مقابل تهاجمات نامرئی است، نزدیک‌ترین پیوندهایمان و توانایی‌مان برای تصور، طراحی، بازی، یادگیری و توجه به نیازهای دیگران در معرض خطر قرار دارد.

داروین در خصوص پیوندهای بدن و ذهن نیز حرف زد؛ موضوعی که هنوز هم درحال واکاوی آن هستیم. هیجانات شدید نه تنها مغز بلکه روده و قلب را نیز درگیر می‌کنند: «قلب، احشا و مغز ازطریق عصب "پنوموگاستریک" که عصبی حیاتی در بیان و مدیریت هیجانات در انسان‌ها و حیوانات است، با هم تبادل پیام می‌کنند. وقتی ذهن به شدت هیجانی است، فوراً بر وضعیت امعاواحشا تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین در چنین مواقعی اقدام و واکنش متقابل بیشتری بین این دو اندام که مهم‌ترین اندام‌های بدن هستند، صورت خواهد گرفت.» (۴)

اولین باری که به این متن برخوردم، با هیجان‌زدگی فزاینده‌ای چند بار خواندمش. بدون تردید، ناگوارترین هیجان‌اتمان را به شکل دل‌آزردگی و دل‌شکستگی تجربه می‌کنیم. مادامی که هیجان‌ات را عمدتاً در مغزمان ثبت کنیم، می‌توانیم تا حد زیادی کنترل اوضاع را در دست بگیریم؛ اما حس اینکه سینه‌مان دارد از درون فرومی‌ریزد یا کسی مشت محکمی به شکممان می‌زند تحمل‌ناپذیر است. هر کاری از دستانمان بریاید برای رفع این ادراکات درونی انجام می‌دهیم، چسبیدن به آدمی دیگر از سر ناچاری، به بی‌حسی‌زدن خود با موادمخدر یا الکل، یا فروبردن چاقو در بدن برای تبدیل هیجان‌ات توان‌فرسا با ادراکاتی مشخص. چه مقدار از مشکلات مربوط به سلامت روانی، از اعتیاد به موادمخدر گرفته تا رفتارهای خودآسیبی، تلاش‌هایی برای کنارآمدن با درد فیزیکی تحمل‌ناپذیر هیجان‌اتمان هستند؟ اگر حرف داروین درست باشد، راه‌حل این مشکل مستلزم یافتن شیوه‌هایی است تا با آن به مردم کمک کنیم چشم‌انداز حسی درونی بدنشان را تغییر دهند.

تا همین اواخر، علم غربی این ارتباط دوسویه بین ذهن و بدن را نادیده می‌گرفت، حتی با وجود اینکه در بسیاری از نقاط دیگر جهان، به خصوص هند و چین، این رابطه در مرکزیت درمان‌های سنتی قرار داشت. امروزه این رابطه در حال دگرگونی درک ما از تروما و بهبود از آن است.

پنجره‌ای به دستگاه عصبی

علائم کوچکی که در خلال گفت‌وگو متوجه آن‌ها می‌شویم، از جمله تغییرات ماهیچه‌ای و انقباضات چهره فرد مقابل، حرکات چشم و گشادی مردمک، زیروبمی و سرعت صدای او به علاوه منظره درونی خودمان، مثل ترشح بزاق، قورت دادن آب دهان، تنفس و ضربان قلب، همگی به وسیله دستگاه تنظیم‌کننده مستقلی به هم پیوند داده شده‌اند. (۵) همه آن‌ها محصول هماهنگی بین دو شاخه دستگاه عصبی خودمختار (ای‌ان‌اس) هستند: سمپاتیک که نقش پدال گاز بدن را دارد و پاراسمپاتیک که مثل پدال ترمز بدن عمل می‌کند. (۶) این‌ها همان «تقابل‌ها»یی هستند که داروین از آن‌ها حرف زد؛ این دو با همکاری یکدیگر نقش مهمی در مدیریت جریان انرژی بدن ایفا می‌کنند، یکی برای مصرف انرژی آماده می‌شود و دیگری برای نگهداری آن.

دستگاه عصبی سمپاتیک (اس‌ان‌اس) مسئول برانگیختگی است که واکنش جنگ یا گریز («فرار یا رفتار اجتنابی» داروین) از آن جمله است. حدود ۲ هزار سال قبل، جالینوس، پزشک رومی، نام «سمپاتیک» را بر آن نهاد زیرا طبق مشاهده او این دستگاه با هیجانات (سیم پتوس^{۹۶}) سروکار داشت. دستگاه عصبی سمپاتیک خون را به ماهیچه‌ها منتقل می‌کند تا بتوانند اقدام سریعی انجام دهند؛ این کار تاحدی با تحریک غده‌های فوق کلیوی برای ترشح آدرنالین انجام می‌شود که ضربان قلب را بیشتر می‌کند و فشارخون را افزایش می‌دهد.

دومین شاخه دستگاه عصبی خودمختار، دستگاه عصبی پاراسمپاتیک («مخالف هیجانات») (پی‌ان‌اس) نام دارد که به وظایف خودمراقبتی‌ای مانند هضم غذا و ترمیم زخم کمک می‌کند. پاراسمپاتیک با تحریک ترشح استیل‌کولین، انگیزتگی را متوقف می‌کند، سرعت ضربان قلب را کاهش می‌دهد، به عضلات استراحت می‌دهد و تنفس را به حالت عادی برمی‌گرداند. همان‌طور که داروین اشاره داشت «تغذیه، سرپناه و جفت‌گیری» به پاراسمپاتیک وابسته‌اند.

خودتان هم می‌توانید با یک راه ساده فعالیت این دو دستگاه را حس کنید. هرگاه نفس عمیقی می‌کشید، سمپاتیک را فعال می‌کنید. انفجار هورمون‌های آدرنالین حاصل‌شده سرعت ضربان قلبتان را

افزایش می‌دهد؛ به همین خاطر است که بسیاری از ورزش‌کاران قبل از شروع مسابقه چند نفس کوتاه و عمیق می‌کشند. در مقابل، بازدم موجب فعال‌سازی پاراسمپاتیک می‌شود که از سرعت قلب می‌کاهد. اگر در کلاس‌های یوگا و مراقبه شرکت کنید، مربی‌تان احتمالاً ازتان می‌خواهد توجه ویژه‌ای به بازدم کنید؛ چون بازدم‌های عمیق و طولانی به آرامش‌تان کمک می‌کنند. هنگام نفس‌کشیدن، دائماً سرعت ضربان قلب را کم و زیاد می‌کنیم و برای همین فاصله بین دو ضربان هیچ‌وقت دقیقاً به یک شکل نیست. سنجشی به نام تغییرپذیری ضربان قلب (اچ‌آروی) را می‌توان برای آزمایش انعطاف‌پذیری پاراسمپاتیک استفاده کرد و اچ‌آروی خوب، یعنی هرچه نوسان بیشتر بهتر، نشان‌دهنده آن است که ترمز و گاز در دستگاه انگیزختگی شما هر دو به درستی کار می‌کنند و در تعادل‌اند. دستیابی به ابزاری برای سنجش اچ‌آروی موفقیت مهمی بود و در فصل شانزدهم طریقه به‌کارگیری اچ‌آروی را برای کمک به درمان پی‌تی‌اس‌دی توضیح خواهیم داد.

کد عصبی عشق (۷)

در سال ۱۹۹۴، استیون پورجیز،^{۹۷} که وقتی بررسی‌هایمان را در خصوص اچ‌آروی شروع کردیم پژوهشگر دانشگاه مریلند بود و حالا در دانشگاه کارولینای شمالی فعالیت می‌کند، نظریه پُلی‌واگال را معرفی کرد؛

اساس این نظریه مشاهدات داروین بود و اکتشافات علمی ۱۴۰ سال اخیر نیز بر بینش‌های اولیه داروین می‌افزود. (پلی‌واگال به شاخه‌های متعدد عصب واگ یا همان «عصب پنوموگاستریک» داروین اطلاق می‌شود که اندام‌های زیادی از جمله مغز، شش‌ها، قلب، شکم و روده را به هم پیوند می‌دهد.) نظریه پلی‌واگال درک پیچیده‌تری از زیست‌شناسی امنیت و خطر را برایمان فراهم آورد، درکی مبتنی بر تعامل ظریف بین تجربیات درونی بدن‌های خودمان و صداها و چهره‌های افراد پیرامونی‌مان. این نظریه نشان داد که چرا چهره‌ای مهربان یا صدایی آرامش‌بخش می‌تواند احساس ما را عمیقاً تغییر دهد. این نظریه دلیل حس آرامشی را برایمان شرح داد که وقتی می‌فهمیم آدم‌های مهم زندگی‌مان ما را می‌بینند و به حرف‌هایمان گوش می‌دهند به دست می‌آوریم و همین‌طور علت بروز واکنش‌های خشونت‌آمیز یا فروپاشی روانی را در پی نادیده انگاشته‌شدن و جدی گرفته‌نشدن روشن کرد. کمک کرد بفهمیم چرا هماهنگی متمرکز با فردی دیگر می‌تواند ما را از آشفته‌گی و ترس برهاند.

به‌اختصار، نظریه پورجیز نگاهمان را از تأثیرات جنگ یا گریز فراتر برد و روابط اجتماعی را در مرکزیت درک ما از تروما قرار داد. رویکردهای درمانی جدیدی را نیز ارائه داد که بر تقویت سیستم بدن برای تنظیم انگیختگی متمرکزند.

بشر به طرز حیرت‌آوری با تغییرات هیجانی ظریفی در افراد (و حیوانات) پیرامونی‌اش هماهنگ است. اندک تغییری در کشیدگی پیشانی، چروک‌های دور چشم، انحنای لب‌ها، و زاویه گردن سریعاً به ما می‌گوید که طرف مقابل چقدر آسوده، مشکوک، آرام یا ترسیده است. (۹) عصب‌های آینه‌ای تجربه درونی او را ثبت می‌کنند و بدنمان جرح و تعدیل‌های کوچکی را در آنچه می‌بیند اعمال می‌کند. دقیقاً به همین نحو دیگران هم می‌توانند از شکل عضلات صورت ما بفهمند چقدر آرام یا هیجان‌زده‌ایم، آیا قلبمان می‌تپد یا آرام است یا اینکه آماده‌ایم به آن‌ها یورش ببریم یا می‌خواهیم فرار کنیم. وقتی پیام «کاری باهات ندارم» را از دیگری دریافت می‌کنیم، آرام می‌شویم. اگر در روابطمان خوش‌اقبال باشیم با نگاه به چهره و چشمان فرد مقابل احساس می‌کنیم غنی شده‌ایم، حمایت و احیا شده‌ایم.

فرهنگمان به ما می‌آموزد تا بر بی‌همتایی شخصی متمرکز شویم؛ اما در سطحی عمیق‌تر ارگانیسم‌های چندان مجزایی نیستیم. مغزهایمان به گونه‌ای ساخته شده‌اند تا کمکمان کنند به منزله اعضای یک قبیله فعالیت کنیم. حتی وقتی تنهایییم یا داریم موسیقی گوش می‌کنیم (که دیگران آن را ساخته‌اند)، مسابقه بسکتبالی را از تلویزیون تماشا می‌کنیم (و ماهیچه‌هایمان هم‌زمان با جست‌وخیز بازیکنان منقبض می‌شوند) یا جدولی را برای جلسه فروش آماده می‌کنیم (و واکنش‌های رئیس را پیش‌بینی می‌کنیم)،

عضوی از قبیله‌ایم. بخش زیادی از انرژی‌مان صرف برقراری پیوند با دیگران می‌شود.

اگر از فهرست علائم خاصی که نشان‌دهنده بیماری‌های روانی هستند، فراتر برویم درمی‌یابیم که تقریباً در همه رنج‌های روانی، فرد یا در ایجاد روابطی کارآمد و رضایت‌بخش مشکل دارد یا تنظیم انگیزتگی برایش دشوار است (مثلاً وقتی که بنابه عادت عصبانی، خاموش، بیش از حد هیجان‌زده یا آشفته می‌شود). معمولاً ترکیبی از هر دو دیده می‌شود. تمرکز رایج پزشکی بر تلاش برای کشف داروی مناسب درمان «اختلالی» خاص معمولاً ما را از پرداختن به نحوه تداخل این مشکلات در عملکردمان به‌منزله اعضای قبیله بازمی‌دارد.

امنیت و تقابل

چند سال قبل، این حرف جروم کاگان،^{۹۸} استاد بازنشسته روان‌شناسی کودک در دانشگاه هاروارد، به دالایی لاما^{۹۹} به گوشم خورد که می‌گفت به‌ازای هر ظلمی در این دنیا، صدها اقدام مهربانانه و پیوند وجود دارد. نتیجه‌گیری‌اش: «ویژگی حقیقی گونه بشری احتمالاً خیرخواهی است، نه بدخواهی.» دریافت احساس امنیت از دیگران احتمالاً مهم‌ترین جنبه سلامت روان است؛ پیوندهای ایمن شالوده

زندگی معنادار و رضایت‌بخش‌اند. مطالعات متعدد امداد سوانح در سرتاسر جهان نشان داده که حمایت اجتماعی قدرتمندترین حفاظ در مقابل هجوم استرس و تروماست.

حمایت اجتماعی فقط بودن در حضور دیگران نیست. مسئله اساسی تقابل است: شنیده‌شدن و دیده‌شدن توسط دیگران به معنای واقعی کلمه، حس اینکه در ذهن و قلب شخص دیگری جای داریم. آرامش، بهبود و رشد فیزیولوژی انسان مستلزم برخورداری از حس درونی امنیت است. هیچ پزشکی نمی‌تواند برای عشق و دوستی نسخه بنویسد: این‌ها توانایی‌هایی پیچیده‌اند که با مرارت به دست می‌آیند. حتماً لازم نیست سابقه‌ای طولانی در ابتلا به تروما داشته باشید تا در جشنی با حضور غریبه‌ها معذب و حتی هراسان شوید؛ با این حال، تروما ممکن است کل دنیا را برای شخص به دورهمی بیگانگان تبدیل کند.

بسیاری از مبتلایان به تروما همواره خود را با افراد پیرامونی‌شان ناهماهنگ می‌بینند. عده‌ای در گروه‌هایی احساس راحتی می‌کنند که می‌توانند در آنجا تجربیات جنگی، تجاوز یا شکنجه‌شدن‌هایشان را برای کسانی که پیش‌زمینه یا تجربیات مشابهی دارند بازگو کنند. تمرکز بر تاریخچه مشترک تروما و قربانی‌شدگی حس انزوای سوزناکشان را تسکین می‌دهد؛ اما این کار معمولاً به قیمت انکار تفاوت‌های

فردی‌شان تمام می‌شود: افراد فقط در صورتی می‌توانند به عضویت گروه درآیند که از دستورالعمل مشترکی تبعیت کنند.

انزوای خود در گروهی قربانی که به شدت محدود شده این دیدگاه را در فرد به وجود می‌آورد که مردم در بهترین حالت بی‌اعتنا و در بدترین حالت خطرناک‌اند و همین مسئله نهایتاً موجب بیگانگی بیشتر می‌شود. گروه‌های تبهکاری، احزاب سیاسی تندرو و فرقه‌های مذهبی شاید مایه تسلی باشند؛ اما به‌ندرت انعطاف‌پذیری ذهنی لازم را برای پذیرش کامل آنچه زندگی در آستین دارد تقویت می‌کنند و برای همین چنین گروه‌هایی نمی‌توانند اعضایشان را از تروما‌رهایی ببخشند. افراد سالم قادرند تفاوت‌های فردی را بپذیرند و به انسانیت دیگران اقرار کنند.

طی دو دهه اخیر، این مسئله عموماً پذیرفته شده که وقتی بزرگ‌سالان یا کودکان به حدی ترسو یا خاموش باشند که نتوانند از بقیه هم‌نوعانشان آرامش بگیرند، ارتباط با دیگر پستانداران ممکن است کمک‌کننده باشد. هم‌نشینی با اسب و حتی دلفین ضمن فراهم‌آوردن حس امنیت لازم، پیچیدگی کمتری دارد. در حال حاضر، سگ‌ها و اسب‌ها به‌طور ویژه کاربرد گسترده‌ای در درمان گروه‌هایی از بیماران ترومایی دارند. (۱۰)

سه سطح امنیت

پس از تروما، شخص جهان را با دستگاه عصبی متفاوتی تجربه می‌کند؛ دستگاهی که درک آن از خطر و امنیت تغییر کرده است. پورجیز واژه «درک عصبی»^{۱۰۰} را برای توصیف توانایی ارزیابی خطر و امنیت نسبی در محیط اطراف فرد ابداع کرد. در هنگام کمک به افرادی با درک عصبی معیوب به چالش‌های بزرگی برمی‌خوریم. یکی از آن‌ها یافتن شیوه‌هایی برای تنظیم مجدد فیزیولوژی آن‌هاست تا دیگر سازوکارهای بقایشان علیه خودشان اقدام نکنند. این یعنی باید کمکشان کنیم واکنش مناسبی به خطر داشته باشند؛ اما مهم‌تر از آن توانایی احساس امنیت، آسایش و تقابل واقعی را دوباره به دست آورند.

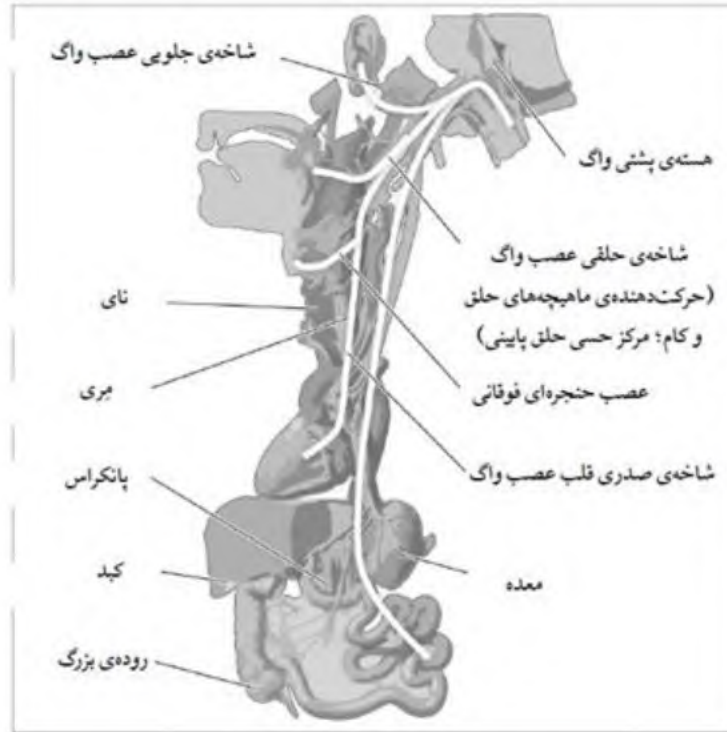
مصاحبه‌های مفصلی با شش نفر از بازماندگان یک سانحه هوایی انجام داده‌ام و درمانشان کرده‌ام. دو نفرشان گفتند که در جریان حادثه بیهوش شدند؛ آسیب فیزیکی ندیدند؛ اما دچار فروپاشی روانی شدند. دو نفرشان دچار هراس شدند و تا مدت‌ها پس از آغاز درمان آشفته ماندند. دو نفر هم آرام و فعال ماندند و به تخلیه مسافران از لاشه مشتعل هواپیما کمک کردند. این طیف از واکنش‌ها را در بازماندگان تجاوز، تصادفات رانندگی و شکنجه هم دیده‌ام. در فصل قبل، واکنش‌های کاملاً متفاوت استن و اوته را در تجسم مجدد فاجعه بزرگ‌راه دیدیم که هر دو در کنار هم تجربه‌اش کرده بودند. دلیل این طیف از

واکنش‌ها چیست: متمرکز، فروپاشیده یا آشفته؟

نظریهٔ پورجیز توضیحی برای آن دارد: دستگاه عصبی خودمختار سه حالت فیزیولوژیکی اساسی را تنظیم می‌کند. سطح امنیت محیط تعیین می‌کند در یک زمان خاص کدامشان فعال شود. هرگاه احساس می‌کنیم چیزی تهدیدمان می‌کند، به‌غریزه به سطح اول رجوع می‌کنیم، تعامل اجتماعی. از آدم‌های اطرافمان درخواست کمک، پشتیبانی و هم‌دردی می‌کنیم. اما اگر کسی به کم‌کم‌ان نیاید یا در خطری فوری باشیم، ارگانیسم بدن برای بقا به شیوهٔ ابتدایی‌تری روی می‌آورد: جنگ یا گریز. با مهاجم مبارزه می‌کنیم یا به‌سمت محلی امن فرار می‌کنیم. باین‌حال، اگر این کار هم جواب ندهد، یعنی نتوانیم فرار کنیم، جلویمان را بگیرند یا به دام بیفتیم، ارگانیسم سعی می‌کند با خاموش‌شدن و صرف حداقل انرژی خودش را حفظ کند. در چنین صورتی در حالت بهت یا فروپاشی هستیم.

اینجاست که عصب چندشاخه‌ای واگ وارد می‌شود؛ ساختمان این عصب را به‌اختصار شرح خواهم داد؛ زیرا برای درک نحوهٔ کنارآمدن افراد با تروما ضروری است. سیستم تعامل اجتماعی به عصب‌هایی وابسته است که از مراکز تنظیم ساقهٔ مغز سرچشمه می‌گیرند؛ به‌ویژه از واگ، موسوم به عصب دهم جمجمه‌ای، و عصب‌های پیرامونی آن که عضلات صورت، گلو، گوش میانی و جعبهٔ صدا یا حنجره را به حرکت درمی‌آورند. هنگامی که «مجموعهٔ واگ جلویی» (وی‌وی‌سی) کنترل را در دست دارد، با لب‌خند دیگران

لبخند می‌زنیم، به نشانهٔ موافقت سر تکان می‌دهیم و وقتی دوستانمان از بدبیاری‌هایشان می‌گویند، اخم می‌کنیم. وقتی عصب واگ جلویی درگیر است، سیگنال‌هایی را نیز به قلب و شش‌هایمان می‌فرستد و ضربان قلب را کاهش و عمق تنفس را افزایش می‌دهد. در نتیجه، احساس آرامش و راحتی می‌کنیم، متمرکز هستیم یا انگیزتگی لذت‌بخشی داریم.



شاخه‌های متعدد عصب واگ. عصب واگ (که داروین آن را عصب پنوموگاستریک می‌نامید) مسئول دل‌شکستگی و احساسات دردآور است. هنگام ناراحتی، گلو خشک و صدا خشن می‌شود، قلب تندتند می‌زند و تنفس سریع و عمیق می‌شود.



با کسب اجازه از دکتر ند کالین

سه نوع واکنش به تهدید

- ۱- سیستم تعامل اجتماعی: میمون نگران پیام خطر را مخابره کرده و درخواست کمک می‌کند. عصب واگ جلویی.
- ۲- جنگ یا گریز: نشان دادن دندان، تصویر خشم و وحشت. دستگاه عصبی سمپاتیک.
- ۳- فروپاشی: بدن پیام شکست را مخابره می‌کند و تسلیم می‌شود. عصب واگ پشتی.

هرچیزی که امنیت و پیوندهای اجتماعی ما را تهدید کند سبب تحریک تغییراتی در نواحی متصل به عصب واگ جلویی می‌شود. وقتی اتفاق اندوه‌باری رخ می‌دهد، به‌طور خودکار ناراحتی‌مان را در حالات چهره و آهنگ صدایمان نشان می‌دهیم تا بقیه را برای کمک به خود فراخوانیم. (۱۱) بااین‌حال، اگر کسی به درخواست کمکمان پاسخ ندهد، تهدید افزایش می‌یابد و مغز قدیمی‌تر لیمبیک وارد معرکه می‌شود. دستگاه عصبی سمپاتیک کنترل را به دست می‌گیرد و ماهیچه‌ها، قلب و شش‌ها را برای واکنش جنگ یا گریز به حرکت وامی‌دارد. (۱۲) صدایمان سریع‌تر و گوش‌خراش‌تر می‌شود و قلب نیز تندتر خون را پمپاژ می‌کند. اگر سگی در اتاق باشد، تحریک می‌شود و خرخر می‌کند؛ چون می‌تواند فعال‌سازی غدد عرقی ما را ببکشد.

نهایتاً اگر راه فراری نباشد و کاری برای دفع امر اجتناب‌ناپذیر از دستان برنیاید، سیستم نهایی اضطراری را فعال می‌کنیم: مجموعهٔ واگ پستی (دی‌وی‌سی). این سیستم از زیر دیافراگم به معده، کلیه‌ها و روده‌ها می‌رسد و سوخت‌وساز بدن را به‌شدت کاهش می‌دهد. ضربان قلب افت می‌کند (احساس می‌کنیم قلبمان «می‌افتد»)، نمی‌توانیم نفس بکشیم و شکمان از کار می‌افتد یا خالی می‌شود (عملاً «زهره‌ترکمان می‌کند»). اینجا نقطه‌ای است که دست از مقاومت برمی‌داریم، فرومی‌پاشیم و به‌ت‌زده

می‌شویم.

جنگ یا گریز در مقابل فروپاشی

همان‌طور که در اسکن‌های مغزی استن و اوته دیدیم، تروما فقط به‌شکل جنگ یا گریز خودش را نشان نمی‌دهد، بلکه گاهی با خاموش‌شدن و دورشدن از زمان حال بروز می‌کند. در هرکدام از این دو نوع واکنش، سطح متفاوتی از فعالیت مغزی درگیر می‌شود: سیستم جنگ یا گریز پستانداران که محافظتی است و ما را از خاموش‌شدن باز می‌دارد؛ و مغز خزنده که واکنش فروپاشی را در پی دارد. در فروشگاه‌های بزرگ حیوانات خانگی می‌توانید تفاوت بین این دو سیستم را ببینید. بچه‌گره‌ها، توله‌سگ‌ها، موش‌ها و جریبل‌ها^{۱۰۱} در اطراف پرسه می‌زنند و هنگام خستگی دور هم جمع می‌شوند و محکم به یکدیگر می‌چسبند. در مقابل، مارها و مارمولک‌ها بی‌حرکت در گوشهٔ قفس‌هایشان دراز می‌کشند و به محیط اطرافشان توجهی ندارند. (۱۳) این بی‌حرکتی ایجادشده توسط مغز خزنده، وصف بسیاری از بیماران مزمن ترومایی است، برخلاف هراس و خشم پستانداران که بازماندگان جدیدتر تروما را این‌قدر ترسیده و ترسناک می‌کند.

تقریباً همه می‌دانند نمونه بارز واکنش جنگ و گریز، یعنی خشونت جاده‌ای، چه احساسی دارد: تهدیدی ناگهانی باعث ایجاد میل شدیدی به حرکت و حمله می‌شود. خطر موجب می‌شود سیستم تعامل اجتماعی‌مان خاموش شود، پاسخ‌دهی‌مان به صدای انسانی کاهش یابد و حساسیت‌مان به اصوات تهدیدآمیز بیشتر شود. باوجوداین، خیلی‌ها هراس و خشم را به خاموش شدن و بیهوش افتادن ترجیح می‌دهند. فعال‌سازی واکنش جنگ یا گریز دست‌کم به آن‌ها انرژی می‌بخشد. برای همین است که بسیاری از مبتلایان به تروما در مواجهه با خطر واقعی کاملاً حس سرزندگی می‌کنند؛ اما در موقعیت‌های کاملاً پیچیده‌تر اما به حق ایمن، مثل جشن تولدها یا مهمانی‌های خانوادگی، بی‌حس می‌شوند.

وقتی مبارزه یا فرار تأثیری در تهدید ندارد، آخرین راه‌حلمان را فعال می‌کنیم: مغز خزانده، سیستم اضطراری نهایی. در مواقعی که به لحاظ فیزیکی بی‌حرکت شده‌ایم، مثلاً هنگامی که فردی مهاجم گیرمان انداخته یا بچه‌ای که راه فراری از دست سرپرست وحشتناکش ندارد، احتمال دخالت این سیستم بسیار زیاد است. فروپاشی و درگیر شدن توسط عصب واگ پستی کنترل می‌شوند؛ عصب واگ پستی یکی از بخش‌های تکاملی قدیمی دستگاه پاراسمپاتیک است که به علائم هاضمه‌ای مثل اسهال و تهوع مربوط می‌شود. این عصب همچنین سرعت ضربان قلب را کاهش می‌دهد و موجب تنفس کم‌عمق

می‌شود. وقتی کنترل به دست این سیستم بیفتد، دیگران و خودمان دیگر اهمیتی نخواهیم داشت. هوشیاری از دست می‌رود و شاید حتی دیگر درد فیزیکی را هم حس نکنیم.

چگونه به انسان تبدیل می‌شویم

در نظریهٔ کلان پورجیز، واگ جلویی به این دلیل در پستانداران تکامل یافت تا در مواجهه با پیچیدگی روزافزون زندگی اجتماعی به آن‌ها کمک کند. همهٔ پستانداران، از جمله انسان‌ها، برای جفت‌گیری، بزرگ‌کردن بچه‌ها، دفاع در مقابل دشمنان مشترک و هماهنگی بین شکار و جمع‌آوری غذا به صورت گروهی زندگی می‌کنند. هرچه واگ جلویی به شکل کارآمدتری فعالیت دستگاه‌های سمپاتیک و پاراسمپاتیک را هماهنگ کند، فیزیولوژی هر فرد بهتر خواهد توانست با سایر اعضای قبیله سازگاری پیدا کند.

وقتی از این منظر به واگ جلویی نگاه می‌کنیم، در خواهیم یافت که پدر و مادرها چطور به کودکانشان کمک می‌کنند تا خودشان را تنظیم کنند. نوزادان چندان اجتماعی نیستند؛ بیشتر وقت‌ها می‌خوابند و هنگامی بیدار می‌شوند که گرسنه باشند یا خودشان را خیس کرده باشند. پس از شیرخوردن، شاید کمی

به اطرافشان نگاه کنند، بهانه بگیرند یا خیره شوند؛ اما خیلی زود، مطابق با ریتم درونی‌شان، دوباره می‌خوابند. در اوایل زندگی‌شان متأثر از جریان‌های متغیر سمپاتیک و پاراسمپاتیک هستند و مغز خزانده‌شان عمده کنترل را به دست دارد.

اما روزبه‌روز، همچنان که با آن‌ها آغواغو و قدقد می‌کنیم و برایشان لبخند می‌زنیم، هماهنگی را در عصب واگ جلویی رو به تکامل آن‌ها تحریک می‌کنیم. این تعاملات موجب می‌شوند تا سیستم‌های انگیزتی هیجانی نوزادان با محیط پیرامونی‌شان هماهنگ شوند. واگ جلویی مکیدن، قورت‌دادن، حالت چهره و اصوات تولیدشده در حنجره را کنترل می‌کند. هنگامی که چنین کارکردهایی در کودک برانگیخته می‌شود، با حس لذت و امنیت همراهاند و همین مسئله شالوده تمامی رفتارهای اجتماعی آینده را بنا می‌نهد. (۱۴) دوستم، اد ترونیک،^{۱۰۲} سال‌ها قبل به من آموخت که مغز اندامی فرهنگی است؛ تجربه مغز را شکل می‌دهد.

هماهنگ‌بودن با دیگر اعضای گونه خودمان از طریق عصب واگ جلویی فوق‌العاده ارزشمند است. آنچه به‌شکل بازی هماهنگی بین مادر و کودک آغاز می‌شود با ریتم بازی خوب بسکتبال و هارمونی آواز گروه هم‌سرایان یا اجرای قطعه‌ای جاز یا موسیقی مجلسی، چیزهایی که همه‌شان حس عمیقی از لذت و پیوند

را می‌پروانند، به کارش ادامه می‌دهد.

هنگامی که این سیستم از کار بیفتد، می‌توانیم از تروما حرف بزنیم: وقتی برای نجات جان‌تان التماس می‌کنید؛ اما فرد مهاجم خواهش‌هایتان را نادیده می‌گیرد؛ وقتی وحشت‌زده روی تخت خوابیده‌اید و فریادهای مادران را می‌شنوید که از همسرش کتک می‌خورد؛ وقتی می‌بینید دوستان زیر یک تکه فلز گیر افتاده و آن قدر قدرت ندارید که بلندش کنید؛ وقتی می‌خواهید کشیشی را که دارد آزارتان می‌دهد، پس بزنید اما می‌ترسید تنبیه شوید. بی‌حرکتی مهم‌ترین عارضهٔ بسیاری از تروماهاست. در چنین موقعیت‌هایی، عصب واگ پستی احتمالاً کنترل را به دست می‌گیرد: ضربان قلبتان پایین می‌آید، تنفستان کم‌عمق‌تر می‌شود و مثل زامبی‌ها ارتباطتان با خودتان و محیط پیرامونی‌تان قطع می‌شود. دچار گسستگی می‌شوید، غش می‌کنید و فرومی‌پاشید.

دفاع یا استراحت؟

به لطف استیون پورجیز پی بردم که تا حدودی گوش‌به‌زنگ‌بودن حالت طبیعی پستانداران است. بالاین‌حال، حس قرابت هیجانی با انسانی دیگر مستلزم آن است که سیستم دفاعی‌مان موقتاً خاموش

شود. برای بازی کردن، جفت‌گیری و پرورش بچه‌ها مغز باید هوشیاری طبیعی‌اش را خاموش کند.

هوشیاری بیش از حد بسیاری از افراد مبتلا به تروما به قدری است که نمی‌توانند از لذت‌های عادی زندگی بهره ببرند، درحالی‌که عده‌ای نیز آن‌قدر بی‌حساسند که از تجربیات جدید بی‌بهره مانده‌اند و نمی‌توانند به نشانه‌های خطر واقعی هوشیار باشند. اگر دستگاه اعلام حریق مغز به درستی کار نکند، فرد زمانی که باید برای تلاش فرار کند، نمی‌دود یا وقتی باید از خود دفاع کند، مبارزه نمی‌کند. مطالعه^{۱۰۳} برجسته^{۱۰۳} ای‌سی‌ای (تجارب نامطلوب کودکی^{۱۰۳}) که در فصل نهم مفصل درباره‌اش حرف خواهیم زد، نشان داد احتمال تجاوز به زنانی که در کودکی سابقه سوءاستفاده جنسی و نادیده‌گرفته‌شدن داشتند، هفت برابر بیشتر است. زنانی که در کودکی شاهد ضرب‌وشتم مادرانشان توسط همسرانشان بوده‌اند، احتمال بسیار بیشتری برای افتادن در دام خشونت خانگی داشتند. (۱۵)

بسیاری از افراد تا زمانی که می‌توانند تماس اجتماعی‌شان را به گفت‌وگوهای سطحی محدود کنند، احساس امنیت می‌کنند؛ اما تماس فیزیکی واقعی ممکن است واکنش‌های شدیدی را در آن‌ها به وجود آورد. باین‌حال، همان‌گونه که پورجیز اشاره می‌کند، دستیابی به هر نوع صمیمیت عمیق (درآغوش گرفتن، هم‌خوابی و ارتباط جنسی) مستلزم آن است که فرد به خود اجازه دهد بدون ترس،

حالت بی‌حرکتی را تجربه کند. (۱۶) مبتلایان به تروما با دو چالش به‌خصوص روبه‌رو هستند: تشخیص اینکه چه زمانی به‌واقع در امنیت‌اند و توانایی فعال‌سازی سیستم‌های دفاعی در مواقع خطر. این امر نیازمند برخورداری از تجربیاتی است که می‌تواند حس امنیت فیزیکی را برای شخص احیا کند؛ در فصل‌های بعد به‌دفعات به این موضوع اشاره خواهیم کرد.

رویکردهای جدید درمانی

اگر می‌دانیم کودکان و بزرگسالان مبتلا به تروما در حالت جنگ یا گریز یا خاموشی مزمن گرفتار می‌شوند، چطور به آن‌ها کمک کنیم تا مانورهای دفاعی‌شان را که زمانی متضمن بقایشان بود، غیرفعال کنند؟

برخی از افراد با استعدادی که با بازماندگان تروما کار می‌کنند، به‌طور شهودی طریقه‌ای این کار را می‌دانند. استیو گراس^{۱۰۴} قبلاً برنامه‌بازی را در مرکز تروما اجرا می‌کرد. استیو معمولاً با توپ ساحلی خوش‌رنگی داخل درمانگاه پرسه می‌زد و وقتی کودکان عصبانی یا میخکوب‌شده‌ای را در سالن انتظار می‌دید، لبخند گنده‌ای به‌شان می‌زد. بچه‌ها خیلی کم جواب می‌دادند. سپس اندکی بعد برمی‌گشت و «اتفاقی»

توپش را نزدیک جایی که بچه ایستاده بود می انداخت. استیو همان طور که خم می شد تا توپ را بردارد، آرام هلش می داد به طرف بچه؛ بچه هم معمولاً با پی میلی توپ را هل می داد. رفته رفته استیو بده بستانی راه می انداخت و چیزی طول نمی کشید که لبخند را روی لب های هر دوییشان می دیدید.

استیو از حرکات ساده، موزون و هماهنگ، مکان کوچک و امنی درست کرده بود که سیستم تعامل اجتماعی می توانست در آنجا مجدداً ظهور یابد. به همین شکل، مبتلایان به ترومای شدید ممکن است صرفاً با کمک کردن در چیدن صندلی ها قبل از جلسه یا همراهی با دیگران در نواختن یک ضرب آهنگ موزیکال با ضربه روی صندلی ها نتایج بهتری بگیرند تا اینکه روی همان صندلی ها بنشینند و درباره شکست هایشان در زندگی حرف بزنند.

یک چیز قطعی است: فریاد کشیدن بر سر کسی که در حالت عادی هم کنترل ناپذیر است، فقط به بدتنظیمی هیجانی بیشتر منجر می شود. دقیقاً همان طور که سگتان با فریاد زدن هایتان کُر می کند و با حرف های بسیار آهنگینتان دُم تکان می دهد، ما آدم ها هم به صداهای خشن با ترس، عصبانیت یا خاموشی و به لحن مفرح با خودمانی شدن و آرام شدن پاسخ می دهیم. دست خودمان نیست، نمی توانیم به نشانه های امنیت یا خطر پاسخ ندهیم.

متأسفانه، نظام آموزشی ما، همچون بسیاری از روش‌هایی که ادعای درمان تروما را دارند، معمولاً از کنار این سیستم تعامل هیجانی می‌گذرند و در عوض تمرکزشان را به بازیابی ظرفیت‌های شناختی مغز معطوف می‌کنند. به‌رغم آنکه تأثیر عصبانیت، ترس و اضطراب روی توانایی استدلالی فرد به اثبات رسیده، بسیاری از برنامه‌های درمانی همچنان لزوم درگیرسازی سیستم امنیتی مغز را قبل از تلاش برای ترویج شیوه‌های جدید تفکر نادیده می‌گیرند. گروه سرود، تربیت‌بدنی، زنگ تفریح و همه آنچه با تحرک، بازی و تعامل شادی‌آور همراه‌اند باید آخرین چیزهایی باشند که از برنامه‌ریزی مدارس حذف می‌شوند. وقتی بچه‌ها نافرمان، تدافعی، بی‌حس یا عصبانی‌اند، آگاهی از این مسئله نیز حائز اهمیت است که این «رفتارهای بد» ممکن است تکرار الگوهای عملی باشند که برای نجات از دست تهدیدات جدی اتخاذ شده بودند، حتی اگر به‌شدت ناراحت‌کننده یا ناخوشایند باشند.

کار پورجیز تأثیر شگرفی بر نحوه سازمان‌دهی درمان کودکان قربانی سوءاستفاده جنسی و بزرگسالان مبتلا به تروما توسط من و همکارانم در مرکز تروما داشته است. درست است که احتمالاً در مقطعی یک دوره یوگادرمانی را برای زنان برگزار کرده‌ایم؛ چون ثابت شده بود که یوگا تا حد زیادی به آرام‌شدن آن‌ها و آشتی مجدد با بدن‌های جداافتاده‌شان کمک می‌کند. علاوه بر این، برگزاری دوره تأثر در مدارس

حاشیه شهر بوستون، برگزاری دوره کاراته‌ای با عنوان دفاع شخصی در مقابل زورگیری برای قربانیان تجاوز و استفاده از شگردهای بازی و حالت‌های بدنی مثل ادراکات حسی را نیز امتحان کرده بودیم، چیزهایی که اکنون در سراسر دنیا برای درمان بازماندگان به کار برده می‌شود. (در بخش پنجم کتاب همه این‌ها به اضافه نکات بیشتری را شرح خواهیم داد.)

اما نظریه پلی‌واگال کمکمان کرد تا دلیل کارایی فوق‌العاده این شگردهای ناهمگون و نامتعارف را بفهمیم و آن را شرح دهیم. به کمک این نظریه توجه بیشتری به تلفیق رویکردهای بالا به پایین (برای فعال‌سازی تعامل اجتماعی) با رویکردهای پایین به بالا (برای تسکین تنش‌های فیزیکی بدن) نشان دادیم. ارزش سایر رویکردهای قدیمی غیردارویی را که از دیرباز خارج از پزشکی غرب استفاده می‌شده، با آغوش بازتری پذیرفتیم؛ از تمرینات تنفسی (پارانا‌یاما^{۱۰۵}) و هم‌سرایی گرفته تا هنرهای رزمی مثل چی‌کونگ^{۱۰۶} تا تبل‌زنی و آواز دسته‌جمعی از جمله این رویکردها هستند. همه رویکردهای فوق‌بر ضرب‌آهنگ‌های بین‌فردی، آگاهی درونی و ارتباط کلامی و چهره‌به‌چهره تکیه دارند که به افراد کمک می‌کند از حالت جنگ یا گریز خارج شوند، تصورشان را از خطر تغییر دهند و توانایی‌شان را برای مدیریت روابط افزایش دهند.

بدن فراموش نمی‌کند (۱۷): اگر خاطرهٔ تروما در امعاواحشا، در هیجانات دل‌خراش و دلهره‌آور، در اختلالات خودایمنی و مشکلات اسکلتی/ عضلانی کدگذاری شده باشد و اگر ارتباط ذهن/ مغز/ امعاواحشا ساده‌ترین راه برای تنظیم هیجانات باشد، پس مفروضات درمانی‌مان به تغییری اساسی نیاز دارند.

فصل ششم: ازدست دادن بدن، ازدست دادن خود

در مقابل همه چیزهای حل نشده قلبتان صبور باشید و سعی کنید خودِ پرسش‌ها را دوست بدانید... . اکنون با پرسش‌ها زندگی کنید. شاید به تدریج، بدون آنکه متوجه شوید، در روزی بسیار دور به پاسخ برسید.

راینر ماریا ریلکه،^{۱۰۷} نامه‌هایی به یک شاعر جوان^{۱۰۸}

شِری، با شانه‌هایی افتاده و چانه‌ای که تقریباً به سینه‌اش رسیده بود، وارد دفتر کارم شد. حتی قبل از اینکه حرفی بزنیم، بدنش حکایت از آن داشت که از مواجهه با دنیا می‌ترسد. این را هم متوجه شدم که آستین‌های بلندش فقط بخشی از خراش‌های روی ساعدش را پوشانده بود. وقتی نشست، با صدای یکنواخت و بلندی به من گفت که نمی‌تواند جلوی خودش را بگیرد و تا مرز خون‌ریزی پوست دست و سینه‌اش را خراش ندهد.

تاجایی که شِری می‌توانست، به خاطر آورد مادرش یتیم‌خانه‌ای اداره کرده بود و خانه‌شان اغلب اوقات از

پانزده‌شانزده بچهٔ غریبه، سرکش، وحشت‌زده و ترسناک پر بود که به‌محض رسیدن، غیب می‌شدند. شری با مراقبت از این کودکانِ سرراهی بزرگ شد و همیشه احساس می‌کرد جایی برای خودش و نیازهایش وجود ندارد. به من گفت: «می‌دانم کسی مرا نمی‌خواست. مطمئن نیستم کی بهش پی بردم؛ اما دربارهٔ چیزهایی که مادرم به من گفت فکر کرده‌ام؛ نشانه‌هایش هم همیشه دیده می‌شد. مادرم می‌گفت: "می‌دونی، فکر نکنم مال این خونه باشی. به نظرم یه بچهٔ اشتباهی رو دادن به ما." البته، وقتی این حرف‌ها را می‌زد، لبخند روی صورتش بود. اما خُب مردم اغلب حرف‌های جدی‌شان را در قالب شوخی می‌زنند.»

گروه تحقیقاتی ما طی چندین سال مکرراً به این نتیجه رسیده است که سوءاستفادهٔ عاطفی و بی‌توجهی ممکن است به اندازهٔ سوءاستفادهٔ فیزیکی و آزار جنسی مخرب باشند. (۱) مشخص شد که شری نمونهٔ تمام‌نمای این یافته‌هاست: دیده‌نشدن، شناخته‌نشدن و نداشتن جایی برای پناه‌بردن و برخورداری از حس امنیت در هر سنی مخرب است؛ اما به‌خصوص برای کودکان کم‌سن‌وسالی ویرانگر است که هنوز در پی یافتن جایگاه خود در جهان‌اند.

شری از دانشگاه فارغ‌التحصیل شده بود؛ اما در آن برهه یک شغل دفتری حوصله‌سربر داشت، با

گره‌هایش تنها زندگی می‌کرد و هیچ دوست نزدیکی نداشت. وقتی دربارهٔ مردها از او پرسیدم، گفت تنها «رابطه» اش با مردی بوده که در خلال تعطیلات دانشگاه در فلوریدا او را ربوده بود. آن مرد پنج روز متوالی شری را گروگان گرفته و بارها به او تجاوز کرده بود. به خاطر دارد طی آن چند روز در خود چنبره زده بود و عمدتاً وحشت‌زده و میخکوب بود، تا اینکه فهمید می‌تواند بختش را برای فرار امتحان کند. هنگامی که مرد داخل حمام بود، به راحتی قدم‌زنان از آنجا خارج شد. وقتی از سرویس میزبان تماس به مادرش زنگ زد تا به کمکش بیاید، مادرش تماس را نپذیرفت. نهایتاً با کمک یک مددسرای زنان تحت خشونت خانگی موفق شد به خانه برود.

شری گفت کم‌کم خراشیدن پوستش را شروع کرده چون اندکی از شری‌حسی رهایش می‌کرد. این ادراکات فیزیکی حس سرزندگی بیشتری به او داد؛ اما عمیقاً باعث خجالت‌زدگی‌اش نیز شد؛ می‌دانست به این کار معتاد شده؛ اما نمی‌توانست جلوی خود را بگیرد. قبل از اینکه نزد من بیاید با چندین متخصص سلامت روان حرف زده بود و مرتباً دربارهٔ «رفتار خودکشی» اش از او پرسش شده بود. یک بار هم یکی از روان‌پزشکان بالاجبار او را بستری کرده بود؛ او درمان را مشروط به این کرده بود که شری قول بدهد دیگر هرگز پوست خود را نخراشد. با این حال، به نظر من، بیمارانی که جایی از خود را می‌برند

یا مثل شری پوستشان را خراش می‌دهند، به‌ندرت قصدشان خودکشی است و تلاش می‌کنند به شیوهٔ خودشان حس‌و حال بهتری به دست آورند.

درک این مسئله برای بسیاری از مردم دشوار است. همان‌طور که در فصل قبل گفتم، رایج‌ترین واکنش به رنج درخواست کمک و دل‌گرمی از کسانی است که دوستشان داریم و به آنان اعتماد می‌کنیم. فعالیت‌های فیزیکی مثل دوچرخه‌سواری و بدن‌سازی هم آرامان می‌کنند. ما رفته‌رفته این شیوه‌های تنظیم احساسات را از همان لحظهٔ اولی می‌آموزیم که هنگام گرسنگی کسی به ما غذا می‌دهد، هنگام سرما گرممان نگه می‌دارد و هنگام آسیب‌دیدگی یا ترس یاری‌مان می‌کند.

اما اگر تابه‌حال کسی با چشمانی محبت‌آمیز نگاهتان نکرده یا با دیدنتان لبخند بر لبش ننشسته؛ اگر کسی به کمکتان نشتافته (بلکه در عوض گفته «تمومش کن، وگرنه بهونه‌ای برای گریه‌کردن می‌دم دست»)، پس باید به فکر یافتن راه‌های دیگری برای مراقبت از خود باشید. احتمال دارد هرچیزی را که اندکی تسکین‌دهنده باشد امتحان کنید: موادمخدر، الکل، پرخوری یا خودزنی.

هرچند شری فرمان‌بردارانه در همهٔ جلسات حاضر شد و با صداقت کامل به سؤالاتم پاسخ داد، احساس

می‌کردم آن پیوند حیاتی که لازمهٔ اثربخشی درمان است، بین ما ایجاد نشده بود. من که از بهت‌زدگی و نگرانی‌اش شوکه شده بودم، پیشنهاد دادم لیز را ببیند؛ لیز ماساژدرمانگری بود که قبلاً با او همکاری کرده بودم. لیز در اولین جلسهٔ درمانی، شری را روی میز ماساژ خواباند و آن‌گاه به انتهای میز رفت و به آرامی پاهای شری را گرفت. شری که با چشمان بسته آنجا خوابیده بود، ناگهان سراسیمه فریاد زد: «کجایی؟» به نوعی شری ردِ لیز را گم کرده بود، اگرچه لیز همان‌جا بود و دستانش را روی پاهای شری گذاشته بود.

شری یکی از اولین بیمارانی بود که به لطف او چیزهایی دربارهٔ گسستگی شدید از بدن آموختم که بسیاری از افراد با سابقهٔ تروما و بی‌توجهی تجربه‌اش کرده بودند. پی بردم که آموزش‌های حرفه‌ای‌ام با تکیه‌اش بر درک و شهود، تا حد زیادی اهمیت بدن زنده و پویا را که مبنای خودهای ما به شمار می‌آیند، نادیده گرفته است. شری می‌دانست که خراشیدن پوستش کار مخربی است و ریشه در بی‌توجهی‌های مادرش دارد؛ اما آگاهی از منشأ این میل کمکی به جلوگیری از آن نمی‌کرد.

از دست دادن بدن

زمانی که به این مسئله هوشیار شدم، در کمال شگفتی دیدم بسیاری از بیمارانم هم می‌گفتند قادر به احساس همه قسمت‌های بدنشان نیستند. گاهی از آن‌ها می‌خواستم چشمانشان را ببندند و بگویند چه چیزی در دستانشان گذاشته‌ام. فرقی نمی‌کرد آن چیز کلید باشد، یا سکه یا دروازکن، اغلب اوقات حتی از حدسی ساده هم عاجز بودند؛ ادراکات حسی‌شان عملاً از کار افتاده بود.

در این باره با دوستم الکساندر مک‌فارلین^{۱۰۹} در استرالیا که پدیده‌های مشابهی را دیده بود صحبت کردم. او در آزمایشگاهش در آدلاید درباره این پرسش مطالعه کرده بود: چگونه بدون نگاه کردن می‌فهمیم کلیدی در دست داریم؟ شناسایی شیئی در کف دست مستلزم آن است که شکل، وزن، دما، جنس و موقعیتش را حس کنیم.

هریک از این تجربیات ادراکی مجزا به بخش متفاوتی از مغز فرستاده می‌شود؛ سپس مغز باید این ادراکات جداگانه را در قالب یک مفهوم ادغام کند. مک‌فارلین به این نتیجه رسید که افراد مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی اغلب در سرهم کردن تصویر نهایی دچار مشکل می‌شوند. (۲)

وقتی حواسمان خفیف شوند، دیگر قادر نیستیم حس سرزندگی کاملی داشته باشیم. ویلیام جیمز،^{۱۱۰} پدر

روان‌شناسی امریکا، در مقاله‌ای با عنوان «هیجان چیست؟» (۱۸۸۴) ^{۱۱۱} نمونه خیره‌کننده‌ای از «بی‌حسی ادراکی» را در زنی که با او گفت‌وگو کرده بود گزارش داد (۳): زن به جیمز گفت: «هیچ درک انسانی‌ای ندارم... . اطرافم را همه آن چیزهایی فراگرفته که می‌توانند زندگی را شاد و خوشایند کنند، با این حال توانایی لذت و احساس را ندارم... . هرکدام از حواسم، هرکدام از بخش‌های خود حقیقی‌ام، به گونه‌ای هستند که گویی از من جدایند و دیگر قادر نیستند احساسی در من به وجود بیاورند؛ به نظر می‌رسد این امکان‌ناپذیری به حفره‌ای وابسته است که جلوی سرم حس می‌کنم و دلیلش نبود حس در سرتاسر سطح بدنم است؛ چون انگار هیچ‌وقت واقعاً به اشیایی که لمس می‌کنم نمی‌رسم. همه این‌ها در جای خود مسئله کوچکی است، به‌استثنای نتیجه تکان‌دهنده‌اش که همانا امکان‌ناپذیری هرگونه احساس و هر نوع لذت است، به‌رغم اینکه نیاز و تمایل به آن‌ها را در خود می‌بینم، و همین امر زندگی‌ام را به شکنجه درک‌نشده‌ای تبدیل کرده است.»

این نوع واکنش به تروما پرسش مهمی را مطرح می‌کند: مبتلایان به تروما چگونه می‌توانند ادغام تجربیات ادراکی را یاد بگیرند تا در نتیجه آن قادر باشند با جریان طبیعی احساسات زندگی کنند و در بدن‌هایشان حس امنیت و کمال داشته باشند؟

چگونه می‌فهمیم سرزنده‌ایم؟

بیشتر مطالعات اولیه در خصوص تصویربرداری عصبی از افراد مبتلا به تروما شبیه همان‌هایی بودند که در فصل سوم دیدیم؛ تمرکزشان بر نحوه واکنش افراد به خاطرات تروما بود. سپس در سال ۲۰۰۴، همکارم روث لانیوس که اسکن مغز استن و اوته لارنس را انجام داد، پرسش جدیدی را مطرح کرد: وقتی بازماندگان تروما درباره گذشته فکر نمی‌کنند، در مغزشان چه می‌گذرد؟ مطالعات او درباره حالت استراحت مغز، موسوم به «شبکه حالت پیش‌فرض» (دی‌اس‌ان)، فصل کاملاً جدیدی را به روی درک چگونگی تأثیر تروما بر خودآگاهی، به‌ویژه خودآگاهی ادراکی، باز کرد. (۴)

دکتر لانیوس گروهی متشکل از شانزده فرد کانادایی «معمولی» را جمع کرد و از آن‌ها خواست بدون اینکه به چیز خاصی فکر کنند، داخل دستگاه اسکن دراز بکشند. این کار برای هرکسی ساده نیست زیرا مادامی که بیداریم، مغزمان هم در حال فعالیت فکری است؛ اما دکتر لانیوس از آنان خواست تا روی تنفس خود متمرکز شوند و سعی کنند تا حد ممکن ذهنشان را خالی کنند. سپس همین آزمایش را این بار با هجده نفر از کسانی که در کودکی سابقه سوءاستفاده شدید و مزمن داشتند تکرار کرد.

وقتی چیز خاصی در ذهن ندارید، مغزتان مشغول چه کاری است؟ از قرار معلوم به خودتان توجه می‌کنید: حالت پیش‌فرض آن دسته از نواحی مغز را که با هم کار می‌کنند، فعال می‌کند تا شما حسی از «خود» داشته باشید.

هنگامی که روث اسکن مغزی شرکت‌کنندگان عادی‌اش را نگاه کرد، متوجه فعال‌سازی نواحی شبکه حالت پیش‌فرض شد که پژوهشگران قبلی هم توصیفش کرده بودند. مایلم آن را موهاک^{۱۱۲} خودآگاهی بنامم، ساختارهای میانی مغز که درست از بالای چشم آغاز می‌شوند و همین‌طور در مرکز مغز تا پشت‌سر به پیش می‌روند. همه این ساختارهای میانی در حسی که ما از خود داریم دخیل‌اند. بزرگ‌ترین ناحیه روشن واقع در پشت مغز سینگولیت خلفی نام دارد که حس فیزیکی موقعیت جغرافیایی‌مان را در اختیارمان می‌گذارد؛ جی‌پی‌اس درونی ماست. سینگولیت خلفی پیوندی قوی با قشر پیش‌پیشانی میانی (ام‌پی‌اف‌سی) دارد، همان برج دیده‌بانی که در فصل چهارم درباره‌اش حرف زدم. (این پیوند در اسکن‌ها خود را نشان نمی‌دهد؛ زیرا اف‌ام‌آرای قادر به اندازه‌گیری آن نیست.) به‌علاوه با نواحی مغزی مسئول ثبت ادراکات به‌دست‌آمده از دیگر نقاط بدن نیز پیوند دارد: قشر جزیره‌ای که پیام‌ها را از امعاواحشا به مراکز هیجانی انتقال می‌دهد؛ لوب‌های آهیانه‌ای که اطلاعات حسی را ادغام می‌کنند؛ و سینگولیت قدامی که هیجانات و تفکر را با هم هماهنگ می‌کند. تمامی نواحی یادشده در خودآگاهی نقش دارند.



مینگولیٹ قدامی

مینگولیٹ خلفی

قشر پیش پیشانی میانی

قشر جزیره ای

قشر پیش پیشانی حدقه ای



مینگولیٹ خلفی

مکان‌یابی خود. موهاک خودآگاهی. این ناحیه از جلوی مغز (در سمت راست) شروع شده و ساختارهای تشکیل‌دهنده‌اش عبارت‌اند از: قشر پیش‌پیشانی حدقه‌ای، قشر پیش‌پیشانی میانی، سینگولیت قدامی، سینگولیت خلفی و قشر جزیره‌ای. در افرادی که سابقهٔ ترومای مزمن دارند، فعالیت این نواحی به‌شدت کاهش می‌یابد و همین امر ثبت حالت‌های درونی و ارزیابی اهمیت فردی اطلاعات ورودی را دشوار می‌کند.

تضاد اسکن‌های فوق با اسکن مغزی بیماران پی‌تی‌اس‌دی مزمنی که در کودکی سابقهٔ تروما داشتند، حیرت‌انگیز بود. تقریباً هیچ‌گونه فعال‌سازی در نواحی مغزی دخیل در خودحسی دیده نمی‌شد: قشر پیش‌پیشانی میانی، سینگولیت قدامی، قشر آهیانه‌ای و قشر جزیره‌ای اصلاً به کار نیفتادند؛ تنها ناحیه‌ای که فعالیت ناچیزی از خود نشان داد سینگولیت خلفی بود که وظیفه‌اش موقعیت‌یابی پایه‌ای در فضا است.

تنها یک توضیح را می‌توان برای چنین نتایجی ارائه داد: این بیماران در واکنش به خود تروما و برای تحمل وحشتی که تا مدت‌ها ادامه داشته یاد گرفته بودند برخی از نواحی مغزی را غیرفعال کنند؛ این نواحی کارشان انتقال احساسات و هیجانات درونی‌ای بود که با ترس همراه‌اند و ایجادکنندهٔ آن هستند.

باوجود این در زندگی روزمره، همین نواحی مسئول ثبت طیف کاملی از هیجانات و ادراکات هستند که مبنای خودآگاهی ما و درک ما از آنچه هستیم به شمار می‌روند. چیزی که در اینجا شاهدش بودیم نوعی تطبیق‌دهی غم‌انگیز بود: آن‌ها برای توقف ادراکات دلهره‌آورشان توانایی خودشان را هم برای حس سرزندگی کامل تضعیف کردند.

از دست رفتن حس هدفمندی و جهت‌گیری بسیاری از بیماران ترومایی را می‌توان به توقف فعالیت قشر پیش‌پیشانی میانی نسبت داد. قبلاً وقتی بیمارانم درباره عادی‌ترین چیزها از من توصیه می‌خواستند و آن‌گاه به‌ندرت به توصیه‌هایم عمل می‌کردند شگفت‌زده می‌شدم. اما در آن مقطع فهمیدم که رابطه آن‌ها با واقعیت درونی‌شان مختل شده بود. چگونه می‌توانستند تصمیم‌گیری کنند یا برنامه‌ای را عملی سازند وقتی نمی‌توانستند خواسته‌هایشان را مشخص کنند یا به بیان دقیق‌تر، قادر نبودند ببینند ادراکات بدنشان که مبنای همه هیجانات به حساب می‌آید، سعی دارد چه چیزی به آن‌ها بگوید.

نبود خودآگاهی در قربانیان ترومای کودکی مزمن گاهی آن‌قدر عمیق است که آن‌ها نمی‌توانند خودشان را در آینده بشناسند. اسکن‌های مغزی نشان می‌دهد که این مسئله صرفاً به‌علت بی‌توجهی نیست: احتمال دارد ساختارهایی که در خودشناسی نقش دارند همراه با ساختارهای مرتبط با خودتجربه‌گری از

کار افتاده باشند.

وقتی روث لانیوس مطالعه‌اش را نشانم داد، عبارتی مربوط به تحصیلات کلاسیک دبیرستانم به خاطر آمد. گفته می‌شود ارشمیدس ریاضی‌دان حین تدریس اهرم چنین گفته است: «جایی برای ایستادن به من بدهید و من جهان را از جایش بلند خواهم کرد.» یا آن‌طور که بدن‌درمانگر بزرگ قرن بیستم، مُشه فلدنکرایس،^{۱۱۳} می‌گوید: «تا زمانی که ندانید مشغول چه کاری هستید، نخواهید توانست کاری را که می‌خواهید انجام دهید.» پیامدهای این حرف مشخص است: برای آنکه زمان حال را درک کنید باید بدانید کجایید و از آنچه بر سرتان می‌گذرد آگاه باشید. اگر سیستم خودحسگری‌مان از کار بیفتد، باید راه‌هایی برای فعال‌سازی مجدد آن بیابیم.

سیستم خودحسگری

بهره‌های فراوانی که شری از ماساژدرمانی عایدش شد شگفت‌انگیز بود. در زندگی روزمره‌اش آرامش و ماجراجویی بیشتری احساس کرد. کاملاً خود را وقف درمان کرد و صادقانه درباره رفتار، افکار و احساسات خودش کنجکاو شد. دست از خراشیدن پوستش برداشت و تابستان که شد کم‌کم شب‌ها

روی پلکان بیرون خانه‌اش می‌نشست و با همسایه‌ها گپ می‌زد. حتی به گروه کُری در کلیسا پیوست، تجربه شگفت‌انگیزی از هماهنگی گروهی.

تقریباً همان روزها بود که در اتاق فکر کوچکی که دن شکتر،^{۱۱۴} رئیس بخش روان‌شناسی دانشگاه هاروارد، تأسیس کرده بود آنتونیو داماسیو^{۱۱۵} را دیدم. داماسیو، در چندین کتاب و مقاله علمی درخشان، رابطه بین حالت‌های بدن، هیجانات و بقا را تشریح کرده است. در جایگاه عصب‌شناسی که صدها بیمار مبتلا به اشکال مختلف ضایعه مغزی را درمان کرده بود، به موضوع خودآگاهی و شناسایی نواحی مغزی دخیل در آگاهی از احساسات فردی علاقه‌مند شد. او عمرش را وقف ترسیم این مسئله کرد که چه چیزی در تجربه ما از «خود» نقش دارد. به نظرم کتاب احساس آنچه رخ می‌دهد^{۱۱۶} مهم‌ترین کتاب اوست و خواندنش برایم تحول بزرگی بود. (۵) داماسیو این کتاب را با اشاره به شکاف بین حس ما از خود و زندگی حسی بدن‌هایمان شروع می‌کند. همان‌طور که شاعرانه توضیح می‌دهد، «گاهی از ذهنمان نه برای کشف حقایق بلکه برای پنهان‌کردنشان استفاده می‌کنیم... یکی از چیزهایی که پرده ذهن بهتر از بقیه در پنهان‌کردنش تبحر دارد بدن است، بدن خودمان که منظورم از آن درونیات بدن است، فضای داخلی آن. همچون حجابی که روی پوست کشیده می‌شود تا عفتش را حفظ کند، پرده ذهن نیز بخشی

از حالات درونی بدن را می‌پوشاند؛ همان حالاتی که در حیرانی گذر هرروزهٔ عمر، حُکم جریان زندگی را دارند.» (۶)

سپس شرح می‌دهد که این «پرده» ممکن است به نفعمان عمل کند و این امکان را به ما بدهد تا به مشکلات عدیدهٔ جهان خارج توجه کنیم. اما هزینه‌ای هم به دنبال دارد: «این پرده معمولاً ما را از درک منشأ و ماهیت احتمالی آنچه آن را خود می‌نامیم باز می‌دارد.» (۷) داماسیو، با تکیه بر تلاش‌های یک‌صدسالهٔ ویلیام جیمز، ادعا می‌کند هستهٔ خودآگاهی‌مان به ادراکات فیزیکی‌ای وابسته است که حالات درونی بدن را منتقل می‌کنند:

احساسات ازلی تجربهٔ مستقیمی از بدن زندهٔ فرد را فراهم می‌کنند، بدون کلام، بی‌پیرایه، و بریده از هرچیزی غیر از صرف وجود. این احساسات ازلی حالت کنونی بدن را از جنبه‌های متفاوت منعکس می‌کنند... . در امتداد مقیاسی که گستره‌اش از لذت تا درد است؛ خاستگاه این احساسات ساقهٔ مغز است نه قشر مغزی. همهٔ احساسات هیجانی واریاسیون‌های^{۱۱۷} موسیقایی پیچیده‌ای از احساسات ازلی هستند. (۸)

جهان حسی ما حتی قبل از تولد مان شکل می گیرد. وقتی در رحم هستیم، مایع آمنیوتیک را روی پوستمان احساس می کنیم، صدای خفیف خون در حال گردش و لوله گوارشی مشغول به کار را می شنویم، با حرکات مادر جابه جا می شویم و غلت می خوریم. پس از تولد، ادراکات فیزیکی رابطه ما را با خودمان و محیط پیرامونی مان تعریف می کنند. کارمان را با حس خیزی، گرسنگی، سیری و خواب آلودگی شروع می کنیم. ترکیب ناموزونی از اصوات و تصاویر نامفهوم در دستگاه عصبی بکرمان پردازش می شوند. حتی پس از کسب هوشیاری و توانایی تکلم نیز، سیستم حسگری بدنمان بازخوردهای مهمی را درباره موقعیت لحظه به لحظه ما فراهم می کند. فعالیت مداومش تغییرات به وجود آمده در امعا و احشا و عضلات صورت، نیم تنه و اندام های سیگنال دهنده درد و راحتی و همچنین هوس هایی نظیر گرسنگی و برانگیختگی جنسی را مخابره می کند. آنچه در اطرافمان رخ می دهد بر ادراکات فیزیکی پیرامونی مان هم تأثیرگذار است. دیدن کسی که می شناسیمش، شنیدن برخی صدا های خاص مثل یک قطعه موسیقی یا آژیر خطر، یا حس کردن تغییر دمایی همگی کانون توجهمان را تغییر می دهند و بدون اینکه خودمان بدانیم، افکار و اقدامات بعدی مان را تعیین می کنند.

همان طور که دیدیم، وظیفه مغز کنترل و ارزیابی مداوم اتفاقات درونی و پیرامونی ماست. چنین

ارزیابی‌هایی به کمک پیام‌های شیمیایی موجود در جریان خون و پیام‌های الکتریکی موجود در عصب‌ها منتقل می‌شوند و تغییرات جزئی یا چشمگیری را در بدن و مغزمان ایجاد می‌کنند. در بیشتر مواقع این تغییرات کاملاً بدون ورودی یا هوشیاری آگاهانه رخ می‌دهند: نواحی زیرقشری مغز عملکرد خیره‌کننده‌ای در تنظیم تنفس، گوارش، ترشح هورمون و سیستم ایمنی دارند. باوجوداین، اگر تهدیدی ادامه‌دار یا حتی تصویری از تهدید به چالش‌مان بکشد، ممکن است این سیستم‌ها تحت فشار قرار بگیرند. عامل بخش بزرگی از مشکلات جسمی که محققان در مبتلایان به تروما مستندسازی کرده‌اند، همین است.

باین‌حال، خودِ آگاهمان نیز نقشی حیاتی در حفظ تعادل درونی بدن ایفا می‌کند: حفظ امنیت بدن مستلزم ثبت ادراکات فیزیکی و اقدام براساس آن‌هاست. وقتی متوجه می‌شویم سردمان است، به‌ناچار گرم‌کن می‌پوشیم؛ گرسنگی و حواس‌پرتی به ما می‌گوید قندخونمان پایین است و ما را وامی‌دارد تا میان‌وعده‌ای بخوریم؛ فشار مثانه پر هم ما را روانه دست‌شویی می‌کند. داماسیو می‌گوید همه ساختارهای مغزی ثبت‌کننده احساسات زمینه‌ای در نزدیکی مناطقی از مغز واقع شده‌اند که کارکردهای خانه‌داری اولیه بدن مثل تنفس، اشتها، دفع مواد زائد و چرخه‌های خواب و بیداری را کنترل می‌کنند:

«دلیلش این است که پیامدهای هیجان و توجه تماماً به وظیفه اساسی مدیریت زندگی در ارگان‌های مرتبط است. مدیریت زندگی و حفظ تعادل هم‌وئستازی بدون داشتن اطلاعاتی از وضعیت کنونی بدن امکان‌پذیر نیست.» (۹) داماسیو این نواحی خانه‌دار مغز را «خودِ اولیه» می‌نامد؛ زیرا «معرفتی بی‌کلام» ایجاد می‌کنند که زیربنای حس آگاهانه ما از خود به شمار می‌رود.

خود در معرض تهدید

در سال ۲۰۰۰، داماسیو و همکارانش مقاله‌ای را در ساینس،^{۱۱۸} برجسته‌ترین نشریه علمی جهان، منتشر کردند؛ طبق این مقاله تجسم مجدد یک هیجان منفی و قدرتمند سبب بروز تغییرات چشمگیری در آن دسته از نواحی مغز می‌شود که سیگنال‌های عصبی را از ماهیچه‌ها، احشا و پوست دریافت می‌کنند؛ نواحی‌ای که نقشی حیاتی در تنظیم کارکردهای اصلی بدن دارند. اسکن‌های مغزی این گروه تحقیقاتی نشان داد که فراخوانی رویدادی هیجانی از گذشته موجب می‌شود تا عملاً ادراکات درونی احساس شده در زمان حادثه اصلی را مجدداً احساس کنیم. هر نوع هیجان الگوی ویژه‌ای متفاوت با بقیه ایجاد کرد. مثلاً بخش خاصی از ساقه مغز «موقع اندوه و عصبانیت فعال بود؛ اما در زمان شادی یا ترس نه». (۱۰) همه این نواحی مغزی زیر سیستم لیمبیک قرار دارند، جایی که هیجانات معمولاً به آن محول می‌شوند.

با وجود این هنگام استفاده از اصطلاحات رایجی که حاکی از پیوند بین هیجانات شدید و بدن هستند به حضور آن‌ها پی می‌بریم: «حالم را به هم می‌زنی»؛ «چندش آورده»؛ «زبانم بند آمد»؛ «دلم ریخت»؛ «موی بدنم را سیخ می‌کند».

مواجهه افراد با تهدید نابودی سیستم ابتدایی خود را در ساقه مغز و سیستم لیمبیک را به شدت فعال می‌کند؛ این امر موجب بروز حس ناگزیر ترس و وحشت به همراه انگیختگی شدید روانی می‌شود.

برای کسانی که در حال تجسم دوباره تروما هستند، هیچ چیز معنادار نیست؛ آن‌ها در وضعیت مرگ و زندگی، در حالت ترس یا خشم کورکورانه فلج‌کننده‌ای به دام افتاده‌اند. ذهن و مغز این افراد مرتباً برانگیخته می‌شود، گویی در خطر قریب‌الوقوعی هستند. با کوچک‌ترین صدایی از جا می‌پرند و کمترین رنجشی ناراحتشان می‌کند. خوابشان همواره آشفته است و غذا اغلب لذت جسمانی‌اش را از دست می‌دهد. این مسئله ممکن است سبب تحریک تلاش‌های مایوس‌کننده‌ای برای خفه کردن این گونه احساسات با بهت و گسستگی شود. (۱۱)

وقتی مغز حیوانی گرفتار نزاعی برای بقا شده، افراد چگونه کنترل را بازپس می‌گیرند؟ اگر احساس کنونی

ما متأثر از اتفاقاتی است که در اعماق مغز حیوانی مان رخ می دهد و اگر ادراکات بدنی مان را ساختارهای مغزی زیرقشری (ناخودآگاه) تعیین می کنند، پس عملاً چقدر می توانیم بر آن ها کنترل داشته باشیم؟

عاملیت: مالکیت زندگی

«عاملیت» اصطلاح تخصصی مورد اشاره برای حسی است که نشان می‌دهد زندگی‌تان را تحت کنترل دارید: آگاهی از اینکه کجا ایستاده‌اید، آگاهی از اینکه در رویدادها حرفی برای گفتن دارید، آگاهی از اینکه واجد توانایی‌هایی برای شکل‌بخشیدن به موقعیتتان هستید.

کهنه‌سربازانی که به دیوارپوش‌های اداره امور کهنه‌سربازان مشت می‌کوبیدند سعی داشتند عاملیتشان را نشان دهند تا مسبب وقوع چیزی باشند. اما نهایتاً حتی بیشتر از قبل احساس می‌کردند کنترلشان دست خودشان نیست و در نتیجه بسیاری از مردان سابقاً معتمد به نفس در چرخه‌ای بین فعالیت دیوانه‌وار و بی‌حرکتی گیر می‌کردند.

عاملیت با چیزی آغاز می‌شود که دانشمندان آن را دریافت درونی می‌نامند؛ آگاهی ما از احساسات ظریف ادراکی وابسته به بدنمان: هرچه این آگاهی بیشتر باشد، توانایی ما در کنترل زندگی‌هایمان هم بیشتر می‌شود. دانستن اینکه چه احساسی داریم اولین گام در دانستن این است که چرا چنین احساسی داریم. اگر از تغییرات مداوم محیط درونی و پیرامونی‌مان آگاه باشیم، می‌توانیم به حرکت درآیم و مدیریتشان

کنیم. اما تنها در صورتی قادر به این کار هستیم که برج دیده بانمان، قشر پیش‌پیشانی میانی، یاد بگیرد اتفاقات درونمان را مشاهده کند. برای همین است که تمرین ذهن‌آگاهی که موجب تقویت قشر پیش‌پیشانی می‌شود، رکن اصلی درمان تروماست. (۱۲)

وقتی مستند فوق‌العادهٔ رژهٔ پنگوئن‌ها^{۱۱۹} را دیدم، ناخودآگاه به فکر بعضی از بیمارانم افتادم. پنگوئن‌ها خویشتن‌دار و دوست‌داشتنی‌اند و غم‌انگیز است که می‌بینیم از زمان‌های بسیار دور با چه سختی‌ای ۱۱۰ کیلومتر از سمت دریا به خشکی پیشروی کرده‌اند، دشواری‌های وصف‌ناپذیری را متحمل شده‌اند تا به سرزمین محل تخم‌گذاری برسند، تخم‌های سالم متعددی را به دلیل اوضاع نامساعد جوی از دست داده‌اند و سپس، درحالی‌که گرسنگی تقریباً امانشان را بریده، کشان‌کشان خود را مجدداً به اقیانوس رسانده‌اند. اگر پنگوئن‌ها هم مثل ما لوب‌های پیشانی داشتند، از باله‌های کوچکشان برای ساختن ایگلو استفاده می‌کردند، تقسیم کار بهتری انجام می‌دادند و ذخایر غذایی‌شان را مجدداً سازمان‌دهی می‌کردند. بسیاری از بیمارانم با شجاعت و ایستادگی چشمگیری از تروما جان سالم به در برده‌اند؛ اما بارها و بارها به مشکلات مشابهی برخورد کرده‌اند. تروما قطب‌نمای داخلی‌شان را از کار انداخته و تخیل لازم برای خلق چیزهای بهتر را از آن‌ها گرفته است.

خودبودگی و عاملیت در علوم اعصاب، درمان‌های جسمانی معرفی شده توسط دوستانم پیتر لوین و پت اگدن را تأیید می‌کند. این نوع درمان‌ها و دیگر رویکردهای حسی حرکتی را در بخش پنجم بیشتر توضیح خواهم داد؛ اما هدف آن‌ها اساساً سه چیز است:

- استخراج آن دسته از اطلاعات ادراکی که به وسیلهٔ تروما مسدود یا منجمد شده‌اند؛

- کمک به بیماران برای دوستی با انرژی‌های آزاد شده از آن تجربهٔ درونی (نه سرکوب آن)؛

- تکمیل اقدامات فیزیکی خودمراقبتی که به دلیل گرفتار شدن، محدودیت یا بی حرکتی ناشی از ترس نافرجام مانده بودند.

احساسات درونی مان نشانمان می‌دهند چه چیزی امن، حیات بخش یا تهدید کننده است، حتی اگر نتوانیم دلیل چنین حسی را آن طور که باید توضیح دهیم. درونی بودن ادراکات دائماً پیام‌های نامحسوسی را دربارهٔ نیازهای ارگانیسم بدن مخابره می‌کند. احساسات درونی نیز کمکمان می‌کنند تا اتفاقات پیرامونی مان را ارزیابی کنیم. این احساسات به ما هشدار می‌دهند فردی که دارد به ما نزدیک می‌شود

حس ترس‌آوری دارد؛ اما این را هم می‌گویند که اتاق روبه‌آفتابی که اطرافش را شکوفه‌های زنبق گرفته آرامش‌بخش است. در صورتی که پیوند بی‌دردسری با ادراکات درونی‌تان داشته باشید، یعنی بتوانید برای دریافت اطلاعات دقیق به آن‌ها اعتماد کنید، حس خواهید کرد بدن، احساسات و خودتان را تحت کنترل دارید.

در حالی که افراد مبتلا به تروما هیچ‌وقت درون بدنشان احساس امنیت نمی‌کنند: گذشته به شکل دردسر درونی آزاردهنده‌ای به حیاتش ادامه می‌دهد. بدن‌هایشان همواره آماج علائم هشداردهنده‌های درونی است؛ آن‌ها نیز به‌منظور کنترل چنین فرایندهایی، اغلب استاد نادیده‌گرفتن احساسات درونی و توقف آگاهی از اتفاقات درونی‌شان می‌شوند. می‌آموزند از خودشان پنهان شوند.

هرچه سعی افراد برای کنارزدن و نادیده‌انگاشتن علائم هشداردهنده افزایش می‌یابد، این احتمال نیز بیشتر می‌شود که علائم یادشده تسلط یابند و افراد را غرق تحیر، سردرگمی و شرمندگی کنند. افرادی که نمی‌توانند به راحتی متوجه اتفاقات درونی‌شان شوند، مستعد آن می‌شوند که به هر نوع تغییر ادراکی به‌صورت خاموش شدن یا با هراسیدن واکنش نشان دهند؛ آن‌ها از خود ترس نیز خواهند ترسید.

اکنون می‌دانیم بقای علائم هراس عمدتاً به این دلیل است که فرد از ادراکات بدنی مرتبط با حملات هراس می‌ترسد. ممکن است محرک این حملات چیزی باشد که فرد از غیرمنطقی بودنش آگاه است؛ اما ترس از ادراکات آن را به اضطراب سرتاسری بدن تبدیل می‌کند. عبارت‌های «به شدت ترسیده» و «از ترس خشک‌زده» (فروپاشی و بی‌حسی) دقیقاً حس وحشت و تروما را منتقل می‌کنند. این دو شالودهٔ درونی تروما هستند. تجربهٔ ترس از واکنش‌های ابتدایی به تهدید نشئت می‌گیرد که به نحوی امکان فرار از آن وجود ندارد. تا زمانی که آن تجربهٔ درونی تغییر یابد، زندگی افراد در چنگال ترس خواهد بود.

نادیده‌انگاری یا تحریف پیام‌های بدن باعث می‌شود تا فرد نتواند چیزی را که واقعاً برایش خطرناک یا مضر و به همان اندازه بد، است از آنچه امن یا نیروبخش است تشخیص دهد. خودتنظیمی به داشتن رابطهٔ دوستانه با بدن بستگی دارد. بدون آن مجبورید به تنظیم‌کننده‌های خارجی روی بیاورید: مصرف دارو، موادمخدری مثل الکل، اطمینان خاطر دائمی یا اتکای بی‌اختیار به امیال دیگران.

بسیاری از بیمارانم به جای آنکه به وجود استرس پی ببرند و اسمی بر آن بگذارند، با سردردهای میگرنی یا حملهٔ آسم به آن واکنش نشان دادند. (۱۵) پرستار سرخانهٔ میان‌سالی به اسم سندی به من گفت در کودکی حس وحشت‌زدگی و تنهایی داشته و والدین الکلی‌اش توجهی به او نمی‌کردند. با هرکسی که

وابسته‌اش بود (ازجمله من که درمان‌گرش بودم) محترمانه برخورد می‌کرد و از این طریق با مشکلش روبه‌رو شد. هروقت شوهرش حرف نسنجیده‌ای می‌زد، سندی دچار حملهٔ آسم می‌شد. موقعی که می‌فهمید توان نفس‌کشیدن ندارد، دیر شده بود و اسپری تنفسی هم کمکی نمی‌کرد و می‌بایست به اورژانس منتقل می‌شد.

سرکوب ندهای درونی‌مان برای کمک باعث نمی‌شود تا هورمون‌های استرس بدن را به جنبش در نیاورند. باوجوداینکه سندی یاد گرفته بود مشکلات خانوادگی‌اش را فراموش کند و سیگنال‌های فشار فیزیکی را نادیده بگیرد؛ اما بازهم این مشکلات و سیگنال‌ها در قالب علائمی بروز می‌کردند که توجه او را می‌طلبید. درمانش را به شناسایی پیوند بین ادراکات فیزیکی و هیجاناتش معطوف کردم؛ به‌علاوه، تشویقش کردم در کلاس کیک‌بوکسینگ ثبت‌نام کند. طی آن سه سالی که تحت درمانم بود، هرگز کارش به بخش اورژانس کشیده نشد.

در کودکان و بزرگسالان مبتلا به تروما دسته‌ای از علائم جسمانی به‌وفور دیده می‌شود که هیچ مبنایی فیزیکی نمی‌توان برایشان یافت. کمردرد و گردن‌درد مزمن، درد عضلانی، میگرن، مشکلات گوارشی، سندروم رودهٔ تحریک‌پذیر، خستگی مزمن و برخی گونه‌های آسم ازجملهٔ این علائم‌اند. (۱۶) میزان آسم

در بین کودکان ترومایی پنجاه برابر کودکان غیرترومایی است. (۱۷) مطالعات نشان داده‌اند که بسیاری از کودکان و بزرگسالانی که حملهٔ مرگ‌بار آسم را تجربه می‌کنند قبل از آغاز این حملات از مشکلات تنفسی خود آگاهی ندارند.

آلکسی تایمیا: فقدان کلمه برای بیان احساسات

خالهٔ بیوه‌ای داشتم، با سابقهٔ ترومایی دردناک که مادر بزرگ افتخاری بچه‌هایمان شد. مرتب به دیدنمان می‌آمد و بیشتر کار می‌کرد (درست کردن پرده‌ها، مرتب کردن قفسه‌های آشپزخانه، دوختن لباس بچه‌ها) و کمتر حرف می‌زد. همواره مشتاق آن بود که دیگران را راضی کند؛ اما خیلی سخت می‌شد فهمید چه چیزی برای او لذت‌بخش بود. پس از چند روز ردوبدل تعارفات، گفت‌وگو به بن‌بست می‌رسید و مجبور می‌شدم همهٔ سعیم را بکنم تا سکوت‌های طولانی بین گفت‌وگوهایمان را پر کنم. در آخرین روز ملاقاتش او را به فرودگاه رساندم، جایی که بغل خدا حافظی سفت و سختی با من داشت و اشک از چهره‌اش سرازیر شد. بعدها با جدیت گلایه کرد که باد سرد فرودگاه بین‌المللی لوگان شهر بوستون آب چشمانش را درآورده بود. بدنش غمی را احساس می‌کرد که ذهنش قادر به بیان آن نبود؛ داشت خانوادهٔ کم‌سن و سال ما، نزدیک‌ترین خویشاوندان زنده‌اش، را ترک می‌کرد.

روان‌پزشکان این پدیده را آلکسی‌تایمیا^{۱۲۰} می‌نامند؛ اصطلاحی یونانی که به فقدان کلمه برای بیان احساسات اشاره دارد. بسیاری از بزرگسالان و کودکان مبتلا به تروما صرفاً نمی‌توانند احساسات خود را توصیف کنند؛ چون نمی‌توانند به معنای ادراکات فیزیکی‌شان پی ببرند. ممکن است خشمگین به نظر برسند؛ اما عصبانیتشان را انکار می‌کنند؛ شاید وحشت‌زده به نظر برسند؛ اما می‌گویند حالشان خوب است. ناتوانی در تشخیص آنچه درون بدنشان در حال وقوع است موجب می‌شود تا از نیازهایشان بی‌اطلاع باشند؛ به‌علاوه، درزمینهٔ مراقبت از خود نیز دچار مشکل هستند، فرقی نمی‌کند خوردن غذای کافی در زمان مناسب باشد یا دریافت مقدار خوابی که به آن نیاز دارند.

افراد مبتلا به آلکسی‌تایمیا، شبیه خالهٔ من، زبان عمل را جانشین زبان هیجان می‌کنند. وقتی از مردم پرسیده شود «چه حسی دارید وقتی می‌بینید کامیونی با سرعت ۱۲۰ کیلومتر در ساعت به‌طرفتان می‌آید؟»، بیشترشان جواب می‌دهند: «وحشت‌زده خواهم شد» یا «از ترس خشکم می‌زند.» اما بیمار مبتلا به آلکسی‌تایمیا ممکن است چنین پاسخ دهد: «چه احساسی دارم؟ نمی‌دانم...» . از سر راه کامیون کنار می‌روم.» (۱۸) آن‌ها معمولاً هیجانات را مشکلاتی فیزیکی می‌بینند، نه سیگنال‌هایی که اشاره می‌کند چیزی به توجهشان نیاز دارد. به‌جای عصبانیت یا ناراحتی درد عضلانی، یبوست یا علائم

دیگری سراغشان می‌آید که نمی‌توان دلیلی برایشان یافت. حدود سه‌چهارم بیماران مبتلا به کم‌اشتهایی عصبی و بیش از نیمی از تمامی مبتلایان به پرخوری عصبی مبهوت احساسات هیجانی‌شان هستند و برای توصیفشان متحمل دشواری‌های فراوانی می‌شوند. (۱۹) هنگامی که پژوهشگران تصاویری از چهره‌های عصبانی یا پریشان‌حال را به افراد مبتلا به آلکسی‌تایمیا نشان دادند، آن‌ها از فهم این احساسات عاجز بودند. (۲۰)

هنری کریستال،^{۱۲۱} روان‌پزشک، از اولین کسانی بود که پدیدهٔ آلکسی‌تایمیا را از او یاد گرفتم؛ او که سعی می‌کرد از ترومای روانی وخیم سر درآورد، افزون بر هزار بازماندهٔ هولوکاست را بررسی کرد. (۲۱) کریستال که خودش نیز یکی از بازماندگان اردوگاه‌های کار اجباری بود، پی برد که بسیاری از بیمارانش به‌لحاظ حرفه‌ای افراد موفق هستند اما روابط صمیمانه‌شان سرد و بی‌روح است. سرکوب احساسات به آن‌ها این امکان را داده بود تا به امور دنیا توجه داشته باشند؛ اما به بهایی سنگین. آموختند هیجاناتِ سابقاً گریزناپذیرشان را خاموش کنند و در نتیجه دیگر نمی‌دانستند چه احساسی دارند. عدهٔ کمی از آن‌ها به درمان علاقه داشتند.

پل فروون،^{۱۲۲} استاد دانشگاه اونتاریوی غربی، اسکن مغزی دسته‌ای از بیماران مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی را که به آلکسی‌تایمیا هم دچار بودند، تهیه کرد. یکی از این بیماران اظهار داشت: «نمی‌دانم چه احساسی دارم، انگار سر و بدنم به هم متصل نیستند. دارم داخل دالانی زندگی می‌کنم، درون مه، هر اتفاقی که رخ دهد واکنشم یکی است: بی‌حسی، هیچ‌چیز. حمام پر از کف، سوختگی یا تجاوز همگی احساس مشابهی دارند. مغزم چیزی حس نمی‌کند.»

فروون و همکارش، روث لانیوس، پی بردند که هرچه گسستگی افراد با احساساتشان بیشتر باشد، فعالیتشان در نواحی خودحسگری مغز کمتر است. (۲۲)

از آنجاکه افراد مبتلا به تروما به‌سختی اتفاقات درونی بدنشان را حس می‌کنند، واکنششان به سرخوردگی‌ها چندان متفاوت نیست. در مواجهه با استرس با «حواس‌پرتی» یا با خشم بیش از حد واکنش نشان می‌دهند. فرقی نمی‌کند واکنششان چه باشد، به‌هرحال اغلب قادر نیستند از منشأ ناراحتی خود اسم ببرند. عدم‌توفیق آن‌ها در برقراری تماس با بدنشان به فقدان خودمراقبتی و افزایش میزان قربانی‌شدگی مجدد در آن‌ها می‌انجامد، امری که کاملاً مستند شده است (۲۳)؛ به‌علاوه، این مسئله دشواری بسیاری را در احساس لذت، شهوت و برخورداری از حس معنا به وجود می‌آورد.

افراد مبتلا به آلکسی تایمیا تنها زمانی بهبود می یابند که به ارتباط بین ادراکات فیزیکی و هیجاناتشان واقف شوند، همان طور که کوررنگ ها تنها وقتی وارد دنیای رنگ ها می شوند که یاد بگیرند بین سایه های مختلف رنگ خاکستری تفاوت قائل شوند و آن ها را بشناسند. آن ها نیز مثل خاله من و بیماران کریستال، به این کار تمایلی ندارند: به نظر می رسد بیشترشان ناخودآگاه به این نتیجه رسیده اند که رفت و آمد مکرر به پزشک و درمان دردهایی که خوب نمی شوند بهتر از کار دردناک مواجهه با شیاطین گذشته است.

مسخ شخصیت

یک پله پایین تر از نردبان خودفراموشی، مسخ شخصیت قرار دارد، یعنی ازدست دادن درکی که از خودتان دارید. اسکن مغزی اوته در فصل چهارم، با آن همه جاهای خالی، نمونه گویایی از مسخ شخصیت است. مسخ شخصیت رویداد رایج تجارب ترومایی است. یک بار اواخر شب در پارک نزدیک خانه ام از من زورگیری کردند و همچنان که از بالا به صحنه نگاه می کردم، خودم را دیدم که با زخم کوچکی در سر روی برف ها افتاده ام و سه نوجوان چاقوکش اطرافم را گرفته اند. خودم را از درد زخم های ناشی از چاقو روی دست هایم جدا کردم و با کمترین ترس در عین آرامش از آن ها خواستم کیف پول

خالی‌ام را پس دهند.

فکر می‌کنم به این خاطر دچار پی‌تی‌اس‌دی نشدم که ازسویی به‌شدت کنج‌کاو بودم تجربه‌ای نظیر آنچه از نزدیک در دیگران مطالعه‌اش کرده بودم داشته باشم و تاحدی این تصور غلط را در سر می‌پروراندم که بعداً خواهم توانست تصویری از زورگیرها برای پلیس بکشم. البته آن‌ها هرگز دستگیر نشدند؛ اما خیال انتقام حتماً حس عاملیت رضایت‌بخشی به من داده بود.

مبتلایان به تروما این‌قدر خوش‌شانس نیستند و خود را از بدن‌هایشان جدا می‌دانند. توصیف خصوصاً خوبی را می‌توان در نوشته‌های روان‌پزشک آلمانی، پل شیلدر،^{۱۲۳} مشاهده کرد؛ او در سال ۱۹۲۸ در برلین چنین نوشت (۲۴): «جهان در نزد فرد مسخ شخصیت شده، عجیب، غیرعادی، بیگانه و رؤیایی به نظر می‌رسد. اشیا گاهی به‌طرز غریبی کوچک و گاهی هموارند. صداها به نظر از جایی دور می‌آیند... . هیجانات نیز به همین شکل دستخوش تغییرات چشمگیری می‌شوند. بیماران از این مسئله شکوه می‌کنند که نه قادرند درد را حس کنند و نه لذت را... . با خودشان هم بیگانه شده‌اند.»

شگفت‌زده شدم وقتی فهمیدم گروهی از عصب‌شناسان در دانشگاه ژنو (۲۵) با واردآوردن جریان

الکتریکی خفیفی به قسمت مشخصی از مغز، یعنی محل اتصال قشر گیجگاهی آهیانه‌ای، تجارب برون‌بدنی مشابهی را ایجاد کرده بودند. این کار در یکی از بیماران باعث شده بود تا او فکر کند از سقف آویزان شده و به بدنش نگاه می‌کند؛ در دیگری هم این احساس غریب را به وجود آورده بود که شخصی پشت‌سرش ایستاده است. این پژوهش گفته‌های بیمارانمان را تأیید می‌کند: که خود بیمار می‌تواند از بدن جدا شود و وجود خیالی مخصوص به خود داشته باشد. به همین شکل، لانیوس و فروون و همچنین گروهی از محققان دانشگاه خرونینگن هلند (۲۶) از افرادی که از وحشتشان گسسته بودند اسکن مغزی گرفتند و فهمیدند که با یادآوری حادثه، مراکز ترس مغز به راحتی خاموش می‌شوند.

دوستی با بدن

قربانیان تروما تنها در صورتی می‌توانند بهبود یابند که با ادراکات بدنشان آشنا و با آن‌ها دوست شوند. وحشت‌زدگی یعنی دارید در بدنی زندگی می‌کنید که همواره گوش به‌زنگ است. افراد عصبانی در بدن‌های عصبانی زندگی می‌کنند. بدن قربانیان کودک‌آزاری، تا زمان یافتن راهی برای آرامش و احساس امنیت، پرتنش و تدافعی است. ایجاد تغییر مستلزم آن است که افراد از ادراکات خود و نحوه تعامل بدن‌هایشان با جهان اطراف آگاهی پیدا کنند. خودآگاهی فیزیکی نخستین گام در خلاصی یافتن از

استبداد گذشته است.

مردم چگونه می‌توانند آزادانه به سخن درآمده و دنیای درونی ادراکات و هیجانانشان را واکاوی کنند؟ شیوه کاری من چنین است که ابتدا به بیمارانم کمک می‌کنم تا نخست به احساسات بدنشان توجه و سپس آن‌ها را توصیف کنند؛ نه هیجاناتی مثل عصبانیت یا نگرانی یا ترس بلکه ادراکات فیزیکی پشت هیجانات: یعنی فشار، گرما، تنش عضلانی، گزگز، تسلیم‌شدگی، حس پوچی و غیره. علاوه بر این، به شناسایی آن دسته از ادراکاتی خواهم پرداخت که با آسودگی و لذت مرتبط‌اند. کمکشان می‌کنم از تنفس، ایما و اشاره‌ها و حرکاتشان آگاه شوند. از آنان می‌خواهم هنگام صحبت درباره رویدادهای منفی‌ای که به ادعای خودشان اذیتشان نکرده، به تغییرات جزئی بدن‌هایشان مثل انقباض قفسه سینه یا دردهای شکمی توجه داشته باشند.

توجه به ادراکات برای نخستین بار ممکن است کاملاً آزاردهنده باشد و موجب شروع فلش‌بک‌هایی شود که طی آن افراد کز می‌کنند یا حالت تدافعی به خود می‌گیرند. این‌ها بازآفرینی‌های مجدد جسمانی ترومای فرآوری نشده هستند و به احتمال بسیار زیاد همان حالت‌هایی را نمایش می‌دهند که فرد در زمان وقوع تروما اتخاذ کرده بود. در این مقطع ممکن است تصاویر و ادراکات فیزیکی به بیماران هجوم آورند

و درمانگر باید با شیوه‌های جلوگیری از سیل ادراکات و هیجانات آشنا باشد تا اجازه ندهد افراد به واسطه دسترسی به گذشته مجدداً درگیر تروما شوند. (معلم، پرستاران و افسران پلیس غالباً در تسکین واکنش‌های ناشی از وحشت‌زدگی مهارت دارند زیرا بیشترشان تقریباً هر روز با آدم‌های خارج‌ازکنترل و به‌شدت آشفته مواجه‌اند).

باین‌حال، اکثر مواقع به‌جای آموزش مهارت‌هایی برای مدیریت این واکنش‌های فیزیکی آزاردهنده، برای آن‌ها قرص‌هایی مثل ابیلیفای، زیپرکسا و سروکوئل تجویز می‌شود. بدیهی است که مصرف دارو فقط به تضعیف اثر ادراکات می‌انجامد و کمکی به رفع آن‌ها یا تبدیل آن‌ها از عواملی خطرناک به عواملی مطلوب نمی‌کند.

چسبیدن به افراد دیگر طبیعی‌ترین راهی است که انسان‌ها می‌توانند در موقع ناراحتی، به کمک آن خودشان را آرام کنند. این بدان معناست که بیمارانی که به‌لحاظ فیزیکی یا جنسی مورد خشونت واقع شده‌اند با دوراهی روبه‌رو هستند: به‌شدت خواهان لمس افرادند؛ اما در عین حال از تماس بدنی وحشت دارند. لازم است ذهن بار دیگر حس ادراکات فیزیکی را فراگیرد و به بدن هم باید کمک کرد تا آرامش ناشی از لمس دیگران را تحمل کند و از آن لذت ببرد. افراد فاقد آگاهی هیجانی با تمرین

می‌توانند ادراکات فیزیکی‌شان را با رویدادهای روان‌شناختی پیوند دهند. آن‌گاه قادر خواهند بود به تدریج با خودشان آشتی کنند. (۲۷)

پیوند با خودتان، پیوند با دیگران

این فصل را با مطالعه‌ای به پایان می‌رسانم که نشان می‌دهد از دست دادن بدنتان چه هزینه‌ای در پی دارد. پس از آنکه روث لانیوس و گروهش از حالت استراحت مغز عکس‌برداری کردند، بر پرسش دیگری از زندگی روزمره متمرکز شدند: وقتی افراد مبتلا به ترومای مزمن با هم تماس چهره‌به‌چهره برقرار می‌کنند، چه اتفاقی برایشان می‌افتد؟

بسیاری از بیمارانی که به مطبم می‌آیند قادر نیستند تماس چشمی برقرار کنند. وقتی نمی‌توانند نگاه مستقیم مرا پاسخ دهند فوراً می‌فهمم تا چه اندازه دارند رنج می‌کشند. همیشه معلوم می‌شود حس چندش‌آوری دارند و تحملش را ندارند که ببینند من به عمق رقت‌انگیزی‌شان پی می‌برم. هرگز به ذهنم خطور نکرد که احساسات شدید شرم در فعال‌سازی غیرعادی مغز خود را نشان می‌دهد. روث لانیوس بار دیگر نشان داد که ذهن و بدن تمیزناپذیرند، هرآنچه در یکی اتفاق می‌افتاد در دیگری نیز به ثبت

می‌رسد.

روث دستگاه گران‌قیمتی خرید که یک شخصیت ویدئویی را به شخصی که در دستگاه اسکن خوابیده نشان می‌دهد. (در این نمونه، شخصیت کارتونی شبیه ریچارد گیِر^{۱۲۴} مهربان بود.) این شخصیت هم می‌تواند از روبه‌رو (مستقیماً به او نگاه کند) یا با زاویه ۴۵ درجه با نگاهی برگردانده‌شده به فرد نزدیک شود. بدین ترتیب می‌شد تأثیر تماس مستقیم چشمی و تأثیر نگاه برگردانده‌شده را بر فعال‌سازی مغز با هم مقایسه کرد. (۲۸)

بارزترین تفاوت بین افراد عادی و بازماندگان ترومای مزمن در فعال‌سازی قشر پیش‌پیشانی آن‌ها در واکنش به نگاه مستقیم بود. قشر پیش‌پیشانی (پی‌اف‌سی) معمولاً کم‌کم می‌کنند تا شخصی را که به سمتان می‌آید ارزیابی کنیم و عصب‌های آینه‌ای هم به ما کمک می‌کنند تا به نیاتش پی ببریم. با وجود این، مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی هیچ‌یک از بخش‌های لوب پیشانی‌شان را فعال نکردند، یعنی نتوانستند هیچ‌گونه کنجکاوی‌ای درباره فرد غریبه از خود نشان دهند. واکنششان صرفاً با فعال‌سازی شدیدی در عمق مغزهای هیجانی‌شان همراه بود، یعنی در نواحی اولیه‌ای موسوم به ماده خاکستری دور قناتی که مسبب بروز شوک، گوش‌به‌زنگی، کزکردن و دیگر رفتارهای خودمحافظتی است. هیچ‌یک از

بخش‌های مغز که در تعامل اجتماعی دخیل‌اند، فعال نشدند. آن‌ها در واکنش به نگاه دیگران صرفاً به حالت بقا پناه بردند.

این مسئله چه اهمیتی برای توانایی آنان در دوستیابی و سازش با دیگران دارد؟ اهمیت آن برای درمانشان چیست؟ آیا مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی می‌توانند عمیق‌ترین ترس‌هایشان را با درمانگر در میان بگذرانند؟ برای داشتن روابط واقعی باید قادر باشید با دیگران به‌منزلهٔ افرادی مستقل برخورد کنید، افرادی که هرکدامشان انگیزه‌ها و نیت‌های مخصوص به‌خود را دارند. همان‌طور که باید توانایی دفاع از حق خود را داشته باشید، می‌بایست به این مسئله هم اذعان داشته باشید که دیگران نیز اهداف مخصوص خودشان را دارند. تروما همهٔ این مسائل را مه‌آلود و خاکستری می‌کند.

بخش سوم: ذهن کودکان

فصل هفتم: هم فکر شدن

دل بستگی و هم نوایی

ریشه‌های تاب‌آوری... را باید در حس فهمیده شدن و حضور در ذهن و قلب فردی عزیز، هم‌نوا و متین پیدا کرد.

۱۲۵ — دیانا فوشا

درمانگاه کودکان مرکز سلامت روان ماساچوست مملو از بچه‌هایی آزرده و آزاردهنده بود. موجوداتی وحشی بودند که نمی‌توانستند یک جا بایستند و بچه‌های دیگر و حتی گاهی کارکنان را می‌زدند و گاز می‌گرفتند. یک بار به طرفتان می‌دویدند و بهتان می‌چسبیدند و بار دیگر وحشت‌زده پا به فرار می‌گذاشتند. عده‌ای هم به اشیاء، حیوانات خانگی و خودشان حمله‌ور می‌شدند. هم‌زمان هم تشنه محبت بودند و هم عصبانی و ستیزه‌جو. صرف‌نظر از نافرمان یا بیش‌وابسته‌بودنشان، به نظر نمی‌رسید هیچ‌کدامشان قادر باشند آن‌طور که اقتضای سنشان است، کندوکاو و بازی کند. بعضی‌هایشان به‌ندرت

درکی از خود داشتند. آن‌ها حتی نمی‌توانستند خودشان را در آینه تشخیص دهند.

در آن مقطع، به استثنای آنچه از دو بچه‌مدرسه‌ای‌ام می‌آموختم، چیز زیادی درباره‌ی کودکان نمی‌دانستم. اما از خوش‌شانسی، نینا فیش - مری^{۱۲۶} همکارم بود؛ در ژنو با ژان پیاژه^{۱۲۷} کار کرده بود و به‌علاوه خودش پنج بچه داشت که مشغول تربیتشان بود. پیاژه نظریاتش را درباره‌ی رشد کودک براساس مشاهده‌ی مستقیم و دقیق خود کودکان قرار داد و این کار را با فرزندان خودش آغاز کرد؛ نینا هم این گرایش را با خود به مرکز نوپای تروما در مرکز سلامت روان ماساچوست آورد.

نینا همسر هنری مری،^{۱۲۸} رئیس سابق دپارتمان روان‌شناسی دانشگاه هاروارد و یکی از پیش‌گامان نظریه‌ی شخصیت بود؛ نینا مُجدانه هرکسی از اعضای جوان هیئت‌علمی را که علایق مشترکی با او داشت تشویق می‌کرد. قصه‌هایی که درباره‌ی کهنه‌سربازها می‌گفتم شگفت‌زده‌اش کرده بود؛ چون او را یاد بچه‌های آشفته‌ای می‌انداخت که در مدارس دولتی بوستون با آن‌ها کار کرده بود. موقعیت ممتاز نینا و جذبه‌ی شخصی‌اش دسترسی به درمانگاه کودکان را برایمان فراهم آورد؛ این درمانگاه را روان‌پزشکانی اداره می‌کردند که علاقه‌ی چندانی به تروما نداشتند.

هنری مری، فارغ از بقیه چیزها، به خاطر طراحی آزمون پرکاربرد اندریافت موضوع^{۱۲۹} شهرت پیدا کرد. آزمون اندریافت موضوع نوعی آزمون اصطلاحاً فرافکن است که از مجموعه‌ای از کارت‌ها استفاده می‌کند تا به تأثیر واقعیت درونی افراد بر شکل‌دهی جهان‌بینی آن‌ها پی ببرد. برخلاف کارت‌های آزمون رورشاخ که برای کهنه‌سربازان از آن‌ها استفاده کردیم، کارت‌های آزمون اندریافت موضوع صحنه‌هایی واقع‌گرایانه اما مبهم و تاحدی آزاردهنده را به تصویر می‌کشند: زن و مردی که اخم‌کنان به دو سوی متفاوت خیره شده‌اند یا پسری که به ویولن شکسته‌ای نگاه می‌کند. از افراد خواسته می‌شود درباره آنچه در تصویر درحال وقوع است، آنچه قبلاً رخ داده و آنچه بعداً اتفاق می‌افتد داستان‌هایی تعریف کنند. در بیشتر مواقع، تفسیرشان از تصاویر به سرعت مضامینی را آشکار می‌کند که در ذهنشان می‌گذرد.

من و نینا تصمیم گرفتیم براساس تصاویر مجلات موجود در اتاق انتظار درمانگاه، مجموعه‌ای از کارت‌های آزمون را منحصرأً برای کودکان تهیه کنیم. در اولین مطالعه‌مان دوازده بچه شش تا یازده ساله را از درمانگاه کودکان با گروهی از بچه‌های مدرسه‌ای در آن حوالی که تا حد ممکن از نظر سن، نژاد، هوش و منظومه خانواده با هم برابر بودند، مقایسه کردیم. (۱) آنچه بیمارانمان را متمایز می‌کرد، سوءاستفاده‌ای بود که در خانواده‌هایشان متحمل شده بودند. این گروه شامل پسری بود که بدنش

به دلیل گازگرفتن‌های مکرر مادرش به شدت کبود شده بود، دختری که در چهارسالگی مورد آزار جنسی پدرش واقع شده بود، دو پسری که بارها به صندلی بسته شده و شلاق خورده بودند و دختری که در پنج‌سالگی دیده بود مادرش (که تن‌فروشی می‌کرد) مورد تجاوز قرار گرفته و پس از مثله و سوزانده شدن در صندوق عقب خودرویی گذاشته شده بود. دلال جنسی مادرش هم مظنون به سوءاستفاده جنسی از آن دختر بود.

کودکان گروه کنترل هم فقرایی بودند که در ناحیه دل‌گیری از بوستون زندگی می‌کردند، جایی که همیشه خشونت‌های شوک‌آوری را به چشم می‌دیدند. در زمان اجرای این مطالعه، یکی از پسران آن مدرسه روی هم‌کلاسی‌اش بنزین ریخت و آتشش زد. پسر دیگری حین رفتن به مدرسه به همراه پدر و یکی از دوستانش وسط یک تیراندازی گرفتار شد. خودش از ناحیه کشاله ران زخمی شد و دوستش هم به قتل رسید. با توجه به اینکه کودکان گروه کنترل در معرض این مقدار از سطح بالای خشونت قرار داشتند، آیا در مقایسه با کودکان بستری‌شده پاسخ‌های متفاوتی به کارتهای آزمون می‌دادند؟

یکی از کارتها صحنه‌ای خانوادگی را نشان می‌داد: دو بچه خندان که پدرشان را در حال تعمیر ماشین نگاه می‌کردند. هر کودکی که به تصویر نگاه می‌کرد، درباره خطری حرف می‌زد که متوجه مرد

درازکشیده زیر خودرو بود. درحالی که کودکان عضو گروه کنترل قصه‌هایی با پایان خوش تعریف کردند (ماشین درست می‌شود و شاید پدر و بچه‌ها به یکی از رستوران‌های مک‌دونالد بروند)، بچه‌های ترومایی از داستان‌های تکان‌دهنده‌ای حرف زدند. یکی از دختران گفت که آن دختر کوچولوی تصویر می‌خواهد با چکش جمجمه پدرش را خرد کند. پسر نه‌ساله‌ای که سابقه سوءاستفاده فیزیکی شدیدی داشت، داستان مفصلی تعریف کرد که چطور پسر داخل تصویر جک را لگد می‌کند تا خودرو بدن پدرش را لت‌وپار کند و خونس در کل پارکینگ فواره بزند.



بیمارانمان همان‌طور که داستان‌هایشان را تعریف می‌کردند، بسیار هیجان‌زده و آشفته می‌شدند. قبل از اینکه بتوانیم تصویر بعدی را نشان‌شان بدهیم، مجبور می‌شدیم زمان زیادی استراحت کنیم و قدم بزنیم. چندان جای تعجب نداشت که تقریباً همگی‌شان به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه (ای‌دی‌اچ‌دی) مبتلا بودند و بیشترشان داروی ریتالین^{۱۳۰} مصرف می‌کردند؛ هرچند به‌قطع به نظر می‌رسید این دارو تأثیری در انگ‌بختگی‌شان در این موقعیت نداشت.

کودکان سوءاستفاده‌شده پاسخ‌های مشابهی به تصویر ظاهراً بی‌ضرری دادند که نیم‌رخ زن بارداری را درزمینه پنجره نشان می‌داد. این تصویر را به دختر هفت‌ساله‌ای نشان دادیم که در چهارسالگی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بود و مرتباً از نینا سؤالاتی مثل «تا حالا با چند نفر رابطه جنسی داشتی؟» می‌پرسید. او هم مثل چندین دختر سوءاستفاده‌شده‌ای که در مطالعه‌مان بودند، به‌قدری پریشان شد که مجبور شدیم کار را متوقف کنیم. دختر هفت‌ساله‌ای از گروه کنترل به جنبه حسرت‌برانگیز تصویر اشاره کرد: داستان‌ش درباره زن بیوه‌ای بود که با اندوه به بیرون پنجره نگاه می‌کرد و دل‌تنگ همسرش بود. اما زن در نهایت، مرد عاشق‌پیشه‌ای را یافت تا پدر خوبی برای بچه‌اش باشد.



با نشان دادن هر کارتی دیدیم که کودکانی که مورد سوءاستفاده قرار نگرفته بودند، بهرغم هوشیاری‌شان از دردسرها، همچنان به جهانی اساساً بی‌آزار اعتماد داشتند؛ می‌توانستند راه‌هایی را برای برون‌رفت از موقعیت‌های بد تصور کنند. به نظر می‌رسید در خانواده‌هایشان حس مصونیت و امنیت می‌کردند. علاوه بر این، احساس می‌کردند دست‌کم یکی از اعضای خانواده‌شان دوستشان دارد؛ ظاهراً همین امر تفاوت چشمگیری در اشتیاقشان به کارهای مدرسه و یادگیری ایجاد می‌کرد.

پاسخ کودکان درمانگاهی نگران‌کننده بود. معصومانه‌ترین تصاویر هم احساسات شدید خطر، تجاوز، برانگیختگی جنسی و وحشت را در آن‌ها برمی‌انگیخت. دلیل انتخاب تصاویر فوق این نبود که معنایی پنهانی دارند که تنها افراد حساس قادر به کشف آن هستند؛ آن‌ها تصاویری عادی از زندگی روزمره بودند. تنها می‌توانستیم چنین نتیجه بگیریم که برای کودکان قربانی سوءاستفاده جهان پر از محرک است. مادامی که برای موقعیت‌های نسبتاً بی‌خطر فقط می‌توانند پیامدهایی مصیبت‌بار قائل باشند، هرکسی که وارد اتاق می‌شود، هر غریبه‌ای، هر تصویری، چه روی صفحه مانیتور و چه روی بیلبرد، ممکن است منادی فاجعه باشد.

از این منظر، رفتار عجیب بچه‌هایی که در درمانگاه کودکان بستری بودند کاملاً قابل‌درک می‌نمود. (۲)

در کمال شگفتی، کارکنان درمانگاه در گفت‌وگوهایشان به‌ندرت از تجارب واقعی و هولناک کودکان و تأثیر آن تروماها بر احساسات، تفکر و خودتنظیمی آن‌ها حرف می‌زدند. در عوض، سوابق پزشکی‌شان پر بود از برجسب‌های تشخیصی: «اختلال سلوک» یا «اختلال نافرمانی مقابله‌ای» برای بچه‌های خشمگین و سرکش، یا «اختلال دوقطبی». اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه نیز تقریباً برای همه‌شان به‌مثابه تشخیص «هم‌بودی» ثبت شده بود. آیا این حجم از تشخیص‌ها ترومای نهفته بیماران را از چشم‌ها پنهان می‌کرد؟

حالا با دو مشکل بزرگ روبه‌رو بودیم. یکی درک این مسئله بود که جهان‌بینی متفاوت کودکان عادی دلیل تاب‌آوری‌شان است یا نه و اینکه در سطحی عمیق‌تر، هر کودک در واقع چطور نقشه جهان را در ذهنش ایجاد می‌کند. پرسش دوم و به همان اندازه مهم این بود: آیا امکانش هست به ذهن و مغز کودکان آسیب‌دیده کمک کرد تا نقشه‌های درونی‌شان را مجدداً ترسیم کنند و حس اعتماد و اطمینان به آینده را در آن‌ها لحاظ کنند؟

مردان بدون مادران

مطالعه علمی رابطه حیاتی بین اطفال و مادرانشان را گروهی از مردان اشرافی انگلیسی آغاز کردند که در سنین کم از خانواده‌هایشان جدا شده بودند تا به مدارس شبانه‌روزی بروند؛ جایی که در محیط‌های خشک و تک‌جنسیتی پرورش یافتند. اولین باری که به درمانگاه پرآوازه تاویستاک^{۱۳۱} در لندن رفتم، تصاویر سیاه‌وسفیدی از این روان‌پزشکان بزرگ قرن بیستم را دیدم که روی دیوار منتهی به راه‌پله اصلی آویخته شده بود: جان بالبی،^{۱۳۲} ویلفرد بیون،^{۱۳۳} هری گانت‌ریپ،^{۱۳۴} رونالد فیبرن^{۱۳۵} و دونالد وینیکات.^{۱۳۶} هرکدامشان به شیوه خود این موضوع را بررسی کرده بود که نخستین تجربیاتمان چطور به نمونه‌های اولیه پیوندهای بعدی‌مان با دیگران تبدیل می‌شوند و چگونه عمیق‌ترین «حس ما از خود» در تعاملات لحظه‌به‌لحظه با مراقبانمان شکل می‌گیرد.

دانشمندان چیزهایی را که بیشتر مایهٔ سردرگمی‌شان است مطالعه می‌کنند، به همین دلیل اغلب در زمینه‌هایی به تخصص می‌رسند که بقیه از آن‌ها غافل‌اند. (یا آن‌طور که بئاتریس بیبی،^{۱۳۷} پژوهشگر حوزهٔ دل‌بستگی، یک بار به من گفت: «بیشتر پژوهش‌ها، خودجست‌وجوگری است.») این مردان که به بررسی نقش مادر در زندگی کودکان پرداخته بودند، خودشان در سنی آسیب‌پذیر، چیزی بین شش تا ده‌سالگی، به مدرسه فرستاده شده بودند، خیلی زودتر از موقعی که باید به‌تنهایی با دنیای بیرون مواجه شوند. بالبی خودش به من گفت حضور در مدرسهٔ شبانه‌روزی احتمالاً الهام‌بخش جورج اورول^{۱۳۸} برای خلق رمان ۱۹۸۴ بوده است. این رمان به شیوه‌ای ماهرانه نشان می‌دهد که بشر ممکن است برای دوست‌داشته‌شدن و تأییدشدن توسط فردی در منصب قدرت مجاب شود تا هرچیزی را که برایش عزیز و حقیقی است، از جمله حسش از خود، قربانی کنند.

از آنجاکه بالبی از دوستان نزدیک خانم و آقای مری بود، این بخت را داشتم که هروقت به هاروارد می‌آمد دربارهٔ کارش با او حرف بزنم. در خانواده‌ای اشرافی به دنیا آمده بود (پدرش جراح خانوادهٔ سلطنتی بود) و روان‌شناسی، پزشکی و روان‌کاوی را در ساختمان‌های تشکیلات انگلیس فراگرفت. پس از حضور در دانشگاه کمبریج، مدتی با پسران بزهکار قسمت شرقی لندن سروکله زد؛ محله‌ای که به ناآرامی و

جرم شهرت داشت و در جریان بمباران لندن توسط هواپیماهای آلمانی تا حد زیادی تخریب شد. حین و بعد از خدمتش در جنگ جهانی دوم، تأثیر تخلیه جنگ زده‌ها و مهدکودک‌های گروهی را به چشم دید که باعث جدایی کودکان کم‌سن و سال از خانواده‌هایشان بود. او همچنین تأثیر بستری شدن را مطالعه کرد و نشان داد که حتی جدایی‌های کوتاه‌مدت (در آن مقطع والدین نمی‌توانستند شب‌ها به ملاقات بچه‌هایشان بروند) رنج کودکان را تشدید می‌کند. در اواخر دهه ۱۹۴۰، بالبی عنصر نامطلوب جامعه روان‌کاوی انگلیس شده بود؛ دلیل این امر ادعای سنت‌شکنانه او بود که می‌گفت رفتار آشفته کودکان واکنشی است به رویدادهای واقعی زندگی، به نادیده‌انگاری، وحشیگری و جدایی، نه خیالات جنسی کودکان. او بدون واهمه باقی عمرش را وقف موضوعی کرد که بعدها نظریه دل‌بستگی نامیده شد. (۳)

پایگاهی ایمن

همین‌که وارد این جهان می‌شویم، با جیغ کشیدن حضورمان را اعلام می‌کنیم. فوراً یک‌نفر درگیرمان می‌شود، حمامان می‌دهد، قنداقمان می‌کند و شکمان را پر می‌کند و از همه بهتر، مادرمان احتمالاً ما را به شکم یا سینه‌اش می‌چسباند تا طعم گوارای تماس پوست با پوست را بچشیم. ما موجوداتی به شدت اجتماعی هستیم؛ زندگی‌مان به یافتن جایگاهمان در اجتماع بشری خلاصه می‌شود. عاشق این

عبارت از روان‌پزشک بزرگ فرانسوی پیر ژانه هستم: «زندگی هرکس اثری هنری است که با همه ابزارهای موجود خلق شده است.»

همچنان که بزرگ می‌شویم، رفته‌رفته یاد می‌گیریم از خودمان مراقبت کنیم، هم از نظر فیزیکی و هم عاطفی؛ اما نخستین درس‌های خودمراقبتی را به همان شکلی یاد می‌گیریم که از ما مراقبت شده است. تسلط در مهارت خودتنظیمی تا حد زیادی به میزان هماهنگی اولین تعامل‌ها با مراقبانمان بستگی دارد. کودکانی که والدینشان منبع آرامش و قدرت‌اند از مزیتی مادام‌العمر برخوردارند؛ سپری در مقابل بدترین بلایایی که سرنوشت می‌تواند جلوی راهشان قرار دهد.

جان بالبی پی برد که کودکان مجذوب چهره‌ها و صداها می‌شوند و حساسیت زیادی به حالت‌های صورت، وضعیت بدن، لحن صدا، تغییرات فیزیولوژیکی، شتاب حرکت و اقدام قریب‌الوقوع دارند. بالبی این ظرفیت مادرزادی را نتیجهٔ تکامل می‌دانست که برای بقای این موجودات بی‌دفاع امری ضروری بود. به‌علاوه، کودکان به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی شده‌اند تا یک (یا حداکثر چند) بزرگ‌سال خاص را انتخاب کنند تا سیستم ارتباطی طبیعی‌شان با آن‌ها رشد کند. این امر دل‌بستگی اولیه‌ای را ایجاد می‌کند. هرچه بزرگ‌سال پاسخ‌گویی بیشتری به کودک داشته باشد، دل‌بستگی عمیق‌تر می‌شود و احتمال اینکه کودک

شیوه‌های سالمی را برای مواجهه با افراد پیرامونی‌اش در خود ایجاد کند بیشتر می‌شود.

بالبی اغلب اوقات به پارک ریجنت لندن می‌رفت و در آنجا به‌شکلی نظام‌مند تعاملات کودکان و مادران را مشاهده می‌کرد. درحالی‌که مادران آرام روی نیمکت‌های پارک می‌نشستند و بافتنی می‌بافتند یا روزنامه می‌خواندند، بچه‌ها در اطراف پرسه می‌زدند و کندوکاو می‌کردند و گهگاهی از روی شانه به عقب نگاهی می‌انداختند تا مطمئن شوند مادرانشان همچنان تماشایشان می‌کنند. اما وقتی نفر بغل‌دستی می‌ایستاد و با جدیدترین حرف‌های خاله‌زنکی توجه مادر را به خود جلب می‌کرد، بچه‌ها برمی‌گشتند و نزدیک مادرشان می‌ماندند تا مطمئن شوند توجه مادر هنوز به آن‌هاست. وقتی اطفال و کودکان کم‌سن‌وسال می‌فهمند حواس مادرشان کاملاً با آن‌ها نیست، مضطرب می‌شوند. وقتی مادر از معرض دیدشان خارج شود، ممکن است گریه کنند و محزون شوند؛ اما به‌محض برگشتن او آرام می‌گیرند و بازی‌شان را ادامه می‌دهند.

در نظر بالبی، دل‌بستگی پایگاه ایمنی است که کودک از آنجا به جهان بیرون قدم می‌گذارد. طی پنج دههٔ بعد، پژوهش‌ها قاطعانه اثبات کرده‌اند که برخورداری از پناهگاهی ایمن موجب ارتقای خوداتکایی می‌شود و نوعی حس هم‌دردی و هم‌یاری را با کسانی که درگیر مشکل هستند ایجاد می‌کند. کودکان از

بده‌بستان صمیمانه پیوند دل‌بستگی می‌آموزند که سایر مردم هم احساسات و افکاری دارند که هم با احساسات و افکار خودشان مشابهت دارد و هم با آن‌ها متفاوت است. به عبارت دیگر، با محیط اطراف و افراد پیرامونی‌شان «هماهنگ» می‌شوند و از خودآگاهی، همدلی، کنترل تکانه و خودانگیختگی‌ای برخوردار می‌شوند که تبدیل‌شدن به اعضای مؤثر از فرهنگ اجتماعی بزرگ‌تر را امکان‌پذیر می‌کند. بچه‌های بستری‌شده در درمانگاه کودکان به‌طرز اسفناکی فاقد چنین ویژگی‌هایی بودند.

پایکوبی هم‌نوایی

کودکان دل‌بسته هرآن‌کسی می‌شوند که نقش اولین مراقبشان را ایفا کند. اما ماهیت این دل‌بستگی، یعنی ایمن یا نایمن‌بودنش، در مسیر زندگی کودک تفاوت چشمگیری ایجاد می‌کند. دل‌بستگی ایمن زمانی ایجاد می‌شود که مراقبت با هم‌نوایی هیجانی همراه باشد. هم‌نوایی در جزئی‌ترین سطوح فیزیکی تعامل بین نوزاد و مراقب ایجاد می‌شود و این حس را به نوزاد انتقال می‌دهد که دیده و فهمیده شده است. کلّوین ترِوارتن،^{۱۳۹} پژوهشگر حوزه دل‌بستگی در دانشگاه ادینبورگ، می‌گوید: «مغز حرکات موزون بدن را هماهنگ و به‌گونه‌ای هدایتشان می‌کند تا هم‌سو با مغز بقیه افراد عمل کنند. نوزادان خوش‌آهنگی را از صحبت‌های مادر می‌شنوند و فرامی‌گیرند، حتی قبل از آنکه به دنیا بیایند.» (۴)

در فصل چهارم دربارهٔ کشف عصب‌های آینه‌ای، یعنی پیوندهای بین دو مغز که توانایی همدلی را در ما ایجاد می‌کند، صحبت کردم. عصب‌های آینه‌ای به محض تولد نوزاد شروع به کار می‌کنند. وقتی اندرو ملتزوف،^{۱۴۰} پژوهشگر دانشگاه اورگان، مقابل نوزادانی که شش ساعت از تولدشان گذشته بود لب‌هایش را روی هم فشار داد یا زبانش را درآورد، آن نوزادان بی‌درنگ کارهای او را تکرار کردند. (۵) (نوزادان تنها می‌توانند چشمانشان را روی اشیایی که در بیست تا سی سانتی‌متری‌شان است متمرکز کنند، آن قدری که بتوانند کسی را که بغلشان کرده ببینند.) تقلید بنیادی‌ترین مهارت اجتماعی ماست. تقلید اطمینان می‌دهد که ما به‌طور خودکار رفتار والدین، معلمان و دوستانمان را می‌آموزیم و انعکاسشان می‌دهیم.

بیشتر والدین آن قدر ناخودآگاهانه با نوزادانشان هم‌ذات‌پنداری می‌کنند که به‌ندرت متوجه نحوهٔ وقوع هم‌نوایی می‌شوند. اما دعوتی از سوی دوستم، اد ترونیک، پژوهشگر حوزهٔ دل‌بستگی، فرصت را برایم فراهم آورد تا این فرایند را از فاصلهٔ نزدیک‌تری ببینم. از طریق شیشهٔ رفلکس آزمایشگاه تکامل بشری دانشگاه هاروارد، مادری را دیدم که با پسر دوماه‌ه‌اش بازی می‌کرد؛ پسر داخل گهواره روبه‌روی مادرش قرار داشت.

داشتند با هم آغواغو می کردند و بهشان خوش می گذشت تا اینکه مادر خم شد تا بینی اش را به بینی او بمالد و بچه با هیجان موهای مادرش را کشید. مادر غافل گیر شد و از درد جیغ زد و درحالی که چهره اش از عصبانیت درهم شده بود، دست پسرش را کنار زد. بچه فوراً موهای مادرش را رها کرد و هر دو به لحاظ فیزیکی عقب رفتند. منبع شادمانی هر دویشان به منبع ناراحتی تبدیل شده بود. بچه که مشخصاً ترسیده بود، دستانش را جلوی صورتش گرفت تا صحنه مادر عصبانی اش را نبیند. مادر هم که فهمیده بود بچه اش ناراحت است، تمرکزش را مجدداً به او معطوف کرد و برای بهتر کردن اوضاع صداهای تسکین دهنده ای از خودش درآورد. نوزاد همچنان چشمانش را پوشانده بود اما اشتیاقش به ارتباط گیری خیلی زود برگشت. سرکی کشید تا ببیند اوضاع آرام است یا نه؛ در این اثنا مادر با حالتی نگران به طرفش نزدیک شد. وقتی شروع کرد به غلغلک دادن شکمش، کودک دستانش را پایین انداخت و به خنده شادمانه ای افتاد؛ بدین ترتیب هماهنگی بین آن دو مجدداً برقرار شد. طفل و مادر بار دیگر هم نوا شدند. کل این توالی شادی، جدایی، ترمیم و شادی جدید کمتر از دوازده ثانیه طول کشید.

در حال حاضر ترونیك و سایر محققان نشان داده اند كه وقتی طفل و مراقب در سطح هیجانی هماهنگ باشند، در سطح فیزیکی نیز هماهنگ اند. (۶) کودک قادر نیست حالات هیجانی خودش را تنظیم کند،

چه برسد به تغییر ضربان قلب، سطح هورمون و فعالیت سیستم عصبی‌ای که با هیجانات همراه‌اند. وقتی بچه در هماهنگی با مراقبش قرار دارد، حس لذت و پیوندش در ضربان یکنواخت قلب و تنفس آرام و همین‌طور سطح پایین هورمون‌های استرس نمود پیدا می‌کند. بدنش در آرامش قرار دارد؛ هیجاناتش نیز به همین صورت. به محض برهم‌خوردن این موسیقی، چیزی که در طول یک روز عادی اغلب رخ می‌دهد، تمامی این عوامل فیزیولوژیکی نیز دستخوش تغییر می‌شوند. می‌توان گفت با آرام‌شدن فیزیولوژی بدن، تعادل نیز مجدداً برقرار می‌شود.

ما نوزادان را آرام می‌کنیم؛ اما والدین به تدریج به کودکانشان می‌آموزند تا سطوح بالاتری از انگیزتگی را تحمل کنند، کاری که اغلب به پدران محول می‌شود. (روزی این جمله را از جان گاتمن،^{۱۴۱} روان‌شناس، شنیدم: «مادرها نوازش می‌کنند، پدرها سیخونک می‌زنند.») یادگیری نحوه مدیریت انگیزتگی یکی از مهارت‌های مهم زندگی است و والدین باید این مهارت را به کودک بیاموزند، قبل از آنکه کودک خودش آن را یاد بگیرد. اگر آن حس آزاردهنده در شکمش موجب گریه بچه شود، سینه مادر یا شیشه شیر از راه می‌رسد. اگر ترسیده، یکی در بغل می‌گیردش و تکانش می‌دهد تا آرام شود. اگر شکمش کار کرد، یکی می‌آید و تمیز و خشکش می‌کند. همراه ساختن این ادراکات شدید با احساس امنیت، راحتی و تسلط

مبنای خودتنظیمی، خودتسکینی و خودپروری است؛ در قسمت‌های دیگر کتاب بار دیگر به این موضوع اشاره خواهیم کرد.

دل‌بستگی ایمن به‌همراه پرورش توانمندی، مرکز کنترل درونی را می‌سازد که عامل مهمی در سازگاری اثربخش در طول زندگی است. (۷) کودکانی که دل‌بستگی ایمنی دارند متوجه خواهند شد که چه چیزی حالشان را خوب می‌کند؛ کشف می‌کنند چه چیزی باعث می‌شود خود (و بقیه) حس بدی داشته باشند؛ بدین‌ترتیب نوعی حس عاملیت به دست می‌آورند: اینکه کارهایشان می‌تواند حسشان یا نحوه واکنش دیگران را تغییر دهد. این کودکان تفاوت بین موقعیت‌هایی را که در کنترل آنهاست و موقعیت‌هایی که به کمک دیگران نیازمندند می‌آموزند. یاد می‌گیرند که در مواجهه با موقعیت‌های دشوار می‌توانند نقش فعالی ایفا کنند. در مقابل، کودکانی با سابقه سوءاستفاده و بی‌توجهی می‌دانند که وحشت، التماس و گریه‌هایشان تأثیری بر مراقبان‌شان ندارد. هیچ‌یک از کارها یا حرف‌هایشان موجب توقف کتک‌خوردن‌ها نمی‌شود یا توجه و کمک کسی را جلب نمی‌کند. در واقع این مسئله در آنها نهادینه شده که در صورت مواجهه با چالش‌های بعدی زندگی تسلیم شوند.

واقعی شدن

دونالد وینیکات، روان‌کاو و متخصص اطفال هم‌عصر بالبی، پدر مطالعات نوین در حوزه هم‌نوایی است. مشاهدات دقیقش از مادران و کودکان با نحوه نگه‌داشتن بچه توسط مادر آغاز شد. وی عنوان داشت که این تعاملات فیزیکی زمینه‌ساز مفهومی است که کودک از خود دارد و به دنبال آن، مفهومی مادام‌العمر از هویت را برای او در پی دارد. شیوه نگه‌داشتن بچه توسط مادر اساس این «توانایی است که بدن را مأمن روان بدانیم.» (۸) این درک درونی و جنبشی از نحوه تماس بدن‌هایمان مبنای چیزی است که به مثابه (چیزی) «واقعی» تجربه‌اش می‌کنیم. (۹)

وینیکات تصور می‌کرد بخش زیادی از مادران در زمینه هم‌نوایی با کودکانشان عملکرد درستی دارند؛ استعداد چندان فوق‌العاده‌ای لازم نیست تا «مادری به اندازه کافی خوب» نامیده شوید. (۱۰) اما وقتی مادر نتواند با واقعیت فیزیکی بچه‌اش هم‌نوا شود، ممکن است مشکلاتی جدی پدید آید. اگر مادر قادر نباشد هوس‌ها و نیازهای کودکش را مرتفع سازد، «کودک یاد می‌گیرد تا همان مفهومی شود که مادر از کودک در ذهن دارد.» اجبار به نادیده گرفتن ادراکات درونی خود و سعی در انطباق یافتن با نیازهای والد بدان معناست که کودک تصور می‌کند در کارش «ایرادی وجود دارد.» کودکانی که فاقد هم‌نوایی فیزیکی‌اند مستعد غیرفعال کردن بازخوردهای مستقیم از بدنشان هستند، بدنی که منشأ لذت، هدف و

جهت است.

از زمان معرفی آرای بالبی و وینیکات تاکنون، پژوهش‌های صورت گرفته در اقصانقاط جهان حول موضوع دل‌بستگی نشان داده‌اند که بیشتر کودکان از دل‌بستگی ایمن برخوردارند. وقتی بزرگ می‌شوند، سابقه مراقبت‌های قابل‌اعتماد و پاسخ‌گویانه کمکشان می‌کند تا ترس و نگرانی را از خود دور کنند. آن‌ها در طول زندگی حالت بنیادینی از امنیت هیجانی را حفظ خواهند کرد، مگر آنکه با رویدادی تکان‌دهنده، تروما، مواجه شوند که سیستم خودتنظیمی‌شان را مختل کند. دل‌بستگی ایمن‌الگویی را نیز برای روابط کودکان به وجود می‌آورد. کودکان به احساسات دیگران پی می‌برند، از همان ابتدا تفاوت بین بازی و واقعیت را یاد می‌گیرند و شم خوبی در تشخیص موقعیت‌های قلبی یا آدم‌های خطرناک به دست می‌آورند. کودکان برخوردار از دل‌بستگی ایمن معمولاً هم‌بازی‌های خوش‌مشری هستند و تجارب خوداثباتی زیادی با بقیه دارند. از آنجاکه آموخته‌اند با سایر مردم هماهنگ باشند، معمولاً متوجه تغییرات جزئی در صدا و چهره می‌شوند و رفتارشان را با این تغییرات انطباق می‌دهند. آن‌ها می‌آموزند مطابق با درک مشترکی از جهان زندگی کنند و احتمالاً اعضای ارزشمندی از جامعه می‌شوند.

بااین‌حال، سوءاستفاده و بی‌توجهی ممکن است این ماریچ صعودی را برعکس کند. کودکانی که مورد

سوءاستفاده قرار گرفته‌اند غالباً حساسیت زیادی به تغییر صدا و چهرهٔ افراد دارند؛ اما به جای آنکه این تغییرات را نشانه‌هایی برای هماهنگ‌ماندن تلقی کنند، به چشم تهدید به آن‌ها واکنش نشان می‌دهد. دکتر ست پالک،^{۱۴۲} استاد دانشگاه ویسکانسین، مجموعه‌ای از چهره‌ها را به گروهی از کودکان سالم هشت‌ساله نشان داد و پاسخ‌هایشان را با پاسخ‌های گروهی از هم‌سن‌وسالانشان مقایسه کرد که تجربهٔ سوءاستفاده داشتند. با مشاهدهٔ طیفی از حالات چهره از عصبانی تا غمگین، کودکان گروه دوم هوشیاری بیش از حدی را به کوچک‌ترین نشانه‌های خشم بروز دادند. (۱۱)



منبع تصویر: انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰

یکی از دلایلی که کودکان سوءاستفاده شده این‌قدر راحت جبهه می‌گیرند یا می‌ترسند همین است. تصور کنید چه حالی می‌شوید وقتی از بین انبوهی از چهره‌های مختلف در راهروی مدرسه عبور می‌کنید و سعی دارید بفهمید کدامشان ممکن است به شما حمله کند. کودکانی که به پرخاشگری هم‌سن‌وسالانشان واکنش شدیدی نشان می‌دهند، به نیازهای دیگر بچه‌ها توجه نمی‌کنند، به راحتی خاموش می‌شوند یا کنترل تکانه‌هایشان را از دست می‌دهند، ممکن است طرد شده و از مهمانی‌های شبانه یا قرارهای بازی جا گذاشته شوند. نهایتاً شاید با ظاهرسازی بر ترسشان سرپوش بگذارند. یا اینکه شاید زمان بیشتری را به‌تنهایی، تماشای تلویزیون یا بازی‌های رایانه‌ای بپردازند و بیش از پیش از مهارت‌های بین‌فردی و خودتنظیمی هیجانی عقب بمانند.

نیاز به هم‌نوایی هرگز فروکش نمی‌کند. بیشتر مردم حتی به اندازه لحظه‌ای هم تحمل دوری از دیگران را ندارند. افرادی که نمی‌توانند از طریق کار، دوستی‌ها یا خانواده با دیگران پیوند برقرار کنند، معمولاً

راه‌های دیگری را برای ارتباط‌گیری می‌یابند، راه‌هایی چون بیماری، دادخواهی یا خصومت‌های خانوادگی. هرچیزی بر آن حس لعنتی بی‌اهمیتی و بیگانگی ارجحیت دارد.

چند سال قبل، در شب سال نو برای معاینهٔ پسر چهارده‌ساله‌ای به زندان سافک کانتی فراخوانده شدم. جک به جرم ورود به خانهٔ همسایه‌هایی که به تعطیلات رفته بودند دستگیر شد. وقتی پلیس او را در اتاق پذیرایی پیدا کرد، دزدگیر همچنان روشن بود.

اولین سؤالی که از جک پرسیدم این بود که انتظار دارد در کریسمس چه کسی به ملاقاتش بیاید. پاسخ داد: «هیچ‌کس. کسی اصلاً توجهی به من نمی‌کند.» معلوم شد قبلاً نیز چندین بار بابت دزدی از خانه‌ها دستگیر شده است. افسران پلیس را می‌شناخت و آن‌ها هم جک را می‌شناختند. درحالی‌که شادمانی در صدایش بود، گفت که وقتی مأمورها دیدند وسط اتاق پذیرایی ایستاده، فریاد زدند: «اوه خدای من، بازم که جکه، اون حروم‌زادهٔ کوچولو.» یکی او را می‌شناخت؛ کسی اسمش را می‌دانست. جک اندکی بعد اعتراف کرد: «می‌دونم، همین‌ه که ارزشش رو داره.» بچه‌ها تقریباً هر کاری می‌کنند تا احساس کنند دیده می‌شوند و با دیگران پیوند دارند.

زندگی با والدین کنونی تان

کودکان غریزه‌ای بیولوژیکی برای دل‌بستگی با دیگران دارند؛ چاره دیگری ندارند. فرقی نمی‌کند والدین یا مراقبان‌شان افرادی بامحبت و دل‌سوز باشند یا افرادی سرد، بی‌عاطفه، بی‌توجه یا سوءاستفاده‌گر، به‌هرحال کودکان بسته به تلاش‌شان برای تحقق حداقل برخی از نیازهایشان، یک سبک مقابله‌ای را برای خود ایجاد می‌کنند.

اکنون به لطف تلاش دو دانشمند امریکایی، مری اینزورث^{۱۴۳} و مری مین^{۱۴۴} و همکارانشان که در مدت چند سال چندین هزار ساعت تعاملات مادر و کودک را مشاهده کردند، شیوه‌های مطمئنی برای ارزیابی و شناسایی این سبک‌های مقابله‌ای در دسترس ماست. اینزورث براساس این مطالعات ابزاری پژوهشی به نام موقعیت ناآشنا را خلق کرد؛ این ابزار نحوه واکنش کودک به جدایی موقت از مادر را بررسی می‌کند. همان‌طور که بالبی هم اظهار داشته بود، کودکان دارای دل‌بستگی ایمن با رفتن مادر از کنارشان ناراحت می‌شوند؛ اما با بازگشتش احساس شادمانی می‌کنند و پس از بررسی کوتاهی برای اطمینان خاطر، آرام می‌شوند و بازی‌شان را از سر می‌گیرند.

اما دربارهٔ کودکانی که دل‌بستگی ناایمنی دارند، با تصویر پیچیده‌تری روبه‌رو هستیم. کودکانی که مراقب اصلی‌شان بی‌اعتناست یا به نیازهایشان پاسخ نمی‌دهد، به دو روش متمایز با تشویش خود کنار می‌آیند. پژوهشگران متوجه شدند که برخی از این کودکان همواره ناراحت به نظر می‌رسند و خواهان مادرشان هستند، درحالی‌که عده‌ای منفعل‌تر و گوشه‌گیرترند. در هر دو گروه، تماس با مادر کمکی به آرام‌شدنشان نکرد؛ آن‌ها با خوش‌حالی به بازی‌شان ادامه ندادند، چیزی که در دل‌بستگی ایمن خلاف آن را دیدیم.

در الگویی به نام «دل‌بستگی اجتنابی»، کودک طوری رفتار می‌کند که گویی واقعاً چیزی آزرده‌اش نمی‌کند؛ وقتی مادرش خارج می‌شود گریه نمی‌کند و موقع برگشتنش نیز او را نادیده می‌گیرد. البته این بدان معنا نیست که چنین کودکانی مشکل ندارند. درحقیقت، افزایش مزمن ضربان قلبشان نشان می‌دهد که در وضعیت بیش‌انگیختگی مستمری هستند. من و همکارانم این الگو را «مواجههٔ بدون احساس» می‌نامیم. (۱۲) به نظر می‌رسد اکثر مادران کودکان اجتنابی از لمس کودکانشان بیزارند. به‌سختی بچه‌هایشان را بغل می‌کنند و نگه‌شان می‌دارند؛ به‌علاوه از حالت‌های چهره و صدا نیز برای ایجاد ریتم‌های متقابل لذت‌بخش با آن‌ها استفاده نمی‌کنند.

در الگوی دیگری به نام دل‌بستگی «اضطرابی» یا «دوسوگرایانه»، کودکان دائماً با گریه، فریاد، چسبیدن یا جیغ توجه بقیه را به خودشان جلب می‌کنند: آن‌ها درحال «احساس بدون مواجهه» هستند. (۱۳) به نظر می‌رسد چنین نتیجه گرفته‌اند که بدون الم‌شنگه به‌پاکردن، قرار نیست کسی به آن‌ها توجه کند. وقتی از محل مادرشان بی‌خبرند به‌شدت ابراز ناراحتی می‌کنند؛ اما از برگشتنش تسلی‌چندانی نمی‌یابند. و هرچند ظاهراً از بودن در کنار مادرشان لذت نمی‌برند؛ اما منفعلانه و باعصبانیت چشم از او برنمی‌دارند، حتی در موقعیت‌هایی که دیگر بچه‌ها ترجیح می‌دهند بازی کنند. (۱۴)

پژوهشگران حوزه دل‌بستگی بر این باورند که این سه راهبرد دل‌بستگی «سازمان‌یافته» (ایمن، اجتنابی و اضطرابی) به‌این‌دلیل اثربخش‌اند که بهترین مراقبتی را فراهم می‌آورند که هر مراقبی قادر به ارائه آن است. کودکانی که با الگوی مراقبتی یکپارچه‌ای روبه‌رو هستند، حتی اگر این الگو با سردی عاطفی یا بی‌اعتنایی همراه باشد، می‌توانند خود را برای حفظ رابطه وفق دهند. این بدان معنا نیست که مشکلی وجود ندارد: الگوهای دل‌بستگی اغلب تا بزرگسالی با فرد می‌مانند. کودکان اضطرابی معمولاً بزرگسالانی مضطرب می‌شوند، حال آنکه کودکان اجتنابی احتمالاً به‌شکل بزرگسالانی درمی‌آیند که با احساسات خود و دیگران غریبه‌اند. (مثلاً اینکه «تنبیه بدنی خوب هیچ اشکالی ندارد. من کتک خوردم

و همین کتک خوردن باعث موفقیت امروز شد.») در مدرسه، احتمال دارد کودکان اجتنابی به بقیه زور بگویند و کودکان اضطرابی غالباً قربانیان آنها هستند. (۱۵) باوجوداین، رشد فرایندی خطی نیست و بسیاری از اتفاقات زندگی ممکن است در آن مداخله کند و این پیامدها را تغییر دهد.

اما گروه دیگری نیز وجود دارد که (افرادش) با شدت کمتری انطباق می‌یابند؛ بخش اعظمی از کودکانی که ما درمانشان می‌کنیم و میزان شایان توجهی از بزرگسالانی که در درمانگاه‌های روان‌پزشکی دیده می‌شوند جزء این گروه‌اند. حدود بیست سال پیش، مری مین و همکارانش در دانشگاه برکلی رفته‌رفته گروهی از کودکان را شناسایی کردند (نزدیک به ۱۵ درصد از مجموع شرکت‌کنندگان مطالعه‌شان) که علی‌الظاهر نمی‌دانستند چطور باید با مراقبانشان ارتباط برقرار کنند. موضوع مهمی که مشخص شد این بود که خود مراقبان منبع ناراحتی و وحشت کودک بودند. (۱۶)

در چنین اوضاعی کودکان کسی را ندارند که به او رجوع کنند و بدین‌ترتیب با دوراهی لاینحلی روبه‌رو می‌شوند؛ مادر هم‌زمان هم برای بقای کودک ضروری است و هم منشأ ترس اوست. (۱۷) کودک «نه می‌تواند به او نزدیک شود ("راهبردهای" ایمن و دوسوگرایانه)، نه می‌تواند توجهش را به چیز دیگری معطوف کند ("راهبرد" اجتنابی) و نه می‌تواند فرار کند.» (۱۸) اگر در پیش‌دبستانی یا آزمایشگاه چنین

کودکانی را زیر نظر بگیرید، خواهید دید که در زمان ورود والدینشان به اتاق به سمت او نگاه می‌کنند و فوراً سرشان را برمی‌گردانند. از آنجاکه قادر نیستند بین نزدیکی با والدین یا اجتناب از آن‌ها یکی را انتخاب کنند، ممکن است روی دست و زانو بیفتند، به نظر دچار نوعی خلسه شوند، با دست‌های بالآمده خشکشان بزند، یا اینکه برای خوش‌وبش با آن‌ها از جایشان بلند شوند؛ اما زمین بخورند. چون نمی‌دانند چه کسی بی‌خطر است و به چه کسی تعلق دارند، امکان دارد شدیداً با غریبه‌ها گرم بگیرند یا اینکه به هیچ‌کس اعتماد نکنند. مین این الگو را «دل‌بستگی آشفته» نامید. دل‌بستگی آشفته «ترس بدون راه‌حل» است. (۱۹)

آشفته‌گی در درون

والدین وظیفه‌شناس با دیدن نتایج پژوهش‌های حوزه دل‌بستگی اغلب دچار وحشت می‌شوند و نگران می‌شوند که مبادا بی‌صبری‌های مقطعی یا سهل‌انگاری‌های طبیعی‌شان در هم‌نوایی با کودکان موجب آسیب دائمی به آن‌ها شود. تردیدی نیست که در زندگی واقعی کج‌فهمی‌ها، واکنش‌های نامناسب و ناکامی در برقراری ارتباط وجود دارد. از آنجاکه پدران و مادران متوجه سرنخ‌ها نشده یا صرفاً سرگرم امور دیگری هستند، بچه‌ها اغلب به حال خود رها می‌شوند تا ببینند چطور می‌توانند خودشان را آرام کنند.

این امر تاحدی مسئله‌ساز نیست. بچه‌ها باید یاد بگیرند از پسِ ناکامی‌ها و سرخوردگی‌هایشان برآیند. کودکان با برخورداری از مراقبانی «به اندازهٔ کافی خوب» می‌آموزند که پیوندهای گسسته‌شده ترمیم‌پذیرند. موضوع اساسی این است که آیا کودکان قادرند در کنار والدین یا دیگر مراقبان‌شان احساس امنیت درونی داشته باشند یا خیر. (۲۰)

در مطالعه‌ای با موضوع الگوهای دل‌بستگی که روی بیش از ۲ هزار کودک قشر متوسط و «عادی» انجام شد، ۶۱ درصد دل‌بستگی‌ها از نوع ایمن، ۱۵ درصد از نوع اجتنابی، ۹ درصد از نوع اضطرابی (یا دوسوگرایانه) و ۱۵ درصد هم از نوع آشفته بود. (۲۱) جالب اینجاست که این مطالعه بزرگ نشان داد جنسیت و مزاج پایه‌ای تأثیر اندکی بر سبک دل‌بستگی دارد؛ مثلاً احتمال بروز دل‌بستگی آشفته در کودکان دارای مزاج «سخت» بیشتر نیست. در کودکان متعلق به گروه‌های اجتماعی - اقتصادی ضعیف‌تر که در آن‌ها والدین اغلب به دلیل بی‌ثباتی اقتصادی و خانوادگی تحت فشار شدیدی هستند، احتمال دل‌بستگی آشفته بیشتر است. (۲۲)

کودکانی که در طفولیت احساس امنیت نمی‌کنند، همچنان که بزرگ‌تر می‌شوند از حیث تنظیم خلق‌وخو و واکنش‌های هیجانی‌شان به مشکل برمی‌خورند. بسیاری از کودکان آشفته تا موقع رفتن به

مهد کودک یا پرخاشگرند یا حواس پرت و بی قید؛ به علاوه، کم کم طیفی از مشکلات روانی در آن‌ها ظاهر می‌شود. (۲۳) آن‌ها همچنین استرس فیزیولوژیکی بیشتری خواهند داشت، چیزی که در ضربان قلب، تغییرپذیری ضربان قلب (۲۴)، واکنش‌های هورمون استرس و کاهش عوامل ایمنی (۲۵) نمود پیدا می‌کند. آیا این بدتنظیمی بیولوژیکی با بلوغ کودک خودبه‌خود به شرایط عادی برمی‌گردد یا به محیطی امن می‌رود؟ تاجایی که می‌دانیم، این‌طور نیست.

سوءاستفاده والدین از کودک تنها دلیل دل‌بستگی آشفته نیست: والدینی که درگیر ترومای خودشان هستند، مثلاً سوءاستفاده خانگی یا تجاوز یا مرگ اخیر پدر و مادر یا برادر و خواهر، ممکن است به قدری از نظر هیجانی بی‌ثبات و غیرمنسجم باشند که نتوانند اسباب راحتی و مراقبت را به کودک ارائه دهد. (۲۶ و ۲۷)

اگرچه همه پدر و مادرها برای پرورش بچه‌هایی ایمن به هر کمک ممکن نیاز دارند؛ اما والدین ترومایی به‌طور ویژه برای هم‌نوایی با نیازهای کودکانشان محتاج کمک‌اند.

مراقبان اغلب اوقات نمی‌فهمند که با کودکانشان هم‌نوا نیستند. ویدئویی را به‌وضوح در یاد دارم که

بئاتریس بیبی نشانم داد. ویدئو مادر جوانی را نشان می‌داد که داشت با نوزاد سه‌ماهه‌اش بازی می‌کرد. همه چیز خوب پیش می‌رفت تا اینکه کودک عقب کشید و سرش را چرخاند تا نشان دهد به استراحت نیاز دارد. اما مادر متوجه این سرنخ نشد و تلاشش را برای سرگرم کردن او بیشتر کرد، بدین شکل که صورتش را نزدیک صورت کودک آورد و صدایش را بلندتر کرد. وقتی کودک خودش را عقب‌تر کشید، مادر به جست‌وخیز و سقلمه‌زدن به کودک ادامه داد. نهایتاً کودک شروع کرد به جیغ کشیدن و در این هنگام مادر او را زمین گذاشت و با حالتی دماغ از آنجا دور شد. معلوم بود که حس خیلی بدی دارد؛ اما صرفاً نتوانسته بود متوجه سرنخ‌های مناسب شود. تصورش ساده است که این قبیله ناهماهنگی‌ها با تکرار چندباره ممکن است رفته‌رفته موجب گسستگی مزمن شوند. (هرکس نوزاد کولیک یا بیش‌فعالی را بزرگ کرده می‌داند که وقتی ظاهراً هیچ چیز نمی‌تواند تفاوتی ایجاد کند، استرس چقدر سریع افزایش می‌یابد.) عجز دائمی در آرام کردن کودک و برقراری تعامل چهره‌به‌چهره لذت‌بخش ممکن است این تصور را در مادر ایجاد کند که با بچه بدقلقی طرف است که به او حس بی‌عرضگی می‌دهد و به همین خاطر دست از تلاش برای آرام کردنش بردارد.

در عمل تشخیص مشکلات ناشی از دل‌بستگی آشفته از مشکلات ناشی از تروما اغلب کار دشواری است: این دو عمدتاً در هم تنیده‌اند. همکارم راشل یهودا میزان پی‌تی‌اس‌دی را در عده‌ای از اهالی بزرگ‌سال نیویورک که مورد ضرب‌وشتم یا تجاوز قرار گرفته بودند، بررسی کرد. (۲۹) نرخ بروز مشکلات روانی پس از حوادث ترومایی در کسانی که مادرانشان جزء بازماندگان هولوکاست و مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی بودند به میزان درخور توجهی بیشتر بود. منطقی‌ترین توجیهی که در این خصوص می‌توان ارائه داد این است که تربیت چنین افرادی فیزیولوژی آسیب‌پذیری را برایشان به‌جا نهاده بود و همین امر احیای تعادل را پس از تجاوز برایشان سخت کرده بود. یهودا همین آسیب‌پذیری را در کودکان مادران بارداری مشاهده کرد که در آن روز سرنوشت‌ساز در سال ۲۰۰۱ در مرکز تجارت جهانی بودند. (۳۰) به همین شکل، واکنش کودکان به رویدادهای دردناک تا حد زیادی به میزان آرامش یا اضطراب والدینشان بستگی دارد. دانشجوی سابقم، گلن ساکس،^{۱۴۵} رئیس کنونی دپارتمان روان‌پزشکی کودک و نوجوان در دانشگاه نیویورک، نشان داد وقتی کودکان برای مداوای سوختگی‌های شدید در بیمارستان بستری می‌شوند، بروز پی‌تی‌اس‌دی را می‌توان با میزان امنیتی که در کنار مادرانشان احساس می‌کنند پیش‌بینی کرد. (۳۱)

میزان ایمنی دل بستگی آن‌ها به مادرانشان تعیین‌کننده مقدار مورفینی بود که برای کنترل درد به آن‌ها تزریق می‌شد؛ هرچه دل بستگی ایمن‌تر، میزان مسکن لازم کمتر.

یکی دیگر از همکارانم به نام کلود شمتاب^{۱۴۶} که ریاست برنامه پژوهشی ترومای خانوادگی را در مرکز پزشکی لانگون در دانشگاه نیویورک عهده‌دار است، ۱۱۲ نفر از کودکان نیویورکی را مطالعه کرد که بی‌واسطه شاهد حملات تروریستی یازده سپتامبر بودند. (۳۲) احتمال بروز مشکلات هیجانی درخور توجه در کودکانی که مادرانشان در پس این حادثه دچار پی‌تی‌اس‌دی و افسردگی شده بودند شش برابر بیشتر بود؛ به‌علاوه، احتمال پرخاشگری بیش از حدشان در واکنش به این تجربه یازده برابر بیشتر بود. کودکانی هم که پدرانشان پی‌تی‌اس‌دی داشتند، مشکلات رفتاری را از خود بروز دادند اما شمتاب پی برد که این تأثیر غیرمستقیم است و از راه مادر به کودک منتقل می‌شود. (زندگی با همسری تندخو، گوشه‌گیر یا وحشت‌زده ممکن است فشار روانی زیادی را روی فرد وارد آورد که افسردگی یکی از آن‌هاست.)

اگر درکی درونی از امنیت نداشته باشید، تمایز بین امنیت و خطر دشوار می‌شود. اگر همواره احساس کرختی می‌کنید، موقعیت‌های بالقوه خطرناک می‌توانند سرحالتان بیاورند. اگر به این نتیجه برسید که

لابد آدم وحشتناکی هستید (زیرا چه دلیلی دارد که پدر و مادران آن‌طور با شما برخورد کنند؟)، کم‌کم از بقیه هم انتظار خواهید داشت رفتار بدی با شما داشته باشند. احتمالاً استحقاقش را دارید و به‌هرحال کاری از دستتان برنمی‌آید. هرگاه افراد آشفته خودانگاره‌هایی این‌چنینی داشته باشند، با تجربیات بعدی دچار تروما خواهند شد. (۳۳)

تأثیرات بلندمدت دل‌بستگی آشفته

در اوایل دهه ۱۹۸۰، همکارم کارلن لاینز - روث،^{۱۴۷} پژوهشگر حوزه دل‌بستگی در دانشگاه هاروارد، از تعاملات رودرروی مادران و نوزادان در شش‌ماهگی، دوازده‌ماهگی و هجده‌ماهگی فیلم‌برداری کرد. یک بار در پنج‌سالگی کودک و بار دیگر در هفت یا هشت‌سالگی نیز فیلم این تعامل را ضبط کرد. (۳۴) همه‌شان از خانواده‌هایی با خطرپذیری بالا بودند: ۱۰۰ درصدشان زیر خط فقر قرار داشتند و تقریباً نیمی از مادران هم مطلقه بودند.

دل‌بستگی آشفته به دو شیوه متفاوت خود را نشان داد: دسته‌ای از مادران ظاهراً آن‌قدر سرگرم کارهای خودشان بودند که به بچه‌هایشان توجهی نمی‌کردند. اغلب مداخله‌جو و شرور بودند؛ یا طردشان

می‌کردند یا به‌گونه‌ای رفتار می‌کردند که گویی از کودکانشان انتظار دارند به نیازهای آن‌ها پاسخ دهند. گروه دیگری از مادران درمانده و ترسو به نظر می‌رسیدند. اغلب رفتاری احساسی و شکننده داشتند و نمی‌دانستند چطور در رابطه نقش فرد بزرگ‌سال را ایفا کنند و گویی از کودک می‌خواستند آن‌ها را آرام کند. نمی‌توانستند پس از آنکه مدتی از کودک دور بوده‌اند با او خوش‌وبش کنند یا در موقع ناراحتی بلندش کنند. البته به نظر نمی‌رسید این کارها را به عمد انجام می‌دهند؛ صرفاً بلد نبودند چگونه با کودکانشان هم‌نوا شوند و به سرخ‌هایشان پاسخ دهند، به همین خاطر نمی‌توانستند آرامشان کنند و تسکینشان دهند. مادران شرور/مداخله‌جو به احتمال زیاد در کودکی تجربه سوءاستفاده فیزیکی داشتند و/یا شاهد خشونت خانگی بودند، درحالی‌که مادران گوشه‌گیر/وابسته به احتمال زیاد سابقه سوءاستفاده جنسی داشتند یا یکی از والدینشان را از دست داده بودند (اما سوءاستفاده فیزیکی نداشتند). (۳۵)

همیشه برایم سؤال بوده که پدر و مادر چطور حاضر می‌شوند به بچه‌هایشان آزار برسانند. هرچه باشد، پرورش فرزندی سالم چیزی است که در عمق درک انسانی ما از هدف و معنا جای دارد. چه چیزی والدین را بر آن می‌دارد تا به کودکانشان صدمه بزنند یا نادیده‌شان بگیرند. پژوهش کارلن پاسخی به

این سؤال داشت: با مشاهده ویدئوها، می‌توانستم ببینم که کودکان درقبال مادران ناهماهنگشان بیش از پیش تسلی‌ناپذیر، بدعق و تودار می‌شوند. در عین حال، مادران نیز به‌شکل فزاینده‌ای در تعاملاتشان خسته، سرخورده و درمانده می‌شوند. هنگامی که مادر کودکش را نه شریکی در رابطه‌ای هم‌نوا بلکه غریبه‌ای خسته‌کننده، اعصاب‌خردکن و نامربوط می‌بیند، صحنه مہیای سوءاستفاده‌های بعدی می‌شود.

حدود هجده سال بعد، وقتی بچه‌ها تقریباً بیست‌ساله بودند، لاینز - روث مطالعه‌ی تکمیل‌کننده‌ی انجام داد تا وضعیتشان را بررسی کند. کودکانی که در هجده‌ماهگی الگوهای ارتباط هیجانی به‌شدت آشفته‌ای با مادرانشان داشتند به جوانانی تبدیل شده بودند که درکی ضعیف از خود داشتند و دچار تحریک‌پذیری خودآسیب‌رسان (مثلاً خرج کردن‌های افراطی، روابط جنسی بی‌بندوبارانه، سوءمصرف موادمخدر، رانندگی پرخطر و پرخوری)، خشم بی‌مورد و شدید و رفتارهای خودکشی مکرر بودند.

کارلن و همکارانش انتظار داشتند رفتار شرورانه/مداخله‌جویانه مادران قدرتمندترین تعیین‌کننده بی‌ثباتی روانی در فرزندان بزرگسالشان باشد؛ اما به نتیجه متفاوتی رسیدند. گوشه‌گیری هیجانی عمیق‌ترین و ماندگارترین تأثیر را بر جای گذاشت. سردی هیجانی و تغییر نقش (که در آن مادران از کودکانشان توقع مراقبت داشتند) پیوند ویژه‌ای با رفتار پرخاشگرانه بزرگسالان جوان علیه خود و دیگران داشت.

گسستگی: درک و عدم درک

لاینز - روث علاقه خاصی به پدیده گسستگی داشت، پدیده‌ای که در حس گم‌شدگی، سرشکستگی، رهاشدگی و انفصال از دنیا نمود می‌یابد؛ در این پدیده فرد خود را مطرود، توخالی، درمانده، به‌دام‌افتاده و تحت فشار می‌بیند. او رابطه‌ای «خیره‌کننده و غیرمنتظره» بین بی‌تعهدی و ناهم‌نوایی مادرانه در دو سال اول زندگی کودک و بروز علائم گسستگی در اوایل بزرگسالی پیدا کرد. لاین - روث نتیجه می‌گیرد کودکانی که به‌واقع مادرانشان آن‌ها را ندیده یا درک نکرده‌اند در معرض تبدیل‌شدن به نوجوانانی هستند که از قدرت درک و دیدن دیگران محروم‌اند. (۳۶)

کودکانی که در روابطی ایمن زندگی می‌کنند می‌آموزند هم سرخوردگی‌ها و ناراحتی‌هایشان و هم خودهای درحال رشد و علایقشان و ارجحیت‌ها و اهدافشان را با دیگران در میان بگذارند. دریافت پاسخی سمپاتیک کودکان (و بزرگسالان) را در مقابل سطوح بالاتر انگیختگی همراه با ترس حفظ می‌کند. اما اگر مراقبتان نیازهایتان را نادیده بگیرد یا از موجودیتتان متنفر باشد، عادت می‌کنید منتظر طردشدگی و گوشه‌گیری باشید.

تاجایی که می‌توانید با چشم‌پوشی از خصومت مادران یا نادیده‌انگاری‌های او با مسئله کنار می‌آیید و طوری وانمود می‌کنید که انگار این مسئله اهمیتی برایتان ندارد؛ اما بدنتان احتمالاً در حالت آماده‌باش کامل باقی می‌ماند و مہیای دفع ضربه، محرومیت یا طردشدگی است. گسستگی به معنای درک و عدم‌درک هم‌زمان است. (۳۷)

بالبی نوشت: «آنچه را نتوان با مادر یا دیگران در میان گذاشت، با خود هم نمی‌توان در میان گذاشت.» (۳۸) وقتی نمی‌توانید چیزی را که می‌دانید تحمل کنید یا قادر به حس چیزی که احساسش می‌کنید نیستید، تنها چاره‌ای که برایتان می‌ماند انکار و گسستگی است. (۳۹) احتمالاً مخرب‌ترین تأثیر بلندمدت این نوع خاموشی این است که فرد از درون احساس واقعی بودن نمی‌کند؛ این وضع را در بچه‌های درمانگاه کودکان دیدیم؛ در بین کودکان و بزرگسالانی که به مرکز تروما مراجعه می‌کنند هم شاهد این مسئله هستیم. وقتی احساس واقعی بودن نمی‌کنید، هیچ‌چیز برایتان مهم نیست؛ همین امر باعث می‌شود تا مراقبت از خودتان در مقابل خطرهای غیرممکن شود. یا شاید به‌منظور آنکه چیزی را حس کنید به راه افراط کشیده شوید، حتی ممکن است با تیغ بدنتان را ببرید یا با غریبه‌ها کتک‌کاری کنید.

پژوهش کارلن نشان داد که گسستگی در همان آغاز کار رخ می‌دهد: سوءاستفاده‌های بعدی و تروماها دیگر تأثیری در بروز علائم گسستگی در بزرگسالان جوان نداشتند. (۴۰) سوءاستفاده و تروما مسبب بسیاری از مشکلات دیگر بودند؛ اما تأثیری در گسستگی مزمن یا پرخاشگری علیه خود نداشتند. مسئله مهم و اساسی این بود که بیماران یادشده نمی‌دانستند چطور باید احساس امنیت کنند. نبود امنیت در روابط اولیه با مراقب سبب ایجاد درکی ناقص از واقعیت درونی، چسبندگی افراطی و رفتار خودآسیب‌رسان شد: فقر، تک‌والدی یا علائم روانی مادرانه بروز این علائم را پیش‌بینی نکرد.

این بدان معنا نیست که کودک‌آزاری در این مسئله نقش ندارد (۴۱)، بلکه نشان می‌دهد کیفیت مراقبت اولیه، جدای از سایر تروماها، اهمیت چشمگیری در جلوگیری از مشکلات سلامت روان دارد. (۴۲) به همین خاطر، در فرایند درمان هم باید آثار به‌جای‌مانده از رویدادهای ترومایی مشخص را بررسی کرد، هم باید به پیامدهای انعکاس‌نیافتگی، هم‌نوانشدگی و جلب‌نشدن مراقبت و محبت دائمی نیز پرداخت؛ این پیامدها عبارت‌اند از گسستگی و فقدان خودتنظیمی.

احیای هماهنگی

الگوهای اولیه دل‌بستگی نقشه‌هایی درونی را به وجود می‌آورند که روابطمان را در مسیر زندگی ترسیم می‌کنند، نه فقط از نظر انتظاراتی که از بقیه افراد داریم بلکه از نظر مقدار آسایش و لذتی که می‌توانیم از بودن در کنارشان به دست آوریم. شاید اگر اولین تجارب ای. ای. کامینگز،^{۱۴۸} شاعر، روبه‌روشدن با چهره‌هایی یخ‌زده و نگاه‌هایی خصمانه بود، نمی‌توانست چنین ابیات سرورآمیزی بسراید: «تَم را وقتی با تن توست، دوست دارم...؛ عضله‌ها را بیشتر و عصب‌ها را از آن فراتر.» (۴۳) نقشه روابط ما ثابت‌اند، در مغز هیجانی نقش بسته‌اند و صرفاً با آگاهی از نحوه ایجادشان برگشت‌پذیر نیستند. شاید پی ببرید که ترستان از برقراری رابطه‌ای صمیمی ناشی از افسردگی پس‌از زایمان مادران است یا اینکه او خودش هم در کودکی مورد آزار واقع شده است؛ اما بعید است این آگاهی به‌تنهایی راه را برای تعاملی شاد و مبتنی بر اعتماد با دیگران باز کند.

باین حال، آگاهی از این مسئله ممکن است کمکتان کند تا به‌دنبال شیوه‌های دیگری برای برقراری پیوند در روابط باشید، هم به‌خاطر خودتان و هم برای اینکه دل‌بستگی غیرایمنی را به کودکان منتقل نکنید. در بخش پنجم از طریق آموزش ریتم و هم‌سوگرایی، رویکردهایی را برای درمان سیستم‌های آسیب‌دیده هم‌نوایی بررسی خواهیم کرد. (۴۴) هماهنگی با خودمان و دیگران مستلزم یکپارچه‌سازی ادراکات

بدنی مان است، یعنی بینایی، شنوایی، لامسه و تعادل. اگر این یکپارچه‌سازی در سنین نوزادی یا اوایل کودکی رخ نداد، احتمال دارد بعدها فرد با مشکل یکپارچه‌سازی حسی مواجه شود (که به هیچ وجه فقط از راه تروما و بی‌توجهی بروز نمی‌کند).

هماهنگی یعنی هم‌صدایی از راه اصوات و حرکاتی که نشان‌دهنده پیوندند و در ضرب‌آهنگ‌های حسی روزمره‌ای از قبیل پخت‌وپز، نظافت منزل، خوابیدن و بیدارشدن نهادینه شده‌اند. هماهنگی یعنی تبادل چهره‌های بامزه و به‌آغوش کشیدن هم، ابراز شادی یا نارضایتی در لحظات درست، ردوبدل توپ، یا هم‌خوانی با یکدیگر. در مرکز تروما دوره‌های آموزشی ارتباط‌گیری و هم‌نوایی را برای والدین برگزار کرده‌ایم؛ بیمارانم شیوه‌های مختلف دیگری را هم برای هماهنگ کردن خودشان برایم گفته‌اند، از هم‌سرایی در گروه‌های کُر گرفته تا عضویت در تیم‌های بسکتبال، باندهای موسیقی جاز یا گروه‌های موسیقی مجلسی. همه این‌ها موجب پرورش حس هم‌نوایی و لذت جمعی می‌شوند.

فصل هشتم: به دام افتاده در روابط

هزینه سوءاستفاده و بی توجهی

«سفر دریایی شبانه» سفری است به بخش‌هایی جداشده، حاشاشده، ناخواسته و رانده‌شده از خودمان که به جهان‌های نهفته مختلف آگاهی تبعید شده‌اند... هدف این سفر وصال مجدد ما با خودمان است. این بازگشت ممکن است به طرز شگفت‌انگیزی دردناک و حتی بی‌رحمانه باشد. طی کردن این سفر مستلزم آن است که نخست بپذیریم چیزی را تبعید نکنیم.

۱۲۹

استیون کوپ

مریلین زنی بلندقد با چهره‌ای ورزش‌کاری در اواسط دهه سی زندگی‌اش بود که در سمت پرستار اتاق عمل در یکی از شهرهای مجاور کار می‌کرد. می‌گفت چند ماه قبل در باشگاه ورزشی‌اش با مأمور آتش‌نشانی اهل بوستون به اسم مایکل تنیس بازی کرده است. می‌گفت معمولاً از مردها دوری می‌کند؛ اما رفته‌رفته جوری با مایکل راحت شده بود که پس از مسابقه‌ها، دعوتش را برای صرف پیتزا قبول

می‌کرد. دربارهٔ تنیس، فیلم، خواهرزاده‌ها و برادرزاده‌ها حرف می‌زدند، موضوعاتی که چندان شخصی نبودند. واضح بود که مایکل از هم‌نشینی با او لذت می‌برد؛ اما مریلین با خودش گفت که مایکل واقعاً او را نمی‌شناسد.

شنبه‌شب در ماه آگوست پس از بازی تنیس و صرف پیتزا، مریلین از او دعوت کرد تا شب را در خانه‌اش بماند. تعریف می‌کرد که به محض اینکه با هم تنها شدند، حسی «دَرم و تصنعی» داشته است. به خاطر دارد که از او خواست خیلی به خودش فشار نیاورد؛ اما از آنچه بعدش رخ داده بود، چیز یادی یادش نمی‌آمد. پس از چند لیوان نوشیدنی و تماشای تکرار سریال نظم و قانون،^{۱۵۰} ظاهراً هر دو روی تخت مریلین خوابشان برد. حدود ساعت دوی نیمه‌شب، مایکل در خواب غلت زد. وقتی مریلین تماس پوست مایکل را با خودش حس کرد، از کوره در رفت. درحالی که داشت با مشت می‌کوبیدش، چنگ می‌انداخت و گازش می‌گرفت، فریاد می‌کشید: «حروم‌زاده، حروم‌زاده!» مایکل که یکه‌خورده از خواب برخاسته بود، وسایلش را برداشت و فرار کرد. پس از رفتن مایکل، مریلین، حیرت‌زده از آن اتفاقات، چندین ساعت روی تختش نشست. عمیقاً احساس حقارت می‌کرد و بابت کارش از خودش متنفر بود. حالا پیش من آمده بود تا برای ترسش از مردان و حملات خشم توجیه‌ناپذیرش کمکش کنم.

تجربه کار با کهنه‌سربازان به من آموخته بود تا به قصه‌های دردناکی مثل قصه مریلین گوش بدهم، بدون اینکه سعی کنم بلافاصله پیرم وسط و مشکل را حل کنم. اغلب اوقات درمان با رفتاری توجیه‌ناپذیر آغاز می‌شود: حمله به کسی در نیمه‌های شب، احساس وحشت‌زدگی وقتی کسی مستقیماً به شما نگاه می‌کند، خود را غرق خون یافتن پس از اینکه با خرده‌شیشه‌ای خودتان را زخمی کرده‌اید، یا بالاآوردن عمدی همه وعده‌های غذایی. برملاشدن واقعیت پشت این علائم به حوصله و زمان نیاز دارد.

وحشت و بی‌حسی

همین‌طور که حرف می‌زدیم، مریلین گفت مایکل نخستین مردی بوده که طی بیش از پنج سال اخیر به خانه‌اش آمده؛ اما اولین باری نبوده که وقتی مردی شب را با او گذرانده، کنترلش را از دست داده است. اظهار می‌داشت که وقتی با مردی تنها می‌ماند، همیشه مضطرب و حواس‌پرت می‌شود و مواقع دیگری هم بوده که در آپارتمان‌ش «به هوش» می‌آمد و می‌دید در گوشه‌ای کز کرده؛ اما دقیق به خاطر نمی‌آورد چه اتفاقی افتاده است.

علاوه بر این، مریلین می‌گفت احساس می‌کند فقط «برای رفع تکلیف» دارد زندگی می‌کند. به جز

موقعی که در باشگاه تنیس بازی می‌کرد یا سر کارش در اتاق عمل بود، معمولاً بی‌حسی به او دست می‌داد. چند سال قبل‌تر فهمیده بود که می‌تواند با خراشیدن خودش با تیغ، بی‌حسی‌اش را برطرف کند؛ اما وقتی دیده بود برای تسکین یافتن دارد خودش را عمیق‌تر می‌برد و به دفعات بیشتری این کار را می‌کند، ترسیده بود. الکل را هم امتحان کرده بود؛ اما الکل او را یاد پدرش و رفتار خارج از کنترلش می‌انداخت که باعث می‌شد حس تنفرآمیزی درباره‌ی خودش داشته باشد. برای همین، هر وقت می‌توانست، به جایش دیوانه‌وار تنیس بازی می‌کرد. تنیس حس سرزندگی به او می‌داد.

وقتی درباره‌ی گذشته‌اش از او پرسیدم، گفت که حدس می‌زند «حتماً» کودکی شادی داشته؛ اما چیز زیادی مربوط به قبل از دوازده سالگی یادش نمی‌آمد. می‌گفت نوجوان کم‌رویی بوده تا اینکه در شانزده سالگی مشاجره‌ی شدیدی با پدر الکی‌اش داشته و از خانه فرار کرده است. به‌سختی وارد کالج محلی شد و بدون کمک والدینش مدرک پرستاری گرفت. از اینکه در خلال این مدت با این و آن خوابیده بود، احساس شرمندگی می‌کرد. این کار را «جست‌وجو برای عشق در جاهای اشتباهی» توصیف می‌کرد.

طبق روالی که با بیماران جدیدم داشتم، از مریلین خواستم یک نقاشی خانوادگی بکشد و هنگامی که

نقاشی‌اش را دیدم، تصمیم گرفتم تندروی نکنم. مسمماً خاطرات وحشتناکی در سرش بود؛ اما نمی‌توانست به خودش اجازه دهد چیزی را که نقاشی‌اش برملا می‌کرد، بپذیرد. بچه وحشی و ترسیده‌ای را کشیده بود که در چیزی شبیه قفس به دام افتاده بود و نه‌تنها سه هیكل ترسناک که یکی‌شان چشم نداشت، تهدیدش می‌کردند. با این‌همه این زن می‌گفت «حتماً» بچگی شادی داشته است.

دبلیو. اچ. آدن، ^{۱۵۱} شاعر، می‌نویسد:

حقیقت نیز همچون عشق و خواب از روش‌هایی که زیاده شدیدند متنفر است. (۱)

من این را قانون آدن می‌نامم و هم‌سو با آن، تعمداً مریلین را مجبور نکردم تا چیزی را که به خاطر می‌آورد، برایم بگوید. در واقع آموخته‌ام که دانستن تمامی جزئیات ترومای بیمار اهمیتی ندارد. نکته اساسی آن است که بیماران خودشان باید پیام‌وزند احساسات و دانسته‌هایشان را تحمل کنند. این کار ممکن است هفته‌ها یا حتی سال‌ها طول بکشد. تصمیم گرفتم در ابتدای درمان مریلین به عضویت در گروه درمانی جاافتاده‌ای دعوتش کنم، جایی که می‌توانست پیش‌از رودرروشدن با سوءظن و شرم و

خشمش، پشتیبانی و استقبال بقیه را جلب کند.

مطابق انتظار، مریلین در اولین جلسه گروه با حالتی وحشتزده حاضر شد، درست مثل همان دختری که در نقاشی خانوادگی‌اش کشیده بود. گوشه‌گیر بود و با کسی ارتباط برقرار نکرد. این گروه را به این خاطر انتخاب کرده بودم که اعضایش همیشه کمک‌کننده بودند و افرادی را که بر اثر ترسشان قادر به حرف‌زدن نبودند، با آغوش باز می‌پذیرفتند. به تجربه می‌دانستند که پرده‌برداشتن از رازها فرایندی تدریجی است. اما این بار شگفت‌زده‌ام کردند و سؤالات بی‌جای زیادی درباره زندگی عاشقانه مریلین پرسیدند؛ به طوری که مرا یاد دختر کوچولوی داخل نقاشی انداختند که مورد هجوم قرار گرفته بود. در واقع انگار مریلین سهواً در این گروه عضو شده بود تا گذشته ترومایی‌اش را تکرار کند. برای کمک پا پیش گذاشتم تا حدود مرزهای خاصی را برای آنچه باید بگوید، تعیین کند. او هم رفته‌رفته آرام‌تر شد.

سه ماه بعد مریلین به اعضای گروه گفت در مسیر مترو به مطب من چندین بار روی پیاده‌رو سکندری خورده و افتاده است. نگران بود مبادا بینایی‌اش رو به ضعف باشد. بار دیگر به نقاشی و پسر بچه وحشی با آن چشمان گنده و وحشت‌زده فکر کردم. آیا نوعی «واکنش تبدیلی» بود که در آن بیمار تعارضاتش را با ازدست‌دادن عملکرد بخشی از بدنش بیان می‌کند؟ بسیاری از سربازان هر دو جنگ جهانی دچار معلولیت‌هایی شده بودند که نمی‌شد به جراحات‌های فیزیکی نسبتشان داد. خودم هم نمونه‌هایی از «نابینایی هیستریک» را در مکزیک و هند دیده بودم.

بالین‌حال، در جایگاه پزشک قصد نداشتم بدون ارزیابی بیشتر نتیجه بگیرم که این ضعف بینایی «تماماً به سرش» مربوط می‌شود. ارجاعش دادم به همکارانم در درمانگاه چشم و گوش ماساچوست و از آنان خواستم معاینه کاملاً دقیقی از چشمش انجام دهند. چند هفته بعد نتیجه آزمایش‌ها آمد. مریلین دچار لوپوس اریتماتوز در شبکیه چشمش شده بود، نوعی بیماری خودایمنی که داشت بینایی‌اش را ضعیف می‌کرد و نیازمند درمان فوری بود. شوکه شده بودم: آن سال مریلین سومین بیماری بود که به ظن خودم سابقه سوءاستفاده جنسی خانوادگی داشت و سپس به بیماری خودایمنی مبتلا شده بود، بیماری‌ای که در آن بدن به خودش حمله می‌کند.

پس از حصول اطمینان از ارائه مراقبت‌های پزشکی مناسب به مریلین، با دو تن از همکاران روان‌پزشکم در بیمارستان عمومی ماساچوست، اسکات ویلسون^{۱۵۲} و ریچارد کرا دین^{۱۵۳} که اداره آزمایشگاه ایمن‌شناسی را بر عهده داشتند، صحبت کردم. داستان مریلین را برایشان تعریف کردم، تصویری را که کشیده بود نشان‌شان دادم و از آن‌ها خواستم در پژوهشی با من همکاری کنند. آن‌ها هم سخاوتمندانه وقت خود و هزینه‌های زیاد معاینات کامل ایمن‌شناسی را به این مطالعه اختصاص دادند. گروهی دوازده نفره از زنانی را که سابقه سوءاستفاده جنسی خانوادگی داشتند و هیچ دارویی مصرف نمی‌کردند به اضافه دوازده زن دیگر را که هرگز دچار تروما نشده و دارو هم مصرف نکرده بودند - گروه کنترلی که یافتنش به‌طور شگفت‌انگیزی دشوار بود - جمع کردیم. (مریلین جزو مطالعه‌مان نبود. به‌طور کلی از بیماران درمانگاه‌مان برای شرکت در کارهای پژوهشی استفاده نمی‌کنیم.)

پس از تکمیل مطالعه و تحلیل داده‌ها، ریچارد گزارش داد که نسبت آر.ای به آر.اُ سلول سی‌دی^{۱۵۴} ۴۵ در بازماندگان روابط جنسی خانوادگی در مقایسه با همتایان غیرترومایی‌شان ناهنجاری‌هایی را نشان می‌دهد. سلول‌های سی‌دی ۴۵، «سلول‌های حافظه‌ای» دستگاه ایمنی بدن هستند. بعضی‌هایشان که سلول‌های آر.ای نام دارند بر اثر مواجهه با مواد سمی از قبل فعال شده‌اند و سریعاً به تهدیدات

محیطی‌ای که قبلاً با آن‌ها برخورد داشته‌اند واکنش نشان می‌دهند. در مقابل، سلول‌های آر.اُ برای چالش‌های جدید ذخیره می‌شوند. این سلول‌ها برای مقابله با تهدیداتی فعال می‌شوند که بدن پیش‌از این مواجهه‌ای با آن‌ها نداشته است. نسبت آر.ای به آر.اُ تعادل بین سلول‌هایی است که مواد سمی شناخته‌شده را تشخیص می‌دهند و سلول‌هایی که منتظر فعال‌سازی اطلاعات جدید می‌مانند. در بیماران دارای سابقهٔ روابط جنسی خانوادگی، نسبت سلول‌های آر.ای که آمادهٔ یورش‌اند بیشتر از سطح طبیعی است. این مسئله حساسیت سیستم ایمنی بدن را به تهدید بی‌جهت افزایش می‌دهد؛ در نتیجه، در جایی که ضرورت ندارد سیستم ایمنی بدن خودش را آمادهٔ دفاع می‌کند، حتی وقتی این کار به معنای حمله به خود سلول‌های بدن باشد.

نتایج مطالعه نشان داد که در سطحی عمیق‌تر، بدن این قربانیان نمی‌تواند به‌درستی بین خطر و امنیت تمایز قائل شود. به بیان دیگر، آثار به‌جای‌مانده از ترومای گذشته فقط به برداشت‌های تحریف‌شده‌ای از اطلاعات حاصل‌شده از بیرون منحصر نمی‌شود و خود ارگانیزم هم نمی‌داند چطور باید احساس امنیت داشته باشد. گذشته نه‌تنها ذهن و سوءتعبیرشان از رویدادهای بی‌خطر (مثل وقتی که مریلین به مایکل حمله کرد چون تصادفاً در خواب با او تماس داشته بود)، بلکه هستهٔ وجودی‌شان را نیز تحت‌تأثیر قرار

می‌دهد؛ یعنی امنیت بدن‌هایشان را. (۲)

نقشه پاره جهان

مردم چگونه می‌فهمند چه چیز امن و چه چیز ناامن است؟ چه چیز داخل و چه چیز خارج است؟ در مقابل چه چیزی باید مقاومت کرد و چه چیزی را می‌توان با اطمینان خاطر پذیرفت؟ بهترین راه برای پی‌بردن به تأثیر کودک‌آزاری و بی‌توجهی، گوش‌دادن به درس‌هایی است که افرادی همچون مریلین می‌توانند به ما بیاموزند. وقتی شناخت بهتری از او به دست آوردم، یکی از چیزهایی که مشخص شد این بود که دیدگاه منحصربه‌فردی درباره نحوه عملکرد جهان داشت.

وقتی بچه هستیم زندگی را در مرکزیت عالم خودمان آغاز می‌کنیم، جایی که همه اتفاقات را از منظر خودبینانه تفسیر می‌کنیم. اگر والدین یا پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها مرتب بگویند ما بانمک‌ترین و خوش‌مزه‌ترین خلقت دنیاییم، در قضاوتشان تردید نمی‌کنیم؛ حتماً همین‌طور هستیم. در عمق وجودمان، صرف‌نظر از چیزهای دیگری که درباره خودمان می‌فهمیم، این حس را همراه خواهیم داشت: که اساساً ستودنی هستیم. در نتیجه، اگر بعدها با کسی بگردیم که رفتار بدی با ما داشته باشد خشمگین

می‌شویم. به دل نمی‌نشیند: رفتار آشنایی نیست؛ با خانه فرق دارد. اما اگر در کودکی مورد سوءاستفاده و بی‌توجهی قرار گرفته باشیم یا در خانواده‌ای بزرگ شده باشیم که در آن تمایلات جنسی مورد تنفر است، نقشه‌ی درونی‌مان حاوی پیام متفاوتی خواهد بود. درکی که از خود داریم با حقارت و اهانت همراه است و احتمالش بیشتر است که فکر کنیم «او مرا خوب می‌شناسد» و نتوانیم در صورت بدرفتاری‌اش، دهان به اعتراض باز کنیم.

گذشته‌ی مریلین دیدگاهش را به هرگونه رابطه‌ای تحت‌تأثیر قرار داده بود. باور داشت مردان هیچ اعتنایی به احساسات دیگران ندارند و هرطور بخواهند قسر درمی‌روند. به زنان هم نمی‌شد اعتماد کرد. آن‌قدر ضعیف‌اند که نمی‌توانند از حق خودشان دفاع کنند و بدنشان را به مردان می‌فروشند تا از آن‌ها مراقبت کنند. اگر به دردسر بیفتید، برای کمک کردن قدمی بر نمی‌دارند. این جهان‌بینی در برخورد مریلین با همکارانش در محل کار خود را نشان می‌داد: به انگیزه‌های هرکسی که با او مهربانی می‌کرد سوءظن داشت و با کوچک‌ترین انحرافشان از مقررات پرستاری، آنان را به چالش می‌کشاند. و اما خودش: تصور می‌کرد آدم بدذاتی است، شخصی اساساً سمی که باعث می‌شد اتفاقات بدی برای اطرافیانش بیفتد.

وقتی برای اولین بار با بیمارانی مثل مریلین روبه‌رو شدم، عادت داشتم طرز تفکرشان را به چالش بکشم

و سعی می‌کردم کمکشان کنم دید مثبت‌تر و انعطاف‌پذیرتری به جهان داشته باشند. یک روز زنی به اسم کیتی روشنم کرد. یکی از اعضای گروه بابت خرابی ماشینش دیر به جلسه رسیده بود و کیتی فوراً خودش را سرزنش کرد: «هفته قبل دیدم ماشینت چقدر لکنه است. می‌دانستم باید می‌گفتم با من بیایی.» خودسرزنشی‌اش تاحدی شدت گرفت که در عرض چند دقیقه بعدش داشت مسئولیت سوءاستفاده جنسی خودش را هم می‌پذیرفت: «خودم این بلا را سر خودم آوردم: هفت سالم بود و عاشق پدرم بودم. می‌خواستم دوستم داشته باشد و کاری را که از من خواسته بود انجام دادم. تقصیر خودم بود.» آمدم دل‌داری‌اش بدهم و گفتم: «دست بردار، تو فقط یک دختر کوچولو بودی؛ وظیفه پدرت بود که حدومرزها را رعایت کند.» کیتی به‌طرفم برگشت و گفت: «می‌دانی بسِل، می‌فهمم چقدر برایت مهم است که درمانگر خوبی باشی؛ برای همین وقتی اظهارنظرهای احمقانه‌ای مثل این می‌کنی، معمولاً خیلی از تو تشکر می‌کنم. به‌هرحال، من بازمانده آزار جنسی خانوادگی‌ام. یاد گرفته‌ام حواسم به نیازهای مردان بالغ و بی‌اعتبار باشد. اما بعد از دو سال آن‌قدر به تو اعتماد دارم که بگویم این اظهارنظرها حالم را بد می‌کند. بله، درست است؛ ناخودآگاه خودم را برای اتفاقات بدی که برای اطرافیانم می‌افتد سرزنش می‌کنم. می‌دانم منطقی نیست و از این بابت واقعاً حس احمقانه‌ای دارم؛ اما دست خودم نیست. وقتی سعی می‌کنی قانعم کنی که منطقی‌تر باشم، فقط حس تنهایی و انزوایم بیشتر

می‌شود. این کارَت نشان می‌دهد که حسم اشتباه نیست و هیچ‌کس در هیچ‌جای دنیا نخواهد فهمید دارم چه می‌کشم.»

از صمیم قلب به‌خاطر بازخوردش از او تشکر کردم و از آن زمان به بعد سعی کرده‌ام به بیمارانم نگویم حسی را که دارند رها کنند. کیتی به من آموخت که وظیفه‌ای بزرگ‌تر دارم: باید کمکشان کنم تا نقشه‌ی درونی جهانشان را بازسازی کنند.

همان‌طور که در فصل قبل گفتم، محققان حوزه‌ی دل‌بستگی نشان داده‌اند که وظیفه‌ی اولین مراقبانمان فقط به این‌ها ختم نمی‌شود: غذا دادن، لباس‌پوشاندن و آرام‌کردنمان در زمان ناراحتی؛ آن‌ها در شکل‌گیری برداشتی که مغزِ سریعاً در حال رشد ما از واقعیت دارد نیز نقش دارند. تعاملات ما با مراقبانمان به ما می‌فهماند که چه چیز امن و چه چیز خطرناک است: می‌توانیم به چه کسی اعتماد کنیم و چه کسی ناامیدمان می‌کند؛ برای تحقق خواسته‌هایمان باید چه کار کنیم. این اطلاعات در تاروپود مدار مغزی ما نهادینه می‌شود و الگویی را شکل می‌دهند که با آن درباره‌ی خود و جهان اطرافمان فکر می‌کنیم. این نقشه‌های درونی به‌طرز چشمگیری در طول زمان ثابت باقی می‌مانند.

البته این بدان معنا نیست که نتوان این نقشه‌ها را به کمک تجربه تغییر داد. رابطه عاشقانه‌ای عمیق، به‌ویژه در ایام جوانی که مغز بار دیگر وارد دوره‌ای از تغییر تصاعدی می‌شود، واقعاً می‌تواند متحولمان کند. تولد فرزند هم می‌تواند همین کار را انجام دهد؛ چون نوزادان می‌توانند شیوه عشق‌ورزیدن را به ما بیاموزند. بزرگسالانی که در کودکی مورد سوءاستفاده یا بی‌توجهی قرار گرفته‌اند، هنوز هم می‌توانند زیبایی صمیمت و اعتماد متقابل را یاد بگیرند یا تجربه معنوی عمیقی داشته باشند که عالم بزرگ‌تری را به رویشان بگشاید. در مقابل، تجاوز یا تعرض در بزرگسالی ممکن است به حدی نقشه‌های سابقاً دست‌نخورده کودکی را مخدوش کند که تمامی راه‌ها به‌سوی وحشت و یأس تغییر مسیر دهند. چنین واکنش‌هایی منطقی نیستند و بنابراین صرفاً با اصلاح باورهای منطقی نمی‌توان تغییرشان داد. نقشه‌های جهان ما در مغز هیجانی رمزگذاری شده‌اند و تغییر آن‌ها به معنای لزوم سازمان‌دهی مجدد آن بخش از دستگاه عصبی مرکزی است، موضوعی که در بخش درمانی این کتاب به آن خواهیم پرداخت.

باوجوداین، توانایی در شناخت افکار و رفتارهای غیرمنطقی گام اول مفیدی است. افرادی مثل مریلین اغلب پی می‌برند که تصوراتشان با تصورات دیگر دوستانشان فرق می‌کند. اگر خوش‌شانس باشند، دوستان و همکارانشان زبانی، و نه عملی، به آنان خواهند گفت که بی‌اعتمادی و خودبیزاری آن‌ها

همکاری را دشوار می‌کند. اما این امر به‌ندرت رخ می‌دهد و تجربهٔ مریلین نمونه‌ای از آن بود: پس از حمله‌اش به مایکل، مطلقاً هیچ علاقه‌ای به احیای رابطه‌اش نداشت و بنابراین هم از دوستی با مایکل محروم شد و هم هم‌بازی دل‌خواه تنیسیش را از دست داد. در چنین مقاطعی است که افراد باهوش و شجاعی مثل مریلین که با وجود شکست‌های متوالی کنجکاوی و عزمشان را حفظ می‌کنند، به‌دنبال کمک می‌گردند.

به‌طور کلی، مغز منطقی می‌تواند بر مغز هیجانی پیشی بگیرد، البته مادامی که ترس بر ما مسلط نشود. (مثلاً ترسی که از اشارهٔ پلیس دارید فوراً به قدردانی تبدیل می‌شود، وقتی که مأمور هشدار می‌دهد جلوتر تصادفی رخ داده است.) اما لحظه‌ای که حس به‌دام‌افتادگی، عصبانیت یا طردشدگی به ما دست می‌دهد، مستعد فعال‌سازی نقشه‌های قدیمی و پیروی از مسیرهایش هستیم. تغییر وقتی آغاز می‌شود که یاد بگیریم «صاحب» مغزهای هیجانی‌مان باشیم. یعنی اینکه بیاموزیم ادراکات دل‌خراش و غم‌انگیزی را که حاکی از تیره‌بختی و تحقیرند، مشاهده و تحمل کنیم. آشتی با هیجاناتی که نقشه‌هایمان را ثابت و تغییرناپذیر نگه می‌دارند، به‌جای محوکردنشان، فقط زمانی میسر است که قادر به تحمل رویدادهای درونی‌مان باشیم.

یادگیری به یادآوری

حدوداً یک سال از عضویت مریلین در گروه گذشته بود که عضو دیگری به نام مری اجازه گرفت تا دربارهٔ اتفاقی که در سیزده سالگی برایش افتاده بود، حرف بزند. کارش نگهبانی در زندان بود و با زن دیگری درگیر رابطهٔ سادومازوخیستی^{۱۵۵} شده بود. می‌خواست اعضای گروه پیشینه‌اش را بدانند به این امید که به واکنش‌های افراطی‌اش، مثلاً تمایلش به خاموشی یا عصبانیت در پاسخ به کوچک‌ترین تحریک، شکیبایی بیشتری به خرج دهند.

درحالی که به سختی داشت کلمات را بر زبان می‌آورد، گفت یک شب در سیزده سالگی، برادر بزرگ‌ترش به همراه گروهی از دوستانش به او تجاوز کرده‌اند. این تجاوز موجب حاملگی‌اش شد و مادرش روی میز آشپزخانه‌شان بچه‌اش را سقط کرد. اعضای گروه با حساسیت به گفته‌های مری گوش کردند و در بین گریه‌هایش دلداری‌اش دادند. عمیقاً تحت‌تأثیر همدلی‌شان قرار گرفته بودم. طوری به مری دلداری می‌دادند که حتماً خودشان هم دوست داشتند وقتی اولین بار با ترومایشان روبه‌رو می‌شدند، یکی آرامشان کرده بود.

با تمام شدن وقت جلسه، مریلین درخواست کرد تا در صورت امکان چند دقیقه درباره تجربه‌اش از این جلسه حرف بزند. اعضای گروه موافقت کردند و او گفت: «حالا که این قصه را شنیده‌ام، نمی‌دانم آیا ممکن است من هم مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته باشم یا نه.» دهانم از تعجب باز مانده بود. براساس نقاشی‌ای که از خانواده‌اش کشیده بود، همیشه تصور می‌کردم لاقل تاحدی می‌داند که قضیه همین‌طور است. مثل یک قربانی سوءاستفاده جنسی خانوادگی با مایکل برخورد کرده بود و همیشه به‌گونه‌ای رفتار می‌کرد که انگار جهان جای ترسناکی است.

با این‌همه، به‌رغم اینکه تصویر دختری را کشیده بود که مورد آزار جنسی قرار گرفته، خودش یا دست‌کم خود شناختی و کلامی‌اش، هیچ ایده‌ای نداشت که چه اتفاقی واقعاً بر سرش آمده بود. سیستم ایمنی، ماهیچه‌ها و سیستم ترس بدنی‌اش همگی وقایع را ثبت کرده بودند؛ اما ذهن خودآگاهش فاقد داستانی بود که بتواند این تجربه را به زبان آورد. ترومایش را در زندگی بازآفرینی کرده بود؛ اما روایتی نداشت تا به آن رجوع کند. همان‌گونه که در فصل دوازدهم خواهیم دید، حافظه ترومایی به‌شکل‌های پیچیده‌ای با یادآوری عادی تفاوت دارد و لایه‌های متعددی از ذهن و مغز را درگیر خود می‌کند.

با تلنگری که از داستان مری خورده بود و متأثر از کابوس‌های پس‌از این ماجرا، مریلین درمان

انفرادی‌اش را با من آغاز کرد و کم‌کم با گذشته‌اش روبه‌رو شد. در ابتدا موجی از وحشت شدید و بی‌دلیل سراغش آمد. چندین هفته سعی کرد فرایند درمان را متوقف کند؛ اما وقتی دید دیگر نمی‌تواند بخوابد و مجبور است از سر کار مرخصی بگیرد، جلسات درمانی را ادامه داد. طبق چیزی که بعدها به من گفت: «تنها معیارم برای تعیین خطرآفرینی یک موقعیت این احساس است که "اگر از آنجا بیرون نروم، به کشتنم می‌دهد."»

به‌مرور شگردهای آرام‌سازی را به مریلین یاد دادم، مثلاً تنفس عمیق (دم بازدم، دم بازدم، شش بار در دقیقه) و توجه هم‌زمان به تأثیرش در بدن. این کار را با فشاردادن نقاط طب‌فشاری همراه کردم که باعث می‌شد دچار اضطراب نشود. روی ذهن‌آگاهی هم کار کردیم: یادگیری سرزنده نگه‌داشتن ذهن و در عین حال اجازه به بدن برای درک احساساتی که مریلین از آن‌ها وحشت داشت، او را قادر ساخت تا به‌جای اینکه فوراً مورد هجوم احساسات قرار گیرد، عقب بایستد و شاهد تجربه‌اش باشد. سعی کرده بود با الکل و ورزش آن احساسات را فروکش کند یا از میان ببرد؛ اما حالا رفته‌رفته به‌قدر کافی حس امنیت می‌کرد تا به خاطر آورد در کودکی چه اتفاقاتی برایش افتاده بود. وقتی مالکیت ادراکات فیزیکی‌اش را بازیافت، کم‌کم توانست به تمایز بین گذشته و زمان حال پی ببرد: حالا اگر در نیمه‌های شب

سایش پای کسی را با بدنش حس می‌کرد، شاید می‌توانست پی ببرد که پای مایکل است، پای هم‌بازی خوش‌قیافهٔ تنیس که مریلین خودش او را به آپارتمان‌اش دعوت کرده بود. آن پا مال فرد دیگری نبود و تماسش با بدن مریلین بدین معنا نبود که یکی سعی می‌کرد آزارش دهد. این آرامش به او امکان داد تا اکنون با تمام وجود و به‌صورت فیزیکی، بداند که زنی ۳۴ ساله است، نه دختری کوچک.

نهایتاً وقتی مریلین کم‌کم به خاطراتش دسترسی پیدا کرد، این خاطرات به‌شکل فلش‌بک‌های کاغذهای دیواری اتاق‌خواب کودکی‌اش ظاهر شدند. فهمید که هنگام تجاوز پدرش به او در هشت‌سالگی، روی همین چیزها تمرکز کرده بود. آزار جنسی مریلین فراتر از چیزی که تحملش را داشت ترسانده بود؛ به همین خاطر مجبور شده بود این رویداد را از بانک حافظه‌اش خارج کند. به‌هرحال، باید همچنان با مردی که به او تجاوز کرده بود، یعنی پدرش، زندگی می‌کرد. مریلین به یاد دارد که به مادرش پناه آورده بود؛ اما وقتی به‌سمت مادرش دوید و سعی کرد با فروبردن صورتش در دامن مادر خودش را پنهان کند، مادرش با بی‌ رغبتی بغلش کرد. مادرش گاهی اوقات ساکت می‌ماند و در بقیهٔ مواقع هم فریاد می‌کشید یا با عصبانیت مریلین را بابت «عصبانی‌کردن بابا» سرزنش می‌کرد. کودک وحشت‌زده کسی را نیافت تا از او مراقبت کند و به او قدرت و سرپناه بدهد.

همان‌طور که رولند سامیت^{۱۵۶} در مطالعه کلاسیک سندروم سازگاری با سوءاستفاده جنسی کودک^{۱۵۷} نوشت: «پذیرش، ارباب، بدنام‌سازی، انزوا، درماندگی و خودسرزنی به واقعیت ترسناکی وابسته است که به سوءاستفاده جنسی کودکی مربوط می‌شود. هم‌دستی بزرگسالان و سکوت و ناباوری آن‌ها نیز موجب می‌شود تا هر تلاشی ازسوی کودک برای افشای راز بی‌اثر بماند. "نگران این چیزها نباش؛ این چیزها توی خانواده ما اتفاق نمی‌افته." "چطور می‌تونی چنین فکر وحشتناکی تو سرت داشته باشی؟" "دیگه نذار هیچ‌وقت چنین چیزی رو ازت بشنوم!" کودک معمولی هرگز نه سؤال می‌کند و نه چیزی می‌گوید.» (۳)

هنوز هم بعد از چهل سال اشتغال به این کار وقتی بیماران درباره کودکی‌شان برایم حرف می‌زنند، همیشه با خودم می‌گویم: «باور نکردنی است.» آن‌ها هم اغلب مثل من به سختی باورشان می‌شود. والدین چطور می‌توانند این شکنجه و وحشت را در حق فرزند خودشان روا دارند؟ عده‌ای از بیماران هنوز اصرار دارند که احتمالاً این ماجراها را از خودشان درآورده‌اند یا اینکه دارند مبالغه می‌کنند. همه‌شان بابت اتفاقی که برایشان رخ داده خجالت می‌کشند و خودشان را سرزنش می‌کنند. از یک منظر بر این باورند که این اتفاقات بد به این علت بر سرشان آمده که آدم‌های بدی بوده‌اند.

مربلین حالا توضیح می‌داد که در جایگاه کودکی بی‌دفاع چگونه یاد گرفته بود خاموش شود و از آنچه از او خواسته شده تبعیت کند. این کار را با ناپدید کردن خودش انجام می‌داد: به محض اینکه صدای قدم‌های پدرش را در راهروی منتهی به اتاق خوابش می‌شنید، «سرش را در ابرها فرومی‌برد». یکی دیگر از بیمارانم که تجربه مشابهی داشت، تصویری کشید که طرز کار این فرایند را نشان می‌دهد. وقتی پدرش بدن او را لمس می‌کرد، خودش را ناپدید می‌کرد: زیر سقف اتاق معلق می‌ماند و دختر کوچولوی دیگری را روی تخت می‌دید. (۴) خوش‌حال بود که آن دختر واقعاً خودش نیست. دختری دیگری بود که داشت مورد تعرض قرار می‌گرفت.



نگاه کردن به این سرهایی که به واسطه مهی نفوذناپذیر از بدن هایشان جدا شده بودند، به واقع چشمانم را به روی تجربه گسستگی باز کرد، پدیده‌ای که در بین قربانیان زنای با محارم این قدر شایع است. خود مریلین بعدها فهمید که در بزرگسالی هم وقتی در موقعیتی جنسی قرار می‌گرفت، باز هم زیر سقف اتاق معلق می‌شد. طی دوره‌ای که فعالیت جنسی بیشتری داشته بود، هم خواب‌هایش گهگاهی می‌گفتند روی تخت کارش شگفت‌انگیز بوده، طوری که به زور می‌شد شناختش. حتی حرف زدنش هم عوض شده بود. او معمولاً یادش نمی‌آمد چه اتفاقی افتاده بود؛ اما گاهی عصبانی و پر خاشگر می‌شد. چون

نمی‌دانست به لحاظ جنسی واقعاً کیست، رفته‌رفته از این قییل ارتباط‌ها کلاً دست کشید تا زمانی که با مایکل آشنا شد.

تفر از خانه

کودکان در انتخاب والدین اختیاری ندارند؛ این را هم نمی‌دانند که ممکن است پدر و مادرهایشان به‌قدری افسرده، عصبانی یا حواس‌پرت باشند که نتوانند به وقتش مہیای کمک به آن‌ها باشند یا اینکه شاید رفتار والدین ارتباط چندانی با آن‌ها نداشته باشد. کودکان چاره‌ای ندارند جز اینکه خودشان را برای دوام‌آوردن در خانواده‌های فعلی‌شان سازمان‌دهی کنند. آن‌ها، برخلاف بزرگ‌سالان، مرجع دیگری ندارند که برای کمک به‌طرفش بروند؛ والدین مرجعشان هستند. نمی‌توانند آپارتمان اجاره کنند یا با فرد دیگری هم‌خانه شوند: بقایشان عیناً به مراقبان‌شان بستگی دارد.

کودکان تصور می‌کنند اگر با معلمشان درباره کتک‌خوردن یا آزار جنسی‌شان حرف بزنند، تنبیه می‌شوند، حتی اگر صریحاً تهدید نشده باشند. در عوض، انرژی‌شان را بر فکر نکردن به آن اتفاق و احساس نکردن آثار وحشت و هراسی که در بدنشان مانده متمرکز می‌کنند. از آنجاکه تحمل آگاهی‌یافتن از تجربه‌شان را

ندارند، نمی‌توانند پی ببرند که خشم، وحشت یا فروپاشی‌شان هم با آن تجربه در ارتباط است.

حرف نمی‌زنند؛ عمل می‌کنند و با عصبانیت، خاموشی، فرمان‌برداری یا تمرد با احساساتشان کنار می‌آیند.

علاوه بر این، کودکان طوری از پیش برنامه‌ریزی شده‌اند تا اساساً به مراقبان‌شان وفادار باشند، حتی اگر آن‌ها ازشان سوءاستفاده کنند. وحشت نیاز به دل‌بستگی را افزایش می‌دهد، حتی اگر منشأ تسکین هم‌زمان منشأ وحشت هم باشد. هرگز کودک زیر ده سال را ندیده‌ام که در خانه شکنجه شده باشد (و این امر از شکستگی استخوان و سوختگی پوستش معلوم باشد) و باز هم در صورت داشتن انتخاب، ماندن با خانواده را به رفتن به پرورشگاه ترجیح نداده باشد. البته چسبیدن به آزارگر فقط به دوره کودکی محدود نمی‌شود. گروگان‌ها برای گروگان‌گیرها وثیقه گذاشته‌اند، تمایل‌شان را با ازدواج با آن‌ها ابراز کرده‌اند یا رابطه جنسی با آن‌ها داشته‌اند؛ قربانیان خشونت خانگی اغلب روی اقدامات آزارگر سرپوش می‌گذارند. قضات اغلب به من می‌گویند برای مراقبت از قربانیان خشونت خانگی احکام محدودیتی صادر کرده‌اند، غافل از اینکه بیشتر این قربانیان به صورت پنهانی اجازه می‌دهند والدین‌شان برگردند؛ همین مسئله موجب سرخوردگی این قضات شده است.

خیلی طول کشید تا مریلین آماده شود دربارهٔ سوءاستفاده‌ای که از او شده بود حرف بزند: حاضر نبود وفاداری‌اش را به خانواده زیر پا بگذارد؛ عمیقاً احساس می‌کرد هنوز هم برای مقابله با ترس‌هایش نیازمند آن‌هاست. هزینهٔ این وفاداری احساس تحمل‌ناپذیر تنهایی، یأس و خشم اجتناب‌ناپذیر ناشی از درماندگی است. خشمی که جایی برای رفتن ندارد به‌شکل افسردگی، خودانزجاری و اقدامات خودمخرب به شخص بازمی‌گردد.

یکی از بیمارانم می‌گفت: «شبيه اين است كه از خانه‌ات متنفر باشی، از آشپزخانه و قابلمه‌ها و ماهیتابه‌هایش، از رختخوابت، صندلی‌ها، میز و فرش‌هایت.»

هیچ چیز امن به نظر نمی‌رسد، به‌ویژه بدن خودتان.

یادگیری اعتماد چالش بزرگی است. یکی دیگر از بیمارانم، معلمی که پدر بزرگش قبل از شش سالگی بارها به او تجاوز کرده بود، این ایمیل را برایم فرستاد: «پس از جلسهٔ درمانی‌مان، در ترافیک مسیر برگشت به خانه راجع به خطر درددل با شما فکر کردم و همین‌طور که وارد بزرگ‌راه شمارهٔ ۱۲۴ شدم فهمیدم که قانون عدم‌دل‌بستگی به شما و دانشجویمان را شکسته‌ام.»

در جلسه بعدی گفت که استاد آزمایشگاهش در کالج هم به او تجاوز کرده است. پرسیدم آیا از جایی کمک خواسته یا از او شکایت کرده یا نه. پاسخ داد: «توان عبور از جاده منتهی به درمانگاه را نداشتم. به شدت نیازمند کمک بودم؛ اما همین طور که آنجا ایستاده بودم عمیقاً احساس کردم این کار فقط باعث می شود ضربه بیشتری ببینم. احساسم احتمالاً درست بوده. بی گمان مجبور بودم ماجرا را از والدینم و هرکس دیگری پنهان کنم.»

وقتی گفتم نگران اتفاقاتی هستم که داشت بر سرش می آمد، ایمیل دیگری برایم نوشت: «تلاش می کنم به خودم یادآوری کنم که کاری نکرده ام که مستحق چنین درمانی باشم. فکر نمی کنم تابه حال کسی را داشته ام که این طور نگاهم کند و بگوید نگرانم است؛ این را مثل یک گنج حفظ می کنم: اینکه ارزشش را دارم یکی که مورد احترامم هست نگرانم شود، کسی که عمق رنج کنونی ام را می فهمد.»

برای آنکه بدانیم که هستیم، یعنی برای آنکه هویتی داشته باشیم، باید بفهمیم (یا دست کم حس کنیم که می فهمیم) چه چیزی «واقعی» بود و هست. باید چیزهای پیرامونی مان را مشاهده کنیم و برچسب درستی بر آن ها بگذاریم؛ به علاوه باید بتوانیم به خاطراتمان اعتماد کنیم و از تخیلاتمان متمایزشان کنیم. فقدان توانایی در ایجاد چنین تمایزاتی یکی از نشانه های پدیده ای است که ویلیام نیدرلند،^{۱۵۸} روان کاو،

آن را «کشتن روح» می‌نامد. مخدوش کردن خودآگاهی و تقویتِ انکار اغلب برای بقا ضروری‌اند؛ اما به قیمت فراموشیِ اینکه چه کسی هستید، چه احساسی دارید و به چه چیز و چه کسی می‌توانید اعتماد کنید. (۵)

بازگویی تروما

یکی از خاطرات ترومای کودکی مریلین به خوابش آمد؛ طوری که احساس می‌کرد یکی دارد خفه‌اش می‌کند و نمی‌تواند نفس بکشد. دستمال آشپزخانه‌ای سفیدرنگی دور دستانش بود، بعد با همان دستمال که دور گردنش کشیده شده بود از زمین بلند شد به گونه‌ای که نمی‌توانست زمین زیر پایش را لمس کند. هراسان از خواب بیدار شد و فکر می‌کرد یقیناً خواهد مرد. خوابش مرا یاد کابوس‌هایی انداخت که کهنه‌سربازهای جنگی برایم تعریف کرده بودند: دیدن تصاویر دقیق و دست‌نخوردهٔ چهره‌ها و اندام‌هایی از بدن که در نبرد با آن‌ها مواجه شده بودند. این خواب‌ها آن‌قدر ترسناک بود که سعی می‌کردند شب‌ها نخوابند؛ فقط چرت‌زدن‌های طول روز که یادآور کمین‌های شبانه نبود نسبتاً امن به نظر می‌رسید.

در این مرحله از درمان، تصاویر و ادراکات مربوط به خفگی آن خواب مکرراً به مرلین هجوم می‌آوردند. به یاد داشت در چهارسالگی با چشمان ورم کرده، گردن کبود و بینی خون‌آلود در آشپرخانه نشسته بود و پدر و برادرش به او می‌خندیدند و دختر احمقِ احمق صدایش می‌زدند. روزی مرلین گفت: «دیشب حین مسواک‌زدن، به دست‌وپازدن افتادم. مثل ماهی‌ای بودم که از آب بیرون افتاده است، به شدت بدنم را پیچ‌وتاب می‌دادم و برای هوا تقلا می‌کردم. همین‌طور که مسواک می‌زدم، به هق‌هق افتادم و نمی‌توانستم نفس بکشم. با آن حس دست‌وپازدن، هراس داشت از سینه‌ام بالا می‌آمد و بیرون می‌زد. درحالی‌که کنار سینک ایستاده بودم، باید از ذره‌ذرهٔ قدرتم استفاده می‌کردم تا جیغ نکشم: "نه، نه، نه، نه، نه، نه، نه، نه، نه، نه!" آن شب به رختخواب رفت و خوابید؛ اما مثل ساعت‌کوکی تا صبح هر دو ساعت یک بار بیدار شد.

تروما به شکل روایتی با آغاز و میانه و پایانی منظم ذخیره نمی‌شود. همان‌گونه که در فصل‌های یازدهم و دوازدهم خواهیم گفت، خاطرات در ابتدا به همان صورتی که برای مریلین اتفاق افتاد سراغ فرد می‌آیند: در قالب فلش‌بک‌هایی متشکل از بخش‌هایی از رویداد، تصاویری جدا از هم، صداها و ادراکاتی بدنی که در آغاز کار بستر دیگری جز ترس و هراس ندارند. وقتی مریلین بچه بود، راهی برای به زبان آوردن آن

اتفاق وصفنشدنی نداشت؛ البته فرقی هم نمی کرد، کسی حرفش را گوش نمی داد.

مریلین همچون بسیاری از قربانیان کودک آزاری نمونه ای از قدرت نیروی زندگی بود، اراده ای برای زندگی کردن و مالکیت بر زندگی خود، انرژی ای که قدرت نابودکنندگی تروما را خنثی می کند. رفته رفته فهمیدم تنها چیزی که کار درمان تروما را امکان پذیر می کند تحسین تعهد بیماران به بقای خود بود، چیزی که به آن ها کمک می کرد سوءاستفاده ای را که از آن ها شده بود تحمل کنند و آن گاه در مقابل تاریکی های روح که به ناچار بر سر راه بهبود قرار دارند، تاب بیاورند.

فصل نهم: نقش عشق چیست؟

پذیرش، ارباب، بدنام‌سازی، انزوا، درماندگی و خودسرزنی به واقعیت ترسناکی وابسته است که به سوءاستفاده جنسی کودکی مربوط می‌شود... . «نگران این چیزها نباش؛ این چیزها توی خانواده ما اتفاق نمی‌افته.» «چطور می‌تونی چنین فکر وحشتناکی تو سرت داشته باشی؟» «دیگه نذار هیچ‌وقت چنین چیزی رو ازت بشنوم!» کودک معمولی هرگز نه سؤال می‌کند و نه چیزی می‌گوید.

رولند سامیت، سندروم سازگاری با سوءاستفاده جنسی کودک

ما چگونه دیدگاهمان را درباره افرادی مثل مرلین، مری و کیتی سامان می‌دهیم و چگونه می‌توانیم کمکشان کنیم؟ تعریفی که از مشکلاتشان داریم، یعنی همان تشخیص‌هایمان، نحوه رویکرد ما را به درمانشان تعیین می‌کند. در فرایند درمان روانی چنین بیمارانی معمولاً پنج یا شش عارضه نامرتبط به آن‌ها نسبت داده می‌شود. اگر پزشکان روی تغییرات خلقی‌شان متمرکز شوند، اختلال دوقطبی را در آن‌ها شناسایی می‌کنند و لیتیوم یا والپروات برایشان تجویز می‌شود. اگر یأس این بیماران متخصصان را بیشتر تحت‌تأثیر قرار دهد، به آن‌ها گفته خواهد شد که دچار افسردگی ماژور هستند و داروهای

ضدافسردگی برایشان تجویز می‌شود. اگر پزشکان تمرکزشان را به بی‌قراری و فقدان توجه آن‌ها معطوف کنند، ممکن است جزء گروه‌های مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه دسته‌بندی شوند و با ریتالین یا دیگر داروهای محرک درمان شوند. و اگر تصادفاً کارکنان درمانگاه سابقه ترومایی بیمار را درآورند و خود او هم داوطلبانه اطلاعات مربوط را ارائه دهد، احتمالاً تشخیص پی‌تی‌اس‌دی برایش داده می‌شود. هیچ‌یک از این تشخیص‌ها کاملاً بی‌ربط نیستند، هیچ کدامشان هم توصیف معناداری از ماهیت بیماران و رنجشان ارائه نخواهند داد.

روان‌پزشکی که یکی از زیرشاخه‌های پزشکی است، درصدد آن است تا بیماری روانی را به همان دقتی بررسی کند که فرض کنید، سرطان لوزالمعده یا عفونت استرپتوکوکی ریه را بررسی می‌کند. بااین‌حال، به دلیل پیچیدگی ذهن، مغز و سیستم‌های دل‌بستگی انسانی، به چنین سطحی از دقت حتی نزدیک هم نشده‌ایم. درحال حاضر، آنچه در شناخت «مشکل» بیمار اهمیت دارد، ذهنیت درمانگر است (و آنچه شرکت‌های بیمه حاضرند بابتش پول بدهند)، نه واقعیت‌های عینی و اثبات‌شدنی.

نخستین تلاش جدی به‌منظور تدوین دستورالعملی نظام‌مند برای بیماری‌های روانی در سال ۱۹۸۰ و با انتشار سومین نسخه از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی رخ داد؛ فهرست رسمی تمامی

بیماری‌های روانی شناخته‌شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا در این کتاب آمده است. پیشگفتار نسخه سوم (دی‌اس‌ام ۳) این کتاب صراحتاً هشدار داد که دسته‌بندی‌های کتاب دقت کافی ندارند و نباید در جرم‌شناسی یا برای اهداف بیمه‌ای به کار روند. باوجوداین، کتاب موصوف به‌تدریج به ابزاری برای اعمال شدید قدرت تبدیل شد: شرکت‌های بیمه پرداخت هزینه‌ها را به داشتن یکی از اختلالات اشاره‌شده در دی‌اس‌ام منوط کرده‌اند، تا همین اخیراً بودجه‌های پژوهشی همگی براساس این اختلالات داده می‌شد، و پروژه‌های دانشگاهی حول محور دسته‌بندی‌های دی‌اس‌ام سازمان‌دهی شده‌اند. عناوین دی‌اس‌ام خیلی زود راهشان را به فرهنگ عمومی هم باز کردند. میلیون‌ها نفر می‌دانند که تونی سوپرانو ^{۱۵۹} از حملات هراس و افسردگی رنج می‌برد و کری متیسون، ^{۱۶۰} یکی از شخصیت‌های سریال سرزمین مادری، ^{۱۶۱} هم به اختلال دوقطبی مبتلاست. راهنمای فوق به صنعت مجازی تبدیل شده و چیزی بیش از ۱۰۰ میلیون دلار برای انجمن روان‌پزشکی آمریکا عایدی داشته است. (۱) سؤال اینجاست: آیا همین مزایا برای بیمارانی هم که این کتاب قصد خدمت‌رسانی به آن‌ها را داشته، فراهم آمده یا نه؟

هر تشخیص روانی پیامدهایی جدی در پی دارد: تشخیص بر نحوه درمان تأثیر می‌گذارد، درمان اشتباهی ممکن است نتایج فاجعه‌باری به دنبال داشته باشد. علاوه بر این، یک برچسب تشخیصی ممکن

است تا آخر عمر روی فرد بماند و تأثیر عمیقی بر تعریفی که وی از خود دارد به جای بگذارد. بیماران بی‌شماری را دیده‌ام که گفته‌اند دوقطبی یا دارای شخصیت مرزی «هستند» یا پی‌تی‌اس‌دی «دارند»، گویی محکوم شده‌اند تا باقی‌ماندهٔ عمرشان را مثل کنت مونت کریستو در سیاه‌چالی زیرزمینی بگذرانند.

هیچ‌یک از تشخیص‌های یادشده استعدادهای عجیبی را در نظر نمی‌گیرند که در بسیاری از بیمارانمان ایجاد می‌شود یا انرژی‌های سازنده‌ای را که آن‌ها برای بقای خود جمع کرده‌اند. این تشخیص‌ها اغلب اوقات صرفاً علائم بیماران را ردیف می‌کنند و باعث می‌شوند تا بیمارانی مثل مریلین، کیتی و مری زنانی مهارنشده دیده شوند که باید به راهنشان آورد.

فرهنگ لغت تشخیص را این‌گونه تعریف می‌کند: «الف: عمل یا فرایند شناسایی یا تعیین ماهیت و دلیل بیماری یا جراحی از طریق ارزیابی سابقهٔ بیمار، معاینه و بررسی داده‌های آزمایشگاهی. ب: نظر به دست‌آمده از این ارزیابی.» (۲) در این فصل و فصل بعد به شکاف بزرگی خواهیم پرداخت که بین تشخیص‌های رسمی و آنچه بیماران واقعاً از آن رنج می‌کشند وجود دارد؛ به علاوه دربارهٔ تلاش خودم و همکارانم برای تغییر نحوهٔ تشخیص بیماران دارای سابقهٔ ترومای مزمن نیز بحث خواهیم کرد.

چگونه سابقه بیمار را بررسی می‌کنید؟

در سال ۱۹۸۵ همکاری‌ام را با جودیت هرمان،^{۱۶۲} روان‌پزشک، آغاز کردم، کسی که کتاب اولش تحت‌عنوان رابطه جنسی پدر با دختر^{۱۶۳} به‌تازگی منتشر شده بود. هر دوی ما در بیمارستان کمبریج (یکی از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه هاروارد) کار می‌کردیم و به‌دلیل علاقه مشترکمان به تأثیر تروما بر زندگی بیماران، کم‌کم به‌طور منظم یکدیگر را می‌دیدیم و یادداشت‌هایمان را با هم مقایسه می‌کردیم. تعداد زیادی از بیمارانمان که به اختلال شخصیت مرزی (بی‌پی‌دی) مبتلا بودند داستان‌های ترسناکی از کودکی‌شان تعریف می‌کردند و همین مسئله مبهوت‌مان کرد. روابط بسیار نزدیک اما به‌شدت ناپایدار، تغییرات خلقی شدید و رفتار خودتخریب‌گرانه‌ای مثل خودزنی و خودکشی‌های متعدد مشخصه‌های اصلی اختلال شخصیت مرزی هستند. برای کشف اینکه بین ترومای کودکی و اختلال شخصیت مرزی واقعاً رابطه‌ای هست یا نه، به مطالعه‌ای علمی رسمی نیاز داشتیم و از مؤسسه ملی سلامت درخواست کمک‌هزینه تحقیقاتی کردیم. درخواستمان رد شد.

^{۱۶۴} من و جودی بدون اعتنا به این مسئله تصمیم گرفتیم خودمان هزینه مطالعه را تهیه کنیم؛ کریس پری در این راه به ما کمک کرد؛ کریس رئیس تحقیقاتی بیمارستان کمبریج بود و مؤسسه ملی سلامت روان

به او مأموریت داده بود تا اختلال شخصیت مرزی و عارضه‌های مشابه، اصطلاحاً اختلالات شخصیتی، را در گروهی از بیماران بیمارستان کمبریج بررسی کند. حجم انبوهی از داده‌های ارزشمند را از این بیماران جمع‌آوری کرده بود؛ اما هرگز درباره سوءاستفاده و بی‌توجهی در کودکی سؤالی از آن‌ها نپرسیده بود. اگرچه تردیدش را درباره پیشنهادمان پنهان نکرد؛ اما بسیار سخاوتمندانه با ما برخورد کرد و ترتیبی اتخاذ کرد تا با ۵۵ بیمار از بخش بیماران سرپایی بیمارستان مصاحبه کنیم؛ به علاوه، موافقت کرد تا یافته‌هایمان را با سوابق موجود در پایگاه داده‌ای بزرگی که از قبل آماده کرده بود، مقایسه کنیم.

اولین سؤالی که من و جودی با آن مواجه شدیم این بود: چگونه سابقه بیمار را بررسی می‌کنید؟ نمی‌شود بی‌مقدمه از بیمار پرسید: «آیا در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفتی؟» یا «آیا پدرت کتک می‌زد؟» چند نفر حاضرند این اطلاعات جزئی را با آدمی کاملاً غریبه در میان بگذارند؟ با در نظر گرفتن این مسئله که افراد عموماً درباره تروماهایشان خجالت می‌کشند، یک ابزار مصاحبه‌ای به نام پرسش‌نامه پیشنهادی ترومایی (تی‌ای کیو)^{۱۶۵} طراحی کردیم. (۳) مصاحبه با چند سؤال ساده آغاز شد: «کجا و با چه کسی زندگی می‌کنید؟»؛ «مخارج خانه با کیست و چه کسی مسئولیت پخت‌وپز و نظافت را بر عهده دارد؟» پرسش‌نامه کم‌کم به سمت سؤالات افشاگرانه‌تر رفت: «در زندگی روزمره به چه کسی اتکا

دارید؟» مثلاً وقتی مریضید، چه کسی خریده‌ها را انجام می‌دهد یا شما را دکتر می‌برد؟ «وقتی ناراحتید با چه کسی حرف می‌زنید؟» به عبارت دیگر، چه کسی پشتیبانی عاطفی و عملی را برایتان فراهم می‌کند؟ عده‌ای از بیماران پاسخ‌های غافل‌گیرکننده‌ای دادند: «سگم» یا «درمانگرم» یا «هیچ‌کس.»

سپس پرسش‌های مشابهی را دربارهٔ کودکی‌شان پرسیدیم: چه کسی در خانواده‌تان زندگی می‌کرد؟ چند وقت به چند وقت اسباب‌کشی می‌کردید؟ مراقب اصلی‌تان که بود؟ بسیاری از بیماران از جابه‌جایی‌های متعددی حرف زدند که مجبورشان می‌کرد وسط سال مدرسه‌شان را عوض کنند. خیلی‌هایشان مراقبانی داشتند که به زندان افتاده بودند، در بیمارستان روانی بستری بودند یا در ارتش خدمت می‌کردند. بقیه هم از یک پرورشگاه به پرورشگاه دیگری نقل‌مکان کرده بودند یا با زنجیره‌ای از خویشاوندان متفاوتشان زندگی کرده بودند.

بخش بعدی پرسش‌نامه به روابط فرد در کودکی می‌پرداخت: «کدام‌یک از اعضای خانواده به شما محبت می‌کرد؟» «چه کسی مثل یک فرد خاص با شما رفتار می‌کرد؟» بعد از این‌ها سؤالی اساسی مطرح می‌شد، سؤالی که به نظرم هرگز در مطالعه‌ای علمی پرسیده نشده بود: «آیا موقع بزرگ‌شدن کسی بود که کنارش احساس امنیت کنید؟» از هر چهار نفر یک نفر از بیمارانی که با آن‌ها مصاحبه

کردیم نتوانستند کسی را به خاطر بیاورند که در کودکی کنارش احساس امنیت کرده باشند. روی کاربرگ‌هایمان، گزینه «هیچ‌کس» را تیک زدیم اما توضیحی درباره‌اش ننوشتیم، هرچند حیرت‌زده بودیم. تصور کنید بچه هستید، کسی نیست برایتان منشأ امنیت باشد و بی‌دفاع و دور از چشم دیگران راهتان را در دنیا پیش می‌گیرید.

سؤالات ادامه داشت: «در خانه چه کسی قوانین را تعیین و نظم را حکم‌فرما می‌کرد؟» «بچه‌ها چگونه کنترل می‌شدند؟ با حرف‌زدن، سرزنش‌کردن، تنبیه بدنی خفیف، کتک‌زدن یا زندانی‌کردن؟» «پدر و مادران چگونه اختلافاتشان را حل می‌کردند؟» تا آن موقع، موانع معمولاً کنار رفته بود و خیلی از بیمارها داشتند اطلاعات مفصلی درباره‌ی کودکی‌شان به ما می‌گفتند. زنی شاهد تجاوز به خواهر کوچکش بود؛ دیگری می‌گفت اولین تجربه‌ی جنسی‌اش در هشت‌سالگی بوده، با پدربزرگش. مردها و زن‌ها تعریف می‌کردند شب‌ها بیدار روی تخت به صدای خردشدن میز و صندلی‌ها و دادو فریاد والدینشان گوش می‌کردند؛ مرد جوانی وارد آشپزخانه شده بود و مادرش را دیده بود که در استخری از خون افتاده است. بقیه می‌گفتند بعد از مدرسه کسی نمی‌آمده دنبالش یا اینکه برمی‌گشتند و می‌دیدند کسی خانه نیست و شب را تنهایی سر می‌کردند. زنی که از آشپزی امرارمعاش می‌کرد پس از بازداشت مادرش به جرمی

مرتبط با موادمخدر، یاد گرفته بود برای اعضای خانواده غذا درست کند. دیگری در نُه سالگی فرمان خودرو را از دست مادرش گرفته و ثابت نگه داشته بود چون مادر مستش داشت در ساعتی پرتردد در بزرگراهی چهاربانده منحرف می شد.

بیمارانمان امکان در رفتن یا فرار کردن نداشتند؛ کسی نبود که پیشش بروند یا جایی نداشتند تا در آنجا پنهان شوند. با وجود این، به نوعی مجبور بودند یأس و وحشتشان را مدیریت کنند. احتمالاً روز بعدش می‌رفتند مدرسه و وانمود می‌کردند هیچ اتفاقی نیفتاده است. من و جودی پی بردیم که مشکل این گروه از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، یعنی گسستگی و چسبیدن شدید به هر کسی که حاضر به کمک باشد، احتمالاً به منزله راه‌هایی برای مقابله با هیجانات تکان‌دهنده و بی‌رحمی اجتناب‌ناپذیر آغاز شده‌اند.

پس از مصاحبه‌ها با جودی نشستیم تا پاسخ بیمارها را کدگذاری کنیم، یعنی برای تحلیل رایانه‌ای به عدد تبدیلشان کنیم؛ آن‌گاه کریس پری این داده‌ها را با اطلاعات جامعی از این بیماران که در رایانه مرکزی دانشگاه هاروارد ذخیره کرده بود، کنار هم قرار داد. صبح شنبه‌ای در ماه آپریل پیامی برایمان فرستاد و خواست تا به دفترش برویم. آنجا دسته بزرگی از کاغذهای چاپ‌شده‌ای را دیدیم که کریس تصویری کارتونی از گری لارسن^{۱۶۶} را بالایشان گذاشته بود؛ تصویر گروهی از دانشمندان را نشان می‌داد که مشغول مطالعه دلفین‌ها بودند و «آن صداها عجیب و غریب "اُ بلاه اس‌پان یول"» گیجشان کرده بود. داده‌های به دست آمده قانعش کرده بود که بدون درک زبان تروما و سوءاستفاده واقعاً نمی‌توان از

اختلال شخصیت مرزی سر درآورد.

همان‌گونه که بعدها نتیجه مطالعه را در مجله روان‌پزشکی امریکا منتشر کردیم، ۸۱ درصد مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در بیمارستان کمبریج سوابق ناگواری از کودک‌آزاری و/ یا بی‌توجهی را گزارش دادند؛ در بیشتر قریب به اتفاق آن‌ها، کودک‌آزاری قبل از هفت سالگی شروع شده بود. (۴) این یافته‌ها از آن جهت حائز اهمیت بود که نشان می‌داد تأثیر سوءاستفاده، دست‌کم تاحدی، به سنی بستگی دارد که سوءاستفاده از آن زمان آغاز می‌شود. بعدها مارتین تایکر^{۱۶۷} طی پژوهشی در بیمارستان مک‌لین نشان داد که اشکال مختلف سوءاستفاده در مراحل متفاوتی از رشد، تأثیرات متفاوتی را روی نواحی مختلفی از مغز به جای می‌گذارند. (۵) اگرچه از آن زمان مطالعات متعددی به یافته‌هایی مشابه دست یافته‌اند (۶)؛ اما هنوز هم مرتباً مقالات علمی‌ای که برای بررسی به دستم می‌رسد چیزهایی از این دست می‌گویند که مثلاً «این فرضیه وجود دارد که بیماران مبتلا به شخصیت مرزی ممکن است در کودکی سابقه تروما داشته باشند». فرضیه کی به واقعیت علمی ثابتی تبدیل می‌شود؟

مطالعه ما به وضوح نتیجه‌گیری‌های جان بالی را تأیید کرد.

هرگاه وجود کودکان آکنده از احساس خشم یا گناه باشد یا همواره از رهاشدگی بترسند، واقعاً به چنین احساساتی رسیده‌اند؛ دلیلش تجربه است. مثلاً وقتی کودکان از رهاشدگی می‌ترسند، ترسشان واکنشی متقابل به تمایلات غریزی آدم‌کشی در آن‌ها نیست؛ بلکه احتمالاً به این دلیل است که به لحاظ فیزیکی یا روان‌شناختی رها شده‌اند یا به کرات در معرض تهدید رهاشدگی بوده‌اند. هرگاه وجود کودکان را خشم می‌گیرد، دلیلش طردشدگی یا رفتارهای خشونت‌آمیز است. وقتی احساس عصبانیت تعارض درونی شدیدی را در کودکان ایجاد کند، احتمالاً به این دلیل است که شاید ابراز عصبانیت ممنوع یا حتی خطرناک است.

بالبی پی برد که وقتی کودکان مجبورند از تجربیات قدرتمندی که داشته‌اند دست بکشند، مشکلاتی جدی برایشان ایجاد می‌شود، مشکلاتی نظیر «بی‌اعتمادی مزمن به دیگران، ممانعت از کنجکاوی، بی‌اعتمادی به ادراکات خودشان، و تمایل به غیرواقعی انگاشتن همه چیز». (۷) همان‌طور که خواهیم دید، این مسئله تأثیر مهمی در فرایند درمان دارد.

مطالعه ما دیدگاهمان را از تأثیر رویدادهای هولناک که در مرکزیت تشخیص‌های پی‌تی‌اس‌دی قرار دارد، فراتر برد و موجب شد تا تأثیرات بلندمدت بی‌رحمی و بی‌توجهی در روابط مراقبان را هم مدنظر داشته

باشیم. مطالعه ما پرسش اساسی دیگری را هم مطرح کرد: چه درمان‌هایی برای افراد دارای سابقه سوءاستفاده، به‌ویژه آن‌هایی که همیشه به خودکشی فکر می‌کنند و عمدتاً به خودشان آسیب می‌رسانند، مفید است؟

خودزنی

در خلال دوره کاروزی، سه شب پشت‌سرهم در ساعت سه بامداد فراخوانده می‌شدم تا گردن زنی را بخیه بزنم که با هر شیء تیزی که دستش می‌رسید خودش را می‌برید. با لحنی تقریباً پیروزمندانه گفت که بریدن گردنش حس بهتری به او می‌دهد. از آن موقع به بعد از خودم پرسیده‌ام چرا بعضی‌ها ناراحتی‌شان را با سه دست بازی تنیس یا نوشیدن قوی رفع‌ورجوع می‌کنند؛ اما بقیه دستانشان را با تیغ شکاف می‌دهند؟ مطالعه ما نشان داد که سابقه سوءاستفاده جنسی و فیزیکی در کودکی عامل مؤثری در پیش‌بینی اقدام به خودکشی و خودزنی‌های مکرر است. (۸) نمی‌دانستم آیا نشخوارهای فکری‌شان درباره خودکشی در سنین کم آغاز شده بود و آیا راحتی خود را در طراحی نقشه فرار دیده بودند و امیدوار بودند با مردن یا آسیب‌رساندن به خود به هدفشان برسند؟ آیا آسیب‌رساندن به خود تلاشی است که فرد از روی استیصال برای رسیدن به حدی از کنترل، به آن دست می‌زند؟

بانک داده‌های کریس پری حاوی اطلاعات تکمیلی همهٔ بیمارانی بود که در بخش‌های سرپایی بیمارستان مداوا شده بودند؛ گزارش‌های مربوط به گرایش به خودکشی و رفتارهای خودمخرب نیز جزء این اطلاعات بود. پس از سه سال درمان، تقریباً دوسوم بیماران به‌نحو چشمگیری بهبود یافته بودند. حالا این پرسش مطرح بود که کدامیک از اعضای گروه از درمان بهره برده و کدامیک همچنان به افکار خودکشی و رفتار خودمخرب ادامه داده است؟ مقایسهٔ رفتار جاری بیماران با مصاحبهٔ پرسش‌نامهٔ پیشینه‌های ترومایی، پاسخ‌هایی برای این سؤال داشت. بیمارانی که خودمخرب ماندند گفته بودند که یادشان نمی‌آید در کودکی با کسی احساس امنیت کرده باشند؛ آن‌ها از رهاشدگی، جابه‌جایی از مکانی به مکان دیگر و به‌حال خود گذاشته‌شدن حرف زده بودند.

به این نتیجه رسیدم که اگر خاطرهٔ کسی را که سال‌ها قبل در کنارش احساس امنیت کرده‌اید با خود داشته باشید، آثار و بقایای آن محبت اولیه می‌تواند در روابط هم‌نوای بزرگ‌سالی مجدداً فعال شود، چه این روابط در زندگی روزمره باشند و چه در خلال یک جلسهٔ درمانی خوب رخ دهند. باین‌حال، اگر خاطرهٔ عمیقی از حس دوست‌داشته‌شدن و حس امنیت نداشته باشید، اساساً ممکن است گیرنده‌هایی از مغز که به محبت بشری واکنش نشان می‌دهند، رشد نیافته باشند. (۹) اگر این‌طور باشد، افراد چگونه

می‌توانند خودشان را آرام کنند و در بدن‌هایشان حس ثبات داشته باشند؟ این مسئله نیز تأثیرات مهمی روی درمان می‌گذارد؛ در بخش پنجم کتاب با موضوع درمان، بار دیگر به این پرسش باز خواهم گشت.

قدرت تشخیص

مطالعه ما تأیید کرد که جمعیت ترومایی دیگری جدا از سربازان جنگی و قربانیان تصادفات رانندگی هم وجود دارد که به پی‌تی‌اس‌دی مبتلا شده‌اند. افرادی مثل مریلین و کیتی و بیمارانی که من و جودی مطالعه‌شان کردیم، به‌اضافهٔ بچه‌های بخش سرپایی مرکز سلامت روان ماساچوست که در فصل هفتم توصیفشان کردم، الزاماً ترومایشان را به خاطر نمی‌آورند (یکی از معیارهای تشخیص پی‌تی‌اس‌دی) یا دست‌کم در بند خاطرات مشخصی از سوءاستفاده‌شان نیستند؛ اما همچنان طوری رفتار می‌کنند که انگار هنوز در خطرند. افراط و تفریط می‌کنند؛ نمی‌توانند کاری را تا آخر به اتمام برسانند؛ و پیوسته به خود و دیگران حمله‌ور می‌شوند. مشکلات این گروه تاحدی با مشکلات سربازان جنگی هم‌پوشانی دارد؛ اما تفاوت بسیاری هم بینشان هست چون ترومای کودکی مانع رشد برخی از توانایی‌های ذهنی‌ای شده که سربازان بزرگ‌سال قبل از وقوع ترومایشان از آن‌ها برخوردار بودند.

وقتی به این مسئله پی بردیم، چند نفرمان به دیدن رابرت اسپیتزر^{۱۶۸} رفتیم (۱۰)؛ اسپیتزر کسی بود که پس از نظارت بر تدوین کتاب دی‌اس‌ام ۳ در حال اعمال تجدیدنظر در این دستورالعمل بود. با دقت به حرف‌هایمان گوش داد. گفت به نظر می‌رسد آن دسته از پزشکان بالینی که وقتشان را به مداوای گروه خاصی از بیماران اختصاص می‌دهند مستعد کسب تخصص فوق‌العاده‌ای در آگاهی از منشأ رنج بیماران‌شان هستند. پیشنهاد داد مطالعه‌ای، یا اصطلاحاً یک کارآزمایی بالینی، را برای مقایسه مشکلات گروه‌های مختلفی از بیماران ترومایی انجام دهیم. (۱۱) اسپیتزر مسئولیت پروژه را به من محول کرد. ابتدا مقیاسی را برای رتبه‌بندی ایجاد کردیم که تمامی علائم مختلف ترومای گزارش‌شده در نوشته‌های علمی را در بر می‌گرفت؛ سپس با ۵۲۵ نفر از بیماران بزرگ‌سال در پنج نقطه از کشور مصاحبه کردیم تا ببینیم آیا جمعیت‌های خاصی مجموعه مشکلات متفاوتی دارند یا نه. جمعیت مطالعه به سه گروه تقسیم شد: آن‌هایی که در کودکی سابقه سوءاستفاده فیزیکی و جنسی توسط مراقبان‌شان را داشتند؛ قربانیان اخیر خشونت‌های خانگی؛ و افرادی که اخیراً درگیر فاجعه‌ای طبیعی بوده‌اند.

تفاوت‌های فاحشی بین این گروه‌ها وجود داشت؛ به‌ویژه بین آن‌هایی که در دو سوی متفاوت طیف قرار داشتند: یعنی قربانیان کودک‌آزاری و بزرگسالانی که از فجایع طبیعی جان سالم به در برده بودند.

بزرگسالانی که در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته بودند نمی‌توانستند تمرکز کنند، از اضطراب دائمی گلایه داشتند و آکنده از خودبیزاری بودند. آن‌ها در برقراری روابط صمیمانه مشکل داشتند و اغلب از رابطه‌های جنسی بی‌هدف، پرخطر و ناخوشایند به سمت خاموشی کامل جنسی تغییر مسیر می‌دادند. علاوه بر این، شکاف‌های بزرگی در خاطراتشان وجود داشت، اغلب رفتارهای خودمخرب داشتند و با انبوهی از مشکلات پزشکی روبه‌رو بودند. وجود این علائم در بازماندگان فجایع طبیعی تقریباً نادر بود.

برای هریک از اختلالات قیدشده در دی‌اس‌ام، کارگروهی مسئولیت داشت تا اصلاحیه‌های مدنظر خود را برای نسخه جدید پیشنهاد دهد. من نتایج کارآزمایی میدانی را به کارگروه پی‌تی‌اس‌دی ارائه دادم و با رأی نود به دو تصمیم گرفتیم تشخیص ترومایی جدیدی را برای قربانیان ترومای بین‌فردی ایجاد کنیم: «اختلال استرس شدید مشخص‌نشده» (دی‌ای‌اس‌ان‌اُس)^{۱۶۹} یا به اختصار «پی‌تی‌اس‌دی پیچیده». (۱۲ و ۱۳) سپس مشتاقانه منتظر انتشار دی‌اس‌ام ۴ در می ۱۹۹۴ ماندیم. اما برخلاف انتظار، اختلالی که کارگروه ما با قاطعیت تأیید کرده بود از نسخه نهایی حذف شده بود. از هیچ‌کدامان در این خصوص نظرخواهی نشده بود.

حذف غم‌انگیزی بود. معنی‌اش این بود که نمی‌شد گروه زیادی از بیماران را به‌دقت شناسایی کرد و درمانگران و پژوهشگران نمی‌توانستند به‌لحاظ علمی درمان‌های مناسبی برایشان ارائه دهند. نمی‌توان برای عارضه‌ای که وجود خارجی ندارد درمان خاصی در نظر گرفت. نبود چنین اختلالی در دی‌اس‌ام اکنون درمانگران را با مخمصه مهمی مواجه کرده است: چگونه می‌توانیم افرادی را که با عواقب سوءاستفاده، خیانت و رهاشدگی دست‌وپنجه نرم می‌کنند درمان کنیم وقتی مجبوریم افسردگی، اختلال هراس، بیماری دوقطبی یا شخصیت مرزی را به آنان نسبت دهیم، چیزهایی که به‌واقع به مشکل

اصلی‌شان مربوط نمی‌شود؟

پیامدهای سوءاستفاده و بی‌توجهی مراقب به‌مراتب شایع‌تر و پیچیده‌تر از تأثیر طوفان‌ها یا تصادفات رانندگی است. با این‌همه، تصمیم‌گیری که نظام تشخیصی ما را تدوین کرده‌اند نظرشان این بوده که چشمشان را به روی این شواهد ببندند. تا به امروز، پس از گذشت بیست سال و انتشار چهار نسخه متوالی، دی‌اس‌ام و نظام تشخیصی مبتنی بر آن قربانیان کودک‌آزاری و بی‌توجهی را ناامید کرده‌اند؛ درست همان‌گونه که تا معرفی پی‌تی‌اس‌دی در سال ۱۹۸۰، فلاکت کهنه‌سربازان را نادیده می‌گرفتند.

همه‌گیری پنهان

چطور نوزادی را با آن‌همه آتیه و ظرفیت‌های نامحدود به آدم ۳۴ ساله مست و بی‌خانمانی تبدیل می‌کنید؟ شبیه بسیاری از کشف‌های بزرگ دنیا، وینسنت فلیتی،^{۱۷۰} متخصص داخلی، به‌طور اتفاقی پاسخ این سؤال را پیدا کرد.

در سال ۱۹۸۵ فلیتی رئیس دپارتمان پزشکی پیشگیری کایزر پرمننته^{۱۷۱} در سن‌دیه‌گو بود که در آن برهه

بزرگ‌ترین طرح غربالگری پزشکی جهان به شمار می‌آمد. وی همچنین یک درمانگاه چاقی را اداره می‌کرد که از شیوه‌ای به نام «روزه‌داری مطلق با مکمل‌های غذایی» برای کاهش زیاد وزن بدون نیاز به جراحی استفاده می‌کرد. روزی سروکلهٔ کمک‌پرستار ۲۸ ساله‌ای در دفترش پیدا شد. فلیتی پذیرفت که چاقی مشکل اصلی آن کمک‌پرستار است و اسمش را برای شرکت در برنامهٔ کاهش وزن نوشت. طی ۵۱ هفتهٔ بعد، وزنش از ۱۸۵ کیلوگرم به شصت کیلوگرم رسید.

بااین‌حال، وقتی چند ماه بعد دیدش، اضافه‌وزنی که مجدداً داشت بیشتر از آنچه بود که به نظر فلیتی در مدتی به این کوتاهی به‌لحاظ بیولوژیکی امکان‌پذیر است. چه اتفاقی افتاده بود؟ معلوم شد که اندام جدیداً خوش‌ترکیبش توجه یکی از همکاران مردش را به خود جلب کرده بود؛ همکاریش نیز پس از شروع به لاس‌زدن، به او پیشنهاد رابطهٔ جنسی داده بود. دختر به خانه رفته و خوردن را از سر گرفته بود. روزها تا خرخره شکمش را پر می‌کرد و شب‌ها هم که در خواب راه می‌رفت غذا می‌خورد. وقتی فلیتی این واکنش افراطی را بررسی کرد، آن دختر از سابقهٔ طولانی رابطهٔ جنسی با پدر بزرگش پرده برداشت.

این فقط دومین مورد زنای با محارم بود که فلیتی طی ۲۳ سال فعالیتش با آن برخورد کرده بود، بااین‌وجود حدود ده روز بعد داستان مشابهی به گوشش خورد. وقتی به‌همراه گروهش رفته‌رفته بررسی‌های

دقیق‌تری انجام دادند، در کمال حیرت فهمیدند بیشتر بیمارانشان که از چاقی مفرط رنج می‌بردند در کودکی مورد آزار جنسی قرار گرفته بوده‌اند. آن‌ها همچنین انبوهی از مشکلات خانوادگی دیگر را نیز کشف کردند.

در سال ۱۹۹۰، فلیتی به آتلانتا رفت تا در جلسه انجمن مطالعات چاقی امریکای شمالی داده‌های مربوط به اولین مصاحبه‌های گروهش با ۱۸۶ بیمار را ارائه دهد. واکنش خشن عده‌ای از متخصصان شگفت‌زده‌اش کرد: چرا حرف این بیمارها را باور می‌کرد؟ مگر نمی‌دانست این افراد هر داستانی می‌بافند تا زندگی‌های شکست‌خورده‌شان را توجیه کنند؟ باوجوداین، یک همه‌گیرشناس از مرکز کنترل و پیشگیری بیماری (سی‌دی‌سی) فلیتی را تشویق کرد تا با بهره‌گیری از جمعیتی عمومی‌تر، مطالعه گسترده‌تری انجام دهد و دعوتش کرد تا با گروه کوچکی از پژوهشگران این مرکز دیدار کند. نتیجه این کار پژوهش سترگ تجارب نامطلوب دوران کودکی بود (که هم‌اکنون با عنوان مطالعه ای‌سی‌ای شناخته می‌شود)؛ این مطالعه حاصل همکاری بین سی‌دی‌سی و کایزر پرمننته بود و رابرت آندا^{۱۷۲} و وینسنت فلیتی مشترکاً پژوهشگران ارشدش بودند.

بیش از ۵۰ هزار نفر از بیماران کایزر سالانه برای ارزیابی جامعی به دپارتمان پزشکی پیشگیری می‌آمدند و

در این میان پرسش‌نامه پزشکی مفصلی را تکمیل می‌کردند. فلیتی و اندا بیش از یک سال ده سؤال جدید طراحی کردند که دسته‌بندی‌های تجارب ناخوشایند دوران کودکی را به‌دقت پوشش می‌داد (۱۴)؛ برخی از این دسته‌بندی‌ها عبارت بودند از: سوءاستفاده فیزیکی و جنسی، بی‌توجهی فیزیکی و عاطفی و نابسامانی‌های خانوادگی مثل طلاق، بیماری روانی، اعتیاد یا حبس والدین. سپس از ۲۵ هزار بیمار متوالی پرسیدند که تمایل دارند اطلاعاتی درباره رویدادهای کودکی‌شان ارائه دهند؟ ۱۷ هزار و ۴۲۱ نفر پذیرفتند. سپس این پاسخ‌ها با سوابق پزشکی مفصلی مقایسه شد که کایزر از تمامی بیمارانش نگه می‌دارد.

مطالعه ای‌سی‌ای نشان داد که تجربیات زندگی ترومایی در خلال کودکی و نوجوانی شایع‌تر از حد انتظار است. پاسخ‌دهندگان عمدتاً سفیدپوستانی از طبقه متوسط، میان‌سال و تحصیل‌کرده بودند و آن‌قدری امنیت مالی داشتند تا از بیمه درمانی خوبی برخوردار باشند؛ اما با این‌همه فقط یک‌سوم پاسخ‌دهندگان هیچ تجربه ناخوشایندی در کودکی را گزارش نکردند.

- از هر ده نفر یک نفر به این پرسش پاسخ مثبت داد: «آیا یکی از والدین یا فرد بزرگ‌سال دیگری در خانواده اغلب یا بیشتر وقت‌ها بهتان فحش می‌داد، توهین می‌کرد یا تحقیرتان می‌کرد؟»

- بیش از یک چهارم افراد به این پرسش‌ها بله گفتند: «آیا یکی از والدینتان اغلب یا بیشتر وقت‌ها هلتان می‌داد، یقه‌تان را می‌گرفت، سیلی می‌زد یا چیزی را به سمتتان پرت می‌کرد؟» و «آیا یکی از والدینتان اغلب یا بیشتر وقت‌ها طوری شدید کتکتان می‌زد که اثرش باقی می‌ماند یا زخمی می‌شدید؟» به عبارت دیگر، احتمال دارد بیش از یک چهارم جمعیت ایالات متحده در کودکی بارها مورد سوءاستفاده فیزیکی قرار گرفته باشد.

- ۲۸ درصد زنان و ۱۶ درصد مردان به این دو پرسش پاسخ مثبت دادند: «آیا فردی بزرگ‌سال یا کسی حداقل پنج سال بزرگ‌تر از شما تابه‌حال مجبورتان کرده به شکلی جنسی بدنشان را لمس کنید؟» و «آیا فردی بزرگ‌سال یا کسی حداقل پنج سال بزرگ‌تر از شما تابه‌حال تلاش کرده با شما رابطه داشته باشد؟»

- از هر هشت نفر یک نفر به این پرسش‌ها پاسخ مثبت دادند: «آیا در کودکی دیده‌اید گاهی، اغلب یا بیشتر وقت‌ها کسی مادرتان را هل دهد، یقه‌اش را بگیرد، سیلی‌اش بزند یا چیزی به طرفش پرت کند؟» «آیا در کودکی دیده‌اید گاهی، اغلب یا بیشتر وقت‌ها کسی مادرتان را لگد بزند، گاز بگیرد، با مشت بزند یا با جسم سختی به او ضربه وارد کند؟» (۱۵)

هر پاسخ مثبت یک امتیاز داشت که در نتیجه نمره احتمالی ای‌سی‌ای چیزی بین صفر تا ده می‌شد. مثلاً نمره ای‌سی‌ای کسی که سوءاستفاده مکرر کلامی را تجربه کرده، مادری الکلی داشته و والدینش از هم طلاق گرفته‌اند، سه خواهد بود. از بین دوسوم پاسخ‌دهندگان که تجارب ناخوشایندی را گزارش دادند، ۸۷ درصدشان نمره دو یا بالاتر را کسب کردند. از هر شش نفر نیز نمره ای‌سی‌ای یک نفر چهار یا بالاتر بود.

خلاصه اینکه فلیتی و گروهش پی بردند که تجربیات ناخوشایند در هم تنیده‌اند، اگرچه عموماً جداگانه مطالعه می‌شوند. افراد معمولاً در خانواده‌ای بزرگ نمی‌شوند که یکی از برادرها زندانی است؛ اما بقیه چیزها در وضعیت مطلوبی قرار دارند. در خانواده‌هایی زندگی نمی‌کنند که در آن‌ها مادر مرتباً کتک می‌خورد؛ اما به جز آن زندگی گل‌وبلبل است. سوءاستفاده‌ها هرگز رویدادهای مستقلی نیستند. به‌علاوه، برای هر تجربه ناخوشایند دیگری که گزارش می‌شود، آمار آسیب‌های بعدی هم افزایش می‌یابد.

فلیتی و گروهش فهمیدند که تأثیر ترومای کودکی نخست در مدرسه عیان می‌شود. بیش از نیمی از کسانی که نمره ای‌سی‌ای چهار یا بیشتر داشته‌اند در مقایسه با ۳ درصد از آن‌هایی که نمره‌شان صفر بود، اعلام کردند که مشکلات یادگیری یا رفتاری دارند. با رسیدن کودکان به سن بلوغ، تأثیر آن

تجربیات اولیه «از بین نرفت». همان‌طور که فلیتی اشاره می‌کند، «تجربیات ترومایی به مرور زمان فراموش می‌شوند و شرم، پنهان‌کاری و خطرمرزهای اجتماعی پنهانشان می‌کند»؛ اما این مطالعه آشکار کرد که تأثیر تروما در زندگی بزرگ‌سالی این بیماران رسوخ کرد. مثلاً مشخص شد که نمرهٔ بیشتر در ای‌سی‌ای با میزان بالای غیبت از کار، مشکلات مالی و درآمد اندوختهٔ کمتر هم‌بستگی دارد.

وقتی نوبت به رنج فردی رسید، نتایج فاجعه‌بار بود. با افزایش نمرهٔ ای‌سی‌ای، افسردگی مزمن در بزرگ‌سالی هم به‌طرز چشمگیری افزایش می‌یابد. برای افرادی با نمرهٔ ای‌سی‌ای چهار یا بیشتر، شیوع افسردگی مزمن در زنان ۶۶ درصد و در مردان ۳۵ درصد است؛ درحالی‌که در افراد با نمرهٔ ای‌سی‌ای صفر، این مقدار ۱۲ درصد است. احتمال مصرف داروهای ضدافسردگی یا مسکن‌ها نیز به همان نسبت افزایش یافت. طبق گفتهٔ فلیتی، ممکن است امروز درحال درمان عوارض ناشی از تجربیاتی باشیم که پنجاه سال قبل رخ داده‌اند، آن هم به قیمتی بیش از پیش گزاف. داروهای ضدافسردگی و مسکن‌ها سهم چشمگیری از هزینه‌های سریعاً رو به افزایش مراقبت‌های سلامتی کشور را تشکیل داده‌اند. (۱۶)

(جالب اینکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران افسرده‌ای که سابقهٔ سوءاستفاده یا بی‌توجهی را ندارند در مقایسه با بیمارانی که چنین سوابقی دارند، واکنش به‌مراتب بهتری به داروهای ضدافسردگی نشان

می‌دهند. ((۱۷))

اقدام به خودکشی خودگفته هم‌سو با نمره ای‌سی‌ای به‌شکل فزاینده‌ای افزایش می‌یابد. با افزایش این نمره از صفر به شش، احتمال خودکشی نیز حدود ۵۰۰۰ درصد بیشتر می‌شود. هرچه حس انزوا و بی‌دفاعی فرد بیشتر باشد، احتمال آنکه مرگ تنها راه فرار به نظر برسد بیشتر خواهد بود. وقتی رسانه‌ها عاملی زیست‌محیطی را به افزایش خطر نوعی سرطان ارتباط می‌دهند، در صدر اخبار می‌آید؛ اما این ارقام به‌مراتب چشمگیرتر نادیده گرفته می‌شوند.

در بخشی از ارزیابی اولیه پزشکی شرکت‌کنندگان در مطالعه، از آن‌ها پرسیده شد: «آیا تابه‌حال خودتان را الکلی حساب کرده‌اید؟» احتمال الکلی بودن آن‌هایی که نمره ای‌سی‌ای‌شان چهار بود، هفت برابر بیشتر از بزرگسالانی با نمره صفر بود. مصرف تزریقی مواد مخدر نیز به‌شکل تصاعدی افزایش یافت: احتمال مصرف وریدی مواد مخدر در بیمارانی با نمره شش یا بالاتر، ۴۶۰۰ درصد بیشتر از افرادی بود که نمره ای‌سی‌ای‌شان صفر بود.

از زنان حاضر در مطالعه سؤالی درباره تجاوز در بزرگسالی پرسیده شد. شیوع تجاوز در نمره صفر، ۵

درصد و در نمره چهار یا بالاتر، ۳۳ درصد بود. چرا دخترانی که مورد سوءاستفاده و بی‌توجهی قرار گرفته‌اند، بعدها در زندگی بیشتر در معرض تجاوز هستند؟ پاسخ‌های داده‌شده به این سؤال پیامدهایی فراتر از تجاوز دارد. مثلاً پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند دخترانی که در فرایند رشد شاهد خشونت خانگی هستند، بیشتر مستعد آن هستند که خودشان نیز درگیر روابط خشونت‌بار شوند؛ در همین حال، خطر سوءاستفاده از همسران توسط پسرانی که شاهد خشونت خانگی هستند، هفت برابر افزایش می‌یابد. (۱۸) بیش از ۱۲ درصد شرکت‌کنندگان مطالعه، کتک‌خوردن مادرانشان را دیده بودند.

در فهرست رفتارهای پرخطری که با نمره ای‌سی‌ای می‌توان پیش‌بینی‌شان کرد، این‌ها هم دیده می‌شد: مصرف دخانیات، چاقی، بارداری‌های ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی. در آخر، میزان مشکلات عمده سلامتی نیز خیره‌کننده بود: احتمال ابتلای کنونی به یکی از ده عامل اصلی مرگ در ایالات متحده از جمله بیماری مزمن انسدادی ریه (سی‌اُپی‌دی)، بیماری ایسکمیک قلبی و بیماری کبدی در افرادی با نمره ای‌سی‌ای شش یا بالاتر در مقایسه با افرادی با نمره ای‌سی‌ای صفر ۱۵ درصد بیشتر بود. احتمال ابتلای آن‌ها به سرطان دو برابر و آمفیزم^{۱۷۳} نیز چهار برابر بود.

وقتی مشکلات عملاً راه‌حل‌اند

بیست سال از درمان اولیه آن کمک‌پرستار توسط فلیتی گذشته بود که بار دیگر دیدش، همان زنی که کاهش وزن و اضافه وزنش باعث شده بود فلیتی ماجراجویی‌اش را آغاز کند. آن زن گفت بعدها جراحی چاقی انجام داده؛ اما پس از کاهش ۴۴ کیلوگرم از وزنش، به خودکشی تمایل پیدا کرده است. برای کنترل گرایشش به خودکشی پنج بار بستری شده بود و سه دوره شوک برقی دریافت کرده بود. فلیتی می‌گوید چاقی که یکی از مشکلات بزرگ سلامت عمومی به حساب می‌آید، ممکن است برای بسیاری از افراد در واقع نوعی راه‌حل شخصی باشد. این پیامدها را در نظر بگیرید: اگر راه‌حل کسی را سهواً مشکل قلمداد کنید و درصدد از بین بردنش برآیید، نه‌تنها احتمال دارد درمان جواب ندهد - همان اتفاقی که اغلب در برنامه‌های ترک اعتیاد رخ می‌دهد - بلکه ممکن است مشکلات دیگری نیز سر باز کنند.

زن قربانی تجاوزی به فلیتی گفت: «اضافه‌وزن نادیده گرفته شده، من باید همین‌شکلی باشم.» (۱۹) چاقی از مردان هم مراقبت می‌کند. فلیتی دو نفر از نگهبانان یک زندان دولتی را به خاطر دارد که در برنامه کاهش وزن شرکت داشتند. آن دو بلافاصله به همان وزن قبلی‌شان برگشتند چون احساس می‌کردند وقتی گنده‌ترین آدم بند باشند، امنیت بیشتری دارند. بیمار مذکر دیگری پس از آنکه پدر و مادرش از هم جدا شدند و او به خانه پدر بزرگ‌ترش و الکی‌اش رفت، چاق شد. توجیهش این بود:

«دلیل خوردنم این نبوده که گرسنه‌ام یا چیز دیگر. چاقی جایی بود که در آن احساس امنیت می‌کردم. در تمام طول راه مهدکودک بقیه طبق عادت کتکم می‌زدند. وقتی اضافه وزن آوردم، دیگر این اتفاق نیفتاد.»

پژوهشگران گروه مطالعه‌ی ای‌سی‌تی به این نتیجه‌گیری رسیدند: «ترک هر نوع خوگیری (مثل سیگارکشیدن، مصرف الکل، موادمخدر، چاقی)، به‌رغم آنکه همه به مضراتشان برای سلامتی واقف‌اند، به‌شدت دشوار است. بسیاری از خطرهای بلندمدت سلامتی ممکن است در کوتاه‌مدت برای برخی اشخاص مفید باشند؛ اما توجه کمی به این مسئله شده است. بیماران مرتباً از مزایای این "خطرهای سلامتی" برایمان حرف می‌زنند. ایده‌ی راه‌حل‌بودن مشکل، به‌رغم اینکه به‌حق برای عده‌ای نگران‌کننده است، مطمئناً با این واقعیت هم‌سو است که نیروهای متضاد به‌طور معمول هم‌زمان در سیستم‌های بیولوژیکی وجود دارند... . آنچه فرد می‌بیند، یعنی مشکل فعلی، غالباً فقط نشانه‌ای از مشکل واقعی است، مشکلی که در گذر زمان مدفون مانده و شرم، پنهان‌کاری و گاه فراموشی و اغلب اوقات معذب‌بودن در کنار درمانگر آن را مخفی کرده است.»

کودک‌آزاری: بزرگ‌ترین مشکل سلامت عمومی کشور

اولین بار که رابرت اندا نتایج مطالعه ای سی ای را قرائت می کرد، نمی توانست جلوی اشکش را بگیرد. طی فعالیتش در مرکز کنترل و پیشگیری بیماری، در چندین حوزه دیگر از خطرهای سلامتی مثل پژوهش روی تنباکو یا سلامتی قلب و عروق کار کرده بود. اما وقتی داده های این مطالعه کم کم روی صفحه مانیتورش ظاهر شد، دانست که با وخیم ترین و هزینه برترین مسئله سلامت عمومی در ایالات متحده برخورد کرده اند: کودک آزاری. طبق محاسباتش هزینه کلی این مسئله از هزینه های سرطان و بیماری های قلبی فراتر می رفت و ریشه کن کردن کودک آزاری در امریکا نرخ افسردگی را تا بیش از یک دوم، اعتیاد به الکل را تا دوسوم، و خودکشی، تزریق موادمخدر و خشونت خانگی را تا سه چهارم کاهش می داد. (۲۰) به علاوه، تأثیر بی اندازه ای بر عملکرد افراد در محیط های کاری داشت و نیاز به حبس را تا حد زیادی کاهش می داد.

انتشار گزارش جراح کل ایالات متحده در خصوص دخانیات و سلامتی در سال ۱۹۶۴ موجب راه اندازی کارزاری حقوقی و پزشکی شد که چندین دهه ادامه داشت؛ این کارزار زندگی روزمره و چشم اندازهای سلامتی بلندمدت میلیون ها نفر را تغییر داده است. تعداد سیگاری های امریکایی از ۴۲ درصد بزرگسالان در سال ۱۹۶۵ به ۱۹ درصد در سال ۲۰۱۰ رسید؛ همچنین تخمین زده می شود که در بازه

زمانی سال‌های ۱۹۷۵ تا ۲۰۰۰ از ۸۰۰ هزار مرگ ناشی از سرطان ریه جلوگیری شده است. (۲۱)

باین حال، مطالعه‌ی ای‌سی‌ای چنین تأثیری نداشته است. مطالعات و مقالات تکمیلی هنوز هم در سراسر دنیا انجام می‌شوند؛ اما واقعیت هرروزه‌ی کودکانی مثل مریلین و کودکانی که در درمانگاه‌های سرپایی و مراکز توان‌بخشی سراسر کشور به سر می‌برند تقریباً یکی است. به‌تازگی دوزهای بالایی از داروهای روان‌گردان به آن‌ها داده می‌شود که مطیع‌ترشان می‌کند؛ اما توانایی‌شان را در احساس لذت و کنجکاوی، رشد هیجانی و عقلی و تبدیل‌شدن به عضوی مؤثر در جامعه با اختلال مواجه می‌سازد.

فصل دهم: ترومای رشدی

همه‌گیری پنهان

این تصور که تجربیات ناخوشایند اوایل دوران کودکی به اختلالات رشدی چشمگیری می‌انجامد، بیشتر برداشتی بالینی است تا حقیقتی مبتنی بر تحقیق. مدرک موثقی وجود ندارد که نشان دهد تروماهایی که پیش‌تر اتفاق افتاده‌اند به هر نحوی مسبب بروز اختلالات رشدی شده باشند.

بخشی از نامهٔ انجمن روان‌پزشکی آمریکا در پذیرفتن طبقهٔ تشخیصی اختلال ترومای رشدی، می ۲۰۱۱

پژوهش‌های صورت‌گرفته روی سوءرفتار اولیه داستان متفاوتی را نقل می‌کنند: سوءرفتار اولیه تأثیرات منفی ماندگاری روی رشد مغز دارد. تجربیات اولیهٔ زندگی مغزهایمان را شکل می‌دهند. سوءرفتار مغاری^{۱۷۴} است که مغز را به‌گونه‌ای تراش می‌دهد تا بتواند با کشمکش‌ها مقابله کند، البته به قیمت جراحات‌های عمیق و ماندگار. سوءاستفادهٔ دوران کودکی چیزی نیست که «از دستش خلاص شوید.» اهریمنی است که اگر می‌خواهیم کاری برای چرخهٔ افسارگسیختهٔ خشونت در این کشور انجام دهیم،

باید به وجودش اذعان و با آن مقابله کنیم.

^{۱۷۵} دکتر مارتین تایگر، مجله ساینتیفیک امریکن

صدها هزار کودک شبیه آن‌هایی که قصد دارم درباره‌شان حرف بزنم وجود دارند؛ منابع عظیمی را جذب خود می‌کنند، اغلب بدون آنکه فایده محسوسی دیده شود. نهایتاً از زندان‌ها، بهزیستی‌ها و درمانگاه‌های پزشکی سر درمی‌آورند. بیشتر مردم آن‌ها را فقط به منزله آمار می‌شناسند. ده‌ها هزار معلم، افسر آزادی مشروط،^{۱۷۶} مددکار، قاضی و متخصص سلامت روان وقتشان را صرف کمک به این افراد می‌کنند و حقوقشان از پول مالیات‌دهنده‌ها داده می‌شود.

وقتی آنتونی به مرکز تروما آمد، فقط دو سال و نیمش بود؛ یکی از مراکز مراقبت از کودک به ما ارجاعش داده بود؛ چون کارکنانش نمی‌توانستند گازگرفتن‌ها و هل دادن‌های بی‌وقفه‌اش، امتناع از چرت زدن و گریه‌های لجوجانه‌اش، کوبیدن سر و خودجنبناندنش را کنترل کنند. با هیچ‌یک از کارکنان احساس امنیت نمی‌کرد و بین فروپاشی مایوسانه و نافرمانی غضبناکی در نوسان بود.

وقتی با او و مادرش دیدار کردیم، با نگرانی به مادرش چسبید و صورتش را قایم کرد، درحالی که مادرش مرتباً می گفت: «مثل کوچولوها رفتار نکن.» وقتی یکی از درهای اتاقِ انتهای راهرو به هم خورد، پسر شوکه شد و خودش را بیشتر در دامن مادرش فروبرد. وقتی مادر او را کنار کشید، گوشه‌ای نشست و هی سرش را به دیوار کوبید. مادرش گفت: «این کار را فقط برای اذیت کردن من انجام می دهد.» وقتی از پیشینه خودش سؤال کردیم، گفت پدر و مادرش رهايش کرده بودند و چند نفر از خویشاوندانش بزرگش کرده اند؛ آن ها کتکش می زدند، نادیده اش می گرفتند و رفته رفته در سیزده سالگی آزار جنسی اش داده بودند.

اگر آنتونی را به بیمارستان می بردند، احتمالاً انبوهی از اختلالات روانی مختلف به او نسبت داده می شد: افسردگی، اختلال نافرمانی مقابله ای، اختلال دل بستگی واکنشی، اختلال بیش فعالی و نقص توجه و پی تی اس دی. با این حال، هیچ کدام از این تشخیص ها مشکل آنتونی را مشخص نمی کرد: اینکه تا سرحد مرگ ترسیده بود و داشت برای زنده ماندن تقلا می کرد و اطمینان نداشت که مادرش بتواند کمکی به او کند.

سپس نوبت به ماریا می رسد، دختر پانزده ساله ای از امریکای لاتین، و یکی از نیم میلیون کودکی که در

پرورشگاه‌ها و مراکز توانبخشی ایالات متحده آمریکا بزرگ می‌شوند. ماریا چاق و پرخاشگر است. سابقه سوءاستفاده جنسی، فیزیکی و عاطفی دارد و از هشت‌سالگی در بیش از بیست اقامتگاه بیرون‌ازخانه‌ای^{۱۷۷} زندگی کرده است. مدارک پزشکی فراوانی به دستمان رسید که نشان می‌داد ماریا دختری کم‌حرف، کینه‌ای، دمدمی‌مزاج، بی‌پروا و خودآسیب‌رسان با تغییرات خلقی شدید و زودرنجی بی‌اندازه است. خودش را «آشغال، بی‌ارزش و مطرود» می‌داند.

پس از اقدام به خودکشی‌های متعدد، ماریا در یکی از مراکز توان‌بخشی ما جای داده شد. در ابتدا کم‌حرف و منزوی بود و اگر کسی خیلی به او نزدیک می‌شد، خشونت به خرج می‌داد. وقتی هیچ‌یک از روش‌ها درباره‌اش جواب نداد، در برنامه اسب‌درمانی شرکت داده شد؛ آنجا هر روز اسبش را تمیز می‌کرد و سوارکاری ساده‌ای را هم یاد گرفت. دو سال بعد، هنگام فارغ‌التحصیلی‌اش از دبیرستان، با او حرف زدم. کالج چهارساله‌ای پذیرفته بودش. وقتی پرسیدم چه چیزی بیشتر از همه کمکش کرده، پاسخ داد: «اسبی که ازش مراقبت می‌کردم.» گفت از ابتدا در کنار اسبش احساس امنیت کرده است؛ اسب هر روز آنجا صبورانه منتظرش می‌ایستاد و با آمدنش به نظر خوش‌حال می‌شد. کم‌کم پیوندی درونی با موجود دیگری احساس کرد و مثل یک دوست با او حرف می‌زد. به تدریج با سایر بچه‌های حاضر در آن

دوره و نهایتاً با مشاورش هم شروع به حرف زدن کرد.

ویرجینیا دختر سفیدپوست سیزده ساله‌ای است که به فرزندخواندگی فرد دیگری درآمده است. به دلیل سوء مصرف موادمخدر مادر بیولوژیکی‌اش، ویرجینیا را از او جدا کردند؛ پس از بیماری و مرگ اولین مادرخوانده‌اش، از این پرورشگاه به آن پرورشگاه می‌رفت تا اینکه دوباره به فرزندخواندگی پذیرفته شد. ویرجینیا در نظر هر مردی که سر راهش سبز می‌شد اغواگر به نظر می‌رسید؛ اظهار داشت چندین پرستار بچه و مراقبان موقتی‌اش از او سوءاستفاده جنسی و فیزیکی کرده‌اند. پس از سیزده مورد بستری فوری به دلیل اقدام به خودکشی به مرکز توان بخشی ما آمد. کارکنان بخش او را دختری منزوی، سلطه‌جو، تندخو، منحرف، مداخله‌گر، کینه‌جو و خودشیفته توصیف کردند. او خودش را نفرت‌انگیز می‌دانست و آرزو می‌کرد مرده بود. در پرونده پزشکی‌اش این تشخیص‌ها دیده می‌شد: اختلال دوقطبی، اختلال انفجاری متناوب، اختلال دل‌بستگی واکنشی، زیرمجموعه اختلال نقص توجه (ای‌دی‌دی) و بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (آدی‌دی) و اختلال مصرف موادمخدر. اما ویرجینیا واقعاً کیست؟ چگونه می‌توانیم کمکش کنیم تا از زندگی‌اش لذت ببرد؟ (۱)

زمانی می‌توانیم امیدوار به حل مشکلات این کودکان باشیم که تعریف درستی از رنج درونی‌شان ارائه

دهیم و فقط به ساخت داروهای جدید برای کنترل آن‌ها یا یافتن «همان» ژنی که مسبب «بیماری» شان بوده، اکتفا نکنیم. چالش موجود یافتن راه‌هایی است تا به آنان کمک کنیم زندگی‌های سازنده‌ای داشته باشند و با این کار، در صدها میلیون دلار از پول مالیات‌دهنده‌ها صرفه‌جویی کنیم. مواجهه با واقعیت‌ها نقطه آغاز این فرایند است.

ژن‌های بد؟

با دیدن این همه مشکل فراگیر و داشتن چنین والدین بی‌کفایتی، به‌سادگی وسوسه می‌شویم مشکلات بیماران را به ژن‌های بدشان نسبت دهیم. فناوری همواره جهت‌های جدیدی را برای پژوهش ایجاد می‌کند. با امکان‌پذیر شدن آزمایش ژنتیکی، روان‌پزشکی هم خود را وقف یافتن دلایل ژنتیکی بیماری‌های روانی کرد. یافتن پیوندی ژنتیک برای اسکیزوفرنی که نوع تقریباً شایع (با ابتلای حدود ۱ درصد مردم به آن)، وخیم و مبهمی از بیماری روانی است و در خانواده‌ها به‌وضوح دیده می‌شود، به نظر اهمیت ویژه‌ای داشت. با وجود این، پس از گذشت سی سال و اختصاص میلیون‌ها دلار به تحقیق و پژوهش، هنوز نتوانسته‌ایم الگوهای ژنتیکی ثابتی برای اسکیزوفرنی یا هر بیماری روانی دیگری بیابیم. (۲) عده‌ای از همکارانم نیز تلاش‌های بسیاری کرده‌اند تا عوامل ژنتیکی‌ای بیابند که افراد را مستعد استرس ترومایی

می‌کنند. (۳) این جست‌وجو همچنان ادامه دارد اما تاکنون نتوانسته هیچ پاسخ موثقی به دست دهد. (۴)

پژوهش‌های جدید این تصور ساده را کنار زده‌اند که «برخورداری» از یک ژن خاص به نتیجه خاصی منجر می‌شود. از قرار معلوم ژن‌های متعددی با یکدیگر همکاری می‌کنند تا نتیجه منحصربه‌فردی حاصل گردد. نکته‌ی چه بسا مهم‌تر آنکه ژن‌ها ثابت نیستند؛ رویدادهای روزمره ممکن است موجب تحریک پیام‌های بیوشیمیایی‌ای شوند که ژن‌ها را روشن یا خاموش می‌کنند؛ این پیام‌ها با افزودن گروه‌های متیلی، یعنی خوشه‌ای از اتم‌های کربن و هیدروژن، به سطح خارجی ژن (در فرایندی تحت‌عنوان متیلاسیون)، حساسیت ژن را به پیام‌های بدن کم و زیاد می‌کنند. رویدادهای روزمره رفتار ژن را تغییر می‌دهند؛ اما ساختار زیربنایی‌اش را عوض نمی‌کنند. بالاین‌حال، الگوهای متیلاسیون ممکن است به فرزندان منتقل شوند؛ به این پدیده اپی‌ژنتیک گفته می‌شود. بار دیگر می‌بینیم که بدن در عمیق‌ترین سطوح ارگانیسم هم چیزی را فراموش نمی‌کند.

یکی از پراستنادترین آزمایش‌ها در حوزه اپی‌ژنتیک را مایکل مینی،^{۱۷۸} استاد دانشگاه مک‌گیل، انجام داد؛ او روی بچه‌موش‌ها و مادرانشان مطالعه می‌کند. (۵) وی کشف کرد که میزان لیسیدن و تمیزکردن

بچه‌موش‌ها توسط موش مادر در دوازده ساعت اول تولد برای همیشه بر مواد شیمیایی‌ای تأثیر می‌گذارد که به استرس واکنش نشان می‌دهند و ساختار بیش از هزار ژن را تغییر می‌دهد. بچه‌موش‌هایی که مادرشان شدیداً آن‌ها را لیسیده‌اند، در مقایسه با موش‌هایی که مادرشان ملاحظه کمتری دارند، شجاع‌ترند و در موقعیت‌های استرس‌زا سطح کمتری از هورمون استرس را ترشح می‌کنند. به‌علاوه، زودتر هم بهبود می‌یابند؛ آرامشی که تا آخر عمر با آن‌ها باقی می‌ماند. پیوندهای ضخیم‌تری در هیپوکامپ آن‌ها، یکی از مراکز اصلی یادگیری و حافظه، ایجاد می‌شود و در مهارت مهم خاصِ جوندگان، یعنی پیشروی در هزارتوها، نیز عملکرد بهتری دارند.

به‌تازگی داریم به این موضوع پی می‌بریم که تجربیات استرس‌زا بر بیان ژن در انسان‌ها هم تأثیر می‌گذارند. کودکانی که مادران باردارشان در خلال طوفان یخ طولانی‌مدت کِیک کانادا در خانه‌هایی فاقد سیستم گرمایشی گرفتار شده بودند، در مقایسه با کودکان مادرانی که گرمای خانه‌شان در عرض یک روز وصل شده بود، تغییرات اپی‌ژنتیکی عمده‌ای را نشان دادند. (۶) موشه اسزیف،^{۱۷۹} پژوهشگر دانشگاه مک‌گیل، ضمن مقایسه پروفایل اپی‌ژنتیکی صدها کودک انگلیسی که در دو منتهای متفاوت برتری اجتماعی متولد شده بودند، تأثیر کودک‌آزاری را بر هر دو گروه سنجید. تفاوت در طبقه اجتماعی

با تفاوت‌های مشخصی در پروفایل‌های اپی‌ژنتیکی همراه بود؛ اما تغییرات خاصی در ۷۳ ژن از کودکان سوءاستفاده‌شده هر دو گروه دیده شد. به قول اسزیف «فقط مواد شیمیایی و سموم نیستند که تغییرات عمده‌ای را در بدنمان ایجاد می‌کنند، نحوه تعامل جهان اجتماعی با جهان سیم‌کشی‌شده مغز نیز در این امر دخیل است.» (۷ و ۸)

روشنگری میمون‌ها از پرسش‌های قدیمی درباره طبیعت در مقابل تربیت

فعالیت‌های استیون سوامی،^{۱۸۰} رئیس آزمایشگاه کردارشناسی تطبیقی مؤسسه ملی سلامت، یکی از شفاف‌ترین شیوه‌هایی را ارائه داده که به کمک آن می‌توان به نحوه تأثیرگذاری کیفیت فرزندپروری و محیط بر بیان ژن‌ها پی برد. (۹) سوامی بیش از چهل سال است که به مطالعه انتقال شخصیت در چندین نسل از میمون‌های رزوس پرداخته است؛ این میمون‌ها در ۹۵ درصد ژن‌ها با انسان مشترک‌اند و فقط شامپانزه‌ها و بونوبوها (یا شامپانزه‌های کوتوله) درصد اشتراک ژنی بیشتری با انسان‌ها دارند. میمون‌های رزوس همانند انسان‌ها در گروه‌های اجتماعی بزرگ با هم‌پیمانی‌های پیچیده و روابط طبقاتی زندگی می‌کنند و فقط اعضای می‌توانند دوام آورند و رشد کنند که بتوانند رفتارشان را با خواسته‌های گروه هماهنگ سازند.

این میمون‌ها از نظر الگوهای دل‌بستگی نیز به انسان‌ها شباهت دارند. نوزادانشان به تماس فیزیکی نزدیک با مادر وابسته‌اند و دقیقاً به همان شکلی که بالبی در انسان‌ها مشاهده کرد، از طریق سبک‌وسنگین کردن واکنش‌هایشان به محیط پرورش می‌یابند و هرگاه احساس خطر کنند یا گم شوند، به سمت مادر می‌دوند. وقتی استقلال بیشتری به دست آورند، بازی کردن با هم‌سن‌وسالان به اصلی‌ترین شیوه یادگیری نحوه گذران زندگی تبدیل می‌شود.

سوامی دو گونه شخصیتی را شناسایی کرد که همواره به مشکل می‌خوردند: میمون‌های مضطرب و نگران که ترسو، گوشه‌گیر و افسرده می‌شوند، حتی در موقعیت‌هایی که بقیه میمون‌ها بازی و کندوکاو می‌کنند؛ و میمون‌های به شدت پرخاشگر که آن‌قدر در دسر درست می‌کنند که اغلب طرد می‌شوند، کتک می‌خورند یا کشته می‌شوند. هر دو گونه به لحاظ بیولوژیکی با همتایان خود متفاوت‌اند. نابهنجاری‌ها در سطح انگیختگی، هورمون‌های استرس و سوخت‌وساز مواد شیمیایی مغز، مثل سروتونین، را می‌توان در همان هفته‌های اول زندگی مشاهده کرد و با رسیدنشان به بلوغ نه بیولوژی‌شان دچار تغییر می‌شود و نه گرایش‌های رفتاری‌شان. سوامی طیف گسترده‌ای از رفتارهای مبتنی بر ژنتیک را کشف کرد. برای مثال، میمون‌های مضطرب (که براساس رفتار و سطح بالای کورتیزولشان در شش ماهگی

جزء این دسته‌بندی قرار گرفته‌اند)، با رسیدن به چهارسالگی از میمون‌های دیگر در محیط‌های آزمایشگاهی الکل بیشتری مصرف می‌کنند. میمون‌هایی هم که به‌لحاظ ژنتیکی پرخاشگرند افراط می‌کنند؛ آن‌ها تا سرحد بیهوشی در نوشیدن الکل زیاده‌روی می‌کنند، درحالی‌که به نظر می‌رسد میمون‌های مضطرب فقط برای آرام‌شدن می‌نوشند.

باوجوداین، محیط اجتماعی نیز نقش شایان توجهی در رفتار و بیولوژی دارد. میمون‌های ماده مضطرب و نگران خیلی با دیگران بازی نمی‌کنند و به همین خاطر هنگام زایمان فاقد پشتیبانی اجتماعی هستند و خطر بی‌توجهی به بچه‌های اول و سوءاستفاده از آن‌ها در این میمون‌ها زیاد است. اما وقتی این میمون‌های ماده به گروه اجتماعی ثابتی تعلق داشته باشند، اغلب به اعضای تلاشگری تبدیل می‌شوند که به‌دقت از بچه‌هایشان مراقبت می‌کنند. تحت موقعیتی خاص، مادران مضطرب می‌توانند مراقبت موردنیاز بیشتری را فراهم آورند. ازسوی دیگر، مادران پرخاشگر هیچ‌گونه مزیت اجتماعی را فراهم نمی‌کنند: با فرزندانشان سخت‌گیرانه رفتار می‌کنند و کتک‌زدن، لگدزدن و گازگرفتن در میانشان بیشتر دیده می‌شود. اگر بچه‌ها جان سالم به در ببرند، مادران معمولاً نمی‌گذارند با بقیه میمون‌ها دوست شوند.

در دنیای واقعی نمی‌توان گفت رفتار پرخاشگرانه یا مضطرب افراد نتیجه ژن‌های والدین است یا پرورش‌یافتن به دست مادری آزارگر؛ یا هر دو. اما در آزمایشگاه می‌توان میمون‌های تازه‌به‌دنیاآمده‌ای را که ژن‌های آسیب‌پذیری دارند از مادران بیولوژیکی‌شان جدا کرد و به دست مادران دل‌سوز سپرد یا در محوطه بازی با سایر میمون‌ها بزرگ کرد.

میمون‌های کوچکی که از مادرانشان جدا شده و فقط با هم‌سالانشان بزرگ شده‌اند، سخت دل‌بسته آن‌ها می‌شوند. به‌شدت به یکدیگر می‌چسبند و به‌قدر کافی از هم جدا نمی‌شوند تا درگیر کندوکاو و بازی‌های سالم شوند. بازی‌اندک فاقد آن پیچیدگی و تخیلی است که نوعاً در میمون‌های عادی دیده می‌شود. چنین میمون‌هایی رفته‌رفته مضطرب بار می‌آیند: در موقعیت‌های جدید ترسو هستند و کنجکاوی نمی‌کنند. میمون‌های بزرگ‌شده در میان هم‌سالان، صرف‌نظر از تمایل ژنتیکی‌شان، به استرس‌های ناچیز بیش از حد واکنش نشان می‌دهند: سطح کورتیزول این میمون‌ها در واکنش به صداها، بلند، در مقایسه با میمون‌هایی که به دست مادرانشان بزرگ شده‌اند، افزایش بیشتری دارد. سوخت‌وساز سروتونین آن‌ها حتی از میمون‌هایی هم که به‌لحاظ ژنتیکی میل به پرخاشگری دارند؛ اما توسط مادرانشان بزرگ شده‌اند، از این هم غیرعادی‌تر است. بدین‌ترتیب می‌توان چنین نتیجه گرفت که دست‌کم در میمون‌ها، تأثیر تجربیات اولیه بر بیولوژی حداقل کمتر از وراثت نیست.

دو نسخه از ژن سروتونینی (موسوم به آلل‌های کوتاه و بلند انتقال‌دهنده سروتونین) بین میمون‌ها و انسان‌ها مشترک‌اند. آلل کوتاه در انسان‌ها با تکانشگری، پرخاشگری، هیجان‌خواهی، اقدام به خودکشی، و افسردگی حاد همراه است. سوامی نشان داد که حداقل در میمون‌ها، محیط در نحوه اثرگذاری این

زن‌ها بر رفتار نقش دارد. میمون‌هایی با آلل کوتاه که توسط مادرانی لایق بزرگ شدند، رفتارشان عادی بود و هیچ کمبودی در سوخت‌وساز سروتونینشان دیده نمی‌شد. آن‌هایی که با همتایانشان بزرگ شده بودند، میمون‌های خطرپذیر و پرخاش‌جویی بار آمدند. (۱۰) به همین شکل، الک روی،^{۱۸۱} پژوهشگر نیوزلندی، نیز پی برد که میزان افسردگی در افراد دارای آلل کوتاه بیشتر از نرخ افسردگی آن‌هایی است که نسخه آلل بلند داشتند؛ البته این مسئله در صورتی صدق می‌کرد که این افراد در کودکی سابقه سوءاستفاده و بی‌توجهی هم داشتند. نتیجه واضح است: کودکانی که از سر خوش‌شانسی والدینی هم‌نوا و باملاحظه دارند به این مشکل ژنتیکی بر نخواهند خورد. (۱۱)

یافته‌های سوامی مؤید همه چیزهایی است که از همکارانمان در حوزه دل‌بستگی انسانی و مطالعه بالینی خودمان یاد گرفته‌ایم: روابط اولیه امن و مسئولانه نقش مهمی در مراقبت از کودکان در برابر مشکلات بلندمدت ایفا می‌کند.

علاوه بر این، حتی والدینی که خودشان هم ضعف‌های ژنتیکی دارند، در صورتی که پشتیبانی مناسبی از آن‌ها فراهم شود، می‌توانند این مراقبت را به نسل بعد انتقال دهند.

شبکه ملی استرس ترومایی کودکان

تقریباً همه بیماری‌ها، از سرطان گرفته تا رتینیت پیگمانتر،^{۱۸۲} گروه‌هایی حمایتی دارند که مطالعه و درمان آن عارضه خاص را ترویج می‌دهند. اما تا سال ۲۰۰۱ که شبکه ملی استرس ترومایی کودکان (ان‌سی‌تی‌اس‌ان)^{۱۸۳} با حکم کنگره تأسیس شد، هیچ‌گونه سازمان جامعی مختص پژوهش و درمان کودکان ترومایی وجود نداشت.

در سال ۱۹۹۸ آدام کامینگز،^{۱۸۴} عضو بنیاد نیشن کامینگز،^{۱۸۵} با من تماس گرفت و از علاقه این بنیاد به مطالعه تأثیرات تروما بر یادگیری حرف زد. به آن‌ها گفتم کارهای خوبی در این زمینه صورت گرفته (۱۲)؛ اما مرجعی نبوده تا کشفیاتی را که پیش‌از این انجام شده، به کار بگیرد. رشد ذهنی، بیولوژیکی و اخلاقی کودکان مبتلا به تروما به شیوه‌ای نظام‌مند به کارکنان مراقبت از کودک، پزشکان اطفال یا در تحصیلات تکمیلی رشته روان‌شناسی یا امور مددکاری آموزش داده نمی‌شود.

من و آدام هم‌رأی بودیم که باید به این مسئله رسیدگی شود. حدود هشت ماه بعد اتاق فکری را تشکیل دادیم که نمایندگان از وزارت بهداشت و خدمات انسانی و وزارت دادگستری ایالات متحده،

مشاور امور سلامت سناتور تد کندی،^{۱۸۶} و گروهی از همکارانم که درزمینه ترومای کودکی کار می‌کردند، در آن حضور داشتند. همه‌مان با مبانی نحوه‌ی اثرگذاری تروما بر ذهن و مغز در حال رشد آشنا بودیم و همگی آگاه بودیم که ترومای کودکی کاملاً متفاوت با استرس ترومایی در بزرگسالان کاملاً بالغ است.

گروه به این نتیجه رسید که اگر می‌خواهیم مسئله ترومای کودکان را قاطعانه به دیگران بشناسانیم، باید سازمانی ملی وجود داشته باشد که هم تحقیق و پژوهش درزمینه ترومای دوران کودکی را ترویج دهد و هم به ارتقای آموزش معلمان، قضات، وزرا، پدرخوانده‌ها و مادرخوانده‌ها، پزشکان، افسران آزادی مشروط، پرستاران و متخصصان سلامت روانی، و در کل هرکسی کمک کند که با بچه‌های سوءاستفاده‌شده و مبتلا به تروما سروکار دارد.

یکی از اعضای کارگروه به نام بیل هریس^{۱۸۷} تجربه فراوانی درزمینه قوانین مرتبط با کودکان داشت و رفت تا با همکاری پرسنل سناتور کندی ایده‌هایمان را به قانون تبدیل کند. لایحه تأسیس شبکه ملی استرس ترومایی کودکان با پشتیبانی قاطع هر دو حزب وارد سنا شد و از شبکه‌ای متشکل از هفده سایت در سال ۲۰۰۱ به بیش از ۱۵۰ مرکز در سراسر جهان گسترش یافته است. شبکه یادشده را مراکز هماهنگی مستقر در دانشگاه دوک و دانشگاه کالیفرنیا رهبری می‌کنند و از چندین دانشگاه، بیمارستان،

آژانس‌های قبیله‌ای، برنامه‌های ترک اعتیاد، درمانگاه‌های سلامت روان و دانشکده‌های تحصیلات تکمیلی تشکیل شده است. هریک از سایت‌ها نیز با مدارس، بیمارستان‌ها، آژانس‌های خدمات رفاهی، پناهگاه‌های بی‌خانمان‌ها، ندامتگاه‌های کودکان و نوجوانان و مددسرای‌های زنان تحت خشونت خانگی همکاری می‌کنند و در مجموع چیزی بیش از ۸۳۰۰ همکار وابسته دارند.

با راه‌اندازی این شبکه، ابزار لازم را برای جمع‌آوری سابقه روشن‌تری از کودکان مبتلا به تروما در همه بخش‌های کشور در اختیار داشتیم. جوزف اسپیناتزولا،^{۱۸۸} همکارم در مرکز تروما، رهبری پیمایشی را بر عهده گرفت که سوابق حدود ۲ هزار کودک و نوجوان را در آژانس‌های سراسر شبکه بررسی می‌کرد. (۱۳) طولی نکشید که آنچه محتمل می‌شمردیم برایمان اثبات شد: اکثر قریب به اتفاق کودکان از خانواده‌هایی ناکارآمد می‌آمدند. بیش از نیمی از آن‌ها مورد سوءاستفاده عاطفی قرار گرفته بودند و/یا مراقبان‌شان به قدری بی‌کفایت بودند که نمی‌توانستند پاسخ‌گوی نیازهایشان باشند. مراقبان تقریباً ۵۰ درصدشان در زندان، تحت درمان یا در خدمت ارتش بودند و غریبه‌ها، والدین ناتنی یا خویشاوندان دور از آن‌ها مراقبت کرده بودند.

نیمی از آن‌ها شاهد خشونت‌های خانگی بوده‌اند و یک‌چهارم‌شان نیز قربانی سوءاستفاده جنسی و/یا

فیزیکی بودند. به بیان دیگر، کودکان و نوجوانان بررسی شده در این پیمایش، انعکاسی از بیماران میان سال و طبقه متوسط کایزر پرمننته با نمره ای سی ای بالایی بودند که فلیتی در مطالعه تجارب ناخوشایند دوران کودکی آن ها را بررسی کرده بود.

قدرت تشخیص

در دهه ۱۹۷۰ هیچ راهی برای دسته بندی علائم پردامنه صدها هزار کهنه سرباز برگشته از جنگ ویتنام وجود نداشت. همان طور که در فصل های ابتدایی کتاب دیدیم، این مسئله پزشکان بالینی را مجبور کرد، تا با ابتکار خود، درمانی را برای بیمارانشان در نظر بگیرند و نتوانند مطالعه نظام مندی درباره کارایی این رویکردها داشته باشند. معرفی تشخیص پی تی اس دی در دی اس ام ۳ در سال ۱۹۸۰ به مطالعات علمی گسترده و ایجاد درمان های مؤثری انجامید که هم برای کهنه سربازان جنگی هم برای قربانیان طیفی از حوادث ترومایی مثل تجاوز، تعرض و تصادفات رانندگی هم کاربردی بود. (۱۴) یکی از نمونه های قدرت فراگیر وجود یک طبقه تشخیصی خاص این است که وزارت دفاع در سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۰ بیش از ۲۰۷ میلیارد دلار به پژوهش و درمان پی تی اس دی در کهنه سربازان اختصاص داد و در این بین اداره امور کهنه سربازان فقط در سال مالی ۲۰۰۹، چیزی بالغ بر ۲۴.۵ میلیون دلار را صرف پژوهش های

درون سازمانی پی‌تی‌اس‌دی کرد.

تعریفی که دی‌اس‌ام از پی‌تی‌اس‌دی ارائه داده کاملاً سراسر است: فرد در معرض رویدادی دهشت‌آور است «که با مرگ یا تهدید مرگ یا آسیب‌های جدی همراه است یا تهدیدی به سلامت فیزیکی فرد یا دیگران محسوب می‌شود» که این امر به «ترس، درماندگی یا وحشت شدیدی» منجر می‌شود و بروزهای مختلفی می‌یابد: تجربه مجدد و ناخوانده رویداد (در قالب فلش‌بک، خواب‌های بد، احساس اینکه آن حادثه در حال رخ دادن است)، اجتناب دائمی و فلج‌کننده (از آدم‌ها، مکان‌ها، افکار یا احساسات مرتبط با تروما، گاهی با فراموشی در بخش‌های مهم آن) و افزایش انگیختگی (بی‌خوابی، هوشیاری بیش از حد یا زودرنجی). این توصیف خط داستانی واضحی را نشان می‌دهد: فردی به شکل ناگهانی و غیرمنتظره توسط حادثه‌ای بی‌رحمانه به هم می‌ریزد و هرگز آدم سابق نمی‌شود. شاید تروما تمام شده باشد؛ اما در خاطرات دائماً تکرارشونده و در دستگاه عصبی بازسازمان‌دهی شده همچنان مرور می‌شود.

این تعریف تا چه حد برای کودکانی که ما می‌دیدیم مصداق داشت؟ بدیهی است که پس از حادثه ترومایی خاص، مثل گازگرفتن سگ، تصادف رانندگی یا مشاهده تیراندازی در مدرسه، امکان دارد علائم ابتدایی پی‌تی‌اس‌دی، شبیه آنچه برای بزرگسالان به وجود آمده، در کودکان نیز دیده شود، حتی اگر در

خانه‌هایی امن و حمایتگر زندگی کنند. به دلیل وجود طبقه تشخیصی پی‌تی‌اس‌دی، اکنون می‌توانیم چنین مشکلاتی را به بهترین نحو درمان کنیم.

اما ریشه‌های ترومایی رفتار کودکان آزرده‌ای که سابقه سوءاستفاده و بی‌توجهی دارند و از درمانگاه‌ها، مدارس، بیمارستان‌ها و ایستگاه‌های پلیس سر درمی‌آورند چندان واضح نیست، به‌ویژه از آن جهت که به‌ندرت درباره کتک‌خوردن، رهاشدگی یا آزارجنسی‌شان حرف می‌زنند، حتی وقتی از آن‌ها در این باره پرسیده می‌شود. ۸۲ درصد کودکان مبتلا به تروما که در شبکه ان‌سی‌تی‌اس‌ان رصد شدند، مشمول معیارهای تشخیصی برای پی‌تی‌اس‌دی نمی‌شوند. (۱۵) از آنجا که بیشتر وقت‌ها خاموش، مشکوک یا پرخاشگرند، تشخیص‌های شبه‌علمی این‌چنینی به آن‌ها نسبت داده می‌شود: «اختلال نافرمانی مقابله‌ای» یعنی «این بچه از من متنفر است و هیچ‌یک از کارهایی را که می‌گویم انجام نمی‌دهد» یا «اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاص‌گرایانه» یعنی کودکی قشقرقی است. این بچه‌ها هرچه مشکلات بیشتری داشته باشند، به مرور زمان تشخیص‌های متعددی به آنان نسبت داده می‌شود. برچسب‌های تأثیربرانگیز اما بی‌معنایی که تا قبل از بیست‌سالگی به خیلی از بیماران زده می‌شود گاه به چهار، پنج یا شش مورد یا حتی بیشتر می‌رسد. اگر اساساً درمانی در کار باشد، هرچیزی را برایشان به کار می‌برند که شیوه درمانی

روز اعلام شده: تجویز دارو، اصلاح رفتاری یا مواجهه‌درمانی. این روش‌ها به‌ندرت کارا هستند و اغلب آسیب‌های بیشتری هم به دنبال دارند.

هرچه کودکان بیشتری در شبکه‌ان‌سی‌تی‌اس‌ان درمان می‌شدند، بیش از پیش لزوم طبقه‌ای تشخیصی که توصیف‌گر واقعیت تجربه‌این کودکان باشد، برایمان محرز شد. کارمان را با بانک داده‌های تقریباً ۲۰ هزار کودکی آغاز کردیم که در سایت‌های مختلف شبکه درحال پیمودن فرایند درمان بودند؛ به‌علاوه همه‌مقالات پژوهشی‌ای را جمع‌آوری کردیم که می‌شد درزمینه‌کودکان قربانی سوءاستفاده و بی‌توجهی یافت. این مقدار به ۱۳۰ مطالعه‌ای تقلیل یافت که منحصراً به گزارش بیش از صد هزار کودک و نوجوان در سرتاسر دنیا پرداخته بودند. سپس کارگروهی مرکزی متشکل از دوازده پزشک/ محقق بالینی که درزمینه‌ترومای کودکی (۱۶) تخصص داشتند، دو بار در سال به مدت چهار سال جمع می‌شدند تا نسخه‌اولیه‌پیشنهاد طبقه‌تشخیصی مناسبی را آماده کنند، تشخیصی که تصمیم گرفتیم آن را اختلال ترومای رشدی^{۱۸۹} بنامیم. (۱۷)

وقتی یافته‌هایمان را سازمان‌دهی می‌کردیم، به سابقه‌یکپارچه‌ای رسیدیم: ۱. الگویی فراگیر از بی‌نظمی؛ ۲. مشکلاتی در توجه و تمرکز؛ و ۳. دشواری کنارآمدن با خود و دیگران. حالات و احساسات این

کودکان به سرعت از قطبی به قطب دیگر تغییر می‌کرد؛ از قشقرق و هراس به کناره‌گیری، رخوت و گسستگی. وقتی ناراحت می‌شدند (که اغلب اوقات پیش می‌آمد)، نه می‌توانستند خودشان را آرام کنند و نه قادر بودند احساسشان را به زبان بیاورند.

داشتن سیستمی بیولوژیکی که برای مقابله با تهدیدهای واقعی یا خیالی مرتباً هورمون استرس ترشح می‌کند، مشکلات فیزیکی را برای فرد به دنبال دارد: اختلالات خواب، سردرد، درد توجیه‌ناپذیر، حساسیت بیش از حد به تماس یا صدا. آشفتگی یا خاموشی زیاد توانایی توجه و تمرکز را از کودکان سلب می‌کند. برای رهایی از این فشار، جنابندن خود، یا فعالیت‌های خودآسیب‌رسان (گاز گرفتن، بریدن، سوزاندن و کتک‌زدن خود، کشیدن مو و خراشیدن پوست تا حد خون‌ریزی) می‌شوند. این کار دشواری‌هایی را در پردازش زبانی و هماهنگی حرکتی ظریف^{۱۹۰} به وجود می‌آورد. از آنجاکه همه انرژی‌شان را صرف مسلط‌ماندن بر امورشان می‌کنند، معمولاً نمی‌توانند به کارهای دیگری مثل تکالیف مدرسه که مستقیماً به بقایشان مربوط نمی‌شود، توجه کنند و انگیزتگی بیش از حدشان به سادگی حواسشان را پرت می‌کند.

بی‌توجهی و سوءاستفاده پی‌درپی باعث می‌شود چسبنده و وابسته باشند، حتی به کسانی که از آن‌ها

سوءاستفاده کرده‌اند. از آنجا که همواره کتک خورده‌اند، آزار جنسی دیده‌اند یا به‌نحو دیگری با آن‌ها بدرفتاری شده، چاره‌ای جز این ندارند که خود را ناقص و بی‌ارزش بدانند.

صادقانه خودانزجاری، حس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی‌شان را می‌پذیرند. آیا بی‌اعتمادی‌شان به دیگران جای شگفتی دارد؟ نهایتاً ترکیبی از حسی عمیقاً رقت‌انگیز و واکنش افراطی به سرخوردگی‌های جزئی، دوست‌یابی را برایشان دشوار می‌کند.

اولین مقاله‌ها را دربارهٔ یافته‌هایمان منتشر کردیم، مقیاس درجه‌بندی معتبری را طراحی کردیم (۱۸)، و داده‌های مربوط به ۱۸۰ کودک و والدین یا والدین ناتنی‌شان را جمع‌آوری کردیم تا نشان دهیم این طبقه تشخیصی جدید، یعنی اختلال ترومای رشدی، تمامی جنبه‌های مشکل این کودکان را پوشش می‌دهد. تشخیص جدید به ما این امکان را می‌داد تا به‌جای برچسب‌های مختلف، یک عارضهٔ مستقل را به آن‌ها نسبت دهیم؛ این تشخیص همچنین با قطعیت منشأ مشکلاتشان را در تلفیقی از تروما و دل‌بستگی به‌خطرافتاده جست‌وجو می‌کرد.

در فوریهٔ ۲۰۱۹، تشخیص پیشنهادی جدیدمان، یعنی اختلال ترومای رشدی، را برای انجمن روان‌پزشکی آمریکا فرستادیم و در نامهٔ ضمیمهٔ آن چنین نوشتیم:

سیستم‌های تشخیصی کنونی نمی‌توانند آن‌چنان که باید در خدمت کودکانی باشند که در بستری از

خطر مداوم، بدرفتاری و نظام‌های مراقبتی ازهم‌گسیخته رشد می‌کنند؛ این سیستم‌ها بر کنترل رفتاری تأکید دارند، بدون‌آنکه شناختی از ترومای بین‌فردی داشته باشند. مطالعات صورت‌گرفته دربارهٔ آسیب‌های ترومای کودکی در بافت سوءاستفاده و بی‌توجهی مراقبان بدون استثنا بیانگر مشکلات مزمن و شدیدی بوده‌اند که درزمینهٔ تنظیم هیجان، کنترل تکانه، توجه و شناخت، گسستگی، روابط بین‌فردی و طرح‌واره‌های خودی و رابطه‌ای برای افراد ایجاد شده است. به‌دلیل نبود طبقهٔ تشخیصی حساسی مختص به تروما، هم‌اکنون به‌طور متوسط سه تا هشت اختلال هم‌بود به این کودکان نسبت داده می‌شود. به‌کارگیری مستمر چندین تشخیص هم‌بود مستقل برای کودکان ترومایی عواقب ناگواری در پی دارد: با صرفه‌جویی در تضاد است، شفافیت سبب‌شناختی را از بین می‌برد و این خطر را در پی دارد که به‌جای اتخاذ یک رویکرد درمانی جامع، فرایند بهبود و درمان را به جنبهٔ کوچکی از آسیب‌شناسی روانی کودک تقلیل دهد.

اندکی پس‌از ارائهٔ پیشنهادمان، در جمع نمایندگان سلامت روان سراسر کشور در واشنگتن دربارهٔ اختلال ترومای رشدی سخنرانی کردم. حضار پیشنهاد کردند تا ضمن نامه‌ای به انجمن روان‌پزشکی امریکا از این اقدام ما پشتیبانی کنند. در آغاز نامه به این مطلب اشاره شد که مدیران انجمن ملی برنامهٔ ایالتی

سلامت روان سالانه با بودجه ۲۹.۵ میلیارد دلار به ۶.۱ میلیون نفر خدمت‌رسانی می‌کنند؛ و سپس چنین خاتمه یافت: «از انجمن روان‌پزشکی آمریکا می‌خواهیم ترومای رشدی را به حوزه‌های اولویت‌دار خود بیفزاید تا روند و آسیب‌های بالینی آن را بهتر توصیف کند و بر نیاز جدی به رسیدگی به ترومای رشدی در ارزیابی بیماران تأکید کند.»

مطمئن بودم که این نامه باعث می‌شود تا انجمن روان‌شناسی پیشنهادمان را جدی بگیرد؛ اما چند ماه بعد از ارسال پیشنهاد، متیو فریدمن،^{۱۹۱} مدیر اجرایی مرکز ملی پی‌تی‌اس‌دی و رئیس کمیته فرعی دی‌اس‌ام، به ما اطلاع داد که درج اختلال ترومای رشد در کتاب دی‌اس‌ام ۵ بعید است. نوشت که اتفاق نظر بر این بوده که لزومی ندارد طبقه تشخیصی جدیدی برای تکمیل یک «خلأ از قلم‌افتاده تشخیصی» معرفی شود. ۱ میلیون کودکی که هر ساله در ایالات متحده مورد سوءاستفاده و بی‌توجهی قرار می‌گیرند «خلأ تشخیصی» هستند؟

در ادامه نامه آمده بود: «این تصور که تجربیات ناخوشایند دوران کودکی به اختلالات رشدی چشمگیری منجر می‌شود بیشتر برداشتی بالینی است تا حقیقتی مبتنی بر تحقیق. این گزاره معمولاً مطرح می‌شود؛ اما نمی‌توان با مطالعات آینده‌نگر از آن پشتیبانی کرد.» در واقع، ما چندین مطالعه

آینده‌نگر را در پیشنهادمان جای داده بودیم. اجازه دهید فقط به دو نمونه از آن‌ها نگاهی بیندازیم.

تأثیر روابط بر رشد

آلن سروف^{۱۹۲} و همکارانش از سال ۱۹۷۵ تا حدود سی سال، در مطالعه طولی خطر و سازگاری مینه‌سوتا ۱۸۰ کودک را به همراه خانواده‌هایشان بررسی کردند. (۱۹) در زمان شروع مطالعه، بحث‌های پرحرارتی درباره «طبیعت در مقابل تربیت» و «خلق در مقابل محیط» و نقش آن‌ها در رشد انسان وجود داشت و این مطالعه برای پاسخ به همین پرسش‌ها آغاز شد.

در آن زمان، تروما موضوع رایجی نبود و کودک‌آزاری و بی‌توجهی در کانون مرکزی این مطالعه قرار نداشتند؛ دست‌کم در آغاز چنین نبود تا اینکه موضوعات فوق در قامت مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های عملکرد بزرگ‌سالی خودشان را نشان دادند.

پژوهشگران با همکاری آژانس‌های پزشکی و اجتماعی محلی، مادران اولیه‌هایی (قفقازی) را جذب مطالعه کردند که برای دریافت کمک‌های دولتی فقر کافی داشتند و از پیشینه‌هایی متفاوت و انواع و سطوح

متفاوتی از پشتیبانی برای فرزندپروری برخوردار بودند. مطالعه از سه ماه قبل از تولد کودکان آغاز شد و تا سی سالگی زیر نظرشان ادامه داشت و تمامی جنبه‌های عملکردی و همه موقعیت مهم زندگی‌هایشان را ارزیابی، و در صورت لزوم، سنجیدند. مطالعه یادشده چندین سؤال اساسی را در نظر داشت: کودکان چگونه هم‌زمان با تنظیم انگیزتگی (یعنی اجتناب از افراط و تفریط) و کنترل تکانه‌هایشان، توجه کردن را می‌آموزند؟ چه نوع حمایت‌هایی نیاز دارند و کی؟

پس از مصاحبه‌های مفصل و آزمودن والدین آینده، این پژوهش در واقع کارش را در زایشگاه آغاز کرد، جایی که پژوهشگران نوزادان را زیر نظر گرفتند و با پرستارانی که مراقبشان بودند مصاحبه کردند. سپس در روز هفتم و دهم تولد نیز در خانه معاینه‌شان کردند. تا قبل از ورود کودکان به کلاس اول، به همراه والدینشان جمعاً پانزده بار به دقت ارزیابی شده بودند. سپس تا سن ۲۸ سالگی در بازه‌های منظم از کودکان مصاحبه گرفته شد و از نظر مادران و معلمان نیز همچنان استفاده می‌شد.

سرو و همکارانش پی بردند که کیفیت مراقب و عوامل بیولوژیکی به شدت درهم تنیده‌اند. شگفت‌آور است که نتایج مطالعه مینه‌سوتا همان نکاتی را انعکاس می‌دهد که استیون سوامی در آزمایشگاه نخست‌ی‌سانان به آن رسیده بود، هرچند با پیچیدگی‌های به مراتب بیشتر. هیچ چیز تغییرناپذیر نبود. نه

شخصیت مادر، نه ناپهنجاری‌های نوزاد در زمان تولد، نه ضریب هوشی او، نه خلُقش (اعم از سطح فعالیت و واکنش‌پذیری به استرس) هیچ‌کدام نتوانست بروز مشکلات رفتاری وخیم را در نوجوانی پیش‌بینی کند. (۲۰) در عوض، مسئله مهم ماهیت رابطه والدین و کودک بود: والدین چه احساسی درباره بچه‌هایشان داشتند و چگونه با آن‌ها تعامل می‌کردند. همان‌طور که در قضیه میمون‌های سوامی هم دیدیم، ترکیب نوزادان آسیب‌پذیر و مراقبان انعطاف‌ناپذیر فضا را برای رشد کودک‌انی مضطرب و چسبنده فراهم می‌آورد. بی‌اعتنایی، سماجت و رفتارهای مداخله‌گرایانه والدین در شش‌ماهگی نشان‌دهنده بیش‌فعالی و مشکلات توجه در پیش‌دبستانی و پس‌از آن بود. (۲۱)

سرووف و همکارانش با تمرکز بر جنبه‌های مختلف رشد، به‌ویژه روابط بین مراقبان، معلمان و هم‌کلاسی‌ها، پی بردند که مراقبان هم در حفظ انگیزتگی کودک در محدوده کنترل‌پذیر نقش دارند، هم به آن‌ها کمک می‌کنند تا خودشان توانایی تنظیم انگیزتگی‌شان را به دست آورند. کودک‌انی که همواره کنترل‌شان را از دست می‌دادند و دچار بیش‌انگیزتگی و درهم‌ریختگی می‌شدند نتوانستند هماهنگی مناسبی در سیستم‌های مغزی مهارکننده و تحریک‌کننده‌شان ایجاد کنند و رفته‌رفته این ذهنیت در آن‌ها ایجاد شد که در صورت وقوع یک اتفاق ناراحت‌کننده اختیارشان را از دست خواهند داد.

این‌ها جزء جمعیت آسیب‌پذیری بودند که تا اواخر نوجوانی نصفشان دچار مشکلات روانی آشکاری شدند. الگوها مشخص بودند: کودکان بهره‌مند از مراقبت دائمی بچه‌های منظمی شدند، درحالی‌که مراقبت نامنظم کودکانی را به بار آورد که همیشه به‌لحاظ فیزیولوژیکی انگیخته بودند. فرزندان والدین دمدمی مزاج اغلب برای جلب‌توجه جیغ‌وداد می‌زدند یا در مواجهه با چالش‌های کوچک شدیداً سرخورده می‌شدند. انگیختگی دائمی‌شان همیشه مضطربشان می‌کرد. انتظار دائمی برای کسب اطمینان خاطر مغل‌بازی و کندوکاو می‌شد و در نتیجه به افرادی دائماً نگران و غیرمأجراجو تبدیل شدند.

بی‌توجهی اولیه والدین یا رفتارهای سخت‌گیرانه‌شان به مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه انجامید و بروز دردهایی با هم‌کلاسی‌ها و نداشتن همدلی با رنج‌های دیگران را پیش‌بینی کرد. (۲۲) این امر سبب ایجاد دور باطلی شد: انگیختگی مزمن آن‌ها توأم با فقدان محبت والدین این کودکان را سرکش، نافرمان و پرخاشگر کرد. بچه‌های سرکش و پرخاشگر نزد بقیه منفورند و به طرد و تنبیه بیشتر آن‌ها، هم از جانب مراقبان‌شان هم از سوی معلمان و هم کلاسی‌هایشان می‌انجامد. (۲۳)

سروف چیزهای زیادی هم درباره تاب‌آوری یاد گرفت: یعنی توانایی بهبودیافتن از سختی‌های زندگی.

سطح امنیت برقرارشده بین کودک و مراقب اصلی طی دو سال اول زندگی بی‌شک مهم‌ترین نشانه نحوه کنارآمدن شرکت‌کنندگان این مطالعه با ناکامی‌های گریزناپذیر زندگی بود. سروف به‌طور خصوصی به من گفت که به نظرش تاب‌آوری در بزرگسالی را می‌توان با ارزیابی‌ای پیش‌بینی کرد که مادران محبت‌آمیز در دوسالگی از بچه‌هایشان دارند. (۲۴)

تأثیرات بلندمدت روابط جنسی خانوادگی

در سال ۱۹۸۶ فرانک پاتنم و پنلوپه تریکت،^{۱۹۳} همکارش در مؤسسه ملی سلامت روان، نخستین مطالعه طولی را درباره تأثیر سوءاستفاده جنسی بر رشد دختران انجام دادند. (۲۵) تا زمان انتشار نتایج این مطالعه، دانش ما درباره تأثیرات روابط جنسی خانوادگی کاملاً براساس گزارش‌های کودکانی بود که به‌تازگی آزار جنسی‌شان را فاش کرده بودند و شرحی که بزرگسالان سال‌ها یا حتی دهه‌ها بعد درباره تأثیری که روابط جنسی خانوادگی بر آن‌ها داشته ارائه می‌دادند. هیچ مطالعه‌ای تا آن موقع دختران را در روند بلوغشان دنبال نکرده بود تا تأثیر احتمالی سوءاستفاده جنسی را بر عملکردشان در مدرسه، روابطشان با هم‌کلاسی‌ها، خودانگاره و روابط عاشقانه بعدی‌شان بررسی کند. پاتنم و تریکت همچنین تغییراتی را زیرنظر گرفتند که در طول زمان در هورمون‌های استرس، هورمون‌های زایایی، عملکرد

دستگاه ایمنی بدن و سایر سنجه‌های فیزیولوژیکی شرکت‌کنندگان به وجود آمده بود. علاوه بر این، عوامل مراقبتی بالقوه دیگری نظیر هوش و حمایت خانواده و دوستان را نیز واکاوی کردند.

محققان با مشقت بسیار ۸۴ دختر را وارد مطالعه کردند؛ این افراد را اداره خدمات انسانی منطقه کلمبیا معرفی کرده بود و سابقه رابطه جنسی‌شان با یکی از اعضای خانواده تأیید شده بود. در مقابل یک گروه مقایسه‌ای متشکل از ۸۲ دختر با سن، نژاد، وضعیت اجتماعی اقتصادی و منظومه خانوادگی یکسان و بدون سابقه سوءاستفاده جنسی انتخاب شد. متوسط حداقل سن یازده سالگی بود.

طی بیست سال بعد، این دو گروه شش بار ارزیابی مفصل شدند، طی سه سال اول، هر سال یک بار و مجدداً در سنین هجده، نوزده و ۲۵ سالگی. در ارزیابی‌های اولیه مادران و در آخرین ارزیابی هم فرزندان این دو گروه شرکت داشتند. از ابتدای پروژه ۹۶ درصد دختران، زنان بالغ امروزی، همچنان در آن حضور دارند که عدد درخور توجهی است.

نتایج مطالعه واضح بود: دخترانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند در مقایسه با دختران هم‌سن، هم‌نژاد و با موقعیت اجتماعی مشابه، از طیف گسترده‌ای از تأثیراتی عمیقاً منفی رنج می‌برند؛ برخی از این

تأثیرات عبارت‌اند از: نقص شناختی، افسردگی، علائم گسستگی، نابسامانی رشد جنسی، نرخ بالای چاقی و خودزنی. آن‌ها در مقایسه با گروه کنترل بیشتر از مدرسه اخراج می‌شدند، بیماری‌های عمده بیشتری داشتند و بیشتر از مراقبت‌های سلامتی استفاده می‌کردند. نابهنجاری‌هایی در واکنش‌های هورمون استرس از خود نشان دادند، بلوغ زودرس داشتند، و انبوهی از عارضه‌های روانی متفاوت و ظاهراً غیرمرتبط در آن‌ها جمع شده بود.

بسیاری از جزئیاتِ نحوهٔ اثرگذاری سوءاستفاده بر رشد به کمک پژوهش تکمیلی آشکار شد. مثلاً هروقت نوبت به ارزیابی می‌رسید، از دختران هر دو گروه خواسته می‌شد تا دربارهٔ بدترین اتفاقی که طی سال قبل برایشان رخ داده حرف بزنند. هنگامی که داستان‌هایشان را تعریف می‌کردند، پژوهشگران ضمن سنجش فیزیولوژی‌شان، میزان ناراحتی‌شان را زیرنظر می‌گرفتند. در اولین ارزیابی، همهٔ دختران با ناراحتی و پریشانی واکنش نشان دادند. سه سال بعد، در پاسخ به همین پرسش، دخترانی که آزار جنسی ندیده بودند نشانه‌هایی از ناراحتی را از خود بروز دادند؛ اما دختران سوءاستفاده‌شده خاموش و بی‌حس شدند. بیولوژی بدنشان با واکنش‌های قابل‌مشاهده‌شان مطابقت داشت: در ارزیابی اول، هورمون استرسی کورتیزول در همهٔ دختران افزایش یافت؛ سه سال بعد سطح کورتیزول دختران

سوءاستفاده شده حین گزارش پراسترس‌ترین رویداد سال گذشته کاهش یافت. بدن به مرور زمان با ترومای مزمن وفق پیدا می‌کند. یکی از پیامدهای بی‌حسی این است که معلمان، دوستان و بقیه احتمالاً متوجه ناراحتی دختر نمی‌شوند؛ شاید حتی خود دختر هم متوجه نشود. فرد با بی‌حسی دیگر آن‌طور که باید به ناراحتی‌ها واکنش نشان نمی‌دهد، مثلاً دست به اقدامی مراقبتی نمی‌زند.

مطالعه پاتنم تأثیرات همه‌جانبه و بلندمدت زنای با محارم بر دوستی‌ها و فرزندپروری را نیز نشان داد. پیش از بلوغ، دخترانی که مورد سوءاستفاده قرار نگرفته‌اند معمولاً دوستان زیادی دارند که در بینشان یک پسر هم هست که نقش نوعی جاسوس را دارد و به آن‌ها اطلاع می‌دهد که این موجودات عجیب، یعنی پسرها، چه اخلاقی دارند. پس از ورود به مرحله نوجوانی، تماسشان با پسرها رفته‌رفته بیشتر می‌شود. در مقابل دختران آزاردیده به‌ندرت دوست نزدیکی دارند، چه دختر چه پسر؛ اما در نوجوانی تماس‌های آشفته و غالباً آسیب‌زایی با پسران برقرار می‌کنند.

نداشتن دوست در دوره دبستان تفاوت مهمی ایجاد می‌کند. امروزه همه می‌دانیم که دختران کلاس سوم، چهارمی و پنجمی چقدر می‌توانند بی‌رحم باشند. زمانه پیچیده و پرفرازونشیبی است که در آن دوستان ممکن است به یک‌باره به جان هم بیفتند و محرومیت‌ها و خیانت‌ها باعث از بین رفتن دوستی‌ها می‌شوند. اما وجه مثبتش اینجاست: وقتی دختران به مدرسه راهنمایی می‌رسند، بیشترشان کم‌کم در مجموعه کاملی از مهارت‌های اجتماعی از قبیل توانایی شناخت احساساتشان، برقراری روابط با دیگران، تظاهر به دوست‌داشتن کسی که دوستش ندارند و نکاتی از این دست تسلط یافته‌اند. به علاوه، خیلی‌هایشان شبکه حمایتی نسبتاً ثابتی از دختران را برای خودشان ایجاد کرده‌اند که فرد به کمک آن‌ها از استرس‌هایش رهایی می‌یابد. همچنان که به تدریج وارد دنیای امور جنسی و دوست‌یابی می‌شوند، چنین روابطی به آن‌ها فضا می‌دهد تا درباره معانی این مسائل بحث و تفکر کنند.

دخترانی که مورد آزار جنسی واقع شده‌اند مسیر رشد کاملاً متفاوتی دارند. با کسی دوست نمی‌شوند، چه دختر و چه پسر؛ چون نمی‌توانند به کسی اعتماد کنند؛ از خودشان متنفرند و بیولوژی‌شان ضد آن‌ها عمل می‌کند و باعث می‌شود تا واکنشی افراطی نشان دهند یا بی‌حس شوند. یارای رقابت در بازی‌های معمول و متأثر از حسادت، طرد و شمول را ندارند، بازی‌ای که در آن شرکت‌کنندگان باید، با وجود فشار،

خون سرد باقی بمانند. بقیه بچه‌ها معمولاً کاری با آن‌ها ندارند؛ در واقع خیلی عجیب و غریب‌اند.

اما این تازه آغاز مشکلات است. دختران سوءاستفاده‌شده و منزوی که سابقه روابط جنسی خانوادگی دارند، یک سال و نیم زودتر از بقیه دختران به بلوغ جنسی می‌رسند. سوءاستفاده جنسی ساعت‌های بیولوژیکی و ترشح هورمون‌های جنسی را جلو می‌اندازد.

در ابتدای بلوغ سطح تستوسترون و آندروستندیون، هورمون‌هایی که میل جنسی را تحریک می‌کنند، در این دختران در مقایسه با دختران گروه کنترل سه تا پنج برابر است.

نتایج مطالعه پاتنم و تریکت همچنان در حال انتشار است؛ اما تا همین جا هم نقشه راه ارزشمندی را برای درمانگرانی ایجاد کرده است که با دختران قربانی سوءاستفاده جنسی کار می‌کنند. مثلاً صبح یک روز دوشنبه یکی از درمانگرانمان در مرکز تروما گزارش داد که بیماری به اسم عایشه در خلال تعطیلات آخر هفته بارها مورد تجاوز قرار گرفته است. ساعت پنج روز شنبه از خانه گروهی‌اش^{۱۹۴} فرار کرده بود، به منطقه‌ای از بوستون رفته بود که معتادها آنجا پاتوق می‌کردند، کمی ماری‌جوانا و چند ماده مخدر دیگر کشیده بود و سپس با چند پسر سوار خودرویی شده بود. آن پسرها ساعت پنج صبح روز یکشنبه

دسته‌جمعی به او تجاوز کرده بودند. عایشه نیز شیهه بسیاری از نوجوانانی که می‌بینیم، نمی‌تواند درخواست‌ها یا نیازهایش را صراحتاً بیان کند و قادر نیست بررسی کند ببیند چطور می‌تواند از خودش مراقبت کند.

به‌جای آن در جهانی از کنش‌ها زندگی می‌کند. تلاش برای تشریح رفتارش از منظر قربانی/ مجرم ثمربخش نیست، برچسب‌هایی چون «افسردگی»، «اختلال نافرمانی مقابله‌ای»، «اختلال انفجاری متناوب»، «اختلال دوقطبی» یا هر گزینه دیگری هم که دستورالعمل‌های تشخیصی‌مان می‌گویند، کمکی نمی‌کند. کار پاتنم به ما کمک کرده تا ببینیم عایشه دنیا را چگونه تجربه می‌کند: چرا نمی‌تواند درباره مشکلاتش با ما حرف بزند؟ چرا این همه عجولانه عمل می‌کند و فاقد خودمراقبتی است؟ و چرا ما را آدم‌هایی ترسناک و مداخله‌گر می‌داند، نه کسانی که می‌توانند کمکش کنند؟

دی‌اس‌ام ۵: ملغمه‌ای تمام‌عیار از «تشخیص‌ها»

وقتی دی‌اس‌ام ۵ در ماه می ۲۰۱۳ منتشر شد، حدود ۳۰۰ اختلال در ۹۴۵ صفحه در آن گنجانده شده بود. این کتاب ملغمه‌ای تمام‌عیار از برچسب‌های محتمل برای مشکلات مربوط به ترومای شدید

سال‌های نخست زندگی را ارائه می‌دهد. برخی از اختلالات جدیدش عبارت‌اند از: اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاص‌گرایانه (۲۶)، خودزنی بدون قصد خودکشی، اختلال انفجاری متناوب، اختلال تعامل اجتماعی کنترل‌نشده و اختلال کنترل تکانه‌مخرب. (۲۷)

تا پیش از سال‌های پایانی قرن نوزدهم، پزشکان بیماری‌ها را براساس نشانه‌های ظاهری مثل تب و تاول دسته‌بندی می‌کردند. چون سرنخ دیگری نداشتند، این کارشان غیرمنطقی نبود. (۲۸) این رویه زمانی عوض شد که دانشمندانی مثل لویی پاستور و رابرت کخ پی بردند که علت بسیاری از بیماری‌ها باکتری‌هایی هستند که با چشم غیرمسلح دیده نمی‌شوند. پس از آن، حوزه پزشکی به‌واسطه تلاش‌هایش در جهت یافتن راه‌هایی برای خلاصی یافتن از آن ارگانسیم‌ها، و نه فقط اکتفای صرف به درمان دمل‌ها و تب‌های ناشی از آن‌ها، متحول شد. با چاپ دی‌اس‌ام ۵، روان‌پزشکی قویاً به شیوه طبابت اوایل قرن نوزدهم بازگشت. به‌رغم اینکه از خاستگاه بسیاری از مشکلات شناسایی‌شده در این مرجع باخبریم، «طبقه‌های تشخیصی» این کتاب پدیده‌هایی سطحی را توصیف می‌کنند که کاملاً علل زمینه‌ای را نادیده می‌گیرند.

حتی قبل از انتشار دی‌اس‌ام ۵ نیز مجله روان‌پزشکی امریکا نتایج آزمون روایی چندین تشخیص جدید را

ارائه داد و مشخص شد که دی‌اس‌ام تا حد زیادی فاقد چیزی است که در علم آن را «پایایی» می‌نامند؛ یعنی توانایی ایجاد نتایجی یکپارچه و تکرارپذیر. به بیان دیگر، دی‌اس‌ام فاقد روایی علمی است. جالب اینجاست که با وجود اتفاق نظر تقریباً جهانی مبنی بر اینکه دی‌اس‌ام ۵ هیچ پیشرفتی نسبت به نسخه قبلی نداشته، نداشتن روایی و پایایی باعث نشد تا این کتاب از موعد انتشارش عقب بماند. (۲۹) آیا درآمد ۱۰۰ میلیون دلاری انجمن روان‌پزشکی آمریکا از دی‌اس‌ام ۴ و توقع کسب همین مقدار از دی‌اس‌ام ۵ (زیرا همه پزشکان حوزه سلامت روان، بسیاری از وکلا و سایر متخصصان ملزم‌اند آخرین نسخه کتاب را بخرند)، دلیل وجود سیستم تشخیصی جدید است؟

پایایی تشخیصی موضوعی انتزاعی نیست. اگر پزشکان بر سر رنجی که بیمارانشان می‌کشند اتفاق نظر نداشته باشند، امکان ارائه درمان مناسب وجود ندارد. وقتی رابطه‌ای بین تشخیص و درمان نباشد، بیماری که تشخیصی اشتباهی به او نسبت داده شده، ناگزیر فردی خواهد شد که درمان غلطی را دریافت کرده است. وقتی از سنگ کلیه رنج می‌برید، انتظار ندارید آپاندیست‌ان را عمل کنند؛ به همین شکل، نمی‌خواهید به کسی برچسب «نافرمانی مقابله‌ای» زده شود که در واقع رفتارش ناشی از تلاشی است که برای مراقبت از خود در برابر خطرهای واقعی انجام می‌دهد.

انجمن روان‌شناسی انگلیس در جون ۲۰۱۱ در بیانیه‌ای به انجمن روان‌پزشکی امریکا خرده گرفت و اظهار داشت دی‌اس‌ام ۵ منشأ رنج‌های روانی را «درون خود افراد» دانسته و «علیت اجتماعی انکارناپذیر بسیاری از این مشکلات» را نادیده گرفته است. (۳۰) جدا از این بیانیه، موج اعتراضاتی هم از سوی متخصصان امریکایی، از جمله رهبران انجمن روان‌شناسی امریکا و انجمن مشاوره امریکا، ابراز شد. چرا روابط یا اوضاع اجتماعی از قلم افتاده است؟ (۳۱) اگر فقط به بیولوژی یا ژن‌های معیوب توجه کنید و آن‌ها را عامل مشکلات روانی بدانید و رهاشدگی و سوءاستفاده و محرومیت را نادیده بگیرید، احتمالاً با همان بن‌بست‌هایی مواجه می‌شوید که نسل‌های قبلی به آن‌ها برخوردند و تقصیر را گردن رفتار فاجعه‌بار مادران انداختند. حیرت‌انگیزترین مخالفت با دی‌اس‌ام ۵ را مؤسسه ملی سلامت روان انجام داد، مؤسسه‌ای که تأمین مالی اکثر پژوهش‌های روان‌پزشکی امریکا را بر عهده دارد. در آپریل ۲۰۱۳ چند هفته پیش از انتشار رسمی دی‌اس‌ام ۵، توماس اینسل^{۱۹۵} رئیس این مؤسسه اعلام کرد که سازمان تحت امر او دیگر قادر به پشتیبانی از «تشخیص‌های مبتنی بر علائم» دی‌اس‌ام نیست. (۳۲) در عوض، این مؤسسه تأمین مالی‌اش را به پروژه موسوم به معیارهای دامنه تحقیق (آردی‌اسی)^{۱۹۶} متمرکز کرد. هدف این پروژه ایجاد چهارچوبی مطالعاتی بود که طبقه‌های تشخیصی کنونی را تحت پوشش قرار می‌دهد. مثلاً یکی از حوزه‌های مؤسسه ملی سلامت روان «سیستم‌های انگ‌یختگی / تنظیمی (انگ‌یختگی،

ساعت بیولوژیکی بدن، خواب و بیداری)» نام دارد که در بسیاری از بیماران با درجه‌های مختلفی از اختلال همراه است.

پروژه معیارهای دامنۀ تحقیق نیز مثل دی‌اس‌ام ۵ بیماری‌های روانی را صرفاً اختلالات مغزی در نظر می‌گیرد. این بدان معناست که پژوهش‌های آتی مدارهای مغزی «و دیگر مقیاس‌های عصب‌زیست‌شناختی» ای را بررسی خواهند کرد که اساس مشکلات روانی به شمار می‌آیند. اینسل این مسئله را نخستین گام به‌سوی نوعی از «پزشکی دقیق» می‌داند «که تشخیص و درمان سرطان را متحول کرده است.» با این حال، سرطان به‌هیچ‌وجه شبیه بیماری روانی نیست: بشر حیوانی اجتماعی است و ناتوانی در سازش با دیگران، وفق‌نیافتن، تعلق‌نداشتن و در کل ناتوانی در هم‌فکربودن با بقیه سبب بروز مشکلات روانی می‌شوند.

همه‌چیزمان - مغز، ذهن و بدن - برای همکاری در نظام‌های اجتماعی طراحی شده است. این همکاری قدرتمندترین راهبرد بقای ماست، کلید موفقیت گونه بشری است و دقیقاً همین مسئله است که بیشتر اشکال رنج‌های روانی از آن ناشی می‌شوند. همان‌طور که در بخش دوم دیدیم، پیوندهای عصبی در مغز و بدن برای درک رنج انسان اهمیتی اساسی دارند؛ اما این هم مهم است که نباید مبانی بشری‌مان را

نادیده بگیریم: روابط و تعاملاتی که در سنین کمّ ذهن و مغزمان را شکل می‌دهند و سراسر زندگی‌مان را موجه می‌سازند و به آن معنا می‌بخشند.

افرادی که دچار سوءاستفاده، بی‌توجهی یا محرومیت شدید بوده‌اند، همچنان رازآلود و تا حد زیادی درمان‌نشده باقی می‌مانند مگر آنکه هشدار آلن سروف را جدی بگیریم: «برای آنکه کاملاً بفهمیم چطور به افرادی این‌چنینی تبدیل می‌شویم، یعنی رشد پیچیده و قدم‌به‌قدم گرایش‌ها، توانایی‌ها و رفتارهایمان در طول زمان چگونه است، به چیزی بیش از فهرست اجزای تشکیل‌دهنده نیاز داریم، فرقی نمی‌کند هر کدام از این اجزا ممکن است چقدر حائز اهمیت باشند. این کار مستلزم درک فرایند رشد است، اینکه چگونه همه عوامل یادشده در گذر زمان به‌شکلی مستمر با یکدیگر همکاری می‌کنند.» (۳۴)

به نظر می‌رسد کارکنان خط‌مقدم سلامت روان، هم مددکاران اجتماعی پرمشغله و کم‌درآمد و هم درمانگران، با رویکرد ما موافق‌اند. مدت کوتاهی پس از آنکه انجمن روان‌پزشکی «اختلال ترومای رشدی» را برای درج در دی‌اس‌ام نپذیرفت، هزاران پزشک بالینی از سراسر کشور کمک‌های کوچکی را به مرکز تروما فرستادند تا در اجرای مطالعه علمی گسترده‌ای، موسوم به کارآزمایی میدانی، برای پیشبرد مطالعه اختلال ترومای رشدی یاری‌مان کنند. این پشتیبانی‌ها کمک کرد تا طی چند سال اخیر

در پنج نقطهٔ مختلف و با بهره‌گیری از ابزارهای تدوین‌شدهٔ علمی با صدها کودک، پدر و مادر، پدر و مادر خوانده و کارکنان بخش سلامت روان مصاحبه کنیم.

نتایج اولیهٔ این مطالعات هم‌اکنون منتشر شده‌اند و تا زمان چاپ این کتاب یافته‌های بیشتری هم آشکار خواهد شد. (۳۵)

طبقهٔ تشخیصی اختلال ترومای رشدی چه تفاوتی ایجاد می‌کند؟

یک پاسخ این است که چنین تشخیصی باعث تمرکز پژوهش و درمان (سرمایه‌گذاری که جای خود دارد) روی اصولی مرکزی می‌شود که زیربنای علائم گوناگون کودکان و بزرگسالان مبتلا به ترومای مزمن هستند: بدتنظیمی همه‌جانبهٔ بیولوژیکی و هیجانی، دل‌بستگی ناموفق یا مختل‌شده، مشکل در متمرکز ماندن روی یک موضوع و درکی شدیداً ناقص از هویت و توانش فردی یکپارچه. گسترهٔ این مباحث تقریباً تمامی طبقه‌بندی‌های تشخیصی را در بر گرفته و از آن‌ها فراتر می‌رود؛ اما هر شیوهٔ درمانی که مباحثی این‌چنینی را در کانون توجه قرار ندهد به احتمال بسیار زیاد شکست می‌خورد. بزرگ‌ترین مشکل‌مان به‌کارگیری آموخته‌هایمان دربارهٔ انعطاف‌پذیری عصبی، یا انعطاف‌پذیری مدارهای مغزی برای

بازنویسی مغز و سازمان‌دهی مجدد ذهن افرادی است که خودِ زندگیِ طوری برنامه‌ریزی‌شان کرده تا دیگران را تهدید و خودشان را درمانده بدانند.

حمایت اجتماعی ضرورتی بیولوژیکی است، نه انتخاب. این واقعیت باید اساس تمامی پیشگیری‌ها و درمان‌ها باشد. شناخت تأثیرات عمیق تروما و محرومیت بر رشد کودکان الزاماً نباید به سرزنش والدین بینجامد. می‌توانیم فرض را بر این بگیریم که والدین همه آنچه از دستشان ساخته است انجام می‌دهند؛ اما به‌هرحال تمامی والدین برای پرورش فرزندانشان به کمک نیاز دارند. تقریباً همه کشورهای صنعتی، به‌استثنای ایالات متحده، به این موضوع اذعان دارند و نوعی حمایت تضمینی را برای خانواده‌ها فراهم می‌آورند. ^{۱۹۷}جیمز هکمن، برنده نوبل اقتصاد در سال ۲۰۰۰، نشان داده که آثار و نتایج برنامه‌های باکیفیت دوره خردسالی که والدین را درگیر می‌کنند و مهارت‌های پایه‌ای کودکان محروم را ارتقا می‌دهند، صرفه‌ای بیش از هزینه اولیه این برنامه‌ها خواهد داشت. (۳۶)

در اوایل دهه ۱۹۷۰ دیوید اولدرز، ^{۱۹۸}روان‌شناس، در مرکز مراقبت روزانه‌ای در بالتیمور کار می‌کرد؛ در آنجا بیشتر بچه‌های پیش‌دبستانی از خانواده‌هایی می‌آمدند که فقر، خشونت خانگی و سوءمصرف موادمخدر نابودشان کرده بود. اولدرز با آگاهی از اینکه صرف رسیدگی به مشکلات کودکان در مدرسه برای بهبود

اوضاع خانوادگی کافی نیست برنامه ویزیت‌های خانگی را شروع کرد؛ طی این برنامه پرستاران ماهر به مادران کمک می‌کردند تا محیط امن و مهیجی برای بچه‌هایشان فراهم آورند و در این بین آینده بهتری هم برای خودشان متصور شوند. بیست سال بعد، کودکان مادران بهره‌ور از ویزیت‌های خانگی هم سالم‌تر بودند هم احتمال گزارش سوءاستفاده یا بی‌توجهی در بین آن‌ها در مقایسه با گروهی که مادرانشان ویزیت نشده بودند کمتر بود. به علاوه، احتمال ترک تحصیل نکردن، زندانی نشدن و اشتغال در کارهای پردرآمد نیز در بینشان بیشتر بود. طبق محاسبه اقتصاددانان هر دلاری که صرف ویزیت‌های خانگی، مراقبت‌های روزانه و برنامه‌های پیش‌دبستانی باکیفیت شود صرفه‌جویی هفت‌دلاری در مخارج رفاهی، هزینه‌های خدمات درمان، درمان سوءمصرف مواد و حبس را در پی خواهد داشت، به اضافه اینکه درآمدهای مالیاتی نیز به لطف مشاغل پردرآمدتر افزایش می‌یابد. (۳۷)

هروقت برای تدریس راهی اروپا می‌شوم، مقامات وزارتخانه‌های بهداشت کشورهای اسکاندیناوی، انگلیس، آلمان یا هلند اغلب تماس می‌گیرند و می‌خواهند بعدازظهری را با آن‌ها باشم و جدیدترین پژوهش‌های حوزه درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به تروما و خانواده‌هایشان را با آن‌ها در میان بگذارم. اکثر همکارانم نیز همین تجربه را دارند. کشورهای یادشده خودشان را به مراقبت‌های بهداشتی همگانی

متعهد کرده‌اند و حداقل دستمزد تضمینی، مرخصی زایمان باحقوق برای پدر و مادر و خدمات باکیفیت نگهداری از کودک را برای تمامی مادران شاغل در نظر گرفته‌اند.

آیا اتخاذ چنین رویکردی به سلامت عمومی می‌تواند به این ربط داشته باشد که نرخ حبس در نروژ ۷۱ نفر از ۱۰۰ هزار نفر، در هلند ۸۱ نفر از ۱۰۰ هزار نفر و در ایالات متحده امریکا ۷۸۱ نفر از ۱۰۰ هزار نفر است، ضمن اینکه میزان جرم در آن کشورها به مراتب کمتر از میزان جرم در کشور ماست و هزینه مراقبت‌های پزشکی‌شان هم نصف هزینه‌های ماست؟ ۷۰ درصد از زندانیان ایالت کالیفرنیا در پرورشگاه‌ها بزرگ شده‌اند. ایالات متحده سالانه ۸۴ میلیارد دلار برای زندانی کردن افراد خرج می‌کند، یعنی حدوداً ۴۴ هزار دلار به‌ازای هر زندانی؛ کشورهای شمال اروپا کسری از این مقدار را هزینه می‌کنند. آن‌ها در عوض سرمایه‌گذاری‌هایشان را معطوف به کمک به والدین می‌کنند تا فرزندان‌شان را در محیط‌هایی امن و پیش‌بینی‌پذیر بزرگ کنند. به نظر می‌رسد نمرات دانشگاهی و نرخ جرم این کشورها نشان‌دهنده موفقیت سرمایه‌گذاری‌هایشان است.

بخش چهارم: آثار به جای مانده از تروما

فصل یازدهم: پرده برداشتن از اسرار

مسئله حافظه ترومایی

عجیب است که همه خاطرات این دو ویژگی را دارند. همیشه سرشار از سکوت‌اند، این بارزترین مسئله در خصوص خاطرات است؛ و اینکه حتی اگر در واقعیت هم ماجرا این‌طور نبوده، باز به نظر می‌رسد این ویژگی را داشته‌اند. شب‌هایی بی‌صدایند که با نگاه و ایما و اشاره با من سخن می‌گویند، خاموش و ساکت؛ سکوتشان دقیقاً همان چیزی است که آزارم می‌دهد.

اریش ماریا رمارک،^{۱۹۹} در جبهه غرب خبری نیست^{۲۰۰}

در بهار سال ۲۰۰۲ برای معاینه مرد جوانی فراخوانده شدم که ادعا می‌کرد طی مدتی که تحت پرورش پل شنی^{۲۰۱} بوده، مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته است. شنی کشیشی کاتولیک بود که در منطقه تحت نفوذ خودش در شهر نیوتون ماساچوست خدمت کرده بود.

آن مرد جوان حالا در ۲۵ سالگی ظاهراً آن سوءاستفاده را از یاد برده بود تا اینکه شنید کشیش شنلی به خاطر آزار جنسی پسران کم سن و سال در حال بازجویی است. این پرسش برایم مطرح بود: با وجود اینکه بیش از یک دهه از آزار جنسی اش می گذشت و ظاهراً «سرکوبش» کرده بود، آیا این خاطرات باورپذیر بودند و آیا حاضر بودم برابر قاضی در این باره شهادت دهم؟

با استفاده از یادداشت های موردی ام صحبت های این مرد را که اسمش را جولیان می نامم، با شما در میان خواهم گذاشت. (اسم واقعی اش در اسناد عمومی وجود دارد؛ اما از این اسم مستعار استفاده می کنم؛ چون امیدوارم با گذشت زمان قدری از حریم خصوصی و آرامشش را بازیافته باشد. (۱))

تجربیاتش پیچیدگی های حافظه ترومایی را نشان می دهد. از وقتی که روان پزشکان در دهه های واپسین قرن نوزدهم برای نخستین بار ماهیت غیرعادی خاطرات ترومایی را توصیف کردند، جنجال ها بر سر پرونده پدر شنلی نمونه تب و تاب هایی بوده که حول این موضوع وجود داشته است.

فریفته ادراکات و تصاویر

جولیان در ۱۱ فوریه ۲۰۰۱ دژبان یکی از پایگاه‌های نیروی هوایی بود. در تماس تلفنی روزانه با نامزدش، راشل، حرف از سرمقاله‌ای شد که راشل آن روز صبح در روزنامه بوستون گلوب^{۲۰۲} خوانده بود: کشیشی به نام شنلی بابت آزار جنسی کودکان تحت اتهام بود. جولیان قبلاً یک بار درباره کسی به اسم پدر شنلی، کشیش منطقه محل زندگی‌اش در نیوتون، حرف نزده بود؟ راشل پرسید: «آیا هیچ‌وقت کاری هم با تو کرد؟» پدر شنلی در خاطره جولیان در ابتدا مرد مهربانی بود که پس از جدایی پدر و مادر جولیان بسیار دل‌سوزش بود. اما همین‌طور که مکالمه تلفنی‌شان ادامه می‌یافت، کم‌کم هراس برش داشت. ناگهان سایه شنلی را در چهارچوب در دید که دست‌هایش را ۴۵ درجه باز کرده بود و به جولیان که داشت ادرار می‌کرد، خیره شده بود. هیجان سر تا پایش را گرفته بود و به راشل گفت: «باید بروم.» با فرمانده پرواز تماس گرفت و او هم با سرگروه‌بان پیشش آمد. پس از ملاقات با این دو نفر، نزد کشیش پایگاه برده شد. جولیان به یاد دارد که گفته بود: «می‌دانی در بوستون چه خبر است؟ برای من هم اتفاق افتاد.» لحظه‌ای که این سخنان را از زبان خودش شنید، یقین داشت که شنلی آزارش داده؛ هرچند جزئیاتش را به خاطر نمی‌آورد. جولیان از اینکه این قدر هیجانی شده بود، شدیداً احساس شرم می‌کرد. همیشه بچه قوی‌ای بوده که حرفش را در دلش نگه می‌داشته.

آن شب گوشه تخت نشست، در خودش جمع شد و فکر کرد دارد عقلش را از دست می‌دهد و از اینکه مبادا کارش به بیمارستان روانی بکشد، وحشت‌زده بود. طی یک هفته بعد تصاویر مرتباً به ذهنش سرازیر می‌شد و می‌ترسید کاملاً از پا دربیاید. به فکرش رسید چاقویی بردارد و داخل پایش فروکند تا جلوی این تصاویر ذهنی را بگیرد. سپس رفته‌رفته حمله‌های هراس همراه با تشنج آغاز شد که خودش «حمله‌های صرعی» می‌نامیدش. بدنش را آن‌قدر می‌خراشید تا از آن خون بیاید. بین حملات هراس «احساس می‌کرد زامبی شده». از فاصله خاصی خودش را می‌دید، انگار چیزی که داشت تجربه می‌کرد، در واقع برای فرد دیگری داشت اتفاق می‌افتاد.

در ماه آپریل، فقط ده روز مانده به مشمولیت برخورداری از مزایای کامل شغلی، از کار اخراج شد.

حدود یک سال بعد وقتی جولیان وارد مطبم شد، مرد خوش‌قیافه و تنومندی را دیدم که افسرده و شکست‌خورده به نظر می‌رسید. فوراً گفتم که برای بیرون‌آمدن از نیروی هوایی حس خیلی بدی دارد. دوست داشته مسیر شغلی‌اش همین باشد و در ارزیابی‌ها هم همیشه عملکردش عالی بوده است. عاشق چالش‌ها و کار گروهی نیروی هوایی بود و دلش برای ساختار سبک زندگی نظامی تنگ شده بود.

در حومه بوستون به دنیا آمده بود و دومین فرزند از پنج فرزند خانواده بود. در شش سالگی پدرش ترکشان کرد؛ چون تحمل زندگی با مادر «به لحاظ هیجانی ناپایدار» جولیان را نداشت. جولیان و پدرش رابطه خوبی با هم دارند؛ اما گاهی پدرش را به دلیل کار بیش از حد برای پشتیبانی از خانواده و سپردن او به مادر نامتعادلش ملامت می کند. نه والدین و نه هیچ یک از برادر و خواهرهایش تا به حال به مراقبت های روان پزشکی نیازمند نشده یا درگیر مواد مخدر نبوده اند.

جولیان در دبیرستان ورزش کار محبوبی بود. دوستان زیادی داشت؛ اما حس بدی درباره خودش داشت و با نوشیدن و شرکت در پارتی ها فقرش را پنهان می کرد. بابت سوءاستفاده از محبوبیت و زیبایی اش برای برقراری رابطه جنسی با بسیاری از دختران احساس شرمندگی می کرد. اظهار داشت که قصد دارد به خاطر رفتاری بدی که با آن ها داشته تلفن بزند و از آن ها معذرت خواهی کند.

به خاطر دارد که همیشه از بدنش متنفر بوده است. در دبیرستان استروئید مصرف می کرد تا به ماهیچه های بدنش حجم بدهد و تقریباً هر روز ماری جوانا می کشید. به کالج نرفت و پس از اتمام دبیرستان تا یک سال تقریباً بی خانمان بود؛ چون دیگر تحمل زندگی با مادرش را نداشت. داوطلب خدمت نظامی شد تا بلکه زندگی اش به روال عادی برگردد.

در شش‌سالگی که در کلاس تعلیم مذهبی کلیسا شرکت می‌کرد، پدر شنلی را دید. به یاد دارد که پدر شنلی او را برای اعتراف از کلاس بیرون می‌آورد. پدر شنلی به‌ندرت ردا می‌پوشید و جولیان شلوار مخمل کبریتی سورمه‌ای‌رنگ کشیش را به خاطر داشت. وارد اتاق بزرگی می‌شدند که دو تا صندلی مقابل هم و نیمکتی هم برای زانوزدن در آن قرار داشت. صندلی‌ها رویه قرمز رنگ داشتند و کوسن مخملی قرمزی هم روی نیمکت بود. ورق‌بازی می‌کردند، نوعی بازی جنگی که به بازی پوکر لختی تبدیل می‌شد. سپس به یاد می‌آورد که در همان اتاق روبه‌روی آینه‌ای می‌ایستاد.

غیر از این، بقیه خاطراتش کاملاً غیرمنسجم و جسته‌گریخته است. تکه‌هایی از تصویر چهره شنلی و حوادث پراکنده‌ای در ذهنش بود. نمی‌تواند بگوید آن موقع چندساله بود. به خاطر داشت که کشیش از او خواسته بود رابطه دهانی انجام دهد؛ اما یادش نمی‌آید انجام داده یا نه. به خاطر دارد جزوه‌ها را در کلیسا پخش می‌کرد و آن‌گاه پدر شنلی کنارش روی نیمکت می‌نشست، با یک دست بدنش را می‌مالید و با دست دیگرش دست جولیان را نگه می‌داشت. جولیان از این کار خوشش نمی‌آمد؛ اما نمی‌دانست برای جلوگیری از آن باید چه کار کند. می‌گفت هرچه باشد، «در محله‌مان، پدر شنلی نزدیک‌ترین فرد به خدا بود.»

علاوه بر این خاطرات پراکنده، آثار سوءاستفاده جنسی اش آشکارا در حال فعال سازی و تکرار شدن بود.

جولیان بین دو احساس گیر کرده بود: هم برای پیرمردی متأسف بود که پدر شنی بدن تبدیل شده بود و هم فقط دلش می خواست «او را به اتاقی ببرد و بکشدش». به علاوه، بارها از شرم زدگی اش با من حرف زد و اینکه پذیرشش چقدر دشوار بوده که نتوانسته از خودش مراقبت کند: «کسی نمی تونه سربه سرم بذاره و اینجا مجبورم این رو بهت بگم.» ذهنیتی که از خودش داشت، یک جولیان گنده و خشن بود.

چطور می توان از ماجراهایی مثل داستان جولیان سر درآورد: سال ها فراموشی ظاهری و سپس تصاویری جسته گریخته و آزاردهنده، علائم فیزیکی چشمگیر و بازآفرینی های ناگهانی؟ در جایگاه درمانگری که کارم درمان افرادی است که آثار تروما در وجودشان باقی مانده، دغدغه اصلی ام این نیست که ببینیم دقیقاً چه اتفاقی برایشان افتاده؛ بلکه به آن ها کمک می کنم تا ادراکات و هیجانات و واکنش هایی را که تجربه اش می کنند تاب بیاورند، بدون آنکه دائماً در سیطره آن ها باشند.

وقتی موضوع سرزنش مطرح می شود، معمولاً مهم ترین مسئله ای که باید بدان پرداخت، خودسرزنی

است: پذیرش اینکه تروما تقصیر آن‌ها نبوده، دلیل وقوعش این نبوده که نقصی در خودشان است و اینکه هیچ‌کس مستحق دچار شدن به این اتفاق نبوده است.

بالین‌حال، هنگامی که پای یک پروندهٔ قانونی در میان است، تعیین مقصر و اعتبار قانونی شواهد اولویت می‌یابد. پیش از این دوازده نفر را که در کودکی در یتیم‌خانه‌ای کاتولیکی در شهر برلینگتون ورمونت وحشیانه مورد سوءاستفاده قرار گرفته بودند، معاینه کرده بودم. آن‌ها (به‌همراه چند شاکی دیگر) پس از گذشت بیش از چهار دهه داوطلبانه پا پیش گذاشته بودند و به‌رغم اینکه تا قبل از ثبت اولین دادخواهی، هیچ‌کدامشان با هم تماسی نداشتند، خاطراتشان از سوءاستفادهٔ جنسی به‌طرز حیرت‌آوری شبیه هم بود: همگی‌شان افراد و سوءاستفاده‌های مشابهی را ذکر می‌کردند که هر راهبه یا کشیش مرتکب شده بود، در همان اتاق‌ها، با همان میز و صندلی‌ها و در قالب همان برنامه‌های روزانه. متعاقباً بیشترشان پیشنهاد سازش خارج از دادگاه اسقف‌نشین ورمونت را پذیرفتند.

قبل از اینکه پرونده‌ای وارد دادرسی شود، قاضی جلسه‌ای موسوم به جلسهٔ استماع دُوبرت^{۲۰۳} برگزار می‌کند تا معیارهایی را برای ارائهٔ شواهد تخصصی به هیئت‌منصفه تعیین کند.

در پرونده‌ای مربوط به سال ۱۹۹۶ یکی از قضات دادگاه سیار فدرالی بوستون را متقاعد کرده بودم که فراموشی همهٔ خاطرات مربوط به رویدادی مشخص و دسترسی مجدد اما پراکنده به آن‌ها در سال‌های بسیار دورتر، در افراد ترومایی امری شایع است. همین استانداردها دربارهٔ جولیان هم صدق می‌کرد. گزارشی که به وکیل جولیان ارائه داده‌ام محرمانه است؛ اما آن را براساس چندین دهه تجربهٔ بالینی و با استناد به پژوهش‌هایی که دربارهٔ حافظهٔ ترومایی صورت گرفته، ازجمله کارهای برخی از پیش‌گامان بزرگ روان‌پزشکی مدرن، تدوین کرده‌ام.

حافظهٔ عادی در مقابل حافظهٔ ترومایی

همه می‌دانیم حافظه چقدر فرار است؛ قصه‌هایمان تغییر می‌کنند و مرتباً درحال بازنویسی و به‌روزرسانی هستند. وقتی به‌همراه برادران و خواهرانم دربارهٔ حوادث کودکی صحبت می‌کنیم، دست‌آخر همه‌مان احساس می‌کنیم که در خانواده‌های متفاوتی بزرگ شده‌ایم؛ بسیاری از خاطراتمان به‌وضوح با هم تطابق ندارند. این خاطرات سرگذشتی انعکاس‌های دقیقی از واقعیت نیستند؛ داستان‌هایی هستند که برای انتقال برداشت خودمان از تجربه‌ای که داشتیم تعریفشان می‌کنیم.

مطالعه رشد بزرگسالان گرانت^{۲۰۴} ظرفیت خارق العاده ذهن بشر را برای بازنویسی حافظه نشان داد؛ این مطالعه به شیوه‌ای نظام‌مند سلامت روانی و فیزیکی بیش از دویست دانشجوی مرد سال‌دومی سال‌های ۱۹۳۹ تا ۱۹۴۴ دانشگاه هاروارد را زیر نظر داشته و تاکنون ادامه داده است. (۲) البته طراحان مطالعه نمی‌توانستند پیش‌بینی کنند که بیشتر شرکت‌کنندگان عازم جبهه‌های جنگ جهانی دوم می‌شوند؛ اما حالا می‌توان تکامل خاطرات زمان جنگشان را رصد کنیم. شرکت‌کنندگان یک بار در سال‌های ۱۹۴۵ تا ۱۹۴۶ و بار دیگر در سال‌های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۰ درباره تجربیات جنگی‌شان به تفصیل مصاحبه شدند. ۴۵ سال بعد، روایت بیشترشان بسیار متفاوت با چیزی بود که بلافاصله پس از جنگ در مصاحبه‌های ضبط‌شده‌شان گفته بودند: با گذشت زمان رویدادها وحشت شدیدشان را از دست داده بودند.

در مقابل، آن‌هایی که دچار تروما شده و متعاقباً به پی‌تی‌اس‌دی مبتلا شده بودند روایت‌هایشان را تغییر ندادند؛ پس از گذشت ۴۵ سال از اتمام جنگ، خاطراتشان اساساً دست‌نخورده باقی مانده بود.

یادآوری رویدادی خاص و میزان دقت خاطراتی که از آن داریم عمدتاً به این مسئله وابسته است که بشخصه چقدر برایمان حائز اهمیت بوده و در آن مقطع چقدر بابتش هیجان‌زده شده‌ایم. سطح انگیختگی‌مان در اینجا نقش مهمی ایفا می‌کند. همه‌مان خاطراتی داریم که به افراد، ترانه‌ها، رایحه‌ها و

مکان‌های خاصی مرتبط می‌شوند و تا مدت‌ها با ما می‌مانند. خیلی‌هایمان هنوز هم دقیقاً می‌دانیم روز سه‌شنبه، یازدهم سپتامبر ۲۰۰۱ کجا بودیم و چه دیدیم اما فقط عده‌اندکی چیز خاصی درباره‌ی دهم سپتامبر یادشان می‌آید.

بیشتر تجربیات روزمره فوراً به دست فراموشی سپرده می‌شوند. در روزهای عادی وقتی شب‌ها به خانه می‌آییم، چیز زیادی برای تعریف‌کردن نداریم. ذهن طبق طرح‌واره یا نقشه عمل می‌کند و حوادثی که از محدوده‌ی الگوهای ثابت خارج می‌شوند به احتمال زیاد توجه‌مان را به خود جلب می‌کنند. اگر حقوق‌مان زیادتر شود یا دوستی خبر جذابی به ما بدهد، جزئیات آن لحظه را، دست‌کم برای مدتی، در ذهن نگه می‌داریم. توهین‌ها و جراحات‌ها را بهتر به یاد می‌آوریم: آدرنالینی که برای دفاع در مقابل تهدیدات احتمالی ترشح می‌کنیم، به تثبیت آن رویدادها در مغز کمک می‌کند. حتی اگر مضمون گفته‌ها از بین برود، تنفرمان از صاحب گفته‌ها معمولاً بر جای می‌ماند.

وقتی اتفاق هولناکی رخ می‌دهد، مثلاً دیدن کودک یا دوستی که در تصادف آسیب می‌بیند، خاطره تلخ و عمده‌تاً دقیقی از آن حادثه تا مدت‌ها در حافظه‌مان باقی می‌ماند. طبق یافته‌های جیمز مک‌گاک^{۲۰۵} و همکارانش، هرچه آدرنالین بیشتری ترشح کنید، خاطره دقیق‌تری خواهید داشت. (۳) اما این مسئله تا

اندازه مشخصی صدق می‌کند. این سیستم در مواجهه با وحشت، به‌ویژه وحشت ناشی از «شوک اجتناب‌ناپذیر»، از پا درمی‌آید و در هم می‌شکند.

بدون تردید، کنترل آنچه در تجربه‌ای ترومایی رخ می‌دهد دست ما نیست؛ اما می‌توانیم تروما را در فضای آزمایشگاهی مجدداً فعال کنیم، همان‌طور که در اسکن‌های مغزی اشاره‌شده در فصل سوم و چهارم این کار انجام شد. وقتی آثار باقی‌مانده از اصوات، تصاویر و ادراکات اولیه موجود در حافظه مجدداً فعال‌سازی شوند، لوب پیشانی خاموش می‌شود و به‌تبع آن، همان‌طور که پیش‌از این دیده‌ایم، ناحیه ضروری برای به زبان آوردن احساسات (۴)، ناحیه‌ای که درک موقعیتی کنونی‌مان را ایجاد می‌کند، و تالاموس که داده‌های خام را با ادراکات ورودی ادغام می‌کند هم خاموش می‌شوند. در اینجا مغز هیجانی سیطره پیدا می‌کند که تحت کنترل آگاهانه نیست و نمی‌تواند در قالب کلمات مطلبی را انتقال دهد. مغز هیجانی (ناحیه لیمبیک و ساقه مغز) فعال‌سازی تغییر یافته‌اش را از طریق تغییراتی در انگیزتگی هیجانی، فیزیولوژی بدن و حرکات ماهیچه ابراز می‌کند. در موقعیت‌های عادی، این دو سیستم حافظه، یعنی سیستم‌های منطقی و هیجانی، برای تولید پاسخی یکپارچه با یکدیگر همکاری می‌کنند. اما انگیزتگی زیاد هم توازن بین آن‌ها را به هم می‌زند هم ارتباط دیگر نواحی مغزی مثل

هیپوکامپ و تالاموس را قطع می‌کند که برای ذخیره و ادغام درست اطلاعات جدید ضروری‌اند. (۵) در نتیجه، آثار به‌جای‌مانده از تجربیات ترومایی نه به‌شکل روایت‌های منطقی منسجم، بلکه در قالب ردهای ادراکی و هیجانی پراکنده‌ای سازمان‌دهی می‌شوند: تصاویر، صداها و ادراکات فیزیکی. (۶) جولیان مردی با دستان گشوده، یک نیمکت، راه‌پله و بازی پوکر لختی را دید؛ حس وحشت‌انگیزی از دلهره. اما خط داستانی اندکی وجود داشت یا اصلاً داستانی در کار نبود.

پرده برداشتن از اسرار تروما

در اواخر قرن نوزدهم که مطالعه نظام‌مند مشکلات روانی برای نخستین بار در پزشکی آغاز شد، ماهیت حافظه ترومایی یکی از موضوعات محوری این مباحثات بود. در فرانسه و انگلیس تعداد اعجاب‌آوری از مقالات درباره سندرومی موسوم به «ستون فقرات راه‌آهن»^{۲۰۶} منتشر شد؛ این سندروم به پیامدهای روانی حوادث ریلی اشاره دارد که از دست دادن حافظه یکی از آن‌هاست.

باین‌حال، بیشترین پیشرفت‌ها در زمینه هیستری^{۲۰۷} حاصل شد؛ هیستری نوعی اختلال روانی است که مشخصه‌های آن از این قرارند: طغیان‌های هیجانی، تأثیرپذیری از تلقین و انقباض و فلج شدن ماهیچه‌ها که با کالبدشناسی ساده بدن توجیه‌پذیر نیست. (۷) هیستری که روزی یکی از مصائب زنان بی‌ثبات و تمارض‌گر به حساب می‌آمد (اسم این بیماری از واژه‌ای یونانی به معنای «رحم» گرفته شده)، حالا دریچه‌ای را به روی اسرار ذهن و بدن گشوده است. نام برخی از بزرگ‌ترین پیشتازان عصب‌شناسی و روان‌پزشکی، از جمله ژان - مارتن شارکو،^{۲۰۸} پیر ژانه و زیگموند فروید، با این کشف گره خورده که هیستری در تروما ریشه دارد، به‌ویژه ترومای برخاسته از سوءاستفاده جنسی در کودکی. (۸) این دسته از پژوهشگران متقدم خاطرات ترومایی را «اسرار بیماری‌زا» (۹) یا «انگل‌های ذهنی» (۱۰) می‌نامیدند؛

زیرا به همان اندازه که مبتلا دوست داشت اتفاقات را به دست فراموشی بسپارد، خاطرات به‌زور خودشان را به سطح آگاهی فرد می‌رساندند و در وحشت وجودیِ هر دم مهیایی به دامش می‌انداختند. (۱۱)

علاقه به هیستری در کشور فرانسه شدت به‌خصوصی داشت و طبق معمول ریشه‌های این علاقه به سیاست روز برمی‌گشت. ژان - مارتین شارکو نیز که عمدتاً به پدر عصب‌شناسی شناخته می‌شود و دانشجویانش، از جمله ژیل دو لا تور^{۲۰۹}، اسامی‌شان را روی بسیاری از بیماری‌های عصبی گذاشتند، در عرصه سیاست فعالیت داشت. پس از برکناری ناپلئون سوم از قدرت در سال ۱۸۷۰، کشمکش بین سلطنت‌طلبان (نظام قدیمی تحت حمایت روحانیان مسیحی) و حامیان جمهوری نوپای فرانسه ایجاد شد که به علم و دموکراسی سکولار اعتقاد داشتند. شارکو بر این باور بود که زنان نقش مهمی در این کشمکش دارند و کندوکاوش دربارهٔ هیستری «توضیح علمی پدیده‌هایی همچون حالت‌های تسخیر اهریمنی، جادو، جن‌گیری و وجد دینی را ارائه داد.» (۱۲)

شارکو موشکافانه به مطالعهٔ ارتباطات فیزیولوژیکی و عصب‌شناختی هیستری در مردان و زنان پرداخت؛ وی در این مطالعات بر حافظهٔ مجسم‌یافته و فقدان زبان تأکید می‌کرد. برای مثال، در سال ۱۸۸۹ پروندهٔ بیماری به نام لی‌لاگ را منتشر کرد که پس از سانحهٔ رانندگی با کالسکهٔ اسبی از ناحیهٔ پا فلج

شده بود. بالاینکه لی لاگ به روی زمین افتاد و هوشیاری اش را از دست داد، پاهایش در ظاهر صدمه‌ای ندیده بود و هیچ علامت عصب‌شناختی‌ای هم وجود نداشت که دلیلی فیزیکی را برای معلولیتش نشان دهد. شارکو پی برد که لی لاگ، درست قبل از بیهوشی، چرخ‌های کالسکه را دیده بود که به سمتش می‌آیند و قویاً به این باور رسیده بود که زیر گرفته خواهد شد. شارکو متوجه شد که «بیمار... هیچ خاطره‌ای را نگه نمی‌دارد...». پرسش‌هایی که درباره این مقطع از او پرسیده می‌شود، بدون نتیجه می‌مانند. هیچ چیز یا تقریباً هیچ چیز نمی‌داند.» (۱۳) لی لاگ هم مثل بسیاری از بیماران دیگر بیمارستان سالپتریر^{۲۱۰} پاریس، تجربه‌اش را به شکل فیزیکی بیان می‌کرد: به جای آنکه حادثه را به خاطر آورد، پاهایش فلج شد. (۱۴)



نقاشی اثر آندره برویه

ژان - مارتین شارکو در حال ارائه بیماری مبتلا به هیستری. شارکو لا سالپتریر را که نوانخانه‌ای قدیمی برای فقراى پاریس بود، به بیمارستان مدرنی تبدیل کرد. به طرز قرارگیری تکان‌دهنده بیمار توجه کنید.

اما به نظر من پیر ژانه قهرمان واقعی داستان است؛ کسی که به شارکو کمک کرد تا آزمایشگاهی

تحقیقاتی منحصراً برای مطالعه هیستری در بیمارستان سالپتیر تأسیس کند. در سال ۱۸۸۹، همان سالی که برج ایفل ساخته شد، ژانه اولین شرح علمی مفصل را درباره استرس ترومایی منتشر کرد: خودکارسازی روانی. (۱۵) (۲۱۱) ژانه بیان داشت که تجربه «هیجان‌ات پرشور» یا انگ‌بختگی هیجانی شدید اساس چیزی است که امروزه به آن پی‌تی‌اس‌دی می‌گوییم. این رساله شرح می‌دهد که افراد پس از ابتلا به تروما به‌طور خودکار برخی کارها، هیجان‌ها و ادراکات مرتبط به تروما را تکرار می‌کنند.

برخلاف شارکو که عمدتاً به سنجش و مستندسازی علائم فیزیکی بیماران علاقه‌مند بود، ژانه ساعت‌های بی‌شماری با بیمارانش صحبت می‌کرد و سعی داشت تا پی‌ببرد در مغزشان چه می‌گذرد. همچنین برخلاف شارکو که تمرکز پژوهشی‌اش درک پدیده هیستری بود، ژانه در درجه اول پزشکی بالینی بود که هدفش درمان بیماران بود. به همین خاطر گزارش‌های موردی‌اش را موبه‌مو خواندم و از این‌روست که ژانه از مهم‌ترین معلمانم شد. (۱۶)

فراموشی، گسستگی و بازآفرینی

ژانه اولین کسی بود که به تفاوت بین «حافظه روایی»، یعنی داستان‌هایی که مردم درباره تروما تعریف

می‌کنند، و خود حافظهٔ ترومایی اشاره کرد. در بین سوابق بیمارانش به داستان ایرن برمی‌خوریم؛ زن جوانی که پس از فوت مادرش، به‌دلیل ابتلا به سل، بستری شد. (۱۷) ایرن چندین ماه از مادرش پرستاری کرده بود و هم‌زمان خارج از خانه کار می‌کرد تا هم خرج پدر الکلی‌اش را بدهد و هم هزینهٔ مراقبت‌های پزشکی مادرش را تأمین کند. نهایتاً وقتی مادرش مرد، ایرن، خسته از فشار و بی‌خوابی، تا چند ساعت تلاش می‌کرد جسد مادرش را احیا کند، بلندبلند صدایش می‌زد و سعی داشت به‌زور دارو به او بخوراند. در مقطعی بدن بی‌جان مادر از روی تخت به پایین افتاد درحالی‌که پدر مست ایرن هم همان نزدیکی بیهوش خوابیده بود. حتی وقتی یکی از عمه‌هایش سررسید و مقدمات خاک‌سپاری را فراهم کرد، باز هم انکار ایرن ادامه داشت. باید متقاعدش می‌کردند تا حواسش به مراسم تشییع باشد؛ اما در کل مراسم می‌خندید. چند هفته بعد به سالپتریر آورده شد؛ جایی که ژانه پرونده‌اش را تحویل گرفت.

ایرن به‌جز فراموشی مرگ مادر، از عارضهٔ دیگری هم رنج می‌برد: در هفته چندین بار خلسه‌وار به رختخواب خالی خیره می‌شد، همهٔ اتفاقات پیرامونی‌اش را نادیده می‌گرفت و شروع می‌کرد به مراقبت از شخصی خیالی. جزئیات مرگ مادرش را با دقت فراوان بازآفرینی می‌کرد، نه اینکه به خاطرشان بیاورد.

مبتلایان به تروما هم‌زمان خیلی کم و خیلی زیاد به یاد می‌آورند. ازیک‌سو، ایرن هیچ خاطرهٔ ملموسی از مرگ مادرش نداشت؛ نمی‌توانست داستان واقعه‌ای را تعریف کند که رخ داده بود. ازسوی دیگر، خودش را ملزم کرده بود تا رویدادهای مرگ مادرش را به‌طور فیزیکی بازسازی کند. اصطلاح «خودکارسازی» ژانه ماهیت غیرارادی و ناخودآگاه اقدامات ایرن را نشان می‌دهد.

ژانه چندین ماه درگیر درمان ایرن بود و عمدتاً از هیپنوتیزم استفاده می‌کرد. در پایان درمان مجدداً از ایرن دربارهٔ مرگ مادرش پرسید. ایرن به گریه افتاد و گفت: «مرا به یاد آن اتفاقات وحشتناک نینداز... . مادرم مرده بود و پدرم طبق معمول مستِ مست بود. مجبور بودم تمام شب را از بدن بی‌جان‌ش مراقبت کنم. کارهای احمقانهٔ زیادی کردم بلکه دوباره زنده‌اش کنم... . صبح عqlم را از دست دادم.» ایرن نه‌تنها توانست قصه را روایت کند، بلکه عواطفش را هم باز یافته بود: «خیلی احساس ناراحتی و رهاسدگی می‌کنم.» آن‌وقت بود که ژانه حافظهٔ ایرن را «کامل» دانست چون حالا با احساسات مناسبی همراه بود.

ژانه به تفاوت‌های چشمگیری بین حافظهٔ عادی و حافظهٔ ترومایی پی برد. در خاطرات ترومایی محرک‌های خاصی شرکت دارند. دربارهٔ جولیان، این محرک رفتارهای اغواگرانهٔ نامزدش بود؛ برای ایرن،

رختخواب این نقش را ایفا می‌کرد. هنگامی که یکی از مؤلفه‌های تجربهٔ ترومایی فعال می‌شود، احتمال دارد سایر مؤلفه‌ها نیز به‌طور خودکار به‌دنبالش بیایند.

حافظهٔ ترومایی فشرده نیست: بازآفرینی داستان سه تا چهار ساعت وقت ایرن را گرفت؛ اما وقتی بالاخره توانست ماجرا را تعریف کند، کمتر از یک دقیقه طول کشید. بازآفرینی ترومایی هیچ کارکردی ندارد. در مقابل، حافظهٔ عادی انطباق‌پذیر است؛ داستان‌هایمان انعطاف‌پذیرند و بسته به موقعیت می‌توان تغییرشان داد. حافظهٔ عادی اساساً امری اجتماعی است؛ داستانی است که از تعریف‌کردنش هدفی داریم: در قضیهٔ ایرن، هدف بهره‌گیری از کمک و تسکینی است که پزشکش ارائه می‌دهد؛ دربارهٔ جولیان هم به خدمت‌گرفتن من برای کمک در پیگیری عدالت و انتقام. اما حافظهٔ ترومایی هیچ کارکرد اجتماعی‌ای ندارد. عصبانیت جولیان از گفتهٔ نامزدش هدف سودمندی نداشت. بازآفرینی‌ها ثابت و تغییرناپذیر و تجربیاتی همواره تنهایی‌آور، خفت‌بار و جدایی‌اندازند.

ژانه اصطلاح «گسستگی» را ابداع کرد تا جدایی و انزوای آثار به‌جای‌مانده در حافظه را که خود در میان بیمارانش دیده بود، توصیف کند. او همچنین از هزینهٔ گزاف کنترل این خاطرات پیش‌آگاهی داشت. بعدها نوشت وقتی بیماران از تجربهٔ ترومایی‌شان جدا می‌شوند، «به مانع عبورناپذیری برخورد می‌کنند» (۱۸): «ناتوان از به‌کارگیری خاطرات ترومایی، ظاهراً توانایی‌شان را در تلفیق تجربیات جدید هم از دست می‌دهند.

گویی شخصیتشان قطعاً در نقطه خاصی متوقف شده و اضافه کردن و ادغام مؤلفه‌های جدید کمکی به بزرگ‌ترشدنش نمی‌کند.» (۱۹) او پیش‌بینی کرد که بیماران افولی تدریجی در شخصیت و کارکرد حرفه‌ای‌شان تجربه خواهند کرد، مگر آنکه از مؤلفه‌های جداشده آگاه شوند و آن‌ها را به شکل داستانی درآورند که در گذشته اتفاق افتاده اما اکنون تمام شده است. در حال حاضر پژوهش‌های معاصر نیز این پدیده را به خوبی اثبات کرده‌اند. (۲۰)

ژانه پی برد که تغییر و تحریف خاطرات فرد امری عادی است؛ اما مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی قادر نیستند رویداد واقعی، منشأ اصلی آن خاطرات، را فراموش کنند. گسستگی به تروما اجازه نمی‌دهد تا در مخازن گوناگون و دائماً متغیر حافظه سرگذشتی ادغام شود و اساساً نوعی سیستم حافظه دوگانه را ایجاد می‌کند. حافظه عادی، طی فرایند پیچیده تداعی، مؤلفه‌های هر تجربه را در جریان مستمر خود تجربه‌ای ادغام می‌کند؛ شبکه متراکم اما منعطفی را در نظر بگیرید که در آن هر مؤلفه تأثیر نامحسوسی بر دیگر مؤلفه‌ها دارد. اما در قضیه جولیان، ادراکات، افکار و هیجانات ترومایی جداگانه و به شکل تکه‌هایی ثابت و به‌ندرت قابل فهم ذخیره می‌شدند. اگر مشکل پی‌تی‌اس‌دی گسستگی است، هدف درمان تداعی خواهد بود: ادغام مؤلفه‌های جدا افتاده تروما در روایت جاری زندگی، به نحوی که مغز بتواند بپذیرد که

«آن اتفاق مال گذشته بود، داریم در زمان حال زندگی می‌کنیم.»

ریشه‌های «گفت‌وگودرمانی»

روان‌کاوی در اتاق‌های بیمارستان سالپتیر متولد شد. در سال ۱۸۸۵ فروید برای همکاری با شارکو به پاریس رفت و بعدها به افتخار شارکو، اسم اولین پسرش را ژان - مارتن نهاد. در سال ۱۸۹۳، فروید و همکار وینی‌اش، ژوزف بروئر،^{۲۱۲} در مقاله درخشانی با موضوع دلایل اختلال هیستری از هر دوی شارکو و ژانه نقل‌قول کردند. اظهار داشتند که «هیستری‌ها عمدتاً از خاطرات رنج می‌برند» و در ادامه به این موضوع اشاره کردند که این خاطرات برخلاف خاطرات عادی در معرض «فرایند فرسایشی» نیستند؛ اما «تا مدت‌ها با همان تازگی اعجاب‌آورشان باقی می‌مانند.» افراد مبتلا به تروما هم نمی‌توانند زمان پدیدآمدنشان را کنترل کنند: «باید... حقیقت درخور توجه دیگری را هم بگوییم...؛ اینکه خاطرات یادشده، برخلاف خاطرات دیگر زندگی‌های گذشته، دردسترس بیماران نیستند. برعکس، در موقعیت‌های فیزیکی معمولی این تجربیات به‌هیچ‌وجه در حافظه بیمار حضور ندارند یا صرفاً حضورشان به‌شکلی کاملاً مختصر است.» (۲۱) (حروف ایتالیک در عبارت‌های نقل‌شده عیناً از مقاله بروئر و فروید گرفته شده است.)

بروئر و فروید بر این باور بودند که خاطرات ترومایی به یکی از این دو دلیل از دسترس آگاهی طبیعی خارج‌اند: یا «اوضاع موجب شده تا واکنش غیرممکن شود» یا اینکه خاطرات فوق حین «احساساتی به‌شدت فلج‌کننده، مثل ترس» آغاز شده‌اند. در سال ۱۹۸۶ فروید با شجاعت ادعا کرد که «دلیل غایی هیستری همواره اغوای کودک توسط یک بزرگ‌سال است.» (۲۲) سپس، وقتی با چشم خود شواهدی را دال بر شیوع کودک‌آزاری در بهترین خانواده‌های وینی دید، چیزی که طبق اظهار خودش پای پدرش را هم وسط کشیده بود، سریعاً از موضع خود عقب نشست. روان‌کاوی تمرکزش را به تأکید روی خواسته‌ها و تخیلات ناخودآگاه معطوف کرد، گرچه فروید همچنان گاهی به واقعیت سوءاستفاده جنسی اذعان می‌کرد. (۲۳) پس از وحشت جنگ جهانی، از فروید در خصوص واقعیت روان‌رنجوری‌های جنگی پرسیدم؛ او تأیید کرد که فقدان حافظه کلامی در مرکزیت تروما قرار دارد و اگر کسی رویدادی را به خاطر نیاورد، به نقش‌بازی کردن روی خواهد آورد: «آن رویداد را نه به‌شکل خاطره بلکه به‌شکل کنش بازآفرینی خواهد کرد؛ تکرارش می‌کند، البته بدون اینکه خود متوجه این کار باشد و در نهایت، پی می‌بریم که روش به‌یادآوری‌اش همین است.» (۲۴)

میراث ماندگار مقاله سال ۱۸۹۳ بروئر و فروید چیزی است که امروزه آن را «گفت‌وگودرمانی» می‌نامیم:

«در ابتدا وقتی موفق شدیم خاطره فرد از رویدادی را که مسبب بروز علائم هیستری و برانگیختن احساساتِ همراهش شده عیان سازیم و هنگامی که بیمار رویداد مذکور را تا جزئی‌ترین حد ممکن تشریح کرده و احساساتش را در قالب کلمات بیان کرده بود، در کمال شگفتی دیدیم که هریک از علائم مستقل هیستری فردی بلافاصله و برای همیشه محو شد (ایتالیک‌ها عیناً مطابق با اصل مقاله است). یادآوری بدون احساس تقریباً هیچ‌وقت نتیجه‌ای در بر نداشته است.»

آن‌ها اظهار می‌دارند که در صورت نبود «واکنشی فعالانه» به رویداد ترومایی، احساس «همچنان در حافظه می‌ماند» و نمی‌توان از آن خلاصی یافت. این واکنش را می‌توان به کمک یک کنش تخلیه کرد: «فرقی نمی‌کند کنش مدنظر گریه باشد یا انتقام.» «اما زبان حکم جانشین کنش را دارد؛ به کمک زبان، احساس می‌تواند با همان اثربخشی "تخلیه" شود.» در نتیجه‌گیری‌شان می‌گویند: «حالا خواهند فهمید که رویکرد روان‌درمانی که ما در این مقاله توصیفش کردیم، تأثیر درمانی دارد. این رویکرد نیروی کنش‌گرایانه‌ای... را که در رویداد ابتدایی (یعنی در زمان وقوع تروما) تخلیه نشده بود، با فراهم‌آوردن امکان رهایی احساس خفه‌شده ازطریق کلام، به سرانجام می‌رساند؛ و با آوردنش به خودآگاهی عادی در معرض اصلاح تداعی‌گرایانه قرارش می‌دهد.»

امروزه روان‌کاوی مهجور مانده؛ اما «گفت‌و‌گودرمانی» به حیاتش ادامه داده و روان‌شناسان عموماً بر این باورند که بازگویی داستان تروما به افراد کمک می‌کند تا رویداد ترومایی را پشت‌سر بگذارند. این موضوع همچنین یکی از پیش‌فرض‌های پایه‌ای درمان شناختی رفتاری (سی‌بی‌تی) است که امروزه در مقاطع تکمیلی رشته‌های روان‌شناسی سراسر دنیا آموزش داده می‌شود.

اگرچه برچسب‌های تشخیصی عوض شده؛ اما همچنان بیمارانی را می‌بینیم که با توصیفات شارکو، ژانه و فروید مشابهت دارند. در سال ۱۹۸۶ به‌همراه همکارانم درباره‌ی زنی گزارش دادیم که در آتش‌سوزی باشگاه شبانه‌ی کوکِنات گرو^{۲۱۳} بوستون در سال ۱۹۴۲ سیگارفروشی می‌کرد. (۲۵) طی دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ هرساله فرارش در خیابان نیوبری در فاصله‌ی چند بلوک به محل اصلی حادثه را بازآفرینی می‌کرد؛ همین امر باعث شد تا با تشخیص اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی بستری شود. در سال ۱۹۸۹ گزارشی درباره‌ی یکی از کهنه‌سربازان جنگ ویتنام نوشتم؛ او هرساله دقیقاً در سال‌روز مرگ یکی از دوستانش، «سرقت مسلحانه» ای را صحنه‌سازی می‌کرد. (۲۶) انگشتش را داخل جیب شلوارش می‌گذاشت و ادعا می‌کرد اسلحه است، به مغازه‌داری می‌گفت دخل را خالی کند و آن‌قدر به او زمان می‌داد تا به پلیس خبر بدهد. این اقدام ناخودآگاهانه برای ارتکاب «خودکشی با تحریک پلیس» وقتی پایان یافت

که قاضی آن کهنه‌سرباز را برای مداوا به من ارجاع داد. پس از رسیدگی به احساس گناهی که بابت مرگ دوستش داشت، بازآفرینی‌ها تمام شد.

این حوادث پرسشی اساسی را مطرح می‌کنند: مادامی که فرد به جای یادآوری به بازآفرینی روی می‌آورد، پزشکان، افسران پلیس و مددکارها چطور می‌توانند بفهمند که مشکل وی استرس ترومایی است؟ خود بیماران چگونه می‌توانند منشأ رفتارشان را شناسایی کنند؟ اگر سابقه‌شان را کسی نداند، به جای آنکه برای ادغام گذشته کمکی به آنان شود، احتمالاً برچسب دیوانگی به آن‌ها می‌خورد یا به‌منزله مجرم تنبیه می‌شوند.

حافظه ترومایی در دادگاه

دست‌کم ۲۴ نفر ادعا کردند که پل شلی آزارشان داده است؛ بیشتر این افراد با اسقف‌نشین بوستون به توافق مدنی رسیدند. جولیان تنها قربانی‌ای بود که برای شهادت به محاکمه شلی فراخوانده شد. در فوریه ۲۰۰۵ کشیش سابق به دو فقره تجاوز به یک کودک و دو فقره تجاوز و ضرب و جرح یک کودک گناهکار شناخته شد. وی به دوازده تا پانزده سال زندان محکوم شد.

در سال ۲۰۰۷ رابرت اف. شاو جونیور،^{۲۱۴} وکیل مدافع شنلی، دادخواستی را برای برگزاری مجدد محاکمه تنظیم کرد و محکومیت شنلی را اجرای نادرست عدالت توصیف کرد. شاو سعی داشت نشان دهد که «خاطرات سرکوب شده» عموماً در جامعه علمی پذیرفته شده نیست که این محکومیت ها براساس «علم مهمل» صادر شده، و اینکه شواهد کافی در خصوص وضعیت علمی خاطرات سرکوب شده به دادگاه ارائه نشده است. قاضی دادگاه بدوی این درخواست تجدیدنظر را رد کرد؛ اما دو سال بعد دادگاه عالی ماساچوست آن را پذیرفت. تقریباً صد نفر از روان پزشکان و روان شناسان برجسته ایالات متحده آمریکا و هشت کشور دیگر با امضای سند توجیهی دوستان دادگاه^{۲۱۵} اظهار داشتند که وجود «حافظه سرکوب شده» هرگز ثابت نشده و نباید به عنوان مدرک پذیرفته می شده است. باوجوداین، در دهم ژانویه ۲۰۱۰، دادگاه طی بیانیه ای با اتفاق آرا محکومیت شنلی را همچنان وارد دانست: «روی هم رفته، سوابق موجود این یافته قاضی را تأیید کردند که فقدان آزمایش علمی موجب بی اعتباری این نظریه نمی شود که فرد ممکن است دچار فراموشی گسسته شود... پذیرش شهادت کارشناس درباره فراموشی گسسته سوءاستفاده از اختیارات دادگاه نبوده است.»

در فصل بعد درباره حافظه و فراموشی بیشتر حرف خواهیم زد و نشان خواهیم داد مجادلات بر سر حافظه

سرکوب شده که فروید آغازگرش بود، چطور تا به امروز ادامه دارد.

فصل دوازدهم: سنگینی تحمل‌ناپذیر به‌یادآوری

بدن‌ها متونی هستند که خاطرات را به دوش می‌کشند و از این‌رو به‌یادآوری دست‌کمی از تناسخ ندارد.

^{۲۱۶} کیتی کانن

علاقه علمی به تروما طی ۱۵۰ سال گذشته نوسانات شدیدی داشته است. مرگ شارکو در سال ۱۸۹۳ و توجه تازه فروید به کشمکش‌ها، دفاع‌ها و غرایز درونی به‌مثابه خاستگاه رنج‌های روانی تنها بخشی از بی‌علاقگی کلی جریان اصلی پزشکی به این موضوع بود. روان‌کاوی به‌سرعت محبوبیت یافت. در سال ۱۹۱۱ روان‌پزشک بوستونی، مورتون پرنس،^{۲۱۷} که با ویلیام جیمز و پیر ژانه همکاری مطالعاتی داشت با گلایه افراد علاقه‌مند به تأثیرات تروما را به «صدف‌هایی تشبیه کرد که بالآمدن سطح آب لنگرگاه بوستون جمعشان کرده است.»

این بی‌توجهی البته فقط چند سال طول کشید؛ چون وقوع جنگ جهانی در سال ۱۹۱۴ پزشکی و روان‌شناسی را بار دیگر با صدها هزار مردی روبه‌رو کرد که علائم فیزیولوژیکی عجیب و مشکلات پزشکی

ناشناخته‌ای داشتند و حافظه‌شان را از دست داده بودند.

فناوری جدید تصاویر متحرک فیلم‌برداری از این سربازان را امکان‌پذیر ساخت و امروزه از طریق یوتیوب می‌توانیم اوضاع بدنی نامعمول، اداهای کلامی غریب، حالات وحشت‌زدهٔ چهره و تیک‌هایشان را مشاهده کنیم؛ همهٔ این‌ها بیان فیزیکی و مجسم تروما هستند: «حافظه‌ای که هم‌زمان در ذهن، به شکل تصاویر و واژه‌هایی درونی، و در بدن نقش بسته است.» (۱)

در ابتدای جنگ، انگلیسی‌ها طبقهٔ تشخیصی «موج‌گرفتگی» را ایجاد کردند که کهنه‌سربازان را مستحق درمان و دریافت مستمری معلولیت می‌کرد. طبقهٔ تشخیصی دیگر و مشابهی به نام «ضعف اعصاب» هم وجود داشت که سربازان بابتش نه درمانی دریافت می‌کردند و نه حقوقی. پزشک معالج تصمیم می‌گرفت که سرباز مشمول کدام طبقهٔ تشخیصی می‌شد. (۲)

در هر مقطع از جنگ، بیش از ۱ میلیون سرباز انگلیسی در جبهه‌های غرب خدمت می‌کردند. در همان ساعات اولیهٔ اول جولای ۱۹۱۶ ارتش بریتانیا در نبرد سوم، ۵۷۴۷۰^{۲۱۸} نفر تلفات داشت که ۱۹۲۴۰ نفرشان جان دادند؛ خون‌بارترین روز در تاریخ این کشور. جان کیگان،^{۲۱۹} مورخ، دربارهٔ فرمانده بریتانیا در آن نبرد،

ارتشبد داگلاس هیگ،^{۲۲۰} که امروزه مجسمه‌اش در خیابان وایت‌هال لندن عرض‌اندام می‌کند و زمانی مرکز امپراتوری بریتانیا بود، چنین می‌گوید: «در منش عمومی و یادداشتهای شخصی‌اش هیچ دغدغه‌ای برای رنج انسانی دیده نمی‌شد و نمی‌شود.» در نبرد سوم «او بهترین جوانان انگلیسی را به سمت مرگ یا قطع عضو فرستاده بود.» (۳)

با ادامه جنگ، موج‌گرفتگی بیش از پیش کارایی نیروها را کاهش داد. ستاد کل ارتش بریتانیا که مانده بود رنج سربازانش را جدی بگیرد یا به دنبال پیروزی بر آلمان‌ها باشد، در جون ۱۹۱۷ فرمان نظامی شماره ۲۳۸۴ را صادر کرد: «عبارت "موج‌گرفتگی" نباید تحت هیچ شرایطی به صورت زبانی به کار رود یا در گزارش‌های نظامی و غیرنظامی یا هر سند بیمارستانی یا پزشکی دیگری ثبت شود.» همه سربازانی که به مشکلات روان‌پزشکی مبتلا بودند به ناچار تشخیص به خصوصی را دریافت می‌کردند: «ان‌وای‌دی‌ان» (هنوز عصبی تشخیص داده نشده).^(۴) ^(۲۲۱) در نوامبر ۱۹۱۷ ستاد کل به چارلز ساموئل میرز^{۲۲۲} که اداره چهار بیمارستان صحرایی مخصوص سربازان مجروح را بر عهده داشت، اجازه نداد تا مقاله‌ای درباره موج‌گرفتگی را به مجله پزشکی بریتانیا^{۲۲۳} بفرستد. آلمان‌ها از این هم سخت‌گیرتر بودند و موج‌گرفتگی را عیبی شخصیتی می‌دانستند؛ عیبی که با روش‌های دردناکی از جمله شوک برقی در صدد رفعش بودند.

در سال ۱۹۹۲ دولت بریتانیا گزارش ساوت‌بورو^{۲۲۴} را منتشر کرد؛ هدف این گزارش ممانعت از طبقه تشخیصی موج‌گرفتگی در جنگ‌های آتی و تردید درباره هرگونه ادعا برای دریافت غرامت بود. گزارش یادشده پیشنهاد داد تا موج‌گرفتگی از تمامی اصطلاحات رسمی حذف شود و تأکید کرد که چنین مواردی از این به بعد نباید «در ردیفی بالاتر از بیماری یا کسالت ناشی از نبرد» دسته‌بندی شوند. (۵) دیدگاه رسمی این بود که نیروهای آموزش‌دیده‌ای که به‌درستی رهبری شده‌اند دچار موج‌گرفتگی نمی‌شوند و آن‌هایی که به این اختلال تن داده‌اند سربازانی بی‌انضباط و بی‌میل بوده‌اند. طوفان سیاسی حول مشروعیت موج‌گرفتگی تا چندین سال با شدت و وحدت ادامه داشت؛ اما گزارش‌ها درباره بهترین روش‌های درمانی مبتلایان از نوشته‌های علمی محو شد. (۶)

در ایالات متحده هم سرنوشت کهنه‌سربازان مملو از مشکل بود. در سال ۱۹۱۸ که نیروها از جبهه‌های فرانسه و فلاندرز بازگشتند، به‌مثابه قهرمانان ملی از آنان استقبال شد، درست همان‌طور که امروز از سربازان بازگشته از افغانستان و عراق استقبال می‌شود. در سال ۱۹۲۴ کنگره به اعطای پاداش ۱.۲۵ دلاری به‌ازای هر روز خدمت آن‌ها در خارج از کشور رأی داد؛ اما پرداخت این پاداش‌ها تا سال ۱۹۴۵ به تأخیر افتاد.

در سال ۱۹۳۲ کشور در بحبوحهٔ رکود بزرگ بود و در ماه می همان سال ۱۵ هزار کهنه‌سرباز بی‌کار و بی‌خانمان در مرکز خرید واشنگتن دی‌سی اردو زدند و خواستار پرداخت فوری پاداش‌هایشان شدند. سنا با رأی ۶۲ به هجده با لایحهٔ افزایش پرداخت‌ها مخالفت کرد. یک ماه بعد رئیس‌جمهور هوور^{۲۲۵} به ارتش دستور داد تا اردوگاه کهنه‌سربازها را جمع کند. رئیس ستاد ارتش، ژنرال داگلاس مک‌آرتور،^{۲۲۶} با پشتیبانی شش فروند تانک فرمان‌دهی نیروها را بر عهده داشت. سرگرد دوایت دی. آیزنهاور رابط پلیس واشنگتن و سرگرد جورج پتن هم مسئول سواره‌نظام بود. سربازانی با سرنیزه‌های ثابت یورش بردند و به جمعیت کهنه‌سربازان گاز اشک‌آور شلیک کردند. صبح روز بعد مرکز خرید متروک و اردوگاه غرق شعله‌های آتش بود. (۷) کهنه‌سربازان هرگز به مستمری‌هایشان نرسیدند.

درحالی‌که سیاست و پزشکی به سربازان بازآمده از جنگ پشت کردند؛ اما وحشت جنگ در هنر و ادبیات گرامی داشته شد. در رمان در جبههٔ غرب خبری نیست، کتابی دربارهٔ تجربیات جنگی سربازان خط‌مقدم نوشتهٔ نویسندهٔ آلمانی، اریش ماریا رمارک، شخصیت اصلی داستان، پل باومر،^{۲۲۷} حرف یک نسل را زد: «به این مسئله واقفم که بدون‌آنکه متوجهش شوم، احساساتم را از دست داده‌ام؛ دیگر به اینجا تعلق ندارم، در دنیای بیگانه‌ای زندگی می‌کنم. ترجیح می‌دهم دیگران تنه‌ایم بگذارند تا اینکه آزارم دهند.

خیلی حرف می‌زنند، نمی‌توانم باهاشان هم‌ذات‌پنداری کنم، آن‌ها فکروذکرشان فقط چیزهای پیش‌پاافتاده است.» (۹) این رمان در سال ۱۹۲۹ به چاپ رسید و بلافاصله یکی از کتاب‌های پرفروش جهان شد و به ۲۵ زبان ترجمه گردید. اقتباس هالیوودی آن در سال ۱۹۳۰ هم جایزه اسکار بهترین فیلم را برد.

اما چند سال بعد که هیتلر به قدرت رسید، در جبهه غرب خبری نیست جزء اولین کتاب‌های «منحطی» بود که نازی‌ها در میدان عمومی روبه‌روی دانشگاه هومبولت برلین سوزاندند. (۱۰) ظاهراً آگاهی از تأثیرات مخرب جنگ روی ذهن سربازان تهدیدی بر سر آغاز دور جدیدی از جنون نازی‌ها به شمار می‌آمده است.

انکار پیامدهای تروما بافت اجتماعی جامعه را نابود می‌کند. در دهه ۱۹۳۰، امتناع از مواجهه با آسیب‌های ناشی از جنگ و نپذیرفتن «ضعف» نقش مهمی در ظهور فاشیسم و نظامی‌گرایی در جهان داشت.

غرامت‌های جنگی غیرمنصفانه پیمان ورسای^{۲۲۸} موجب تحقیر هرچه بیشتر آلمان از قبل خفت‌زده شد. جامعه آلمان هم رفتار بی‌رحمانه‌ای با کهنه‌سربازان ترومازده خودش داشت و همچون موجوداتی پست با

آن‌ها برخورد می‌کرد. این زنجیرهٔ تحقیر ضعفا صحنه را برای خفت نهایی حقوق بشر در رژیم نازی مهیا کرد: توجیه اخلاقیِ قدرتمندان برای غلبه بر فرودستان؛ استدلالی برای جنگی که از پی آن می‌آمد.

چهرهٔ جدید تروما

شروع جنگ جهانی دوم چارلز ساموئل میرز و روان‌پزشک امریکایی، آبرام کاردینر، را بر آن داشت تا گزارش مواجهاتشان را با نیروها و کهنه‌سربازان جنگ جهانی اول منتشر کنند. کتاب‌های موج‌گرفتگی در فرانسه از سال‌های ۱۹۱۴ تا ۱۱ (۱۹۴۰) ^{۲۲۹} (۱۹۱۸) و روان‌رنجوری‌های ترومایی در جنگ (۱۲) (۱۹۴۱) راهنماهای اصلی روان‌پزشکانی بودند که سربازان مبتلا به «روان‌رنجوری‌های جنگی» را در این درگیری جدید مداوا می‌کردند. اینجا هم یوتیوب پنجرهٔ بلاواسطه‌ای رو به گذشته ارائه می‌دهد: مستند بگذار نور (۱۹۴۶) ^{۲۳۰} اثر جان هیوستون، ^{۲۳۱} کارگردان هالیوودی، درمان غالب روان‌رنجوری‌های جنگ را در آن زمان به تصویر می‌کشد: هیپنوتیزم. (۱۳)

در فیلم هیوستون که در زمان خدمتش در مخابرات ارتش آن را ساخت، پزشکان همچنان منشی پدرسالارانه دارند و بیماران هنوز مردان جوان وحشت‌زده‌اند؛ اما تروماییشان را به شکل‌های متفاوتی بروز

می‌دهند: درحالی‌که سربازان جنگ جهانی اول تلوتلو می‌خورند، تیک‌های چهره دارند و با بدن‌های فلج‌شده از حال می‌روند، نسل بعد حرف می‌زند و کز می‌کند. بدن‌هایشان هنوز به ثبت وقایع ادامه می‌دهند: دل‌آشوبه دارند، قلبشان تندتند می‌زند و هراس سرتاپای وجودشان را می‌گیرد. اما تأثیر تروما فقط به بدن‌هایشان محدود نشد. حالت خلسه‌ناشی از هیپنوتیزم به آن‌ها اجازه داد تا برای ابراز چیزهایی که از شدت ترس به خاطر نمی‌آوردند، کلماتی را بیابند: وحشت، احساس گناه بازمانده و وفاداری‌های متعارضشان. این مسئله هم موجب شگفتی‌ام شد که به نظر می‌رسید این سربازان از کهنه‌سربازان جوان‌تری که درمانشان کرده بودم سرپوش محکم‌تری روی خشم و دشمنی‌شان می‌گذاشتند. فرهنگ نحوه بیان استرس ترومایی را شکل می‌دهد.

جرمین گریر،^{۲۳۲} نظریه‌پرداز فمینیست، این چنین از درمان پی‌تی‌اس‌دی پدرش پس از جنگ جهانی دوم سخن می‌گوید: «وقتی (افسران پزشکی) مردانی را معاینه کردند که آشفتگی‌های شدیدی از خود نشان می‌دادند، تقریباً بلااستثنا علت ریشه‌ای‌اش را تجربیات پیش از جنگ آن‌ها دانستند: بیماران جنگاوران دسته‌اولی نبودند... پیش‌فرض نظامی این است که جنگ افراد را بیمار نمی‌کند، بیمارها هستند که نمی‌توانند بجنگند.» (۱۴) به نظر نمی‌رسد پزشکان کاری برای پدرش کرده باشند؛ اما تلاش‌های گریر

برای مواجهه با رنج پدرش بی‌شک محرک کاوش‌هایی بوده که او دربارهٔ سلطهٔ جنسی و تمامی مظاهر زشت آن یعنی تجاوز، زنا با محارم و خشونت خانگی انجام داده است.

حین فعالیت در سازمان امور کهنه‌سربازان، در کمال تعجب بخش عمده‌ای از بیمارانی را که در بخش روان‌پزشکی می‌دیدیم کهنه‌سربازان جوانی بودند که به‌تازگی از جنگ ویتنام بازگشته بودند، درحالی‌که راهروها و آسانسورهای منتهی به بخش‌های پزشکی مملو از پیرمردها بود. از آنجاکه این اختلاف موجب کنجکاوی‌ام شده بود، در سال ۱۹۸۳ کهنه‌سربازان جنگ جهانی دوم را در درمانگاه‌های پزشکی پایش کردم. بیشترشان طبق مقیاس‌های نمره‌دهی من به پی‌تی‌اس‌دی مبتلا بودند؛ اما مداوایشان به‌جای ناراحتی‌های روان‌پزشکی روی مسائل پزشکی متمرکز بود. آن‌ها ناراحتی روانی‌شان را از طریق دل‌پیچه و درد قفسهٔ سینه بروز می‌دادند نه به‌شکل کابوس و خشم که طبق تحقیقاتم، از آن‌ها هم رنج می‌بردند. پزشکان تعیین می‌کنند که بیمارانشان چگونه ناراحتی خود را ابراز کنند: وقتی بیمار از کابوس‌های وحشت‌آور گلایه دارد و پزشک برایش عکس قفسهٔ سینه می‌نویسد، بیمار درمی‌یابد که با تمرکز بر مشکلات فیزیکی مداوای بهتری دریافت می‌کند. اکثر این مردان، مثل خویشاوندانم که در جنگ جنگیدند یا اسیر شدند، به‌شدت از اشتراک تجربیاتشان طفره می‌رفتند. حسم این بود که نه پزشکان و

نه بیماران هیچ کدام دوست نداشتند جنگ را مرور کنند.

باین‌حال، رهبران نظامی و غیرنظامی با درس‌های مهمی از جنگ جهانی دوم بازگشتند که نسل قبل موفق به درک آن‌ها نشده بود. پس از شکست آلمان نازی و امپراتوری ژاپن، ایالات متحده به کمک طرح مارشال^{۲۳۳} به بازسازی اروپا کمک کرد؛ این طرح شالوده اقتصادی صلح نسبی طی پنجاه سال بعد را بنا نهاد. در داخل کشور نیز لایحه سربازی خدمات آموزشی و وام مسکن را به میلیون‌ها کهنه‌سرباز ارائه داد؛ این امر موجب رفاه اقتصادی عمومی شد و یک طبقه متوسط فراگیر و درس‌خوانده را پدید آورد. نیروهای مسلح به یکپارچگی و فرصت‌های نژادی کشور کمک کردند. اداره امور کهنه‌سربازان مؤسساتی را در سراسر کشور برای کمک به مراقبت‌های سلامتی کهنه‌سربازان بنا نهاد؛ اما به‌رغم این توجه اندیشمندان به سربازان بازگشتی، زخم‌های روانی ناشناخته ماند و روان‌رنجوری‌های ترومایی کاملاً از اصطلاحات رسمی روان‌پزشکی محو شد. آخرین نوشته علمی درباره ترومای جنگی پس از جنگ جهانی دوم در سال ۱۹۴۷ منتشر شد. (۱۵)

واکاوی مجدد تروما

همان‌طور که پیش از این هم اشاره کردم، وقتی کارم را با کهنه‌سربازان جنگ ویتنام شروع کردم، حتی یک کتاب هم درباره تروما در کتاب‌خانه امور کهنه‌سربازان دیده نمی‌شد؛ اما جنگ ویتنام الهام‌گر

مطالعات متعدد، تشکیل سازمان‌های اندیشه‌ورزانه و ورود طبقهٔ تشخیصی تروما، یعنی پی‌تی‌اس‌دی، در ادبیات حرفه‌ای بود. به‌علاوه، علاقه به تروما هم در بین عامهٔ مردم به‌شدت افزایش یافته بود.

در سال ۱۹۷۴ فریدمن و کاپلان^{۲۳۴} در درس‌نامهٔ جامع روان‌پزشکی^{۲۳۵} اظهار داشتند که «روابط جنسی خانوادگی به‌شدت نادر است و از یک مورد در ۱۰۱ میلیون نفر فراتر نمی‌رود.» (۱۶) همان‌گونه که در فصل دوم دیدیم، این کتاب معتبر سپس به ستایش مزایای احتمالی رابطهٔ جنسی خانوادگی پرداخت: «زنای با محارم احتمال روان‌پریشی فرد را کاهش می‌دهد و موجب انطباق بهتر وی با جهان خارج می‌شود... اکثر قریب به‌اتفاقشان از این تجربه هیچ آسیبی ندیدند.»

میزان گمراه‌کنندگی این اظهارات زمانی مشخص شد که جنبش روبه‌رشد فمینیستی، توأم با آگاهی از ترومای کهنه‌سربازان بازگشته به وطن، به ده‌ها هزار قربانی سوءاستفادهٔ جنسی در کودکی، خشونت خانگی و تجاوز جرئت داد تا به سخن بیایند. گروه‌هایی برای آگاهی‌افزایی و گروه‌هایی متشکل از بازماندگان تشکیل شد؛ کتاب‌های پرطرفدار متعددی از جمله شجاعت برای بهبود (۱۹۸۸)^{۲۳۶}، کتاب پرفروش خودیاری برای بازماندگان روابط جنسی خانوادگی، و همچنین کتاب تروما و بهبود (۱۹۹۲)^{۲۳۷} نوشتهٔ جودیت هرمان به تفصیل مراحل درمان و بهبود را شرح دادند.

از آنجا که تاریخ هوشیارم کرده بود، رفته رفته این سؤال برایم پیش آمد که نکند در مسیر واپس زنی دیگری علیه اذعان به واقعیت تروما باشیم، شبیه آنچه در سال های ۱۹۱۷، ۱۸۹۵ و ۱۹۴۷ شاهدش بودیم؟ همین هم شد. در اوایل دهه ۱۹۹۰ کم کم مقالاتی در روزنامه ها و مجلات برجسته ایالات متحده و اروپا درباره پدیده ای به اسم سندروم حافظه کاذب منتشر شد که در آن بیماران روانی ظاهراً خاطرات مفصل و غلطی را درباره سوءاستفاده جنسی از خود می یافتند و سپس ادعا می کردند این خاطرات پیش از ظهور مجدد چندین سال خفته بودند.

نکته شایان توجه درباره این مقالات قطعیتی بود که آن ها به خرج می دادند و اظهار می داشتند شواهدی در دست نیست که نشان دهد افراد تروماییشان را متفاوت با رویدادهای عادی روزمره به یاد می آورند. به وضوح خاطر من هست هفته نامه معروفی در لندن با من تماس گرفت و به اطلاع رساند که قصد دارند در شماره بعدی شان مقاله ای را درباره حافظه ترومایی منتشر کنند؛ از من پرسیدند آیا نظری در این باره دارم یا نه. سؤالشان کاملاً سر شوقم آورد و به آن ها گفتم که درباره ازدست دادن حافظه در رویدادهای ترومایی اولین بار بیش از صد سال قبل در انگلیس مطالعه شده است. تحقیق جان اریک اریکسن^{۲۳۸} و فردریک میرز^{۲۳۹} روی حوادث ریلی در دهه ۱۸۶۰ و ۱۸۷۰ و همچنین مطالعات گسترده چارلز ساموئل

میرز و دبلیو. اچ. آ. ریورز^{۲۴۰} در خصوص مشکلات حافظه‌ای سربازان جنگ جهانی اول را برایشان ذکر کردم. به‌علاوه پیشنهاد دادم به مقاله‌ای که در سال ۱۹۴۴ در مجلهٔ لنست^{۲۴۱} منتشر شده بود نگاهی بیندازند؛ این مقاله حوادث بعدی نجات ارتش بریتانیا از سواحل دانکرک در سال ۱۹۴۰ را شرح می‌داد. بیش از ۱۰ درصد از سربازان بررسی‌شده در این مطالعه، پس از تخلیه از دانکرک به‌شکل حادی حافظه‌شان را از دست داده بودند. (۱۷) آن هفته‌نامهٔ معروف در نسخهٔ بعدی‌اش به خوانندگان گفت هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهد افراد به‌علت رویدادهای ترومایی گاهی بخشی از حافظه یا تمام حافظه‌شان را از دست می‌دهند.

وقتی میرز و کاردینر نخستین بار در کتاب‌هایی با موضوع روان‌رنجوری‌های جنگی جنگ جهانی اول از پدیدهٔ یادآوری با تأخیر حرف زدند؛ یا وقتی پس از تخلیهٔ نیروهای انگلیسی از دانکرک شاهد ازدست‌دادن حاد حافظه بودیم؛ یا هنگامی که من دربارهٔ کهنه‌سربازان جنگ ویتنام و یکی از بازمانده‌های آتش‌سوزی باشگاه شبانهٔ کوکونات گرو مقاله نوشتم، مسئلهٔ یادآوری با تأخیر آن‌قدرها بحث‌برانگیز نبود. با این حال، در دههٔ ۱۹۸۰ و اوایل دههٔ ۱۹۹۰، با ثبت مشکلات حافظه‌ای مشابهی بین زنان و کودکان در بافت سوءاستفادهٔ خانگی، تلاش قربانیان برای دادخواهی علیه مرتکبان ادعایی، این موضوع را از حیطهٔ علم به

سیاست و قانون کشاند. این مسئله هم زمینه را برای رسیدگی به رسوایی‌های ناشی از بچه‌بازی در کلیسای کاتولیک ایجاد کرد که طی آن متخصصان حافظه در دادگاه‌های سراسر امریکا و بعدها اروپا و استرالیا به جان هم افتادند.

متخصصانی که به نفع کلیسا شهادت می‌دادند ادعایشان این بود که خاطرات مربوط به سوءاستفاده جنسی در کودکی در بهترین حالت قابل اعتماد نیستند و ادعای مطرح شده توسط قربانیان احتمالی ناشی از خاطرات کاذبی است که درمانگرانی بیش از حد دل‌سوز، ساده‌لوح یا دارای اهدافی پنهان در ذهن این افراد کاشته‌اند. طی این دوره بیش از پنجاه فرد بزرگ‌سال را معاینه کردم که مثل جولیان چیزهایی درباره سوءاستفاده کشیشان از آن‌ها یادشان می‌آمد. در حدود نیمی از موارد، ادعای این افراد پذیرفته نشد.

علم حافظه سرکوب شده

حقیقت آن است که صدها اثر علمی چاپ شده طی بیش از یک قرن نشان داده‌اند که حافظه تروما ممکن است سرکوب و در عین شگفتی سال‌ها یا دهه‌ها بعد مجدداً ظاهر شود. (۱۸) از دست دادن

حافظه در افرادی که فجایع طبیعی، تصادف، ترومای جنگی، آدم‌ربایی، شکنجه، اردوگاه‌های کار اجباری و سوءاستفاده فیزیکی و جنسی را تجربه کرده‌اند گزارش شده است. ازدست‌دادن کامل حافظه در سوءاستفاده جنسی در کودکی از همه شایع‌تر است و نرخ وقوعش چیزی بین نوزده تا ۳۸ درصد است. (۱۹) این مسئله آنچنان که باید محل بحث نیست: در اوایل سال ۱۹۸۰ دی‌اس‌ام ۳ ازدست‌دادن حافظه را برای رویدادهای ترومایی در معیارهای تشخیصی فراموشی گسسته تأیید کرد: «ناتوانی در به‌خاطرآوری اطلاعات شخصی مهم، معمولاً با ماهیتی ترومایی یا استرس‌زا که شدتش به حدی است که نمی‌توان با فراموشی ساده توجیهش کرد.» از ابتدای معرفی طبقه تشخیصی پی‌تی‌اس‌دی، ازدست‌دادن حافظه یکی از معیارهای آن بوده است.

یکی از جالب‌ترین مطالعات درباره حافظه سرکوب‌شده را دکتر لیندا میر ویلیامز^{۲۴۲} انجام داد؛ مطالعه وی در اوایل دهه ۱۹۷۰ آغاز شد، یعنی زمانی که دانشجوی تحصیلات تکمیلی رشته جامعه‌شناسی دانشگاه پنسیلوانیا بود. ویلیامز با ۲۰۶ دختر ده تا دوازده‌ساله که به دلیل سوءاستفاده جنسی در بخش اورژانس یک بیمارستان پذیرش شده بودند، مصاحبه کرد. تست‌های آزمایشگاهی به همراه مصاحبه بچه‌ها و والدینشان در سوابق پزشکی بیمارستان نگهداری شد. هفده سال بعد، ویلیامز توانست رد ۱۳۶ نفر از آن

کودکان، بزرگسالان کنونی، را بگیرد و مصاحبه تکمیلی مفصلی با آنها انجام دهد. (۲۰) بیش از یک سوم زنان (۳۸ درصد) سوءاستفاده‌ای را که در سوابق پزشکی‌شان ثبت شده بود به یاد نمی‌آوردند، درحالی‌که فقط پانزده زن (۱۲ درصد) اظهار داشتند که هرگز در کودکی مورد سوءاستفاده قرار نگرفته‌اند. بیش از دو سوم آنها (۶۸ درصد) موارد دیگری از سوءاستفاده جنسی در کودکی را گزارش دادند. احتمال فراموشی سوءاستفاده در بین زنانی که در زمان حادثه سن کمتری داشتند یا اینکه یکی از آشنایانشان آنان را آزار داده بود بیشتر بود.

این مطالعه اعتبار خاطرات بازیابی‌شده را نیز بررسی کرد. از هر ده زن یک نفر (۱۶ درصد کسانی که سوءاستفاده را یادشان بود) اظهار داشتند که در مقطعی در گذشته ماجرا را فراموش کرده بودند؛ اما بعدها دوباره آن را به خاطر آورده‌اند. زنانی که در دوره‌هایی در گذشته آزار جنسی‌شان را فراموش کرده بودند، در مقایسه با کسانی که همواره آن را به خاطر می‌آوردند، در زمان وقوع سوءاستفاده کم‌سن‌وسال‌تر بودند و احتمالاً پشتیبانی کمتری از جانب مادرانشان دریافت کرده بودند. ویلیامز همچنین نشان داد که خاطرات بازیابی‌شده تقریباً به اندازه خاطرات هرگز از بین‌رفته دقیق بودند: همه زنان در ارتباط با واقعیت‌های اصلی حادثه خاطرات دقیقی داشتند؛ اما هیچ‌یک از داستان‌هایشان آن‌طور

که باید با جزئیات قیدشده در پرونده‌های بیمارستانی‌شان مطابقت نداشت. (۲۱)

پژوهش‌های اخیر در حوزه علوم اعصاب یافته‌های ویلیامز را تأیید می‌کنند؛ این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خاطراتِ بازیابی‌شده معمولاً با تغییراتی به بانک حافظه برمی‌گردند. (۲۲) تا زمانی که دسترسی به حافظه میسر نیست، ذهن نمی‌تواند تغییرش دهد. اما به محض تعریف یک داستان، به‌ویژه اگر به دفعات صورت گیرد، داستان دستخوش تغییر می‌شود؛ خودِ تعریف کردن موجب تغییر قصه می‌شود. ذهن چاره‌ای جز این ندارد که از دانسته‌هایش معنایی ایجاد کند و معنایی که ما از زندگی‌هایمان برداشت می‌کنیم موجب می‌شود تا آنچه به یاد می‌آوریم و نحوه به‌یادآوری آن تغییر یابد.

با توجه به وجود شواهد فراوانی که نشان می‌دهد تروما ممکن است به دست فراموشی سپرده شده و سال‌ها بعد مجدداً ظاهر شود، چرا حدود صد نفر از دانشمندان سرشناس حوزه حافظه از چندین کشور مختلف با سوءاستفاده از شهرتشان خواستار تجدیدنظر در محکومیت پل شنی شده و اعلام کردند «علم کاذب» اساس «خاطرات سرکوب‌شده» است؟ از آنجاکه ازدست‌دادن حافظه و یادآوری با تأخیر تجربیات ترومایی هرگز در آزمایشگاه مستندسازی نشده، برخی دانشمندان علوم شناختی مصرانه وجود این پدیده‌ها (۲۳) یا امکان صحت خاطرات ترومایی (۲۴) را انکار کردند. با این حال، آنچه پزشکان در

اورژانس، بخش‌های روان‌پزشکی یا میدان نبرد با آن روبه‌رو هستند الزاماً با آنچه دانشمندان در آزمایشگاه‌های امن و مرتبشان مشاهده می‌کنند کاملاً تفاوت دارد.

برای نمونه، آزمایش موسوم به «گم‌شده در مرکز خرید» را در نظر بگیرید. پژوهشگران دانشگاهی نشان داده‌اند که به‌سادگی می‌توان خاطرات مربوط به رویدادهایی را که هرگز رخ نداده‌اند، مثلاً گم‌شدن در مرکز خرید در کودکی، در ذهن حک کرد. (۲۵) حدود ۲۵ درصد شرکت‌کنندگان این‌گونه مطالعات بعدها «به خاطر می‌آورند» که به‌دلیل گم‌شدن وحشت‌زده شده بودند و حتی جزئیاتی را هم که وجود ندارد، تکمیل می‌کنند. اما این‌گونه یادآوری‌ها فاقد آن ترس درونی‌اند که کودک گم‌شده واقعاً احساس می‌کند.

مطالعه دیگری بی‌اعتباری شهادت شاهد عینی را ثبت کرد. ممکن است فیلم عبور خودرویی را از پایین خیابانی به افراد نشان دهند و از آنان بپرسند آیا تابلوی ایست یا چراغ راهنمایی را هم دیده‌اند یا نه؛ از کودکان هم ممکن است درباره لباس مردی بپرسند که از کلاشان بازدید کرده است. سایر آزمایش‌های شاهدان عینی نشان دادند که پرسش‌های مطرح‌شده از آن‌ها ممکن است چیزی را که طبق ادعایشان به خاطر دارند تغییر دهد. این مطالعات نقش مهمی در تردیدافکنی در اقدامات پلیسی و

دادگاهی داشتند؛ اما اهمیت چندانی برای حافظهٔ ترومایی ندارند.

مسئلهٔ اساسی این است: نمی‌توان رویدادهایی را که در محیط آزمایشگاهی رخ می‌دهند با وضعیت‌هایی که خاطرات ترومایی در آن شکل می‌گیرند یکی دانست. وحشت و درماندگی ناشی از پی‌تی‌اس‌دی را مطلقاً نمی‌توان در چنین محیطی از نو ایجاد کرد. می‌توانیم تأثیرات تروماهای فعلی را در آزمایشگاه بررسی کنیم، همان کاری که در مطالعاتمان از فلش‌بک‌ها به کمک تصویربرداری مبتنی بر طرح‌واره انجام دادیم؛ اما رد اصلی تروما را نمی‌توان آنجا ایجاد کرد. دکتر راجر پیتمن طی مطالعه‌ای در دانشگاه هاروارد فیلمی را به اسم چهره‌های مرگ^{۲۴۳} به دانشجویان نشان داد؛ این فیلم دربرگیرندهٔ قطعه‌های خبری کوتاه از مرگ‌ها و اعدام‌های خشونت‌آمیز بود. این فیلم که هم‌اکنون در بسیاری از کشورها ممنوع است، افراطی‌ترین حدی است که کمیته‌های اخلاق در پژوهش اجازهٔ استفاده‌اش را می‌دهند اما با این‌همه باعث نشد تا داوطلبان عادی مطالعهٔ پیتمن دچار علائم پی‌تی‌اس‌دی شوند. اگر واقعاً می‌خواهید حافظهٔ ترومایی را مطالعه کنید، باید خاطرات کسانی را بررسی کنید که به‌واقع دچار تروما شده‌اند.

جالب آنکه وقتی هیجان و سودآوری شهادت دادگاهی فروخوابید، مجادلهٔ «علمی» نیز از بین رفت و

پزشکان با ویرانه‌های حافظهٔ ترومایی تنها باقی ماندند.

حافظهٔ عادی در مقابل حافظهٔ ترومایی

در سال ۱۹۹۴ من و همکارانم در بیمارستان عمومی ماساچوست تصمیم گرفتیم ضمن مطالعه‌ای نظام‌مند نحوه به‌یادآوری تجارب خوشایند و تجارب ناگوار را با هم مقایسه کنیم.

در روزنامه‌های محلی، خشک‌شویی‌هایی سلف‌سرویس و تابلوهای اعلانات اتحادیه دانشجویی آگهی‌هایی را با این مضمون چسباندیم: «آیا اتفاق وحشتناکی برایتان رخ داده که نتوانید از ذهنتان بیرونش کنید؟ با شماره ۷۲۷۵۵۰۰ تماس بگیرید؛ برای شرکت در این مطالعه به شما ده دلار می‌دهیم.» در پاسخ به اولین آگهی‌مان، ۷۶ داوطلب حاضر شدند. (۲۶)

پس از معرفی خودمان، کار را با پرسیدن این سؤالات از هر شرکت‌کننده آغاز کردیم: «آیا می‌توانید درباره رویدادی در زندگی‌تان برایمان بگویید که به نظرتان همیشه یادتان می‌ماند اما ترومایی نیست؟» یکی از شرکت‌کنندگان از جا پرید و گفت: «روزی که دخترم متولد شد.»؛ بقیه از روز ازدواجشان، یا بازی در تیم ورزشی موفق یا سخنرانی در جایگاه شاگرداول کلاس در مراسم فارغ‌التحصیلی از دبیرستان صحبت کردند. سپس از آنان خواستیم تا روی جزئیات ادراکی خاص آن رویدادها تمرکز کنند، چیزهایی از این قبیل: «آیا تابه‌حال شده جایی باشید و ناگهان تصویر واضحی از قیافه شوهرتان در روز عروسی به ذهنتان بیاید؟» پاسخ‌ها همیشه منفی بود. «شب عروسی بدن شوهرتان چه شکلی بود؟» (بعضی‌ها با

شنیدن این سؤال نگاه‌های عجیبی به ما کردند.) ادامه دادیم: «آیا متن سخنرانی‌تان در مراسم فارغ‌التحصیلی را واضح و دقیق به خاطر دارید؟» «آیا همیشه با به‌یادآوری تولد اولین فرزندتان احساسات شدیدی سراغتان می‌آید؟» همه پاسخ‌ها منفی بود.

آن‌گاه درباره تروماهایی سؤال کردیم که آن‌ها را به مطالعه کشانده بود؛ بیشترشان مورد تجاوز قرار گرفته بودند. پرسیدیم: «آیا شده تابه‌حال بوی متجاوز یادتان بیاید؟» و «آیا تابه‌حال همان ادراکات فیزیکی که زمان تجاوز داشتید، سراغتان آمده؟» این پرسش‌ها واکنش‌های هیجانی شدیدی را به دنبال داشت: «برای همین است که دیگر نمی‌توانم به مهمانی‌ها بروم؛ چون با شنیدن بوی الکل از دهان بقیه این احساس را پیدا می‌کنم که یکی دارد به من تجاوز می‌کند» یا «دیگر نمی‌توانم به شوهرم ابراز عشق کنم؛ چون وقتی طور خاصی لمسم می‌کند احساس می‌کنم دوباره دارم مورد تجاوز قرار می‌گیرم.»

دو تفاوت مهم بین نحوه حرف‌زدن افراد درباره خاطرات مثبت و تجربیات ترومایی وجود دارد: ۱. شیوه سازمان‌دهی خاطرات، و ۲. واکنش‌های فیزیکی به آن‌ها. عروسی‌ها، تولدها و فارغ‌التحصیلی‌ها به‌شکل رویدادهایی به خاطر آورده می‌شوند که مربوط به گذشته‌اند، داستان‌هایی هستند که یک آغاز، یک میانه و یک پایان دارند. هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان نگفت طی بازه‌هایی هریک از این رویدادها را کاملاً

فراموش کرده است.

در مقابل، خاطرات ترومایی نامنظم‌اند. شرکت‌کنندگان برخی جزئیات را بسیار واضح به خاطر داشتند (بوی متجاوز، بریدگی عمیق روی پیشانی کودکی مرده) اما نمی‌توانستند توالی رویدادها یا دیگر جزئیات حیاتی را به یاد آورند (اولین کسی که برای کمک رسید، اینکه آمبولانس رساندشان به بیمارستان یا خودروی پلیس).

به‌علاوه، از افراد پرسیدیم چگونه ترومایشان را در سه مقطع زمانی به یاد می‌آورند: درست پس از وقوع؛ وقتی که علائم تروما بیش از هر زمان دیگری اذیتشان می‌کند؛ و طی یک هفته منتهی به این مطالعه. همه شرکت‌کنندگان ترومازده اظهار داشتند که قادر نبوده‌اند شرح دقیق ماجراهایی را که بلافاصله پس از آن اتفاق برایشان افتاده برای کسی تعریف کنند. (آن‌هایی که در بخش اورژانس یا خدمات آمبولانس کار کرده‌اند از این مسئله شگفت‌زده نمی‌شوند: کسی که پس از تصادفی که در آن کودک یا دوستی کشته شده پذیرش می‌شود، در سکوت بهت‌آوری می‌نشیند و زبانش از وحشت بند می‌آید.) تقریباً همه شرکت‌کنندگان فلش‌بک‌های مکرری داشتند: خودشان را در هجوم تصاویر، صداها، ادراکات و هیجانات می‌دیدند. با گذشت زمان، جزئیات ادراکی و احساسات به‌مراتب بیشتری فعال شد؛ اما بیشتر

شرکت‌کنندگان هم رفته‌رفته توانستند از آن‌ها سر در بیاورند. کم‌کم «فهمیدند» چه اتفاقی افتاده و توانستند ماجرا را برای بقیه تعریف کنند، داستانی که ما اسمش را «حافظهٔ تروما» می‌گذاریم.

به تدریج از تعداد تصاویر و فلش‌بک‌ها کاسته شد؛ اما توانایی شرکت‌کنندگان در بازسازی جزئیات و توالی رویداد بزرگ‌ترین پیشرفت بود. تا زمان اجرای این مطالعه، ۸۵ درصدشان قادر بودند داستان منسجمی را با آغاز، میانه و پایان تعریف کنند. تنها چند نفرشان جزئیات مهمی از روایت‌هایشان را به یاد نمی‌آوردند. متوجه شدیم که روایت‌های آن پنج نفری که طبق گفتهٔ خودشان در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته بودند، از همه پراکنده‌تر بود؛ خاطراتشان همچنان به شکل تصاویر، ادراکات فیزیکی و هیجانات شدید به ذهنشان می‌آمد.

مطالعهٔ ما اساساً سیستم حافظهٔ دوگانه‌ای را تأیید کرد که بیش از یک‌صد سال پیش ژانه و همکارانش در سالپتریر توصیف کرده بودند: خاطرات ترومایی کاملاً با داستان‌هایی که از گذشته تعریف می‌کنیم تفاوت دارند. خاطرات ترومایی گسسته‌اند: ادراکات متفاوتی که در زمان وقوع تروما وارد مغز شدند آن‌چنان که باید به شکل داستان، سرگذشت، در نیامده‌اند.

شاید مهم‌ترین یافته مطالعه ما آن بود که به‌خاطرآوری تروما با همه احساسات وابسته به آن، آن‌طور که بروئر و فروید در سال ۱۸۹۳ ادعا می‌کردند، الزاماً موجب بهبود تروما نمی‌شود. پژوهش ما این ایده را تأیید نکرد که زبان می‌تواند جای کنش را بگیرد. بیشتر شرکت‌کنندگان مطالعه ما می‌توانستند داستان منسجمی را تعریف و دردی را که همراه این داستان‌ها بود تجربه کنند؛ اما تصاویر و ادراکات فیزیکی تحمل‌ناپذیری همچنان به سراغشان می‌آمد. پژوهش‌های صورت‌گرفته در مواجهه‌درمانی معاصر، یکی از ارکان درمان شناختی رفتاری، نیز به همین شکل نتایج ناامیدکننده‌ای در بر داشته است: اغلب بیمارانی که با این شیوه درمان شده‌اند پس از گذشت سه ماه از پایان درمان همچنان دچار علائم شدید پی‌تی‌اس‌دی می‌شوند. (۲۷) همان‌گونه که خواهیم دید، یافتن واژه‌هایی برای شرح اتفاقی که بر سرتان آمده ممکن است تحول‌آفرین باشد؛ اما همیشه فلش‌بک‌ها را از بین نمی‌برد، تمرکز را ارتقا نمی‌دهد، موجب تحریک مشغولیت‌های حیاتی در زندگی‌تان نمی‌شود یا حساسیت بیش از حدتان به سرخوردگی‌ها یا جراحات‌های احتمالی را کاهش نمی‌دهد.

گوش‌دادن به بازماندگان

هیچ‌کس نمی‌خواهد تروما را به یاد بیاورد. از این حیث، جامعه هم فرقی با خود قربانیان ندارد. همه‌مان

می‌خواهیم در جهانی امن، مهارشدنی و پیش‌بینی‌پذیر زندگی کنیم؛ اما قربانیان یادمان می‌اندازند که اوضاع همیشه این‌گونه نیست. برای درک تروما باید بر اکراه طبیعی‌مان برای مواجهه با آن واقعیت غلبه کنیم و شجاعت گوش‌دادن به حرف‌های بازماندگان را در خود پیرواریم.

لارنس لنگر^{۲۴۴} در کتاب شهادت‌های هولوکاست: ویرانه‌های حافظه (۱۹۹۱) ^{۲۴۵} دربارهٔ فعالیتش در آرشیو ویدئویی فورتوناف^{۲۴۶} در دانشگاه ییل می‌نویسد: «ما با شنیدن روایت‌هایی از تجربهٔ هولوکاست تلفیقی از شواهد را بیرون می‌کشیم که دائماً در لایه‌های بی‌انتهای کامل‌نبودن محو می‌شوند. (۲۸) با مقدمهٔ قصه‌هایی همیشه ناتمام و پر از وقفه‌های ناقص کلنجر می‌رویم، با شهادت‌هایی دست‌وپا شکسته‌ای روبه‌رویم که فراخوانی‌های کلافه‌کنندهٔ حافظهٔ عمیق اغلب آن‌ها را به سکوتی پریشان تقلیل می‌دهد.»

آن‌طور که یکی از شاهدان می‌گوید: «اگر آنجا نبوده‌اید، توصیف و به زبان آوردنش مشکل است. عملکرد افراد تحت چنین فشاری به کنار، نحوهٔ انعکاس و بیان آن به کسی که هرگز نمی‌دانست این سطح از بی‌رحمی هم وجود دارد خیال‌پردازانه به نظر می‌رسد.»

بازماندهٔ دیگری به اسم شارلوت دلبو،^{۲۴۷} وجود دوگانه‌اش را پس از آشویتس^{۲۴۸} این‌گونه توصیف می‌کند:

«آن "خود"ی که در اردوگاه بود من نیستم، کسی که اینجا روبه‌رویت نشسته نیست. نه، بیش از حد باورنکردنی است. و هرآنچه بر سر این "خود" دیگر آمد، همانی که در آشویتس بود، اکنون تأثیری بر من ندارد، نگرانم نمی‌کند، حافظه عمیق و حافظه معمول این قدر متفاوت‌اند... اگر چنین اختلافی بین این دو نبود، نمی‌توانستم به زندگی برگردم.» (۲۹) می‌گوید حتی کلمات هم معنای دوگانه‌ای دارند: «در غیر این صورت، کسی که (در اردوگاه) به واسطه تشنگی کشیدن چندین هفته شکنجه شده دیگر نمی‌توانست بگوید: "تشنه‌ام، بیا به فنجون چای درست کنیم." تشنگی (پس از جنگ) بار دیگر به اصطلاح متداولی تبدیل شده است. ازسوی دیگر، اگر به تشنگی‌ای فکر کنم که در برکناو^{۲۴۹} (مراکز مرگ در اردوگاه آشویتس) احساس می‌کردم، خودم را به‌صورتی می‌بینم که آن موقع بودم، با چشمانی گود افتاده، بی‌هدف، تلوتلو خوران.» (۳۰)

لنجر به‌شکل تأثیربرانگیزی چنین نتیجه می‌گیرد: «چه کسی می‌تواند قبر مناسبی برای این تکه‌های آسیب‌دیده ذهن پیدا کند تا در کنار هم آرام گیرند؟ زندگی به حرکتش ادامه می‌دهد؛ اما هم‌زمان در دو جهت زمانی؛ آینده نمی‌تواند از چنگ حافظه‌ای مملو از اندوه‌رهای یابد.» (۳۱)

ویژگی اصلی تروما توان‌فرسا، باورناپذیر و تحمل‌ناپذیر بودن آن است. مواجهه با هر بیمار مستلزم این

است که حسمان از طبیعی بودن را موقتاً کنار بگذاریم و بپذیریم که با واقعیتی دوگانه سروکار داریم: واقعیت اکنونی نسبتاً امن و پیش‌بینی‌شدنی که دوشادوش گذشته‌ای ویرانگر و همیشه‌حاضر زیست می‌کند.

داستان نانسی

بیماران کمی به اندازه نانسی این دوگانگی را به‌وضوح به زبان می‌آورند. نانسی رئیس بخش پرستاری بیمارستانی در یکی از بیمارستان‌های ایالت‌های غرب میانه آمریکا بود که چندین بار برای مشاوره با من به بوستون آمد. اندکی پس از تولد سومین فرزندش، عملی را انجام داد که معمولاً جراحی سرپایی روتینی به حساب می‌آید؛ یعنی بستن لوله رحم به روش لاپاروسکوپی که در آن، مسیر لوله‌های رحمی سوزانده می‌شود تا از بارداری‌های بعدی جلوگیری شود. اما چون داروی بیهوشی کافی به او داده نشده بود، با شروع عمل جراحی بیدار شد و تقریباً تا آخر کار هوشیار ماند و در این بین گاهی به قول خودش به «خواب سبک» یا «رؤیا» می‌رفت و گاهی نیز به وضعیت کاملاً وحشت‌آورش واقف می‌شد. نمی‌توانست با حرکت یا سروصدا گروه اتاق عمل را خبردار کند؛ چون شل‌کننده معمولی عضلات به او داده شده بود تا حین عمل دچار انقباض ماهیچه نشود.

هم‌اکنون تخمین زده می‌شود سالانه حدود ۳۰ هزار نفر از بیماران در ایالات متحده درجه‌ای از «آگاهی حین بیهوشی» را حس می‌کنند. (۲۳)

خودم پیش از این به نفع افراد زیادی که به این دلیل دچار تروما شده بودند، شهادت داده‌ام. با این حال، نانسی نمی‌خواست از جراح یا متخصص بیهوشی‌اش شکایت کند. همه تمرکزش معطوف به این بود که واقعیت ترومایش را به سطح خودآگاهی بیاورد تا بتواند خودش را از دخالت‌های آن در زندگی روزمره خلاص کند. دوست دارم این فصل را با ارائه بخش‌هایی از مجموعه ایمیل‌های بی‌نظیرش به پایان برسانم، ایمیل‌هایی که در آن‌ها سفر فرساینده‌اش به سمت بهبود را شرح می‌دهد.

نانسی در ابتدا نمی‌دانست چه بلایی سرش آمده است. «وقتی برگشتیم خانه هنوز گیج بودم. کارهای معمولی خانه را انجام می‌دادم؛ اما واقعاً احساس زنده‌بودن یا واقعی‌بودن نداشتم. شب‌ها نمی‌توانستم بخوابم. تا چند روز در دنیای کوچک و مجزای خودم ماندم. نمی‌توانستم از سشوار، توستر، اجاق گاز یا هرچیزی که گرما تولید می‌کرد، استفاده کنم. نمی‌توانستم روی کارها یا حرف‌های دیگران تمرکز داشته باشم. اصلاً برایم مهم نبود. بیش از پیش عصبانی می‌شدم. کمتر و کمتر می‌خوابیدم. می‌دانستم رفتارم عجیب است و سعی کردم بفهمم چه چیزی این‌قدر مرا ترسانده است.

«در شب چهارم پس از عمل جراحی، حدود ساعت سه صبح، کم‌کم فهمیدم رؤیایی که این چند روز با آن زندگی می‌کردم، به گفت‌وگوهایی مربوط می‌شد که در اتاق عمل شنیده بودم. ناگهان به اتاق عمل بازگردانده شدم و توانستم سوزانده‌شدن بدن فلج‌شده‌ام را حس کنم. در دنیایی از ترس و وحشت غرق شده بودم.» نانسی می‌گوید از آن موقع به بعد، خاطرات و فلش‌بک‌ها سراسیمه وارد زندگی‌اش شدند.

«انگار در اندکی باز شده بود و اجازه سرک‌کشیدن را می‌داد. تلفیقی از کنجکاوی و اجتناب بود. ترس‌های غیرمنطقی‌ام ادامه داشت. تا سرحد مرگ از خوابیدن می‌ترسیدم. با دیدن رنگ آبی وحشتم می‌گرفت. متأسفانه هم‌سر من بیشترین لطمه را از بیماری‌ام دید. وقتی واقعاً قصدش را نداشتم، به او

پرخاش می کردم. در طول شبانه روز دو تا سه ساعت می خوابیدم و تمام روزم با فلش بک ها پر شده بود. همواره گوش به زنگ بودم. بابت افکارم خودم را در معرض تهدید می دیدم و می خواستم از آن ها فرار کنم. در عرض سه هفته ده کیلو گرم وزن کم کردم. مردم همچنان می گفتند چقدر عالی به نظر می رسم.

«کم کم به مردن فکر کردم. چشم انداز کاملاً تحریف شده ای از زندگی برای خودم درست کردم، چشم اندازی که همه موفقیت هایم را محو و شکست های گذشته ام را پررنگ می کرد. داشتم به همسرم صدمه می زدم و پی بردم که قادر نیستم فرزندانم را از گزند خشمم نگره دارم.»

«سه هفته بعد از عمل جراحی به سر کارم در بیمارستان برگشتم. اولین بار در آسانسور یکی را در لباس اتاق عمل دیدم. می خواستم فوراً خارج شوم؛ اما مسلماً نمی توانستم. سپس این میل غیرمنطقی سراغم آمد که لت و پارش کنم؛ اما با زحمت بسیاری جلوی خودم را گرفتم. این صحنه موجب بروز فلش بک ها و وحشت و گسستگی بیشتری شد. کل مسیر محل کار تا خانه را گریه کردم. پس از آن ماجرا، استاد کناره گیری شدم. هرگز پایم را در آسانسور نمی گذاشتم، هرگز به کافه تریا نمی رفتم و از بخش های جراحی نیز دوری می کردم.»

نانسی به تدریج توانست فلش بک‌هایش را کنار هم بگذارد و خاطره‌ای قابل فهم، هرچند هولناک، از عمل جراحی‌اش بسازد. قوت قلب دادن‌های پرستاران اتاق عمل و خواب کوتاهی پس از شروع بیهوشی را به خاطر آورد. بعد یادش آمد چطور کم کم بیدار شده است.

«کل گروه داشتند درباره رابطه عشقی یکی از پرستارها بگویند می کردند. این خنده‌ها با اولین برش جراحی همزمان شد. ضربه چاقوی جراحی، سپس برش و آن‌گاه جاری شدن خون روی پوستم را احساس کردم. با ناامیدی سعی کردم تکان بخورم، حرف بزنم؛ اما بدنم حرکت نمی کرد. نمی توانستم دلیلش را بفهمم. درد عمیق‌تری حس کردم؛ زیرا لایه‌های عضله زیر فشار خود از هم جدا شدند. می دانستم که قرار نبوده این درد را احساس کنم.»

نانسی سپس به خاطر می آورد که یکی شکمش را «زیرورو» کرد و فهمید این کار برای تعبیه ابزارهای لاپاروسکوپی است. احساس کرد لوله چپ رحمش را گرفته اند. «آن‌گاه به یک باره سوزش شدیدی حس کردم. سعی کردم فرار کنم؛ اما نوک میله دنبال می کرد و بی امان می سوزاند و پیش می رفت. مطلقاً نمی توان واژه‌ای را برای توصیف وحشت این تجربه پیدا کرد. دامنه این درد با دردهایی که می شناختم و بر آن‌ها غالب شده بودم، دردهایی مثل شکستگی استخوان یا زایمان طبیعی، فرق می کرد. با درد شدید

آغاز می‌شود؛ سپس همچنان که نوک میله به آرامی لوله را می‌سوزاند، درد بی‌امان ادامه دارد. درد ناشی از شکاف تیغ جراحی جلوی این غول رنگ می‌بازد.»

«سپس یک دفعه لوله سمت راستی تماس اولیه نوک داغ میله را حس کرد. وقتی خنده‌شان را شنیدم، لحظه‌ای یادم رفت کجا هستم. فکر کردم در اتاق شکنجه‌ام و نمی‌توانستم بفهمم چرا بدون اینکه حتی اطلاعاتی از من بخواهند، شکنجه‌ام می‌دهند... جهانم به همان فضای کوچک دور میز جراحی خلاصه شد. هیچ درکی از زمان نداشتم، نه گذشته و نه آینده. فقط درد بود و ترس و وحشت. خود را از همه افراد بشر جدا می‌دیدم و باینکه افرادی اطرافم بودند، عمیقاً احساس تنهایی می‌کردم. آن فضا داشت محاصره‌ام می‌کرد.»

«در بین رنج کشیدن‌هایم احتمالاً کمی تکان خورده بودم. صدای پرستار هوش‌بری را شنیدم که به متخصص بیهوشی گفت "به هوش" آمده‌ام. او هم دستور داد داروی بیشتری برایم داده شود و آهسته گفت: "لازم نیست این‌ها را در پرونده‌اش بنویسی." این آخرین چیزی است که به خاطر می‌آوردم.»

نانسی در ایمیل‌های بعدی‌اش تقلا می‌کرد واقعیت وجودی تروما را درک کند.

«می‌خواهم برایت بگویم فلش‌بک چگونه است. مثل این است که گویی زمان تا خورده یا معوج شده، طوری که گذشته و حال یکی می‌شوند؛ انگار به‌طور فیزیکی به گذشته برده شدم. نمادهای مربوط به ترومای اصلی، با وجود خوشایندبودنشان در واقعیت، کاملاً آلوده‌اند و از این‌رو به هیئت چیزهایی درمی‌آیند که باید ازشان متنفر بود، ترسید، در صورت امکان نابودشان کرد و در غیر این صورت از آن‌ها اجتناب کرد. مثلاً یک قطعه آهن در هر شکلی، اسباب‌بازی، اتو یا فرکنندهٔ مو، به شکل ابزار شکنجه دیده می‌شود. هر مواجهه با لباس اتاق عمل باعث می‌شد منزوی و گیج و از نظر جسمانی مریض شوم و گاهی آگاهانه عصبانی‌ام می‌کرد.»

«ازدواجم دارد کم‌کم از هم می‌پاشد. شوهرم را یکی از همان اعضای بی‌رحم و خندان (گروه جراحی) تصور می‌کردم که اذیتم می‌کرد. در وضعیتی دوگانه زندگی می‌کنم. بی‌حسی فراگیری با پتو احاطه‌ام می‌کند؛ با این‌همه، تماس بچهٔ کوچکی دوباره من را به جهان برمی‌گرداند. برای لحظه‌ای حضور دارم و بخشی از زندگی هستم، نه فقط ناظر آن.»

«جالب این است که عملکرد خیلی خوبی سر کار دارم و همیشه بازخوردهای مثبتی دریافت می‌کنم. زندگی با حس دروغی‌بودنش به پیش می‌رود.»

«این وجود دوگانه دارای خاصیتی غریب و نامأنوس است. حوصله‌ام را سر می‌برد. با این همه نمی‌توانم از زندگی دست بکشم. به‌علاوه نمی‌توانم خودم را گول بزنم که با بی‌توجهی به این هیولا از شرش خلاص خواهم شد. بارها فکر کرده‌ام همه رویدادهای حول آن عمل جراحی را به خاطر آورده‌ام، تا اینکه چیز جدیدی یادم می‌آید.»

«قطعات متعددی از آن ۴۵ دقیقه زندگی‌ام همچنان ناشناخته مانده است. خاطراتم هنوز هم ناقص و پراکنده‌اند؛ اما مثل قبل نیست که تصور کنم برای درک آنچه اتفاق افتاده باید همه چیز را بدانم.»

«وقتی ترسم فرومی‌نشیند، می‌فهمم که از پشش برمی‌آیم؛ اما بخشی از وجودم به این توانایی تردید دارد. گذشته کشش قدرتمندی دارد، روی تاریک زندگی‌ام است و باید گاهی آنجا ساکن شوم. این کشمکش همچنین می‌تواند راهی باشد تا بدانم دوام می‌آورم، تکرار نبرد برای زنده ماندن، نبردی که ظاهراً برنده‌اش شده‌ام اما نمی‌توانم مالکش باشم.»

اولین نشانه بهبود زمانی ظاهر شد که نانسی به عمل جراحی بسیار گسترده‌تر دیگری نیازمند شد. بیمارستانی در بوستون را برای این کار انتخاب کرد، قبل از عمل با جراحان و متخصص بیهوشی جلسه‌ای

تشکیل داد تا دربارهٔ تجربهٔ قبلی‌اش با آن‌ها حرف بزند و درخواست کرد تا به من هم اجازه داده شود در اتاق عمل حاضر باشم. برای اولین بار طی چندین سال لباس اتاق عمل پوشیدم و درحالی که داروی بیهوشی داشت اثرش را روی نانسی می‌گذاشت، با او وارد اتاق عمل شدم. این بار درحالی به هوش آمد که احساس امنیت می‌کرد.

دو سال بعد نامه‌ای به نانسی فرستادم و از او اجازه گرفتم تا شرح آگاهی حین بیهوشی‌اش را در این فصل بیاورم. در پاسخ مرا در جریان پیشرفت بهبودش قرار داد: «کاش می‌توانستم بگویم آن عملی که از سر لطف همراهی‌ام کردید رنجم را پایان داد. متأسفانه چنین نشد. درمانگر سی‌بی‌تی را رها کردم تا سراغ روان‌پزشکی روان‌پوشی بروم و به عضویت کلاس پيلاتس هم درآمد.»

«در آخرین ماه درمان، از روان‌پزشکم پرسیدم چرا تلاشی برای درمانم نمی‌کند، مثل بقیهٔ درمانگرها که سعی‌شان را کرده بودند اما موفق نشده بودند. اظهار داشت که به نظرش، با توجه به دستاوردهایی که در ارتباط با فرزندان و شغلم عاید شده بود، اگر محیط مطلوبی را برایم ایجاد می‌کرد، انعطاف‌پذیری کافی داشتم تا خودم را درمان کنم. همین یک ساعت در هفته‌ها بود که پناهگاهی را ایجاد کرد تا بتوانم از راز این همه آسیب پرده بردارم و آن‌گاه مفهومی کامل، منسجم، آرام و زجرنکشیده از خود را بازسازی

کنم. در کلاس پیلاتس هم بنیه فیزیکی قوی‌تری به دست آوردم؛ به‌علاوه به جمع زنانه‌ای دست یافتم که مشتاقانه مرا پذیرفتند و حمایت اجتماعی‌ای را که پس‌از تروما در زندگی ندیده بودم، برایم فراهم آوردند. ترکیب تقویت بنیه روانی، اجتماعی و فیزیکی نوعی حس ایمنی و مهارت فردی در من ایجاد کرد، خاطراتم را به گذشته‌های دور سپرد و به حال و گذشته اجازه ظهور و بروز داد.»

بخش پنجم: مسیرهای رسیدن به بهبود

فصل سیزدهم: رهایی از تروما

مالکیت بر خود

رفتنم به جلسه درمانی برای این نیست که بفهمم خل وضعم یا نه

به این جلسات می روم تا هر هفته همان پاسخ و تنها پاسخ را بیابم

وقتی از جلسه درمانی حرف می زنم، می دانم مردم چه فکری می کنند

اینکه چنین کاری فقط خودخواهت می کند و در دام عشق روان پزشک می اندازدت

اما، نمی دانی چقدر عاشق بقیه می شوم

وقتی بالاخره باید این همه درباره خودم حرف بزنم

کسی نمی‌تواند جنگ یا سوءاستفاده، تجاوز، آزارجنسی یا هر حادثه دهشتناکی از این قبیل را «درمان» کند. چیزی را که اتفاق افتاده نمی‌توان برگرداند. اما چیزی که می‌توان بدان پرداخت، آثار به‌جای‌مانده از تروما در بدن، ذهن و روح است: ادراکات خُردکننده‌ای در سینه‌تان که شاید اضطراب یا افسردگی بنامیدش؛ ترس بابت ازدست‌دادن کنترل؛ هوشیاری دائمی به خطر یا طردشدگی؛ خودانزجاری؛ کابوس‌ها و فلش‌بک‌ها؛ سردرگمی‌ای که شما را از تمرکز بر کار و مشغولیت کامل به آنچه درحال انجام‌دادنش هستید بازمی‌دارد؛ ناتوانی در درددل کردن با بقیه آدم‌ها.

تروما از این احساس که شما مسئول خودتان هستید محرومتان می‌کند؛ احساسی که در فصل‌های بعدی اسمش را خودرهبری می‌گذارم. (۱) مشکلی که بر سر راه بهبود وجود دارد مالکیت مجدد بر ذهن و بدنتان است، مالکیت بر خودتان. یعنی بدون‌اینکه آشفته، عصبانی یا خجالت‌زده شوید یا فروبریزید، آزادانه از دانسته‌ها و احساساتتان باخبر شوید. این کار در بیشتر افراد مستلزم چهار چیز است:

۱. یافتن راهی برای آرامش و تمرکز؛ ۲. یادگیری حفظ این آرامش در واکنش به تصاویر، افکار، صداها یا ادراکات فیزیکی‌ای که گذشته را به خاطرتان می‌آورند؛ ۳. یافتن راهی برای سرزندگی کامل در لحظه

اکنون و تعامل با افراد پیرامونی‌تان؛ و ۴. مجبور نبودن به مخفی‌کاری از خود، ازجمله مخفی‌کاری دربارهٔ راه‌هایی که به کمکشان توانسته‌اید جان سالم به در ببرید.

این اهداف گام‌هایی نیستند که لازم باشد یکی‌یکی و در توالی ثابتی به آن‌ها دست یافت. با یکدیگر هم‌پوشانی دارند و ممکن است برخی‌شان، بسته به وضعیت فردی، دشوارتر از دیگری باشد. در هریک از فصل‌های بعد دربارهٔ شیوه‌ها یا رویکردهای خاص تحقق آن‌ها صحبت خواهم کرد. سعی کرده‌ام این فصل‌ها هم برای بازماندگان تروما و هم برای درمانگرانی که درمانشان می‌کنند مفید باشد. این مطالب ممکن است برای افرادی هم که تحت فشارهای موقتی هستند کاربردی باشد. بارها این روش‌ها را برای درمان بیمارانم به کار برده‌ام و خودم نیز تجربه‌شان کرده‌ام. عده‌ای فقط با یکی از روش‌ها بهتر می‌شوند؛ اما بیشتر افراد در مراحل مختلف فرایند بهبودشان از رویکردهای مختلفی بهره می‌برند.

بسیاری از این روش‌های درمانی معرفی‌شده را به‌صورت علمی مطالعه کرده‌ام و یافته‌های پژوهشی‌ام را در مجلات علمی کارشناسی‌شده منتشر کرده‌ام. (۲) در این فصل قصد دارم مروری بر اصول زیربنایی داشته باشم، نگاهی کلی به مطالب بعدی بیندازم و توضیحات مختصری دربارهٔ روش‌هایی ارائه دهم که بعداً مفصل به آن‌ها نخواهم پرداخت.

کانون تازه‌ای برای بهبود

وقتی از تروما حرف می‌زنیم، اغلب با یک داستان یا یک پرسش کارمان را آغاز می‌کنیم: «در جنگ چه اتفاقی افتاد؟» «آیا تابه‌حال مورد آزارجنسی قرار گرفته‌اید؟» «بگذار دوباره آن حادثه یا آن تجاوز برایت حرف بزنم» یا «آیا کسی در خانواده‌تان به الکل اعتیاد داشت؟» باین‌حال، تروما فراتر از داستانی است که مدت‌ها قبل رخ داده. هیجانات و ادراکات فیزیکی نقش‌بسته در زمان تروما نه به‌شکل خاطرات بلکه به‌صورت واکنش‌های فیزیکی مختل‌کننده‌ای در زمان حال سراغ فرد می‌آیند.

برای آنکه کنترل خودتان را مجدداً به دست بگیرید، باید مرور دوباره‌ای بر تروما داشته باشید: دیر یا زود مجبورید با اتفاقی که برایتان افتاده رودررو شوید؛ اما فقط وقتی که احساس امنیت کردید و فهمیدید آن اتفاق دوباره دچار ترومایتان نمی‌کند. برای اولین کار باید راه‌هایی پیدا کنید تا با حس درماندگی ناشی از هجوم ادراکات و هیجانات مربوط به گذشته کنار بیایید.

همان‌طور که در بخش‌های قبلی کتاب نشان دادیم، موتورهای واکنش پس از تروما در مغز هیجانی قرار گرفته‌اند.

برخلاف مغز منطقی که در قالب افکار نمود می‌یابد، مغز هیجانی خودش را در واکنش‌های فیزیکی نشان می‌دهد: ادراکات دردآور، تپش قلب، تند و کم‌عمق شدن تنفس، احساس دل‌شکستگی، اضطراب و ضعیف شدن صدا هنگام حرف زدن، و حرکات خاصی از بدن که بیانگر فروپاشی، انعطاف‌ناپذیری، خشم و حالت تدافعی است.

چرا نمی‌توانیم منطقی باشیم؟ و آیا فهم این موضوع کمکی به ما می‌کند؟ مغز منطقی و اجرایی در یاری رساندن به درک منشأ احساسات تبحر دارد (مثلاً: «هرگاه به مردی نزدیک می‌شوم، ترس برم می‌دارد چون پدرم آزارم می‌داد» یا «نمی‌توانم عشقم را به پسر ابراز کنم چون بابت کشتن کودکی در عراق احساس گناه می‌کنم»). با این همه، مغز منطقی نمی‌تواند هیجانات، ادراکات و افکار را از میان ببرد (مثلاً زندگی با اندکی حس تهدیدشدگی یا این احساس که اساساً آدم بسیار بدی هستید، هرچند قاعدتاً می‌دانید از اینکه مورد تجاوز قرار گرفته‌اید مستحق سرزنش نیستید). آگاهی از چرایی داشتن احساسی خاص چگونگی آن احساس را تغییر نمی‌دهد. اما از تسلیم‌شدنتان در برابر واکنش‌های شدید جلوگیری می‌کند (واکنش‌هایی مثل حمله به کارفرمایی که شما را یاد مجرم می‌اندازد، به هم زدن با کسی که عاشقش هستید با اولین اختلاف، یا پریدن بغل یک غریبه). با این حال، هرچه فرسوده‌تر باشیم،

هیجان‌اتمان بیشتر بر مغزهای منطقی‌مان اولویت پیدا می‌کنند. (۳)

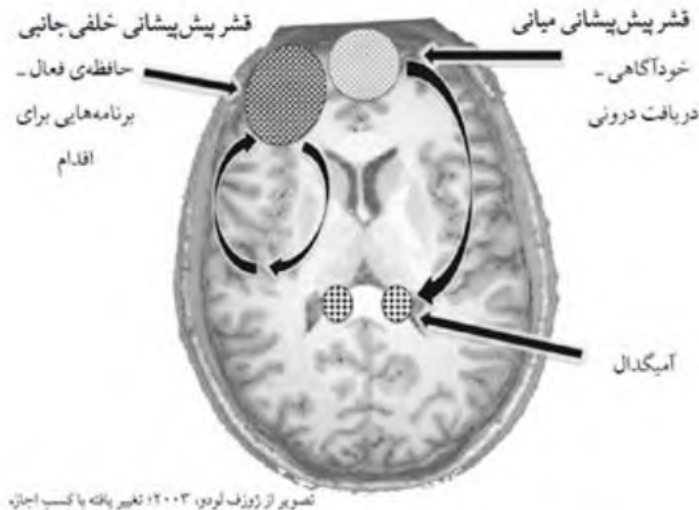
لیمبیک درمانی

موضوع اساسی در رفع استرس پس از تروما احیای تعادل مناسب بین مغزهای منطقی و هیجانی است، بدین ترتیب می‌توانید احساس کنید که نحوه پاسخ‌گویی و رفتارتان در زندگی دست خودتان است. وقتی به سمت حالت‌های انگیزتگی بیش از حد یا کمتر از حد سوق داده می‌شویم، از «پنجره شکیبایی» مان ^{۲۵۲} یعنی محدوده عملکرد بهینه بیرون رانده می‌شویم. (۴) منفعل و پریشان می‌شویم؛ فیلترهایمان از کار می‌افتند؛ نور و صدا اذیتمان می‌کند، تصاویر ناخواسته گذشته به حریم ذهنی‌مان تجاوز می‌کنند و می‌هراسیم یا ناگهان خشمگین می‌شویم. اگر خاموش شویم، در ذهن و بدن احساس بی‌حسی می‌کنیم؛ تفکرمان دچار کندی می‌شود و نمی‌توانیم از جایمان برخیزیم.

مادامی که افراد یا بیش‌انگیزته‌اند یا خاموش، قادر نخواهند بود از تجربه درس بگیرند. حتی اگر بتوانند کنترلشان را حفظ کنند، اضطراب (انجمن الکلی‌های گمنام این ویژگی را «هوشیاری ترس‌آور» می‌نامد) به قدری است که انعطاف‌ناپذیر، لج‌باز و افسرده می‌شوند. بهبود از تروما مستلزم احیای کارکرد اجرایی

مغز و به همراهش، اعتماد به نفس و توانایی بازیگوشی و خلاقیت است.

اگر به دنبال تغییر واکنش‌های پس از تروما هستیم، باید به مغز هیجانی دسترسی یابیم و «لیمبیک درمانی» کنیم: تعمیر سیستم‌های هشداردهنده معیوب و بازگرداندن مغز هیجانی به کار عادی‌اش؛ این کار به معنای حضور آرام در پس‌زمینه و رسیدگی به امور خانه‌داری بدن است: حصول اطمینان از اینکه غذا می‌خورید، می‌خوابید، با دوستان صمیمی‌تان رابطه دارید، از فرزندان‌تان مراقبت می‌کنید و برابر خطرهای از خود دفاع می‌کنید.



طراحی از لیسیا اسکای

دسترسی به مغز هیجانی. بخش منطقی و تحلیلگر مغز، متمرکز بر قشر پیش پیشانی خلفی جانبی، با مغز هیجانی که بسیاری از آثار تروما در آن جای دارند، هیچ اتصال مستقیمی ندارد؛ اما قشر پیش پیشانی میانی، مرکز خودآگاهی، با مغز هیجانی در ارتباط است.

ژوزف لودو، عصب‌شناس، و همکارانش نشان داده‌اند که خودآگاهی تنها راهی است که از طریق آن می‌توانیم آگاهانه به مغز هیجانی دست پیدا کنیم؛ یعنی با فعال‌سازی قشر پیش‌پیشانی میانی، همان قسمتی از مغز که متوجه اتفاقات درونی‌مان شده و بنابراین اجازه می‌دهد تا به آنچه احساس می‌کنیم واقف باشیم. (۵) (اصطلاح تخصصی‌اش «دریافت درونی»^{۲۵۳} است، واژه‌ای لاتین به معنای «درون‌نگری»). بخش اعظمی از مغز خودآگاهمان به تمرکز بر دنیای خارج اختصاص دارد: کنارآمدن با دیگران و برنامه‌ریزی برای آینده. با این حال، این مسئله به ما کمک نمی‌کند تا خودمان را مدیریت کنیم. پژوهش‌های عصب‌شناختی نشان می‌دهند که تنها راه تغییر نحوه احساسات آگاهی‌یافتن از تجربیات درونی و کسب مهارت در دوستی با اتفاقات درون بدن است.

دوستی با مغز هیجانی

۱ - رفع انگیزتگی بیش از حد

طی چند دهه اخیر، جریان اصلی روان‌پزشکی عمدتاً از تجویز دارو برای تغییر نحوه احساسات استفاده کرده و این امر به روش پذیرفته‌شده‌ای برای رفع انگیزتگی بیش از حد و کمتر از حد تبدیل شده است.

بعداً در همین فصل درباره داروها صحبت خواهم کرد؛ اما ابتدا باید بر این نکته تأکید کنیم که انبوهی از مهارت‌های نهفته داریم که می‌توانند تعادل‌مان را حفظ کنند. در فصل پنج دیدیم که هیجانات چگونه در بدن ثبت می‌شوند. حدود ۸۰ درصد رشته‌های عصب واگ (که اتصال‌دهنده مغز با بسیاری از اندام‌های داخلی‌اند) آوران‌اند؛ یعنی، از بدن به مغز کشیده شده‌اند. (۵) این بدان معناست که با شیوه تنفس، هم‌خوانی و حرکت می‌توان سیستم انگیزشی را آموزش داد؛ این روش‌ها از زمان‌های کهن در نقاطی مثل چین و هند و در هر مناسک مذهبی‌ای که می‌شناسم، به کار می‌رفته است؛ اما در فرهنگ رایج با سوءظن و به چشم شیوه‌های «جایگزین» به آن‌ها نگاه می‌شود.

در پژوهشی با حمایت مؤسسه ملی سلامت، من و همکارانم نشان داده‌ایم که ده هفته تمرین یوگا موجب کاهش چشمگیر علائم پی‌تی‌اس‌دی بیمارانی شد که با دارو یا دیگر شیوه‌های درمانی پاسخی نگرفته بودند. (۷) (در فصل شانزدهم درباره یوگا بحث خواهم کرد.) بازخورد عصبی، موضوع فصل نوزدهم، نیز به‌ویژه می‌تواند برای آن دسته از کودکان و بزرگسالانی مؤثر باشد که به‌قدری بیش‌برانگیخته یا خاموش‌اند که در تمرکزکردن و اولویت‌بخشی به کارها دچار مشکل هستند. (۸)

یادگیری نحوه تنفس آرام و باقی‌ماندن در حالتی از آرامش فیزیکی نسبی، حتی با وجود دسترسی

هم‌زمان به خاطرات دردناک و وحشت‌آور، ابزار مهمی در بهبود است. (۹) وقتی عامدانه چند نفس آرام و عمیق می‌کشید، تأثیر ترمز پاراسمپاتیک را روی انگیختگی خود متوجه خواهید شد (همان‌طور که در فصل پنجم توضیح دادیم). هرچه بیشتر بر تنفستان متمرکز بمانید، بهره بیشتری خواهید برد، به‌ویژه اگر تا انتهای بازدم توجهتان را به آن معطوف کنید و آن‌گاه قبل از تنفس مجدد لحظه‌ای مکث کنید. همچنان که به نفس‌کشیدن ادامه می‌دهید و متوجه ورود و خروج هوا در شش‌هایتان هستید، می‌توانید به نقش اکسیژن در تقویت بدن و پوشاندن بافت‌ها از انرژی لازم برای حس سرزندگی و مشغولیت بیندیشید. فصل شانزدهم تأثیرات این تمرین ساده را بر کل بدن نشان خواهد داد.

از آنجاکه تنظیم هیجان مسئله مهمی در کنترل تأثیرات تروما و بی‌توجهی است، آموزش دقیق شگردهای تنظیم هیجان به معلمان، نظامیان، والدین ناتنی و متخصصان سلامت روان بسیار مؤثر خواهد بود. در حال حاضر، این کار عمدتاً در حیطه مربیان پیش‌دبستانی و مهدکودک است؛ آن‌ها هر روز با مغزهای نابالغ و رفتارهای تکانشی سروکار دارند و اغلب مهارت زیادی در کنترلشان دارند. (۱۰)

سنت‌های درمانی متعارف روان‌پزشکی و روان‌شناسی در غرب توجه اندکی به خودمدیریتی کرده‌اند. برخلاف اتکای غرب به دارو و گفت‌وگو درمانی، دیگر سنت‌های درمانی جهان به ذهن‌آگاهی، تحرک،

ضرب‌آهنگ و کنش تکیه دارند. یوگا در هند، تای چی و چی کونگ در چین و طبل‌زنی موزون در آفریقا تنها نمونه‌های اندکی از این سنت‌ها هستند. فرهنگ کشورهای کره و ژاپن هنرهای رزمی‌ای را پدید آورده که روی پرورش حرکات هدفمند و تمرکز بر زمان حال تأکید دارند، همان توانایی‌هایی که در مبتلایان به تروما دچار آسیب می‌شوند. آیکیدو، جودو، تکواندو، کِن‌دو و جوجیتسو، به‌اضافه کاپوئرا در برزیل، نمونه‌هایی از این هنرها هستند. در همه این شگردها حرکات فیزیکی، تنفس و مراقبه وجود دارد. به غیر از یوگا، درباره تعداد اندکی از این سنت‌های درمانی محبوب غیرغربی به‌شکلی نظام‌مند برای درمان تروما مطالعه شده است.

۲ - بدون ذهن‌آگاهی ذهنی در کار نیست

خودآگاهی هسته مرکزی بهبود از تروماست. مهم‌ترین عبارت‌ها در درمان تروما از این قرارند: «توجه داشته باشید که» و «بعدش چه اتفاقی می‌افتد؟» افراد مبتلا به تروما با ادراکات ظاهراً تحمل‌ناپذیری زندگی می‌کنند: احساس دل‌شکستگی می‌کنند و از ادراکات تحمل‌ناپذیری در عمق وجودشان یا فشار در قفسه سینه‌شان رنج می‌برند. باوجوداین، خودداری از حس این ادراکات در بدن ما را بیشتر در معرض هجوم آن‌ها قرار می‌دهد.

تن‌آگاهی باعث می‌شود تا با دنیای درونی‌مان، منظرهٔ ارگانسیم بدنی‌مان، در تماس باشیم. همین توجه به آزدگی‌ها، فشارهای عصبی یا اضطراب‌ها به ما کمک می‌کند تا دیدگاهمان را تغییر دهیم و جدا از واکنش‌های خودکار و همیشگی، فرصت‌های جدیدی را به رویمان می‌گشاید. ذهن‌آگاهی موجب می‌شود تا با ماهیت گذرای احساسات و دریافت‌هایمان در تماس باشیم. وقتی توجهمان را به ادراکات بدنی متمرکز می‌کنیم، می‌توانیم فرازونشیب‌های هیجانانگیزمان را بشناسیم و به تبع آن کنترلمان را بر خود افزایش دهیم.

افراد ترومایی اغلب از احساس کردن می‌ترسند. دشمن فعلی آن‌ها ادراکات فیزیکی خودشان است نه عاملان جرم (که خوشبختانه اطرافشان نیستند که به آنان آسیب برسانند). ترس از هجوم ادراکات ناخوشایند بدن را بی‌حرکت و ذهن را خاموش نگه می‌دارد. تروما به گذشته تعلق دارد؛ اما مغز هیجانی همچنان ادراکاتی را ایجاد می‌کند که باعث ترس و درماندگی شخص آسیب‌دیده می‌شود. جای شگفتی نیست که بسیاری از بازماندگان تروما در خوردن و نوشیدن افراط می‌کنند، از عشق‌بازی می‌ترسند و از بسیاری از فعالیت‌های اجتماعی دوری می‌کنند: جهان ادراکی‌شان عمده‌تاً دردسترس نیست.

اگر می‌خواهید تغییر کنید باید پذیرای تجربهٔ درونی‌تان باشید. قدم اول این است که به ذهنتان اجازه

دهید بر ادراکاتان متمرکز شود و به این مسئله توجه داشته باشید که ادراکات فیزیکی، برخلاف تجربه ماندگار و همواره حاضر تروما، چقدر موقتی‌اند و به کوچک‌ترین تغییری در وضعیت بدن و تنفس و تفکر واکنش نشان می‌دهند. هنگامی که به ادراکات فیزیکی‌تان توجه کردید، قدم بعدی این است که اسمی بر آن‌ها بگذارید، مثلاً «وقتی مضطرب می‌شوم، احساس خردکننده‌ای در قفسه سینه به من دست می‌دهد.» ممکن است به بیماری بگویم: «بر روی آن احساس تمرکز کن و بین وقتی نفس عمیقی بیرون می‌دهی یا وقتی درست زیر استخوان ترقوه ضربه‌های کوچکی به قفسه سینه‌ات می‌زنی، یا هنگامی که به خودت اجازه گریه کردن می‌دهی، چه تغییری در آن احساس به وجود می‌آید.» تمرین ذهن‌آگاهی موجب آرام شدن دستگاه عصبی سمپاتیک می‌شود، برای همین احتمال افتادن در دام جنگ یا گریز کمتر می‌شود. (۱۱) کسب توانایی مشاهده و تحمل واکنش‌های فیزیکی یکی از پیش شرط‌های بازنگری ایمن گذشته است. اگر اکنون نتوانید احساسات را تحمل کنید، صحبت کردن از گذشته فقط بدبختی‌تان را تشدید می‌کند و باز هم به تروما مبتلایان می‌کند. (۱۲)

مادامی که به این مسئله هوشیار بمانیم که فعل‌وانفعالات بدن همواره در حال تغییر است می‌توانیم بسیاری از ناراحتی‌ها را تحمل کنیم. لحظه‌ای در قفسه سینه احساس سنگینی می‌کنید؛ اما پس از دم و

بازدمی عمیق، آن احساس فرومی‌نشیند و ممکن است متوجه چیز دیگری، شاید گرفتگی‌ای در کتف، شوید. حالا رفته‌رفته می‌توانید ببینید پس از تنفسی عمیق چه اتفاقی می‌افتد و متوجه شوید که قفسه سینه چقدر منبسط می‌شود. (۱۳) وقتی آرام شدید و کنجکاوی‌تان بیشتر شد، می‌توانید به آن حسی که در کتفتان داشتید برگردید. اگر به یک‌باره خاطره‌ای در ذهنتان ظهور کرد و آن کتف به‌نوعی در آن دخالت داشت، نباید تعجب کنید.

قدم بعدی مشاهده تعامل بین افکار و ادراکات فیزیکی‌تان است. افکار خاص چگونه در بدنتان ثبت می‌شوند؟ (آیا افکاری مثل «پدرم عاشقم است» ادراکات متفاوتی ایجاد می‌کنند؟) آگاهی از نحوه سازمان‌دهی برخی هیجانات و خاطرات خاص در بدن فرصتی را برای بروز ادراکات و تکانه‌هایی فراهم می‌آورد که روزی برای بقای خود جلوی‌شان را گرفته بودید. (۱۴) در فصل بیستم، راجع به مزایای تئاتر، مفصل‌تر درباره طرز کار این سازمان‌دهی حرف خواهیم زد.

جان کابات زین،^{۲۵۴} یکی از پیش‌گامان پزشکی ذهن - بدن، در سال ۱۹۷۹ برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (ام‌بی‌اس‌آر)^{۲۵۵} را در مرکز پزشکی دانشگاه ماساچوست بنا نهاد؛ روش او تا بیش از سه دهه با دقت تمام مطالعه شده است. آن‌طور که خودش ذهن‌آگاهی را توصیف می‌کند «یکی از

نگاه‌هایی که می‌توان به این فرایند تحولی داشت این است که ذهن‌آگاهی را یک عدسی تصور کنیم که انرژی‌های پراکنده و منفعل ذهن را جذب و در کانون منبع منسجمی از انرژی جمعشان می‌کند تا از آن در زندگی، حل مسئله و درمان استفاده کنید.» (۱۵)

مطالعات نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی تأثیر مثبتی بر علائم متعدد روان‌پزشکی، روان‌تنی و استرسی از جمله افسردگی و دردهای مزمن دارد. (۱۶) ذهن‌آگاهی تأثیر گسترده‌ای هم بر سلامت فیزیکی دارد؛ برخی از این تأثیرات عبارت‌اند از بهبود واکنش ایمنی بدن، فشارخون و سطح کورتیزول. (۱۷) به‌علاوه ثابت شده که ذهن‌آگاهی باعث فعال‌سازی نواحی درگیر در تنظیم هیجانی می‌شود (۱۸) و تغییراتی را در نواحی مربوط به آگاهی و ترس بدن ایجاد می‌کند. (۱۹) پژوهشی توسط همکارانم در هاروارد، بریتا هولتسل^{۲۵۶} و سارا لازار^{۲۵۷} نشان داده است که تمرین ذهن‌آگاهی حتی موجب کاهش فعالیت دستگاه اعلام حریق مغز، یعنی آمیگدال، هم می‌شود و متعاقباً واکنش به محرک‌های احتمالی را کاهش می‌دهد. (۲۰)

مطالعات زیادی نشان داده‌اند که برخورداری از شبکه‌ی حمایتی خوب قدرتمندترین مراقبت ممکن را در برابر ابتلا به تروما فراهم می‌آورد. ایمنی و ترس با یکدیگر هم‌خوانی ندارند. وقتی وحشت‌زده‌ایم، هیچ‌چیز به اندازه‌ی صدای اطمینان‌بخش یا آغوش محکم کسی که مورد اعتمادمان است آراممان نمی‌کند. بزرگسالان و کودکان وحشت‌زده هر دو به تسلی‌بخشی‌های مشابهی پاسخ می‌دهند: بغل و تاب‌دادن‌های آرام و حصول اطمینان از اینکه فردی بزرگ‌تر و قوی‌تر حواسش به همه‌چیز است، پس می‌توانید با خیال راحت بخوابید. بهبود از تروما نیازمند آن است که ذهن، بدن و مغز قانع شوند خطری تهدیدشان نمی‌کند. این مهم فقط زمانی اتفاق می‌افتد که در سطحی درونی احساس امنیت کنید و به خودتان اجازه دهید آن احساس امنیت را با خاطرات درماندگی گذشته‌تان پیوند بزنید.

پس از وقوع ترومای حادی مثل تجاوز، تصادف یا بلایای طبیعی، بازماندگان به حضور افراد، چهره‌ها و صداها، آشنا، تماس فیزیکی، غذا، پناهگاه و مکانی امن و زمانی برای خوابیدن نیاز دارند. ضرورت دارد به عزیزان دور و نزدیک شخص گفته شود تا در اسرع وقت با خانواده و دوستان در جایی امن دور هم جمع شوند. پیوندها و دل‌بستگی‌ها بهترین مصونیت در برابر تهدیدات‌اند. مثلاً کودکانی که از والدینشان جدا هستند پس از رویدادی ترومایی احتمالاً متحمل تأثیرات بلندمدت منفی و جدی‌ای خواهند شد.

مطالعاتی که طی جنگ جهانی دوم در انگلیس انجام شد نشان داد کودکانی که در عملیات بلیتس در لندن زندگی می‌کردند و برای دورماندن از بمباران آلمان‌ها به مناطق روستایی انتقال داده شدند از آن‌هایی که با والدینشان ماندند و اقامت‌های شبانه در پناهگاه‌ها و تصاویر مهیب ساختمان‌های ویران و بدن‌های بی‌جان مردم را تحمل کردند به وضعیت بدتری دچار شدند. (۲۱)

انسان مبتلا به تروما در بستر روابط بهبود می‌یابد: با خانواده، عزیزان، جلسات انجمن الکلی‌های گمنام، سازمان‌های امور کهنه‌سربازان، گروه‌های مذهبی یا درمانگرهای حرفه‌ای. این روابط دو نقش دارند: ایجاد امنیت فیزیکی و هیجانی، از جمله ایمنی‌یافتن از شرمندگی، سرزنش یا قضاوت دیگران و تقویت شجاعت لازم برای تحمل، مواجهه و پردازش واقعیت آنچه رخ داده است.

همان‌گونه که دیده‌ایم، بخش عمده‌ای از سیم‌کشی مدارهای مغزی ما به هم‌نوایی با دیگران اختصاص دارد. رهایی از تروما مستلزم پیوند (مجدد) با دیگر هم‌نوعانمان است. برای همین درمان ترومای رخ داده در دل روابط معمولاً سخت‌تر از ترومایی است که در پی حوادث رانندگی یا بلایای طبیعی ایجاد می‌شود. در جامعه ما، والدین یا همسران مسبب رایج‌ترین تروماهایی هستند که زنان و کودکان دچارش می‌شوند. کودک‌آزاری، آزارجنسی و خشونت خانگی همگی توسط کسانی انجام می‌شود که انتظار

می‌رود دوستان داشته باشند. بدین‌ترتیب مهم‌ترین ابزار مراقبت در برابر ابتلا به تروما از دور خارج می‌شود: پناه‌گرفتن به کسانی که عاشقشان هستید.

اگر افرادی که طبیعتاً برای مراقبت و توجه سراغشان می‌روید شما را بترسانند یا طردتان کنند، به خاموشی و نادیده‌گرفتن احساسات خود روی می‌آورید. (۲۲) همان‌طور که در بخش سوم دیدیم، وقتی مراقبانتان بر شما خشم می‌گیرند، مجبور می‌شوید راه‌های دیگری برای مقابله با ترس، عصبانیت یا سرخوردگی‌تان پیدا کنید.

مدیریت ترس آن هم به‌تنهایی مشکلات دیگری را به وجود می‌آورد: گسستگی، یأس، اعتیاد، حس مزمن هراس و روابطی که بیگانگی، انفصال و هیاهو مشخصه‌های آن‌اند. بیمارانی که چنین سوابقی داشته باشند به‌ندرت بین اتفاقات گذشته و احساس و رفتار کنونی‌شان پیوند برقرار می‌کنند. همه‌چیز کنترل‌نشده‌ای به نظر می‌رسد.

آسودگی خاطر تنها زمانی حاصل می‌شود که افراد بتوانند رویدادهای گذشته را بپذیرند و شیاطین نامرئی‌ای را که با آن‌ها در کشمکش‌اند بشناسند. مثلاً مردانی را که در فصل یازدهم درباره‌شان حرف

زدیم به خاطر بیاورید؛ همان‌هایی که مورد سوءاستفادهٔ کشیش‌های بچه‌باز قرار گرفته بودند. آن‌ها مرتب بدن‌سازی می‌رفتند، استروئیدهای آنابولیک مصرف می‌کردند و خیلی قدرتمند بودند. با این‌همه، در مصاحبه‌هایمان اغلب مثل بچه‌های ترسو رفتار می‌کردند؛ این پسرهای آسیب‌دیده در اعماق وجودشان هنوز هم احساس درماندگی می‌کردند.

تماس و هم‌نوایی انسانی سرچشمهٔ خودتنظیمی فیزیولوژیکی است؛ اما فکر نزدیک‌شدن به دیگران اغلب اوقات ترس از صدمه، خیانت و رهاشدگی را در پی دارد. در اینجا، شرم نقش مهمی ایفا می‌کند: «به محض اینکه واقعاً مرا بشناسی، می‌بینی که چقدر گند و چنندش‌آورم و دورم می‌اندازی.» ترومای رفع‌نشده تأثیر وحشتناکی بر روابط می‌گذارد. اگر هنوز بابت تجاوز ازسوی کسی که عاشقش بودید دل‌شکسته‌اید، احتمالاً همچنان دغدغهٔ این را دارید که دوباره ضربه نخورید و می‌ترسید با شخص جدیدی درد دل کنید. در واقع، ممکن است ناخواسته سعی کنید قبل از آنکه فرصت آسیب‌رساندن به شما را داشته باشند، شما به آن‌ها آسیب برسانید.

این امر روند بهبود را با چالشی واقعی روبه‌رو می‌کند. وقتی پی ببرید که واکنش‌های پس‌از تروما تلاش‌هایی برای نجات جانتان بوده‌اند، شاید شجاعت لازم را برای مواجهه با موسیقی (یا ساز ناموزون)

درونی‌تان به دست آورید؛ اما برای این کار به کمک نیاز خواهید داشت. باید کسی را که به اندازه کافی برایتان قابل اعتماد است برای همراهی پیدا کنید، کسی که بتواند باطمینان احساساتتان را حفظ کند و به شما کمک کند تا به پیام‌های دردناک مغز هیجانی‌تان گوش دهید. به راهنمایی نیاز دارید که از وحشتان نترسد و تاریک‌ترین خشتان را بتواند تحمل کند؛ کسی که وقتی در حال واکاوی در تجربیات پراکنده‌ای هستید که مدت‌ها مجبور بودید از خودتان پنهانشان کنید، بتواند از یکپارچگی‌تان مراقبت کنید. بیشتر مبتلایان به تروما برای این کار به تکیه‌گاه و انبوهی از آموزش نیازمندند.

انتخاب درمانگری حرفه‌ای

آموزشی که درمانگران ماهر تروما ارائه می‌دهند چیزهایی را دربارهٔ تأثیر تروما، سوءاستفاده و بی‌توجهی و کسب مهارت در طیف متنوعی از شگردها به فرد آموزش می‌دهند؛ این شگردها به این موارد کمک می‌کنند: ۱. پایداری و آرام کردن بیماران؛ ۲. رهایی از خاطرات و بازآفرینی‌های ترومایی؛ و ۳. پیوند مجدد بیماران با مردان و زنان پیرامونی‌شان. در بهترین حالت، خودِ درمانگر نیز در معرض همان شیوهٔ درمانی‌ای است که درحال ارائه‌اش است.

صحبت کردن درمانگرها از جزئیات درگیری‌های شخصی خود امری ناپسند و غیراخلاقی است؛ اما کاملاً منطقی است که از آن‌ها بپرسیم در چه شیوه‌های درمانی‌ای آموزش دیده‌اند، مهارت‌هایشان را کجا آموخته‌اند و اینکه آیا خودشان شخصاً از درمانی که برای شما پیشنهاد می‌کنند بهره‌ای برده‌اند یا نه.

تروما یک «درمان ارجح» ندارد و هر درمانگری که معتقد است روش خاص درمانی‌اش تنها پاسخ موجود به مشکلات شماست احتمالاً فردی آرمانگراست نه کسی که به حصول اطمینان از سلامتی شما علاقه‌مند باشد. هیچ درمانگری در هیچ شرایطی نمی‌تواند با همهٔ روش‌های مؤثر درمانی آشنایی داشته باشد و باید از جست‌وجوی شما برای گزینه‌های درمانی دیگر، جدا از چیزی که او ارائه داده، استقبال کند. او همچنین باید پذیرای یادگیری از شما باشد. جنسیت، نژاد و پیشینهٔ شخصی تنها در صورتی

موضوعیت دارند که مانع خاطر جمعی و درک شدن بیمار شوند.

آیا اساساً با این درمانگر احساس راحتی می‌کنید؟ آیا به نظر می‌رسد با خودش و با شما به‌منزله هم‌نوع احساس راحتی و رضایت دارد؟ احساس امنیت یکی از شروط ضروری مواجهه با ترس‌ها و اضطراب‌هایتان است. کسی که خشک، قضاوتگر، آشفته و تندخوست ممکن است موجب ترس، رهاشدگی و تحقیرتان شود و کمکی به رفع استرس ترومایی‌تان نخواهد کرد. گاهی اوقات مثل وقتی که احساسات قدیمی مربوط به گذشته سراغتان می‌آیند، ممکن است شک کنید که درمانگرتان شبیه همان کسی است که روزی به شما آسیب رسانده یا تجاوز کرده است. خوشبختانه این مسئله را می‌توانید با کمک یکدیگر حل و فصل کنید؛ زیرا طبق تجربه‌ای که دارم بیماران تنها در صورتی بهبود می‌یابند که احساسات عمیق و مثبتی به درمانگران‌شان داشته باشند. به‌علاوه فکر نمی‌کنم قادر به رشد و تغییر باشید مگر آنکه احساس کنید به‌نوعی بر کسی که دارد مداوایتان می‌کند تأثیر دارید.

پرسش اساسی این است: آیا احساس می‌کنید درمانگرتان کنجکاو است که بداند شما کیستید و شما، نه یک «بیمار مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی» معمولی، نیازمند چه هستید؟ آیا صرفاً فهرستی از علائم روی پرسش‌نامه تشخیصی هستید یا اینکه درمانگرتان وقت می‌گذارد تا پی‌برد دلیلی کارهایی که می‌کنید و

افکاری که در سر دارید چیست؟ درمان فرایندی مشارکتی است؛ نوعی بررسی دوجانبهٔ خودِ شما.

بیمارانی که در کودکی توسط مراقبان‌شان مورد بی‌رحمی قرار گرفته‌اند با هیچ‌کس احساس امنیت نمی‌کنند. اغلب از بیمارانش می‌پرسیم آیا می‌توانند اسم کسی را ببرند که در مسیر رسیدن‌شان به بلوغ با او احساس امنیت کرده باشند. بیشترشان به خاطرهٔ آن معلم، همسایه، مغازه‌دار، مربی یا کشیشی که نشان داده بود دل‌سوزشان است، سفت می‌چسبند؛ این خاطره اغلب اوقات سرمنشأ یادگیری برقراری مجدد ارتباط است. ما موجودات امیدواری هستیم. در بهبود تروما همان‌قدر که به‌یادآوری نحوهٔ زنده ماندن اهمیت دارد شکستگی‌ها نیز مهم است.

به‌علاوه، از بیمارانش می‌خواهم نوزادی‌شان را تصور کنند، آیا بچه‌هایی دوست‌داشتنی و سرشار از شجاعت بودند؟ همه‌شان باور دارند همین‌گونه بوده‌اند و تصویری که احتمالاً قبل از آسیب دیدن‌شان داشته‌اند در ذهن دارند.

برخی افراد کسی را به خاطر ندارند که با او احساس امنیت کرده باشند. برای این عده، ممکن است وقت گذراندن با اسب‌ها و سگ‌ها امن‌تر از سروکار داشتن با آدم‌ها باشد. این اصل هم‌اکنون در بسیاری

از محیط‌های درمانی با موفقیت بسیاری در حال اجراست؛ جاهایی نظیر زندان‌ها، مراکز درمانی اقامتی و مراکز توان‌بخشی کهنه‌سربازان. جنیفر، یکی از اولین فارغ‌التحصیلان مرکز ون در کولک (۲۳) که موقع ورودش به این مرکز دختر چهارده‌ساله ساکت و کنترل‌نشده بود، در جشن فارغ‌التحصیلی اظهار داشت واگذاری مسئولیت نگهداری از یک اسب اولین گام اساسی در درمانش بوده است. پیوند فزاینده‌اش با آن اسب به او کمک کرد تا به اندازه کافی احساس امنیت کند و رفته‌رفته با کارکنان مرکز ارتباط برقرار کند، روی کلاس‌هایش متمرکز شود، در آزمون ورود به دانشگاه (اس‌ای‌تی) شرکت کند و وارد کالج شود. (۲۴)

۴ - ضرب‌آهنگ‌های اشتراکی و هماهنگی

از همان لحظه تولد، روابطمان در چهره، ایما و اشاره و تماس‌های واکنشی تجلی پیدا می‌کند. در فصل هفتم دیدیم که این‌ها اساس دل‌بستگی به حساب می‌آیند. تروما در نتیجه اختلال در هماهنگی فیزیکی هم‌نوا شده به وجود می‌آید: وقتی وارد سالن انتظار درمانگاه پی‌تی‌اس‌دی می‌شوید، بلافاصله می‌توانید از روی چهره‌های یخ‌زده و بدن‌های فروپاشیده (اما در عین حال آشفته)، بیماران را از کارکنان درمانگاه تمیز دهید. متأسفانه، بسیاری از درمانگران این ارتباطات فیزیکی را نادیده می‌گیرند و فقط روی کلماتی

متمرکز می‌شوند که بیمارانشان برای برقراری ارتباط استفاده می‌کنند.

قدرت شفابخش جمع، آن‌گونه که در موسیقی و ضرب‌آهنگ نمود دارد، در بهار سال ۱۹۹۷ برایم ثابت شد؛ زمانی که فعالیت‌های کمیسیون حقیقت و آشتی را در آفریقای جنوبی دنبال می‌کردم. در بعضی از مکان‌هایی که بازدید کردیم، خشونت‌های وحشتناکی در جریان بود. یک‌روز در حیاط درمانگاهی در منطقه‌ای خارج از ژوهانسبورگ در جمع گروهی از قربانیان تجاوز حضور یافتم. از دور صدای تیراندازی به گوشمان می‌رسید، دود از دیوارهای محوطه برخاسته بود و بوی گاز اشک‌آور در هوا به مشام می‌رسید. بعدها شنیدیم که چهل نفر کشته شده‌اند.

بااین‌حال، به‌رغم بیگانه و ترسناک بودن آن محیط، به‌خوبی این گروه را شناختم: زن‌ها قوز کرده بودند، غمگین و بی‌حرکت، شبیه بسیاری از گروه‌های قربانی تجاوزی که برای درمان در بوستون دیده بودم. همان حس درماندگی را در آن‌ها دیدیم و بین آن‌همه آدم فروپاشیده، خودم نیز احساس کردم از لحاظ روانی فروپاشیده‌ام. آن‌گاه یکی از زن‌ها شروع کرد به زمزمه کردن چیزی و آرام خودش را به جلو و عقب تاب می‌داد. کم‌کم ضرب‌آهنگی به وجود آمد و دیگر زن‌ها یکی‌یکی به آن پیوستند. طولی نکشید که تمام گروه مشغول رقصیدن و جنبیدن و برخاستن برای رقص بودند. تحول شگفت‌انگیزی بود: آدم‌ها

جان تازه‌ای می‌گرفتند، چهره‌ها هم‌نوا می‌شدند، نشاط به بدن‌ها برمی‌گشت. با خودم عهد کردم چیزی را که دیده بودم به کار بگیرم و نقش ضرب‌آهنگ، هم‌خوانی و تحرک را در بهبود تروما مطالعه کنم.

در فصل بیستم با موضوع تئاتر چیزهایی بیشتری از این بحث خواهید شنید؛ در آنجا نشان خواهم داد چگونه گروهی از جوانان که بینشان بزه‌کاران کم‌سن‌وسال و فرزندخوانده‌های در معرض خطر هم بودند، به‌تدریج یاد گرفتند با یکدیگر همکاری کنند و به هم اعتماد داشته باشند، چه در قالب هم‌گروهی‌هایی در شمشیربازی‌های شکسپیری و چه در جایگاه نویسنده یا بازیگران نمایش‌های بلند موزیکال. بیماران بسیاری دربارهٔ کمکی که هم‌سرایی، آیکیدو و یک‌بوکسینگ به آنان کرده با من حرف زده‌اند؛ من هم خرسندم که توصیه‌هایشان را به افراد دیگری که درمانشان می‌کنم انتقال دهم.

درس تأثیرگذار دیگری که دربارهٔ ضرب‌آهنگ و بهبود یاد گرفتم وقتی بود که از پزشکان بالینی مرکز تروما خواسته شد تا دختر پنج‌سالهٔ لالی به اسم «بینگ می» را درمان کنند که از پرورشگاهی در چین به فرزندی گرفته شده بود. پس از ماه‌ها تلاش ناموفق برای ارتباط‌گیری با او، همکارانم دبورا روزل^{۲۵۸} و لیز وارن^{۲۵۹} پی بردند که سیستم تعامل ضرب‌آهنگی‌اش کار نمی‌کند؛ آن دختر نمی‌توانست با صداها و چهرهٔ افراد پیرامونی‌اش هماهنگ شود. همین امر باعث شد تا به درمان حسی‌حرکتی روی بیاورند.

درمانگاه یکپارچگی حسی در واترتاونِ ماساچوست زمین‌بازیِ سرپوشیدهٔ حیرت‌آوری است پر از تاب، وان‌هایی مملو از توپ‌های لاستیکی رنگارنگ با عمقی که می‌توان خود را در آن قائم کرد، چوب موازنهٔ ژیمناستیک، تونل‌هایی ساخته‌شده از لوله‌های پلاستیکی و پله‌های منتهی‌شده به سکوهایی که از رویشان می‌توان داخل تشک‌های فومی شیرجه رفت. کارکنان مرکز یینگ می را درون وانی با توپ‌های پلاستیکی غوطه‌ور کردند؛ این کار باعث شد روی پوستش ادراکاتی را حس کند. به او کمک کردند تا روی تاب عقب‌وجلو برود و زیر پتوهای سنگین چهار دست‌وپا حرکت کند. پس از شش هفته تغییری به وجود آمد و دختر شروع کرد به حرف‌زدن. (۲۶)

پیشرفت چشمگیر یینگ می ترغیب‌مان کرد تا درمانگاه یکپارچگی حسی در مرکز تروما راه بیندازیم؛ هم‌اکنون از این درمانگاه برای برنامه‌های درمانی شبانه‌روزی‌مان هم استفاده می‌کنیم. هنوز تأثیر یکپارچگی حسی را آن‌طور که باید برای بزرگسالان مبتلا به تروما بررسی نکرده‌ایم؛ اما خودم معمولاً در کارگاه‌های آموزشی‌ام تجربیات یکپارچگی حسی و رقص را با هم ادغام می‌کنم.

کسب توانایی در هم‌نوایی تجربهٔ درونی همکاری متقابل را برای والدین (و کودکانشان) فراهم می‌آورد. درمان تعاملی والدین - کودک (پی‌سی‌آی‌تی) که همکارانم در مرکز تروما آن را ابداع کرده‌اند، نوعی درمان تعاملی است که مثل روش اسمارت^{۲۶۰} (درمان تنظیم انگیختگی حسی حرکتی)، این همکاری متقابل را تقویت می‌کند. (۲۷)

وقتی با هم بازی می‌کنیم، به لحاظ فیزیکی احساس هم‌نوایی می‌کنیم و نوعی حس پیوند و لذت به ما دست می‌دهد. تمرینات بداهه‌پردازی (مثل آن‌هایی که در وبسایت <http://learnimprov.com> پیدا می‌شود) هم شیوهٔ فوق‌العاده‌ای برای کمک به پیوند مردم با لذت و جست‌وجوگری است. هر وقت دیدید گروهی از آدم‌های عبوس ناگهان به قهقهه افتادند، پی می‌برید که طلسم بدبختی شکسته شده است.

۵ - در تماس بودن

درمان متعارف تروما خیلی در بند آن نبوده تا به بیماران وحشت زده کمک کند با خیال راحت ادراکات و هیجاناتشان را احساس کنند. به جای کمک به افراد برای پرداختن به دنیای ادراکی شان، داروهایی مثل مهارکننده های بازجذب سروتونین، رسپریدول^{۲۶۱} و سروکوئل بهشان تجویز می شود. (۲۸) با این حال، طبیعی ترین روشی که ما انسان ها فشارهای روانی مان را فرومی نشانیم از طریق تماس داشتن، درآغوش گرفته شدن و تکان داده شدن است. این کار به انگیزگی بیش از حد کمک می کند و این احساس را به ما می دهد که سالم، ایمن و مراقبت شده ایم و کنترل را در دست داریم.



رامبرانت فان راین: مسیح در حال مداوای بیماران. رفتارهای حاکی از دلداری در همه جای جهان شناخته شده اند و قدرت شفابخشی تماس هم نوایانه را انعکاس می دهند.

تماس که ابتدایی ترین ابزاری است که برای آرام شدن در اختیار داریم، در بسیاری از شیوه های درمانی

قدغن شده است. اما فرد اگر نتواند در پوست خودش احساس امنیت داشته باشد، بهبود کامل امکان‌پذیر نخواهد بود. برای همین، همهٔ بیمارانم را تشویق می‌کنم تا به یکی از انواع روش‌های کار با بدن مشغول شوند؛ فرقی نمی‌کند ماساژ درمانی باشد، یا فلدن کرایس یا کرانیوساکرال تراپی.

از لیسیا اسکای،^{۲۶۲} متخصص محبوبم در حوزهٔ کار با بدن، دربارهٔ کارش با افراد ترومایی سؤال کردم. در اینجا بخش‌هایی از سخنانش را می‌آورم: «بدون برقراری پیوندی شخصی هرگز جلسهٔ کار با بدن را آغاز نمی‌کنم. از سابقهٔ بیماران چیزی نمی‌پرسم؛ سعی نمی‌کنم بفهمم ترومایشان در چه سطحی است یا اینکه چه اتفاقی برایشان افتاده است. چک می‌کنم بینم در حال حاضر کجای بدنشان قرار دارند. ازشان می‌پرسم چیزی هست که از من بخواهند به آن توجه کنم. در تمام این مدت، وضعیتشان را می‌سنجم؛ آیا مستقیم به چشم‌هایم نگاه می‌کنند؛ چقدر پرتنش یا آرام به نظر می‌رسند؛ آیا دارند با من ارتباط می‌گیرند یا نه.»

«اولین تصمیمی که می‌گیرم این است که با صورت روبه‌پایین بیشتر احساس امنیت می‌کنند یا با صورت روبه‌بالا. اگر از قبل شناختی ازشان نداشته باشم، معمولاً با وضعیت صورت روبه‌بالا کارم را شروع می‌کنم. دربارهٔ لباس زیادی احتیاط به خرج می‌دهم؛ خیلی مواظبم که اجازه دهم هر لباسی که در آن

احساس امنیت می‌کنند تنش‌ها باقی بماند. حدود مرزهای مهمی وجود دارند که از همان ابتدای کار باید مشخص کنید.»

«سپس با اولین لمس، تماس محکم و ایمنی ایجاد می‌کنم. از اعمال زور و شدت پرهیز می‌کنم. سرعت به خرج نمی‌دهم. تماس آرام است، آن قدر ساده که بیمار بتواند دنبالش کند، موزون و ملایم. می‌تواند به محکمی دست‌دادن باشد. اولین جایی که احتمالاً لمس می‌کنم دست و ساعدشان است؛ چون ایمن‌ترین جایی است که می‌توانید کسی را لمس کنید، جایی است که آن‌ها هم می‌توانند لمستان کنند.»

«باید به نقطه مقاومتشان برسید، یعنی جایی که دارای بیشترین تنش است؛ این کار باید با همان میزان از انرژی صورت گیرد. این کار تنش خفته را آزاد می‌کند. نباید درنگ کنید؛ درنگ بیانگر آن است که به خودتان اعتماد ندارید. جابه‌جایی‌های آرام، هم‌نوایی محتاطانه با بیمار با درنگ تفاوت دارد. باید با اعتماد به نفس و همدلی بسیار زیادی با آن‌ها ملاقات کنید، اجازه دهید فشار تماس‌تان تنشی را که در بدن‌هایشان نگه داشته‌اند، برطرف کند.»

کار با بدن چه فایده‌ای برای افراد دارد؟ پاسخ لیسیا: «همان‌طور که می‌توانید میل شدیدی به آب داشته باشید، می‌توانید تشنهٔ تماس هم باشید. تماس نوعی هم‌دردی است که باید با اطمینان‌خاطر، عمیقاً قاطعانه، آرام و مشتاقانه به فرد داده شود. تماس و تحرک آگاهانه افراد را مهیا می‌کند و به آن‌ها اجازه می‌دهد تا تنش‌هایی را کشف کنند که شاید مدت‌هاست در خودشان نگه داشته‌اند و حتی از وجودشان هم بی‌خبرند. وقتی کسی لمستان می‌کند، به آن قسمت از بدنتان هوشیار می‌شوید.»

«وقتی هیجانات درون بدن گیر افتاده باشند، بدن دچار محدودیت فیزیکی می‌شود. کتف‌ها سفت می‌شوند؛ عضلات صورت منقبض می‌شوند. افراد انرژی بسیاری را صرف آن می‌کنند تا جلوی گریه یا هر صدا یا حرکتی را بگیرند که ممکن است حالت درونی‌شان را برملا کند. وقتی تنش فیزیکی آزاد شود، احساسات هم می‌توانند آزاد شوند. حرکت به عمیق‌تر شدن تنفس کمک می‌کند و با آزاد شدن تنش‌ها صداها ی گویایی می‌توانند فرصت تخلیه بیابند. بدن آزادتر می‌شود؛ تنفس آزادانه‌تر، بودن در حالت غرقگی. تماس این امکان را فراهم می‌کند در بدنی زندگی کنید که در واکنش به تحرک می‌تواند به حرکت درآید.»

«افراد وحشت‌زده باید بدانند بدن‌هایشان کجای فضا قرار دارد و حدود مرزهایش چیست؟ تماس محکم و

اطمینان بخش به آن‌ها اجازه می‌دهد تا این حدود مرزها را بشناسند: آنچه بیرون از بدنشان است، جایی که بدنشان به انتها می‌رسد. درمی‌یابند که لازم نیست همواره نگران آن باشند که کیستند و کجا قرار دارند. پی می‌برند که بدنشان استوار است و مجبور نیستند همیشه گوش به زنگ باشند. تماس به آن‌ها اجازه می‌دهد تا بدانند در امنیت‌اند.»

۶- اقدام کردن

بدن با ترشح هورمون‌های استرس به رویدادهای شدید واکنش نشان می‌دهد. اغلب اوقات این هورمون‌ها مسبب بروز بیماری‌ها و کسالت‌های بعدی دانسته می‌شوند.

با این حال، هدف هورمون‌های استرس این است که قدرت و شکیبایی لازم را برای مواجهه با موقعیت‌های غیرعادی به ما بدهد. آن‌هایی که فعالانه کاری را برای مقابله با فاجعه انجام می‌دهند - نجات عزیزان یا غریبه‌ها، انتقال مردم به بیمارستان، عضویت در گروه پزشکی، برپایی چادرها یا طبخ غذا - از هورمون‌های استرس خود برای هدف مناسبشان بهره می‌گیرند و برای همین، خطر ابتلایشان به تروما کمتر است. (با وجود این، هرکسی نقطه فروپاشی مخصوص به خود را دارد و حجم مشکل ممکن

است حتی آماده‌ترین افراد را هم تحت‌تأثیر بگذارد.)

درماندگی و بی‌حرکتی فرد را از بهره‌گیری از هورمون‌های استرس برای دفاع از خود بازمی‌دارد. در چنین مواقعی، هورمون‌ها همچنان درحال ترشح‌اند؛ اما کنش‌هایی که قرار است این هورمون‌ها تغذیه‌شان کنند به در بسته می‌خورند. نهایتاً الگوهای فعال‌سازی‌ای که هدفشان کمک به مقابله بود علیه خودِ ارگانیزم وارد عمل می‌شوند و به واکنش‌های نامناسب جنگ/گریز و بهت دامن می‌زنند. بازگشت به کارکرد صحیح مستلزم آن است که این واکنش اضطراری بی‌وقفه به پایان برسد. بدن باید به حالت پایه‌ای امنیت و آرمیدگی برسد و از آنجا خود را مہیای اقدام علیه خطر اصلی کند.

پت آگدن و پیترو لوین، دوستان و معلمانم، هرکدامشان درمان‌های مؤثر بدن‌محور، روان‌درمانی حسی حرکتی (۲۹) و تجربه‌درمانی جسمانی (۳۰) را برای کنارآمدن با این مسئله ایجاد کرده‌اند. در این رویکردهای درمانی، روایت آنچه به وقوع پیوسته از یافتن ادراکات فیزیکی و کشف موقعیت و شکل آثار ترومای گذشته بر بدن کمتر اولویت دارد. قبل از بررسی تمام‌وکمال خود تروما، به بیماران کمک می‌شود تا منابعی درونی برای خودشان بسازند؛ این منابع دسترسی امن ادراکات و هیجاناتی را تقویت می‌کنند که در زمان تروما به آنان هجوم آورده بود. پیترو لوین این فرایند را روش آونگی^{۲۶۳} می‌نامد؛ ورود و خروج

آرام ادراکات درونی و خاطرات ترومایی. بدین طریق بیماران می‌توانند به تدریج پنجره شکیبایی‌شان را وسیع‌تر کنند.

وقتی آگاهی‌یافتن از تجربیات فیزیکی تروما برای بیماران تحمل‌پذیر شد، احتمالاً تکانه‌های فیزیکی قدرتمندی مثل کتک‌زدن، هل‌دادن یا دویدن را کشف می‌کنند که در زمان وقوع تروما به وجود آمدند؛ اما بیمار برای بقای خود سرکوبشان کرد.

این تکانه‌ها خودشان را به شکل حرکات ظریف بدنی مثل پیچ خوردن، چرخیدن یا عقب کشیدن نشان می‌دهند. شاخ‌وبرگ دادن به این حرکات و آزمودن راه‌هایی برای تغییر دادنشان آغازی است بر فرایند تکمیل «گرایش‌های عملی» ناقص مرتبط با تروما و نهایتاً ممکن است به رفع تروما بینجامد. درمان‌های جسمانی به بیماران کمک می‌کنند تا به تجربه ببینند که حرکت و جابه‌جایی برایشان خطری ندارد و از این راه بار دیگر در زمان حال قرار گیرند. لذتی که از اقدامی اثربخش ناشی می‌شود حس عاملیت و حس توانایی در دفاع و محافظت فعالانه از خود را به فرد بازمی‌گرداند.

پیر ژانه، اولین پژوهشگر بزرگ حوزه تروما، در سال ۱۸۹۳ از «لذت اقدام کامل‌شده» حرف زد و من هم وقتی روان‌درمانی حسی حرکتی و تجربه‌درمانی جسمانی را به کار می‌گیرم، اغلب این لذت را می‌بینم: وقتی بیماران می‌توانند به‌طور فیزیکی تجربه کنند که مقاومت یا فرار چه حسی داشته است، آرام می‌شوند، لبخند می‌زنند و احساس کمال می‌کنند.

هنگامی که افراد به اجبار به قدرتی مقهورکننده تمکین می‌کنند، چیزی که برای بیشتر کودکان سوءاستفاده‌شده، زنان به دام افتاده در خشونت خانگی و زندانیان مرد و زن صدق می‌کند، آن‌ها اغلب با متابعت از سر تسلیم جان سالم به در می‌برند. بهترین راه غلبه بر الگوهای نهادینه‌شده سلطه‌پذیری،

احیای ظرفیت فیزیکی برای درگیری و دفاع است. یکی از شیوه‌های بدن‌محور محبوب برای بروز واکنش‌های مؤثر جنگ/گریز، برنامه دفاع شخصی در مقابل زورگیری مورد استفاده در مرکز بازخورد محلی‌مان است که در آن به زن‌ها (و به‌طور روزافزون مردها) آموزش داده می‌شود تا فعالانه مقابل حمله‌ای شبیه‌سازی شده بایستند. (۳۱) این برنامه در سال ۱۹۷۱ در اوکلند کالیفرنیا و در پی تجاوز به زنی با کمر بند مشکی دان پنج کاراته آغاز شد. دوستانش در شگفت بودند که چگونه این اتفاق برای زنی افتاده که می‌توانست با دستان خالی کسی را بکشد و به این نتیجه رسیدند که ترس مهارت او را سلب کرده است. از دیدگاه این کتاب، کارکردهای اجرایی او، لوب‌های پیشانی‌اش، خاموش شدند و او می‌خکوب ماند. برنامه دفاع شخصی در مقابل زورگیری به زن‌ها یاد می‌دهد تا با تکرار قرار گرفتن در «ساعت صفر» (اصطلاحی نظامی که به زمان دقیق آغاز حمله اشاره دارد) و کسب توانایی برای اینکه ترس را به انرژی جنگی مثبت تبدیل کنند واکنش بهت را تغییر دهند.

یکی از بیمارانم، دانشجویی که در کودکی بارها مورد سوءاستفاده قرار گرفته بود، در این دوره شرکت کرد. اولین بار که دیدمش، فروپاشیده، افسرده و بیش از حد مطیع بود. سه ماه بعد، در جشن فارغ‌التحصیلی دوره، با موفقیت مهاجم غول‌پیکری را از خود دور کرد؛ مرد مهاجم نهایتاً روی زمین افتاد

(به کمک لباس محافظتی از مشت‌هایش در امان بود) و در این بین آن دانشجو روبه‌روی مهاجم ایستاد و با حالت کاراته‌ای دست‌هایش را بلند کرد و آرام و واضح فریاد کرد نه.

مدت کوتاهی پس از این ماجرا، بعد از نیمه‌شبی از کتاب‌خانه به سمت منزل می‌رفت که سه مرد از درختچه‌های اطراف بیرون پریدند و فریاد زدند: «عوضی، پولت رو بده ما.» بعدها برایم تعریف کرد که همان ژست کاراته را گرفته و فریاد زده بود: «باشه رفقا، منتظر این لحظه بودم. کی اول میاد مبارزه؟» آن‌ها پا به فرار گذاشتند.

اگر سرتان پایین باشد و از ترس نتوانید اطرافتان را نگاه کنید، طعمه‌آسانی برای سادیسم بقیه هستید؛ اما وقتی طوری راه می‌روید که این پیام را به دیگران می‌دهد که «سر به سرم نذار» به نظر نمی‌رسد کسی اذیتتان کند.

یکپارچه‌سازی خاطرات ترومایی

مردم تنها در صورتی می‌توانند حوادث ترومایی را پشت‌سر بگذارند که به آنچه رخ داده اذعان کنند و

رفته‌رفته شیاطین نامرئی‌ای را که با آن‌ها درگیرند بشناسند. روان‌درمانی سنتی عمدتاً بر ساخت روایتی تأکید داشته که توضیح می‌دهد چرا فردی احساس خاصی دارد یا آن‌طور که زیگموند فروید در سال ۱۹۱۴ در کتاب به‌یادآوری، تکرار و حل‌وفصل (۳۲) ^{۲۶۴} می‌گوید: «هرچند بیمار (تروما) را به‌شکل یک چیز واقعی و حقیقی از سر می‌گذرانند، ما باید وظیفه‌ی درمانی‌مان را انجام دهیم، کاری که عمدتاً مستلزم تفسیر آن تروما از منظر گذشته است.» نقل داستان مهم است؛ بدون داستان، حافظه منجمد می‌شود؛ بدون حافظه هم نمی‌توانید متفاوت‌بودن چیزها را تصور کنید. اما همان‌طور که در بخش چهارم دیدیم، تعریف‌کردن داستان درباره‌ی رویداد هم متضمن ازبین‌رفتن خاطرات ترومایی نیست.

این امر دلیلی دارد. مردم وقتی رویدادی عادی را به خاطر می‌آورند، دیگر آن ادراکات، هیجانات، تصاویر، رایحه‌ها یا صداها را توأم با آن رویداد را دوباره زندگی نمی‌کنند. در مقابل، وقتی افراد تروماهایشان را کاملاً به یاد می‌آورند، این موارد را «زندگی می‌کنند»: مؤلفه‌های ادراکی یا هیجانی گذشته احاطه‌شان می‌کند. اسکن‌های مغزی استن و اوتو لارنس، قربانیان سانحه‌ای که در فصل چهارم از آن‌ها حرف زدیم، چگونگی این اتفاق را نشان می‌دهند. وقتی استن تصادف وحشتناکش را به یاد می‌آورد، دو ناحیه در مغزش خالی می‌شد: ناحیه‌ای که درک زمان و چشم‌انداز را فراهم می‌سازد و این آگاهی را امکان‌پذیر

می‌کند که «آن اتفاق مال گذشته بود، الان در امانم» و ناحیه دیگری که تصاویر، صداها و ادراکات تروما را در قالب داستانی منسجم یکپارچه می‌کند. وقتی این بخش‌های مغز از کار بیفتند، چیزی که تجربه می‌کنید داستانی نیست که آغاز، میانه و پایان داشته باشد، بلکه تکه‌هایی از ادراکات، تصاویر و هیجانات است.

پردازش موفقیت‌آمیز تروما تنها در حالتی امکان‌پذیر است که همه آن ساختارهای مغزی برخط نگه داشته شوند. در قضیه استن، روش حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (ای‌ام‌دی‌آر) اجازه داد تا بدون تأثیرپذیرفتن از خاطرات تصادف به آن‌ها دسترسی پیدا کند. وقتی حین به‌یادآوری اتفاقات گذشته بتوان آن دسته از نواحی مغزی‌ای را که نبودشان مسبب بروز فلش‌بک‌هاست، برخط نگه داشت، افراد می‌توانند خاطرات ترومایی‌شان را به‌منزله اموری مربوط به گذشته یکپارچه‌سازی کنند.

گسستگی اوته (همان‌طور که به یاد دارید، او کاملاً خاموش شد) فرایند بهبود را به‌گونه‌ای متفاوت پیچیده کرد. هیچ‌یک از ساختارهای مغزی که می‌بایست در لحظه فعال باشند برخط نبودند، برای همین رفع تروما عملاً غیرممکن بود. بدون وجود مغزی هوشیار و حاضر، یکپارچه‌سازی و حل‌وفصل اتفاق نمی‌افتد. قبل از آنکه اوته با علائم پی‌تی‌اس‌دی خود کنار بیاید، باید به او کمک می‌شد تا پنجره

شکيبايي اش را وسيع تر کند.

از اواخر دهه ۱۸۰۰، در عصر پير ژانه و زيگموند فرويد، تا پس از جنگ جهاني دوم، هيپنوتيزم رايج ترين درماني بود که برای تروما به کار می رفت. در يوتيوب هنوز می توانيد مستند بگذار نور باشد اثر کارگردان بزرگ هاليوود، جان هيوستون، را ببينيد؛ اين مستند مرداني را به تصوير می کشد که برای مداوای «روان رنجوری های جنگ» هيپنوتيزم می شوند. هيپنوتيزم در اوایل دهه ۱۹۹۰ از مُد افتاد و مطالعه جديدي هم درباره کارايی آن در درمان پی تی اس دی وجود نداشته است. باوجوداین، هيپنوتيزم نوعی حالت آرامش نسبی را القا می کند که از رهگذر آن بيماران می توانند تجربيات ترومائي شان را بدون تأثيرپذيرفتن از آن ها مشاهده کنند. چون توانايی مشاهده بی سروصدای خود عامل مهمی در يکپارچگی خاطرات ترومائي است، به نظر می رسد هيپنوتيزم به نوعی موفقيت دوباره ای در پی خواهد داشت.

درمان شناختی رفتاری (سی بی تی)

بیشتر روان شناسان در آموزش هایشان درمان شناختی رفتاری را یاد می گیرند. سی بی تی نخستین بار برای درمان فوبياهایی نظير ترس از عنکبوت، هواپيما يا ارتفاع به وجود آمد تا به بيماران کمک کند

ترس‌های غیرمنطقی‌شان را با واقعیت‌های بی‌خطر مقایسه کنند. بیماران با این روش‌ها به‌تدریج به
ترس‌های نامعقولشان بی‌اعتنایی می‌کنند: به کمک روایت‌ها و تصاویر خودشان چیزی را که بیشتر از
همه از آن می‌ترسند به یاد می‌آورند («مواجههٔ خیالی»)، یا اینکه در موقعیت‌های اضطراب‌آور واقعی (اما
در واقع ایمن) گذاشته می‌شوند («مواجههٔ آزمایشگاهی») یا در معرض صحنه‌های شبیه‌سازی شدهٔ
رایانه‌ای واقعیت مجازی قرار می‌گیرند، مثلاً در پی‌تی‌اس‌دی جنگ، صحنه‌هایی از نبرد در خیابان‌های
فلوجهٔ عراق به نمایش درمی‌آید.

ایده‌ای که در پسِ درمان شناختی رفتاری وجود دارد این است که وقتی بیماران به‌دفعات در معرض
محرکی قرار گیرند، بدون آنکه واقعاً اتفاق بدی رخ دهد، کم‌کم از ناراحتی‌شان کاسته خواهد شد؛ آن
خاطرات بد با اطلاعاتِ «اصلاحی» توأم شده‌اند که بیانگر ایمن‌بودن آن اتفاق‌اند. (۳۳) سی‌بی‌تی
همچنین در پی آن است تا به بیماران کمک کند بر گرایش‌شان به اجتناب فائق شوند، مثلاً در مواردی
مثل این: «نمی‌خواهم درباره‌اش حرف بزنم.» (۳۴) به نظر ساده می‌آید؛ اما همان‌طور که دیده‌ایم
تجسم مجدد تروما موجب فعال‌سازی سیستم هشداردهندهٔ مغز می‌شود و آن دسته از نواحی مغز را که
برای یکپارچه‌سازی گذشته ضروری‌اند، از کار می‌اندازد؛ در نتیجه ممکن است بیماران به‌جای رفع تروما

دوباره آن را تجربه کنند.

درباره مواجهه طولانی یا «غرقه سازی» بیش از دیگر شیوه های درمانی پی تی اس دی مطالعه مفصل شده است. از بیماران خواسته می شود «توجهشان را به محتوای ترومایی معطوف کنند و... حواسشان با افکار یا فعالیت های دیگر منحرف نشود.» (۳۵) پژوهش ها نشان داده اند که بیش از صد دقیقه غرقه سازی نیاز است (که در آن محرک های اضطراب آوری به شدت و بی وقفه ارائه می شوند) تا شاهد کاهش اضطراب باشیم. (۳۶) مواجهه گاهی به رفع ترس و اضطراب کمک می کند؛ اما نقش آن در کمک به رفع احساس گناه یا دیگر هیجانات پیچیده ثابت نشده است. (۳۷)

سی بی تی برخلاف اثربخشی اش در ترس هایی غیرمنطقی، مثل ترس از عنکبوت، عملکرد چندان خوبی در مبتلایان به تروما، به ویژه افرادی با سابقه سوءاستفاده کودکی، ندارد. از هر سه نفر یکی نفر از شرکت کنندگان مبتلا به پی تی اس دی که تا آخر در مطالعات پژوهشی حضور دارند، پیشرفت های اندکی داشته اند. (۳۸) آن هایی که فرایند درمان سی بی تی را کامل می کنند معمولاً علائم پی تی اس دی کمتری دارند؛ اما به ندرت کاملاً بهبود می یابند: بیشترشان همچنان درگیر مشکلات عدیده ای در زمینه سلامت، کار یا تندرستی روانی شان هستند. (۳۹)

در بزرگ‌ترین مطالعه منتشرشده درباره تأثیر سی‌بی‌تی در پی‌تی‌اس‌دی، بیش از یک‌سوم بیماران از مطالعه خارج شدند؛ بقیه هم دچار عوارض جانبی درخور توجهی شدند. بیشتر زنان شرکت‌کننده پس از گذشت سه ماه از مطالعه همچنان دچار پی‌تی‌اس‌دی پیشرفته بودند و فقط ۱۵ درصدشان دیگر علائم حاد پی‌تی‌اس‌دی نداشتند. (۴۰) بررسی جامعی از مطالعات علمی درباره سی‌بی‌تی نشان می‌دهد که اثربخشی این روش به اندازه مشارکت در درمان حمایتی است. (۴۱) ضعیف‌ترین نتیجه درمان‌های مواجهه‌ای در بیمارانی رخ می‌دهد که از «شکست روانی» رنج می‌برند، کسانی که تسلیم شده‌اند. (۴۲)

ابتلا به تروما فقط به گیرافتادن در گذشته محدود نمی‌شود؛ تروما به همان اندازه مسئله نداشتن سرزندگی کامل در لحظه هم هست. یکی از شکل‌های مواجهه‌درمانی درمان با روش واقعیت مجازی است که در آن کهنه‌سربازها عینک‌های پیشرفته‌ای به چشم می‌زنند که به آنان امکان می‌دهد بار دیگر با جزئیات واقعی در نبرد فلوجه مبارزه کنند. تاجایی که می‌دانم، تفنگ‌داران امریکایی عملکرد خوبی در نبرد داشتند. مشکل این است که نمی‌توانند ماندن در خانه را تحمل کنند. مطالعات اخیر روی کهنه‌سربازان استرالیایی نشان داده که مغز این افراد طوری سیم‌کشی مجدد شده‌اند تا به بهای نادیده‌گرفتن جزئیات کوچک زندگی روزمره، گوش‌به‌زنگ اضطرارها باشند. (۴۳) (در فصل نوزدهم در بحث بازخورد عصبی چیزهای بیشتری در این باره یاد خواهیم گرفت.) بیماران ترومایی بیش از درمان به روش واقعیت مجازی نیازمندند با «دنیای واقعی» درمان شوند که به آنان کمک می‌کند حین قدم‌زدن در سوپرمارکت‌های محلی یا بازی با بچه‌هایشان احساس سرزندگی کنند، درست به همان شکلی که در خیابان‌های بغداد این‌گونه بودند.

بیماران تنها در صورتی می‌توانند از تجسم مجدد تروماییشان بهره ببرند که مقهور آن نشوند. نمونه خوبی از آن مطالعه‌ای است که همکارم راجر پیتمن در اوایل دهه ۱۹۹۰ درباره کهنه‌سربازان جنگ ویتنام انجام

داد. (۴۴) در آن مقطع هر هفته به آزمایشگاه راجر می‌رفتم؛ چون داشتیم دربارهٔ مسکن‌های افیونی در معالجهٔ پی‌تی‌اس‌دی مطالعه می‌کردیم که در فصل دوم توضیحش را دادم. راجر فیلم جلسات درمانی‌اش را نشانم می‌داد و با هم دربارهٔ آنچه دیده بودیم بحث می‌کردیم. او و همکارش به‌اصرار از کهنه‌سربازان می‌خواستند به‌دفعات دربارهٔ همهٔ جزئیات تجربیاتشان در ویتنام صحبت کنند؛ اما پرسشگرها مجبور شدند مطالعه را متوقف کنند زیرا تعداد زیادی از بیماران به‌واسطهٔ فلش‌بک‌هایشان دچار هراس شدند و این وحشت معمولاً تا بعد از جلسات هم ادامه می‌یافت. عده‌ای هرگز به مطالعه بازنگشتند، حال آنکه بسیاری از آن‌هایی که ماندند افسرده‌تر، خشن‌تر و ترسوتر شدند؛ برخی با افزایش مصرف الکل با علائمشان کلنجر می‌رفتند که خشونت و تحقیر بیشتری را به دنبال داشت؛ چون خانواده‌ها با پلیس تماس می‌گرفتند تا آنان را به بیمارستان ببرند.

حساسیت‌زدایی

گونه‌هایی از حساسیت‌زدایی نظام‌مند روش درمانی رایجی بوده که طی دو دههٔ اخیر به دانشجویان روان‌شناسی آموزش داده شده است: کمک به کاهش واکنش‌پذیری بیماران به بعضی هیجانات و ادراکات. اما آیا این هدف درستی است؟ شاید مسئله نه حساسیت‌زدایی که یکپارچه‌سازی است:

قراردادن حادثهٔ ترومایی در مکان مناسب خود در مسیر کلی زندگی شخص.

حساسیت‌زدایی مرا یاد پسر کوچکی، احتمالاً حدود پنج‌ساله، می‌اندازد که اخیراً روبه‌روی خانه‌ام دیدم. همین‌طور که سه‌چرخه‌اش را در خیابان خانهٔ ما می‌راند، پدر درشت‌هیکلش با صدای بلند سرش فریاد می‌کشد. کودک توجهی نمی‌کرد؛ اما من قلبم به تپش افتاده بود و وسوسه شدم بروم و دخل پدر را بیاورم. چقدر بی‌رحمی صرف شده بود تا بچه‌ای به این کم‌سن‌وسالی به قساوت پدرش بی‌اعتنا شود؟ بی‌اعتنایی او به فریادهای پدرش احتمالاً نتیجهٔ مواجههٔ طولانی بوده، اما، با خود می‌گفتم، به چه قیمتی؟ بله، می‌توانیم داروهای بخوریم و هیجان‌اتمان را کم‌رنگ کنیم یا می‌شود یاد بگیریم چطور خودمان را بی‌حس کنیم. در زمان دانشجویی یاد گرفتیم وقتی مجبوریم کودکانی با سوختگی درجه سه را معالجه کنیم، احساساتی نشویم. اما همان‌طور که ژان دوستی،^{۲۶۵} عصب‌شناس دانشگاه شیکاگو، نشان داده حساسیت‌زدایی از دردهای خود یا دیگران به تضعیف کلی حساسیت هیجانی می‌انجامد. (۴۵)

گزارشی در سال ۲۰۱۰ دربارهٔ ۴۹۴۲۵ کهنه‌سربازی که به‌تازگی در جنگ‌های عراق و افغانستان دچار پی‌تی‌اس‌دی شده بودند و در امور کهنه‌سربازان امریکا در پی درمان بودند، نشان داد که عملاً کمتر از یک نفر در هر ده نفر فرایند درمان پیشنهادی را تا آخر طی می‌کنند. (۴۶) همان‌طور که در

کهنه‌سربازان مطالعهٔ پیتمن دیدیم، مواجهه‌درمانی که هم‌اکنون اجرا می‌شود، کارایی چندانی برایشان ندارد. تنها وقتی می‌توانیم تجربیات دهشتناک را «پردازش» کنیم که تحت‌تأثیرشان قرار نگیریم. این امر نشان می‌دهد که رویکردهای دیگر هم ضروری‌اند.

داروهایی برای دسترسی ایمن به تروما؟

در زمان دانشجویی، تابستان سال ۱۹۶۶ برای یان باستیناس^{۲۶۶} کار کردم؛ باستیناس یکی از استادان دانشگاه لیدن هلند بود و به‌خاطر درمان بازماندگان هولوکاست با داروی روان‌گردان ال‌اس‌دی شهرت داشت. ادعا می‌کرد به نتایج خیره‌کننده‌ای دست یافته؛ اما وقتی همکارانش بایگانی‌اش را بررسی کردند، داده‌های کمی پیدا کردند که ادعاهایش را ثابت کند. بدین‌ترتیب توانایی مواد روان‌گردان در درمان تروما تا سال ۲۰۰۰ نادیده گرفته شد؛ در این سال مایکل میتهافر^{۲۶۷} و همکارانش در کارولینای جنوبی مجوز سازمان غذا و داروی امریکا (اف‌دی‌ای) را برای اجرای آزمایشی با داروی ام‌دی‌ام‌ای (اکستازی) دریافت کردند. ام‌دی‌ام‌ای پس از آنکه سال‌ها ماده‌ای تفریحی به حساب می‌آمد، در سال ۱۹۸۵ به مادهٔ تحت‌کنترل طبقه‌بندی شد. مثل پروزاک و دیگر عامل‌های روان‌گردان، طرز کار دقیق ام‌دی‌ام‌ای را هم نمی‌دانیم؛ اما مشخص شده که تراکم تعدادی از هورمون‌های مهم بدن از جمله اکسی‌توسین،

وازوپرسین، کورتیزول و پرولاکتین را افزایش می‌دهد. (۴۷) چیزی که از منظر تروما بیش از همه موضوعیت دارد این است که ام‌دی‌ام‌ای هوشیاری افراد از خودشان را افزایش می‌دهد؛ آن‌ها غالباً از تشدید حس انرژی همدلانه همراه با کنجکاوی، شفافیت، اعتمادبه‌نفس، خلاقیت و تعلق‌خاطر حرف می‌زنند. میتهافر و همکارانش به‌دنبال یافتن دارویی بودند که اثربخشی روان‌درمانی را بهبود ببخشد و از این‌رو به ام‌دی‌ام‌ای علاقه‌مند شدند چون این ماده موجب کاهش ترس، تدافعی‌بودن و بی‌حسی می‌شود و دسترسی به تجربیات درونی را امکان‌پذیر می‌کند. (۴۸) آن‌ها تصور می‌کردند ام‌دی‌ام‌ای ممکن است بیماران را قادر سازد تا در محدوده پنجره شکیبایی بمانند و بدین‌ترتیب بدون دچار شدن به انگ‌یختگی روانی و هیجانی بسیار شدید، خاطرات ترومایی‌شان را مرور کنند.

مطالعات آزمایشی اولیه این تصور را تأیید کرده‌اند. (۴۹) اولین مطالعه‌ای که با حضور کهنه‌سربازان، مأموران آتش‌نشانی و افسران پلیس مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی انجام شد نتایج مثبتی داشت. در مطالعه بعدی، از بین گروهی بیست‌نفره از قربانیان تعرض که به شیوه‌های درمانی قبلی پاسخ نداده بودند، دوازده نفر ام‌دی‌ام‌ای و هشت نفر هم دارونمای غیرفعال دریافت کردند. آن‌ها درحالی‌که در اتاقی راحت نشسته یا دراز کشیده بودند، دو جلسه هشت‌ساعته روان‌درمانی را عمدتاً با روش سیستم‌های خانواده

درونی (آی‌اف‌اس) که در فصل هفدهم کتاب بدان خواهیم پرداخت، گذراندند. دو ماه بعد، ۸۳ درصد بیمارانی که ام‌دی‌ام‌ای و روان‌درمانی را دریافت کرده بودند، در مقایسه با ۲۵ درصد اعضای گروه دارونما، کاملاً مداوا شدند. هیچ‌یک از بیماران عارضه‌ی جانبی نداشت.

مسئله‌ای که شاید از همه جالب‌تر باشد این است که وقتی پس‌از گذشت بیش از یک سال از مطالعه، از شرکت‌کنندگان مصاحبه به عمل آمد، هنوز دستاوردهایشان را حفظ کرده بودند.

توانایی مشاهده‌ی تروما از حالت آرام و ذهن‌آگاهی که آی‌اف‌اس آن را «خود» می‌نامد (اصطلاحی که در فصل هفدهم درباره‌اش بحث خواهیم کرد)، باعث می‌شود تا ذهن و بدن در موضعی باشند که تروما را در بافت کلی زندگی ادغام کنند. این امر تفاوت بسیاری با شگردهای حساسیت‌زدایی متعارف دارد که هدفشان تضعیف واکنش فرد به رویدادهای وحشتناک گذشته است. اینجا حرف از گسستگی و یکپارچگی است؛ تبدیل رویداد دهشتناکی که در گذشته تحت‌تأثیرتان قرار داده بود به خاطره‌ی اتفاقی که مدت‌ها قبل رخ داده است.

با این‌همه، مواد توهم‌زا عامل‌هایی قدرتمند با تاریخچه‌ای پردردسرنند. مصرف سهل‌انگارانه و

رعایت نکردن مناسب حدود مرزهای دارویی به سادگی موجب استفاده نابجای آن‌ها می‌شود. امید است که
ام‌دی‌ام‌ای درمان جادویی دیگری نباشد که از جعبه پاندورا^{۲۶۸} خارج می‌شود.

تکلیف داروها چه می‌شود؟

مردم همیشه از دارو برای رفع استرس پس از تروما استفاده کرده‌اند. هر فرهنگ و هر نسلی ارجحیت‌های
خاص خود را دارد: حشیش، ماری‌جوانا، شاهدانه یا گانجا؛ کوکائین؛ افیون‌هایی مثل اکسی‌کدون؛
مسکن‌هایی همچون والیوم،^{۲۶۹} زاناکس^{۲۷۰} و کلونوپین.^{۲۷۱} افراد در موقع استیصال برای آرامش و کنترل
بیشتر خود تقریباً هر کاری که از دستشان ساخته باشد انجام می‌دهند. (۵۰)

جریان غالب روان‌پزشکی از این سنت پیروی می‌کند. طی یک دهه اخیر، وزارتخانه‌های دفاع و امور
کهنه‌سربازان روی هم رفته بیش از ۴.۵ میلیارد دلار برای داروهای ضد افسردگی، ضد روان‌پریشی و
ضد اضطراب هزینه کرده‌اند. مرکز اقتصاد دارویی وزارت دفاع واقع در پایگاه سَم هیوستون در سن‌آنتونیو
در یکی از گزارش‌های داخلی‌اش در جون ۲۰۱۰ نشان داد که ۲۱۳ هزار و ۹۷۲ نفر، یا درصد از جمعیت
۱.۱ میلیونی نیروهای تمام‌وقت پایش‌شده، یکی از چند نوع داروی روان‌گردان را استفاده می‌کنند:

داروهای ضدافسردگی، داروهای ضدروان‌پریشی، آرام‌بخش‌ها یا سایر مواد تحت کنترل. (۵۱)

باین حال، داروها نمی‌توانند تروما را «مداوا» کنند؛ فقط می‌توانند حالات فیزیولوژیکی از شکل افتاده‌ای را تعدیل کنند. به‌علاوه، درس‌های ماندگار خودتنظیمی را هم به فرد یاد نمی‌دهند. این داروها به کنترل احساسات و رفتارها کمک می‌کنند؛ اما همیشه بهای سنگینی به‌ازایش پرداخت می‌شود؛ زیرا سیستم‌های شیمیایی مسئول تنظیم تعامل، انگیزه، درد و لذت را دچار انسداد می‌کنند. عده‌ای از همکارانم در این باره خوش‌بین‌اند: مرتباً به جلساتی می‌روم که در آن‌ها دانشمندانی مصمم از جست‌وجویشان برای نوش‌دارویی دست‌نیافتنی حرف می‌زنند که به‌طرز معجزه‌آسایی مدارهای مغزی مرتبط با ترس را بازتنظیم می‌کند (انگار استرس ترومایی فقط از یک مدار مغزی ساده تشکیل شده است). من هم معمولاً برای بیمارانم دارو تجویز می‌کنم.

تقریباً همه داروهای روان‌گردان برای درمان جنبه‌های خاصی از پی‌تی‌اس‌دی استفاده شده‌اند. (۵۲) درباره مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (اس‌اس‌آرای‌ها) مثل پروزاک، زولوفت، افکسور^{۲۷۲} و پکسیل بیش از همه مطالعه جامع شده است؛ این داروها از شدت احساسات می‌کاهند و زندگی را کنترل‌پذیرتر می‌کنند. بیمارانی که اس‌اس‌آرای‌ها را مصرف می‌کنند اغلب آرام‌ترند و کنترل بیشتری روی خود دارند؛

اغلب اوقات احساس تأثیرپذیرفتگی کمتر مشارکت در درمان را آسان‌تر می‌کند.

عده‌ای از بیماران با مصرف اس‌اس‌آر‌آی‌ها دچار بی‌حسی می‌شوند؛ احساس می‌کنند «از تک‌وتا افتاده‌اند.» با پرسشی تجربی به این موضوع می‌پردازم: بیاید ببینیم چه دارویی به دردشان می‌خورد و فقط بیماران می‌توانند در این خصوص قضاوت کنند. ازسوی دیگر، اگر یکی از انواع اس‌اس‌آر‌آی‌ها اثربخش نباشد، استفاده از نوعی دیگر ارزشش را دارد؛ زیرا همگی‌شان تأثیرات نسبتاً متفاوتی دارند. جالب است که این داروها استفاده گسترده‌ای در درمان افسردگی دارند؛ اما در مطالعه‌ای روی مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی که بسیاری‌شان افسردگی هم داشتند، اثربخشی پروزاک را با روش حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و پردازش مجدد (ای‌ام‌دی‌آر) مقایسه کردیم و ای‌ام‌دی‌آر نشان داد که روش ضدافسردگی از پروزاک روش مؤثرتری است. (۵۳) در فصل پانزدهم دوباره به این موضوع باز خواهم گشت. (۵۴)

داروهایی مثل پروپرانولول یا کلونیدین که هدفشان دستگاه عصبی خودمختار است، به کاهش بیش‌انگیختگی و واکنش‌پذیری به استرس کمک می‌کنند. (۵۵) این خانواده دارویی جلوی تأثیرات فیزیکی آدرنالین، محرک انگیختگی، را می‌گیرد و بدین‌گونه کابوس‌ها، بی‌خوابی‌ها و واکنش‌پذیری به محرک‌های تروما را کاهش می‌دهد. (۵۶) انسداد آدرنالین به برخط ماندن مغز منطقی کمک می‌کند و تصمیم‌گیری را امکان‌پذیر می‌سازد: «آیا واقعاً می‌خواهم همین کار را بکنم؟» از زمانی که ذهن آگاهی و یوگا را در درمان‌هایم ادغام کرده‌ام، کمتر از این داروها استفاده می‌کنم، مگر در مواقعی؛ آن هم برای کمک به خواب آرام‌تر بیماران.

بیماران ترومایی معمولاً از داروهای آرام‌بخش خوششان می‌آید، از بنزودیازپین‌هایی مثل کلونوپین، والیوم، زاناکس و آتیوان.^{۲۷۳} این داروها از جهات بسیاری مثل الکل عمل می‌کنند؛ زیرا افراد را آرام و نگرانی را از آنان دور می‌کند. (کازینودارها عاشق مشتریانی‌اند که بنزودیازپین مصرف می‌کنند. چنین افرادی وقتی می‌بازند و به قمار ادامه می‌دهند، ناراحت نمی‌شوند.) اما این داروها مثل الکل موجب می‌شود تا بازدارندگی‌مان در مقابل گفتن چیزهای آزاردهنده به کسانی که دوستشان داریم ضعیف شود. بیشتر پزشکان غیرنظامی مایل نیستند چنین داروهایی را تجویز کنند؛ چون ظرفیت اعتیادآوری‌شان زیاد است و

ممکن است در روند پردازش تروما اختلال ایجاد کند. بیمارانی که پس از استفاده طولانی مدت از مصرف این داروها خودداری می کنند معمولاً دچار واکنش های خمارگونه ای می شوند که آشفته شان می کند و علائم پس از تروما را در آن ها افزایش می دهد.

خودم گاهی مقدارهای کمی از بنزودیازپین ها را به بیمارانم می دهم تا در صورت ضرورت استفاده کنند؛ اما نه آن قدر که هر روز مصرف کنند. آن ها باید تصمیم بگیرند این ذخیره ارزشمندشان را کی مصرف کنند؛ به علاوه از آنان می خواهم شرح اتفاقی را یادداشت کنند که باعث شده تصمیم بگیرند آن قرص را مصرف کنند. این کار فرصتی را فراهم می کند تا درباره رویدادهای مشخصی که تحریکشان کرده با هم بحث کنیم.

مطالعات معدودی نشان داده اند که داروهای ضد تشنج و تثبیت کننده های خلقی مثل لیتیوم یا والپروات ممکن است تأثیرات مثبت خفیفی داشته باشند و از شدت بیش انگیزختگی و هراس بکاهند. (۵۷) جنجالی ترین داروهای ضد روان پریشی داروهای اصطلاحاً نسل دوم مانند ریسپردال و سروکوئل هستند که (با فروش ۱۴.۶ میلیارد دلاری در سال ۲۰۰۸) جزء پرفروش ترین داروهای ضد روان پریشی در ایالات متحده به شمار می روند. مقدارهای کم این داروها در آرام کردن کهنه سربازان و زنان مبتلا به

پی‌تی‌اس‌دی ناشی از سوءاستفاده در کودکی مفید است. (۵۸) استفاده از این داروها گاهی توجیه‌پذیر است، مثلاً وقتی که بیماران احساس می‌کنند کنترلشان دست خودشان نیست و نمی‌توانند بخوابند یا در مواقعی که روش‌های درمانی دیگر ناموفق بوده است. (۵۹) اما توجه به این مسئله مهم است که داروهای یادشده سیستم دوپامین را مسدود می‌کنند؛ سیستم دوپامین همان سیستم پاداش‌دهی مغز است که به منزلهٔ موتور لذت و انگیزه نیز ایفای نقش می‌کند.

داروهای ضدروان‌پریشی‌ای مثل ریسپردال، ابیلیفای یا سروکوئل مغز هیجانی را تا حد زیادی سرکوب می‌کنند و از اضطراب و عصبانیت بیماران می‌کاهند؛ اما این امکان هم وجود دارد که توانایی فرد را در درک علامت‌های جزئی لذت، خطر یا رضایتمندی دچار اختلال کنند. به‌علاوه، اضافه‌وزن می‌آورند، احتمال ابتلا به دیابت را افزایش می‌دهند و بیماران را از لحاظ بدنی بی‌رمق می‌کنند که ممکن است حس انزوایشان را بیش از پیش تشدید کند. این داروها عمدتاً برای درمان کودکان آزاردیده‌ای به کار می‌رود که به غلط تشخیص‌های اختلال دوقطبی یا اختلال بی‌نظمی خلقی برایشان داده‌اند. هم‌اکنون بیش از نیم‌میلیون کودک و نوجوان آمریکایی داروهای ضدروان‌پریشی مصرف می‌کنند که شاید آرامشان کند؛ اما در یادگیری مهارت‌های متناسب با سنشان و برقراری رابطه با کودکان دیگر اختلال ایجاد

می‌کند. (۶۰) اخیراً مطالعه‌ای در دانشگاه کلمبیا نشان داد که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷ تجویز داروهای ضدروان‌پریشی برای کودکان دو تا پنج‌ساله دارای بیمه خصوصی دوبرابر شده است. (۶۱) فقط ۴۰ درصدشان ارزیابی سلامت روانی درستی دریافت کرده بودند.

شرکت دارویی جانسون اند جانسون تا قبل از آنکه حق انحصاری ساخت داروی ریسپردال را از دست دهد، خانه‌های لگویی را در اتاق‌های انتظار روان‌پزشکان کودک توزیع کرده بود که بر رویشان کلمه «ریسپردال» چاپ شده بود. احتمال مصرف قرص‌های ضدروان‌پریشی در کودکان خانواده‌های کم‌درآمد چهار برابر بیشتر از کودکانی است که بیمه‌های خصوصی دارند. بیمه مدیکید ایالت تگزاس فقط در عرض یک سال ۹۶ میلیون دلار برای داروهای ضدروان‌پریشی برای کودکان و نوجوانان صرف کرد؛ در این بین، به سه نوزاد ناشناس هم قبل از اولین سالروز تولدشان این داروها داده شده بود. (۶۲) هیچ پژوهشی تأثیر داروهای روان‌گردان را بر مغز در حال رشد بررسی نکرده است. هیچ‌یک از این داروها عموماً تأثیری در رفع گسستگی، خودزنی، خاطرات پراکنده و فراموشی ندارند.

مطالعه‌ای درباره داروهای پروزاک که در فصل دوم درباره‌اش حرف زدیم، اولین پژوهشی بود که نشان داد غیرنظامیان مبتلا به تروما در مقایسه با کهنه‌سربازها معمولاً واکنش بهتری به داروها نشان می‌دهند.

(۶۳) از آن زمان، مطالعات دیگری هم به وجود شکاف‌های مشابهی بین این دو گروه پی برده‌اند. از این منظر، جای نگرانی است که وزارت دفاع و امور کهنه‌سربازان حجم بی‌اندازه‌ای از داروها را برای سربازان جنگی و کهنه‌سربازهای بازگشته به کشور تجویز می‌کنند، اغلب بدون آنکه شیوه‌های درمانی دیگری را برایشان فراهم آورند. اداره امور کهنه‌سربازان از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۱ حدود ۱.۵ میلیارد دلار صرف خرید داروهای سروکوئل و ریسپردال کرد، حال آنکه وزارت دفاع نیز در همین بازه زمانی حدود ۹۰ میلیون دلار خرج کرد؛ درحالی‌که مقاله‌ای پژوهشی در سال ۲۰۰۱ ثابت کرد اثربخشی ریسپردال در درمان پی‌تی‌اس‌دی بیشتر از دارونما نیست. (۶۴) به همین شکل، از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۲ اداره امور کهنه‌سربازان ۷۲.۱ میلیون دلار و وزارت دفاع ۴۴.۱ میلیون دلار صرف بنزودیازپین‌ها کردند (۶۵)، داروهایی که چون ظرفیت اعتیادآوری‌شان زیاد است و اثربخشی مناسبی در رفع علائم پی‌تی‌اس‌دی ندارند، پزشکان بالینی معمولاً از تجویزشان برای غیرنظامیان مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی خودداری می‌کنند.

جاده بهبود جاده زندگی است

در فصل اول کتاب، بیماری به نام بیل را معرفی کردم که بیش از سی سال قبل در اداره امور کهنه‌سربازان دیدمش. بیل یکی از بیمار-معلم‌های همیشگی‌ام شد و رابطه‌مان نیز قصه تلاشی است که

در راه تکامل درمان تروما به خرج دادم.

پیل از سال ۱۹۶۷ تا ۱۹۷۱ در سمت بهیار در ویتنام خدمت کرده بود و پس از بازگشتش سعی کرد مهارت‌هایی را که در ارتش یاد گرفته بود در بخش سوختگی بیمارستانی محلی به کار بگیرد. کار پرستاری او را آشفته، دمدمی مزاج و بی‌حوصله کرد؛ اما اصلاً نمی‌دانست این مشکلات با آنچه در ویتنام از سر گذرانده بود ارتباط دارد. به هر حال، طبقه تشخیصی پی‌تی‌اس‌دی هنوز معرفی نشده بود و مردان ایرلندی عضو طبقه کارگر در بوستون هم سراغ روان‌پزشک‌ها نمی‌رفتند. پس از آنکه پرستاری را رها کرد و در مدرسه علوم دینی ثبت‌نام کرد تا کشیش شود، کابوس‌ها و بی‌خوابی‌هایش اندکی کاهش یافت. تا زمان تولد اولین پسرش در سال ۱۹۷۸ از کسی کمک نخواست.

گریه‌های نوزاد فلش‌بک‌های بی‌امانی را برانگیخت، فلش‌بک‌هایی که در آن کودکان سوخته و نقص‌عضوشده ویتنامی را می‌دید، صدایشان را می‌شنید و بویشان را حس می‌کرد. به قدری کنترل‌نشده بود که عده‌ای از همکارانم در امور کهنه‌سربازان می‌خواستند بستری‌اش کنند تا به زعم خودشان روان‌پریشی‌اش را درمان کنند. با این حال، وقتی کارمان با یکدیگر آغاز شد و او رفته‌رفته در کنارم احساس امنیت کرد، به تدریج درباره آنچه در ویتنام دیده بود با من درد دل کرد و کم‌کم

احساساتش را، بدون آنکه تحت تأثیرشان قرار بگیرد، تحمل کرد. این کار کمکش کرد تا مجدداً تمرکزش را به مراقبت از خانواده و تکمیل آموزش‌های دینی‌اش معطوف کند. پس از دو سال کشیش کلیسای محلی خود شده بود و احساس می‌کردیم کارمان تمام شده است.

تماس دیگری با بیل نداشتم تا اینکه هجده سال پس از اولین ملاقاتمان، تلفن زد. دقیقاً همان علائمی که پس از تولد پسرش داشت سراغش آمده بود: فلش‌بک‌ها، کابوس‌های وحشتناک، این احساس که دارد دیوانه می‌شود. پسرش تازه هجده ساله شده بود و بیل همراهی‌اش کرده بود تا برای خدمت سربازی نام‌نویسی کند، در همان مقری که خودش از آنجا عازم ویتنام شده بود. اما آن موقع بود که چیزهای بیشتری دربارهٔ درمان استرس ترومایی فهمیدم و به‌همراه بیل به خاطرات مشخصی از آنچه در ویتنام دیده، شنیده یا بوییده بود، پرداختیم؛ در اولین ملاقاتمان به قدری ترسیده بود که این جزئیات را به یاد نداشت. حالا می‌توانستیم این خاطرات را به کمک ای‌ام‌دی‌آر یکپارچه کنیم؛ بدین ترتیب خاطرات فوق به‌جای آنکه فوراً به جهنم ویتنام بکشانندش، به داستان‌هایی تبدیل شدند که مدت‌ها قبل اتفاق افتاده است. وقتی آرام‌وقرار بیشتری یافت، می‌خواست با کودکی‌اش روبه‌رو شود: یکی تربیت وحشیانه‌اش و دیگری گناهی که بابت رهاکردن برادر کوچک‌تر اسکیزوفرنیکی‌اش حس می‌کرد، هنگامی

که داوطلب اعزام به ویتنام شده بود و برادرش را مقابل انفجارهای خشم پدر بی دفاع گذاشته بود.

یکی از موضوعات مهم دیگری که در ملاقات‌هایمان از آن حرف می‌زدیم رنج روزانه‌ای بود که بیل در جایگاه کشیش با آن مواجه بود؛ وظیفه داشت نوجوان‌هایی را که خیلی از تعمیدشان نمی‌گذشت، به دلیل جان‌سپردن در تصادف‌ها به خاک بسپارد یا زوجی که خودش به نکاح هم درشان آورده بود، به دلیل خشونت خانوادگی نزدش باز می‌گشتند. بیل برای روحانیان هم‌سنخ خودش که با تروماهای مشابهی مواجه بودند، یک گروه حمایتی تشکیل داد و خودش عنصر مهمی در آن جمع شد.

سومین درمان بیل پنج سال بعد آغاز شد، یعنی وقتی که در سن ۵۳ سالگی به بیماری عصبی وخیمی دچار شد. به یک‌باره فلج‌هایی دوره‌ای را در بخش‌های متعددی از بدنش احساس کرد و کم‌کم داشت می‌پذیرفت که احتمالاً بقیه عمرش را روی ویلچر خواهد گذراند. فکر کردم شاید مشکلش ناشی از فلج چندگانه (ام‌اس) باشد؛ اما عصب‌شناس‌هایش نتوانستند هیچ ضایعه خاصی بیابند و اظهار داشتند که بیماری‌اش علاج ندارد. برایم گفت چقدر بابت پشتیبانی‌های همسرش قدردان اوست. همسرش تدارک دیده بود تا در ورودی منتهی به آشپزخانه یک رمپ ویلچر ساخته شود.

با توجه به پیش‌گویی غم‌انگیزش از بیل خواستم تا راهی بیاید و احساسات عذاب‌آور بدنش را کاملاً حس کند و با آن‌ها دوست شود، درست همان‌گونه که یاد گرفت دردناک‌ترین خاطرات جنگی‌اش را تحمل کند و با آن‌ها زندگی کند. پیشنهاد دادم با بدن‌درمانگری که فلدنکرایس را به من معرفی کرده بود مشورت کند؛ فلدنکرایس روشی ملایم و عملی برای بازآرایی ادراکات فیزیکی و حرکات ماهیچه‌ای است. وقتی بیل برگشت تا وضعیتش را برایم گزارش دهد، بابت افزایش حس کنترل‌گری‌اش ابراز خوش‌حالی کرد. به او گفتم که خودم هم اخیراً یوگا را شروع کرده‌ام و در مرکز تروما نیز به‌تازگی دوره یوگا راه انداخته‌ایم. دعوتش کردم تا برای گام بعدی‌اش یوگا را هم امتحان کند.

بیل یک کلاس یوگای بیکرام^{۲۷۴} را در محله خود پیدا کرد؛ بیکرام نوعی تمرین داغ و فشرده است که معمولاً برای جوانان و افراد پرنرژی در نظر گرفته می‌شود. بیل عاشقش شد، هرچند گاهی اوقات برخی عضلاتش در کلاس خالی می‌کردند. به‌رغم معلولیت جسمی‌اش، به چنان لذت و مهارت بدنی‌ای رسید که پیش از این هرگز احساسش نکرده بود.

درمان روانی بیل کمکش کرده بود تا تجربه دهشتناک ویتنام را پشت‌سر بگذارد. حالا رفاقتی که با بدنش ایجاد کرده بود نمی‌گذاشت تا زندگی‌اش را حول ازدست‌رفتن کنترل فیزیکی بچرخاند. تصمیم

گرفت مدرک مربی‌گری یوگا بگیرد و در مقر نظامی محلی‌اش آموزش یوگا را به کهنه‌سربازهای بازگشته از عراق و افغانستان آغاز کرد.

امروز، ده سال از این ماجرا گذشته و بیل، با فرزندان و نوه‌هایش و به لطف کار با کهنه‌سربازها و فعالیت در کلیسا، همچنان سرگرم زندگی است. با محدودیت‌های جسمی‌اش به‌منزلهٔ اسباب زحمت کنار می‌آید. تا به امروز برای بیش از ۱۳۰۰ کهنه‌سرباز برگشته از مأموریت کلاس‌های یوگا برگزار کرده است. هنوز هم مرتباً از ضعف ناگهانی در اندام‌های حرکتی‌اش رنج می‌برد که مجبورش می‌کند بنشیند یا دراز بکشد. اما این دوره‌ها مثل خاطراتی که از کودکی و ویتنام دارد، زندگی‌اش را تحت‌الشعاع قرار نمی‌دهند. صرفاً بخشی از داستان مستمر و رو به تکامل زندگی‌اش هستند.

فصل چهاردهم: زبان

معجزه و استبداد

سخنان غم‌انگیز بگو؛ اندوهی که بر زبان نیاید در دل آشفته نجوا می‌کند تا در هم شکندش.

ویلیام شکسپیر، مکبث

به‌ندرت تحمل دیدنش را داریم. آن سایه شاید حامل بهترین زندگی‌ای باشد که نزیسته‌ایم. سری به زیرزمین بزن، به اتاق زیر شیروانی، به سطل زباله. طلا را آنجا بیاب. حیوانی را پیدا کن که آب و غذایی نخورده. آن حیوان تویی! این موجود نادیده‌گرفته‌شده تبعیدشده تشنه توجه بخشی از خود توست.

ماريون وودمن^{۲۷۵} (به‌نقل از استیون کوپ در شاهکار زندگی‌تان^{۲۷۶})

در سپتامبر ۲۰۰۱ سازمان‌های متعددی، ازجمله مؤسسه ملی سلامت، شرکت دارویی فایزر و شرکت نیویورک تایمز، چندین هم‌اندیشی خبرگان ایجاد کردند تا درباره بهترین درمان برای افرادی که به‌واسطه

حمله به مرکز تجارت جهانی دچار تروما شده بودند تصمیم‌گیری کنند. چون که بسیاری از شیوه‌های درمانی پرکاربرد تروما هیچ‌گاه در گروه‌های تصادفی (برخلاف بیمارانی که خودشان به دنبال کمک‌های روان‌پزشکی می‌روند) به‌دقت ارزیابی نشده بود، تصور کردم که این فرصتی استثنایی است تا کارایی رویکردهای مختلف را با هم مقایسه کنم. همکارانم محافظه‌کارتر بودند و پس از تأمل‌هایی طولانی، کمیته‌ها فقط دو شیوه درمانی را پیشنهاد دادند: درمان روان‌کاوانه و درمان شناختی رفتاری. چرا گفت‌وگو درمانی تحلیلی؟ چون منهن یکی از آخرین سنگرهای روان‌کاوی فرویدی است، کنار گذاشتن بخش زیادی از درمانگران محلی سلامت روان نمی‌توانست سیاست درستی باشد. چرا درمان شناختی رفتاری؟ زیرا رفتار درمانی را می‌توان به گام‌های مشخصی تقسیم کرد و به شکل پروتکل‌های واحد و «دستورالعملی شده‌ای» درآورد و برای همین روش درمانی محبوب پژوهشگران دانشگاهی است؛ این‌ها هم گروه دیگری هستند که نمی‌شود نادیده‌شان گرفت. پس از تأیید پیشنهادها، نشستیم و منتظر ماندیم تا مردم نیویورک گذرشان به مطب درمانگرها بیفتد. تقریباً هیچ‌کس سروکله‌اش پیدا نشد.

دکتر اسپنسر اِث^{۲۷۷} که دپارتمان روان‌پزشکی بیمارستان اکنون از رده خارج شده سنت وینسنت در محله گرینویچ ویلج را اداره می‌کرد، کنج‌کاو بود بداند بازماندگان برای کمک به کجا مراجعه کرده‌اند؛ از این‌رو

در اوایل سال ۲۰۰۲ به همراه چند دانشجوی پزشکی، ۲۲۵ نفر از کسانی را که در زمان حادثه از برج‌های دوقلو فرار کرده بودند بررسی کرد. وقتی از بازماندگان پرسیدند چه چیزی بیش از همه کمکشان کرده تا اثرهای آن تجربه را برطرف کنند، آن‌ها به ترتیب از طب سوزنی، ماساژ، یوگا و ای‌ام‌دی‌آر اسم بردند. (۱) در بین امدادگران، ماساژ محبوبیت ویژه‌ای داشت. نظرخواهی اث بیانگر آن است که سودمندترین مداخلات درمانی تمرکزشان بر کاهش فشارهای فیزیکی ناشی از تروماست. ناهم‌خوانی تجربیات بازماندگان با پیشنهادهای متخصصان شگفت‌انگیز است. البته ما نمی‌دانیم چطور بسیاری از بازماندگان نهایتاً سراغ درمان‌های سنتی‌تر رفتند. اما بی‌علاقگی ظاهری به گفت‌وگو درمانی پرسشی اساسی را مطرح می‌کند: حرف‌زدن درباره تروما چه فایده‌ای دارد؟

حقیقت وصف‌ناپذیر

درمانگرها ایمانی لایزال به توانایی گفت‌وگو در رفع تروما دارند. این اعتماد به سال ۱۸۹۳ برمی‌گردد، وقتی فروید (به همراه مربی‌اش، بروئر) نوشتند که «وقتی موفق شدیم خاطره رویدادی را که به تروما انجامیده بود علناً آشکار کنیم و احساسات مرتبط با آن را هم برانگیزیم و هنگامی که بیمار رویداد مذکور را به جزئی‌ترین شکل ممکن توصیف کرد و احساساتش را به زبان آورد، تروما بلافاصله و برای همیشه

متأسفانه، به این سادگی‌ها نیست: به زبان آوردن رویدادهای ترومایی تقریباً غیرممکن است. این مسئله برای همه ما صدق می‌کند نه فقط کسانی که از پی‌تی‌اس‌دی رنج می‌برند. آثار اولیه رویدادهای یازدهم سپتامبر نه در قالب داستان بلکه به شکل تصویر بودند: مردم سراسیمه‌ای که در خیابان می‌دویدند و چهره‌هایشان از خاکستر پوشیده شده بود؛ هواپیمایی که به برج اول مرکز تجارت جهانی برخورد کرد؛ نقطه‌هایی که از دور دیده می‌شد و در واقع مردمی بودند که دست‌در‌دست هم بیرون می‌پریدند. این تصاویر بارها و بارها در ذهن مردم و روی صفحه تلویزیون پخش شد تا اینکه شهردار جولیا نی و رسانه‌ها کمک کردند تا روایتی از این ماجرا بسازیم که بتوانیم با یکدیگر به اشتراک بگذاریم.

تی. ای. لارنس^{۲۷۸} در کتاب هفت رکن حکمت^{۲۷۹} درباره تجربیات جنگی‌اش نوشت: «پی بردیم دردهایی هست بیش از حد جانکاه، غم‌هایی بیش از حد عمیق و وجدهایی بیش از حد زیاد که خودهای محدود ما توان ابرازشان را نداشتند. وقتی هیجان به این درجه می‌رسید، ذهن خفه می‌شد؛ و حافظه تا یکنواخت شدن دوباره اوضاع، خالی می‌گشت.» (۳) تروما باعث می‌شود انگشت‌به‌دهان بمانیم؛ اما مسیر برون‌رفت از آن از واژه‌ها ساخته شده؛ واژه‌هایی که بادقت و جزء‌به‌جزء کنار هم چیده می‌شوند تا

اینکه کل داستان آشکار شود.

شکستن سکوت

در اوایل شروع کارزار آگاهی بخشی دربارهٔ ایدز، فعالان شعار تأثیرگذاری ساختند: «سکوت = مرگ». سکوت دربارهٔ تروما هم به مرگ منتهی می‌شود، مرگ روح. سکوت انزوای فلاکت‌بار ناشی از تروما را تقویت می‌کند. توانایی فرد در گفتن این جملات با صدای بلند به انسان‌های دیگر نشانهٔ آن است که بهبود ممکن است شروع شود: «به من تجاوز شد» یا «شوهرم لت‌وپارم کرد» یا «والدینم اسمش را گذاشته بودند تربیت؛ اما سوءاستفاده بود» یا «از وقتی که از عراق برگشته‌ام نتوانسته‌ام به زندگی‌ام برسم.»

ممکن است تصور کنیم با ساکت ماندن می‌توانیم اندوه، وحشت یا خجالت‌مان را کنترل کنیم؛ اما نام‌گذاری مجال نوع متفاوتی از کنترل را برایمان فراهم می‌آورد. در سفر پیدایش وقتی حضرت آدم مسئول قلمرو جانوران شد، اولین کارش این بود که به هر موجود زنده‌ای یک اسم داد.

اگر آسیبی دیده‌اید، باید چیزی را که بر سرتان آمده بپذیرید و نامی بر آن بگذارید. این موضوع را با تجربه شخصی خودم آموخته‌ام: مادامی که جایی نداشتم تا بتوانم به این فکر کنم که زندانی شدن در سرداب خانه به وسیله پدرم بابت خطاهای سه سالگی چه حسی دارد، همواره ذهنم دغدغه تبعیدشدگی و رهاشدگی داشت. فقط وقتی توانستم درباره حس آن پسر بچه صحبت کنم، فقط وقتی توانستم بابت آن همه ترس و سلطه‌پذیری ببخشمش، کم‌کم از لذت مصاحبت با خودم بهره بردم. احساس اینکه کسی حرفمان را می‌شنود و درکمان می‌کند، فیزیولوژی‌مان را تغییر می‌دهد؛ توانایی به زبان آوردن احساسات پیچیده و واداشتن دیگری به درک آن‌ها مغز لیمبیک را به کار می‌اندازد و لحظه «آهان فهمیدم» را ایجاد می‌کند. در مقابل، سکوت و درک نکردن دیگران روح ما را می‌کشد. یا آن‌طور که جان بابلی به بیانی فراموش‌نشدنی می‌گوید: «آنچه را نتوان با مادر در میان گذاشت، به خودمان هم نمی‌توانیم بگوییم.»

پنهان کردن این موضوع که عمویان در کودکی آزارتان داده باعث می‌شود تا مثل حیوانات، در زمان طوفان و رعد و برق، مستعد واکنش به محرک‌ها شوید: به هورمون‌هایی که علامت «خطر» می‌دهند پاسخی همه‌جانبه می‌دهید. بدون زبان و بستر معنایی، ممکن است هوشیاری‌تان محدود به این شود که

«وحشت‌زده‌ام.» باوجوداین، مصمم از اینکه می‌خواهید کنترل‌تان را حفظ کنید، احتمالاً از هرکس و هرچیزی که حتی اندکی شما را به یاد ترومایتان بیندازد اجتناب می‌کنید. به‌علاوه، ممکن است بین یکی از این دو حالت خجالت‌زدگی و اضطراب یا بین انفعالی و انفجاری بودن گیر کنید، بدون آنکه دلیلش را بدانید.

تا وقتی مخفی‌کاری می‌کنید و روی اطلاعات سرپوش می‌گذارید، اساساً با خودتان در جنگید. پنهان کردن درونی‌ترین احساسات‌تان انرژی بسیار زیادی می‌برد، انگیزه‌تان برای پیگیری اهداف ارزشمند را به تحلیل می‌برد و بی‌حوصله و خاموش‌تان می‌کند. دراین‌حین، هورمون‌های استرس همچنان به ترشح ادامه می‌دهند و موجب سردرد، دردهای عضلانی و بروز مشکلاتی در شکم یا عملکرد جنسی‌تان می‌شوند؛ به‌علاوه باعث می‌شوند رفتارهای نامعقولی از شما سر بزند که ممکن است به شرمندگی خودتان و ناراحتی افراد پیرامونی‌تان بینجامد. فقط وقتی منشأ این واکنش‌ها را شناسایی کردید خواهید توانست از احساسات‌تان به‌مانند سیگنال‌هایی استفاده کنید که نشان می‌دهند مشکلاتی وجود دارد که نیازمند توجه فوری‌تان هستند.

نادیده‌گرفتن واقعیت درونی ذره‌ذره درک شما را از خود، هویت و هدف‌تان از بین می‌برد. ادنا فوآ،^{۲۸۰}

روان‌شناس بالینی، و همکارانش پرسش‌نامه شناخت‌های پس‌از ترومایی را تدوین کردند تا ببینند بیماران چه نظری درباره خودشان دارند. (۴) علائم پی‌تی‌اس‌دی اغلب با چنین جملاتی بیان می‌شود: «از درون احساس مردگی می‌کنم»، «هرگز نخواهم توانست هیجان‌های عادی را یک بار دیگر احساس کنم»، «وضعیتم از همیشه بدتر شده»، «احساس می‌کنم شیء هستم، نه آدم»، «آینده‌ای ندارم» و «احساس می‌کنم دیگر خودم را نمی‌شناسم.»

مسئله اساسی این است که به خودتان اجازه دهید از دانسته‌هایتان باخبر باشید. این کار شجاعت بسیار زیادی می‌طلبد. کارل مارلانتس،^{۲۸۱} کهنه‌سرباز جنگ ویتنام، در کتاب جنگیدن چه شکلی است^{۲۸۲} با خاطرات عضویتش در یکی از واحدهای رزمی فوق‌العاده آماده تفنگ‌داری دست‌وپنجه نرم می‌کند و با شکاف وحشتناکی روبه‌رو می‌شود که در درون خودش کشف کرد:

سال‌ها از ضرورت درمان آن شکاف بی‌خبر بودم، کسی هم نبود که پس‌از برگشتنم این مسئله را به من گوشزد کند... چرا فرض می‌کردم فقط یک نفر درونم بود؟... بخشی از وجودم هست که فقط دوست دارد دیگران را مصدوم کند، بکشد و شکنجه دهد. این بخش همه وجودم نیست. مؤلفه‌های دیگری هم دارم که دقیقاً برعکس عمل می‌کنند که بابتش به خودم می‌بالم. خب، آیا من قاتلم؟ نه؛ ولی بخشی

از وجود این‌طور است. آیا شکنجه‌دهنده‌ام؟ نه؛ اما بخشی از وجودم این‌طور است. آیا وقتی در روزنامه‌ها دربارهٔ کودک سوءاستفاده‌شده‌ای می‌خوانم دچار وحشت و اندوه می‌شوم؟ بله. اما آیا مجذوب می‌شوم؟ (۵)

مارلانتس می‌گوید مسیرش به سمت بهبود مستلزم یادگیری گفتن حقیقت بوده، حتی اگر آن حقیقت به شدت عذاب‌آور باشد.

در غیاب معنای فراگیری برای رنج و مرگ، همواره باید نابودی و اندوه را توجیه کرد. نبود این معنای فراگیر فرد را ترغیب می‌کند تا برای پرکردن این شکاف معنایی چیزهایی از خود ببافد و دروغ بگوید. (۶)

هرگز نتوانسته‌ام به دیگران بگویم درونم چه می‌گذرد. برای همین سال‌ها این تصاویر را عقب می‌زدم و دور می‌کردم. به محض اینکه آن بچه را عملاً به منزلهٔ یک بچه، شاید بچهٔ خودم، تصور کردم رفته‌رفته بخش جداافتادهٔ تجربه‌ام را در خود ادغام کردم. آن‌گاه این اندوه مقهورکننده خارج شد و بهبود از پسش آمد. یکپارچه‌سازی ترس، خشم یا همهٔ موارد فوق با کنش باید رویکرد عملیاتی معیار تمامی

سربازانی باشد که رودررو کسی را کشته‌اند. این کار به آموزش‌های روان‌شناختی پیچیده‌ای نیاز ندارد. کافی است گروه‌هایی را تشکیل دهید و یکی از اعضای جوخه یا دسته را که چند روز آموزش رهبری گروهی دیده به مسئولیت گروه بگمارید و افراد را تشویق کنید که حرف بزنند. (۷)

داشتن چشم‌اندازی از وحشت‌تان و درمیان گذاشتنش با دیگران بار دیگر این احساس را در شما ایجاد می‌کند که عضوی از نسل بشرید. وقتی کهنه‌سربازهایی که درمانشان کرده بودم به عضویت گروهی درمانی درآمدند، جایی که می‌توانستند قساوت‌هایی را که دیده و مرتکب شده بودند با هم به اشتراک بگذارند، اظهار داشتند که رفته‌رفته سفره دلشان را گشوده‌اند.

معجزه خودیابی

کشف خود در قلمرو زبان همواره نوعی شهود ناگهانی است، اگرچه شاید یافتن واژه‌هایی برای توصیف واقعیت درونی فرایند آزاردهنده‌ای باشد. برای همین است که به نظرم ماجرای هلن کلر از چگونگی «زاده شدنش در زبان» بسیار الهام‌بخش است. (۸)

وقتی هلن نوزده‌ماهه بود و تازه حرف‌زدن را شروع کرده بود، نوعی عفونت ویروسی بینایی و شنوایی‌اش را از او گرفت. این کودک شیرین و پرانرژی که حالا ناشنوا، نابینا و لال شده بود، به موجودی رام‌نشده و منزوی تبدیل شد. خانواده‌اش پس از پنج سال ناامیدی، معلمی نیمه‌نابینا به اسم آن سالیوان^{۲۸۳} را دعوت کردند تا به خانه‌شان در منطقه روستایی آلاباما در بوستون بیاید و معلم سرخانه هلن شود. سالیوان فوراً آموزش الفبای دستی را به هلن آغاز کرد و کلمه‌ها را حرف‌به‌حرف روی دستش هجی می‌کرد؛ اما ده هفته تلاش برای ارتباط‌گیری با این بچه وحشی طول کشید تا جرقه پیشرفت زده شود. این اتفاق زمانی افتاد که سالیوان کلمه «آب» را در یکی از دستان هلن هجی کرد درحالی‌که دست دیگر هلن زیر پمپ آب بود.

هلن بعدها در کتاب داستان زندگی من^{۲۸۴} آن لحظه را به یاد آورد: «آب! آن کلمه جانم را تکان داد، و جانم از خواب برخاست، سرشار از روح صبحگاهی... تا آن روز ذهنم شبیه اتاقی تاریک بود در انتظار کلماتی که بیایند و چراغ را که همان فکر است روشن کنند. آن روز کلمات بسیار زیادی آموختم.»

یادگیری اسم چیزها به آن کودک کمک کرد تا نه تنها جلوه‌ای درونی از واقعیت فیزیکی نامفهوم پیرامونش را خلق کند، بلکه خودش را نیز بیابد: شش ماه بعد کم‌کم استفاده از ضمیر اول شخص را شروع کرد: «من»!

داستان هلن مرا یاد بچه‌های آزاردیده، سرکش و کم‌حرفی می‌اندازد که در برنامه‌های درمانی اقامتی‌مان می‌بینیم.

هلن قبل از فراگیری زبان، سردرگم و خودخواه بود؛ وقتی گذشته را مرور می‌کرد، آن موجود را «شیخ» نامید. بدون تردید بچه‌های ما نیز شیخ‌اند تا اینکه درمی‌یابند کیستند و آن قدر احساس امنیت می‌کنند تا درباره آنچه درونشان رخ می‌دهد حرف بزنند.

در کتاب دیگری که بعدها نوشت، دنیایی که در آن زندگی می‌کنم،^{۲۸۵} کلر بار دیگر تولدش در خودبودگی را توصیف کرد: «تا قبل از اینکه معلم بیاید، نمی‌دانستم کیستم. در دنیایی زندگی می‌کردم که نادان بود... نه اراده داشتم و نه خرد... می‌توانم همه این‌ها را به خاطر بیاورم، نه به این دلیل که از دانایی‌ام استفاده می‌کنم، بلکه به خاطر اینکه حافظه لامسه‌ای دارم. این حافظه کمکم می‌کند تا به یاد بیاورم که هرگز برای اندیشیدن به پیشانی‌ام چروک نینداختم.» (۹)

خاطرات «لامسه‌ای» هلن، خاطراتی که فقط مبتنی بر لمس هستند، قابلیت به اشتراک‌گذاری ندارند. اما زبان امکان پیوستن به اجتماعی از مردم را برایش فراهم آورد. در هشت‌سالگی وقتی با سالیوان به مؤسسه نابینایان پرکینز رفت (جایی که خود سالیوان هم آنجا آموزش دیده بود)، برای نخستین بار توانست با کودکان دیگر ارتباط برقرار کند. چنین نوشت: «آه، چه سعادت! تا با بچه‌های دیگر آزادانه حرف بزنم! تا در این دنیای بزرگ احساس راحتی کنم!»

توفیق هلن در کشف زبان به کمک سالیوان تجسمی از ماهیت رابطه درمانی است: یافتن واژه‌ها در جایی که پیش از آن واژه‌ها حضور نداشتند و در نتیجه توانایی صحبت کردن از عمیق‌ترین دردها و احساسات با انسانی دیگر. این یکی از ژرف‌ترین تجربیاتی است که می‌توانیم داشته باشیم و چنین

طنینی که در آن واژه‌های تاکنون به‌زبان‌نیامده را می‌توان کشف کرد و بر زبان آورد و دریافت کرد، نقش مهمی در رفع انزوای ترومایی ایفا می‌کند، به‌ویژه اگر افرادی که در زندگی‌مان هستند نادیده‌مان گرفته یا ساکتمان کرده باشند. برقراری ارتباط به‌صورت تمام‌و‌کمال با ترومایی‌شدن در تضاد است.

شناختن خود یا نقل داستان‌تان؟ سیستم آگاهی دوگانه ما

هرکسی که پا به گفت‌و‌گودرمانی می‌گذارد، به هر نحو، تقریباً بی‌درنگ با محدودیت‌های زبان مواجه می‌شود. دربارهٔ تجربهٔ روان‌کاوی خودم این صدق می‌کرد. می‌توانم به‌راحتی حرف بزنم و قصه‌های جالبی تعریف کنم؛ اما خیلی زود فهمیدم که درک عمیق احساسات خودم و نقل هم‌زمان آن‌ها به فردی دیگر چقدر دشوار است. هرگاه به شخصی‌ترین و دردناک‌ترین یا گیج‌کننده‌ترین لحظه‌های زندگی‌ام می‌رسیدم، اغلب یک انتخاب روبه‌روی خودم می‌دیدم: می‌توانستم صحنه‌های قدیمی را در چشم ذهنم زنده کنم و اجازه دهم همان احساسی را که آن موقع داشتم، دوباره تجربه کنم یا اینکه با منطق و شفافیت، چیزی را که روی داده به روان‌کاوم بگویم. وقتی دومی را انتخاب می‌کردم، به‌سرعت ارتباطم را با خودم از دست می‌دادم و بر نظری که او از گفته‌هایم داشت تمرکز می‌کردم. کوچک‌ترین نشانه‌ای از تردید یا قضاوت، خاموشم می‌کرد و توجهم را به کسب دوباره تأییدش معطوف می‌کردم.

از آن زمان تاکنون، علوم اعصاب نشان داده که ما دو گونه مجزا از خودآگاهی داریم: یکی که خود فرد را در گذر زمان زیرنظر دارد و یکی که به خود فرد در لحظه اکنون مربوط می‌شود. خودآگاهی اولی، موسوم به خود سرگذشتی‌مان، تجربیات را به هم می‌پیوندد و در قالب داستانی منسجم ادغامشان می‌کند. این سیستم در زبان ریشه دارد. روایت‌هایمان با هربار تعریف کردن تغییر می‌کنند؛ چون دیدگاه‌هایمان تغییر می‌کنند و داده‌های جدیدی را وارد آن روایت‌ها می‌کنیم.

سیستم دیگر، موسوم به خودآگاهی لحظه‌به‌لحظه، عمدتاً بر ادراکات فیزیکی مبتنی است؛ اما اگر احساس امنیت کنیم و عجله نکنیم، می‌توانیم کلماتی را هم برای انعکاس آن تجربه بیابیم. این دو شیوه دانستن، در بخش‌های متفاوتی از مغز جای گرفته‌اند که عمدتاً ارتباطی بینشان نیست. (۱۰) فقط سیستمی که مختص خودآگاهی است و در قشر پیش‌پیشانی میانی قرار دارد، قادر به تغییر مغز هیجانی است.

در گروه‌هایی که برای کهنه‌سربازان اداره می‌کردم، می‌توانستم گاهی فعالیت این دو سیستم را در کنار هم ببینم. سربازان قصه‌های وحشتناکی درباره مرگ و ویرانی تعریف می‌کردند؛ اما متوجه شدم که بدن‌هایشان اغلب هم‌زمان حاکی از نوعی حس غرور و تعلق خاطر بود. به همین شکل، خیلی از بیماران درباره خانواده‌های شادی حرف می‌زنند که در آن‌ها بزرگ شده‌اند؛ درحالی‌که بدن‌هایشان فروافتاده و

صدایشان مضطرب است. یک سیستم، داستانی را برای مصرف عمومی خلق می‌کند و اگر آن داستان را به اندازه کافی تکرار کنیم، احتمال دارد خودمان هم کم‌کم باور کنیم که این قصه حاوی همه واقعیت است. اما سیستم دیگر واقعیت دیگری را تعریف می‌کند: از عمق وجودمان چه نگاهی به وضعیت داریم؟ این سیستم دوم است که باید بدان دسترسی یافت، با آن دوست شد و آشتی کرد.

همین اخیراً من و گروهی از کارورزان روان‌پزشکی در بیمارستانی آموزشی که در آن تدریس می‌کنم، با زنی مبتلا به صرع لوب گیجگاهی که پس از اقدام به خودکشی در حال ارزیابی بود، مصاحبه کردیم. دستیارها پرسش‌های استاندارد درباره علائمش، داروهایی که مصرف می‌کرد، سنش در زمان تشخیص بیماری و دلیلش برای اقدام به خودکشی پرسیدند. زن با صدایی خشک و یکنواخت جواب داد: در زمان تشخیص بیماری پنج‌ساله بود. کارش را از دست داده بود؛ می‌دانست دارد تظاهر می‌کند؛ احساس می‌کرد به درد نخور است. یکی از دستیارها بدون دلیل مشخصی از او پرسید تا به حال مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته است یا خیر. سؤالش شگفت‌زده‌ام کرد: هیچ نشانه‌ای بروز نداده بود که در زمینه روابط خصوصی یا تمایلات جنسی مشکلی دارد و با خود گفتم شاید دکتر هدفی شخصی از این بابت دارد.

با این‌همه، داستانی که بیمارمان تعریف کرد، مشخص نکرد چرا وقتی کارش را از دست داد، در هم فرو ریخت. بنابراین پرسیدم آن دختر پنج‌ساله چه حسی داشت وقتی به او گفته شد که مشکلی در مغزش وجود دارد. این سؤال او را واداشت تا به بررسی خودش پردازد؛ انگار که متن آماده‌ای برای پاسخ‌دادن به این پرسش در دسترسش نبود.

با آهنگ صدای ملایمی گفت بدترین بخش بیماری‌اش این بود که پدرش دیگری کاری به کارش نداشت: «صرفاً به شکل بچه ناقصی مرا می‌دید.» می‌گفت هیچ‌کس حمایتش نکرده بود؛ برای همین اساساً مجبور بود به تنهایی از عهده کارها برآید.

سپس پرسیدم حالا چه احساسی درباره آن دختر کوچک دارد، دختری که به‌تازگی ابتلایش به صرع مشخص شده و همه تنهایش گذاشته‌اند. به‌جای آنکه برای تنهایی‌اش گریه کند یا برای پشتیبانی‌نکردن دیگران عصبانی باشد، با لحن خشنی گفت: «آن دختر احمق و نق‌نقو و وابسته بود. باید مسئولیت خودش را قبول می‌کرد و دست‌به‌کار می‌شد.» این تب‌وتاب از جایی از وجودش برخاست که جسورانه سعی داشت با رنجش کنار بیاید و قبول داشت که احتمالاً همین مسئله کمکش کرده تا در آن مقطع دوام بیاورد. از او خواستم تا به آن دختر وحشت‌زده و به‌حال خود رها شده اجازه دهد تا درباره تنهایی و

بیماری‌اش که طرد خانوادگی هم بر شدتش افزوده بود، با او حرف بزند. به هق‌هق افتاد و مدتی طولانی ساکت ماند تا اینکه بالاخره گفت: «نه، حقش این نبود. باید پشتیبانی‌اش می‌کردند؛ یکی باید مراقبش می‌بود.»

دوباره جابه‌جا شد و با افتخار از موفقیت‌هایش حرف زد؛ اینکه به‌رغم نداشتن پشتیبان، چقدر دستاورد داشته است. داستان عمومی و تجربه‌ی درونی‌اش نهایتاً یکی شدند.

بدن پل است

داستان‌های تروما انزوای ناشی از تروما را کم‌رنگ می‌کنند و شرحی از چرایی رنج کنونی دیگران فراهم می‌آورند. این داستان‌ها در تشخیص‌دهی به پزشکان کمک می‌کنند تا بتوانند مشکلاتی نظیر بی‌خوابی، خشم، کابوس یا بی‌حس‌شدگی را رفع کنند. داستان‌ها همچنین مخاطبی را برای سرزنش‌کردن در اختیار افراد قرار می‌دهند. سرزنش‌کردن یکی از خصیصه‌های فراگیر بشری است که به افراد کمک می‌کند در عین داشتن احساسی بد، احساس خوبی داشته باشند یا آن‌طور که استاد قدیمی‌ام، الوین سمراد، می‌گفت: «نفرت جهان را می‌چرخاند.» اما داستان‌ها مسئله‌ی مهم‌تری را پنهان می‌کنند، اینکه

تروما مردم را از اساس تغییر می‌دهد؛ به گونه‌ای که دیگر عملاً «خودشان» نیستند.

به زبان آوردن این احساس که دیگر خودتان نیستید به شکل عذاب‌آوری دشوار است. زبان در وهله اول برای به اشتراک‌گذاری «محیط بیرونی» تکامل یافت نه برای درمیان‌گذاشتن احساسات درونی یا درونیاتمان. (به علاوه، فاصله مرکز زبانی مغز از مرکزی که به کمکش خود فرد تجربه می‌شود همان قدر است که به لحاظ جغرافیایی امکان‌پذیر است.) خیلی‌هایمان این قدر که در توصیف دیگران تبحر داریم، در توصیف خودمان توانمند نیستیم. آن‌طور که روزی از جروم کاگان، روان‌شناس دانشگاه هاروارد، شنیدم: «توصیف شخصی‌ترین تجربه‌ها را می‌توان به خم‌شدن در چاهی عمیق و برداشتن پیکرهای کریستالی شکستنی کوچک با دستکش‌های دو انگشتی چرمی کلفت تشبیه کرد.» (۱۱)

با درگیرکردن سیستم خویشتن‌نگر و بدن‌پایه خود که از راه ادراکات، لحن صدا و تنش‌های بدنی حرفش را می‌زند، می‌توانیم بر لغزندگی واژه‌ها غلبه کنیم. توانایی تشخیص ادراکات درونی مبنای اصلی آگاهی هیجانی است. (۱۲) اگر بیماری بگوید پدرش در هشت‌سالگی‌اش خانواده را ترک کرد، احتمالاً توقف می‌کنم و از او می‌خواهم تا وضعیت خودش را بررسی کند: وقتی از پسری حرف می‌زند که دیگر هرگز پدرش را ندید، درونش چه اتفاقی می‌افتد؟ این اتفاق در کدام نقطه از بدنش ثبت شده است؟ وقتی

احساسات درونی‌تان را فعال می‌کنید و به اندوهتان گوش می‌دهید، وقتی مسیرهای درون‌دریافتی منتهی به زوایای پنهان ذهنتان را دنبال می‌کنید، کم‌کم تغییرات ظاهر می‌شوند.

نامه‌نگاری با خودتان

راه‌های دیگری هم برای دسترسی به دنیای درونی احساساتان وجود دارد. یکی از مؤثرترینشان نوشتن است. بسیاری از ما وقتی از دیگران خیانتی می‌بینیم یا ترکمان می‌کنند، حرف دلمان را در نامه‌های غضبناک، اتهامی، گلایه‌مندانه یا اندوه‌بار بیان می‌کنیم. این کار تقریباً همیشه احساس بهتری به ما می‌دهد، حتی اگر هرگز ارسالشان نکنیم. وقتی به خودتان نامه می‌نویسید دیگر مجبور نیستید نگران قضاوت‌های مردم باشید؛ فقط به افکار خودتان گوش می‌دهید و می‌گذارید جریان افکار کنترل اوضاع را به دست بگیرند. بعدها که نوشته‌تان را مجدداً می‌خوانید، اغلب حقایق شگفت‌انگیزی را کشف می‌کنید.

در جایگاه اعضای کارآمد در جامعه از ما انتظار می‌رود تا در تعاملات روزمره «خون‌سرد» باشیم و احساساتمان را تابع کار پیش رویمان قرار دهیم. وقتی با کسی حرف می‌زنیم که در کنارش احساس امنیت کامل نمی‌کنیم، ویراستار اجتماعی‌مان با هوشیاری کامل دخالت می‌کند و گارد می‌گیریم. اما نوشتن فرق می‌کند. اگر از ویراستارتان بخواهید لحظه‌ای تنهایتان بگذارد، چیزهایی از ذهنتان خارج می‌شود که اصلاً نمی‌دانستید آنجا هستند. می‌توانید بدونی نگرانی بابت بازخوردی که خواهید گرفت، با

این بخش‌های خویشتن‌نگر و روایی مغز ارتباط بگیرد.

در تمرین موسوم به نویسندگی آزاد، می‌توانید از هرچیزی به‌جای آزمون رورشاخ شخصی‌تان استفاده کنید تا جریانی از تداعیات را روی کاغذ بیاورید. کافی است اولین چیزی را که با نگاه‌کردن به شیء مقابل به ذهنتان می‌آید بنویسید و همین‌طور بدون وقفه، بازخوانی یا خط‌زدن این کار را ادامه دهید. قاشق چوبی روی پیشخان آشپزخانه ممکن است خاطراتی از درست‌کردن سس گوجه‌فرنگی به‌همراه مادربرگتان یا کتک‌خوردن در کودکی را به یادتان بیاورد. قوری‌ای که چندین نسل دست‌به‌دست شده ممکن است شما را به دورترین بخش‌های ذهنی‌تان ببرد، به خاطره‌عزیزانی که از دست داده‌اید یا تعطیلات خانوادگی‌ای که آمیزه‌ای از عشق و درگیری بودند. طولی نمی‌کشد که تصویری ظاهر می‌شود، آن‌گاه یک خاطره و سپس پاراگرافی برای ثبت آن. هرآنچه روی کاغذ می‌آید بازنمایی تداعیاتی خواهد بود که منحصرأً به شما تعلق دارند.

بسیاری از بیمارانم با خودشان پاره‌هایی از نوشته‌ها یا نقاشی‌هایی می‌آورند که به خاطراتی مربوط می‌شوند که شاید در آن زمان آماده‌حرف‌زدن درباره‌شان نباشند. بلندبلند خواندن محتوای نوشته‌هایشان احتمالاً تحت‌تأثیرشان قرار می‌دهد؛ اما از من می‌خواهند از آنچه درگیرش هستند آگاه

باشم. می‌گویم چقدر قدردانشان هستم که شجاعت به خرج دادند و گذاشتند بخش‌های سابقاً پنهانشان را واکاوی کنند و آن‌ها را از سر اطمینان با من در میان گذاشتند. این گفت‌وگوهای مقدماتی در تدوین طرح درمانی‌ام نقش دارند؛ مثلاً برای تصمیم‌گیری درباره‌ افزودن یا نیفزودن پردازش جسمانی، بازخورد عصبی یا ای‌ام‌دی‌آر به طرح فعلی‌مان کمک می‌کنند.

تاجایی که به خاطر دارم، اولین آزمون نظام‌مند قدرت زبان در رفع تروما در سال ۱۹۸۶ انجام شد؛ در آن سال جیمز پنی‌بیکر^{۲۸۶} در دانشگاه تگزاس ایالت آستین کلاس مقدماتی روان‌شناسی‌اش را به آزمایشگاهی تجربی تبدیل کرد. پنی‌بیکر کارش را با اذعان به اهمیت بازداري یا به اشتراک نگذاشتن افکار که خودش آن را چسب تمدن می‌دانست، شروع کرد. (۱۳) اما او همچنین گمان می‌کرد که هرگونه تلاش برای سرکوب آگاهی از مشکل اصلی هزینه‌ای را به افراد تحمیل می‌کند.

ابتدا از هر دانشجو خواست تجربه‌ای عمیقاً شخصی را که به نظرشان بسیار استرس‌زا یا ترومایی بوده شناسایی کنند. سپس کلاس را به سه گروه تقسیم کرد: یک گروه درباره‌ آنچه هم‌اکنون در زندگی‌اش در حال وقوع بود می‌نوشت؛ گروه دوم درباره‌ جزئیات آن رویداد ترومایی یا استرس‌آور می‌نوشت؛ و گروه سوم هم واقعیت‌های مرتبط با آن تجربه، احساسات و هیجان‌اتشان درباره‌ آن و تأثیری را که فکر

می‌کردند این رویداد بر زندگی‌هایشان داشته‌ شرح می‌دادند. همهٔ دانشجویان درحالی‌که به‌تنهایی در اتاقک کوچکی در ساختمان دانشکدهٔ روان‌شناسی نشسته بودند، چهار روز متوالی هربار به مدت پانزده دقیقه بی‌وقفه می‌نوشتند.

دانشجوها مطالعه را بسیار جدی گرفتند؛ خیلی‌هایشان رازهایی را برملا می‌کردند که تاب‌حال به کسی نگفته بودند. اغلب حین نوشتن اشک می‌ریختند و تعداد زیادی‌شان به دستیاران دوره گفته بودند که این تجربیات فکروذهنشان را به خود مشغول کرده است. از بین دویست شرکت‌کننده، ۶۵ نفر دربارهٔ ترومای کودکی نوشتند. مرگ یکی از اعضای خانواده پرتکرارترین موضوع نوشته‌ها بود؛ اما ۲۲ درصد زنان و ۱۰ درصد مردان دربارهٔ ترومای جنسی قبل از ورود به هفده‌سالگی گزارش دادند.

پژوهشگران از وضعیت سلامتی دانشجویان پرسیدند و درعین شگفتی دیدند که به‌صورت خودجوش از سابقهٔ بیماری‌های وخیم و خفیفشان حرف زدند: سرطان، فشارخون بالا، زخم معده، آنفولانزا، سردرد و گوش‌درد. (۱۴) آن‌هایی که تجربهٔ جنسی ترومایی در کودکی را گزارش دادند طی یک سال قبل به‌طور متوسط ۱۰۷ روز تحت بررسی بوده‌اند؛ یعنی تقریباً دو برابر دیگران.

گروه تحقیقاتی سپس تعداد دفعات مراجعه شرکت‌کنندگان به مرکز سلامت دانشجویی را در بازه یک‌ماهه قبل از آغاز مطالعه و یک ماه پس از آن با هم مقایسه کردند.

گروهی که در خصوص حقایق و هیجانات مربوط به تروما نوشته بود مشخصاً بیشترین بهره را برد: مراجعه افراد این گروه در مقایسه با دو گروه دیگر افتی ۵۰ درصدی داشت. نوشتن درباره عمیق‌ترین افکار و احساسات ترومایی حالشان را بهبود داده و نگرش خوش‌بینانه‌تر و سلامت فیزیکی بهتری برایشان در پی داشته بود.

وقتی از دانشجویان خواسته شد تا خودشان این مطالعه را ارزیابی کنند، آن‌ها به نقش این مطالعه در افزایش خودفهمی‌شان توجه کردند: «این کار کمک کرد تا درباره احساسی که آن روزها داشتم فکر کنم. پیش از این هرگز نمی‌دانستم چه تأثیری بر من داشته است.» «مجبور بودم درباره تجربیات گذشته بیندیشم و رفعشان کنم. یکی از نتایج این کار آرامش روانی‌ام بود. نوشتن درباره هیجانات و احساسات کمک کرد بفهمم حسم چیست و چرا این حس را دارم.» (۱۵)

پنی‌بیکر در مطالعه دیگری از نیمی از گروه ۷۲ نفره دانشجویان خواست درباره ترومایی‌ترین تجربه

زندگی‌شان روی یک ضبط صوت صحبت کنند؛ نیم دیگر گروه نیز از برنامه‌هایشان برای بقیه روز حرف زدند. پژوهشگران در حین صحبت دانشجویها، واکنش‌های فیزیولوژیکی‌شان را کنترل می‌کردند: فشارخون، ضربان قلب، گرفتگی عضلانی و دمای دست. (۱۶) این مطالعه هم به نتایج مشابهی رسید: آن‌هایی که به خودشان اجازه دادند تا هیجان‌اتشان را حس کنند، تغییرات فیزیولوژیکی چشمگیری بروز دادند، چه به لحاظ آنی و چه بلندمدت. در طول درددل‌ها، فشارخون، ضربان قلب و سایر عملکردهای خودمختاری بدنشان افزایش یافت؛ اما پس از آن انگیزتگی‌شان از سطحی که در آغاز مطالعه در آن قرار داشتند پایین‌تر رفت. افت فشارخون را هنوز هم می‌توان شش هفته پس از خاتمه آزمایش سنجید.

در حال حاضر همگان پذیرفته‌اند که رویدادهای استرس‌زا، فرق نمی‌کند طلاق باشد یا امتحانات نهایی یا تنهایی، تأثیری منفی بر عملکرد ایمنی بدن دارند؛ اما این مسئله در زمان مطالعه پنی‌بیکر انگاره به شدت بحث‌برانگیزی بود. گروهی از محققان کالج پزشکی دانشگاه دولتی اوهایو با اتکا به رویه پنی‌بیکر، دو گروه از دانشجویان را با هم مقایسه کردند؛ این دو گروه یا درباره ترومای شخصی‌شان می‌نوشتند یا درباره موضوعی ساختگی. (۱۷) اینجا نیز کسانی که از تروماهای شخصی‌شان نوشتند مراجعه کمتری به مرکز سلامت دانشجویی داشتند و بهبود سلامتی‌شان با بهبود کارکرد ایمنی بدن دارای هم‌بستگی بود؛

این کار با عملکرد لنفوسیت‌های تی (سلول‌های کشنده طبیعی) و دیگر شاخص‌های ایمنی موجود در خون سنجیده می‌شود. این تأثیر بلافاصله پس از آزمایش بیش از هر زمان دیگری مشهود بود؛ اما پس از گذشت شش هفته نیز همچنان امکان شناسایی داشت. آزمایش‌های نوشتاری در سراسر دنیا روی دانش‌آموزان دبستانی، خانه‌های سالمندان، دانشجویان پزشکی، زندانیان فوق‌امنیتی، مبتلایان به التهاب مفاصل، نومادران و قربانیان تجاوز همگی بدون استثنا نشان داده‌اند نوشتن درباره رویدادهای ناراحت‌کننده موجب ارتقای سلامت فیزیکی و روانی می‌شود.

یکی از دیگر جنبه‌های مطالعه پنی‌بیکر توجهم را جلب کرد: وقتی شرکت‌کنندگان از مسائل خصوصی یا دشوار حرف می‌زدند، غالباً آهنگ صدا و سبک صحبت‌کردنشان را تغییر می‌دادند. تفاوت‌ها آن‌قدر برجسته بود که پنی‌بیکر شک کرد که مبادا نوارها را با هم قاطی کرده باشد. برای مثال، زنی برنامه‌های یکی از روزهای کودکی‌اش را با صدایی کودکانه و بلند توصیف کرد؛ اما چند دقیقه بعد که نوبت به توصیف سرقت صددلاری‌اش از یک صندوق فروشگاه‌ی رسید، بلندی و گام صدایش به حدی کم شد که به آدم کاملاً متفاوتی شبیهش کرد.

تغییرات به‌وجودآمده در حالات هیجانی افراد در دست‌خط‌هایشان نیز منعکس شد. همین‌طور که

شرکت‌کنندگان موضوعاتشان را تغییر می‌دادند، امکان داشت از خط پیوسته به خط جدا جدا و مجدداً به خط پیوسته روی بیاورند؛ به‌علاوه تغییراتی نیز در آریبی بودن حروف و فشار خودکارها وجود داشت.

So many times I find parts of
myself fighting each other. It (the
abuse) happened, it didn't happen if it
did happen how can I live with a truth
that is so horrific.

with my left hand

Listen to me. I want to
tell you and I want
you to listen to you
think you're too good to
hear it. I hear what

در حرفه بالینی به چنین تغییراتی «جایگزینی» می‌گویند؛ این پدیده را اغلب در افرادی می‌بینیم که

سابقهٔ تروما دارند. بیماران با رفتن از موضوعی به موضوع دیگر، حالت‌های هیجانی و فیزیولوژیکی کاملاً متفاوتی را فعال می‌کنند. جایگزینی نه‌تنها در الگوهای صوتی کاملاً متفاوت، بلکه در حالات متفاوت چهره و حرکات بدن نیز خود را نشان می‌دهد. حتی به نظر می‌رسد عده‌ای از بیماران هویت شخصی‌شان را هم تغییر می‌دهند، از فردی ترسو به فردی قاطع و پرخاشگر یا از فردی کاملاً مطیع به فردی مشخصاً اغواگر. وقتی دربارهٔ عمیق‌ترین ترس‌هایشان می‌نویسند، دست‌خطشان اغلب اوقات بچگانه و مبتدیانه می‌شود.

I want to hurt myself because I
feel like I'm bad. My mother calls
and leaves me bad messages and
I don't call her back. When I think about
being little I remember never wanting
her to find me and I feel like
she's looking for me now. She
knows things about me no
one else knows.

اگر بیمارانی که این حالت‌های به‌شدت متفاوت را از خود بروز می‌دهند، کسانی تلقی شوند که تمارض می‌کنند، یا اگر به آنان بگویند تا بخش‌های آزاردهنده‌ای را که نمی‌توان پیش‌بینی کرد بروز ندهند، خاموش می‌شوند. این افراد احتمالاً همچنان به کمک‌خواهی ادامه می‌دهند؛ اما پس از خاموش شدن، فریادهای کمک‌خواهی‌شان را نه با حرف زدن بلکه با عمل ابراز می‌کنند: با اقدام به خودکشی، افسردگی یا حملات خشم. همان‌گونه که در فصل هفدهم خواهیم دید، آن‌ها تنها در صورتی بهبود می‌یابند که هم بیمار و هم درمانگر به نقش حالت‌های متفاوت در بقای بیماران واقف باشند.

هنر، موسیقی و رقص

هزاران هنردرمانگر، موسیقی‌درمانگر و رقص‌درمانگر هستند که با کودکان سوءاستفاده‌شده، سربازان مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی، قربانیان روابط جنسی خانوادگی، پناهندگان و بازماندگان شکنجه کارهای شگفت‌انگیزی انجام می‌دهند؛ به‌علاوه، گزارش‌های متعددی نیز اثربخشی درمان‌های بیانی را تأیید کرده‌اند. (۱۸) بااین‌حال، در مقطع کنونی اطلاعات کمی درباره نحوه کار این درمان‌ها و جنبه‌های مشخص استرس‌ترومایی که این درمان‌ها بدان می‌پردازند، در اختیار داریم و اجرای پژوهش‌های لازم برای تعیین ارزش علمی آن‌ها با مشکلات پشتیبانی و مالی مواجه است.

ظرفیت هنر، موسیقی و رقص در غلبه بر گنگ‌شدگی برآمده از وحشت ممکن است ازجمله دلایلی باشد که این‌ها را به‌صورت رویکردهای درمانی تروما در فرهنگ‌های سرتاسر دنیا به کار می‌برند. جیمز پنی‌بیکر و آن کرانتس،^{۲۸۷} رقص درمانگر و حرکت‌درمانگر اهل سان‌فرانسیسکو، یکی از معدود مطالعات نظام‌مند برای مقایسهٔ بیان هنری غیرکلامی و نوشتن را انجام دادند. (۱۹) از یک‌سوم گروهی ۶۴ نفره از دانشجویان خواستند تا یک تجربهٔ ترومایی خودشان را دست‌کم به مدت ده دقیقه طی سه روز متوالی ازطریق حرکات بدنی بیانی افشا کنند و سپس ده دقیقه درباره‌اش بنویسند. گروه دوم رقصیدند؛ اما چیزی دربارهٔ ترومایشان ننوشتند و گروه سوم نیز درگیر برنامهٔ تمرینی منظمی شدند. طی سه ماه بعد، اعضای هر سه گروه اظهار داشتند که احساس شادی و سلامتی بیشتری کرده‌اند. بااین‌حال، فقط گروه حرکات بیانی که دست به قلم هم بردند، شواهدی عینی را نشان دادند: سلامتی فیزیکی بهتر و معدل بیشتر. (این مطالعه علائم خاص پی‌تی‌اس‌دی را ارزیابی نکرد.) پنی‌بیکر و کرانتس چنین نتیجه‌گیری کردند: «بیان تروما به‌تنهایی کافی نیست. به نظر می‌رسد برای سلامتی لازم است تجربیات به زبان آورده شود.»

باوجوداین، هنوز نمی‌دانیم آیا این نتیجه‌گیری که زبان لازمهٔ بهبود است واقعاً همواره درست است یا نه.

آن دسته از مطالعات نوشتاری که به علائم پی‌تی‌اس‌دی پرداخته‌اند (و نه سلامت عمومی) نتایج ناامیدکننده‌ای داشته‌اند. وقتی با پنی‌بیکر در این باره گفت‌وگو کردم، یادآوری کرد که بیشتر مطالعات نوشتاری روی بیماران مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی در بافت‌های گروهی انجام شده است؛ یعنی شرکت‌کنندگان باید ماجراهایشان را برای هم تعریف می‌کردند.

او هم نکته‌ای را که در بالا به آن اشاره کردم تکرار کرد، اینکه هدف از دست به قلم بردن نوشتن برای خودتان است، اینکه به خودتان اجازه دهید به چیزی پی ببرید که سعی داشتید از آن اجتناب کنید.

محدودیت‌های زبان

تروما شنوندگان و گویندگان را به یک میزان تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. پُل فاسل^{۲۸۸} در کتاب جنگ بزرگ در حافظهٔ مدرن،^{۲۸۹} که مطالعهٔ استادانهٔ وی در زمینهٔ جنگ جهانی اول به حساب می‌آید، به‌زیبایی دربارهٔ منطقهٔ سکوت حرف می‌زند، پدیده‌ای که تروما عامل آن است:

یکی از بخش‌های مهم جنگ... برخورد بین رویدادها و زبان موجود یا فکر مناسب برای توصیف آن رویدادهاست... منطقاً دلیلی وجود ندارد که زبان انگلیسی نتواند واقعیت جنگ را کاملاً مناسب به تصویر بکشد: این زبان از نظر اصطلاحاتی همچون خون، وحشت، زجر، جنون، گه، بی‌رحمی، قتل، خیانت، درد و حقه و همین‌طور عبارت‌هایی نظیر پاهای ترکیده، دل‌وروده‌های بیرون‌جهیده روی کف دست، جیغ‌های شبانه، خون‌ریزی تا سرحد مرگ از ناحیهٔ مقعد و عباراتی از این دست زبانی غنی است. مشکل عمدتاً به شرافت و خوش‌بینی مربوط می‌شود تا «زبان»... . دلیل اصلی (سکوت سربازان) این

است که آن‌ها پی برده‌اند کسی به اخبار بدی که باید به بقیه بدهند، چندان علاقه‌ای ندارد. چرا شنونده‌ای باید آشفته و سراسیمه شود وقتی مجبور نیست؟ کاری کرده‌ایم که واژهٔ مگو معنای توصیف‌ناپذیر به خود بگیرد: این واژه واقعاً به معنای زننده است. (۲۰)

حرف‌زدن از رویدادهای دردناک الزاماً سبب تشکیل یک جمع نمی‌شود؛ بلکه اغلب عکس آن عمل می‌کند. خانواده‌ها و سازمان‌ها ممکن است اعضای را که مسائل شخصی خجالت‌آورشان را برملا می‌کنند نپذیرند؛ دوستان و خانواده ممکن است از دست کسانی که در غم یا دردشان گیر کرده‌اند حوصله‌شان سر برود. این یکی از دلایلی است که قربانیان تروما اغلب از حرف‌زدن منصرف می‌شوند و برای همین است که قصه‌هایشان روایت‌های طوطی‌واری می‌شود و به‌شکلی درمی‌آید که احتمال نپذیرفتنش از جانب دیگران کمتر است.

یافتن جایی امن برای ابراز درد ناشی از تروما مشکل بسیار بزرگی است؛ از همین رو وجود گروه‌های بازماندگان مثل انجمن الکلی‌های گمنام، کودکان بزرگسال الکلی، انجمن معتادان گمنام و دیگر گروه‌های حمایتی بسیار حیاتی است. یافتن اجتماعی پاسخ‌گو برای بیان حقیقت بهبود را امکان‌پذیر می‌کند. به‌علاوه، بازماندگان به درمانگرهایی حرفه‌ای نیازمندند که درزمینهٔ شنیدن جزئیات زجرآور

زندگی‌های بیمارانشان آموزش دیده باشند. اولین باری را به یاد دارم که کهنه‌سربازی درباره کشتن کودکی در ویتنام با من حرف زد. با شنیدن این ماجرا فلش‌بک واضحی از هفت‌سالگی‌ام سراغم آمد، زمانی که پدرم گفت سربازان نازی کودک همسایه را به دلیل بی‌احترامی‌اش تا حد مرگ کتک زده و کشته‌اند. واکنشم به اعتراف آن کهنه‌سرباز از توانم خارج بود و مجبور شدم جلسه را تمام کنم. برای همین است که درمانگران باید خودشان درمان فشرده‌ای را گذرانده باشند تا بتوانند از خودشان مراقبت کنند و به لحاظ هیجانی دردسترس بیمارانشان باقی بمانند؛ حتی وقتی داستان‌های بیمارانشان احساسی حاکی از خشم یا انزجار را در آن‌ها برمی‌انگیزاند.

مشکل دیگر وقتی است که خود قربانیان تروما عملاً گنگ می‌شوند؛ هنگامی که ناحیه زبانی مغز خاموش می‌شود. (۲۱) این خاموشی را در صحن دادگاه‌های بسیاری از پرونده‌های مهاجرتی و همین‌طور در پرونده یکی از مرتکبان کشتار دسته‌جمعی در رواندا دیده‌ام. وقتی از قربانیان می‌خواهند درباره تجربیاتشان شهادت دهند، اغلب اوقات آن‌قدر آشفته می‌شوند که به‌ندرت می‌توانند حرف بزنند یا چنان هراسی می‌گیرندشان که قادر نیستند چیزی را که بر سرشان آمده صراحتاً به زبان آورند. شهادت‌هایشان بیشتر وقت‌ها نادیده گرفته می‌شود؛ چون به‌قدری نامنظم، سردرگم و پراکنده‌اند که نمی‌توان آن‌ها را

موثق دانست.

بقیه سعی می‌کنند ماجرایشان را به‌گونه‌ای تعریف کنند که تحت‌تأثیرش قرار نگیرند. این امر ممکن است موجب شود که شاهدانی طفره‌رونده یا غیرقابل‌اطمینان به حساب بیایند. دَه‌ها پروندهٔ حقوقی را دیده‌ام که به‌دلیل ناتوانی پناه‌جویان در ارائهٔ شرح منسجمی از علت فرارشان نادیده گرفته شده‌اند. چندین کهنه‌سرباز را هم می‌شناسم که به‌دلیل ناتوانی در ارائهٔ دقیق آنچه بر سرشان آمده، ادارهٔ امور کهنه‌سربازان ادعاهایشان را نپذیرفته است.

اعتراف و سکوتِ انتخابی مسائل شایعی در مطب‌ها هستند: کاملاً اطمینان داریم که اگر بیماران را تحت فشار بگذاریم تا جزئیات داستان‌هایشان را بازگو کنند، آشفته خواهند شد. به همین دلیل یاد گرفته‌ایم رویکردمان به تروما را «آونگی» کنیم، اصطلاحی که دوستم پیترو لوین ابداع کرد. از مواجهه با جزئیات پرهیز نمی‌کنیم؛ اما به بیمارانمان می‌آموزیم با احتیاط اقدام کنند و آرام‌آرام به حقیقت نزدیک شوند.

کارمان را با ایجاد «جزیره‌های امن» داخلی در درون بدن آغاز می‌کنیم. (۲۲) برای این کار لازم است به بیماران کمک کنیم تا اعضای بدن، حالت‌های قرارگیری یا حرکاتی را بشناسند که می‌توانند در مواقع

گیرافتادگی، وحشت‌زدگی یا خشم بر رویشان تکیه کنند. این بخش‌ها معمولاً بیرون از محدودهٔ دسترسی عصب واگ قرار دارند، عصبی که پیام‌های هراس را به قفسهٔ سینه، شکم و گلو منتقل می‌کند و در ایجاد تروما نقش دارد. ممکن است از بیماری پرسم آیا دستانش مشکلی دارند یا نه و اگر بگوید که مشکلی ندارند از او می‌خواهم حرکتشان دهد و سبکی، گرما و انعطاف‌پذیری‌شان را بررسی کند. بعدها اگر ببینم سینه‌اش تنگ شده یا نفسش تقریباً در نمی‌آید، می‌توانم متوقفش کنم و از او بخواهم روی دستانش متمرکز شود و حرکتشان دهد تا بدین‌ترتیب خودش را از تروما جدا ببیند. یا اینکه شاید از او بخواهم روی بازدمش متمرکز شود و ببیند چگونه می‌تواند تغییرش دهد، یا اینکه از او می‌خواهم با هر دم‌وبازدم دستانش را بالا و پایین ببرد: یکی از حرکات رزمی چی‌کونگ.

برای عده‌ای از بیماران فشاردادن نقاط طب‌فشاری نقطهٔ اتکای خوبی است. (۲۳) از بقیه می‌خواهم وزن بدنشان را روی صندلی احساس کنند یا پاهایشان را روی کف اتاق محکم نگه دارند. ممکن است از بیماری که در حال فرورفتن در سکوت است پرسم وقتی صاف می‌نشیند چه اتفاقی برایش می‌افتد. برخی از بیماران جزیره‌های امن خودشان را کشف می‌کنند؛ رفته‌رفته «می‌فهمند» که قادرند با ایجاد ادراکاتی بدنی با حس از کنترل خارج‌شدگی مقابله کنند. این کار زمینه را برای رفع تروما مهیا می‌کند:

ایجاد حرکت آونگی بین حالت‌های کاوش و امنیت، بین زبان و بدن، بین به‌یادآوری گذشته و حس سرزندگی در لحظه اکنون.

کنارآمدن با واقعیت

به‌هرروی، کنارآمدن با خاطرات ترومایی فقط آغاز درمان است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که افراد مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی مشکلات فراگیرتری در زمینه توجه متمرکز و یادگیری اطلاعات جدید دارند. (۲۴) الکساندر مک‌فارلین آزمایش ساده‌ای انجام داد: از گروهی از افراد خواست تا در عرض یک دقیقه هر تعداد کلمه‌ای را که با حرف بی انگلیسی شروع می‌شود نام ببرند. شرکت‌کنندگان معمولی میانگین پانزده کلمه را نام بردند؛ درحالی‌که این مقدار برای مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی به‌طور متوسط سه تا چهار کلمه بود. شرکت‌کنندگان معمولی وقتی به کلمات تهدیدآمیزی مثل «خون»، «جراحت» یا «تجاوز» رسیدند، مردد ماندند؛ مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی مطالعه مک‌فارلین با همین تردید با واژه‌هایی معمولی مثل «پشم»، «بستنی» و «دوچرخه» برخورد کردند. (۲۵)

پس از مدتی بیشتر مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی زمان زیادی را صرف کنارآمدن با گذشته نمی‌کنند؛

مشکلشان صرفاً این است که همان روز را از سر بگذرانند. حتی بیماران ترومایی ای نیز که سهم زیادی در آموزش، کسب و کار، پزشکی یا هنر دارند و با موفقیت فرزندانشان را بزرگ می کنند به مراتب انرژی بیشتری از دیگران صرف کارهای روزمره زندگی می کنند.

با این حال، تله دیگر زبان این خیال باطل است که اگر تفکرمان «منطقی به نظر» نرسد به راحتی می توان تصحیحش کرد. بخش «شناختی» درمان شناختی رفتاری روی تغییر این گونه «تفکرات ناکارآمد» متمرکز است. این نوعی رویکرد کل به جزء به تغییر است که در آن درمانگر شناخت های منفی را به تردید می افکند یا «چهارچوب جدیدی به آنها می دهد»، مثلاً وقتی که می گوید «بیا احساسی را که داری و فکر می کنی بابت تجاوزی که به تو شده سزاوار سرزنش هستی با واقعیت های اصلی موضوع مقایسه کنیم» یا «بیا وحشت از رانندگی را با آمار ایمنی امروز جاده ها مقایسه کنیم.»

یاد زن پریشان احوالی می افتم که روزی وارد درمانگاهمان شد و خواست در خصوص کودک دوماهه اش به او کمک کنیم؛ چون آن بچه «خیلی خودخواه» بود. ارائه برگه ای از اطلاعات درباره رشد بچه به دردش می خورد یا توضیح مفهوم فداکاری؟ به نظر نمی رسید این دست از اطلاعات کمکی به او کند، مگر آنکه می توانست به بخش های وحشت زده و متروکه خودش دسترسی پیدا کند، بخش هایی که

به واسطه وحشتش از وابستگی ابراز می‌شد.

تردیدی نیست که افراد ترومایی افکاری غیرمنطقی دارند: «به‌خاطر جذابیت مستحق سرزنش بودم.»
«بقیه رفقا نترسیدند؛ آن‌ها مردان واقعی هستند.» «باید عظم می‌رسید که از آن خیابان نروم.»

بهترین راه این است که چنین افکاری را فلش‌بک‌های شناختی بدانیم؛ بدین ترتیب همان قدر که با کسی که فلش‌بک‌های بصری از حادثه‌ای وحشتناک دارد بحث می‌کنید، همان قدر هم با چنین افکاری برخورد خواهید کرد. این افکار بقایای حوادث ترومایی‌اند: افکاری که آن‌ها در زمان وقوع تروما یا مدت کوتاهی پس از آن داشته‌اند، در موقعیت‌های استرس‌زا مجدداً فعال‌سازی می‌شوند. بهترین راه برای درمانشان به‌کارگیری روش ای‌ام‌دی‌آر است، موضوعی که در فصل بعد بدان خواهیم پرداخت.

تبدیل شدن به کسی

دلیل اینکه آدم‌ها با گفتن داستان‌هایشان تحت‌تأثیر قرار می‌گیرند و دلیل وجود فلش‌بک‌های شناختی این است که مغزشان تغییر کرده است. آن‌طور که فروید و پروتر اظهار داشتند، تروما صرفاً نقش عامل

رهاکننده علائم را ندارد، بلکه «ترومای روانی، یا به طور دقیق تر حافظه تروما، حکم بدنی غریبه را دارد که تا مدت ها پس از حضورش باید آن را عاملی دانست که همچنان به فعالیت ادامه می دهد.» (۲۶) شبیه خرده شیشه ای که باعث عفونت می شود، این واکنش بدن به شیء خارجی است که مشکل ایجاد می کند، نه خود آن شیء.

علوم اعصاب جدید با قاطعیت این باور فروید را تأیید می کند که بسیاری از افکار آگاهانه ما دلیل تراشی های پیچیده ای برای موجی از غرایز، واکنش ها، انگیزه ها و خاطرات ریشه داری هستند که از ناخودآگاه سرچشمه می گیرند. همان طور که دیده ایم، تروما در عملکرد صحیح نواحی مغزی ای دخالت می کند که تجربیات را مدیریت و تفسیر می کنند. برخورداری از درکی قوی از خود، درکی که به فرد اجازه می دهد تا با اطمینان خاطر بگوید «من این طور می اندیشم و احساس می کنم» و «این اتفاق در من در حال وقوع است»، به تعامل سالم و پویا بین این نواحی مغزی بستگی دارد.

تقریباً همه مطالعاتی که به کمک تصویربرداری مغزی روی بیماران ترومایی انجام می پذیرد فعال سازی غیرعادی قشر جزیره ای مغز را تأیید می کنند. این بخش از مغز داده های حاصل از اندام های داخلی بدن از جمله ماهیچه ها، مفاصل و دستگاه (عمقی) تعادل را ادغام و تفسیر می کند تا حس تجسم یافتگی را

شکل دهد. قشر جزیره‌ای سیگنال‌ها را به آمیگدال می‌فرستد، آمیگدال هم موجب بروز واکنش جنگ/گریز می‌شود. این کار به هیچ داده‌شنختی یا شناخت آگاهانه‌ای از اینکه کارها طبق برنامه پیش نرفته نیاز ندارد؛ فقط احساس بی‌قراری می‌کنید و قادر نیستید روی چیزی تمرکز کنید یا، در بدترین حالت، احساس می‌کنید فاجعه‌قرب‌الوقوعی در راه است. این احساسات قدرتمند در اعماق مغز ساخته می‌شوند و با منطق یا درک نمی‌توان از بینشان برد.

قرارگیری بی‌وقفه در معرض هجوم ادراکات بدنی و انقطاع آگاهانه از آن‌ها موجب آلکسی‌تایمیا می‌شود: ناتوانی در درک و انتقال آنچه درونتان می‌گذرد. تنها از طریق تماس داشتن با بدنتان، از طریق پیوند درونی با خودتان، می‌توانید بار دیگر به درکی از خود، اولویت‌ها و ارزش‌هایتان برسید. آلکسی‌تایمیا، گسستگی و خاموشی همگی ساختارهای مغزی‌ای را درگیر می‌کنند که کمک می‌کنند تمرکز کنیم، از احساسمان باخبر شویم و برای مراقبت از خودمان دست‌به‌کار شویم. شوک اجتناب‌ناپذیر به این ساختارهای اساسی ممکن است سبب سردرگمی و سراسیمگی شود یا اینکه گسستگی هیجانی، اغلب همراه با تجارب برون‌بدنی را به وجود بیاورد، این احساس که دارید از نقطه‌ای دور به خودتان نگاه می‌کنید. به عبارت دیگر، تروما باعث می‌شود تا افراد فکر کنند کسی دیگری هستند یا اینکه هیچ‌کس

نیستند. برای غلبه بر تروما باید کسی کمکتان کند تا بار دیگر با بدنتان، با خودتان، ارتباط برقرار کنید.

بدون تردید زبان نقش مهمی ایفا می‌کند: درکی که از خود داریم به توانایی‌مان در سازمان‌دهی خاطرات به شکل یک کل منسجم بستگی دارد. (۲۷) این کار مستلزم وجود پیوندهایی کارآمد بین مغز آگاهانه و سیستم خود بدن است، پیوندهایی که بیشتر اوقات با تروما آسیب دیده‌اند. کل داستان را تنها وقتی می‌توان نقل کرد که این ساختارها مرمت شده و شالوده گذاشته شده باشد: پس از آنکه هیچ‌کس «کسی» می‌شود.

فصل پانزدهم: دست کشیدن از گذشته

ایام‌دی‌آر

خیال بود یا رؤیایی در بیداری؟

آن موسیقی تمام شده؛ خوابم یا بیدار؟

۲۹۰
جان کیتس

دیوید، پیمانکاری میان‌سال، پیش من آمد؛ چون حملات عصبی‌اش باعث شده بود خانه جهنمی واقعی شود. در اولین جلسه دربارهٔ اتفاقی حرف زد که در تابستانی هنگام تولد ۲۳ سالگی‌اش رخ داده بود. ناجی غریق بود و بعد از ظهر یک روز گروهی از بچه‌ها در استخر از سروکول هم بالا می‌رفتند و نوشیدنی می‌خوردند. دیوید به آنان گفت که مصرف الکل مجاز نیست. آن پسرها در مقابل به او حمله کردند و یکی از آنها با شیشهٔ شکستهٔ نوشیدنی چشم چپ دیوید را از کاسه درآورد. حالا پس از گذشت سی سال

از آن ماجرا، او هنوز کابوس‌ها و فلش‌بک‌هایی را درباره آن حادثه تجربه می‌کرد.

بی‌رحمانه پسر نوجوانش را به باد انتقاد می‌گرفت و اغلب اوقات بابت کوچک‌ترین سرپیچی سرش داد می‌زد و عملاً نمی‌توانست عشقی به همسرش نشان دهد. از یک منظر، احساس می‌کرد ازدست‌دادن غم‌انگیز یکی از چشمانش این اجازه را به او می‌دهد تا از دیگران سوءاستفاده کند؛ اما از آدم عصبانی و انتقام‌جویی هم که شده بود نفرت داشت. متوجه شده بود که تلاش‌هایش برای کنترل خشم موجب شده تا به شکل مزمنی بی‌قرار شود و نمی‌دانست آیا ترسش بابت ازدست‌دادن کنترل، عشق‌ورزی و دوستی را برایش غیرممکن کرده است یا خیر.

در دومین ملاقاتمان، روشی به اسم حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و پردازش مجدد (ای‌ام‌دی‌آر) را معرفی کردم. از دیوید خواستم تا به جزئیات آن تهاجم بازگردد و تصاویر حمله، صداهایی که شنیده بود و افکاری را که در سرش چرخیده بود به ذهن بیاورد. به او گفتم: «فقط اجازه بده آن لحظات برگردند.»

سپس از او خواستم انگشت اشاره‌ام را همین‌طور که در فاصله سی سانتی‌متری از چشم راستش آرام جلو

و عقب می‌بردم، دنبال کند. در عرض چند ثانیه رشته‌ای از خشم و وحشت ظاهر شد و در پی آن ادراکات واضحی از درد، خونی که از گونه‌اش سرازیر می‌شد و آگاهی از اینکه نمی‌تواند ببیند، همراهش آمد. همچنان که این ادراکات را گزارش می‌کرد، گهگاهی صدای ترغیب‌کننده‌ای ایجاد می‌کردم و به عقب‌وجلوبردن انگشتم ادامه می‌دادم. هرچند دقیقه مکث می‌کردم و از او می‌خواستم تا نفس عمیقی بکشد. سپس از او خواستم تا توجهش را به آنچه در آن لحظه در ذهن داشت که دعوی در مدرسه بود، معطوف کند. به او گفتم به همان خاطره توجه داشته باشد و رهایش نکند. خاطرات دیگری نیز، ظاهراً به‌طور تصادفی، پدیدار شدند: اینجا و آنجا گشتن به دنبال ضارب، تمایل به ضربه‌زدن به آن‌ها، شروع نزاع‌های پرسروصدایی در کافه‌ها. هربار که خاطره یا ادراک جدیدی را گزارش می‌داد، تشویقش می‌کردم تا به آنچه در ذهنش می‌گذرد توجه کند و حرکت انگشتم را از سر می‌گرفتم.

در پایان آن جلسه، دیوید آرام‌تر و مشخصاً آسوده‌خاطرتر به نظر می‌رسید. گفت از شدت خاطره آن ضربه کاسته شده است. آن اتفاق حالا رویداد ناخوشایندی بود که مدت‌ها قبل رخ داده است. متفکرانه گفت: «خیلی مزخرف بود و سال‌ها زندگی‌ام را به هم ریخته بود؛ اما شگفت‌زده‌ام که بالاخره توانستم چه زندگی خوبی برای خودم بسازم.»

یک هفته بعد در سومین جلسه به پیامدهای تروما پرداختیم: چطور سال‌ها با مصرف دارو و الکل با خشمش کنار آمده بود. همان‌طور که توالی‌های ای‌ام‌دی‌آر را تکرار می‌کردیم، خاطرات بیشتری هم به ذهنش آمدند. دیوید به خاطر آورد که با یکی از نگهبانان زندان که می‌شناختش حرف زده بود تا در زندان ترتیب قتل فرد ضارب را بدهد؛ اما بعد نظرش عوض شده بود. یادآوری این تصمیم عمیقاً رهایی‌بخش بود: خود را در قامت هیولایی دیده بود که به‌سختی می‌توانست خودش را کنترل کند؛ اما به‌واسطه آگاهی از اینکه از انتقام صرف‌نظر کرده بود، بار دیگر با جنبهٔ با‌ملاحظه و بخشنده‌اش پیوند خورده بود.

سپس خودبه‌خود فهمید رفتارش با پسرش شبیه همان احساسی بود که به ضاربانش نوجوانش داشته است. در پایان جلسه، از من خواست تا با او و خانواده‌اش ملاقات کنم و ماجرا را برای پسرش تعریف کنم و از او بخواهم پدرش را ببخشد. در پنجمین و آخرین جلسه‌مان، گزارش داد که بهتر می‌خوابد و اظهار داشت برای اولین بار در زندگی حس آرامش باطنی دارد. یک سال بعد تماس گرفت تا بگوید که نه‌تنها به همسرش نزدیک‌تر شده و با هم تمرین یوگا را شروع کرده‌اند، بلکه از قبل بیشتر می‌خندد و از باغبانی و کارهای چوبی واقعاً لذت می‌برد.

آشنایی با ای‌ام‌دی‌آر

تجربه کاری‌ام با دیوید یکی از چندین تجربیاتم است که طی بیش از دو دهه داشته‌ام و در آن‌ها ای‌ام‌دی‌آر کمک کرده تا بازآفرینی‌های دردناک تروما مسئله‌ای مربوط به گذشته شود. آشنایی‌ام با این روش به لطف مگی صورت گرفت. مگی روان‌شناس جوان و شجاعی بود که یک مرکز توان‌بخشی را برای دخترانی که دچار سوءاستفاده جنسی شده بودند اداره می‌کرد. مگی از مشاجره‌ای وارد مشاجره دیگری می‌شد و تقریباً با همه درگیر بود، به جز دختران سیزده‌چهارده‌ساله‌ای که از آنان مراقبت می‌کرد. مواد مخدر می‌کشید، بگومگوهای زیادی با کارفرمایانش داشت، و مدام از جایی به جای دیگر نقل مکان می‌کرد چون نمی‌توانست هم‌اتاقی‌هایش را تحمل کند (آن‌ها هم نمی‌توانستند مگی را تحمل کنند). هرگز نفهمیدم چطور پایداری و تمرکز کافی را برای کسب مدرک دکتری رشته روان‌شناسی از یک دانشکده معتبر به دست آورده بود.

مگی به گروه درمانی‌ای ارجاع شده بود که من برای زنانی با همین مشکلات اداره می‌کردم. در جلسه دوم اظهار داشت که پدرش دو بار به او تجاوز کرده است، یک بار وقتی پنج‌ساله بود و یک بار هم در هفت‌سالگی. پذیرفته بود که تقصیر از خودش بوده است. توضیح داد که عاشق پدرش بود و حتماً

به قدری اغواکننده بوده که پدرش نتوانسته خودش را کنترل کند. همچنان که به حرف‌هایش گوش می‌دادم، با خود فکر کردم: «شاید پدرش را سرزنش نکند؛ اما مطمئناً دارد بقیه افراد را سرزنش می‌کند»؛ از جمله درمانگران قبلی‌اش را که کمکی برای بهتر شدنش نکرده‌اند. او هم، مثل بسیاری از بازماندگان تروما، داستانی را با کلمات و داستان دیگری را با حرکات نقل کرد. در داستان دوم مرتباً جنبه‌های مختلف ترومایش را بازنمایی می‌کرد.

سپس یک روز مگی درحالی به گروه پیوست که مشتاق بود درباره تجربه فوق‌العاده‌ای صحبت کند که هفته پیش در جلسه تمرینی ای‌ام‌دی‌آر برای حرفه‌ای‌ها دیده بود. در آن مقطع فقط شنیده بودم که ای‌ام‌دی‌آر گرایش زودگذر جدیدی است که در آن درمانگر انگشتش را مقابل چشمان بیمار می‌جانباند. در نگاه من و همکاران دانشگاهی‌ام این روش یکی دیگر از همان تب‌وتاب‌هایی به نظر می‌رسید که همواره مایه دردسر روان‌پزشکی بوده‌اند و اعتقاد داشتم این هم یکی دیگر از بدیاری‌های مگی از آب در خواهد آمد.

مگی به ما گفت که در طول جلسه ای‌ام‌دی‌آر تجاوز پدرش به او در هفت‌سالگی را به وضوح به یاد آورده است. این رویداد را از درون بدن کودکانه‌اش به خاطر آورد. به لحاظ فیزیکی می‌توانست جثه کوچک

خودش را حس کند. می‌توانست بدن گنده پدرش را روی بدن آن کودک احساس کند و قادر بود بوی الکل را از نفسش استشمام کند. مگی گفت که باوجوداین، حتی باینکه آن رویداد را بار دیگر تجسم کرده بود، می‌توانست آن اتفاق را از دیدگاه خود ۲۹ ساله‌اش مشاهده کند. ناگهان به گریه افتاد: «من فقط یک دختر کوچولو بودم. چگونه مردی به آن گندگی می‌توانست آن کار را با دختر کوچکی انجام دهد؟» مدتی گریه کرد و آن‌گاه گفت: «حالا کار تمام شده است. حالا می‌دانم چه اتفاقی افتاده است. تقصیر من نبود. دختر کوچولویی بودم و کاری برای جلوگیری از آزار دادن‌های پدرم از دستم برنمی‌آمد.»

متحیر شده بودم. مدت‌ها بود به دنبال راهی می‌گشتم تا به بیماران کمک کنم بدون ترومایی شدن مجدد، با گذشته ترومایی‌شان روبه‌رو شوند. به نظر می‌رسید مگی تجربه‌ای داشته که به اندازه فلش‌بک واقعی بوده؛ اما باین حال مورد هجومش قرار نگرفته است. آیا ای‌ام‌دی‌آر می‌توانست دسترسی افراد را به آثار به‌جای‌مانده از تروما برایشان امن کند؟ آیا سپس می‌توانست این آثار به‌جای‌مانده را به خاطره رویدادهایی تبدیل کند که در گذشته‌ای دور رخ داده‌اند؟

مگی در چند جلسه ای‌ام‌دی‌آر دیگر شرکت کرد و به‌قدر کافی در گروه‌مان ماند تا تغییراتی را که در او

به وجود آمده بود ببینیم. کمتر عصبانی می‌شد؛ اما آن حس شوخ‌طبعی کنایه‌آمیزش را که بسیار از آن لذت می‌بردم حفظ کرد. چند ماه بعد با مرد بسیار متفاوت‌تری از آنچه پیش از این دیده بود دمخور شد. از گروه جدا شد و اعلام کرد ترومایش را رفع کرده است. من هم به این نتیجه رسیدم که وقتش شده درزمینه‌ای ام‌دی‌آر آموزش ببینم.

ایام‌دی‌آر: اولین مواجهات

ایام‌دی‌آر نیز همچون بسیاری از پیشرفت‌های علمی با مشاهده‌ای اتفاقی شکل گرفت. روزی از روزهای سال ۱۹۸۷ فرانسین شاپیرو،^{۲۹۱} روان‌شناس، در پارکی قدم می‌زد و ذهنش درگیر خاطرات دردناکی بود که ناگهان متوجه شد حرکات سریع چشم آسودگی بی‌اندازه‌ای را از فشار روانی‌اش ایجاد می‌کنند. چگونه ممکن است یکی از شیوه‌های درمانی مهم از تجربه‌ای به این کوتاهی زاییده شود؟ چطور ممکن است قبلاً کسی به فرایندی به این سادگی توجه نکرده باشد؟ شاپیرو که در ابتدا درباره‌ی مشاهده‌اش تردید داشت، سال‌ها درباره‌ی روش ابداعی‌اش آزمایش و تحقیق کرد و به‌تدریج آن را به‌صورت رویکردی استاندارد درآورد که می‌شد در مطالعات شاهدهی آن را آموزش داد و آزمایش کرد. (۱)

وقتی در اولین جلسه‌ی کارآموزی ایام‌دی‌آر شرکت کردم، خودم به نوعی پردازش ترومایی نیاز داشتم. چند هفته قبل از آن کشیشی یسوعی که رئیس بخش من در بیمارستان عمومی ماساچوست بود، به‌یک‌باره درمانگاه تروما را تعطیل کرد و همین امر موجب شد تا سراسیمه به‌دنبال محل و سرمایه‌ی جدیدی برای درمان بیمارانمان، آموزش دانشجویانمان و اجرای پژوهش‌هایمان بگردیم. تقریباً در همان زمان، دوستم فرانک پاتنم که مشغول مطالعه‌ی بلندمدتی در خصوص دختران قربانی سوءاستفاده‌ی جنسی

بود و در فصل دهم درباره‌اش حرف زدم، از مؤسسه ملی سلامت اخراج شد و ریک کلافت،^{۲۹۲} برجسته‌ترین متخصص حوزه گسستگی، واحدش را در مؤسسه وابسته به بیمارستان پنسیلوانیا از دست داد. شاید همه این‌ها اتفاقی بوده باشد؛ اما احساسی به من دست داده بود که گویی کل جهانم مورد حمله قرار گرفته است.

ناراحتی‌ام بابت درمانگاه تروما آزمون خوبی برای امتحان کردن روش ای‌ام‌دی‌آر به نظر می‌رسید. همین‌طور که داشتم با چشمانم انگشت همکارم را دنبال می‌کردم، زنجیره سریعی از صحنه‌های مبهم کودکی به ذهنم آمد: گفت‌وگوهای پرحرارت خانوادگی سر میز ناهار، بگو مگو با هم‌مدرسه‌ای‌ها در زنگ تفریح، پرتاب سنگ‌ریزه به طرف یکی از پنجره‌های انباری به همراه برادر بزرگ‌ترم؛ همه‌شان تصاویر تقریباً واضح، شناور و «رؤیای‌گونه‌ای» بودند که همه ما در چرت‌های دیر هنگام صبح‌های یکشنبه می‌بینیم و بلافاصله پس از بیدار شدن فراموششان می‌کنیم.

پس از گذشت حدود نیم ساعت من و همکار کارآموزم مجدداً همان صحنه‌ای را تجربه کردیم که در آن رئیس‌مان گفته بود قصد دارد درمانگاه را ببندد. آن موقع بود که تسلیم شدم: «خُب، این اتفاق روی داده و حالا وقتش است به جلو حرکت کنیم.» هرگز به عقب نگاه نکردم؛ درمانگاه بعدها به حالت اول

برگشت و از آن زمان تاکنون ترقی کرده است. آیا ایام‌دی‌آر تنها دلیلی بود که توانستم از شر خشم و ناراحتی‌ام راحت شوم؟ مسلماً هرگز نخواهم توانست با قطعیت این حرف را بزنم؛ اما سفر ذهنی‌ام از دل صحنه‌های نامرتب کودک‌ها تا به فراموشی سپردن آن ماجرا با چیزهایی که در گفت‌وگو درمانی دیده بودم فرق داشت.

آنچه بعداً اتفاق افتاد، یعنی وقتی که نوبت خودم شد تا از روش ایام‌دی‌آر برای درمان بیماران استفاده کنم، از این هم جالب‌تر بود. به نوبت در گروه‌های مختلفی قرار می‌گرفتم و هم‌دانشجویی جدیدم که قبلاً هرگز ندیده بودم، گفت که می‌خواهد با حوادث دردناکی از کودکی‌اش که پدرش در آن‌ها نقش داشته کنار بیاید؛ اما نمی‌خواست درباره‌شان حرف بزند. هرگز بدون آگاهی از «داستان» افراد، روی ترومایشان کار نکرده بودم، برای همین امتناعش از بیان جزئیات آزرده و آشفته‌ام کرد. وقتی انگستانم را مقابل چشمانش حرکت می‌دادم، شدیداً ناراحت به نظر می‌رسید؛ به حق افتاد و تنفسش سریع و عمیق شد. اما هر موقع سؤالاتی را طبق دستورالعمل از او می‌پرسیدم، نمی‌گفت در ذهنش چه می‌گذرد.

در پایان جلسه ۴۵ دقیقه‌ای‌مان، اولین چیزی که همکارم گفت این بود که کارکردن با من آن قدر ناخوشایند بوده که هرگز مریضی را به من ارجاع نخواهد داد. وی اظهار داشت که به هر طریق این

جلسه ای‌ام‌دی‌آر موضوع سوءاستفاده پدرش را رفع کرده است. هرچند تردید داشتم و تصور می‌کردم گستاخی‌اش متأثر از احساسات رفع‌نشده‌اش به پدرش بود؛ اما شکی نبود که بسیار آرام‌تر به نظر می‌رسید.

پیش مربی‌ام، جرال‌د پاک،^{۲۹۳} رفتم و حجم سردرگمی‌ام را با او در میان گذاشتم. آن مرد آشکارا از من خوشش نیامده بود و در طول جلسه ای‌ام‌دی‌آر عمیقاً ناراحت به نظر می‌رسید؛ اما حالا ادعا می‌کرد بدبختی دیرینه‌اش از بین رفته است. اگر مایل نبود از آنچه در جلسه درمانی برایش اتفاق افتاده حرف بزند، اصلاً چطور می‌توانستم بدانم چه چیزی را مرتفع کرده و چه چیزی را نه؟

جری لبخندی زد و پرسید آیا برحسب اتفاق دلیل اینکه متخصص سلامت روان شده‌ام این است که بعضی از مسائل شخصی خودم را هم حل‌وفصل کنم. تأیید کردم که بیشتر کسانی که مرا می‌شناسند همین فکر را می‌کنند. سپس از من پرسید وقتی افراد داستان ترومایشان را برایم تعریف می‌کنند، آن‌ها را معنادار می‌یابم. باز هم مجبور بودم حرفش را قبول کنم. آن‌گاه گفت: «می‌دانی بسل، شاید لازم باشد یاد بگیری که تمایلات نظربازانه‌ات را کنار بگذاری. اگر شنیدن داستان ترومای بقیه برایت مهم است، به کافه‌ای برو، چند دلار روی میز بگذار و به بغل‌دستی‌ات بگو: "اگه قصه ترومایت را بهم بگی به یه

نوشیدنی دعوت می‌کنم." اما واقعاً باید تفاوت بین تمایلت برای شنیدن داستان‌ها و فرایند درونی درمان بیمار را بدانی.» نصیحت جری را با دل‌وجان پذیرفتم و از آن زمان به بعد از تکرار آن حرف برای دانشجویانم لذت برده‌ام. دوره آموزشی ای‌ام‌دی‌آر را درحالی ترک کردم که سه مسئله ذهنم را درگیر خود کرده بود، سه مسئله‌ای که هنوز هم مرا به وجد می‌آورند:

- ای‌ام‌دی‌آر چیزی را در ذهن/ مغز شل می‌کند که موجب می‌شود افراد دسترسی سریعی به خاطرات و تصاویر نه‌چندان مرتبطی از گذشته‌شان پیدا کنند. به نظر می‌رسد این کار به آنان کمک می‌کند تا تجربه ترومایی را در بافت یا جنبه بزرگ‌تری قرار دهند.

- این امکان وجود دارد که افراد بدون حرف‌زدن از تروما از آن بهبود یابند. ای‌ام‌دی‌آر به آن‌ها کمک می‌کند تا تجربیاتشان را به شیوه جدیدی ببینند، بدون بده‌بستان کلامی با شخصی دیگر.

- حتی وقتی بیمار و درمانگر رابطه معتمدانه‌ای هم با یکدیگر ندارند، ای‌ام‌دی‌آر می‌تواند کمک‌کننده باشد. این مسئله به‌ویژه از آن جهت جالب بود که تروما، آن‌طور که انتظار می‌رود، به‌ندرت افرادی با قلب‌های مهربان و ساده را ترک می‌کند.

طی این سال‌ها، روش ای‌ام‌دی‌آر را برای مداوای بیمارانی به کار برده‌ام که به زبان‌های سواحیلی، ماندارین و برتون صحبت می‌کردند، زبان‌هایی که در آن‌ها فقط می‌توانستم عبارت «توجه داشته باش» را که دستورالعمل اصلی ای‌ام‌دی‌آر است، بگویم. (همواره مترجمی در اختیار داشتم؛ اما عمدتاً برای توضیح گام‌های فرایند درمان.) از آنجاکه در ای‌ام‌دی‌آر بیماران لازم نیست دربارهٔ چیزهای تحمل‌ناپذیر حرف بزنند یا دلیل احساس ناراحتی‌شان را برای درمانگر شرح دهند، این روش به آن‌ها اجازه می‌دهد تا کاملاً روی تجربهٔ درونی‌شان متمرکز شوند؛ این کار گاهی نتایج خارق‌العاده‌ای در پی دارد.

مطالعهٔ ای‌ام‌دی‌آر

یکی از مدیران بخش سلامت روان بیمارستان ماساچوست که فعالیت‌های ما را در حوزهٔ کودکان دنبال کرده بود، درمانگاه تروما را نجات داد و حالا از ما می‌خواست تا گروه رسیدگی به ترومای جامعه را برای منطقهٔ بوستون سازمان‌دهی کنیم. همین‌قدر برای پوشش عملیات‌های پایه‌ای‌مان کافی بود. بقیه‌اش را کارکنانی پرانرژی تأمین کردند که عاشق کار ما بودند، از جمله قدرت تازه‌کشف‌شدهٔ ای‌ام‌دی‌آر برای درمان برخی از بیمارانی که پیش از این قادر به مداوایشان نبودیم.

من و همکارانم کم‌کم فیلم‌های جلسات ای‌ام‌دی‌آر را که برای بیماران پی‌تی‌اس‌دی برگزار کرده بودیم به هم نشان دادیم؛ این امر کمک کرد تا هفته‌به‌هفته شاهد پیشرفت‌های چشمگیری باشیم. سپس پیشرفت بیمارانمان را روی مقیاس‌های رتبه‌بندی استاندارد پی‌تی‌اس‌دی به‌دقت سنجیدیم. به‌علاوه با الیزابت متیو،^{۲۹۲} متخصص جوان تصویربرداری عصبی بیمارستان نیو انگلند دیکونس، هم‌ترتیبی دادیم تا قبل و بعد از درمان از دوازده بیمار اسکن مغزی بگیریم. پس از گذشت فقط سه جلسه ای‌ام‌دی‌آر، نمره پی‌تی‌اس‌دی هشت نفر از دوازده بیمار کاهش شایان توجهی را نشان داده بود. طبق اسکن‌های مغزی‌شان پس از درمان توانستیم افزایش چشمگیری را در فعال‌سازی لوب پیش‌پیشانی و همین‌طور فعالیت بیشتر سینگولیت قدامی و عقده‌های قاعده‌ای مشاهده کنیم. این تغییر تفاوت نحوه تجربه ترومای افراد مختلف را توجیه می‌کند.

مردی چنین گزارش داد: «ترومایم را به‌گونه‌ای به یاد دارم که گویی خاطره‌ای واقعی است؛ اما قدیم‌تر از این‌ها بود. معمولاً غرقش می‌شدم؛ اما این دفعه آن بالا شناور بودم. این احساس را داشتم که اوضاع را تحت کنترل دارم.» زنی به ما گفت: «قبلاً تک‌به‌تک گام‌های تروما را احساس می‌کردم. اما حالا بیشتر شبیه به یک کل است تا چند صحنه پراکنده، برای همین بهتر می‌توان مدیریتش کرد.» تروما

فوریتش را از دست داده بود و قصه‌ای شده بود که مدت‌ها قبل اتفاق افتاده است.

متعاقباً سرمایه‌ای را از محل مؤسسه ملی سلامت روان به دست آوردیم تا تأثیر ای‌ام‌دی‌آر را با مقدارهای استاندارد پروزاک یا نوعی دارونما مقایسه کنیم. (۲) از بین ۸۸ شرکت‌کننده مطالعه‌مان، سی نفرشان ای‌ام‌دی‌آر، ۲۸ نفر پروزاک و بقیه هم دارونما دریافت کردند. مانند اغلب اوقات، افرادی که دارونما دریافت کردند عملکرد خوبی داشتند. پس از هشت هفته، پیشرفت ۴۲ درصدی‌شان بیشتر از درمان‌های دیگری بود که به اسم درمان‌های «مبتنی بر شواهد» ترویج می‌شوند.

عملکرد گروه پروزاک اندکی بهتر از گروه دارونما بود؛ اما نه آن قدر زیاد. این نتیجه معمولاً در بیشتر مطالعات صورت‌گرفته درباره داروهای پی‌تی‌اس‌دی تکرار می‌شود: صرف شرکت در مطالعه پیشرفتی حدوداً سی تا ۴۲ درصدی را در پی دارد؛ اگر داروها عمل کنند، پنج تا ۱۵ درصد به این مقدار افزوده می‌شود. با این حال، بیمارانی که با روش ای‌ام‌دی‌آر درمان شدند عملکرد به مراتب بهتری از گروه‌های پروزاک و دارونما از خود نشان دادند: پس از گذشت هشت جلسه ای‌ام‌دی‌آر، از هر چهار نفر یک نفر کاملاً مداوا شد (نمره پی‌تی‌اس‌دی آن‌ها به سطح ناچیزی رسیده بود)، در حالی که نرخ بهبود در بین گروه پروزاک یک نفر از هر ده نفر بود. اما تفاوت واقعی در گذر زمان اتفاق افتاد: وقتی هشت ماه بعد با

شرکت‌کنندگانمان مصاحبه کردیم، نمرهٔ ۶۰ درصد از کسانی که ای‌ام‌دی‌آر دریافت کرده بودند به‌گونه‌ای بود که نشان می‌داد کاملاً بهبود یافته‌اند. همان‌طور که روان‌پزشک بزرگ، میلتون اریکسون،^{۲۹۵} می‌گفت لحظه‌ای که کُنده را هل دهید رودخانه به جریان می‌افتد. افراد به‌محض اینکه خاطرات ترومایی‌شان را یکپارچه کردند، بهبودشان خودبه‌خود ادامه یافت. در مقابل، همهٔ آن‌هایی که قرص پروزاک مصرف کرده بودند پس از قطع مصرف به حالت اول بازگشتند.

این مطالعه از آن روی اهمیت داشت که نشان داد روش درمانی متمرکز و تروما محوری مثل ای ام دی آر برای مداوای پی تی اس دی اثربخش تر از مصرف داروست. مطالعات دیگر تأیید کرده اند که اگر بیماران پروزاک یا دیگر داروهای این چینی نظیر سلکسا، پکسیل و زلفت مصرف کنند، علائم پی تی اس دی شان اغلب اوقات بهبود می یابد؛ اما صرفاً تا زمانی که به مصرف این داروها ادامه می دهند. این امر در بلندمدت درمان دارویی را بسیار پرهزینه تر خواهد کرد. (نکته جالب آنکه با وجود شهرت پروزاک به منزله داروی ضد افسردگی مهم، در مطالعه ما ای ام دی آر در مقایسه با داروهای ضد افسردگی کاهش بیشتری در نمره افسردگی به جای گذاشت).

یافته اصلی دیگر مطالعه ما این بود: بزرگسالانی که سابقه ترومای کودکی دارند در مقایسه با کسانی که در بزرگسالی دچار تروما شده بودند، پاسخ بسیار متفاوتی به روش ای ام دی آر دادند. در پایان هشت هفته، تقریباً نیمی از گروه بزرگسالانی که با ای ام دی آر درمان شده بودند نمره ای معادل بهبود کامل دریافت کردند، در حالی که فقط ۹ درصد از گروهی که در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته بودند چنین پیشرفت های مشهودی را از خود نشان دادند. هشت ماه بعد نرخ بهبود گروه مبتلا به تروما در بزرگسالی ۷۳ درصد بود؛ اما این مقدار برای کسانی که سابقه سوءاستفاده کودکی داشتند ۲۵ درصد

بود. گروه دارای سابقه سوءاستفاده کودکی واکنش اندک اما همواره مثبتی به پروزاک نشان دادند.

این نتایج یافته‌هایی را تقویت می‌کند که در فصل نهم به آن‌ها اشاره کردم: سوءاستفاده مزمن در کودکی باعث بروز سازگاری‌های ذهنی و بیولوژیکی متفاوتی به رویدادهای ترومایی مستقلی می‌شوند که در بزرگسالی رخ می‌دهند. ای‌ام‌دی‌آر درمان مؤثری برای رفع خاطرات به‌دام‌افتاده ترومایی است؛ اما الزاماً تأثیر خیانت و رهاشدگی را که با سوءاستفاده فیزیکی یا جنسی در کودکی همراهند، رفع نمی‌کند. هشت هفته درمان، از هر روشی که باشد، برای رفع میراث ترومای طولانی‌مدت چندان کافی نیست.

تا سال ۲۰۱۴، مطالعه ای‌ام‌دی‌آر ما در مقایسه با هر مطالعه منتشرشده‌ای که به بروز پی‌تی‌اس‌دی در واکنش به رویدادی ترومایی در بزرگسالی پرداخته بیشترین نتیجه مثبت را داشته است. اما با وجود این نتایج و یافته‌های دهه‌ها مطالعه دیگر، بسیاری از همکارانم همچنان درباره ای‌ام‌دی‌آر تردید دارند، شاید به این خاطر که آن قدر خوب است که باورکردنی نیست و آن قدر ساده است که به نظر نمی‌رسد بتواند چندان مؤثر باشد. مطمئناً می‌توانم این نوع شکاکیت را درک کنم؛ ای‌ام‌دی‌آر رویکرد غیرمتعارفی است. جالب اینجاست که در اولین مطالعه علمی جدی که در آن از روش ای‌ام‌دی‌آر برای کهنه‌سربازان مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی استفاده شد، به قدری ای‌ام‌دی‌آر روش ضعیفی تصور می‌شد که درمان «بازخورد زیستی

و آرام‌سازی» برای وضعیت کنترل و مقایسه با آن در نظر گرفته شد. برخلاف انتظار پژوهشگران، دوازده جلسه ای‌ام‌دی‌آر درمان اثربخش‌تری از آب درآمد. (۳) از آن زمان تاکنون، ای‌ام‌دی‌آر یکی از درمان‌های پی‌تی‌اس‌دی شده که وزارت امور کهنه‌سربازان اجازه‌اش را داده است.

آیا ای‌ام‌دی‌آر نوعی مواجهه‌درمانی است؟

عده‌ای از روان‌شناسان این فرضیه را مطرح کرده‌اند که ای‌ام‌دی‌آر در واقع حساسیت افراد را از محتوای ترومایی برمی‌دارد و بنابراین با مواجهه‌درمانی ارتباط دارد. توصیف دقیق‌ترش این است که ای‌ام‌دی‌آر محتوای ترومایی را ادغام می‌کند. همان‌طور که مطالعه‌ما نشان داد، افراد پس از ای‌ام‌دی‌آر به جای داشتن ادراکات و تصاویری که از هر بافتی جدا هستند، تروما را رویدادی منسجم مربوط به گذشته دیدند.

خاطرات تکامل می‌یابند و تغییر می‌کنند. بلافاصله پس از ساخته‌شدن هر خاطره‌ای، آن خاطره وارد فرایند طولانی ادغام و تفسیر مجدد می‌شود؛ فرایندی که به‌طور خودکار و بدون هیچ‌گونه داده‌ای از خود آگاه فرد در ذهن/ مغز رخ می‌دهد. با تکمیل این فرایند، تجربه‌مدنظر با دیگر رویدادهای زندگی

ادغام می‌شود و دیگر زندگی مستقلی از خود ندارد. ۴)) همان‌طور که دیده‌ایم، در پی‌تی‌اس‌دی این فرایند عمل نمی‌کند و حافظه همچنان هضم‌نشده و خام در دام باقی می‌ماند.

متأسفانه تعداد کمی از روان‌شناسان در خلال دوره‌های آموزشی‌شان نحوه عملکرد سیستم پردازش حافظه در مغز را یاد می‌گیرند. همین امر موجب می‌شود تا رویکردهای نادرستی به درمان اتخاذ کنند. برخلاف فوبیاهایی (نظیر ترس از عنکبوت که برمبنای ترس غیرمنطقی خاصی ایجاد می‌شود)، استرس پس‌از تروما در نتیجه بازآرایی اساسی دستگاه عصبی مرکزی و برمبنای تهدیدی واقعی مبنی بر نابودی (یا دیدن نابودی فردی دیگر) به وجود می‌آید؛ این امر تجربه فرد (به‌شکل درماندگی) و تفسیرش از واقعیت (جهان به مثابه مکانی خطرناک) را بازسازی می‌کند.

در خلال مواجهه‌درمانی، بیماران در ابتدا شدیداً ناراحت می‌شوند. با تجسم مجدد تجربه ترومایی، ضربان قلب، فشارخون و هورمون‌های استرس‌شان به سرعت افزایش می‌یابد. اما اگر در فرایند درمان بمانند و همچنان به تجسم ترومایشان ادامه دهند، رفته‌رفته از واکنش‌پذیری‌شان کاسته می‌شود و هنگام به‌یادآوری آن رویداد کمتر احتمال از هم پاشیدنشان می‌رود. در نتیجه، در رتبه‌بندی پی‌تی‌اس‌دی نمره کمتری می‌گیرند. باوجوداین، تاجایی که می‌دانیم، صرف مواجهه یک فرد با ترومای قدیمی باعث ادغام

آن خاطره در بافت کلی زندگی فرد نمی‌شود و به‌ندرت وی را به تعامل سرخوشانه با افراد و سرگرمی‌هایی بازمی‌گرداند که پیش از تروما داشت.

در مقابل، ای‌ام‌دی‌آر و روش‌های درمانی دیگری که در فصل‌های بعدی درباره‌شان حرف خواهیم زد - یعنی سیستم‌های خانواده‌درونی، یوگا، بازخورد عصبی، درمان روانی حرکتی و تئاتر - هم روی خاطرات پرشورِ فعال‌شده به‌واسطهٔ تروما تمرکز دارند، هم به احیای حس عاملیت، تعامل و تعهد از طریق مالکیت بر ذهن و بدن توجه دارند.

پردازش تروما با روش ای‌ام‌دی‌آر

کیتی دانشجوی ۲۱ ساله‌ای در دانشگاهی محلی بود. اولین باری که دیدمش، وحشت‌زده بود. سه سال از روان‌درمانی‌اش با درمانگری می‌گذشت که به او اعتماد داشت و احساس می‌کرد درکش می‌کند؛ اما هیچ پیشرفتی برایش حاصل نمی‌شد. پس از سومین اقدام به خودکشی، مرکز سلامت دانشگاهی‌اش او را به من ارجاع داد؛ آن‌ها امیدوار بودند شگرد جدیدی که درباره‌اش با آن‌ها صحبت کرده بودم بتواند کمکی به این دختر کند.

کیتی نیز همچون بسیاری از دیگر بیماران ترومایی‌ام توانست کاملاً مجذوب درس‌هایش شود: وقتی کتابی می‌خواند یا مقاله‌ای پژوهشی می‌نوشت، می‌توانست هرچیز دیگری را که به زندگی‌اش مربوط می‌شد نادیده بگیرد. بدین‌ترتیب توانست دانشجوی شایسته‌ای شود؛ حتی وقتی نمی‌دانست چطور رابطه صمیمانه‌ای با خودش برقرار کند، ارتباط با دوستی صمیمی که جای خود دارد.

کیتی گفت پدرش چندین سال از او به‌منزله فاحشه‌کودک استفاده کرده است؛ همین مسئله طبعاً موجب شده بود تا به فکر استفاده از ای‌ام‌دی‌آر برای درمان کمکی بیفتم. بااین‌حال، مشخص شد که خودش استاد ای‌ام‌دی‌آر است و پس از هشت جلسه کاملاً بهبود یافت، کوتاه‌ترین زمانی که به‌یاد دارم فردی با سابقه سوءاستفاده شدید در کودکی به بهبود برسد. آن جلسات به پانزده سال قبل برمی‌گشت و اخیراً برای گفت‌وگو درباره مزایا و معایب به‌فرزندگی گرفتن بچه سومش او را دیدم. دیدنش مایه شعف بود: باهوش و بانمک بود و سرخوشانه به خانواده و شغلش به‌عنوان استادیار رشته رشد رسیدگی می‌کرد.

می‌خواهم یادداشت‌هایم را درباره چهارمین جلسه درمانی ای‌ام‌دی‌آر کیتی با شما در میان بگذارم، نه فقط برای آنکه نشان دهم در چنین جلساتی معمولاً چه اتفاقی رخ می‌دهد، بلکه قصد دارم از کارکرد

ذهن انسان حین ادغام تجربه‌ای ترومایی پرده بردارم. هیچ اسکن مغزی، آزمایش خون یا مقیاسی نمی‌تواند آن را بسنجد، حتی فیلم ضبط‌شده هم فقط می‌تواند شبی از توانایی ای‌ام‌دی‌آر را در نمایش قدرت خیال‌پردازانه ذهن برملا کند.

کیتی صندلی‌اش را در زاویه ۴۵ درجه با صندلی من قرار داد، طوری که حدود یک متر و بیست سانتی‌متر بینمان فاصله بود. از او خواستم خاطره‌ مشخصاً دردناکی را به ذهن بیاورد و ترغیبش کردم تا آنچه را موقع رخ‌دادن آن خاطره شنیده، دیده یا در بدنش حس کرده به یاد بیاورد. (یادداشت‌هایم نشان نمی‌دهند که آیا خاطره‌اش را برایم تعریف کرد یا نه؛ حدس می‌زنم احتمالاً نگفته باشد؛ چون آن را ننوشته‌ام.)

پرسیدم آیا اکنون «در دل خاطره» قرار دارد یا نه و هنگامی که پاسخ مثبت داد، از او خواستم تا واقعی‌بودنش را در مقیاسی از یک تا ده مشخص کند. گفت حدوداً نه. سپس خواستم تا با چشمانش انگشتم را دنبال کند. گهگاهی پس‌از تکمیل مجموعه‌ای از حدود ۲۵ حرکت چشم، ممکن بود بگویم: «نفس عمیقی بکش» و آن‌گاه بگویم: «الان چه احساسی داری؟» یا «چه چیزی به ذهنت می‌آید؟» سپس کیتی برایم می‌گفت به چه فکر می‌کرد. هرگاه آهنگ صدا، حالت چهره، حرکات بدن یا الگوهای

تنفسی‌اش نشان می‌داد که به موضوع هیجانی مهمی رسیده‌ایم، می‌گفتم: «توجه داشته باش» و مجموعه دیگری از حرکات چشمی را آغاز می‌کردم و در این حین او حرفی نمی‌زد. به‌جز همین چند کلمه، ۴۵ دقیقه بعدش را ساکت می‌ماندم.

در اینجا تداعی‌ای را که کیتی پس از اولین دور از حرکات چشم گزارش داد می‌بینید: «متوجه می‌شوم که زخم‌هایی روی تنم هست، مربوط به وقتی که دست‌هایم را پشت‌سرم می‌بست. زخم بعدی مربوط به زمانی است که مرا علامت می‌زد تا مرا مال خودش بداند، و اینجا (اشاره می‌کند) جای گازگرفتن‌هایش است.» وقتی این‌ها را به خاطر می‌آورد بهت‌زده اما به‌طرز شگفت‌آوری آرام به نظر می‌رسید: «یادم می‌آید آغشته به بنزین بودم، چند عکس پولارویدی از من گرفت، و سپس در آب غوطه‌ور شدم. پدرم و دو نفر از دوستانش دسته‌جمعی به من تجاوز کردند؛ من را به یک میز بسته بودند.»

داشتم دل‌پیچه می‌گرفتم؛ اما به‌جز وقتی که از کیتی خواستم آن خاطرات را در ذهنش نگه دارد چیزی نگفتم. پس از حدود سی حرکت رفت‌و برگشتی دیگر وقتی دیدم دارد لبخند می‌زند دست نگه داشتم. وقتی از او پرسیدم درباره چه چیزی فکر می‌کند، پاسخ داد: «داخل یک کلاس کاراته بودم؛ عالی بود. همه را شکست می‌دادم! می‌دیدمشان که پا پس می‌کشند. داد می‌زد: "مگه نمی‌بینید دارید بهم

صدمه می‌زنید؟" گفتم: «همان‌جا بمان» و دور بعدی را شروع کردم. وقتی تمام شد، کیتی گفت: «دو تا تصویر از خودم دارم، یکی این دختر کوچولوی باهوش و زیبا... و آن هرزه. همه این زن‌هایی که نمی‌توانستند از خودشان یا از من یا از مردهایشان مراقبت کنند، کار را به من می‌سپردند تا به این مردها سرویس بدهم.» در دور بعد شروع کرد به گریه کردن و هنگامی که کار را متوقف کردیم، گفت: «دیدم که چقدر کوچولو بودم؛ بی‌رحمی در حق آن دختر کوچولو تقصیر من نبود.» سر تکان دادم و گفتم: «همین‌طور است، همان‌جا بمان.» دور بعدی با این گزارش کیتی به اتمام رسید: «حالا دارم زندگی‌ام را تصور می‌کنم، من بزرگ‌تر من کوچک‌تر را در آغوش گرفته و می‌گویم "اینجا جای امن است."» برای دل‌گرمی‌اش سری تکان دادم و درمان را از سر گرفتم.

تصاویر همچنان به ذهن کیتی می‌آمد: «تصویر بولدوزری را می‌بینم که دارد خانه‌ای را که در آن بزرگ شدم با خاک یکسان می‌کند. کار تمام شده.» سپس کیتی مسیر متفاوتی را شروع کرد: «دارم دربارهٔ این فکر می‌کنم که چقدر جفری را دوست دارم (یکی از پسرهای هم‌کلاسی‌اش). به این فکر می‌کنم که شاید نخواهد با من بگردد. به این فکر می‌کنم که نمی‌توانم از پشش بریایم. نمی‌دانم چطور باید این کار را انجام دهم.» از او پرسیدم به نظرش چه چیزی لازم دارد و دور بعدی درمان را آغاز کردم. «حالا یکی هست که فقط می‌خواهد با من باشد؛ خیلی ساده است. نمی‌دانم چطور باید کنار مردها فقط خودم باشم. شدیداً می‌ترسم.»

همین‌طور که انگشتم را دنبال می‌کرد، به هق‌هق افتاد. وقتی متوقف شدم، گفتم: «تصویری از خودم و جفری را دیدم که در کافه نشسته‌ایم. پدرم از در وارد می‌شود. با صدای بلند فریاد می‌زند و تبری را در دست دارد؛ پدرم می‌گوید "بهت گفتم که تو مال منی." روی میز می‌نشاندم و سپس به من و بعد به جفری تجاوز می‌کند.» کیتی حالا داشت به شدت گریه می‌کرد. «چطور می‌توانی با کسی صمیمی باشی وقتی تصاویری از پدرت به ذهنت می‌آید که اول به تو و بعد به هر دویتان تجاوز می‌کند؟» می‌خواستم دل‌داری‌اش دهم اما می‌دانستم که ادامهٔ تداعی‌ها مهم‌تر است. از او خواستم روی حسی که در بدنش

داشت تمرکز کند: «درون ساعدها، شانها و سینه راستم حسش می‌کنم. فقط می‌خواهم یکی نگهم دارد.» ای‌ام‌دی‌آر را ادامه دادیم و هنگامی که دست نگه داشتیم، کیتی آسوده‌خاطر به نظر می‌رسید. «شنیدم که جفری گفت مشکلی نیست که جفری رو اینجا فرستادند تا از من مراقبت کند. این کاری نبود که من انجام داده باشم، او می‌خواهد به‌خاطر خودم با من باشد.» دوباره از او پرسیدم چه حسی در بدنش دارد. «واقعاً احساس آرامش می‌کنم. کمی متزلزل، مثل وقتی که دارید از ماهیچه‌های جدیدی استفاده می‌کنید. کمی آسودگی خاطر. جفری از قبل همه این‌ها را می‌داند. حس می‌کنم زنده‌ام و همه این ماجراها تمام شده است. اما از این بابت نگرانم که پدرم دختر کوچک دیگری هم دارد و همین موضوع خیلی خیلی ناراحت‌کننده می‌کند. می‌خواهم نجاتش دهم.»

اما همچنان که داشتیم ادامه می‌دادیم تروما با همه آن افکار و تصاویر بازگشت: «باید بالا بیاورم... بوهای زیادی به من حمله‌ور شده‌اند، عطر بدبو، الکل، استفراغ.» چند دقیقه بعد کیتی داشت به‌شدت می‌گریست: «واقعاً اینجا حضور مادرم را حس می‌کنم. انگار می‌خواهد ببخشمش. احساس می‌کنم همین اتفاق برای او هم افتاده است. پشت‌سرهم از من معذرت‌خواهی می‌کند. دارد می‌گوید این اتفاق برای او هم رخ داده است، پدر بزرگم با او این کار را کرده است. می‌گوید مادر بزرگم واقعاً متأسف است

که نبوده تا از من مراقبت کند.» مرتب از او می‌خواستم تا نفس عمیقی بکشد و هرچیزی را که به ذهنش می‌آید حفظ کند.

در پایان دور بعدی، کیتی گفت: «احساس می‌کنم تمام شده است. مادر بزرگم را حس کردم که با همین سنم مرا در آغوش گرفته بود و می‌گفت از اینکه با پدر بزرگم ازدواج کرده خیلی متأسف است. اینکه او و مادرم دارند مطمئن می‌شوند که این اتفاق همین‌جا تمام می‌شود.» پس از آخرین دور ای‌ام‌دی آر کیتی لبخند می‌زد: «تصویری از خودم دارم که پدرم را به بیرون کافه هل می‌دهم و جفری هم در را پشت سرش قفل می‌کند. پدرم بیرون می‌ایستد. می‌توانی از پشت شیشه ببینی‌اش، همه دارند مسخره‌اش می‌کنند.»

کیتی به کمک روش ای‌ام‌دی آر توانست خاطرات ترومایی‌اش را ادغام کند و از تخیلش کمک بگیرد تا آن‌ها را به دست فراموشی بسپرد و به حسی از تکمیل‌شدگی و کنترل دست یابد. این کار را با کمترین داده‌ای از سوی من و بدون بحث درباره جزئیات تجاربش انجام داد. (هرگز دلیلی ندیدم تا درباره تجربیاتش تردید کنم؛ تجربیاتش برای خود او واقعی بودند و وظیفه من این بود که به او کمک کنم تا در زمان حال با آن‌ها کنار بیاید.) این فرایند چیزی را در ذهن/ مغزش آزاد کرد و همین امر تصاویر،

احساسات و افکار جدیدی را فعال ساخت؛ گویی نیروی زندگی‌اش ظاهر شد تا فرصت‌های جدیدی را برای آینده‌ او خلق کند. (۵)

همان‌طور که دیده‌ایم، خاطرات ترومایی به‌شکل تصاویر، ادراکات و احساسات جدا از هم و دست‌نخورده‌ای به حیاتشان ادامه می‌دهند. به نظر من شاخص‌ترین ویژگی ای‌ام‌دی‌آر ظرفیت ظاهری‌اش برای فعال‌سازی مجموعه‌ای از ادراکات، هیجانات، تصاویر و افکار ناخواسته و ظاهراً نامرتب در کنار حافظه اصلی است. این شکل از سرهم‌بندی مجدد اطلاعات قدیمی در قالب بسته‌هایی جدید ممکن است دقیقاً همان روشی باشد که تجربیات عادی و غیرترومایی روزمره‌مان را ادغام می‌کنیم.

بررسی ارتباط خواب

مدت کوتاهی پس از یادگیری روش ای‌ام‌دی‌آر از من خواستند تا درباره فعالیت‌م در آزمایشگاه خواب مرکز سلامت روان ماساچوست به‌ریاست آلن هابسون سخنرانی کنم. هابسون (به‌همراه استادش میشل ژووه^{۲۹۶}) (۶) به‌دلیل کشف محل ایجاد رؤیاها در مغز شهرت پیدا کرده بود و دستیار پژوهشی‌اش، رابرت استیک‌گلد،^{۲۹۷} در آن زمان به‌تازگی بررسی کارکرد رؤیاها را آغاز کرده بود. برای اعضای گروه فیلمی را از

بیماری پخش کردم که پس از سانحهٔ رانندگی وحشتناکی به مدت سیزده سال از پی‌تی‌اس‌دی حاد رنج برده بود و تنها در عرض دو جلسهٔ ای‌ام‌دی‌آر از قربانی درماندهٔ وحشت‌زده‌ای به زنی دارای اعتماد به نفس و جسور تبدیل شده بود. باب شیفته شده بود.

چند هفته بعد یکی از دوستان خانوادگی استیک‌گلد پس از مرگ گربه‌اش به حدی افسرده شد که ناچار شدند بستری‌اش کنند. روان‌پزشک معالج تشخیص داد که مرگ گربه خاطرات برطرف‌نشدهٔ مربوط به فوت مادرش را که در آن موقع دوازده‌ساله بوده، تحریک کرده است؛ بنابراین او را به راجر سالامون^{۲۹۸} معرفی کرد؛ سالامون یکی از مربیان شناخته‌شدهٔ روش ای‌ام‌دی‌آر بود و با موفقیت آن زن را درمان کرد. سپس آن زن با استیک‌گلد تماس گرفت و گفت: «باب، باید دربارهٔ این موضوع تحقیق کنی. واقعاً عجیب است؛ با مغزت سروکار دارد نه با ذهنت.»

طولی نکشید که مقاله‌ای در مجلهٔ دریمینگ^{۲۹۹} به چاپ رسید و نشان داد که ای‌ام‌دی‌آر با مرحلهٔ حرکت سریع چشم در خواب (رم)^{۳۰۰} ارتباط دارد؛ رم مرحله‌ای از خواب است که رؤیاها در آن اتفاق می‌افتند. (۷) پژوهش‌ها پیش از این نشان داده‌اند که خواب، به‌ویژه خواب همراه با رؤیا، نقش مهمی در تنظیم خلق دارد. طبق مقالهٔ منتشرشده در مجلهٔ دریمینگ، هنگام خواب رم چشم‌ها با سرعت حرکت

می‌کنند، درست مثل اتفاقی که در ای‌ام‌دی‌آر رخ می‌دهد. افزایش زمان سپری‌شده در خواب رِم افسردگی را کاهش می‌دهد، درحالی‌که هرچه میزان خواب رِم کم باشد، احتمال افسردگی بیشتر می‌شود. (۸)

البته ارتباط پی‌تی‌اس‌دی با اختلال خواب امر شناخته‌شده‌ای است و خوددرمانی با الکل یا دارو هم موجب مختل‌شدن هرچه بیشتر خواب رِم می‌شود. طی فعالیت‌ها در ادارهٔ امور کهنه‌سربازان، من و همکارانم پی بردیم که کهنه‌سربازان مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی اغلب خود را بلافاصله پس از رفتن به مرحلهٔ خواب رِم بیدار می‌کردند (۹)، احتمالاً به این دلیل که پیش از این برشی از صحنه‌ای ترومایی در رؤیایشان فعال شده بود. (۱۰) پژوهشگران دیگری هم متوجه این پدیده شدند؛ اما تصور می‌کردند این موضوع ارتباطی با درک پی‌تی‌اس‌دی ندارد. (۱۱)

امروزه می‌دانیم که خواب عمیق و خواب رِم نقش مهمی در چگونگی تغییر خاطرات در گذر زمان ایفا می‌کنند. مغز خفته با افزایش ردِ اطلاعات هیجانی مرتبط و کمک به کم‌رنگ‌شدن موضوعات بی‌ربط، شکل دوباره‌ای به خاطره می‌دهد. (۱۲) استیک‌گلد و همکارانش در چند مقالهٔ ظریف نشان دادند که مغز خفته حتی می‌تواند اطلاعاتی را تفسیر و در سیستم بزرگ‌تر حافظه ادغامشان کند که در زمان

بیداری ارتباطشان مشخص نیست. (۱۳)

رؤیاها تکه‌هایی از خاطرات قدیمی را ماه‌ها و حتی سال‌ها بعد مجدداً تکرار، ترکیب و ادغام می‌کنند. (۱۴) رؤیاها همواره واقعیت‌های نهفته را به‌روزرسانی می‌کنند؛ این واقعیت‌های نهفته هستند که تعیین می‌کنند ذهن بیدار ما به چه چیزی توجه کند. و شاید مسئله‌ای که بیشترین اهمیت را برای ای‌ام‌دی‌آر داشته باشد این است که ما در خواب رِم در مقایسه با خواب غیر رِم یا حالت بیداری عادی، تداعی‌های دورتر را فعال می‌کنیم. برای مثال، وقتی شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ای از خواب غیر رِم بیدار می‌شوند و آزمون تداعی کلمات را مقابل خود می‌بینند، پاسخ‌های استاندارد می‌دهند: داغ/سرد، سفت/نرم و غیره. اما وقتی از خواب رِم بیدار می‌شوند، نسبت‌های کم‌متعارف‌تری را ایجاد می‌کنند، مثلاً دزد/اشتباه. (۱۵) به‌علاوه، پس از خواب رِم بازچینی‌های ساده حروف را راحت‌تر انجام می‌دهند. این حرکت به‌سمت فعال‌سازی تداعی‌های دور ممکن است توجیهی برای این مسئله باشد که چرا رؤیاها این قدر عجیب و غریب‌اند. (۱۶)

بنابراین استیک‌گلد، هابسون و همکارانشان پی بردند که رؤیاها به ایجاد روابط جدید بین خاطراتی به‌ظاهر بی‌ربط کمک می‌کنند. (۱۷) دیدن پیوندهای بدیع و یژگی اصلی خلاقیت است؛ همان‌طور که

دیده‌ایم، این پیوندها برای بهبود بیماران نیز ضروری‌اند. ناتوانی در تلفیق دوباره تجربیات هم یکی از ویژگی‌های بارز پی‌تی‌اس‌دی است. نوام فصل چهارم توانست ترامپولینی را برای نجات قربانیان آتی تروریسم در ذهن تصور کند؛ اما مبتلایان به تروما در تداعی‌های تثبیت‌شده‌ای گرفتار می‌شوند: هرکه دستاری بر سر دارد سعی دارد مرا بکشد؛ هر مردی که برایش جذاب به نظر می‌رسد قصد دارد به من تجاوز کند.

در پایان، استیک‌گلد رابطه شفاف‌تری را بین ای‌ام‌دی‌آر و پردازش حافظه در رؤیاها ارائه می‌دهد: «اگر تحریک دوسویه ای‌ام‌دی‌آر حالت‌های مغزی را، به همان شکلی که در خواب رخ می‌دهد، تغییر می‌دهد، پس شواهد خوبی در دست است که ای‌ام‌دی‌آر باید بتواند از پردازش‌های وابسته به خواب که ممکن است در مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی مسدود شده یا بی‌اثر باشند، بهره بگیرد تا امکان پردازش مؤثر حافظه و رفع تروما را فراهم آورد.» (۱۸) دستورالعمل پایه‌ای ای‌ام‌دی‌آر، «آن تصویر را در ذهنت نگه دار و فقط به حرکات رفت و برگشتی انگشتان من نگاه کن»، می‌تواند به خوبی چیزی را بازآفرینی کند که در مغز خفته رخ می‌دهد. هم‌زمان با چاپ این کتاب، من و روث لانیوس مشغول بررسی این موضوع هستیم که در زمان حضور افراد در دستگاه اف‌ام‌آر‌آی، واکنش مغز به حرکات جهشی چشم حین به‌یادآوری

رویدادی ترومایی و تجربه‌ای عادی چگونه است. با ما همراه باشید.

تداعی و ادغام

ای‌ام‌دی‌آر، برخلاف درمان‌های مواجهه‌ای متعارف، زمان بسیار اندکی را به تجسم دوباره ترومای اصلی اختصاص می‌دهد. مسلماً خود تروما نقطه آغاز است؛ اما بر تحریک و شروع فرایند تداعی تأکید می‌شود. مطالعه پروزاک / ای‌ام‌دی‌آر ما نشان داد که داروها می‌توانند تصاویر و ادراکات رویدادی وحشتناک را کم‌رنگ کنند؛ اما این تصاویر و ادراکات در ذهن و بدن باقی می‌مانند. برخلاف آن‌هایی که به کمک پروزاک حالشان بهتر شد - کسانی که خاطراتشان به‌جای ادغام‌شدن به‌منزله رویدادی مربوط به گذشته صرفاً تضعیف شد - افرادی که با ای‌ام‌دی‌آر درمان شدند دیگر آثار مشخص تروما را تجربه نکردند: تروما قصه رویدادی وحشتناک شد که مدت‌ها قبل رخ داده بود. همان‌طور که یکی از بیمارانم همچنان که دستش را به نشانه کوچک‌انگاری موضوع تکان می‌داد، گفت: «کار تمام شد.»

درست است که هنوز نمی‌دانیم ای‌ام‌دی‌آر دقیقاً چگونه کار می‌کند؛ اما از طرز کار دقیق پروزاک هم بی‌خبریم. پروزاک روی سروتونین تأثیر می‌گذارد؛ اما هنوز نامشخص است که سطح سروتونین را بالا

می‌برد یا پایین می‌آورد، در کدام‌یک از سلول‌های مغزی اثر می‌گذارد و چرا از ترس افراد می‌کاهد. برای همین، دقیقاً نمی‌دانیم چرا صحبت با دوستی قابل‌اعتماد این‌چنین آسودگی خاطر عمیقی به فرد می‌دهد؛ تعجب می‌کنم چرا افراد کمی هستند که مشتاق‌اند دلیل این موضوع را بررسی کنند. (۱۹)

پزشکان بالینی فقط یک وظیفه دارند: هرآنچه در توان دارند برای کمک به بهترشدن بیمارانشان انجام دهند. برای همین، فعالیت‌های بالینی همواره بستری برای آزمون و خطا بوده است. برخی از این آزمایش‌ها شکست می‌خورند، بعضی‌هایشان موفق می‌شوند و تعدادی‌شان مثل ای‌ام‌دی‌آر، «رفتاردرمانی دیالکتیکی» و «سیستم‌های خانواده‌درونی» مسیر نحوه درمان را تغییر می‌دهند. اعتبارسنجی همه این روش‌های درمانی ده‌ها سال زمان می‌برد؛ به‌علاوه حمایت‌های پژوهشی عمدتاً به شیوه‌های درمانی‌ای تعلق می‌گیرد که پیش‌از این اثربخشی‌شان ثابت شده باشد و همین مسئله موضوع اعتبارسنجی روش‌های دیگر را دچار مشکل می‌کند. وقتی تاریخچه پنی‌سیلین را در نظر می‌گیرم، بیشتر دل‌گرم می‌شوم: بین کشف خواص آنتی‌بیوتیکی پنی‌سیلین توسط الکساندر فلمینگ^{۳۰۱} در سال ۱۹۲۸ تا روشن‌شدن سازوکار آن در سال ۱۹۶۵ تقریباً چهار دهه فاصله بود.

فصل شانزدهم: توانایی ماواگزینی در بدن

یوگا

به محض اینکه مجدداً پیوند درونی تازه‌ای با نیازهای بدنمان احساس کردیم، ظرفیت کاملاً جدیدی برای عشق‌ورزی صمیمانه با خودمان ایجاد می‌شود. در مراقبت‌هایمان کیفیت جدیدی به نام صحت را تجربه می‌کنیم؛ این کیفیت توجه ما را به سلامتی، رژیم غذایی، انرژی و مدیریت زمانمان هدایت می‌کند. این افزایش مراقبت از خود به شکل ناگهانی و طبیعی اتفاق می‌افتد، نه در پاسخ به یک «باید». می‌توانیم لذتی آنی و درونی از خودمراقبتی را احساس کنیم.

۳۰۲ استیون کوپ، یوگا و جست‌وجو برای خود واقعی

اولین باری که آنی را دیدم با شلوار جین رنگ‌ورورفته و تی‌شرت بنفشی با طرح جیمی کلیف^{۳۰۳} روی صندلی سالن انتظار مطبم کز کرده بود. پاهایش آشکارا می‌لرزید و حتی پس از اینکه به داخل دعوتش کردم، همچنان به کف سالن خیره مانده بود. چیز زیادی درباره‌اش نمی‌دانستم به جز اینکه ۴۷ ساله

است و به کودکان با نیازهای ویژه درس می‌دهد. بدنش به وضوح نشان می‌داد آن قدر ترسیده که نمی‌تواند وارد گفت‌وگو شود، یا حتی اطلاعاتی معمول در حد نشانی محل سکونت یا بیمه درمانی‌اش ارائه دهد. افرادی که تا این حد ترسیده‌اند نمی‌توانند به درستی فکر کنند و هرگونه تقاضا برای به حرف آوردنشان فقط باعث سکوت بیشتر آن‌ها می‌شود. اگر اصرار کنید، پا به فرار می‌گذارند و هرگز دیگر نمی‌بینیدشان.

لخلخ کنان وارد مطب شد و درحالی که به زحمت نفسش درمی‌آمد مثل پرنده یخ‌زده‌ای سرپا ایستاد. می‌دانستم تا وقتی نتوانم کمکش کنم آرام شود کاری از دستانم برنمی‌آید. تا فاصله دو متری‌اش رفتم و پس از آنکه مطمئن شدم چیزی مانع دسترسی‌اش به درب اتاق نیست، تشویقش کردم تا نفس‌های نسبتاً عمیق‌تری بکشد. همراهش نفس کشیدم و از او خواستم مثل من نفس بکشد؛ هم‌زمان با دم او دست‌هایم را آرام از هر دو طرف بالا می‌آوردم و با بازدمش دست‌ها را پایین می‌آوردم، یکی از شگردهای چی کونگ که دانشجویی چینی یادم داده بود. مخفیانه حرکاتم را دنبال می‌کرد و چشمانش همچنان به کف اتاق خیره بود. تقریباً نیم ساعت به همین منوال گذشت. گاهی آرام از او می‌خواستم تا به سنگینی پاهایش روی زمین و انبساط و انقباض سینه‌اش با هر تنفس توجه کند. رفته‌رفته تنفسش آرام‌تر و

عمیق‌تر، چهره‌اش نرم‌تر و ستون فقراتش قدری صاف‌تر شد و چشمانش تقریباً تا سطح سیب گلویم بالا آمد. کم‌کم آدمی را که پشت آن وحشت منکوب‌کننده قرار داشت حس کردم. دست‌آخر آسوده‌تر به نظر رسید و لبخند کم‌رنگی زد که یعنی می‌داند هر دویمان داخل اتاقیم. پیشنهاد دادم فعلاً کار را تا همان‌جا متوقف کنیم، به اندازه کافی از او درخواست کرده بودم؛ پرسیدم مایل است هفته بعد دوباره به مطبم بیاید. به نشانه موافقت سری تکان داد و زیر لب گفت: «معلومه آدم عجیبی هستی.»

وقتی آنی را شناختم، از یادداشت و نقاشی‌هایی که به من داد فهمیدم که در سنین خیلی کم پدر و مادرش به‌طرز فجیعی از او سوءاستفاده کرده‌اند. ماجرای کاملش به‌تدریج برملا شد؛ چون کم‌کم یاد گرفت بدون اینکه بدنش دچار اضطرابی مهارناپذیر شود، برخی از اتفاقاتی را که برایش رخ داده بود به ذهن بیاورد.

فهمیدم که آنی مهارت خارق‌العاده‌ای در آموزش کودکان با نیازهای ویژه دارد و دل‌سوز آن‌هاست. (چند مورد از شگردهایی را که برایم توضیح داده بود با کودکان حاضر در درمانگاه خودمان امتحان کردم و دیدم که بی‌نهایت مفیدند). درباره کودکانی که آموزششان می‌داد راحت صحبت می‌کرد؛ اما به محض اینکه بحث به سمت رابطه‌اش با بزرگسالان کشیده می‌شد ساکت می‌شد. می‌دانستم که ازدواج کرده؛

اما به ندرت حرفی از شوهرش می‌زد. اغلب اوقات با محو کردن ذهنش اختلافات و بگومگوها را تحمل می‌کرد. وقتی مستأصل می‌شد دست و سینه‌اش را با تیغ می‌برید. طی چندین سال شیوه‌های مختلف درمانی را از سر گذرانده و داروهای متفاوتی را امتحان کرده بود؛ اما این‌ها کمکی به او نکرده بود تا با آثار گذشته و حشتناکش کنار بیاید. به علاوه، در بیمارستان‌های روان‌پزشکی متعددی بستری شده بود تا رفتارهای خودمخربش را کنترل کند؛ اما باز هم فایده چندان مشخصی عایدش نشده بود.

چون آنی فقط قادر بود به آنچه حس می‌کرد و در فکرش بود اشاره کوتاهی کند و سپس خاموش و بی‌حرکت می‌ماند، در جلسه‌های درمانی ابتدایی‌مان تمرکزمان را روی آرام‌سازی آشوب‌های روانی درونی‌اش گذاشتیم. از تمامی شگردهایی که طی سالیان دراز یاد گرفته بودم استفاده کردیم، مثل تنفس و تمرکز هم‌زمان بر بازدم که دستگاه عصبی آرامش‌بخش پاراسمپاتیک را فعال می‌کند. علاوه بر این، به او یاد دادم تا از انگشتانش برای فشار دادن نقاط طب فشاری در قسمت‌های مختلف بدنش استفاده کند، کاری که اغلب تحت‌عنوان ای‌اف‌تی (شگرد آزادسازی هیجانی) آموزش داده می‌شود؛ مطالعات نشان داده‌اند که این شگرد به بیماران کمک می‌کند تا در محدوده پنجره شکیبایی باقی بمانند و اغلب تأثیر مثبتی بر علائم پی‌تی‌اس‌دی دارد. (۱)

پیشینه شوک اجتناب‌ناپذیر

چون هم‌اکنون می‌توانیم مدارهای مغزیِ دخیل در سیستم هشداردهنده را شناسایی کنیم، کمابیش می‌دانیم در همان روز اولی که آنی در سالن انتظار مطبم نشسته بود چه در مغزش می‌گذشت: دستگاه اعلام حریق مغزش، آمیگدال، به‌گونه‌ای سیم‌کشی شده بود تا موقعیت‌های خاصی را نشانه‌گذاری کرده و تفسیر کند، از این‌رو سیگنال‌هایی اضطراری برای مغز نجات‌دهنده‌اش می‌فرستاد تا بجنگد، میخکوب شود یا فرار کند. آنی هم‌زمان هر سه این واکنش‌ها را داشت؛ آشکارا آشفته به نظر می‌رسید و به‌لحاظ ذهنی خاموش بود.

همان‌طور که دیدیم، سیستم‌های هشداردهنده معیوب به‌شکل‌های مختلفی خود را نشان می‌دهند و اگر دستگاه اعلام حریق‌تان درست کار نکند، نمی‌توانید به صحت ادراکات‌تان اطمینان داشته باشید. مثلاً وقتی رفته‌رفته آنی از من خوشش آمد، مشتاق بود ملاقات‌های بعدی‌مان از راه برسد؛ اما با هراسی شدید وارد مطب می‌شد. یک روز فلش‌بکی سراغش آمد که در آن از برگشت قریب‌الوقوع پدرش به خانه هیجان‌زده بود؛ اما آن شب مورد تجاوز جنسی‌اش قرار گرفت. آنی از همان ابتدا فهمید که ذهنش به‌طور خودکار هیجان دیدن کسی را که عاشقش است با وحشت ناشی از آزار جنسی پیوند می‌دهد.

کودکان کم سن و سال مهارت ویژه‌ای در حیطه‌بندی تجربیاتشان دارند، بنابراین عشق طبیعی او به پدرش و ترس از تعرضاتش در حالت‌های جداگانه‌ای از خودآگاهی نگه داشته شد. آنی در بزرگسالی خودش را بابت این سوءاستفاده سرزنش می‌کرد؛ چون معتقد بود آن دختر کوچولوی دوست‌داشتنی و هیجان‌زده پدرش را وسوسه کرده؛ باور داشت خودش آزار جنسی را بر سر خودش آورده است. ذهن منطقی‌اش می‌گفت این حرف مهمل است؛ اما این عقیده از عمق مغز هیجانی و نجات‌دهنده‌اش برمی‌خاست، از سیم‌کشی پایه‌ای سیستم لیمبیکش. این عقیده تغییر نمی‌کرد مگر اینکه به‌قدر کافی در بدنش احساس امنیت می‌کرد که آگاهانه به آن تجربه بازگردد و به‌واقع پی ببرد دخترک در طول سوءاستفاده چه احساسی داشته و چطور رفتار کرده است.

بی‌حسی درونی

یکی از راه‌های ذخیره‌خاطرۀ درماندگی، گرفتگی عضلانی یا حس ازهم‌گسیختگی در نواحی آسیب‌دیده بدن است: سر، کمر و دست‌وپاها در قربانیان سوانح رانندگی و واژن و مقعد در قربانیان سوءاستفاده جنسی. زندگی بسیاری از بازماندگان تروما حول مقاومت در برابر تجارب ادراکی ناخواسته و خنثی‌سازی آن‌ها می‌چرخد و اکثر افرادی که در حرفه‌ام می‌بینم استاد چنین خودبی‌حسی‌هایی شده‌اند. ممکن است

به صورت دوره‌ای چاق، بی‌اشتها یا معتاد ورزش یا کار شوند. دست کم نیمی از افراد ترومایی سعی دارند دنیای درونی تحمل‌ناپذیرشان را با دارو و الکل ساکت کنند. روی دیگر سکه بی‌حسی هیجان‌خواهی است. خیلی‌ها خودشان را زخمی می‌کنند تا این بی‌حسی را برطرف کنند، حال آنکه عده‌ای پرش از ارتفاع یا فعالیت‌های پرخطری مثل تن‌فروشی یا قماربازی را امتحان می‌کنند. همه این روش‌ها به آنان احساس نادرست و متناقض کنترل‌داشتن را می‌دهد.

وقتی افراد همواره عصبانی و ترسیده‌اند، گرفتگی دائم عضلانی به کوفتگی، کم‌درد، سردردهای میگرنی، درد عضلانی (فیبرومیالژیا) و دیگر انواع دردهای مزمن می‌انجامد. آن‌ها ممکن است سراغ متخصصان متعددی بروند، تحت آزمایش‌های تشخیصی فشرده‌ای قرار بگیرند و داروهای مختلفی برایشان تجویز شود که بعضی‌هایشان شاید تسکینی موقتی در پی داشته باشند؛ اما هیچ‌کدامشان نمی‌توانند مشکلات نهفته‌شان را رفع کنند. وضعیت آنان را تعریفی از واقعیت این افراد در نظر می‌گیرند بدون اینکه نشانه‌ای از تلاش آن‌ها برای کنارآمدن با ترومایشان به حساب بیاید.

طی دو سال نخست دوره درمانی آنی، عمدتاً کمکش می‌کردم تا یاد بگیرد ادراکات فیزیکی‌اش را همان‌طور که هستند تحمل کند؛ آن‌ها را صرفاً ادراکاتی در نظر بگیرد که مربوط به زمان حال‌اند و یک

آغاز، وسط و پایان دارند. با همکاری هم کمکش کردم تا به قدری آرام بماند که قادر باشد بدون پیش‌داوری به احساس خودش پی ببرد، بدین‌ترتیب می‌توانست این تصاویر و احساسات بی‌طرفانه را باقی‌مانده‌هایی از گذشته و حشتناکش ببیند، نه تهدیدهایی تمام‌نشدنی که هنوز هم زندگی‌اش را نشانه گرفت‌اند.

بیمارانی مثل آنی مرتباً به چالش‌مان می‌کشند تا شیوه‌های جدیدی برای کمک به تنظیم انگیختگی افراد و کنترل فیزیولوژی‌شان بیابیم. این‌گونه بود که من و همکارانم در مرکز تروما اتفاقی به یوگا برخوردیم.

آشنایی مان با یوگا: تنظیم پایین به بالا

تعلق خاطرم به یوگا در سال ۱۹۹۸ آغاز شد، یعنی وقتی که من و جیم هاپر^{۳۰۴} نخستین بار درباره شاخص بیولوژیکی جدیدی به اسم تغییرپذیری ضربان قلب (اچ‌آروی) باخبر شدیم؛ شاخصی که به‌تازگی مشخص شده بود مقیاس خوبی برای عملکرد دستگاه عصبی خودمختار است. همان‌طور که از فصل پنجم به یاد دارید، دستگاه عصبی خودمختار ابتدایی‌ترین سیستم بقای مغز است و دو شاخه آن انگیزشی را در سرتاسر بدن تنظیم می‌کنند. به‌طور کلی، دستگاه عصبی سمپاتیک (اس‌ان‌اس) از مواد شیمیایی‌ای مثل آدرنالین استفاده می‌کند تا مغز و بدن را به حرکت وادارد، درحالی‌که دستگاه عصبی پاراسمپاتیک (پی‌ان‌اس) از استیل‌کولین برای کمک به تنظیم عملکردهای اصلی بدن مثل هضم غذا، ترمیم زخم و چرخه‌های خواب و رؤیا استفاده می‌کند. در بهترین حالت ممکن، این دو دستگاه با یکدیگر همکاری می‌کنند تا ما را در وضعیت بهینه تعامل بین محیط و خودمان قرار دهند.

شاخص تغییرپذیری ضربان قلب تعادل نسبی بین دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک را می‌سنجد. هنگام دم، دستگاه سمپاتیک را تحریک می‌کنیم که نتیجه‌اش افزایش ضربان قلب است. بازدم موجب تحریک دستگاه پاراسمپاتیک می‌شود که خود سرعت ضربان قلب را کاهش می‌دهد. در افراد سالم، دم و بازدم

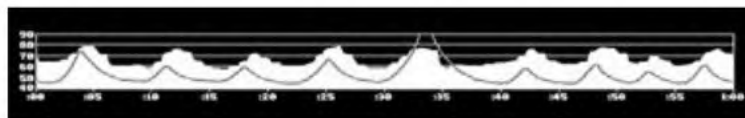
سبب نوسانات یکنواخت و موزون ضربان قلب می‌شود: تغییرپذیری خوب ضربان قلب یکی از مقیاس‌های سلامتی پایه‌ای افراد است.

چرا اچ‌آر وی مهم است؟ وقتی دستگاه عصبی خودمختار ما تعادل مناسبی داشته باشد، درجه مناسبی از کنترل روی واکنشمان در قبال سرخوردگی‌ها و یأس‌های ناچیز داریم؛ این امر موجب می‌شود تا وقتی حس می‌کنیم کسی به ما توهین کرده یا احساس طردشدگی می‌کنیم، در آرامش وقایع را ارزیابی کنیم. تعدیل اثربخش انگیزتگی باعث می‌شود تا بر تکانه‌ها و هیجان‌اتمان کنترل داشته باشیم: مادامی که موفق می‌شویم آرامشمان را حفظ کنیم، خودمان نحوه واکنشمان را انتخاب می‌کنیم. کسانی که دستگاه عصبی خودمختارشان فاقد تنظیم کافی است، به سادگی تعادلشان را از دست می‌دهند، هم به لحاظ ذهنی و هم فیزیکی. از آنجاکه دستگاه عصبی خودمختار انگیزتگی را هم در بدن و هم در مغز سازمان‌دهی می‌کند، اچ‌آر وی ضعیف - نبود نوسان در ضربان قلب هنگام تنفس - هم بر تفکر و احساس هم بر چگونگی واکنش بدن به استرس تأثیری منفی می‌گذارد. نبود انسجام بین تنفس و ضربان قلب باعث می‌شود تا افراد در مقابل بسیاری از بیماری‌های فیزیکی مثل ناراحتی قلبی و سرطان و همچنین مشکلات روانی مثل افسردگی و پی‌تی‌اس‌دی آسیب‌پذیر باشند. (۲)

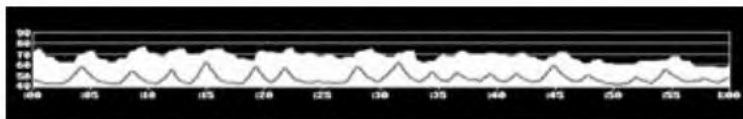
برای آنکه دربارهٔ این موضوع بیشتر مطالعه کنیم، دستگاہی را برای سنجش اچ‌آروی تهیه کردیم و کمربندهایی را دور سینهٔ شرکت‌کنندگان مطالعه که بعضی‌هایشان پی‌تی‌اس‌دی داشتند و بعضی نه، بستیم تا عمق و ضرب‌آهنگ تنفسشان را ثبت کنیم؛ مانیتورهای کوچکی هم به لالهٔ گوششان متصل بود که نبضشان را می‌گرفت. پس از آزمایش تقریباً شصت نفر، مشخص شد که میزان اچ‌آروی مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی به‌طرز عجیبی کم است. به عبارت دیگر، در پی‌تی‌اس‌دی دستگاہ‌های عصبی سمپاتیک و پاراسمپاتیک با یکدیگر هماهنگ نیستند. (۳) این مسئله گره دیگری را به داستان پیچیدهٔ تروما افزود: نشان دادیم که یکی دیگر از دستگاہ‌های تنظیم‌کنندهٔ مغز نیز آن‌طور که باید درست عمل نمی‌کند. (۴) ناتوانی در حفظ تعادل این دستگاہ یکی از عللی است که افراد ترومایی، مثل آنی، این‌قدر مستعد واکنش افراطی به استرس‌های نسبتاً ناچیزند: سیستم‌های بیولوژیکی‌ای که باید کم‌کم‌ان کنند با پستی‌ها و بلندی‌های زندگی کنار بیاوریم نمی‌توانند وظیفهٔ خود را محقق کنند.

پرسش علمی بعدی ما این بود: آیا راهی هست که افراد اچ‌آروی‌شان را بهبود ببخشند؟ برای یافتن پاسخ این پرسش یک انگیزهٔ شخصی هم داشتم؛ زیرا پی برده بودم میزان اچ‌آروی خودم آن‌قدر زیاد نیست که سلامتی فیزیکی بلندمدتم را تضمین کند. با جست‌وجویی اینترنتی به مطالعاتی رسیدیم که

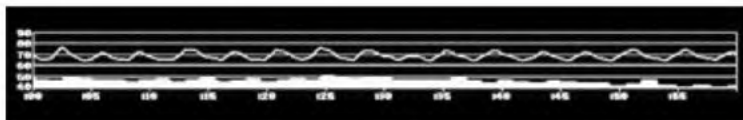
نشان می‌داد دوی ماراتون اچ‌آروی را خیلی خوب افزایش می‌دهد. متأسفانه این کمکی زیادی به ما نمی‌کرد؛ زیرا نه من گزینه خوبی برای شرکت در ماراتون بوستون بودم و نه بیمارانم. گوگل همچنین فهرستی از ۱۷ هزار سایت یوگا را برایمان آورد که هرکدام ادعا می‌کردند یوگا موجب ارتقای اچ‌آروی می‌شود؛ اما نتوانستیم مطالعه‌ای را بیابیم که این ادعاها را ثابت کند. شاید یوگا توانسته باشد روش شگفت‌انگیزی را به وجود آورده باشد تا مردم به تعادل درونی و سلامتی برسند؛ اما آن زمان در سال ۱۹۹۸ و با توجه به ابزارهایی که سنت پزشکی غرب در اختیار داشت کار زیادی برای ارزیابی این ادعاها صورت نگرفته بود.



تغییرپذیری ضربان قلب (اچ‌آروی) در فردی با تنظیم مناسب: خطوط مشکی بالارونده و پایین‌رونده تنفس فرد را نشان می‌دهند که در اینجا دم و بازدم‌هایی آرام و منظم‌اند. ناحیه خاکستری نوسانات ضربان قلب را نشان می‌دهد. هنگام دم، ضربان قلب فرد افزایش می‌یابد؛ در بازدم قلب کندتر می‌زند. این الگوی تغییرپذیری ضربان قلب حاکی از سلامت فیزیولوژیکی فوق‌العاده فرد است.



واکنش به ناراحتی: هنگامی که فرد تجربه ناراحت کننده‌ای را به خاطر می‌آورد، تنفس سرعت می‌گیرد و نامنظم می‌شود، ضربان قلب هم همین‌طور. قلب و تنفس دیگر هماهنگی کاملی با هم ندارند. این واکنشی طبیعی است.



اچ‌آر وی در پی‌تی‌اس‌دی: تنفس سریع و کم‌عمق است. ضربان قلب کند و ناهماهنگ با تنفس است. این تصویر الگوی رایج فرد خاموشی است که به پی‌تی‌اس‌دی مزمن مبتلاست.



فردی با پی‌تی‌اس‌دی مزمن که خاطره‌ای ترومایی را مجسم می‌کند: نفس کشیدن در ابتدا پرزحمت و

عمیق است، چیزی که در واکنشی هراس‌انگیز عادی است. قلب به سرعت از هماهنگی با تنفس خارج می‌شود. این امر با نفس‌هایی تند و کم‌عمق و ضربان قلب پایین همراه می‌شود، نشانه‌هایی که می‌گویند فرد دارد خاموش می‌شود.

با این حال، از آن موقع تاکنون شیوه‌های علمی اثبات کرده‌اند که تغییر نحوه نفس کشیدن مشکلات مربوط به عصبانیت، افسردگی و اضطراب را بهبود می‌بخشد (۵) و اینکه یوگا تأثیر مثبتی بر مشکلات پزشکی‌ای نظیر فشارخون بالا، افزایش ترشح هورمون استرس (۶)، آسم و کمردرد (۷) دارد. با وجود این، هیچ مجله‌ای در حوزه روان‌پزشکی مقاله‌ای درباره یوگا برای درمان پی‌تی‌اس‌دی منتشر نکرده بود تا اینکه مطالعه خودمان در سال ۲۰۱۴ به چاپ رسید. (۸)

برحسب اتفاق، چند روز پس از جست‌وجوی اینترنتی‌مان یک مربی لاگراندام و بلندقد یوگا به اسم دیوید امرسون^{۳۰۵} از در ورودی مرکز تروما وارد شد. او گفت نوع تغییر یافته‌ای از هاتا یوگا^{۳۰۶} را برای درمان پی‌تی‌اس‌دی به وجود آورده و در حال برگزاری کلاس‌هایی برای کهنه‌سربازان در یک مرکز محلی کهنه‌سربازان و کلاس‌هایی هم برای زنان در مرکز بحران تجاوز جنسی منطقه بوستون است. از ما پرسید علاقه‌مندیم با او کار کنیم؟ آن ملاقات نهایتاً به دوره یوگای بسیار فعالی انجامید و در زمان مناسبی اولین

کمک مالی مان را از مؤسسه ملی سلامت برای بررسی تأثیرات یوگا بر پی‌تی‌اس‌دی گرفتیم. کار دیوید به من هم کمک کرد تا تمرینات منظم یوگایم را ارتقا دهیم و یکی از مریبان پای‌ثابت کریپالو^{۳۰۷} شوم؛ مرکز یوگایی در کوهستان‌های برکشایر واقع در غرب ماساچوست. (در این بین، الگوی اچ‌آروی‌ام نیز بهبود یافت.)

ما با تصمیم‌مان برای بررسی یوگا به‌منظور بهبود اچ‌آروی، رویکرد جامعی را برای حل مشکل اتخاذ می‌کردیم. خیلی راحت می‌توانستیم هرکدام از ابزارهای دستی ارزان‌قیمتی را استفاده کنیم که به افراد یاد می‌دهند سرعت تنفسشان را کند و آن را با ضربان قلبشان هماهنگ کنند تا به حالتی از «انسجام قلبی» برسند، حالتی شبیه آنچه در اولین تصویر بالا نشان داده شد. (۹) امروزه نرم‌افزارهای مختلفی وجود دارند که با استفاده از یک گوشی هوشمند می‌توانند به بهبود اچ‌آروی کمک کنند. (۱۰) ما در درمانگاهمان کارگاه‌هایی داریم که در آن‌ها بیماران می‌توانند اچ‌آروی‌شان را پرورش دهند؛ من هم از همه بیمارانم که به هر دلیلی قادر نیستند یوگا، هنرهای رزمی یا چی‌کونگ تمرین کنند می‌خواهم تا در خانه با این نرم‌افزارها کار کنند. (برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش منابع مراجعه کنید.)

بررسی یوگا

مأموریتمان برای مطالعه یوگا ما را به سمت بررسی تأثیر تروما بر بدن کشاند. اولین کلاس‌های آزمایشی یوگا را در اتاقی برگزار کردیم که یکی از استودیوهای همان حوالی سخاوتمندانه در اختیارمان گذاشت. دیوید امرسون و همکارانش، دانا مور^{۳۰۸} و جودی کری،^{۳۰۹} برای مربیگری داوطلب شدند؛ گروه پژوهشی من نیز راهی برای سنجش هرچه بهتر تأثیر یوگا بر عملکرد فیزیولوژیکی پیدا کرد. تراکت‌هایی را در سوپرمارکت‌ها و خشک‌شویی‌های سلف‌سرویس آن محله پخش کردیم تا کلاس‌هایمان را تبلیغ کنیم و با ده‌ها نفری که تماس گرفتند مصاحبه گرفتیم. دست آخر ۳۷ زن را که سابقه ترومای حاد داشتند و چندین سال تحت درمان بودند و نتیجه‌ای نگرفته بودند، انتخاب کردیم. به‌طور تصادفی نیمی از داوطلبان برای عضویت در گروه یوگا انتخاب شدند و قرار شد بقیه نیز شیوه درمانی معتبری به اسم رفتاردرمانی دیالکتیکی (دی‌بی‌تی) را دریافت کنند؛ دی‌بی‌تی به افراد یاد می‌دهد چطور از ذهن‌آگاهی برای حفظ آرامش و کنترل خود استفاده کنند. نهایتاً یکی از مهندسان دانشگاه ام‌آی‌تی را مأمور کردیم تا رایانه پیشرفته‌ای برایمان بسازد که قادر به سنجش هم‌زمان اچ‌آروی در هشت نفر مختلف باشد. (هریک از گروه‌های مطالعاتی کلاس‌های متعددی داشتند که اعضای هرکدام از هشت نفر بیشتر

نمی‌شد.) یوگا مشکلات انگیختگی پی‌تی‌اس‌دی را خیلی چشمگیر بهبود بخشید و رابطه شرکت‌کنندگانمان را با بدن‌هایشان بسیار بهتر کرد («حالا حواسم به بدنم هست»؛ «به نیازهای بدنم گوش می‌دهم»)؛ اما هشت هفته پی‌تی‌اس‌دی نتوانست تأثیری بر سطح انگیختگی افراد یا علائم پی‌تی‌اس‌دی آن‌ها بگذارد. بنابراین، علاقه‌مان به یوگا رفته‌رفته از تمرکز بر کسب آگاهی از توانایی یوگا در تغییر اچ‌آروی (که این توانایی اثبات شد) (۱۱) فراتر رفت و سعی کردیم به افراد ترومایی کمک کنیم تا یاد بگیرند در بدن‌های زجر دیده‌شان مأوا بگزینند.

به تدریج دوره‌های یوگا را در کمپ لژون^{۳۱۰} برای تفنگ‌داران دریایی شروع کردیم و همکاری موفقی با پروژه‌های متعددی داشته‌ایم و توانسته‌ایم دوره‌های یوگا را برای کهنه‌سربازان مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی برگزار کنیم. هرچند داده پژوهشی رسمی‌ای در خصوص کهنه‌سربازها در دست نداریم؛ اما به نظر می‌رسد یوگا دست‌کم به همان اندازه که برای زنان مطالعه ما اثربخش بود، برای این گروه هم مفید باشد.

در همه دوره‌های یوگا ترکیبی از تمرینات تنفسی (پرانایاما^{۳۱۱})، حرکات کششی یا وضعیت‌ها (آساناها^{۳۱۲}) و مراقبه دیده می‌شود. مکتب‌های مختلف یوگا روی تغییراتی در شدت و تمرکز این مؤلفه‌های اصلی

تأکید دارند. مثلاً تغییر سرعت و عمق تنفس و بهره‌گیری از دهان، سوراخ‌های بینی و حلق همگی نتایج متفاوتی را به دنبال داشته و برخی شگردها تأثیرات قدرتمندی روی سطح انرژی دارند. (۱۲) ما در کلاس‌هایمان رویکرد ساده‌ای را در پیش می‌گیریم. بسیاری از بیمارانمان به‌ندرت از تنفسشان آگاهی دارند، برای همین یادگیری تمرکز بر دم و بازدم، توجه به تند یا کندبودن تنفس، و شمردن نفس‌ها در برخی حرکات دستاورد شایان توجهی است. (۱۳)

به‌تدریج تعداد محدودی از حالت‌های بدنی کلاسیک را وارد دوره می‌کنیم. تمرکز دوره بر «درست» بودن حالت‌های بدنی نیست، بلکه سعی دارد به شرکت‌کنندگان کمک کند تا ببینند هربار کدام عضله‌ها درگیر می‌شوند. توالی حرکات به‌گونه‌ای است تا بین کشیدگی عضلات و تن‌آرامی ضرب‌آهنگ ایجاد شود، چیزی که امیدواریم کم‌کم در زندگی روزمره‌شان هم ببینند.

ما اساساً مراقبه را به افراد نمی‌آموزیم؛ اما ذهن‌آگاهی را تقویت می‌کنیم؛ بدین‌منظور از شرکت‌کنندگان می‌خواهیم در هر حرکت به اتفاقاتی که در بخش‌های مختلف بدنشان رخ می‌دهد توجه کنند. در مطالعاتمان مرتباً می‌بینیم که مبتلایان به تروما چقدر درزمینهٔ احساس آرامش کامل و داشتن امنیت فیزیکی در بدن‌هایشان دچار دشواری می‌شوند. اچ‌آروی افراد را با تعبیهٔ مانیتورهای کوچکی روی

دست‌هایشان حین حرکت شاواسانا^{۳۱۳} اندازه می‌گیریم؛ شاواسانا حرکتی در پایان بیشتر کلاس‌هایمان است که در آن افراد به رو به سقف دراز می‌کشند، کف دست‌ها را باز می‌گذارند و دست‌ها و پاها را استراحت می‌دهند. به جای تن‌آرامی، فعالیت‌های عضلانی بیش از حدی را انتخاب کردیم تا سیگنال واضحی را دریافت کنیم. عضلات شرکت‌کنندگان به جای فرورفتن در حالتی از سکونی آرام، اغلب به مهیاسازی‌شان برای جنگیدن با دشمنان نامرئی ادامه می‌دهند. توانایی رسیدن به حالتی از تن‌آرامی کامل و تسلیم ایمن همچنان چالش بزرگی است که بر سر راه بهبودیافتن از تروما وجود دارد.

یادگیری خودتنظیمی

پس از مشاهده موفقیت مطالعات مقدماتی‌مان، یک دوره درمانی یوگا را در مرکز تروما راه‌اندازی کردیم. تصور می‌کردم این دوره ممکن است فرصتی برای آنی باشد تا رابطه مهربانانه‌تری با بدنش برقرار کند و برای همین اصرار کردم تا بختش را امتحان کند. اولین کلاس دشوار بود. صرفاً یک تماس ساده مری برای کمک به اصلاح حرکت آنی آن‌قدر برایش وحشت‌آور بود که به خانه برگشت و با تیغ خودش را برید؛ سیستم هشداردهنده معیوبش حتی کوچک‌ترین تماس را نوعی تعرض تفسیر می‌کرد. در عین حال، آنی پی برد که شاید یوگا بتواند راهی را پیش پایش بگذارد تا از خطری دائمی که همواره در بدنش

احساس می‌کرد رهایی یابد. با تشویق‌های من، هفته بعدش برگشت.

آنی همیشه نوشتن درباره تجربیاتش را از حرف‌زدن درباره‌شان راحت‌تر می‌دانست. پس از دومین جلسه یوگا برایم نوشت: «از همه آن دلایلی که یوگا این قدر به وحشتم می‌اندازد سر در نمی‌آورم؛ اما مطمئناً می‌دانم که یوگا یکی از عوامل خارق‌العاده بهبودم است و برای همین دارم خودم را مجاب می‌کنم که امتحانش کنم. یوگا به جای نگاه کردن به بیرون با درون‌بینی و گوش سپردن به بدن سروکار دارد؛ اکثر اقداماتی که برای بقای خودم انجام داده‌ام طوری سازمان‌دهی شده بود که هرگز این کارها را نکنم. وقتی امروز داشتم سر کلاس می‌رفتم قلبم تندتند می‌زد و واقعاً می‌خواستم برگردم؛ اما بعد همین‌طور قدم‌قدم جلو رفتم تا اینکه به در ورودی رسیدم و داخل شدم. بعد از کلاس برگشتم خانه و چهار ساعت خوابیدم. این هفته در خانه تمرین یوگا کردم و این کلمات سراغم آمدند: "بدنت حرف‌ها برای گفتن دارد." در پاسخ به خودم گفتم: "سعی می‌کنم به حرف‌هایش گوش دهم."»

چند روز بعد آنی دوباره نوشت: «امروز حین یوگا و پس از آن فکریایی در سرم بود. به نظرم رسید وقتی خودم را بریدم حتماً خیلی از بدنم فاصله گرفته بوده‌ام. وقتی آن حالت‌های بدنی را می‌گرفتم متوجه شدم که فکم و همه محدوده پاها تا نافم سفت و خشک است و درد و خاطره‌هایی را در خود دارد.

گاهی اوقات از من پرسیده‌ای کجای بدنم چیزهایی احساس می‌کنم؛ اما حتی نمی‌توانم جایشان را مشخص کنم. امروز آن نقاط را به وضوح احساس کردم و باعث شد تا هوس کنم آرام اشک بریزم.»

ماه بعد هر دویمان به تعطیلات رفتیم و چون خواسته بودم با من در تماس بماند، دوباره برایم نوشت: «در اتاقی مشرف به برکه، تنهایی مشغول تمرین یوگا بوده‌ام. همچنان دارم کتابی را که به من قرض دادی می‌خوانم (کتاب یوگا و جست‌وجو برای خود واقعی نوشته استیون کوپ). واقعاً برایم جالب است که تا چه حد از شنیدن حرف‌های بدنم امتناع می‌کرده‌ام، بدنی که بخش مهمی از شخصیتم است. دیروز هنگام یوگا به فکرم آمد که به بدنم اجازه دهم قصه‌ای را که می‌خواهد برایم تعریف کند و در حرکات لگنی درد و ناراحتی زیادی حس کردم. فکر نکنم تا زمانی که بیرون از خانه هستم، مغزم اجازه دیدن تصاویر واضح را بدهد که البته خوب است. به این فکر می‌کنم که چقدر نامتعادل بوده‌ام و تا چه اندازه سعی داشته‌ام گذشته‌ام را که بخشی از خود حقیقی‌ام است، انکار کنم. اگر پذیرای آن باشم چیزهای زیادی هست که می‌توانم بفهمم و دیگر لازم نیست هر دقیقه و هر روز با خودم بجنگم.»

یکی از حالت‌های یوگا که تحملش برای آنی از همه سخت‌تر بود، حرکتی است که غالباً حرکت کودک خوش‌حال نامیده می‌شود و در آن به پشت می‌خوابید، زانوهایتان را در شکم فرومی‌برید تا کف پاهایتان

رو به سقف باشد و در این حین انگشت شست پاها را با دست نگه می‌دارید. این حرکت لگن را به وضعیت کاملاً باز درمی‌آورد. به راحتی می‌توان فهمید چرا این حرکت باعث می‌شود قربانی تجاوز جنسی احساس کند شدیداً آسیب‌پذیر است. با وجود این، تا زمانی که حرکت کودک خوش حال (یا هر حرکت مشابهی) به هراس شدیدی منجر می‌شود، صمیمی شدن با آن دشوار خواهد بود. یادگیری نحوه اتخاذ بی‌دردسر حالت کودک خوش حال برای بسیاری از بیماران در کلاس‌های یوگای ما مسئله چالش برانگیزی است.

شناختن خودم: پرورش دریافت درونی

یکی از بارزترین درس‌های علوم اعصاب معاصر این است که درک ما از خود پیوند شدیدی با بدن‌هایمان دارد. (۱۴) تا زمانی که نتوانیم ادراکات فیزیکی‌مان را حس و تفسیر کنیم، واقعاً نمی‌دانیم کیستیم؛ باید این ادراکات را بفهمیم و براساسشان عمل کنیم تا با اطمینان به حرکت‌مان در زندگی ادامه دهیم. (۱۵) هرچند بی‌حس‌شدگی (یا هیجان‌خواهی جبرانی) زندگی را برایتان تحمل‌پذیر می‌کند؛ اما هزینه‌ای که متحمل می‌شوید این است که آگاهی‌تان درباره اتفاقات درونی بدن و در کنارش حس سرزندگی کامل و لذت‌بخش را از دست می‌دهید.

در فصل ششم دربارهٔ آلکسی‌تایمیا حرف زدیم؛ اصطلاحی فنی که به ناتوانی در شناسایی آنچه درون فرد در حال وقوع است اشاره دارد. (۱۶) افرادی که به آلکسی‌تایمیا دچارند معمولاً از نظر جسمی احساس ناراحتی می‌کنند؛ اما نمی‌توانند مشکلشان را دقیقاً توضیح دهند. در نتیجه اغلب اوقات از دردهای جسمانی مبهم و عذاب‌آور متعددی گلایه‌مندند که پزشکان قادر به تشخیصشان نیستند. علاوه بر این، شخصاً نمی‌توانند بفهمند در موقعیتی خاص چه احساسی دارند یا اینکه چه چیزی حالشان را بهتر یا بدتر می‌کند. دلیل این امر بی‌حس‌شدگی است که امکان پیش‌بینی و پاسخ به نیازهای عادی بدن به شیوه‌ای آرام و خودآگاهانه را از آن‌ها سلب می‌کند. بی‌حس‌شدگی در عین حال لذت‌های ادراکی معمول تجربیاتی مثل موسیقی، تماس یا روشنائی را که به زندگی ارزش می‌دهند، از بین می‌برد. یوگا نشان داد که شیوه‌ای فوق‌العاده برای ارتباط‌گیری (مجدد) با دنیای درونی و به‌تبع آن برقراری رابطهٔ محبت‌آمیز، عاشقانه و لذت‌بخش با خود است.

اگر از نیازهای بدنتان بی‌خبر باشید، نمی‌توانید از آن مراقبت کنید. اگر احساس گرسنگی نکنید، نمی‌توانید غذا بخورید. اگر اضطراب را با گرسنگی اشتباه بگیرید، ممکن است پرخوری کنید. و اگر قادر نباشید سیرشدنتان را احساس کنید، همچنان به خوردن ادامه می‌دهید. از این‌روست که پرورش آگاهی

ادراکی یکی از جنبه‌های اساسی در بهبود تروماست. اکثر درمان‌های سنتی تغییرات لحظه‌به‌لحظه جهان ادراکی درونی ما را کم‌اهمیت جلوه می‌دهند یا از آن‌ها چشم‌پوشی می‌کنند. اما همین تغییرات حامل جوهره واکنش‌های ارگانیزم هستند: حالت‌های هیجانی‌ای که ردشان در خواص شیمیایی بدن، در امعاواحشا، و در انقباض ماهیچه‌های مخطط صورت، گلو، بالاتنه و دست‌ها و پاها به‌جا مانده است. (۱۷) افراد مبتلا به تروما باید بدانند که می‌توانند ادراکاتشان را تحمل کنند، می‌توانند با تجربیات درونی‌شان دوست باشند و الگوهای کنشی جدیدی را در خود پرورش دهند.

در یوگا توجه‌تان را به تنفس و ادراکات لحظه‌به‌لحظه متمرکز می‌کنید. رفته‌رفته به پیوند بین هیجانات و بدنتان پی می‌برید، مثلاً شاید اینکه اضطراب درباره اجرای یک حرکت در واقع چطور موجب از دست‌دادن تعادلتان می‌شود. به تدریج راه‌هایی را برای تغییر نحوه احساساتان امتحان می‌کنید. آیا تنفس عمیق آن گرفتگی شانه‌تان را رفع می‌کند؟ آیا تمرکز بر بازدم برایتان حس آرامش خواهد آورد؟ (۱۸)

صرف توجه به چیزی که احساسش می‌کنید باعث تقویت تنظیم هیجانی می‌شود و به شما کمک می‌کند دست از نادیده‌گیری اتفاقات درونی‌تان بردارید. همان‌طور که بیشتر وقت‌ها به دانشجویمان می‌گویم، دو مورد از مهم‌ترین عبارت‌ها در درمان که در یوگا هم کاربرد دارد، این‌ها هستند: «توجه داشته باشید» و «بعدش چه اتفاقی می‌افتد؟» به محض اینکه به جای ترس با کنجکاوی با بدنتان برخورد کنید، همه چیز تغییر می‌کند.

آگاهی بدنی درکتان را از زمان هم تغییر می‌دهد. تروما باعث می‌شود تا احساس کنید برای همیشه در حالت درمانده‌ای از وحشت گرفتار شده‌اید. در یوگا می‌آموزید که ادراکات تا قله‌ای بالا می‌روند و سپس فرومی‌افتند. مثلاً اگر مربی از شما بخواهد تا حرکت مشخصاً چالش‌برانگیزی را انجام دهید، ممکن است در ابتدا احساس شکست یا مقاومت کنید؛ زیرا پیش‌بینی می‌کنید تحمل احساسات برآمده از این حرکت خاص از توانتان خارج است. مربی خوب یوگا تشویقتان می‌کند تا به تمامی کشیدگی‌های ماهیچه‌ای توجه داشته باشید و در عین حال زمان‌بندی احساسات را با جریان تنفستان تنظیم می‌کند: «تا ده نفس در همین حالت باقی خواهیم ماند.» این کار باعث می‌شود زمان اتمام حرکات سخت را پیش‌بینی کنید؛ به علاوه ظرفیتتان را برای کنارآمدن با رنج‌های فیزیکی و هیجانی تقویت می‌کند. آگاهی از اینکه

همه تجربه‌ها موقتی‌اند، دیدگاهتان را درباره خودتان تغییر می‌دهد.

این بدان معنا نیست که بازپس‌گیری دریافت درونی احتمالاً ناراحت‌کننده نیست. وقتی احساسی که تازه بدان دست یافته‌اید به شکل خشونت، ترس یا اضطراب خودش را نشان می‌دهد، چه اتفاقی می‌افتد؟ در اولین مطالعه یوگایمان ۵۰ درصد شرکت‌کنندگان انصراف دادند، این بالاترین میزان انصرافی بود که در همه مطالعات قبلی مان داشتیم. هنگامی که با بیماران انصرافی مصاحبه کردیم، دیدیم که به نظرشان این دوره بیش از حد فشرده بوده است: هر حالتی که لگن را درگیر می‌کرد ممکن بود هراسی شدید یا حتی فلش‌بک‌هایی به تجاوزه‌های جنسی در افراد ایجاد کند. ادراکات شدید فیزیکی موجب شد تا شیاطین گذشته که به واسطه بی‌حسی و بی‌توجهی با دقت فراوانی تحت کنترل درآمده بودند، از بند رهایی یابند. از این ماجرا یاد گرفتیم که فشار را کمتر و بیشتر وقت‌ها با سرعت لاک‌پشتی کار کنیم. این رویکرد جواب داد: در جدیدترین مطالعه‌مان فقط یک نفر از بین ۳۴ شرکت‌کننده مطالعه را به پایان نرساند.



تأثیرات کلاس‌های هفتگی یوگا: پس از بیست هفته، فعال‌سازی آن دسته از ساختارهای اساسی مغز که در خودتنظیمی دخالت داشتند در زنان مبتلا به ترومای مزمن افزایش یافت: قشر جزیره‌ای و قشر پیش‌پیشانی میانی.

یوگا و علم خودآگاهی

طی سال‌های اخیر پژوهشگران حوزه مغز، از جمله همکارانم سارا لازار و بریتا هولتسل در دانشگاه هاروارد، نشان داده‌اند مراقبه فشرده دقیقاً بر همان نقطه‌هایی از مغز تأثیر مثبت به جای می‌گذارد که نقش مهمی در خودتنظیمی فیزیولوژیکی دارند. (۱۹) در آخرین مطالعه‌مان در موضوع یوگا که در آن شش زن با سابقه ترومای شدید کودکی حضور داشتند، اولین علائمی را نیز یافتیم که نشان می‌داد بیست هفته تمرین یوگا موجب افزایش فعال‌سازی سیستم خودپایه‌ای، قشر جزیره‌ای و قشر پیش‌پیشانی میانی می‌شود (به فصل ششم مراجعه کنید). این پژوهش هنوز جای کار دارد؛ اما ابعاد جدیدی را به روی ما می‌گشاید که نشان می‌دهد اقداماتی که مستلزم توجه و دوستی با ادراکات بدنی هستند ممکن است تغییرات عمیقی را در ذهن و مغز ایجاد کنند و به بهبود از تروما بینجامند.

پس از هر مطالعه از شرکت‌کنندگانمان می‌پرسیدیم کلاس‌های یوگا چه تأثیری بر آن‌ها داشته است. هرگز از قشر جزیره‌ای یا دریافت درونی اسم نبردیم؛ در واقع، بحث و توضیحات را به کمترین حد ممکن رساندیم تا افراد بتوانند بر درونشان تمرکز کنند.

در اینجا نمونه‌هایی از پاسخ‌هایشان را می‌بینید:

- «حس می‌کنم هیجاناتم قدرتمندترند. شاید به این خاطر است که حالا می‌توانم تشخیصشان دهم.»
- «می‌توانم بیش از پیش احساساتم را بروز دهم؛ چون بیشتر از گذشته قادرم شناسایی‌شان کنم. در بدنم احساسشان می‌کنم، می‌شناسمشان و بهشان رسیدگی می‌کنم.»
- «حالا انتخاب‌ها و مسیرهای متعددی پیش روی خودم می‌بینم. می‌توانم تصمیم بگیرم و می‌توانم زندگی‌ام را انتخاب کنم؛ زندگی حتماً لازم نیست تکراری باشد یا مثل بچه‌ای تجربه‌اش کرد.»
- «توانستم بدنم را تکان دهم و در جایی امن بدون اینکه صدمه‌ای به خودم بزنم یا از کسی صدمه‌ای ببینم در بدنم حضور داشته باشم.»

یادگیری گفت‌وگو

کسانی که در بدنشان احساس امنیت می‌کنند رفته‌رفته قادر خواهند بود خاطراتی را به زبان بیاورند که پیش از این تحت تأثیرش قرار می‌گرفتند. پس آنکه آنی تا یک سال هر هفته سه بار تمرین یوگا کرد، پی برد که می‌تواند آزادانه‌تر درباره آنچه بر سرش آمده با من حرف بزند. به نظرش این کار تقریباً معجزه

بود. یک روز وقتی لیوان آبی از دست آنی به زمین افتاد، از صندلی‌ام بلند شدم و با یک جعبه دستمال کاغذی نزدیکش رفتم و گفتم: «اجازه بده من تمیزش کنم.» این کارم واکنش هراس شدید و کوتاهی در آنی به وجود آورد. باوجوداین، سریعاً توانست خودش را کنترل کند و توضیح داد که چرا آن کلمات این قدر در نظرش ناراحت کننده بوده‌اند؛ این کلمات همان‌هایی بودند که معمولاً پدرش پس از تجاوز به او به زبان می‌آورد. پس از آن جلسه، آنی برایم نوشت: «متوجه شدم که من توانسته‌ام آن کلمات را بلندبلند بگویم؟ مجبور نبودم برای آنکه بگویم چه اتفاقی داشت می‌افتاد، آن‌ها را روی کاغذ بنویسم. باینکه کلماتی را به زبان آوردی که مرا برانگیخت، اعتمادم را به تو از دست ندادم. می‌دانستم که صرفاً واژه‌های برانگیزاننده‌اند نه کلمات وحشتناکی که هیچ کس نباید به زبان بیاوردشان.»

آن‌ی همچنان تمرین یوگا انجام می‌دهد و دربارهٔ تجربیاتش برایم می‌نویسد: «امروز برای شرکت کلاس یوگای صبحگاهی به سالن یوگای جدیدم رفتم. استاد دربارهٔ نفس کشیدن تا آستانه تحمل و سپس توجه به آن آستانه صحبت کرد. می‌گفت وقتی حواسمان به نفس کشیدنمان باشد، یعنی داریم در زمان حال زندگی می‌کنیم؛ چون نمی‌شود در آینده یا گذشته نفس کشید. تمرین تنفس به این شکل پس از آنکه با هم به تازگی درباره‌اش حرف زده بودیم حس فوق‌العاده‌ای داشت، انگار کسی هدیه‌ای به من داده بود.

برخی از حرکات‌ها ممکن است تحریک‌کننده باشند. دو موردشان را امروز داشتیم، یکی که در آن پاهایت را مثل قورباغه بالا می‌بری و یکی که در آن عملاً به سمت لگن نفس عمیق می‌کشی. شروع هراس را احساس کردم، به‌خصوص در حرکت تنفسی دومی، انگار که بگویم اوه نه، دوست ندارم آن قسمت از بدنم را احساس کنم. اما بعد توانستم جلوی خودم را بگیرم و فقط بگویم ببین، آن قسمت از بدنت تجربیاتی را در خود نگه داشته، صرفاً نادیده‌اش بگیر. لازم نیست آنجا بمانی، مجبور هم نیستی ترکش کنی، فقط محض اطلاعات نگهش دار. نمی‌دانم تابه‌حال توانسته‌ام این کار را این‌قدر آگاهانه انجام دهم یا نه. به این فکر افتادم که اگر بدون واهمه به چیزی توجه کنم، راحت‌تر می‌توانم به خودم باور داشته باشم.»

آنی در پیام دیگری دربارهٔ تغییراتی که در زندگی‌اش رخ داده بود تأمل کرد: «کم‌کم یاد گرفتم که فقط احساسات خودم را داشته باشم، بدون اینکه تحت‌تأثیرشان قرار بگیرم. زندگی کنترل‌شدنی‌تر است: با روزهایم هم‌نوایی بیشتری دارم و بیشتر در لحظه هستم. در تماس فیزیکی شکیبایی بیشتری به خرج می‌دهم. از تماشای فیلم در آغوش شوهرم در رختخواب لذت می‌برم... این قدم مهمی است. همهٔ این چیزها کمک کرد تا بالاخره با شوهرم احساس صمیمانه‌ای داشته باشم.»

فصل هفدهم: کنارهم گذاشتن تکه‌ها

خودرهبری

هست مهمان‌خانه این تن ای جوان

هر صبحی ضیف نو آید دوان

هین مگو کین ماند اندر گردنم

که هم اکنون باز پرد در عدم

هرچه آید از جهان غیب‌وش

در دلت ضیفست او را دار خوش

انسان به اندازهٔ افرادی که وی را می‌شناسند خودهای اجتماعی دارد.

۳۱۴ ویلیام جیمز، اصول روان‌شناسی

اوایل دوران حرفه‌ای‌ام بود. داشتم با مری کار می‌کردم؛ زن جوان خجالتی و تنهایی که از لحاظ بدنی فروپاشیده بود. سه ماه از جلسات روان‌درمانی هفتگی‌ام برای رفع ویرانی‌های به‌بارآمده از سابقهٔ وحشتناک سوءاستفادهٔ کودک‌کش می‌گذشت. یک روز در سالن انتظار مطبم را باز کردم و دیدم با حالت تحریک‌آمیزی آنجا ایستاده، دامن کوتاهی پوشیده، موهایش را به‌رنگ قهوه‌ای روشن درآورده، یک فنجان قهوه در دست گرفته و صورتش از خشم برافروخته است. گفت: «شما باید دکتر وَن در کولک باشید. من جین هستم و آمدم تا بهتان هشدار دهم دروغ‌هایی را که مری بهتان گفته باور نکنید. می‌توانم بیایم تو و درباره‌اش حرف بزنم؟» بهت‌زده بودم اما خوشبختانه جلوی خودم را گرفتم و مقابل «جین» درنیامدم و در عوض تا آخر حرف‌هایش را شنیدم. در طول آن جلسه نه‌تنها جین، بلکه یک دختر کوچولوی صدمه‌دیده و یک پسر نوجوان عصبانی را هم دیدم. آن جلسه سرآغاز یک درمان

طولانی و سازنده بود.

مری اولین مواجهه‌ام با اختلال هویت گسسته (دی‌آی‌دی) بود که در آن زمان اختلال شخصیت چندگانه نامیده می‌شد. جداشدگی درونی و ظهور هویت‌های مستقلی که فرد در اختلال هویت گسسته تجربه می‌کند و به همان اندازه علائمش تکان‌دهنده است، فقط حد نهایی طیف حیات روانی فرد را نشان می‌دهد. همه‌مان حضور تکانه‌ها یا بخش‌های متخاصم را در خودمان حس می‌کنیم؛ اما افراد ترومایی که برای بقای خود مجبورند به کارهای افراطی روی بیاورند، به‌طور ویژه‌ای واجد این حس‌اند. واکاوی و حتی دوستی با این بخش‌ها مؤلفه مهمی در بهبود است.

روزگار بسیار سخت ازجان‌گذشتگی می‌خواهد

همه می‌دانیم وقتی احساس حقارت می‌کنیم چه اتفاقی می‌افتد: همه انرژی‌مان را صرف مراقبت از خودمان می‌کنیم و هر راهبرد بقایی را که ممکن باشد به کار می‌گیریم. احتمال دارد احساساتمان را سرکوب کنیم؛ شاید خشمگین شویم و درصدد انتقام برآییم. ممکن است تصمیم بگیریم آن‌قدر قدرتمند و موفق شویم که دیگر کسی نتواند به ما ضربه بزند. بسیاری از رفتارهایی که ذیل مشکلات روانی

طبقه‌بندی می‌شوند - مثل برخی وسواس‌ها، امیال و حملات هراس و همچنین بیشتر رفتارهای خودمخرب - در ابتدا به منزله راهبردهایی برای خودحفاظتی شروع شده‌اند. چنین سازگاری‌هایی با تروما به قدری در ظرفیت عملکردی افراد دخالت می‌کند که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و خود بیماران اغلب اوقات تصور می‌کنند بهبود کامل دست‌یافتنی نیست. وقتی این علائم به چشم ناتوانایی‌هایی دائمی نگریسته شود، تمرکز درمان به یافتن برنامه دارویی مناسب محدود می‌شود؛ این امر نیز خود موجب وابستگی مادام‌العمر می‌شود، به طوری که گویی بازماندگان تروما بیماران کلیوی هستند و دائم به دیالیز نیاز دارند. (۱)

اگر پرخاشگری یا افسردگی، خودبزرگ‌بینی یا انفعال را رفتارهایی آموخته‌شده در نظر بگیریم، نتیجه بهتری خواهیم گرفت: از جایی به بعد، بیمار به این باور می‌رسد که تنها در صورتی می‌تواند جان سالم به در ببرد که مقاوم، ناپیدا یا غایب باشد یا اینکه تسلیم‌شدن را کم‌خطرتر بداند. درست مثل خاطرات ترومایی که تا زمان فراموش‌شدنشان همچنان مزاحم فرد می‌شوند، سازگاری با تروما نیز هنگامی متوقف می‌شود که ارگانیزم انسانی احساس امنیت کند و همه بخش‌هایی از خود را که درگیر جنگ با تروما یا دفع آن بوده‌اند یکپارچه سازد.

همهٔ بازماندگان ترومایی‌ای که دیده‌ام هرکدام به‌نوعی سازش‌پذیر بوده‌اند و قصه‌شان و تاب‌آوری‌شان مایهٔ حیرت بوده است. آگاهی از اینکه تلاش برای بقا به‌تنهایی چقدر انرژی می‌برد مانع می‌شود تا از هزینه‌ای که آن‌ها اغلب درازای بقایشان متحمل می‌شوند، یعنی نداشتن رابطه‌ای پرمهر با بدن و ذهن و روحشان، در شگفت بمانم.

سازگاری زیان‌های خودش را در پی دارد. بسیاری از کودکان تنفر از خودشان را امن‌تر از آن می‌دانند که با ابراز عصبانیت یا فرار رابطه‌شان را با مراقبان‌شان به خطر بیندازند.

در نتیجه، کودکانِ مورد سوءاستفاده قرارگرفته احتمالاً با این باور بزرگ خواهند شد که اساساً دوست‌داشتنی نیستند؛ این تنها راهی است که ذهنشان در کودکی می‌توانست رفتارهای بسیار بد دیگران را توجیه کند. آن‌ها با انکار، نادیده‌گیری و جداسازی بخش‌های بزرگی از واقعیت جان سالم به در می‌برند: سوءاستفاده را به دست فراموشی می‌سپزند؛ خشم و ناامیدی‌شان را سرکوب می‌کنند و ادراکات فیزیکی‌شان را بی‌حس می‌کنند. اگر در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته باشید، احتمالاً بخش کودکانه‌ای در وجودتان به حیاتش ادامه می‌دهد، بخشی که دست‌نخورده باقی مانده و هنوز از این خودانزجاری و انکار دست برنمی‌دارد. بسیاری از بزرگسالانی که تجربیات وحشتناکی را از سر

می‌گذرانند نیز در همین دام گرفتار می‌شوند. پس زدن احساسات شدید در کوتاه‌مدت ممکن است بسیار انطباق‌پذیر باشد. این کار به حفظ شأن و استقلال‌تان کمک می‌کند؛ کمکتان می‌کند تا روی وظایف مهمی مثل نجات هم‌رزم، مراقبت از بچه‌ها یا بازسازی خانه‌تان تمرکز کنید.

مشکلات بعدها خودشان را نشان می‌دهند. پس از آنکه سربازی تکه‌پاره‌شدن دوستش را دید، ممکن است به زندگی عادی‌اش برگردد و تلاش کند آن اتفاق را از ذهنش خارج کند. یکی از بخش‌های محافظتی‌اش می‌داند چطور در این کار مهارت داشته باشد و چگونه با همکارانش کنار بیاید. اما اگر لذت تسلیم‌شدن در برابر نوازش‌ها این حس را به او بدهد که دارد کنترلش را از دست می‌دهد، ممکن است بنابه عادت از خشم منفجر یا بی‌حس و بی‌حرکت شود. احتمالاً نمی‌داند که ذهنش به‌طور خودکار تسلیم منفعلانه را با رخوتی پیوند می‌دهد که هنگام کشته‌شدن دوستش در خود احساس کرده است. اینجاست که بخش محافظتی دیگری وارد عمل می‌شود تا ذهن را به‌جای دیگری منحرف کند: عصبانی می‌شود و چون دلیل عصبانیتش را نمی‌داند فکر می‌کند بابت کار کسی دل‌خور شده است. بدیهی است که اگر بی‌وقفه عصبانیتش را سر او خالی کند، بیشتر و بیشتر منزوی خواهد شد. اما شاید هرگز متوجه نشود که در نتیجهٔ انفعال بخش ترومازده‌ای از بدنش فعال شده و بخش دیگری که حکم مدیری

خشمگین را دارد، برای مراقبت از آن بخش آسیب‌پذیر پا پیش می‌گذارد. روان‌درمانی می‌تواند با کمک به این بخش‌ها برای دست‌کشیدن از باورهای افراطی‌شان زندگی افراد را نجات دهد.

همان‌طور که در فصل سیزدهم دیدیم، کسب توانایی زندگی کردن با خاطرات گذشته بدون تأثیرپذیرفتن از آن‌ها در زمان حال یکی از کارهای مهمی است که برای بهبود تروما باید انجام داد. اما بیشتر بازماندگان، از جمله آن‌هایی که در برخی جنبه‌های زندگی‌شان عملکرد خوب و حتی فوق‌العاده‌ای دارند، با مشکلی دیگر و حتی بزرگ‌تر روبه‌رو هستند: پیکربندی مجدد سیستم مغز/ ذهن که برای کنارآمدن با بدترین چیزها ساخته شده بود. درست همان‌گونه که برای ادغام خاطرات ترومایی لازم است دوباره تجسمشان کنیم، اینجا هم باید با بخش‌هایی از خودمان روبه‌رو شویم که عادت‌های دفاعی لازم برای بقای ما را به وجود آوردند.

ذهن موزائیکی

همه ما بخش‌های مختلفی داریم. همین حالا بخشی از وجودم هوس کرده چرتی بزند؛ بخش دیگر می‌خواهد به نوشتن ادامه دهد. رنجیده از ایمیلی توهین‌آمیز، بخشی از وجودم می‌خواهد روی دکمه

«پاسخ» جوابیه تند و گزندهام فشار دهد؛ اما بخش دیگری می‌خواهد نادیده‌اش بگیرد. بیشتر کسانی که مرا می‌شناسند بخش‌های پرحرارت، صادقانه و تندخویم را دیده‌اند؛ عده‌ای از آن‌ها سگ کوچک خشنی را که درونم زندگی می‌کند، دیده‌اند. فرزندانم خاطراتی را مرور می‌کنند که در آن‌ها با بخش‌های بازیگوش و ماجراجویم به تعطیلات می‌رفتیم.

اول صبح وقتی وارد دفتر کار می‌شوید و آن ابرهای طوفانی را بالای سر ریستان می‌بینید، دقیقاً حساب کار دستتان می‌آید. آن بخش عصبانی آهنگ صدا، کلمات و حالت بدنی مخصوص به خود را دارد، بسیار متفاوت با دیروز که داشتید عکس بچه‌هایتان را به هم نشان می‌دادید. بخش‌های وجود ما فقط به احساسات محدود نمی‌شوند، آن‌ها شیوه‌های متمایزی از بودن هستند که عقاید، نیات و نقش‌های مخصوصی در زیست‌بوم کلی زندگی‌هایمان دارند.

چگونگی کنارآمدن با خودمان عمدتاً به مهارت‌های رهبری درونی‌مان بستگی دارد؛ اینکه چطور به بخش‌های مختلف وجودی‌مان گوش می‌دهیم، از احساس تحت‌مراقبت‌بودنشان اطمینان حاصل می‌کنیم و از اختلال در کار یکدیگر بازمان می‌داریم. بخش‌ها معمولاً کامل در نظر گرفته می‌شوند درحالی‌که در واقع تنها مؤلفه جداگانه‌ای از مجموعه پیچیده‌ای از افکار، هیجانان و ادراکات هستند. اگر

وسط جروب بحث مارگارت داد بزند: «ازت متنفرم!» جو احتمالاً فکر می‌کند که مارگارت از او بیزار است؛ و ممکن است مارگارت هم در آن لحظه با این فکر موافق باشد. اما حقیقت آن است که فقط یکی از بخش‌های مارگارت عصبانی است و آن بخش موقتاً احساسات سخاوتمندانه و محبت‌آمیزش را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ احساساتی که ممکن است با دیدن ویرانی در چهره جو بازگردد.

مکاتب بزرگ روان‌شناسی همگی به وجود شخصیت‌های فرعی در افراد اذعان دارند و اسامی مختلفی را به آن‌ها نسبت می‌دهند. (۲) ویلیام جیمز در سال ۱۸۹۰ نوشت: «باید پذیرفت که... همه خودآگاهی ممکن را می‌توان به بخش‌هایی تقسیم کرد که در کنار یکدیگر زیست می‌کنند؛ اما متقابلاً یکدیگر را نادیده می‌گیرند و ابزارهای دانش را بین هم به اشتراک می‌گذارند.» (۳) کارل یونگ^{۳۱۵} نوشت: «روان نوعی سیستم خودتنظیمی است که مثل بدن تعادل خودش را حفظ می‌کند»، (۴) «حالت طبیعی روان آدمی از تقابل مؤلفه‌های روان و رفتارهای متناقضشان تشکیل شده است» (۵) و «ایجاد مصالحه بین این اضداد مشکل بزرگی است. بنابراین، دشمن من کسی نیست جز "آن که درونم است."» (۶)

علوم اعصاب مدرن مفهوم ذهن به‌مثابه جامعه را تأیید کرده است. مایکل گازانیگا،^{۳۱۶} که پژوهش پیش‌گامانه مغز دونیمه را انجام داد، به این نتیجه رسید که مغز از واحدهای عملکردی نیمه‌خودکاری

تشکیل شده که هرکدامشان وظیفه ویژه‌ای دارد. (۷) وی در کتاب مغز اجتماعی (۱۹۸۵) ^{۳۱۷} چنین می‌نویسد: «نظرتان درباره این باور چیست که خود وجود یکپارچه‌ای نیست و امکان دارد قلمروهای خودآگاهی متعددی درون ما باشد؟... از مطالعات ما (درزمینه مغز دونیمه) این ایده حاصل می‌شود که عملاً خودهای متعددی وجود دارند و الزاماً «ارتباط» درونی‌ای با هم ندارند.» (۸) ماروین مینسکی، ^{۳۱۸} دانشمند دانشگاه ام‌آی‌تی و یکی از پیش‌گامان هوش مصنوعی، اذعان داشت: «افسانه خود منحصربه‌فرد فقط ما را از هدف آن جست‌وجو منحرف می‌کند. (۹)... تصور اینکه مغز انسان اجتماعی دارای ذهن‌های مختلفی باشد منطقی به نظر می‌رسد. ذهن‌های مختلف همانند اعضای یک خانواده می‌توانند برای کمک به یکدیگر همکاری کنند و در عین حال هرکدامشان همچنان تجربیات ذهنی‌ای داشته باشند که دیگران هرگز درباره‌شان چیزی نمی‌دانند.» (۱۰)

درمانگرانی که طوری آموزش دیده‌اند تا افراد را انسان‌هایی پیچیده با شخصیت‌ها و ظرفیت‌های متعددی ببینند می‌توانند به بیماران کمک کنند تا سیستم بخش‌های درونی‌شان را واکاوی کنند و به جنبه‌های آسیب‌دیده خودشان رسیدگی کنند. چندین رویکرد درمانی این‌چنینی هستند که از آن جمله می‌توان به الگوی گسستگی ساختاری اشاره کرد که همکاران هلندی‌ام، اونی و ون در هارت ^{۳۱۹} و الرت

ناینهویس،^{۳۲۰} و کیتی استیل امریکایی به وجودش آورده‌اند و استفاده گسترده‌ای در اروپا دارد. همین‌طور می‌توان به کارهای ریچارد کلافت در ایالات متحده اشاره کرد. (۱۱)

پس از بیست سال کارکردن با مری، ریچارد شوارتز^{۳۲۱} را ملاقات کردم، کسی که درمان سیستم‌های خانواده درونی (آی‌اف‌اس) را به وجود آورده بود. به لطف کارهای شوارتز استعاره «خانواده میسنکی برایم رنگ واقعیت گرفت و او شیوه نظام‌مندی را برای پرداختن به بخش‌هایی ارائه داد که در نتیجه تروما از هم جدا شده‌اند.

آی‌اف‌اس بر این مفهوم استوار است که ذهن یکایک ما همچون خانواده‌ای است که اعضایش درجه‌های متفاوتی از صمیمیت، تهییج‌پذیری، خرد و درد دارند. این بخش‌ها شبکه یا سیستمی را تشکیل می‌دهند که در آن تغییر در یک بخش بر دیگر بخش‌ها تأثیر می‌گذارد.

مدل آی‌اف‌اس کمک کرد به این مسئله پی ببرم که گسستگی در یک پیوستار رخ می‌دهد. در تروما سیستم «خود» از کار می‌افتد و بخش‌های خود قطبی می‌شوند و به جنگ یکدیگر می‌روند. خودانزجاری با خودبزرگ‌بینی، توجه مهرآمیز با تنفر، بی‌حسی و انفعال با خشم و پرخاشگری همه در کنار هم قرار دارند (و با هم در نزاع‌اند). بخش‌های افراطی بار تروما را به دوش می‌کشند.

در آی‌اف‌اس هر بخش فقط یک حالت هیجانی زودگذر یا الگوی فکری متعارف نیست، بلکه به‌مثابه سیستم ذهنی متمایزی در نظر گرفته می‌شود که سابقه، توانمندی‌ها، نیازها و جهان‌بینی مخصوص به خود را دارد. (۱۲) تروما باورها و هیجاناتی را به بخش‌ها تزریق می‌کند که آن‌ها را از حالت ارزشمند طبیعی خود خارج می‌کند. مثلاً همه ما بخش‌های کودکانه و سرگرم‌کننده‌ای داریم. وقتی کسی از ما سوءاستفاده می‌کند، این بخش‌ها بیش از همه آسیب می‌بینند و انعطاف‌ناپذیر می‌شوند و درد، وحشت و خیانت ناشی از سوءاستفاده را با خود حمل می‌کنند. این بار سنگین به سمی شدنشان می‌انجامد و

بخش‌هایی می‌شوند که مجبوریم به هر قیمتی شده انکارشان کنیم. چون بخش‌های یادشده درون بدن محبوس می‌شوند، آی‌اف‌اس آن‌ها را تبعیدی‌ها می‌نامد.

در این مقطع دیگر بخش‌ها درصدد محافظت از خانوادهٔ درونی در مقابل آسیب تبعیدی‌ها برمی‌آیند. این محافظ‌ها بخش‌های سمی را دور نگه می‌دارند؛ اما برای این کار بخشی از انرژی سوءاستفاده‌گر را جذب خود می‌کنند. مدیرهای انتقادی و کمال‌گرا می‌توانند اطمینان حاصل کنند که هرگز نزدیک کسی نمی‌شویم یا اینکه تحریکمان می‌کنند که بی‌وقفه کارآمد باشیم. گروه دیگری از محافظ‌ها که آی‌اف‌اس آتش‌نشان‌ها می‌نامدشان، کارشان واکنش به اضطراهاست؛ هرگاه تجربه‌ای یک هیجان تبعیدی را تحریک کند، آتش‌نشان‌ها فوراً دست‌به‌کار می‌شوند.

هر بخش جداافتاده حاوی خاطرات، باورها و ادراکات فیزیکی متفاوتی است؛ برخی از بخش‌ها دربرگیرندهٔ شرم‌اند، برخی خشم، برخی لذت و هیجان‌زدگی و تعدادی‌شان هم تنهایی شدید یا تبعیت خفت‌بار را در خود دارند. این‌ها همه جنبه‌هایی از تجربهٔ سوءاستفاده هستند. نگرش اساسی این است که همهٔ بخش‌های یادشده یک کارکرد دارند: محافظت از خود در برابر احساس وحشت تمام‌عیار نابودی.

اغلب اوقات به کودکانی که به جای محبوس کردن دردهایشان آن‌ها را ابراز می‌کنند، تشخیص‌های «رفتار نافرمانی مقابله‌ای»، «اختلال دل‌بستگی» یا «اختلال سلوک» نسبت داده می‌شود. اما این نسبت‌ها فراموش می‌کنند که خشم و گوشه‌گیری صرفاً جنبه‌های طیفی کلی از تلاش‌هایی ناامیدانه برای بقا هستند. سعی در کنترل رفتار کودک و رسیدگی نکردن به مسئله زیربنایی، یعنی سوءاستفاده، به اتخاذ درمان‌هایی منتهی می‌شود که در بهترین حالت ناکارآمد و در بدترین حالت آسیب‌رسان‌اند. همچنان که کودکان بزرگ می‌شوند، بخش‌های وجودی‌شان خودبه‌خود در شخصیتی منسجم ادغام نمی‌شوند، بلکه به موجودیت نسبتاً خودکار خودشان ادامه می‌دهند.

بخش‌های «خارج‌شده» ممکن است کاملاً از بخش‌های دیگر سیستم بی‌خبر باشند. (۱۳) بیشتر مردانی که در پرونده‌آزارجنسی کشیش‌های کاتولیک در کودکی ارزیابی‌شان کردم از استروئیدهای آنابولیک استفاده می‌کردند و زمان بسیار زیادی را به وزنه‌زدن در بدن‌سازی اختصاص می‌دادند. این بدن‌سازهای سرسخت در فرهنگ مردانه عرق‌ریختن و فوتبال زندگی می‌کردند، جایی که ضعف و ترس منتفی بود. زمانی توانستم کودک وحشت‌زده درونی‌شان را ببینم که در کنارم احساس امنیت کردند.

به‌علاوه بیماران ممکن است از بخش‌های جداشده خوششان نیاید: بخش‌های عصبانی، مخرب یا

انتقادی. اما آیافاس چهارچوبی را برای درک آن‌ها و به همان اندازه مهم، حرف‌زدن از آن‌ها به شیوه‌ای غیرآسیب‌زا ارائه می‌دهد. وقتی بدانیم هر بخش در زیر بار فشارهای گذشته گرفتار آمده و آن‌گاه در سطح سیستم به آن احترام بگذاریم، میزان تهدیدکنندگی و مقهورکنندگی‌اش کاهش می‌یابد.

همان‌طور که شوارتز بیان می‌کند: «اگر این باور پایه‌ای را بپذیریم که افراد انگیزه‌ای ذاتی برای ارتقای سلامتی‌شان دارند، از این جمله می‌توان برداشت کرد که هرگاه افراد دچار مشکلات مزمنی می‌شوند چیزی مانع رسیدنشان به منابع درونی می‌شود. با توجه به این موضوع، وظیفه درمانگران این است که به‌جای آموزش، مقابله یا پرکردن چاله‌های روانی‌تان با شما همکاری کنند.» (۱۴) اولین قدم برای همکاری، اطمینان‌بخشی به سیستم درونی بدن است تا بداند همه بخش‌ها مغتنم‌اند و همه‌شان، حتی بخش‌های خودکشی‌گرایانه یا مخرب، صرف‌نظر از اینکه در حال حاضر چقدر برای سیستم تهدیدکننده به نظر می‌رسند، با هدف محافظت از سیستم خود ایجاد شده‌اند.

خودرهبری

آیافاس اذعان دارد که پرورش خودرهبری ذهن‌آگاهانه مبنای بهبود از تروما به شمار می‌آید.

ذهن‌آگاهی هم باعث می‌شود تا با شفقت و کنجکاوی چشم‌انداز درونی‌مان را بررسی کنیم، هم فعالانه ما را مستقیماً در جهت خودمراقبتی سوق می‌دهد. همه سیستم‌ها (خانواده‌ها، سازمان‌ها یا ملت‌ها) تنها در صورتی می‌توانند کارایی مؤثری داشته باشند که از رهبری کاملاً مشخص و توانمندی برخوردار باشند. خانواده درونی نیز فرقی با این سیستم‌ها ندارد: همه جنبه‌های خودهای ما نیازمند توجه‌اند. رهبر درونی باید منابع موجود را عاقلانه توزیع کند و چشم‌اندازی را برای کل سیستم ارائه دهد که همه بخش‌ها در آن لحاظ شده باشند.

همان‌طور که ریچارد شوارتز توضیح می‌دهد:

سیستم درونی فردی قربانی سوءاستفاده از جنبه فقدان دائمی رهبری اثربخش، قوانین سخت‌گیرانه‌ای که بخش‌ها ذیل آن عمل می‌کنند و نبود تعادل یا هماهنگی یکپارچه با سیستم درونی کسی که مورد سوءاستفاده قرار نگرفته فرق می‌کند. اساساً بخش‌ها طبق فرضیه‌ها و عقاید منسوخی عمل می‌کنند که ریشه در سوءاستفاده کودکی دارند و باور دارند که مثلاً افشای اسرار مربوط به تجارب کودکی که فرد تحملشان کرده همچنان به شدت خطرناک است. (۱۵)

وقتی خود کنترل چیزها را در دست ندارد، چه اتفاقی رخ می‌دهد؟ در آی‌افاس این پدیده «آمیختگی» نامیده می‌شود: موقعیتی که در آن خود با یک بخش احساس هم‌ذات‌پنداری می‌کند، مثلاً در این موارد: «می‌خواهم خودکشی کنم» یا «از تو متنفرم.» به تفاوت این گزاره‌ها توجه کنید: «بخشی از وجودم آرزو دارد که بمیرم» یا «وقتی این کار را می‌کنی بخشی از وجودم به واکنش درمی‌آید و مرا وامی‌دارد تا بخواهم بکشم.»

شوارتز دو ادعا را مطرح می‌کند که حوزه مفهوم ذهن‌آگاهی را به قلمرو رهبری فعال بسط می‌دهد. نخست، این خود به پرورش و توسعه نیازی ندارد. در بازماندگان تروما، در پس لایه سطحی بخش‌های محافظ، جوهره آسیب‌نندیده‌ای وجود دارد؛ خودی که مطمئن، کنجکاو و آرام است؛ خودی که به واسطه محافظ‌های مختلفی که ضمن تلاش برای حصول اطمینان از بقا به وجود آمده‌اند، از نابودی مصون مانده است. به محض اینکه محافظ‌ها به این اعتماد برسند که جداسدشان خطری در پی ندارد، این خود به شکل ناگهانی ظاهر می‌شود و بخش‌ها می‌توانند در فرایند بهبود به کار روند.

فرضیه دوم این است که این خود ذهن‌آگاه به جای مشاهده منفعلانه می‌تواند به سازمان‌دهی مجدد سیستم درونی کمک کند و به گونه‌ای با بخش‌ها ارتباط برقرار کند که بخش‌ها مطمئن شوند کسی در

درون هست که می‌تواند از پس کارها برآید. اینجا نیز پژوهش‌های علوم اعصاب نشان می‌دهد که این موضوع فراتر از استعاره است. ذهن‌آگاهی موجب افزایش فعال‌سازی قشر پیش‌پیشانی می‌شود و از فعال‌سازی ساختارهایی مثل آمیگدال که محرک واکنش‌های هیجانی‌مان است، می‌کاهد. این امر کنترل‌مان را بر مغز هیجانی افزایش می‌دهد.

آی‌اف‌اس گذشته از کمک به برقراری ارتباط بین درمانگر و بیمار درمانده، تمرکزش را به تقویت رابطهٔ درونی بین خود و بخش‌های محافظتی مختلف معطوف می‌دارد. در این مدل درمان، خود، برخلاف آنچه در شیوه‌های درمانی مراقبه‌ای مرسوم است، فقط به تماشا یا مشاهدهٔ منفعلانه بسنده نمی‌کند، بلکه نقش رهبری فعالانه‌ای را بر عهده دارد. خود شبیه رهبر ارکستر است که به همهٔ بخش‌ها کمک می‌کند تا به‌صورت هماهنگ کار کنند و سمفونی بیافرینند، نه صدایی ناهنجار.

آشنایی با چشم‌انداز درونی

وظیفهٔ درمانگر این است که به بیمارانش کمک کند تا این آمیختگی گیج‌کننده را به واحدهای جداگانه‌ای تفکیک کنند؛ طوری که بتوانند بگویند: «این بخش از من مثل بچهٔ کوچکی است و آن

بخش از وجودم بالغ‌تر است؛ اما احساس قربانی را دارد.» ممکن است بسیاری از این بخش‌ها را دوست نداشته باشند؛ اما شناسایی‌شان باعث می‌شود کمتر ارباب‌آور یا مقهورکننده باشند. قدم بعدی این است که بیماران تشویق شوند با ظهور هر بخش محافظتی صرفاً از آن بخواهند موقتاً «کنار بایستند» تا ببینیم دارد از چه چیزی محافظت می‌کند. وقتی این کار بارها و بارها انجام شود، بخش‌ها کم‌کم از خود جدا می‌شوند و فضا را برای خویشتن‌نگری ذهن‌آگاهانه باز می‌کنند. بیماران باید بیاموزند که ترس، خشم یا نفرتشان را متوقف کنند و اجازه ورود کنجکاوی و درون‌نگری را بدهند. آن‌ها از منظر تغییرناپذیر خود می‌توانند گفت‌وگوهای درونی سازنده‌ای را با بخش‌هایشان آغاز کنند.

از بیماران می‌خواهند بخش دخیل در مشکل فعلی، مثل احساس بی‌ارزشی، رهاشدگی یا اشتغال ذهنی به افکار انتقام‌جویانه را شناسایی کنند. وقتی از خودشان می‌پرسند «چه چیزی در درونم احساسی این‌چنینی دارد؟» ممکن است تصویری به ذهن بیاید. (۱۶) شاید بخش افسرده شبيه کودکی رهاشده، مردی مسن یا پرستار درمانده‌ای باشد که دارد به مجروحان رسیدگی می‌کند؛ بخش انتقام‌جو ممکن است در هیبت تفنگ‌دار دریایی یا عضوی از باندی خیابانی خودش را نشان دهد.

سپس درمانگر می‌پرسد: «در قبال آن بخش (غمگین، انتقام‌جو، وحشت‌زده) از وجودت چه احساسی

داری؟» این پرسش با جداکردن «شما» از بخش مدنظر موقعیت را مهبای خویشتن‌نگری ذهن‌آگاهانه می‌کند. اگر بیمار پاسخی افراطی دهد و مثلاً بگوید «از آن متنفرم» درمانگر پی می‌برد که بخش محافظتی دیگری با خود آمیخته شده است. آن‌گاه شاید پرسد: «بین آن بخشی که ازش متنفری عقب می‌نشیند یا نه.» سپس از آن بخش محافظتی بابت هوشیاری‌اش قدردانی می‌شود و به آن اطمینان داده می‌شود که هروقت لازم باشد می‌تواند بازگردد. اگر بخش محافظتی مایل به این کار باشد، پرسش بعدی این خواهد بود: «حالا چه احساسی به بخش (سابقاً طردشده) داری؟» بیمار احتمالاً با جمله‌ای مثل این پاسخ می‌دهد: «نمی‌دانم چرا این‌طوری (غمگین، انتقام‌جو و غیره) است.» بدین صورت موقعیت مهبای آشنایی بیشتر با آن بخش می‌شود، مثلاً با پرسش دربارهٔ سن فرد یا اینکه چگونه به چنین حسی دست یافت.

هروقت بیمار به‌قدر کافی خود را به نمایش گذاشت، این قبیل گفت‌وگوها کم‌کم خودبه‌خود رخ می‌دهند. اینجا درمانگر می‌بایست کنار بایستد و فقط چشمش به بخش‌های دیگری باشد که ممکن است دخالت کنند، گاه‌وبی‌گاه اظهارنظرهای همدلانه‌ای بکند یا سؤالاتی این‌چنینی پرسد: «دراین باره چه چیزی به آن بخش می‌گویی؟» یا «الان دوست داری کجا بروی؟» یا «به نظرت قدم درست بعدی

چیست؟» و همین‌طور پرسش خودتشخیصی رایج «حالا چه احساسی به آن بخش داری؟»

زندگی با بخش‌ها

چون به دیدنم آمد تا کمکش کنم شلوغ‌بازی‌های مهربان‌شدنی‌اش را مدیریت کند و با احساس گناهش بابت رابطه‌های نامشروعش که جدیدترینش با مربی تنیسش بود، کنار بیاید. طبق چیزی که در جلسه اولمان گفت: «یک روز زن حرفه‌ای خفنی هستم و یک روز بچه‌ای نق‌نقو، یک روز سلیطه‌خونی‌ام و یک روز در عرض ده دقیقه ماشین بی‌رحم غذاخوری. نمی‌دانم واقعاً کدام یکی‌شان هستم.»

تا اینجای جلسه‌مان، چون از عکس‌های روی دیوار، مبلمان درب‌وداغان مطب و میز نامرتبم انتقاد کرده بود. توهین بهترین وسیله دفاعی‌اش بود. دوباره داشت خودش را برای ضربه‌دیدن آماده می‌کرد؛ احتمالاً ناامیدش می‌کردم، مثل بسیاری از آدم‌های قبلی. می‌دانست اثربخشی درمان مستلزم این است که خودش را آسیب‌پذیر کند، بنابراین باید اطمینان پیدا می‌کرد که آیا خشم، ترس و اندوهش را تحمل می‌کنم یا نه. متوجه شدم که ابراز علاقه زیاد به جزئیات زندگی‌اش، حمایت بی‌دریغ از خطری که بابت صحبت با من به جان خرید و پذیرش بخش‌هایی از وجودش که بیش از همه بابتشان شرم‌منده بود، تنها

راه مقابله با حالت تدافعی‌اش است.

از جون پرسیدم آیا تابه‌حال متوجه بخش منتقد خودش شده است. پذیرفت که متوجه شده، آن‌گاه از احساسش به آن بخش پرسیدم. این پرسش اصلی به او اجازه داد تا کم‌کم از آن بخش جدا شود و به خود دسترسی پیدا کند. پاسخ داد که از آن بخش منتقد متنفر است؛ چون او را یاد مادرش می‌اندازد. هنگامی که پرسیدم به نظرش آن بخش منتقد از چه چیزی محافظت می‌کرد، عصبانیتش فروکش کرد، کنجکاوتر شد و به فکر فرورفت: «نمی‌دانم چرا این بخش خودش را ملزم می‌داند تا همان ناسزاهایی را که مادرم می‌گفت و بلکه بدترش را به من بگوید.» تعریف کرد که تا زمان رسیدنش به بلوغ چقدر از مادرش می‌ترسیده و احساس می‌کرده هرگز قادر نیست کاری را درست انجام دهد. معلوم بود که این بخش منتقد مدیر است: هم در مقابل من از جون محافظت می‌کرد هم سعی داشت نقدهای مادرش را تکرار کند.

طی هفته‌های بعد، جون اظهار داشت که احتمالاً حوالی زمانی که کلاس اول یا دوم بوده، آزارجنسی دیده است. تصور می‌کرد از نظر روابط صمیمانه «تباه» شده است. هرچند به شوهرش علاقه جنسی نداشت، به او سخت می‌گرفت و انتقاد می‌کرد؛ اما در رابطه‌های نامشروعش پرشور و بی‌پروا بود.

با وجود این، این رابطه‌ها همیشه به یک شکل تمام می‌شد: چون وسط رابطه به یک‌باره وحشت‌زده می‌شد، در خودش چنبره می‌زد و مثل یک دختر کوچولو ناله می‌کرد. این صحنه‌ها باعث سردرگمی و بی‌زاری‌اش می‌شد و دیگر تحمل نداشت بیش از این با دل‌داده‌اش بماند.

مثل مریلین که در فصل هشتم درباره‌اش حرف زدیم، چون اظهار داشت که یاد گرفته وقتی آزارش می‌دادند خود را ناپدید کند و طوری بالای صحنه معلق بماند که گویی آن اتفاق داشت برای دختر دیگری می‌افتاد. بیرون‌کردن آزار جنسی از ذهنش کم‌کم کرده بود تا مثل مهمانی‌های شبانه هم‌کلاسی‌ها، دوستان دخترش و تیم‌های ورزشی یک زندگی مدرسه‌ای عادی داشته باشد. مشکلات از نوجوانی شروع شد، یعنی وقتی که عادت کرد پسرهایی را که برخورد خوبی با او داشتند با سردی تحقیر کند و گاه‌وبی‌گاه روابط جنسی‌ای داشت که موجب شرمندگی و سرافکندگی‌اش می‌شد. می‌گفت در نظر او پرخوری عصبی مثل ارگاسم برای دیگران است و رابطه جنسی با شوهرش حتماً حکم استفراغ برای دیگران را داشته است. خاطراتش از سوءاستفاده جدا از هم (گسسته) بودند؛ اما ناخواسته بازآفرینی‌اش می‌کرد.

سعی نکردم دلیل عصبانیت، احساس گناه یا خاموشی‌اش را برایش توضیح دهم؛ همان موقع هم خودش را کالای آسیب‌دیده‌ای می‌دید. در درمان نیز، مثل پردازش حافظه، روش آونگی، رویکردی تدریجی که در فصل سیزدهم از آن سخن گفتم، نقش محوری دارد. برای اینکه این امکان را به جون بدهیم که با فلاکت و آسیب‌دیدگی‌اش کنار بیاید، چاره‌ای جز آن نبود که از قدرت و خوددوستی‌اش بهره بگیریم و کمکش کنیم تا خودش را درمان کند.

برای این کار می‌بایست بر منابع درونی بسیارش تمرکز می‌کردم و به خاطر می‌سپردم که نمی‌توانستم عشق و مراقبتی را که در کودکی از دست داده بود به او بدهم. اگر در جایگاه درمانگر، معلم یا مربی سعی در پرکردن خلأهای ناشی از محرومیت‌های کودکی برآید، متوجه خواهید شد که برای این کار آدمی نامناسب، در زمان نامناسب و در مکان نامناسب هستید. شیوه درمانی به‌جای رابطه جون با من به رابطه‌اش با بخش‌های وجودی‌اش تمرکز می‌کند.

ملاقات با مدیرها

با پیشرفت روند درمانی جون، بخش‌های زیادی را شناسایی کردیم که در زمان‌های مختلف کنترل

اوضاع را در دست داشتند: یک بخش کودکانه لجباز که قشقرق راه می‌انداخت، بخش نوجوان بی‌بندوبار، بخش خودکشی‌گرا، مدیران وسواسی، اخلاق‌گرای پرادا و اطوار و چیزهایی از این دست. طبق معمول، اول سراغ مدیرها رفتیم. وظیفه‌شان این بود که از تحقیر و رهاشدگی جون جلوگیری کنند و مرتب و ایمن نگهش دارند. ممکن است تعدادی از مدیران، مثل بخش منتقد جون، پرخاشگر باشند، درحالی‌که بقیه کمال‌گرا یا خوددارند و مراقب‌اند تا توجه زیادی را به خودشان جلب نکنند. ممکن است بگویند از آنچه درحال وقوع است چشم‌پوشی کنیم و منفعل نگه‌مان دارند تا خطر نکنیم. به‌علاوه، مدیران داخلی میزان دسترسی ما را به هیجانات کنترل می‌کنند تا خودسیستمی‌مان تحت فشار قرار نگیرد.

حفظ کنترل بر سیستم مستلزم صرف انرژی بسیار زیادی است. فقط اظهارنظری عشوهِ گرانه کافی است تا چندین بخش را به‌صورت هم‌زمان تحریک کند: بخشی که شدیداً دچار انگیزش جنسی می‌شود، بخش دیگری که مملو از خودانزجاری است، بخش سومی که سعی می‌کند با خودزنی همه‌چیز را آرام کند. دیگر مدیران دغدغه‌ها و مشغولیت‌های جدید ایجاد یا کاملاً واقعیت را انکار می‌کنند. اما باید هر بخش را محافظی درونی دانست که موضع دفاعی مهمی را اتخاذ می‌کند. مدیران بار مسئولیت زیادی

را بر عهده دارند و معمولاً در موقعیت‌های دشواری گرفتارند.

برخی از مدیران بی‌نهایت توانمندند. بسیاری از بیمارانش پُست‌های مسئولیتی دارند، دارای مشاغل حرفه‌ای مهمی‌اند و ممکن است والدینی فوق‌العاده با ملاحظه باشند. مدیر منتقد چون بی‌تردید به موفقیتش در سمت چشم‌پزشک کمک کرد. بیماران زیادی داشته‌ام که معلم‌ها و پرستارهای بسیار چیره‌دستی بوده‌اند. در نظر همکارانشان آن‌ها کمی نجسب یا تودار بوده‌اند؛ اما احتمالاً در کمال تعجب پی برده‌اند که همکاران نمونه‌شان هم درگیر خودزنی، اختلالات تغذیه‌ای یا رفتارهای جنسی نامعمول‌اند.

چون به تدریج دانست که تجربه هم‌زمان احساسات یا افکار متناقض امری عادی است؛ همین مسئله اعتماد به نفس بیشتری به او می‌داد تا با وظیفه پیش‌رویش مواجه شود. به جای آنکه فکر کند تنفر کل وجودش را فراگرفته، دانست که نفرت فقط بخشی از وجودش را فلج کرده است. بالین حال، چون پس از ارزیابی منفی در محل کار در سراسیمگی سقوط افتاد و خود را سرزنش کرد که چرا از خودش محافظت نکرده است و آن‌گاه احساس وابستگی، ضعف و ناتوانی کرد. هنگامی که از او خواستم تا محل قرارگیری آن بخش ناتوان را در بدنش پیدا کند و بگوید چه حسی به آن دارد، مقاومت کرد. گفت تحمل آن دختر

نق نقو و بی عرضه از توانش خارج است که باعث می شد از خودش خجالت بکشد و احساس تحقیر کند. احتمال دادم که این بخش حاوی بیشترین خاطره ها از سوءاستفاده اش باشد، برای همین تصمیم گرفتم در این مقطع تحت فشارش نگذارم. با حالتی گوشه گیرانه و غمگین از مطبم خارج شد.

روز بعد به خوراکی های داخل یخچال هجوم برد و بعدش ساعت ها مشغول بالاآوردن غذاها بود. وقتی به دفترم بازگشت اظهار داشت که قصد خودکشی داشته و متعجب بود که چقدر خالصانه کنجکاوم و عجولانه قضاوت نمی کنم و بابت پرخوری یا افکار خودکشی نکوهشش نمی کنم. وقتی پرسیدم کدامیک از بخش ها در این قضایا درگیر بودند، بخش منتقد بازگشت و بی اختیار گفت: «نفرت انگیزه.» هنگامی که از آن بخش خواست تا عقب بایستد، بخش بعدی گفت: «هرگز کسی دوستم نخواهد داشت»؛ سپس سروکله منتقد پیدا شد که گفت بهترین راه برای کمک به او این است که این سروصداها را نادیده بگیری و قرص هایش را بیشتر کنی.

واضح بود که این مدیرها با هدف مراقبت از بخش های آسیب دیده چون ناخواسته داشتند به او صدمه می زدند.

بنابراین مرتباً ازشان می‌پرسیدم به نظرشان اگر عقب می‌نشستند چه اتفاقی می‌افتاد. چون پاسخ داد: «مردم از من متنفر می‌شوند» و «تک و تنها سرگردان می‌شوم.» سپس خاطره‌ای را تعریف کرد: مادرش گفته بود اگر نافرمانی کند به فرزندخواندگی داده می‌شود و دیگر هرگز نمی‌تواند خواهرها یا سگش را ببیند. وقتی از او پرسیدم چه حسی درباره آن دختر ترسیده درونش دارد، به گریه افتاد و گفت برایش متأسف است. حالا خودِ درونی چون بازگشته بود و مطمئن بودم که سیستمش را آرام کرده‌ایم؛ اما آن جلسه بیش از آنچه فکرش را می‌کردیم زود تمام شد.

خاموش کردن شعله‌ها

هفته بعد چون سر قرار نیامد. بخش‌های تبعیدی‌اش را تحریک کرده بودیم و آتش‌نشان‌هایش به تکاپو افتاده بودند. آن‌طور که بعدها به من گفت غروب همان روزی که از وحشتش درباره رفتن به پرورشگاه حرف زده بودیم، احساس می‌کرد که گویی دارد در خودش می‌ترکد. به کافه رفت و با مردی روی هم ریخت. هنگامی که آخر شب، مست و ژولیده به خانه برگشت، از صحبت با شوهرش امتناع کرد و در خلوتگاهش خوابید. صبح روز بعد طوری وانمود کرد که انگار اتفاقی نیفتاده است.

آتش‌نشان‌ها هر کاری از دستشان برآید برای رفع رنج هیجانی به کار خواهند برد. جدا از اینکه در وظیفه محبوس نگه‌داشتن تبعیدی‌ها کمک می‌کنند، کارشان مخالف کار مدیرهاست: مدیران همه تمرکزشان حفظ کنترل است، حال آنکه آتش‌نشان‌ها برای خاموش کردن آتش خانه را ویران می‌کنند. مجادله بین مدیران سخت‌گیر و آتش‌نشان‌های خودسر تا زمانی ادامه خواهد یافت که تبعیدی‌ها که بار تروما را بر دوش دارند، اجازه پیدا کنند به خانه برگردند و تحت مراقبت قرار گیرند.

هرکسی که با بازماندگان تروما سروکار دارد با این آتش‌نشان‌ها روبه‌رو خواهد شد. آتش‌نشان‌هایی را دیده‌ام که به خرید می‌روند، می‌نوشند، معتاد بازی‌های رایانه‌ای هستند، رابطه‌های جنسی نسنجیده‌ای دارند یا به شکل وسواس‌گونه‌ای ورزش می‌کنند. مواجهه‌ای ناخوشایند ممکن است شرم و وحشت کودک سوءاستفاده‌شده را، حتی اگر شده برای چند ساعت، از بین ببرد.

باید به خاطر داشته باشیم که اساساً آتش‌نشان‌ها به شدت درصدد آن‌اند که از سیستم هم محافظت کنند. برخلاف مدیران که در خلال درمان معمولاً در ظاهر همکاری می‌کنند، آتش‌نشان‌ها عقب نمی‌کشند: مخاطب را آماج توهین‌هایشان قرار می‌دهند و با عصبانیت از اتاق خارج می‌شوند. آتش‌نشان‌ها برآشفته‌اند و اگر ازشان پرسید اگر از کارشان دست بکشند چه اتفاقی می‌افتد، پی خواهید

برد که به اعتقادشان احساسات تبعیدشده کل سیستم «خود» را از کار می‌اندازند. آن‌ها همچنین از این مسئله غافل‌اند که راه‌های بهتری برای تضمین ایمنی فیزیکی و هیجانی وجود دارد و حتی اگر رفتارهایی مثل پرخوری یا خودزنی متوقف شوند، آتش‌نشان‌ها اغلب اوقات شیوه‌های دیگری را برای خودجراحی پیدا می‌کنند. این چرخه فقط زمانی به پایان می‌رسد که خود بتواند زمام امور را در دست بگیرد و سیستم بار دیگر احساس امنیت کند.

بار سمی بودن

تبعیدی‌ها زباله‌دانی زباله‌های سمی سیستم‌اند. از آنجا که خاطرات، ادراکات، باورها و هیجانات مرتبط با تروما را در خود دارند، رهاکردنشان خطرناک است. تجربه «اوه، خدای من، کارم تمام است» - اساس شوک اجتناب‌ناپذیر - و به تبع آن وحشت، فروپاشی و سازگاری در بخش‌های تبعیدی جای دارند. تبعیدی‌ها ممکن است خودشان را در قالب ادراکات فیزیکی خردکننده یا بی‌حسی شدید نشان دهند؛ آن‌ها هم به معقولیت مدیران می‌تازند و هم به شجاعت آتش‌نشان‌ها توهین می‌کنند.

چون نیز مثل بیشتر قربانیان روابط جنسی خانوادگی از بخش‌های تبعیدی‌اش متنفر بود، به خصوص

دختر کوچولویی که به نیازهای جنسی سوءاستفاده‌گرش پاسخ داده بود و کودک وحشت‌زده‌ای که تنها در رختخواب هق‌هق می‌کرد. وقتی تبعیدی‌ها مدیران را تحت فشار قرار می‌دهند، بر ما مسلط می‌شوند؛ بدین‌ترتیب چیزی جز آن کودک طردشده، ضعیف، محروم از محبت و رهاشده نیستیم. خود با بخش‌های تبعیدشده «آمیخته» می‌شود و هر احتمال دیگری برای زندگی‌مان تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد. آن‌گاه، همان‌گونه که شوارتز هم می‌گوید، «خودمان و دنیا را از دریچهٔ چشمان آن‌ها می‌بینیم و به این باور می‌رسیم که این "همان" دنیا است. در چنین حالتی به ذهنمان خطور نمی‌کند که کسی چیزی از ما ربوده است.» (۱۷)

باوجوداین، محبوس نگه‌داشتن تبعیدی‌ها هم خاطرات و هیجانات و هم بخش‌های نگه‌دارنده‌شان را، یعنی بخش‌هایی که بیشترین آسیب را از تروما دیده‌اند، سرکوب می‌کند. طبق گفتهٔ شوارتز: «معمولاً این بخش‌ها حساس‌ترین، خلاق‌ترین، محبت‌آمیزترین، سرزنده‌ترین، بازیگوش‌ترین و معصومانه‌ترین بخش‌هایتان هستند. با تبعیدکردنشان هنگام آسیب‌دیدن، دچار بدبیناری دوگانه‌ای می‌شوند؛ خواری طردشدگی بر جراحت اولیه‌شان افزوده می‌شود.» (۱۸) همان‌طور که جون پی برد، مخفی و متنفر نگه‌داشتن تبعیدی‌ها وی را به زندگی‌ای بدون صمیمیت یا لذتی واقعی محکوم کرده بود.

بازگشایی گذشته

چند ماه پس از آغاز درمان جون، مجدداً به دختر تبعیدشده‌ای که بار حقارت و سردرگمی و شرم آزار جنسی جون را بر دوش می‌کشید، دسترسی یافتیم. تا آن موقع به قدر کافی به من اعتماد پیدا کرده بود و به قدر کافی درکی از خود داشت که بتواند خودش را در قالب بچه ببیند؛ بچه‌ای با همه احساسات مدت‌ها فروخته و وحشت، شور و هیجان، تسلیم‌شدگی و هم‌دستی. طی این فرایند زیاد حرف نمی‌زد و کار اصلی‌ام این بود که در وضعیت خودمشاهده‌گری آرامی نگهش دارم. بیشتر وقت‌ها از شدت تنفر و وحشت میل داشت کنار بکشد و این کودک تحمل‌ناپذیر را در بدبختی خودش تنها رها کند. در چنین مواقعی از بخش‌های محافظش می‌خواستم عقب بکشند تا او بتواند همچنان به چیزی گوش دهد که دختر کوچولوش می‌خواست او بداند.

نهایتاً با تشویق‌های من توانست به وسط صحنه بپرد و آن دخترک را با خودش به مکان امنی ببرد. چون قاطعانه به سوءاستفاده‌گرش گفت دیگر هرگز اجازه نخواهد داد به آن دخترک نزدیک شود. به جای انکار وجود آن کودک، نقش فعالانه‌ای در رهایی‌اش ایفا کرد. در اینجا هم مثل روش ای‌ام‌دی‌آر، رفع تروما حاصل توانایی جون در دسترسی به تخیلات و بازسازی صحنه‌هایی بود که در آن مدت‌ها

بی حرکت مانده بود. انفعال ناشی از درماندگی جای خود را به اقدام قاطعی داد که خود رهبری اش را بر عهده داشت.

وقتی جون رفته رفته افسار تکانه‌ها و رفتارهایش را به دست گرفت، به خلأ رابطه اش با شوهرش، برایان، پی برد و برای ایجاد تغییر دست به کار شد. پیشنهاد دادم تا از برایان بخواهد ملاقاتی با ما داشته باشد. پیش از شروع دیدارهای تک نفره‌ام با برایان هشت جلسه از حضور جون گذشته بود.

شوارتز متذکر می شود که روش سیستم های خانواده درونی (آی اف اس) می تواند به اعضای خانواده کمک کند تا «مربی» هم باشند؛ چون آن ها یاد می گیرند نحوه تعامل بخش های هر فرد با بخش های فرد دیگری را مشاهده کنند. من این مسئله را عیناً در جون و برایان دیدم. برایان در ابتدا از اینکه این همه مدت رفتارهای جون را تحمل کرده بود به خود افتخار می کرد: احساس می کرد جون واقعاً به او نیاز دارد و همین مسئله باعث می شد تا حتی فکر طلاق هم به سرش نزنند. اما حالا که جون به صمیمیت بیشتری نیاز داشت، برایان خود را تحت فشار و ناکارآمد می دید؛ بخش هراسیده ای را از خود بروز می داد که همه چیز را نادیده می گرفت و دیواری مقابل احساسات می کشید.

برایان به تدریج اذعان داشت که در خانواده‌ای الکلی بزرگ شده است که رفتارهایی همچون رفتار جون عادی بود و عمدتاً نادیده گرفته می‌شد؛ در این بین پدرش مقاطعی را در اردوگاه‌های ترک اعتیاد گذرانده بود و مادرش هم به دلیل افسردگی و اقدام به خودکشی بستری‌های طولانی مدتی داشت. هنگامی که از بخش هراسیده‌اش پرسیدم اگر به برایان اجازه دهد چیزی را حس کند چه اتفاقی می‌افتد، نشان داد که از سیطره درد بر او می‌ترسد، درد کودکی‌اش که به درد رابطه‌اش با جون افزوده می‌شد.

طی هفته‌های بعد بخش‌های دیگری هم ظاهر شدند. اول از همه سروکله بخش محافظی پیدا شد که از زنان می‌ترسید و مصمم بود هرگز به برایان اجازه ندهد تا دستمایه فریب‌هایشان شود. سپس به مراقب قدرتمندی برخوردیم که از مادر و خواهر و برادرهای کوچک‌ترش نگهداری کرده بود. این بخش احساسی حاکی از خودارزشمندی و هدف و راهی برای کنارآمدن با ترس را در اختیار برایان گذاشت. بالاخره برایان آماده مواجهه با بخش تبعیدی‌اش بود، کودک هراسیده و اساساً بی‌مادری که کسی را برای مراقبت از خود نداشت.

این نسخه بسیار کوتاهی از یک واکاوی طولانی است که مشغولیت‌های متفرقه زیادی در آن بود، مثل وقتی که بخش منتقد جون گهگاهی ظاهر می‌شد. اما آی‌افاس از همان ابتدا به جون و برایان کمک

کرد تا صدای خودشان و یکدیگر را از منظر «خود» ی بی طرف، کنجکاو و دل سوز بشنوند. دیگر اسیر گذشته نبودند و فرصت های کاملاً جدیدی پیش رویشان گشوده شد.

قدرت خودشفقت ورزی: نقش آی اف اس در درمان روماتیسم مفصلی

نانسی شادیک^{۳۲۲} متخصص رماتیسم در بیمارستان بریگام و زنان بوستون است که تحقیقات پزشکی در حوزه رماتیسم مفصلی (آرای) را با علاقه شدیدش به تجربه‌ای تلفیق می‌کند که بیمارانش شخصاً از بیماری‌هایشان دارند. هنگامی که در جریان برگزاری یک کارگاه به‌همراه ریچارد شوارتز آی‌اف‌اس را کشف کرد، تصمیم گرفت این شیوه درمانی را در مطالعه‌ای راجع به مداخله روانی - اجتماعی برای درمان بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی به کار گیرد.

رماتیسم مفصلی نوعی بیماری خودایمنی است که موجب بروز اختلالات التهابی در سطح بدن می‌شود و درد مزمن و فلج را به دنبال دارد. تجویز دارو پیشرفت آن را به تأخیر می‌اندازد و اندکی از دردش می‌کاهد؛ اما علاجی ندارد و زندگی با وجود رماتیسم مفصلی ممکن است به افسردگی، اضطراب، انزوا و در مجموع کیفیت نامناسب زندگی بینجامد. به دلیل پیوندی که بین تروما و بیماری خودایمنی دیده بودم، این مطالعه را با علاقه خاصی دنبال کردم.

دکتر شادیک با همکاری درمانگر ارشد آی‌اف‌اس، نانسی سول^{۳۲۳} مطالعه نه‌ماهه تصادفی‌شده‌ای را ایجاد کرد که در آن یک دسته از بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی هر دو شیوه دستورالعمل‌های گروهی و فردی آی‌اف‌اس را دریافت می‌کردند و گروه کنترل هم به‌طور منظم نامه‌ها و تماس‌هایی تلفنی درباره

علائم بیماری و مدیریت آن دریافت می‌کردند. هر دو گروه با برنامه‌های دارویی منظمی پیش رفتند و متخصصان رماتیسمی که از عضویت هرکدام از بیماران در گروه‌ها بی‌خبر بودند، به‌صورت دوره‌ای آن‌ها را ارزیابی می‌کردند.

هدف گروه آی‌اف‌اس این بود که نحوه پذیرش و درک ترس، درماندگی و خشم اجتناب‌ناپذیر را به بیماران آموزش دهند و با آن احساسات به‌مثابه اعضای از «خانواده درونی» شان برخورد کنند. آن‌ها مهارت‌های گفت‌وگوی درونی را یاد می‌گرفتند که قادرشان می‌ساخت تا به دردشان واقف شوند، افکار و هیجانات همراهش را شناسایی کنند و با علاقه و شفقت با آن حالت‌های درونی برخورد کنند.

مشکلی اساسی همان اول کار خودش را نشان داد. بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی نیز همچون بسیاری از بازماندگان تروما دچار آلکسی‌تایمیا بودند. آن‌طور که نانسی سول بعدها به من گفت آن‌ها هرگز از درد یا کم‌توانی‌شان گلایه نمی‌کردند مگر آنکه کاملاً از پا درآمده باشند.

وقتی ازشان می‌پرسیدید چه احساسی دارند، تقریباً همیشه جواب می‌دادند: «خوبم.» بخش‌های بی‌اعتنایشان مشخصاً کمک می‌کردند تا این سختی‌ها را از سر بگذرانند؛ اما این مدیرها در حالت انکار

هم قرارشان می‌دادند. عده‌ای آن‌قدر ادراکات و هیجانات بدنیشان را خاموش می‌کردند که نمی‌توانستند آن‌طور که باید با پزشکان همکاری کنند.

برای رتق و فتق امور، بخش‌های آی‌اف‌اس به شکل نمایشی ارائه داده شد و میز و صندلی‌ها و اثاثیه را طوری چیدند تا نشان‌دهنده مدیرها، تبعیدی‌ها و آتش‌نشان‌ها باشد. طی چندین هفته، اعضای گروه کم‌کم از مدیرانی صحبت کردند که بهشان می‌گفتند «بسوزند و بسازند» زیرا به هر حال کسی علاقه‌ای به شنیدن دردهایشان نداشت. آن‌گاه همان‌طور که از بخش‌های بی‌توجه خواسته شد تا عقب بایستند، رفته‌رفته متوجه بخش‌های دیگری هم شدند: بخش خشمگینی که دوست داشت داد بزند و خرابی به بار آورد، بخشی که می‌خواست همیشه در رختخواب بماند و بخش تبعیدی‌ای که احساس می‌کرد به درد نخور است؛ زیرا کسی اجازه حرف زدن به او نمی‌داد. معلوم شد که در کودکی تقریباً همه این بخش‌ها قرار بود دیده شوند و صدایشان شنیده نشود؛ ایمنی ایجاب می‌کرد نیازهایشان مخفی نگه داشته شود.

هریک از درمان‌های آی‌اف‌اس به بیماران کمک کرد تا زبان بخش‌ها را به مسائل روزمره تعمیم دهند. مثلاً زنی به خاطر تعارضات شغلی‌اش احساس می‌کرد به دام افتاده است؛ بخش مدیریتی‌اش پافشاری

می‌کرد که تنها راه فرار این است که تا وقتی رماتیسم مفصلی‌اش عود نکرده پرکاری کند. با کمک درمانگرش پی برد که می‌تواند بدون مریض‌شدن هم پاسخ‌گوی نیازهایش باشد.

اعضای این دو گروه، یعنی گروه آی‌اف‌اس و گروه کنترل، طی دورهٔ نه‌ماههٔ مطالعه سه بار و مجدداً یک سال بعد ارزیابی شدند. در پایان دوره، گروه آی‌اف‌اس در مقایسه با گروه آموزشی پیشرفت‌های محسوسی در زمینهٔ درد مفصلی خودارزیابی‌شده، کارکرد فیزیکی، خودشفقت‌ورزی و درد کلی نشان دادند. آن‌ها همچنین پیشرفت‌های چشمگیری را نیز در افسردگی و خودکارآمدی داشتند. دستاوردهای گروه آی‌اف‌اس در زمینهٔ ادراک درد و علائم افسردگی تا یک سال بعد پابرجا بود، هرچند آزمایش‌های پزشکی عینی بیش از این نتوانستند پیشرفت محسوسی را در زمینهٔ درد یا کارکرد شناسایی کنند. به بیان دیگر، آنچه بیش از همه تغییر کرده بود توانایی بیماران برای زندگی با بیماری‌هایشان بود. شادیک و سول در نتیجه‌گیری‌هایشان به تمرکز شیوهٔ آی‌اف‌اس بر خودشفقت‌ورزی به‌منزلهٔ عاملی اصلی تأکید کردند.

این اولین مطالعه‌ای نبود که ثابت کرد مداخلات فیزیولوژیکی می‌تواند به کمک بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی بیاید. تأثیر مثبت درمان شناختی رفتاری و شیوه‌های متکی بر ذهن‌آگاهی بر درد، التهاب

مفاصل، معلولیت فیزیکی و افسردگی نیز ثابت شده است. (۱۹) بااین حال، هیچ یک از مطالعات یادشده این پرسش اساسی را مطرح نکرده اند: آیا افزایش ایمنی و آسایش روانی در بهبود عملکرد سیستم ایمنی نمود داشته است؟

آزادسازی کودک تبعیدشده

پیتر اداره بخش تومورشناسی یک مرکز پزشکی دانشگاهی معتبر را بر عهده داشت؛ بخشی که همواره یکی از بهترین بخش های تومورشناسی کشور شناخته می شد. همان طور که با هیکل بدنی عالی ناشی از تمرینات منظم اسکواش در مطبم نشست، اعتماد به نفسش به ورطه خودبزرگ بینی کشیده شده بود. بدون شک اثری از پی تی اس دی در این مرد دیده نمی شد. گفت که فقط می خواهد بداند چگونه می تواند به همسرش کمک کند که این قدر «زودرنج» نباشد. همسرش تهدید کرده بود اگر کاری برای رفع آنچه او رفتار سنگ دلانه پیتر می نامید انجام ندهد، ترکش خواهد کرد. پیتر به من اطمینان داد که برداشت همسرش دچار انحراف است؛ زیرا پیتر مسلماً مشکلی با همدلی با افراد مریض نداشت.

عاشق آن بود که درباره کارش حرف بزند و رقابت شدید دستیارها و همکارانش بر سر اجرای

خواسته‌های او و همین‌طور شایعاتی که دربارهٔ ترس کارکنانش از او شنیده بود مایهٔ غرورش شده بود. خودش را آدمی کاملاً صادق و دانشمندی واقعی توصیف می‌کرد، کسی که فقط به واقعیت‌ها توجه می‌کرد و با نگاه معناداری به من، حوصلهٔ احقاقی‌ها را نداشت.

معیارهای سخت‌گیرانه‌ای داشت؛ اما نه به سخت‌گیری معیارهایی که برای خودش تعیین کرده بود. به من اطمینان داد که محتاج عشق کسی نیست و فقط خواهان احترامشان است.

پیتر می‌گفت که دورهٔ روان‌پزشکی‌اش در دانشکدهٔ پزشکی وی را مجاب کرده که روان‌پزشکان هنوز از جادوگری استفاده می‌کنند و دوره‌ای که او در خصوص درمان زوج‌ها گذرانده بوده این نظریه را بیش از پیش تقویت کرده بود. آن‌هایی را که والدین یا جامعه را به‌خاطر مشکلاتشان سرزنش می‌کردند تحقیر می‌کرد. خودش نیز در کودکی سهمی از بدبختی داشت؛ اما مصمم بود که هرگز خودش را به چشم قربانی نبیند.

بااینکه سرسختی پیتر و عشقش به صرفِ دقت در کارها برایم جذاب بود، چاره‌ای جز این نداشتم که ببینم آیا همان چیزی را در او کشف می‌کنیم که بیشتر وقت‌ها دیده بودم: اینکه مدیرهای داخلی‌ای که

فکروذکرشان قدرت است معمولاً به منزله سپری در مقابل احساس درماندگی ساخته شده‌اند.

وقتی از پیتِر دربارهٔ خانواده‌اش سؤال کردم، اظهار داشت که پدرش کسب‌وکاری تولیدی را اداره می‌کرد. پدرش از بازماندگان هولوکاست بود که ممکن بود بی‌رحم و سخت‌گیر باشد؛ اما روح ظریف و حساسی هم داشت که موجب شده بود پیتِر ارتباطش را با او حفظ کند و الهام‌بخش او برای درپیش‌گرفتن پزشکی بود. آن‌طور که دربارهٔ مادرش برایم تعریف کرد، پیتِر برای اولین بار فهمید که مادرش خانه‌داری سفت‌وسخت را جای مراقبت واقعی کرده؛ اما پیتِر می‌گفت این مسئله آزارش نداده است. مدرسه می‌رفت و پشت‌سرهم بیست می‌گرفت. با خودش عهد کرده بود زندگی‌ای بدون طردشدگی و حقارت بسازد؛ اما از قضا هر روز با مرگ و طردشدگی زندگی می‌کرد؛ مرگ در بخش تومورشناسی و تلاش‌های دائمی برای تأمین مالی کارهای پژوهشی‌اش و انتشار آن‌ها.

در جلسهٔ بعدی همسر پیتِر هم به ما ملحق شد. همسرش شرح داد که پیتِر بی‌وقفه از او انتقاد می‌کند، از سلیقهٔ لباس پوشیدنش، فرزندپروری‌اش، عادت‌های کتاب‌خوانی‌اش، هوشش و دوستانش. پیتِر به ندرت به خانه می‌آمد و هیچ‌وقت از نظر عاطفی دردسترس نبود. از آنجاکه پیتِر تعهدات مهم زیادی داشت و اخلاقش هم خیلی تُند بود، خانواده‌اش همیشه محتاطانه با او حرف می‌زدند. همسرش عزمش را جزم

کرده بود که پیترا ترک کند و زندگی جدیدی را آغاز کند، مگر اینکه پیترا تغییراتی اساسی در خودش ایجاد می‌کرد. در آن مقطع، برای اولین بار پریشان‌حالی پیترا را آشکارا دیدم. به من و همسرش اطمینان داد که می‌خواهد همه‌چیز را درست کند.

در طول جلسهٔ بعدی، از او خواستم تا بدنش را شل کند، چشمانش را ببندد، توجهش را به درون معطوف کند و از آن بخش اساسی، یعنی همان بخشی که همسرش شناسایی کرده بود، بپرسد به نظرش اگر از قضاوت‌های بی‌رحمانه دست بردارد، چه اتفاقی می‌افتد. پس از حدود سی ثانیه گفت که از حرف‌زدن با خودش احساس احمقانه‌ای داشته است. نمی‌خواست یکی از حقه‌های درمانی مدرن را امتحان کند. در جست‌وجوی «درمان تأییدشدهٔ تجربی» سراغم آمده بود. خاطر جمعش کردم که خودم نیز مثل او در خط مقدم درمان‌های تجربه‌محور هستم و این روش درمانی یکی از آنهاست. حدود یک دقیقه‌ای ساکت بود تا اینکه زیر لب گفت: «آسیب می‌بینم.» اصرار کردم تا از بخش منتقدش بپرسد این حرف چه معنایی دارد. پیترا درحالی‌که چشمانش همچنان بسته بود، پاسخ داد: «اگر از دیگران انتقاد کنی، دیگر جرئت نمی‌کنند به تو آسیب بزنند.» سپس: «اگر بی‌عیب و نقص باشی، هیچ‌کس نمی‌تواند از تو انتقاد کند.» از او خواستم تا از منتقدش به‌خاطر محافظت از او در مقابل

آسیب دیدگی و تحقیر تشکر کند. وقتی پیتز دوباره ساکت شد می توانستم راحت شدن شانه هایش و کندتر و عمیق تر شدن نفس هایش را بینم.

سپس اظهار داشت که می دانسته فخر فروشی اش تأثیری منفی بر رابطه اش با همکاران و دانشجویانش می گذارد. در دوره می های کارکنان احساس می کرد تنه است و همه از او متنفرند و در جشن های بیمارستان هم راحت نبود. هنگامی که تمایلش را برای تغییر بخش خشمگینی جویا شدم که مردم را تهدید می کرد، پاسخ مثبت داد. سپس پرسیدم آن بخش کجای بدنش قرار دارد و او در وسط قفسه سینه پیدایش کرد. ضمن حفظ تمرکزش بر درون، حسش را درباره آن بخش پرسیدم. اظهار داشت که می ترساندش.

آن گاه از او درخواست کردم تا همچنان بر آن بخش متمرکز بماند و ببیند چه حسی درباره اش دارد. گفت کنجکاو است چیزهای بیشتری درباره اش بداند. پرسیدم چندساله است. گفت حدوداً هفت سال. از او خواستم تا بخش انتقادی اش را ملزم کند آنچه را مواظبت کرده نشان دهد. پس از سکوتی طولانی و درحالی که چشمانش همچنان بسته بود، گفت درحال تماشای صحنه ای از کودکی اش است. پدرش داشت پسر بچه ای، خود پیتز، را می زد و پیتز کناری ایستاده بود و با خود فکر می کرد آن بچه چقدر

احمق بوده که پدرش را عصبانی کرده است. وقتی از او پرسیدم حسش دربارهٔ پسری که داشت کتک می‌خورد چیست، گفت که از او متنفر است. ضعیف و نق‌نقو بود. پس از آنکه کمترین مقاومت ممکن را به رفتارهای تحکم‌آمیز پدرش نشان داد، ناگزیر تسلیم شد و با صدای ضعیفی گفت که پسر کوچولوی خوبی خواهد بود. ترسو و بی‌اراده بود. از بخش منتقد پرسیدم آیا امکانش هست کناری بایستد تا بتوانیم ببینیم آن پسر در چه حالی است. بخش منتقد در پاسخ با تمام توان ظاهر شد و القابی مثل «بی‌عرضه» و «سوسول» را به آن پسر بچه نسبت داد. دوباره از پیتیر پرسیدم آیا بخش منتقد تمایل دارد کنار برود و به پسرک فرصت حرف‌زدن دهد. پیتیر کاملاً خاموش شد و درحالی جلسه را ترک کرد که می‌گفت محال است دیگر پایش را در مطبم بگذارد.

اما هفته بعد بازگشت: همسرش طبق تهدیدی که کرده بود، وکیلی گرفته و درخواست طلاق داده بود. به‌هم‌ریخته بود و به‌هیچ‌وجه به پزشک کاملاً خوش‌تیپی که می‌شناختم و از جهات بسیاری از او می‌ترسیدم شباهت نداشت. ازدست‌دادن خانواده دیوانه‌اش کرده بود و این فکر آرامش می‌کرد که اگر وضع بیش از حد بغرنج شود، می‌تواند زندگی‌اش را به خطر بیندازد.

دوباره وارد مطب شدیم و بخشی را شناسایی کردیم که از رهاشدگی وحشت داشت. هنگامی که در

وضعیت ذهن‌آگاه خود قرار داشت، اصرار کردم تا از آن پسر وحشت‌زده بخواهد بارهایی را که بر دوش می‌کشد نشانش دهد. باز هم اولین واکنش پیتز انزجار از ضعف پسرک بود؛ اما وقتی از او خواستم تا آن بخش را مجبور به عقب‌نشینی کند، تصویری از کودکی خودش را در خانه پدر و مادرش دید که تنها در اتاقش دارد از وحشت جیغ می‌کشد. پیتز چند دقیقه به این صحنه نگاه کرد و در بیشتر این مدت آرام اشک می‌ریخت. از او پرسیدم آیا پسرک همه آنچه می‌خواسته به او گفته است یا خیر. نه، صحنه‌های دیگری هم بود، مثل دویدن به سمت پدر برای به‌آغوش کشیدنش هنگام ورود به منزل و سیلی خوردن از او به دلیل نافرمانی از مادر.

گاه‌گاهی فرایند را قطع می‌کرد تا توضیح دهد والدینش به دلیل هولوکاست و هرآنچه این تجربه در پی دارد، نمی‌توانسته‌اند بهتر از این با او رفتار کنند. مجدداً توصیه کردم تا بخش‌های محافظتی‌ای را که مانع دیدن درد پسرک می‌شد پیدا کند و از آن‌ها بخواهد تا موقتاً به اتاق دیگری بروند. بدین ترتیب، پیتز هربار می‌توانست به اندوهش بازگردد.

از پیتز خواستم تا به پسری که حالا پیتز می‌شناختش بگوید تجربه‌اش چه اندازه بد بوده است. در سکوتی طولانی و غم‌انگیز نشست. سپس از او خواستم تا به پسرک نشان دهد که نگران‌ش است. پس از آنکه

قدری مجابش کردم، دست‌هایش را دور گردن پسر انداخت. متعجب بودم که این مرد به‌ظاهر خشن و بی‌رحم چقدر دقیق می‌دانست چطور باید از او مراقبت کند.

آن‌گاه پس از گذشت مدتی از پیتر خواستم تا به صحنه برگردد و پسر را با خودش بیرون بیاورد. پیتر خودش را در قالب آدم بزرگ‌سالی تصور کرد که با پدرش روبه‌رو شده و می‌گوید: «اگر یک بار دیگر سربه‌سر این پسر بگذاری، می‌آیم و می‌کشمت.» سپس در تصوراتش بچه را به اردوگاه زیبایی که می‌شناخت برد، جایی که پسرک می‌توانست بازی کند و با اسب‌های پاکوتاه و رجه‌وورجه کند و پیتر نیز هوایش را داشت.

کارمان تمام نشده بود. پس از آنکه همسرش از تهدید طلاق دست برداشت، برخی از عادت‌های قدیمی پیتر بازگشت و مجبور بودیم گهگاهی آن پسر منزوی را دوباره ببینیم تا از رسیدگی به بخش‌های آسیب‌دیده پیتر مطمئن شویم؛ به‌ویژه در مواقعی که اتفاقات خانه یا محل کار آزرده‌اش می‌کرد. این مرحله در شیوه‌ای افاس «سبک‌بارکردن» نامیده می‌شود. با هر سبک‌باری جدید، منتقد سابقاً تندوتیز پیتر آرام می‌شد؛ زیرا کم‌کم بیشتر به مربی شباهت پیدا کرد تا قاضی. بدین ترتیب پیتر به تدریج رابطه‌اش را با خانواده و همکارانش ترمیم کرد. به‌علاوه، دیگر به سردردهای تنشی هم دچار نمی‌شد.

روزی به من گفت بزرگسالی‌اش را صرف رهایی از گذشته‌اش کرده و اظهار داشت چقدر طعنه‌آمیز است که برای رهایی از گذشته مجبور است به آن نزدیک‌تر شود.

فصل هجدهم: پرکردن حفره‌ها

خلق ساختارها

بزرگ‌ترین کشف نسل من این است که بشر می‌تواند با تغییر دیدگاه‌های ذهنی‌اش زندگی‌اش را تغییر دهد.

ویلیام جیمز

این‌طور نیست که چیز متفاوتی دیده شده، بلکه فرد متفاوت می‌بیند. انگار که بُعدی جدید کنش مکانی دیدن را تغییر داده است.

کارل یونگ

پردازش خاطرات تروما یک چیز است، مواجهه با خلأ درونی موضوعی کاملاً متفاوت است: حفره‌های روح که به دلیل خواسته‌نشدن، دیده‌نشدن و اجازه‌نداشتن برای گفتن حقیقت به وجود آمده‌اند. اگر پدر

و مادران با دیدن شما هرگز به وجد نمی‌آیند، به سختی می‌توان حس دوست‌داشته‌شدن و عزیزداشته‌شدن را درک کرد. اگر از جهانی نامفهوم و مملو از پنهان‌کاری و ترس می‌آیید، یافتن واژه‌هایی برای بیان آنچه تحملش کرده‌اید تقریباً غیرممکن است. اگر در مسیر بلوغ کسی شما را نخواست یا نادیده‌تان گرفته، ایجاد درکی درونی از عاملیت و خودارزشمندی چالش بزرگی خواهد بود.

مطالعه‌ای که من، جودی هرمان و کریس پری انجام داده بودیم (به فصل نهم مراجعه کنید) نشان داد افرادی که در کودکی احساس می‌کردند کسی خواهانشان نیست و آن‌هایی که یادشان نمی‌آمد در مسیر بزرگ‌شدن با کسی احساس امنیت کرده باشند، بهره‌کاملی از روان‌درمانی سنتی نبردند، احتمالاً به دلیل اینکه نمی‌توانستند آثار به‌جای‌مانده از احساس تحت‌مراقبت‌بودن را فعال کنند.

این مسئله را می‌توانستم حتی در برخی از متعهدترین و فصحیح‌ترین بیمارانم نیز ببینم. به‌رغم سخت‌کوشی‌شان در درمان و سهمی که در دستاوردهای شخصی و حرفه‌ای داشتند، نمی‌توانستند آثار ویرانگر به‌جای‌مانده را پاک کنند، آثار به‌جای‌مانده از مادری که افسردگی شدید مانع توجهش به آن‌ها شده بود و پدری که رفتارش به‌گونه‌ای بود که گویی آرزو داشت فرزندانش هرگز زاده نشده بودند. واضح بود که اگر صرفاً آن نقشه‌های ضمنی را بازسازی می‌کردند، زندگی‌شان از اساس تغییر می‌کرد. اما

چگونه؟ چطور می‌توان به افراد کمک کرد تا با احساساتی که در آغاز زندگی از آن محروم بوده‌اند، آشنایی درونی پیدا کنند؟

در همایش افتتاحیهٔ انجمن روان‌درمانی بدنی ایالات متحده در جون ۱۹۹۴ در کالج کوچک بورلی مشرف به سواحل صخره‌ای ماساچوست، برای لحظه‌ای پاسخ احتمالی به ذهنم رسید. از قضا به‌نماینده‌ی جامعهٔ روان‌پزشکی به جلسه دعوت شده بودم و قرار بود دربارهٔ کاربرد اسکن‌های مغزی در تجسم حالت‌های ذهنی سخنرانی کنم.

اما به محض آنکه وارد لابی‌ای شدم که حضار برای صرف قهوهٔ صبحگاهی در آن جمع شده بودند، فهمیدم که با جمعیتی طرفم که با گردهمایی‌های همیشگی روان‌داروشناسی یا روان‌درمانی متفاوت‌اند. نحوهٔ حرف‌زدنشان، حالت‌های بدنی و ایما و اشاره‌هایشان حاکی از سرزندگی و تعامل بود؛ این نوع از واکنش‌های فیزیکی اساس هم‌نوایی است.

خیلی زود سر حرف را با آلبرت پِسو^{۳۲۴} باز کردم، رقص خپلهٔ سابق شرکت رقص مارتا گراهام^{۳۲۵} که در آن زمان در اوایل دههٔ هفتاد زندگی‌اش بود. از زیر ابروهای پریشانش می‌شد مهربانی و اعتماد را دید.

گفت راهی را پیدا کرده که رابطه افراد را با خودهای اصلی بدنیشان از اساس تغییر می‌دهد. اشتیاقش به من نیز سرایت کرد؛ اما تردید داشتم و پرسیدم آیا مطمئن است که می‌تواند تنظیمات آمیگدال را تغییر دهد. از این بابت که تابه‌حال کسی روشش را از نظر علمی امتحان نکرده بود آشفته نشد و با اعتماد به نفس به من اطمینان داد که می‌تواند این تنظیمات را تغییر دهد.

پسو در شرف برگزاری کارگاهی در موضوع «درمان روانی حرکتی پی‌بی‌اس‌پی» (۱) بود و دعوت‌م کرد تا در آن کارگاه شرکت کنم. به هیچ‌یک از کارهای گروهی‌ای که تا آن موقع دیده بودم شباهت نداشت. روی صندلی کوتاهی مقابل زنی به اسم نانسی نشست، زنی که او «قهرمان داستان» می‌نامیدش؛ بقیه شرکت‌کنندگان هم روی بالش‌هایی اطراف این دو نشسته بودند. سپس از نانسی خواست درباره آنچه داشت آزارش می‌داد حرف بزند و گهگاهی از مکث‌های نانسی استفاده می‌کرد تا درباره آنچه می‌دید «شهادت» دهد، مثل وقتی که می‌گفت: «شاهد می‌تواند ببیند وقتی پدرت خانواده را ترک کرد چقدر دماغ بودی.» بادقت کوچک‌ترین تغییر در وضعیت بدن، حالت چهره، آهنگ صدا و خیرگی چشم را که بیان‌های غیرکلامی هیجانات بودند، دنبال می‌کرد و همین مسئله مرا تحت‌تأثیر قرار داد. (در شیوه درمانی روانی - بدنی به این کار «خُرده‌ردیابی» گفته می‌شود).

هر بار که پسو «شهادت» می‌داد، چهره و بدن نانسی اندکی آرام می‌شد، انگار که دیده‌شدن و اعتباربخشی به حرف‌هایش موجب می‌شد آسوده‌خاطر شود. به نظر می‌رسید اظهارنظرهای یواشکی پسو شجاعت نانسی را برای ادامه صحبت و ارائه جزئیات بیشتر تقویت می‌کرد. وقتی نانسی شروع کرد به گریه کردن، پسو متذکر شد که هیچ‌کس نباید این‌همه درد را به‌تنهایی بر دوش بکشد، برای همین از نانسی خواست در صورت تمایل یکی را انتخاب کند تا کنارش بنشیند. (پسو چنین کسی را «فرد رابط» نامید.) نانسی سر تکان داد و پس از بررسی دقیق اتاق، به زن میان‌سال ظاهراً مهربانی اشاره کرد. پسو از نانسی پرسید دوست دارد فرد رابط کجا بنشیند. نانسی قاطعانه و درحالی‌که به بالشی در سمت راستش اشاره می‌کرد، پاسخ داد: «همین‌جا.»

شگفت‌زده بودم. مردم با نیم‌کره راست مغزشان ارتباطات مکانی را پردازش می‌کنند و پژوهش مبتنی بر تصویربرداری عصبی ما نشان داده بود که آثار تروما نیز اساساً در نیم‌کره راست باقی می‌ماند (به فصل سوم مراجعه کنید). دل‌سوزی، نارضایتی و بی‌توجهی همگی عمدتاً به‌وسیله حالات چهره، آهنگ صدا و حرکات بدنی بیان می‌شوند. طبق پژوهشی جدید، نزدیک به ۹۰ درصد ارتباطات بشری در قلمرو غیرکلامی نیم‌کره راست رخ می‌دهد (۲)؛ جایی که به نظر می‌رسید کار پسو بیشتر معطوف به آن باشد.

همچنان که کارگاه پیش می‌رفت، این مسئله نیز مایهٔ حیرتم شد که به نظر می‌رسید حضور فرد رابط کمک زیادی به نانسی می‌کرد تا تجارب دردناکی را تحمل کند که داشت بیرون می‌کشید. (۳)

اما از همه عجیب‌تر، نحوهٔ ایجاد تابلوها یا آن‌طور که پسو صدایشان می‌زد «ساختارهایی» بود که او برای نمایش گذشتهٔ قهرمان داستان درست می‌کرد. با آشکارتر شدن ماجرا، از اعضای گروه خواسته شد تا نقش افراد مهم زندگی قهرمان داستان، مثل پدر و مادر و دیگر اعضای خانواده، را بازی کنند تا بدین‌گونه دنیای درونی فرد در فضایی سه‌بعدی شکل بگیرد. اعضای گروه همچنین داوطلب شدند تا نقش والدین ایدئال و مطلوبی را ایفا کنند که حمایت و عشق و محافظتی را فراهم بیاورند که در لحظه‌های حساس زندگی فرد جایشان خالی بوده. شخصیت اول داستان به کارگردان نمایش خود بدل می‌گشت و گذشته‌ای را پیرامون خودش خلق می‌کرد که هرگز از آن برخوردار نبود و پس‌از اتمام این سناریوهای خیالی به‌وضوح آسودگی خاطر فیزیکی و روانی عمیقی را احساس می‌کرد. آیا چنین شگردی می‌توانست چندین دهه پس‌از شکل‌گیری اولیهٔ ذهن و مغز، آثار امنیت و آسودگی خاطر را در کنار آثار وحشت و رهاشدگی نهادینه کند؟

از آنجا که نویدبخشی روش پسو مجذوبم کرده بود، مشتاقانه دعوتش را برای بازدید از خانهٔ روستایی‌اش

در بالای تپه‌ای در جنوب نیوهمپشایر قبول کردم. پس از ناهار، آلبرت زیر یک درخت بلوط کهن سال از من خواست تا به انبار تخته‌ای قرمزرنگش که حالا به استودیویی تبدیل شده بود، برویم و ساختاری ایجاد کنیم. از آنجاکه چندین سال کار روان‌کاوی کرده بودم، انتظار کشف مهمی نداشتم. آدم حرفه‌ای و جافتاده‌ای در دههٔ چهل زندگی بودم و خانوادهٔ خودم را داشتم؛ پدر و مادرم نیز در نظرم دو آدم مُسن بودند که تلاش می‌کردند دوران سالمندی شرافتمندانه‌ای را برای خودشان بسازند. مطمئناً فکر نمی‌کردم هنوز هم تأثیر زیادی رویم داشته باشند.

چون کس دیگری نبود تا در نمایش ایفای نقش کند، آلبرت در ابتدا از من خواست تا شیء یا یکی از میزوسندلی‌ها را به‌جای پدرم در نظر بگیرم. مبل چرمی مشکی گنده‌ای را انتخاب کردم و از آلبرت خواستم تا آن را به‌صورت ایستاده در دوونیم متری‌ام و اندکی مایل به‌سمت چپ قرار دهد. سپس پرسید آیا دوست دارم مادرم را هم وارد اتاق کنم، من نیز آباژور سنگینی را، تقریباً هم‌ارتفاع آن مبل ایستاده، انتخاب کردم. همین‌طور که جلسه به پیش می‌رفت، فضای استودیو پر شد از افراد مهم زندگی‌ام: بهترین دوستم به‌شکل جعبهٔ کوچک دستمال‌کاغذی در سمت راستم؛ همسرم به‌شکل بالشی کوچک کنار دوستم؛ دو فرزندم، دو بالش کوچک دیگر.

پس از مدتی به منظره درونی‌ام نگاهی انداختم: دو شیء گنده، تاریک و تهدیدآمیز که والدینم را نشان می‌دادند و ردیفی از اشیای ریزی که نشان‌دهنده همسر، فرزندانم و دوستانم بودند. متحیر شده بودم؛ تصویر درونی‌ام از والدین کالوینیستی‌ام^{۳۲۶} را در زمان کودکی‌ام بازسازی کرده بودم. احساس کردم سینه‌ام تنگ شده و مطمئنم که صدایم از آن هم فشرده‌تر بود. نمی‌توانستم چیزی را انکار کنم که مغز مکانی‌ام برملا می‌کرد: ساختار به من اجازه داده بود تا نقشه ضمنی‌ام از جهان را تجسم کنم.

وقتی چیزی را که همان موقع کشف کرده بودم با آلبرت در میان گذاشتم، سری تکان داد و پرسید آیا اجازه می‌دهم دیدگاهم را عوض کند؟ دیدم که سوءظنم بازگشت؛ اما از آلبرت خوشم می‌آمد و کنجکاو بودم شیوه‌اش را ببینم، به همین خاطر بی‌درنگ پذیرفتم. خودش را بین من و مبل و آباژور قرار داد و آن‌ها را از زاویه دیدم پنهان کرد. بلافاصله رهایی عمیقی در بدنم حس کردم؛ انقباض قفسه سینه‌ام کاهش یافت و نفس کشیدنم آرام شد. آن وقت بود که تصمیم گرفتم شاگردِ پِسو شوم. (۴)

بازسازی نقشه‌های درونی

تجسم دنیای درونی‌تان در فضای سه‌بعدی یک ساختار به شما کمک می‌کند تا ضمن دیدن آنچه در

تأثر ذهنی‌تان در حال اجراست، دید شفاف‌تری از واکنش‌هایتان به افراد و رویدادهای گذشته داشته باشید. وقتی اشیای دیگری برای آدم‌های مهم زندگی‌تان قرار می‌دهید، خاطرات، افکار و هیجانات غیرمنتظره‌ای به ذهنتان خطور می‌کنند که ممکن است مایه شگفتی‌تان شوند. آن‌گاه روی صفحه بیرونی شطرنجی که خودتان ساخته‌اید مهره‌ها را جابه‌جا می‌کنید تا ببینید چه تأثیری رویتان دارند.

بالاینکه ساختارها حاوی گفت‌وگو هستند، درمان روانی - حرکتی گذشته را توضیح نمی‌دهد یا تفسیر نمی‌کند. در عوض اجازه می‌دهد همان احساسی را داشته باشید که آن موقع داشتید، چیزی را که قبلاً دیده‌اید مجسم کنید و چیزی را که نمی‌توانستید در زمان وقوع حادثه به زبان بیاورید حالا بگویید. انگار توانایی آن را دارید که به فیلم زندگی‌تان برگردید و صحنه‌های مهمش را بازنویسی کنید. می‌توانید بازیگران را ملزم کنید کاری را که در گذشته انجام نداده‌اند حالا انجام دهند، مثلاً نگذارید پدرتان مادرتان را کتک بزند. چنین تابلوهایی می‌توانند هیجانات قدرتمندی را برانگیزانند. مثلاً همان‌طور که «مادر واقعی» تان را در گوشه‌ای تصور می‌کنید که از ترس در خودش جمع شده، ممکن است اشتیاق عمیقی برای محافظت از او در شما ایجاد شود و پی ببرید که در کودکی تا چه اندازه ناتوان بوده‌اید. اما اگر پس‌از آن مادر ایدئالی بسازید که در مقابل پدرتان می‌ایستد و می‌داند چگونه به دام رابطه‌های

آسیب‌زا نیفتد، ممکن است حسی درونی حاکی از آسودگی خاطر احساس کنید و آن گناه و درماندگی قدیمی را از روی دوش خود بردارید. یا می‌توانید مقابل برادری که در کودکی اذیتان می‌کرد بایستید و سپس برادر ایدئالی را خلق کنید که از شما محافظت می‌کند و الگویتان می‌شود.

وظیفه کارگردان/ درمانگر و دیگر اعضای گروه فراهم‌آوردن حمایتی است که قهرمان داستان برای بررسی عمیق چیزی بدان نیازمند است که خودش می‌ترسید به‌تنهایی انجامش دهد. امنیت گروه به شما اجازه می‌دهد تا به چیزهایی توجه کنید که از خودتان پنهانشان کرده بودید؛ چیزهایی که معمولاً بیش از همه از آن‌ها خجالت می‌کشید. وقتی دیگر لزومی به پنهان کردن نباشد، ساختار اجازه می‌دهد تا این شرم را به جایی واگذار کنید که بدان تعلق دارد: پیکره‌هایی که درست روبه‌ریتان هستند و نماینده کسانی‌اند که در کودکی به شما آسیب زده و درمانده‌تان کرده بودند.

احساس امنیت یعنی اینکه چیزهایی به پدرتان (یا به بیان دقیق‌تر، به شیئی که نمایانده اوست) بگویید که دوست داشتید در پنج‌سالگی به آنان می‌گفتید. می‌توانید به شیء جانشین مادر افسرده و ترسیده‌تان بگویید که بابت ناتوانی در مراقبت از او چه احساس بدی داشته‌اید. می‌توانید فاصله‌ها و هم‌جواری‌های مختلفی را امتحان کنید و با جابه‌جایی اشیا ببینید چه اتفاقی می‌افتد. در جایگاه شرکت‌کننده فعالی از

گروه ممکن است غرق صحنه‌ای شوید که صرفاً با تعریف ماجرا برایتان امکان‌پذیر نبوده است. به علاوه، همچنان که مسئولیت واقعیت تجربه‌تان را بر عهده می‌گیرید، فرد شاهد همراهتان می‌ماند و تغییرات به وجود آمده در وضعیت قرارگیری بدن، حالات صورت و آهنگ کلام را انعکاس می‌دهد.

درباره خودم، تجربه فیزیکی مجدد گذشته در زمان حال و پردازش دوباره آن در «محفظه‌ای» امن و حمایتگر می‌تواند آن قدر قوی باشد که خاطرات جدید و مکملی را بسازد: تجربیات شبیه‌سازی شده بزرگ شدن در محیطی هم‌نوا و پرمهر که در آن از آسیب در امانید. ساختارها خاطرات بد را پاک نمی‌کنند، یا حتی برخلاف روش ای‌ام‌دی‌آر، آن‌ها را خنثی نمی‌کنند. در عوض، ساختار گزینه‌های تازه‌ای را ارائه می‌دهد، حافظه‌ای بدیل که در آن نیازهای اساسی بشری‌تان برآورده شده و اشتیاق‌تان به عشق و مراقبت محقق می‌شود.

بازبینی گذشته

بگذارید نمونه‌ای را از کارگاهی برایتان ارائه دهم که چندی پیش در مؤسسه ایسالن^{۳۲۷} در منطقه بیگ‌سور کالیفرنیا برگزار کردم.

ماریا زن فیلیپینی لاگراندام و ورزیدهٔ چهل و چندساله‌ای بود که طی دو روز اول کارگاه دربارهٔ بررسی تأثیرات بلندمدت تروما و آموزش شگردهای خودتنظیمی، نشان داده بود آدم دوست‌داشتنی و خوش‌برخوردی است. اما حالا که حدوداً دو متریام روی بالشش نشسته بود، به نظر وحشت‌زده و فروپاشیده می‌آمد. با خودم گفتم نکند بیشتر برای خاطر خشنودی دوستش، دختری که همراهش به کارگاه آمده بود، داوطلبانه پا پیش گذاشته است.

در ابتدا تشویقش کردم تا به اتفاقات درونی‌اش توجه کند و هرچیزی را که به ذهنش می‌آید، به اشتراک بگذارد.

پس از سکوتی طولانی گفت: «واقعاً چیزی در بدنم حس نمی‌کنم و ذهنم هم خالی شده.» ضمن انعکاس تنش درونی‌اش، پاسخ دادم: «فرد شاهد می‌تواند عمق نگرانی‌ات را بابت خالی‌شدن ذهن‌ت ببیند و پس از اجرای داوطلبانهٔ ساختار چیزی احساس نخواهی کرد. درست است؟» درحالی‌که قدری آسوده‌خاطر به نظر می‌رسید پاسخ داد: «بله!»

«فرد شاهد» از همان ابتدا وارد ساختار می‌شود و نقش مشاهده‌گر سهل‌گیر و بی‌طرفی را ایفا می‌کند که به قهرمان داستان ملحق می‌شود و ضمن انعکاس حالت هیجانی وی، به بافتی توجه می‌کند که حالت یادشده در آن پدید آمده (مثل وقتی که از «داوطلب‌شدن ماریا برای اجرای ساختار» حرف زدیم). تأییدشدن به واسطه شنیده و دیده‌شدن یکی از پیش‌شرط‌های احساس امنیت است، چیزی که در قدم گذاشتن به قلمرو خطرناک تروما و رهاشدگی ضرورت دارد. مطالعه‌ای مبتنی بر تصویربرداری عصبی نشان داده است که وقتی افراد اظهارنظری را می‌شنوند که بیانگر حالت درونی‌شان است، آمیگدال راست بلافاصله فعال می‌شود، انگار که بخواهد صحت آن بازتاب را برجسته کند.

ماریا را تشویق کردم تا همچنان بر نفس کشیدنش که از تمریناتی بود که با هم تکرار کرده بودیم، متمرکز بماند و به احساسی که در بدنش داشت توجه کند. پس از سکوت طولانی دیگری با تردید شروع به حرف زدن کرد: «هر کاری که انجام می‌دهم، همیشه با ترس همراه است. در ظاهر معلوم نیست که ترسیده‌ام؛ اما همواره در حال تقلا کردنم. واقعاً بودن در اینجا برایم سخت است.» به او گفتم: «فرد شاهد می‌تواند ببیند که چقدر داری به خودت فشار می‌آوری که اینجا باشی.» به علامت اینکه می‌دانست درکش کرده‌اند، سرش را تکان داد و کمرش را اندکی صاف کرد. ادامه داد: «در کودکی

فکر می‌کردم خانواده‌ای عادی دارم؛ اما همیشه از پدرم می‌ترسیدم. هرگز احساس نکردم که اهمیتی برایش دارم. هرگز آن‌طور که برادر و خواهرهایم را می‌زد، تنبیهیم نمی‌کرد؛ اما ترس از او همه وجودم را فرامی‌گیرد.» به نظرم رسید فرد شاهد می‌توانست عمق ترسی را که حین صحبت از پدرش در او وجود داشت ببیند؛ برای همین از او خواستم تا یکی از اعضای گروه را انتخاب کند تا نماینده پدرش باشد.

ماریا اتاق را از نظر گذراند و اسکات را انتخاب کرد. اسکات ویدئوساز مهربانی بود و یکی از اعضای پرانرژی و مشوق گروه به حساب می‌آمد. متن ساختار را به اسکات دادم: «من به عنوان پدر اصلیات که در کودکی می‌ترسندت، وارد ماجرا می‌شوم.» اسکات این متن را تکرار کرد. (توجه داشته باشید که در اینجا بداهه مطرح نیست؛ بلکه اجرای دقیق گفت‌وگوها و دستورالعمل‌های شاهد و قهرمان داستان حائز اهمیت است.) سپس از ماریا پرسیدم دوست دارد پدر واقعی‌اش کجا قرار بگیرد. او هم اسکات را راهنمایی کرد تا در فاصله حدوداً سه‌ونیم متری، اندکی مایل به راست و پشت به او بایستد. در شرف خلق تابلو بودیم. هربار ساختاری را اجرا می‌کنم، دقت بازتاب‌های بیرونی نیم‌کره راست شگفت‌زده‌ام می‌کند. قهرمانان داستان همیشه محل قرارگیری دقیق شخصیت‌های مختلف را در ساختارهایشان می‌دانند.

این مسئله نیز بارها و بارها مرا به حیرت انداخته که اشیای جانشین که نمایانندهٔ افراد مهم گذشتهٔ قهرمان داستان‌اند، چطور تقریباً بلافاصله واقعیتی مجازی به خود می‌گیرند: به نظر می‌رسد افرادی که به ساختار پا می‌گذارند، همان آدم‌هایی می‌شوند که فرد در گذشته به‌اجبار با آن‌ها سروکار داشته. نه فقط برای قهرمان داستان، بلکه برای دیگر شرکت‌کنندگان نیز همین‌گونه است. ماریا را ترغیب کردم تا مدتی خوب به پدر واقعی‌اش نگاه کند و همچنان که داشت به او که آنجا ایستاده بود زل می‌زد، می‌توانستیم تناوب هیجان‌اتش بین وحشت و حس عمیقی از دل‌سوزی به پدرش را ببینیم. گریه‌کنان در زندگی سختی که پدرش از سر گذرانده بود، تأمل کرد: چگونه در کودکی و در بحبوحهٔ جنگ جهانی دوم کشته‌شدن مردم را دیده بود؟ چطور مجبور شده بود ماهی گندیدهٔ پر از کرم را بخورد؟ ساختارها به تحقق یکی از شروط اساسی تحول عمیق درمانی کمک می‌کنند: حالتی خلسه‌وار که در آن واقعیت‌های گوناگون می‌توانند دوشادوش هم زندگی کنند: گذشته و حال. باینکه می‌دانید آدم بزرگ‌سالی هستید، احساسات کودکانه‌تان را دارید، خشم و وحشتتان را به کسی ابراز می‌کنید که به نظر شبیه سوءاستفاده‌گرتان است. باینکه می‌دانید دارید با اسکات حرف می‌زنید که هیچ شباهتی به پدرتان ندارد و هم‌زمان هیجان‌ات پیچیدهٔ وفاداری، عطوفت، خشم و اشتیاقی را احساس می‌کنید که بچه‌ها در قبال والدینشان دارند.

وقتی ماریا کم‌کم دربارهٔ رابطه‌اش در کودکی حرف زد، همچنان به انعکاس حالاتش ادامه می‌دادم. می‌گفت پدرش وحشیانه با مادرش رفتار کرده است. پدرش بی‌رحمانه از رژیم غذایی، بدن و خانه‌داری مادرش انتقاد می‌کرد و هنگام چنین سرزنش‌هایی ماریا همیشه نگران مادرش بود. ماریا مادرش را آدمی بامحبت و خون‌گرم توصیف می‌کرد که بدون او نمی‌توانست دوام بیاورد. وقتی پدر به ماریا می‌تاخت، مادرش همیشه برای دل‌داری حاضر بود؛ اما کاری برای محافظت از فرزندانش در مقابل خشم پدرشان از دستش برنمی‌آمد. «فکر می‌کنم مادرم خودش هم خیلی می‌ترسید. به نظرم به این دلیل از ما محافظت نکرد که احساس می‌کرد به دام افتاده است.»

در این مقطع، گفتم وقتش رسیده که مادر واقعی ماریا را هم به داخل اتاق فرابخوانیم. ماریا اعضای گروه را از نظر گذراند و با لب‌خندی شادمانه از کریستین، هنرمندی بلوند با قیافه‌ای اسکاندیناویایی، خواست تا نقش مادر واقعی‌اش را بازی کند. کریستین با عبارات رسمی ساختار درخواستش را پذیرفت: «من به عنوان مادر واقعی‌ات وارد ماجرا می‌شوم که زنی خون‌گرم و بامحبت بود و بدون او نمی‌توانستی جان سالم به در ببری؛ اما نتوانست از تو در مقابل پدر سوءاستفاده‌گرت محافظت کند.» ماریا او را روی بالشی در سمت راستش نشاند، خیلی نزدیک‌تر به خودش از پدر واقعی‌اش.

ماریا را تشویق کردم تا به کریستین نگاه کند و سپس پرسیدم: «خب، وقتی نگاهش می‌کنی، چه احساسی داری؟» ماریا با عصبانیت جواب داد: «هیچی.» گفتم: «شاهد می‌بیند که با دیدن مادر واقعی‌ات خشکت می‌زند و با عصبانیت می‌گویی که هیچ احساسی نداری.» پس از سکوتی طولانی دوباره پرسیدم: «خب حالا چطور؟» ماریا اندکی فروپاشیده‌تر به نظر می‌رسید و دوباره گفت: «هیچی.» گفتم: «آیا چیزی هست که بخواهی به مادرت بگویی؟» ماریا نهایتاً گفت: «می‌دانم همه تلاشت را کردی» و آن‌گاه چند لحظه بعد افزود: «دوست داشتم از من محافظت کنی.» وقتی آرام به گریه افتاد، پرسیدم: «درونت چه اتفاقی درحال وقوع است؟» ماریا جواب داد: «وقتی سینه‌ام را می‌گیرم، قلبم انگار دارد به شدت می‌زند. ناراحتی‌ام متوجه مادرم می‌شود. چقدر عاجز بود از اینکه مقابل پدرم بایستد و از ما محافظت کند. فقط خاموش می‌شد و وانمود می‌کرد همه چیز خوب است. در ذهن او شاید همین‌طور هم بود. همین مسئله الان هم حرصم را درمی‌آورد. می‌خواهم به او بگویم: "مامان، وقتی موقع بدجنسی پدر واکنشت در برابرش رو می‌بینم...، وقتی صورتت رو می‌بینم، نفرت‌انگیز به نظر می‌آید و نمی‌دونم چرا بهش نمی‌گی: برو گم شو. نمی‌دونی چطور باید بجنگی. تو هالویی، بخشی از وجودت خوب و سرزنده نیست. حتی نمی‌دونم ازت می‌خوام که چی بگی. فقط می‌خوام فرق داشته باشی. هیچ‌کدام از کارهات درست نیست، مثل وقت‌هایی که چیزهایی را قبول می‌کنی که کاملاً

درست نیستن."» گفتم: «وقتی از مادرت می‌خواهی تا در مقابل پدرت بایستد، فرد شاهد می‌تواند شدت تندخویی‌ات را ببیند.» ماریا بعدها گفت چقدر به مادرش گفته به‌همراه بچه‌ها فرار کند و از آن پدر وحشتناک دورشان کند.

سپس از یکی دیگر از اعضای گروه خواستم به‌عنوان مادر ایدئال ماریا وارد ماجرا شود. ماریا دوباره نگاهی به اتاق انداخت و الِن، درمانگر و رزمی‌کار، را انتخاب کرد. ماریا الِن را روی بالشی در سمت راستش بین خودش و مادر واقعی‌اش جای داد و از او خواست تا دستش را دور گردن ماریا بیندازد. پرسیدم: «دوست داری مادر ایدئالت چه چیزی به پدرت بگوید؟» پاسخ داد: «می‌خواهم بگویم: "اگه قراره به این جور حرف‌زدن ادامه بدی، ترکت می‌کنم و بچه‌ها رو هم با خودم می‌برم. قرار نیست بشینیم اینجا و به این مزخرفات گوش بدیم."» الِن حرف‌های ماریا را تکرار کرد. سپس پرسیدم: «حالا چه حسی داری؟» ماریا جواب داد: «دوستش دارم. کمی توی سرم احساس فشار می‌کنم. راحت نفس می‌کشم. حالا پایکوبی ملایم پرانرژی‌ای در بدنم برقرار است. دوست داشتنی است.» به او گفتم: «فرد شاهد می‌تواند ببیند بابت اینکه مادرت می‌گوید دیگر مزخرفات پدرت برایش اهمیتی ندارد و تو را از او دور خواهد کرد، چقدر خوش حالی.» ماریا به هق‌هق افتاد و گفت: «می‌توانستم دخترکی فارغ از خطر

و شاد باشم.» زیرچشمی می‌توانستم چندین نفر از اعضای گروه را بینم که آرام اشک می‌ریختند؛ امکان بزرگ‌شدن در محیطی امن و شاد به‌وضوح با تمایلاتشان هم‌سو بود.

پس از مدتی به نظرم رسید که وقتش رسیده پدر ایدئال ماریا را صدا کنیم. وقتی ماریا گروه را از نظر گذراند و پدر ایدئالش را تصور می‌کرد، آشکارا می‌توانستم برق شادی را در چشمان ماریا بینم. نهایتاً دنی را انتخاب کرد. متن را به دنی دادم و او هم با ملایمت به ماریا گفت: «من به‌عنوان پدر ایدئالت که دوست داشته و مراقبت بوده و به وحشت نمی‌انداخته وارد ماجرا می‌شوم.» ماریا درحالی که لبخند پهنی به لب داشت راهنمایی‌اش کرد تا جایی نزدیک سمت چپ خودش بنشیند. فریاد زد: «پدر و مادر سالمم!» پاسخ دادم: «همچنان که به پدر ایدئالی نگاه می‌کنی که می‌توانسته مراقبت باشد، به خودت اجازه بده تا از این مسئله لذت ببری.» ماریا داد زد: «زیباست» و درحالی که از بین اشک‌هایش به دنی لبخند می‌زد، او را در آغوش گرفت. «لحظه‌ واقعاً دل‌نشینی را با پدرم به خاطر می‌آورم و این لحظه همان حس را برایم تداعی می‌کند. دوست دارم مادرم هم کنارم باشد.» هر دوی پدر و مادر ایدئال با مهربانی جواب دادند و در آغوشش گرفتند. مدتی همان‌جا تنه‌ایشان گذاشتم تا بتوانند این تجربه را کاملاً درونی کنند.

با این جمله دَنی جلسه را به پایان رساندیم: «اگر آن موقع پدر ایدئالت بودم، درست همین شکلی بهت عشق می‌ورزیدم و هیچ بی‌رحمی‌ای در حقت نمی‌کردم» و اِن هم افزود: «اگر مادر ایدئالت بودم، حتماً به‌خاطر تو و خودم ایستادگی می‌کردم و ازت مراقبت می‌کردم و نمی‌گذاشتم آسیبی به تو برسد.» آن‌گاه همه شخصیت‌ها سخنان نهایی‌شان را گفتند و از نقش‌هایشان درآمدند و رسماً دوباره خودشان شدند.

نگارش مجدد فیلم‌نامه زندگی

هیچ‌کس در موقعیت ایدئال بزرگ نمی‌شود؛ تازه اصلاً اگر بدانیم موقعیت ایدئال چیست. همان‌طور که دوست فقیدم، دیوید سروان - شرایبر،^{۳۲۸} روزی گفت: زندگی هرکس به شیوه خودش دشوار است. اما می‌دانیم که برای اینکه فردی با اعتمادبه‌نفس و توانمند در بزرگسالی شویم، داشتن پدر و مادری مطمئن و پیش‌بینی‌پذیر در کودکی کمک زیادی می‌کند؛ پدر و مادری که از شما و کشف و جست‌وجوهایتان لذت می‌برند؛ والدینی که به شما کمک می‌کنند تا رفت‌وآمدهایتان را سامان ببخشید؛ و والدینی که برایتان الگوی خودمراقبتی و کنارآمدن با دیگران هستند.

هرگونه نقصی در این حوزه‌ها در مراحل بعدی زندگی خودش را نشان می‌دهد. کودکی که نادیده

گرفته شده یا همواره تحقیر شده احتمالاً فاقد عزت نفس خواهد بود. کودکی که اجازه نداشته خودش را نشان دهد احتمالاً در بزرگسالی نمی‌تواند از حقش دفاع کند؛ بیشتر بزرگسالانی که در کودکی مورد بی‌رحمی قرار گرفته‌اند خشم سوزانی در خود دارند که کنترلش انرژی بسیار زیادی می‌برد.

روابطمان نیز آسیب می‌بیند. هرچه رنج و محرومیت بیشتری در کودکی کشیده باشیم، احتمال بیشتری وجود دارد که اقدامات دیگران را علیه خود تفسیر کنیم و به‌علاوه درک کمتری از کشمکش‌ها، تزلزل‌ها و نگرانی‌هایشان خواهیم داشت. اگر نتوانیم به پیچیدگی‌های زندگی دیگران پی ببریم، ممکن است فکر کنیم اقداماتشان مؤید آن‌اند که صدمه می‌بینیم و سرخورده می‌شویم.

در فصول مربوط به بیولوژی تروما دیدیم که تروما و رهاشدگی چگونه افراد را از بدنشان جدا می‌کنند؛ بدنی که منبع لذت و آسودگی است یا حتی بخشی از وجودشان است که به مراقبت و پرورش نیاز دارد. هرگاه نتوانیم برای نشان دادن ایمنی یا هشدار به بدن‌هایمان اتکا کنیم و در عوض همواره خود را در معرض هجوم غلیان‌های فیزیکی ببینیم، نمی‌توانیم در پوست و گوشت خودمان، و به‌تبع آن در دنیایمان، احساس راحتی کنیم. مادامی که افراد نقشهٔ جهان‌شان را براساس تروما، سوءاستفاده و بی‌توجهی ترسیم کرده باشند، احتمالاً به‌دنبال میان‌برهایی برای به فراموشی سپردن‌اند. ترس‌شان از طردشدگی، استهزا و

محرومیت موجب می‌شود تا تمایلی به آزمودن گزینه‌های جدید نداشته باشند؛ چون اطمینان دارند چنین گزینه‌هایی به شکست ختم می‌شوند. آزمون و خطا نکردن افراد را در حلقه ترس، انزوا و فقدان به دام می‌اندازد؛ حلقه‌ای که در آن استقبال از تجربیاتی که ممکن است جهان‌بینی پایه‌ای‌شان را تغییر دهد امکان‌پذیر نیست.

این یکی از دلایلی است که تجربیات به شدت ساختاریافته درمان روانی - حرکتی تا این اندازه باارزش‌اند. شرکت‌کنندگان با طیب‌خاطر می‌توانند واقعیت درونی‌شان را در فضایی مملو از آدم‌های واقعی به نمایش بگذارند؛ جایی که در آن قادرند ناکوکی‌ها و سردرگمی‌های گذشته را واکاوی کنند. این کار به لحظات شهودی ملموسی می‌انجامد: «بله، دقیقاً همین شکلی بود. همان چیزی است که مجبور بودم با آن سروکار داشته باشم. و اینکه اگر کسی آن موقع عزیزم داشته بود و در آغوشم می‌گرفت به چنین حسی می‌رسیدم.» در سن سه‌سالگی رسیدن به تجربه‌ای ادراکی از ارزشمندی و مراقبت در محفظه خلسه‌وار یک ساختار این امکان را به افراد می‌دهد تا تجربیات درونی‌شان را از نو بنویسند؛ مثل این نمونه: «ناخودآگاه می‌توانم بدون اینکه از طردشدگی یا صدمه دیدن بترسم، با دیگران تعامل داشته باشم.»

ساختارها از قدرت خارق‌العادهٔ تخیل بهره می‌گیرند تا روایت‌های درونی را دگرگون سازند که محرک و محدودکنندهٔ عملکرد ما در جهان‌اند. رازهایی را که روزی افشایشان بیش از حد خطرناک بود، با حمایت مناسب می‌توانیم نه فقط به درمانگر و کشیش اقرارگیر بلکه، در تخیلمان، به کسانی هم که واقعاً رنجمان داده‌اند و به ما خیانت کرده‌اند بگوییم.

ماهیت سه‌بعدی ساختار موضوعات پنهانی و ممنوعه و رعب‌انگیز را به واقعیتی ملموس و مشهود تبدیل می‌کند. از این حیث، تقریباً مشابه سیستم‌های خانوادهٔ درونی (آی‌اف‌اس) است که در فصل قبل درباره‌اش حرف زدیم. آی‌اف‌اس بخش‌های جداشده‌ای را که برای بقای خود خلق کرده بودید فرامی‌خواند و کمکتان می‌کند تا شناسایی‌شان کنید و با آن‌ها هم‌کلام شوید تا بدین‌ترتیب خود آسیب‌نندیده‌تان فرصت بروز و ظهور داشته باشد. در مقابل، ساختار تصویری سه‌بعدی از فرد یا چیزی را که باید به آن پردازید ایجاد می‌کند و این فرصت را در اختیارتان می‌گذارد تا به نتیجهٔ متفاوتی برسید.

بیشتر مردم تردید دارند که به سمت رنج و سرخوردگی‌های گذشته بروند یا نه؛ این کار در نظرشان فقط به بازگشت رویدادهای تحمل‌ناپذیر منجر می‌شود. اما با انعکاس رفتارهایشان و شهادت‌دادن دربارهٔ آن‌ها، رفته‌رفته واقعیت جدیدی شکل می‌گیرد. انعکاس دقیق حس کاملاً متفاوتی از بی‌توجهی، نکوهش

و خواری را به فرد می‌دهد. به شما اجازه می‌دهد تا از احساسات و دانسته‌هایتان آگاه باشید، چیزی که از مبانی اساسی بهبود تروما به حساب می‌آید.

تروما موجب می‌شود تا افراد وقایع کنونی‌شان را همچنان با توجه به گذشته‌ای تغییرناپذیر تفسیر کنند. صحنه‌ای که در ساختار بازسازی می‌کنید شاید دقیقاً همان چیزی باشد که برایتان اتفاق افتاده، شاید هم نه؛ اما به هر حال نشان‌دهنده جهان درونی‌تان است: یعنی نقشه درونی و قوانین نهفته‌ای که با آن زندگی کرده‌اید.

شهامتِ حقیقت‌گویی

اخيراً ساختار گروهی دیگری را برای مرد ۲۶ ساله‌ای به اسم مارک برگزار کردم؛ مارک در سیزده سالگی خیلی اتفاقی مکالمه تلفنی شهوت‌انگیز پدرش با خاله‌اش را شنید. این موضوع موجب سردرگمی، خجالت و آزرده‌گی‌اش شد، بهتش زد و احساس کرد خیانتی در کار است؛ اما وقتی در این باره با پدرش حرف زد با خشم و انکارش مواجه شد: پدرش به او گفت تخیل کثیفی دارد و متهمش کرد که سعی دارد کانون خانواده را از هم بپاشد. مارک هرگز جرئت نکرد این مسئله را به مادرش بگوید؛ اما از آن

زمان به بعد رازهای خانوادگی و دورویی در تمامی جنبه‌های زندگی خانوادگی‌اش رسوخ کرد و کلاً احساس کرد به هیچ‌کس نمی‌توان اعتماد کرد. پس از مدرسه، دوران نوجوانی منزویانه‌اش را به پرسه‌زدن در زمین‌های بسکتبال محل می‌گذراند یا در اتاقش می‌ماند و تلویزیون تماشا می‌کرد. وقتی ۲۱ ساله بود مادرش، به قول خود مارک از دل شکستگی، از دنیا رفت و پدرش با خاله مارک ازدواج کرد. مارک نه برای مراسم خاک‌سپاری دعوت شد و نه برای عروسی.

رازهایی این‌چنینی به سمومی درونی تبدیل می‌شوند؛ واقعیت‌هایی که اجازه ندارید به خودتان یا دیگران بگویید؛ اما به هر حال زندگی‌تان در قالب آن‌ها تعریف می‌شود. وقتی مارک وارد گروه شد از هیچ‌کدام از این سوابق خبر نداشتیم؛ اما سردی عاطفی‌اش وی را از بقیه متمایز می‌کرد و در زمان پذیرش نیز گفته بود احساس می‌کند مهی غلیظ از دیگر آدم‌ها جدایش کرده است. خیلی نگران آن بودم که وقتی پشت آن چهره یخ‌زده و بی‌روح نگاه کردیم، با چه چیزی مواجه خواهیم شد.

وقتی از مارک خواستم درباره خانواده‌اش حرف بزند، چند کلمه‌ای گفت و پس از آن حتی از قبل هم ساکت‌تر شد. برای همین تشویقش کردم تا از یک «فرد رابط» بخواهد پشتیبانی‌اش کند. عضو موسفیدی از گروه به اسم ریچارد را انتخاب کرد و او را روی بالشی کنار خودش نشاند، به‌طوری که

شانه‌هایشان به هم می‌خورد. آن‌گاه، وقتی داستان‌ش را آغاز کرد، جو را به‌عنوان پدر واقعی‌اش در سه‌متری خودش قرار داد و از کارولین خواست تا به‌عنوان مادرش در گوشه‌ای کز کند و صورتش را بپوشاند. سپس از آماندا خواست تا نقش خاله‌اش را بازی کند؛ به او گفت تا مغرورانه و دست‌به‌سینه گوشه‌ای بایستد و نماینده همه زنان حيله‌گر، سنگ‌دل و دغل‌کاری باشد که مردان را فریب می‌دهند.

مارک با بررسی تابلویی که خلق کرده بود، درحالی‌که چشمانش کاملاً باز بود، صاف نشست؛ مشخص بود که مه از بین رفته است. گفتم: «شاهد می‌تواند تعجب‌ت را از دیدن آنچه مجبور بودی بدان پردازی ببیند.» مارک از روی قدردانی سری تکان داد و مدتی ساکت و عبوس ماند. سپس درحالی‌که به «پدرش» نگاه می‌کرد، فریاد زد: «عوضی، دورو، زندگی‌ام را نابود کردی.» از مارک خواستم تا همه چیزهایی را حالا به زبان بیاورد که می‌خواسته به «پدرش» بگوید اما هرگز نتوانسته. فهرست بلندبالایی از اتهامات را متوجه او کرد. «پدر» را راهنمایی کردم تا طوری واکنش فیزیکی نشان دهد که انگار ضربه شدیدی به او خورده، تا مارک از این طریق بتواند ببیند که مشت‌هایش به هدف خورده است. تعجب نکردم وقتی مارک به‌شکل ناگهانی اظهار داشت همیشه نگران آن بوده که خشمش از کنترل خارج شود و ترس از این مسئله باعث شده تا در مدرسه، محل کار و در دیگر رابطه‌ها از خودش دفاع نکند.

پس از آنکه مارک در مقابل «پدرش» درآمده بود، پرسیدم آیا دوست دارد ریچارد نقش جدیدی را ایفا کند: نقش پدر ایدئالش را. به ریچارد توضیح دادم تا مستقیماً به چشمان مارک نگاه کند و بگوید: «اگر آن موقع پدر ایدئالت بودم، به حرفت گوش می‌دادم و به داشتن تخیلات کثیف متهمت نمی‌کردم.» هنگامی که ریچارد این کلمات را تکرار کرد، مارک شروع به لرزیدن کرد. «آه، خدای من، اگر توانسته بودم به پدرم اعتماد کنم و درباره‌ی آن اتفاقات با او حرف بزنم، زندگی خیلی خیلی متفاوت‌تر می‌شد. می‌توانستم پدری داشته باشم.» سپس از ریچارد خواستم تا بگوید: «اگر آن موقع پدر ایدئالت بودم، از عصبانیت استقبال می‌کردم و صاحب پدری می‌بودی که می‌توانستی به او اعتماد کنی.» مارک آشکارا آرام شد و اظهار داشت این کار می‌توانست تفاوت بسیار زیادی ایجاد کند.

آن‌گاه مارک بدل خاله‌اش را خطاب قرار داد. وقتی انبوهی از ناسزاها را نثارش کرد، اعضای گروه به وضوح شوکه شدند: «قحبه‌ی آب‌زیرکاه، خائن. تو به خواهرت خیانت کردی و زندگی‌اش را نابود کردی.» وقتی حرف‌هایش تمام شد، مارک به هق‌هق افتاد. سپس گفت همیشه به هر زنی که علاقه‌ای به او نشان داده عمیقاً سوءظن داشته است. باقی ساختار نیم ساعت دیگر طول کشید؛ در این مدت کم‌کم موقعیت را برایش مهیا کردیم تا دو شخصیت زن جدید خلق کند: خاله‌ی ایدئال که به خواهرش

خیانت نمی‌کرد و خانواده‌ جداافتاده مهاجرش را حمایت می‌کرد و مادر ایدئالی که عشق و علاقه‌ شوهرش را از دست نمی‌داد و متعاقباً از دل شکستگی نمی‌مرد. مارک درحالی ساختار را به پایان رساند که آرام صحنه‌ای را که ساخته بود از نظر می‌گذراند و لبخند رضایت‌بخشی بر لب داشت.

مارک تا انتهای کارگاه یکی از اعضای صریح و ارزشمند گروه بود و سه ماه پس از کارگاه ایمیلی برایم فرستاد و گفت که آن تجربه زندگی‌اش را تغییر داده است. اگرچه بر سر برنامه‌های جدیدشان بگومگوهای داغی داشته‌اند؛ اما مارک توانسته بود دیدگاهش را بشنود، بدون اینکه برای دفاع از خود سکوت کند، دوباره دچار ترس یا خشم شود. از اینکه با وجود مخالفت احساس خوبی داشت و توانسته بود از خودش دفاع کند حیرت‌زده بود. سپس از من خواست تا درمانگری را در محل زندگی‌اش معرفی کنم تا در مسیر تغییرات شگرفی که داشت در زندگی‌اش ایجاد می‌کرد کمک‌کارش باشد؛ خوشبختانه یکی از همکارانم را در آن حوالی می‌شناختم و مارک را به او ارجاع دادم.

پادزهر خاطرات دردناک

ساختارهای درمان روانی - حرکتی، مثل کلاس‌های دفاع‌شخصی که در فصل سیزدهم درباره‌اش حرف

زدم، فرصتی را برای ایجاد خاطراتی مجازی ایجاد می‌کنند که دوشادوش واقعیت‌های دردناک گذشته به حیاتشان ادامه می‌دهند و تجربیات ادراکی دیده‌شدن، به‌آغوش کشیده‌شدن و پشتیبانی‌شدن را فراهم می‌کنند؛ این ادراکات می‌توانند پادزهرهایی برای خاطره‌آزردگی و خیانت باشند. برای ایجاد تغییر افراد باید از دورن با واقعیت‌هایی آشنا شد که با احساسات راكد خودِ بهت‌زده یا هراسیده‌تروما در تضادند و به‌جای آن‌ها ادراکاتی گذاشت که در ایمنی، تبحر، خشنودی و پیوند ریشه دارند. همان‌طور که در فصل مربوط به ای‌ام‌دی‌آر دیدیم، یکی از کارکردهای رؤیا خلق تداعی‌هایی است که در آن رویدادهای خسته‌کننده طول روز با دیگر بخش‌های زندگی فرد در ارتباطاند. برخلاف رؤیاها، ساختارهای روانی - حرکتی همچنان از قوانین فیزیک تبعیت می‌کنند؛ اما می‌توانند گذشته را نیز از نو بسازند.

بدیهی است که نمی‌شود رویدادهای گذشته را به حالت اول برگرداند؛ اما می‌توانیم سناریوهای هیجانی جدیدی با شدت و واقع‌گرایی کافی خلق کنیم و از این طریق برخی از آن رویدادها را تحت کنترل درآوریم یا بی‌اثر کنیم. تابلوهای درمانی ساختارها تجربه‌ای را در اختیار فرد قرار می‌دهند که بسیاری از شرکت‌کنندگان هرگز باور نمی‌کردند برایشان امکان‌پذیر باشد: یعنی پذیرفته‌شدن در جهانی که در آن مردم از دیدنشان لذت می‌برند، ازشان مراقبت می‌کنند، نیازهایشان را برآورده می‌کنند و باعث می‌شوند

احساس راحتی کنند.

فصل نوزدهم: سیم‌کشی مجدد مغز

بازخورد عصبی

واقعیت دارد یا خواب دیده‌ام که دنیای ماده با استفاده از الکتریسیته به عصب بزرگی تبدیل شده که در کسری از ثانیه هزاران کیلومتر به ارتعاش درمی‌آید؟

^{۳۲۹} ناتانیل هاثورن

استعداد فرد در بازگرداندن مکرر و ارادی حواسِ مشوش، اساس اصلی هوشمندی، شخصیت و اراده است.

ویلیام جیمز

تابستانِ اولین سال دوران دانشجویی‌ام در دانشکدهٔ روان‌پزشکی، به‌عنوان پژوهشگر پاره‌وقت در آزمایشگاه خواب ارنست هارتمن^{۳۳۰} در بیمارستان دولتی بوستون کار کردم. وظیفه‌ام این بود که

شرکت‌کنندگان مطالعه را آماده و کنترل کنم و الگوی ای‌ای‌جی (الکتروانسفالوگرام یا نوار مغز) آن‌ها را آنالیز کنم. شرکت‌کننده‌ها شب‌ها می‌آمدند؛ ردیفی از سیم‌ها را روی پوست سرشان و مجموعه دیگری از الکترودها را نیز اطراف چشم‌هایشان می‌چسباندم تا حرکات سریع چشم را ثبت کنند که حین رؤیا اتفاق می‌افتد. سپس تا اتاق خواب همراهشان می‌رفتم، شب‌به‌خیر می‌گفتم و دستگاه پلی‌گراف را راه می‌انداختم؛ پلی‌گراف ماشین حجیمی مجهز به ۳۲ قلم بود که فعالیت مغز افراد را روی یک رول کاغذی دراز ثبت می‌کرد.

آزمایش‌شونده‌هایمان در خواب عمیق بودند؛ اما عصب‌های مغزی‌شان تعاملات درونی دیوانه‌وارشان را ادامه می‌دادند و این تعاملات در طول شب به دستگاه پلی‌گراف منتقل می‌شد. من هم می‌نشستم و نوارهای مغزی شب قبل را بررسی می‌کردم، گهگاهی از رادیو نتیجه بازی‌های بیسبال را چک می‌کردم و هرگاه دستگاه مرحله خواب رم را نشان می‌داد از یک پیغام‌گیر صوتی برای بیدارکردن شرکت‌کنندگان استفاده می‌کردم.

ازشان می‌پرسیدم چه خوابی دیده‌اند و گزارششان را مکتوب می‌کردم؛ صبح که می‌شد کمکشان می‌کردم تا پرسش‌نامه‌ای را درباره کیفیت خواب پر کنند و مرخصشان می‌کردم.

آن شب‌های آرام آزمایشگاه هارتمن مستندات زیادی درباره خواب رم فراهم کرد و به درک اولیه ما از فرایندهای خواب کمک کرد؛ این امر راه را برای کشفیات مهمی که در فصل پانزدهم درباره اش حرف زدیم، هموار ساخت. باوجوداین، حتی تا همین اواخر، این امید دیرینه که به کمک نوار مغزی بتوان به درک بهتری از نقش فعالیت الکتریکی مغز در مشکلات روان‌پزشکی رسید، همچنان عمدتاً محقق نشده باقی مانده بود.

ترسیم مدارهای الکتریکی مغز

پیش از ظهور انقلاب داروشناسی، بیشتر مردم می‌دانستند که فعالیت مغز هم به سیگنال‌های شیمیایی وابسته است، هم به سیگنال‌های الکتریکی. بعدها سیطره داروشناسی باعث شد علاقه به الکتروفیزیولوژی مغز تا چندین دهه تقریباً از بین برود.

هانس برگر،^{۳۳۱} روان‌پزشک آلمانی، در سال ۱۹۲۴ برای اولین بار فعالیت الکتریکی مغز را ثبت کرد. این فناوری جدید در آغاز با سوءظن و استهزای جامعه پزشکی روبه‌رو شد؛ اما الکتروانسفالوگرافی رفته‌رفته به ابزار اجتناب‌ناپذیری برای تشخیص تشنج در بیماران مبتلا به صرع بدل شد. برگر کشف کرد که

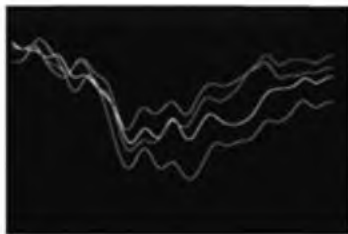
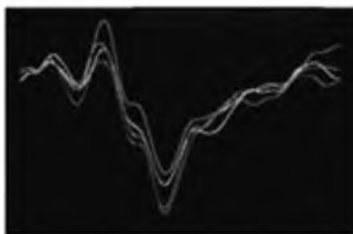
الگوهای متفاوت امواج مغزی نشان‌دهندهٔ فعالیت‌های ذهنی متفاوتی هستند. (مثلاً تلاش برای حل یک مسئلهٔ ریاضی موجب افزایش باند فرکانسی نسبتاً سریعِ بتا می‌شود.) وی امیدوار بود که علم بالاخره بتواند مشکلات روانی مختلف را با اختلالات خاصی در نوار مغزی افراد مرتبط کند. اولین گزارش‌ها از الگوهای نوار مغزی «کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری» در سال ۱۹۳۸ آتش این انتظارات را شعله‌ورتر کرد. (۱) بیشتر این کودکان بیش‌فعال و عجول امواج پایین‌تر از حد طبیعی در لوب‌های پیشانی‌شان داشتند. از آن زمان تاکنون این یافته بارها تکرار شده و در سال ۲۰۱۳ سازمان غذا و داروی امریکا تأیید کرد فعالیت موج کُند در ناحیهٔ پیش‌پیشانی یکی از شاخص‌های زیستی اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه است.

فعالیت الکتریکی کُند لوب پیشانی دلیل کارکرد اجرایی ضعیف کودکانی است که از این اختلال رنج می‌برند: مغز منطقی‌شان فاقد کنترل مناسبی بر مغز هیجانی‌شان است؛ به همین شکل وقتی سوءاستفاده و تروما مراکز هیجانی مغز را گوش‌به‌زنگ خطرها می‌کند و آن‌ها را آمادهٔ جنگ یا گریز می‌کند، با همین اتفاق روبه‌رویم.

در اوایل دوران حرفه‌ای‌ام من نیز امیدوار بودم نوار مغز بتواند به ما کمک کند تا تشخیص‌های بهتری

داشته باشیم و از این رو بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ بسیاری از بیماران را برای گرفتن نوار مغز می‌فرستادم تا بینم آیا بی‌ثباتی هیجانی‌شان در ناهنجاری‌های عصب‌شناختی ریشه دارد یا نه. نتیجه نوارهای مغز معمولاً با این عبارت همراه بود: «ناهنجاری نامشخص در لوب گیجگاهی.» (۲) از این عبارت چیز زیادی عاید نمی‌شد و چون در آن زمان تنها راه ممکن برای تغییر الگوهای مبهم تجویز داروهایی بود که عوارضشان از فایده‌شان بیشتر بود، از گرفتن نوارهای مغز بیماران منصرف شدم.

سپس در سال ۲۰۰۰ پژوهش دوستم الکساندر مک‌فارلین و همکارانش، پژوهشگران دانشگاه آدلاید استرالیا، دوباره علاقه‌ام را برانگیخت؛ مطالعه آن‌ها نشان داد که در زمینه پردازش اطلاعات تفاوت‌های مشخصی بین مبتلایان به تروما و گروهی از استرالیایی‌های «سالم» وجود دارد. پژوهشگران این مطالعه از آزمون استاندارد به نام «پارادایم آدبال»^{۳۳۲} استفاده کردند؛ در این آزمون افراد می‌بایست از بین مجموعه‌ای از تصاویر به‌هر نحوی مرتبط، آن‌هایی را که با بقیه هم‌خوانی ندارند شناسایی کنند (مثلاً تصویر یک شیپور بین تصویر چند میز و صندلی). هیچ‌کدام از این تصاویر ارتباطی با تروما نداشت.



افراد سالم در مقابل افراد مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی: الگوهای توجه. چند هزارم ثانیه پس از ورود داده، مغز سازمان‌دهی معنای اطلاعات ورودی را آغاز می‌کند. معمولاً همه نواحی مغز طبق الگویی هماهنگ (سمت چپ) با یکدیگر همکاری می‌کنند، درحالی‌که امواج مغزی مبتلایان به پی‌تی‌اس‌دی هماهنگی کمتری دارند؛ در این افراد، مغز برای جداسازی اطلاعات مرتبط با مشکل مواجه می‌شود و نمی‌تواند به محرک موجود رسیدگی کند.

در گروه افراد «سالم» بخش‌های مهم مغز با همکاری یکدیگر الگوی منسجمی از جداسازی، تمرکز و تحلیل را ایجاد کردند. (شکل سمت چپ.) در مقابل، امواج مغزی شرکت‌کنندگان ترومایی هماهنگی کمتری داشتند و نتوانستند به شکل الگوی منسجمی درآیند. امواج یادشده مشخصاً آن الگویی را ایجاد نکردند که به افراد کمک می‌کند با جداسازی اطلاعات غیرمرتبط به وظیفه پیش‌رویشان توجه کنند (منحنی صعودی موسوم به موج ان ۲۰۰). علاوه بر این، پیکربندی اساسی مغز برای پردازش اطلاعات

(رأس نزولی، موج پی ۳۰۰) آن طور که باید تعریف نشده بود؛ عمق موج نشان دهنده میزان توانایی ما در دریافت و تحلیل داده‌های جدید است. این یافته‌ها اطلاعات مهم و جدیدی را فراهم آورد که نشان می‌داد مبتلایان به تروما چگونه اطلاعات غیرترومایی را پردازش می‌کنند؛ این امر پیامدهای شگرفی برای آگاهی از پردازش روزمره اطلاعات در پی داشت. این الگوهای امواج مغزی می‌توانستند نشان دهند که چرا بسیاری از مبتلایان به تروما نمی‌توانند از تجربیات خود درس بگیرند و تمام و کمال به زندگی روزمره شان برسند. مغز چنین افرادی به گونه‌ای سازمان‌دهی نشده که توجه دقیقی به اتفاقات کنونی داشته باشد.

مطالعه الکساندر مک‌فارلین مرا یاد گفته‌ای از پیر ژانه در سال ۱۸۸۹ انداخت: «استرس ترومایی بیماری ناتوانی سرزندگی کامل در لحظه اکنون است.» سال‌ها بعد وقتی فیلم مهلکه^{۳۳۳} را دیدم، فیلمی که تجربیات سربازان آمریکایی در عراق را روایت می‌کرد، بلافاصله مطالعه مک‌فارلین یادم آمد: تا زمانی که با استرس شدید سروکار داشتند، این مردان با تمرکز فوق‌العاده‌ای کارشان را انجام می‌دادند؛ اما وقتی به زندگی عادی برگشتند بر سر انتخاب‌های ساده در سوپرمارکت آشفته می‌شدند. در حال حاضر شاهد آمار نگران‌کننده‌ای از تعداد کهنه‌سربازان بازگشته به وطن هستیم که در دانشگاه‌های تحت پوشش لایحه

سربازی ثبت‌نام می‌کنند اما درسشان را نیمه‌کاره رها می‌کنند. (برخی برآوردها به بیش از ۸۰ درصد می‌رسد.) مشکلات ثابت‌شده‌شان درزمینه تمرکز و توجه مطمئناً در بروز چنین نتایج ضعیفی نقش دارند.

مطالعه مک‌فارلین سازوکار احتمالی را برای فقدان تمرکز و توجه در پیت‌اس‌دی مشخص کرد؛ اما پرسش کاملاً جدیدی را نیز مطرح کرد: آیا راهی برای تغییر الگوهای امواج مغزی نامتعارف وجود داشت؟ هفت سال بعد فهمیدم که ممکن است راه‌هایی برای این کار وجود داشته باشد.

در سال ۲۰۰۷ در جریان همایشی با موضوع کودکان مبتلا به اختلال دل‌بستگی، خانم سبرن فیشر^{۳۳۴} را دیدم. سبرن رئیس بخش بالینی سابق یکی از مراکز درمانی اقامتی مختص نوجوانان شدیداً آشفته بود. به من گفت حدود ده سال است در مطب خصوصی‌اش از بازخورد عصیی استفاده می‌کند. نقاشی‌های قبل و بعد پسر ده‌ساله‌ای را نشانم داد. این پسر بچه آن‌قدر قشقرق راه می‌انداخت و به حدی ناتوانی‌های یادگیری و مشکلاتی کلی درزمینه خودسازمان‌دهی داشت که نمی‌شد در مدرسه نگهش داشت. (۳)

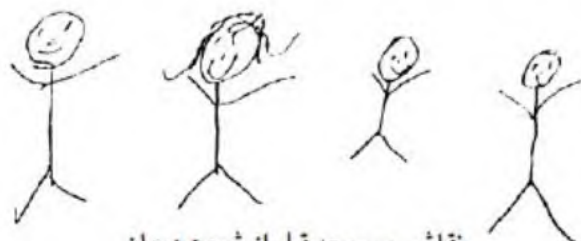
اولین عکس خانوادگی‌اش (تصویر اول) که قبل از شروع درمان کشیده شده بود، در حد مرحله رشد یک بچه سه‌ساله بود. کمتر از پنج هفته بعد، با گذشت بیست جلسه بازخورد عصبی، شلوغ‌بازی‌هایش کاهش یافته بود و نقاشی‌اش به لحاظ پیچیدگی پیشرفت درخور توجهی را نشان می‌داد. ده هفته بعد پس از گذشت بیست جلسه دیگر، مهارتش در نقاشی از نظر پیچیدگی جهش دیگری کرد و رفتارش بهنجار شد.

تابه حال به درمانی برنخورده بودم که بتواند در زمانی به این کوتاهی چنین تغییر چشمگیری در عملکرد ذهنی فرد ایجاد کند. برای همین وقتی سبرن به تعارف پیشنهاد داد تا نحوه کار بازخورد عصبی را نشانم دهد، مشتاقانه پذیرفتم.

دیدن سمفونی مغز

سبرن در دفتر کارش در نورثمپتون ماساچوست، تجهیزات بازخورد عصبی‌اش شامل دو رایانه رومیزی و یک بلندگو و برخی از داده‌هایی را که جمع‌آوری کرده بود نشانم داد. سپس دو الکتروود در دو سوی جمجمه‌ام و یک الکتروود نیز روی گوش راستم چسباند. طولی نکشید که رایانه روبه‌رویی‌ام ردیفی از

امواج مغزی را نشان داد، شبیه همان‌هایی که سه دهه قبل در دستگاه پلی‌گراف آزمایشگاه خواب دیده بودم. لپ‌تاپ کوچک سبرن می‌توانست سمفونی الکتریکی مغزم را سریع‌تر و دقیق‌تر از تجهیزات احتمالاً ۱ میلیون دلاری آزمایشگاه هارتمن شناسایی و ثبت کند و نمایش دهد.



نقاشی پسر بچه قبل از شروع درمان



نقاشی پسر بچه پس از یست جلسه



نقاشی پسر بچه پس از چهل جلسه

از آدمک‌های خطی به آدم‌های کاملاً مشخص. نقاشی‌های خانوادگی پسر بچه‌ای ده‌ساله پس از چهار ماه بازخورد عصبی نتیجه‌ای معادل شش سال رشد ذهنی را نشان می‌دهد.

طبق گفته سبرن، بازخورد عصبی انعکاسی از عملکرد خود مغز را در اختیارش قرار می‌دهد: نوسان‌ها و ریتم‌هایی که زیربنای جریان‌ها و جریان‌های متقاطع ذهن به شمار می‌آیند. بازخورد عصبی مغز را وامی‌دارد تا برخی فرکانس‌ها را بیشتر و برخی را کمتر ایجاد کند و بدین ترتیب الگوهای جدیدی بیافریند که موجب ارتقای پیچیدگی طبیعی آن و سوگیری‌اش به سمت خودتنظیمی شود. (۴) وی اظهار داشت: «اساساً می‌توانیم خواص نوسانی ذاتی اما به‌دام‌افتاده مغز را آزاد کنیم و اجازه تشکیل خواص دیگری را بدهیم.»

سبرن برخی از تنظیمات را دستکاری کرد تا به گفته خودش، «فرکانس‌های پاداشی و بازدارنده را تنظیم کند» به نحوی که بازخورد الگوهای امواج مغزی مدنظر را تقویت و بقیه را تضعیف کند. حالا داشتم به چیزی شبیه نوعی بازی ویدئویی نگاه می‌کردم که در آن سه سفینه فضایی با رنگ‌های متفاوت وجود داشت. از رایانه صداها نامنظمی می‌آمد و سفینه‌ها کاملاً بی‌برنامه حرکت می‌کردند. پی بردم که با هربار پلک زدنم، سفینه‌ها از حرکت می‌ایستادند و هرگاه با آرامش به صفحه مانیتور نگاه می‌کردم، به شکل هماهنگ و همراه با بوق‌هایی منظم حرکت می‌کردند. سپس سبرن تشویق‌م کرد تا کاری کنم فضایی سبز رنگ جلوتر از بقیه حرکت کند. برای تمرکز به طرف جلو خم شدم؛ اما هرچه بیشتر تلاش می‌کردم، فضایی سبز رنگ بیشتر عقب می‌افتاد. سبرن لبخندی زد و گفت اگر صرفاً راحت بنشینم و به مغزم اجازه دهم بازخورد تولیدشده توسط رایانه را جذب کند، نتیجه بهتری می‌گیرم.

بنابراین دوباره سرجایم نشستم و پس از مدتی ضرب‌آهنگ‌ها یکنواخت شد و فضایی سبز رنگ کم‌کم از بقیه جلو افتاد. احساس کردم آرام و متمرکز شده‌ام؛ فضاییم هم داشت برنده می‌شد.

از جهاتی، بازخورد عصبی شبیه نگاه کردن به صورت شخص در حین گفت‌وگوست. اگر در چهره شخص مقابل لبخند و اشاره‌های جزئی سر ببینید، تشویق می‌شوید و به تعریف داستان یا گفتن دیدگاهتان

ادامه می‌دهید. اما به محض اینکه طرف گفت و گویتان بی‌حوصله به نظر آمد یا نگاهی را به جای دیگری معطوف کرد، حرفتان را خلاصه یا موضوع گفت و گو را عوض می‌کنید. در بازخورد عصبی، صدا یا جابه‌جایی روی صفحه نمایش به جای لبخند پاداش به شمار می‌آید و بازدارندگی هم بسیار خنثی‌تر از اخم است و صرفاً به شکل الگویی نامطلوب نشان داده می‌شود.

آن‌گاه سبرن یکی از ویژگی‌های دیگر بازخورد عصبی را معرفی کرد: توانایی ردیابی مدارها در بخش‌های خاصی از مغز. الکترودهای روی شقیقه‌هایم را به طرف ابروی چپ برد و رفته‌رفته احساس تیزهوشی و حواس‌جمعی کردم. به من گفت در حال تقویت امواج بتا در قشر پیش‌پیشانی‌ام است، همین امر باعث هوشیاری‌ام شده بود. هنگامی که الکترودها را به وسط سرم برد، حس کردم از تصاویر رایانه‌ای بیشتر فاصله گرفته‌ام و به ادراکات بدنی‌ام آگاه‌تر هستم. پس از آن گراف خلاصه‌ای را نشانم داد که با توجه به تغییرات جزئی به وجود آمده در وضعیت ذهنی و ادراکات فیزیکی‌ام، چگونگی تغییرات امواج مغزی‌ام را ثبت کرده بود.

بازخورد عصبی چگونه می‌توانست به درمان تروما کمک کند؟ سبرن این‌طور توضیح داد: «با استفاده از روش بازخورد عصبی سعی داریم در مداربندی‌ای مداخله کنیم که حالات ترس و خصلت‌های ترس،

خجالت و خشم را به وجود می‌آورد و نگه می‌دارد. تحریک مکرر این مدارهاست که سبب بروز تروما می‌شود.» بیماران برای تغییر الگوهای معمول مغز که در نتیجه تروما و عواقب آن ایجاد شده‌اند، به کمک نیاز دارند. با آرام‌شدن الگوهای ترس، مغز حساسیت کمتری به واکنش‌های خودکار استرس نشان می‌دهد و می‌تواند تمرکز بهتری بر رویدادهای عادی داشته باشد. به هر حال، استرس جزء ویژگی‌های ذاتی خود رویدادها نیست، بلکه بستگی دارد که چه نامی بر آن می‌گذاریم و چه واکنشی به آن نشان می‌دهیم. بازخورد عصبی در واقع مغز را متعادل می‌کند و انعطاف‌پذیری را افزایش می‌دهد و این‌گونه به ما اجازه می‌دهد تا انتخاب‌های بیشتری برای نحوه پاسخ‌گویی داشته باشیم.

تولد بازخورد عصبی

بازخورد عصبی تا سال ۲۰۰۷ فناوری جدیدی محسوب نمی‌شد. در اواخر دهه ۱۹۸۰، جو کامیا،^{۳۳۵} استاد روان‌شناسی دانشگاه شیکاگو که پدیده دریافت درونی را مطالعه می‌کرد، پی برده بود که افراد می‌توانند از طریق بازخورد عصبی بگویند چه زمانی در حال تولید امواج آلفا هستند، امواجی که با آرام‌شدن ارتباط دارند. (بعضی از شرکت‌کنندگان مطالعه فقط در عرض چهار روز به دقت ۱۰۰ درصد رسیدند.) وی سپس نشان داد که افراد می‌توانند در واکنش به یک سرنخ صوتی ساده به‌صورت داوطلبانه وارد حالت

آلفا شوند.

در سال ۱۹۶۸ مقاله‌ای درباره کار کامیا در مجله مشهور سایکولوژی تودی^{۳۳۶} به چاپ رسید و همه فهمیدند که آموزش آلفا می‌تواند استرس و موقعیت‌های استرس‌زا را تسکین دهد. (۵) نخستین پژوهشی که امکان تأثیرگذاری بازخورد عصبی را بر عارضه‌های آسیب‌شناختی نشان داد بری استرمن^{۳۳۷} از دانشگاه کالیفرنیا انجام داد. سازمان ملی هوانوردی و فضایی آمریکا (ناسا) از استرمن خواسته بود تا میزان سمی بودن سوخت موشک، یعنی مونومتیل‌هیدرازین (ام‌ام‌اچ)، را بررسی کند؛ گفته می‌شود سوخت ام‌ام‌اچ موجب هذیان، تهوع و تشنج می‌شود. استرمن پیش از این به چند گربه آموزش داده بود تا فرکانس‌های خاصی از نوار مغز موسوم به ریتم حسی - حرکتی ایجاد کنند. (در گربه‌ها این حالت گوش‌به‌زنگی و تمرکز با انتظار برای غذا ارتباط دارد.) وی کشف کرد که گربه‌های آزمایشگاهی معمولی پس از مواجهه با ماده ام‌ام‌اچ دچار تشنج می‌شوند؛ اما گربه‌هایی که بازخورد عصبی دریافت کرده بودند چنین مشکلی نداشتند. این آموزش به نحوی مغزشان را متعادل کرده بود.

در سال ۱۹۷۱ استرمن اولین سوژه انسانی‌اش، یعنی مری فرنکس^{۳۳۸} ۲۳ ساله، را به دستگاه بازخورد عصبی متصل کرد. مری از هشت سالگی به صرع مبتلا شده بود و ماهی دو بار یا بیشتر دچار تشنج

صرعی بزرگ می‌شد. دو روز در هفته و در هر روز به مدت یک ساعت آموزش می‌دید. در پایان ماه سوم عملاً تشنجش رفع شده بود. متعاقباً مؤسسه ملی سلامت اعانه‌ای را به استرمن داد تا مطالعه نظام‌مندتری انجام دهد؛ نتایج خیره‌کننده این مطالعه در سال ۱۹۷۸ در مجله اپیلمپسیا^{۳۳۹} منتشر شد. (۶)

در اواسط دهه ۱۹۷۰ و با ظهور داروهای تازه کشف‌شده روان‌پزشکی، این دوره آزمایش‌گری و خوش‌بینی زیاد درباره ظرفیت ذهن بشر به پایان رسید. روان‌پزشکی و علم مغز الگویی شیمیایی برای مطالعه ذهن و مغز اتخاذ کردند و سایر رویکردهای درمانی کم‌اهمیت شمرده شد.

از آن دوره تاکنون حوزه بازخورد عصبی به صورت جسته‌گریخته پیشرفت‌هایی داشته و بیشتر مطالعات زیربنایی‌اش در اروپا، روسیه و استرالیا انجام شده است. حدود ۱۰ هزار متخصص بازخورد عصبی در ایالات متحده وجود دارد؛ اما این شیوه درمانی نتوانسته سرمایه‌گذاری لازم را برای دستیابی به مقبولیتی گسترده به خود جذب کند. یکی از دلایل ممکن است این باشد که سیستم‌های متعددی برای بازخورد عصبی با هم در رقابت‌اند. دلیل دیگر محدودیت ظرفیت تجاری آن است. فقط تعداد اندکی از کاربردهای بازخورد عصبی مشمول بیمه درمانی می‌شوند. این امر باعث می‌شود تا بازخورد عصبی برای

مشتریان پرهزینه باشد و متخصصان نتوانند منابع لازم را برای اجرای مطالعات کلان جمع‌آوری کنند.

از پناهگاه بی‌خانمان‌ها تا ایستگاه پرستاری

سبرن ترتیبی داده بود تا با سه تن از بیمارانش حرف بزنم. هر سه نفر داستان‌های شگفت‌انگیزی گفتند؛ اما وقتی به لیزای ۲۷ ساله گوش کردم، کسی که در یکی از کالج‌های همان حوالی پرستاری می‌خواند، احساس کردم به‌واقع دارم به توانایی خیره‌کننده این روش درمانی ایمان می‌آورم. لیزا صاحب بزرگ‌ترین عامل تاب‌آوری منحصربه‌فردی بود که بشر می‌تواند داشته باشد: شخص دل‌نشینی بود، جذاب، کنجکاو و مشخصاً باهوش. ارتباط چشمی بسیار خوبی برقرار می‌کرد و مشتاق بود چیزی را که درباره خودش یاد گرفته بود، با ما در میان بگذارد. از همه مهم‌تر، شبیه بسیاری از بازماندگانی که می‌شناختم، شوخ‌طبعی کنایه‌آمیز و شمه‌ای از حماقت بشری را در خود داشت.

طبق چیزی که از سابقه‌اش می‌دانستم، متانت و آرامش زیادش معجزه بود. چندین سال در آسایشگاه‌ها و بیمارستان‌های روانی سپری کرده بود و چهره‌آشنایی در بخش اورژانس بیمارستان‌های غرب ماساچوست به حساب می‌آمد: دختری که به‌دلیل مصرف بیش از حد دارو به‌صورت نیمه‌جان یا به‌دلیل

جراحتهای ناشی از خودزنی به صورت خونین با آمبولانس آورده می شد.

داستانش را این گونه آغاز کرد: «سابقاً به بچه‌هایی حسادت می کردم که می دانستند وقتی والدینشان مست کنند، چه می شود. لاقلاً می توانستند ویرانی‌ها را پیش‌بینی کنند. در خانه ما هیچ الگویی برای این کار نبود. هرچیزی ممکن بود مادرم را عصبانی کند: شام خوردن، تماشای تلویزیون، برگشتن از مدرسه، لباس پوشیدن. هیچ وقت نمی دانستم می خواهد چه کار کند یا اینکه چطوری کتکم می زند. خیلی درهم و بی برنامه بود.»

وقتی سه ساله بود، پدرش خانواده را ترک کرده بود و او را دست مادر روانی‌اش سپرده بود. «شکنجه» برای توصیف سوءاستفاده‌ای که لیزا تحمل کرده بود، واژه چندان شدیدی نیست. می گفت: «در اتاق زیر شیروانی زندگی می کردم. اتاق دیگری هم آن بالا بود که معمولاً می رفتم و روی فرشش ادرار می کردم؛ چون آن قدر می ترسیدم که نمی توانستم بروم پایین و از دست‌شویی استفاده کنم. لباس عروسک‌هایم را درمی آوردم و مداد را داخلشان فرو می بردم و داخل پنجره آویزان‌شان می کردم.»

لیزا در دوازده سالگی از خانه فرار کرد؛ اما پلیس به خانه برگرداندش. پس از آنکه یک بار دیگر از خانه

فرار کرد، خدمات مراقبت از کودکان پا پیش گذاشت و لیزا شش سال بعدش را در بیمارستان‌های روانی، پناهگاه‌ها، آسایشگاه‌ها، پرورشگاه‌ها و خیابان‌ها گذراند. در هیچ‌جا بند نمی‌شد؛ چون به‌قدری منزوی و خودآزار بود که مراقبانش را به وحشت می‌انداخت. خودش را می‌زد یا می‌زد و صندلی‌ها را می‌شکست و بعد هم یادش نمی‌آمد چه کار کرده است و برای همین به دروغ‌گوی دغل‌باز شهرت یافته بود. لیزا اظهار داشت حالا که به گذشته فکر می‌کند، صرفاً فاقد زبانی بود که به کمک آن بتواند به بقیه بگوید موضوع چیست.

در هجده‌سالگی از خدمات مراقبت از کودکان «مرخص» شد و زندگی مستقلی را آغاز کرد، زندگی‌ای بدون خانواده، تحصیلات، پول یا مهارت. اما اندکی بعد از ترخیصش با سبرن آشنا شد. سبرن در آن زمان به‌تازگی اولین تجهیزات بازخورد عصبی‌اش را به دست آورده بود و لیزا را از مرکز درمانی اقامتی‌ای که یک بار در آن کار کرده بود، به خاطر می‌آورد. همیشه محبت خاصی به این دختر گم‌شده داشت و از لیزا دعوت کرد تا ابزار جدیدش را امتحان کند.

سبرن این‌طور به خاطر دارد: «وقتی لیزا اولین بار به دیدنم آمد، پاییز بود. با نگاهی بی‌روح همان اطراف می‌چرخید و هرجا می‌رفت، کدوتنبلی را با خودش حمل می‌کرد. اصلاً هیچ‌جا اهمیتی برایش نداشت.

حتی مطمئن نبودم با آدم بهنجاری طرفم.» هیچ کدام از انواع گفت و گودرمانی برای لیزا ممکن نبود. هرگاه سبرن درباره موضوع استرس زایی سؤال می کرد، لیزا سکوت می کرد یا دچار هراس می شد. لیزا در این باره می گوید: «هر بار سعی می کردیم درباره آنچه در مسیر بلوغ بر سرم آمده بود حرف بزنیم، دچار فروپاشی می شدم. با جراحی و سوختگی به هوش می آمدم و قادر به غذا خوردن هم نبودم. به علاوه نمی توانستم بخوابم.»

حس وحشت همواره با او بود: «همیشه ترسیده و هراسان بودم. دوست نداشتم کسی به من دست بزند. همیشه زودرنج و عصبی بودم. اگر کسی اطرافم بود نمی توانستم چشمانم را ببندم. چیزی نبود که متقاعدم کند با بستن چشمانم کسی قرار نیست لت و پارم کند. همین مسئله آدم را به جنون می کشاند. می دانید با کسی که مورد اعتمادتان است در یک اتاق هستید، به لحاظ عقلی می دانید قرار نیست اتفاقی برایتان بیفتد؛ اما از سوی دیگر بدنتان چیز دیگری می گوید و به هیچ وجه نمی توانید آرام بگیرید. اگر کسی دستش را دور گردنم می انداخت، تمرکزم را از دست می دادم.» لیزا در حالت شوک اجتناب ناپذیر به دام افتاده بود.

لیزا به یاد دارد که در کودکی دچار گسستگی بود؛ اما پس از بلوغ اوضاع از این هم بدتر شد: «کم کم

بیدار می‌شدم و جراحتهایی روی بدنم می‌دیدم؛ هم‌مدرسه‌ای‌هایم مرا با اسم‌های مختلفی می‌شناختند. زیاد غش می‌کردم و چشمانم به روی موقعیت‌های تقریباً عجیب‌وغریبی گشوده می‌شد. «لیزا هم مثل خیلی از کسانی که به ترومای شدید مبتلا هستند، نمی‌توانست در آینه خودش را بشناسد. (۷) تا به حال نشنیده بودم کسی فقدان درک مستمر از خود را این‌قدر دقیق توصیف کند.

هیچ‌کس نبود تا واقعیتش را تأیید کند. «در هفده‌سالگی، زمانی که در آسایشگاه مخصوص نوجوانان به شدت پریشان‌حال زندگی می‌کردم، با در یک قوطی حلبی بدجور خودم را زخمی کردم. مرا به بخش اورژانس بردند؛ اما نمی‌توانستم به پزشک بگویم چطور این بلا را سر خودم آورده‌ام؛ اصلاً یاد نمی‌آمد. پزشک بخش اورژانس معتقد بود اثری از اختلال هویت گسسته وجود ندارد... افراد زیادی در بخش سلامت روان همین حرف را می‌زنند. نه اینکه شما به آن مبتلا نیستید، بلکه صرفاً اثری از آن نیست.»

پس از آنکه لیزا به لحاظ سنی واجد شرایط ماندن در برنامه درمانی اقامتی نبود، اولین کاری که کرد قطع مصرف دارو بود. اذعان داشت: «این کار برای همه جواب نمی‌دهد اما به نظر می‌رسید شخصاً برایم انتخاب درستی بوده است. افرادی را می‌شناسم که به قرص و دارو نیاز دارند؛ اما من این‌طوری نبودم. پس از اینکه دارو خوردن را کنار گذاشتم و بازخورد عصبی را شروع کردم، خیلی پاک‌تر شدم.»

وقتی سبرن از لیزا برای بازخورد عصبی دعوت کرد، نمی‌دانست باید انتظار چه چیزی را داشته باشد زیرا لیزا اولین بیمار گسسته‌ای بود که داشت امتحان می‌کرد. آن‌ها هفته‌ای دو بار یکدیگر را می‌دیدند و در ابتدای کار به ایجاد الگوهای مغزی منسجم‌تری در لوب پیشانی سمت راست، مرکز ترس مغز، پرداختند. پس از گذشت چند هفته، لیزا متوجه شد که دیگر مثل قبل وقتی آدم‌ها اطرافش هستند عصبی نمی‌شود و به‌علاوه دیگر از رختشوی‌خانه زیرزمینی محل زندگی‌اش نمی‌ترسد.

آن‌گاه موفقیت بزرگ‌تری از راه رسید: لیزا دچار گسستگی نمی‌شد. چنین به خاطر دارد: «همیشه همه‌ه دائمی گفت‌وگویی آرام در سرم بود. می‌ترسیدم مبادا اسکیزوفرنیک شده باشم. پس از شش ماه انجام‌دادن بازخورد عصبی، دیگر آن صداها را هم نمی‌شنیدم. فکر می‌کنم یکپارچه شدم. همه چیز درست به هم پیوست.»

وقتی لیزا درک پیوسته‌تری از خود به دست آورد، توانست درباره تجربیاتش حرف بزند: «حالا می‌توانم درباره چیزهایی مثل کودکی‌ام حرف بزنم. برای اولین بار به توانایی اجرای درمان دست پیدا کردم. تا آن موقع فاصله کافی از وضعیتم نداشتم و نمی‌توانستم به اندازه کافی آرام شوم. وقتی همچنان در بطنش قرار دارید، حرف‌زدن درباره‌اش سخت است. قادر نبودم برای آنکه به نحوی با درمانگر ارتباط

برقرار کنم، آن‌طور که باید ابراز دل‌بستگی کنم یا سفرهٔ دلم را باز کنم.» کشف خیره‌کننده‌ای بود: تعداد بسیار زیادی از بیماران در روند یا خارج از روند درمان‌اند و قادر نیستند رابطهٔ معناداری ایجاد کنند چون هنوز در «بطن» بیماری قرار دارند. بدیهی است وقتی فرد نداند کیست، امکان ندارد بتواند واقعیت افراد پیرامونی‌اش را ببیند.

لیزا ادامه داد: «اضطراب زیادی در خصوص دل‌بستگی داشتم. وارد اتاقی می‌شدم و سعی می‌کردم همهٔ راه‌های بیرون‌رفتن و تمامی جزئیات مربوط به شخص را به خاطر بسپارم. از روی ناچاری سعی می‌کردم رد هرچیزی را که ممکن بود به من صدمه بزند بگیرم. حالا با دید متفاوتی مردم را می‌شناسم. دیگر لازم نیست از سر ترس به خاطر بسپارمشان. وقتی از صدمه‌دیدن نترسید، می‌توانید به‌طور متفاوتی دیگران را بشناسید.»

این زن جوان خوش‌بین از اعماق ناامیدی و سردرگمی به چنان سطحی از قاطعیت و تمرکز رسیده بود که تابه‌حال نظیرش را ندیده بودم. برایمان مسلم شد که باید ظرفیت بازخورد عصبی را در مرکز تروما بررسی کنیم.

شروع بازخورد عصبی

در ابتدا باید تصمیم می‌گرفتیم کدام‌یک از پنج سیستم موجود بازخورد عصبی را اتخاذ کنیم و آخر هفته پرتعطیلاتی را پیدا می‌کردیم تا اصول کار را یاد بگیریم و آن روش را روی خودمان اجرا کنیم. (۸) هشت نفر از کارکنان مرکز و سه مربی داوطلب شدند تا وقتشان را به بررسی پیچیدگی‌های نوار مغز، الکترودها و بازخوردهای رایانه‌ای اختصاص دهند. صبح روز دوم تمرین، وقتی با همکارم مایکل هم‌گروه شده بودم، الکترودی را در سمت راست سرش دقیقاً بالای نوار حسی - حرکتی مغزش قرار دادم و فرکانسی بین یازده تا چهارده هرتز را بر آن وارد کردم. اندکی پس از خاتمه جلسه، مایکل از همه خواست تا به حرف‌هایش گوش کنند. اظهار داشت که تجربه شگفت‌انگیزی داشته است. همیشه در حضور دیگران، حتی کنار ما همکارانش، دچار اضطراب می‌شده و احساس ناامنی می‌کرده است. هرچند به نظر نمی‌رسید کسی قبلاً متوجه این موضوع شده باشد؛ چون مایکل به‌هرحال درمانگر محترمی بود؛ اما با حس مزمن و عذاب‌آوری از خطر زندگی می‌کرده است. حالا این حس از بین رفته بود و احساس امنیت، آسودگی و گشاده‌رویی می‌کرد.

طی سه سال بعد، مایکل از شخصی معمولاً گمنام به فردی تبدیل شد که با بینش‌ها و نظرهایش گروه را به چالش می‌کشید؛ به‌علاوه، یکی از ارزشمندترین شرکت‌کنندگان پروژه بازخورد عصبی مرکزمان شد.

با کمک بنیاد علوم کاربردی و طبیعی، اولین مطالعه‌مان را با گروهی متشکل از هفده بیمار که از شیوه‌های درمانی قبلی‌شان نتیجه نگرفته بودند، شروع کردیم. ناحیه گیجگاهی مغز را که طبق مطالعات اولیه‌مان در اسکن‌های مغزی (که در فصل سوم توضیح داده شد) (۹) در زمان استرس ترومایی فعال‌سازی بیش از حدی از خودش نشان می‌دهد، هدف قرار دادیم و در عرض بیش از ده هفته، بیست جلسه بازخورد عصبی برایشان برگزار کردیم.

از آنجاکه اکثر این بیماران از آلکسی‌تایمیا رنج می‌بردند، گزارش واکنش‌هایشان درباره درمان‌ها کار ساده‌ای نبود. اما رفتارشان گویای همه‌چیز بود: همواره سر وقت خودشان را به قرارها می‌رساندند، حتی وقتی که مجبور بودند در کولاک رانندگی کنند. هیچ‌کدامشان از مطالعه خارج نشد و در پایان هر بیست جلسه، توانستیم پیشرفت‌های چشمگیری را هم در میزان پی‌تی‌اس‌دی (۱۰)، هم در زمینه آسودگی بین‌فردی، تعادل هیجانی و خودآگاهی شاهد باشیم. (۱۱) کمتر آشفته می‌شدند، بهتر می‌خوابیدند و احساس آرامش و تمرکز بیشتری می‌کردند.

در هر صورت، امکان دارد گزارشی که خود بیماران می‌دهند قابل اطمینان نباشد؛ تغییرات عینی در رفتار شاخص‌های به‌مراتب بهتری برای تعیین اثربخشی هر روش درمانی است. اولین بیماری که با بازخورد

عصبی مداوایش کردم نمونه خوبی بود. مرد متخصصی در اوایل دهه پنجاه زندگی‌اش بود و خودش را دگرجنس‌خواه می‌دانست؛ اما هر وقت احساس می‌کرد رها شده یا کسی حرفش را نمی‌فهمد، بی‌اختیار به دنبال تماس‌های هم‌جنس‌گرایانه با غریبه‌ها می‌رفت. ازدواجش بابت همین مسائل به هم خورده بود و به ایدز هم مبتلا شده بود؛ شدیداً می‌خواست تا کنترل رفتار خودش را به دست بگیرد. در خلال یکی از شیوه‌های درمانی قبلی به تفصیل درباره سوءاستفاده جنسی عمویش از خود در هشت‌سالگی حرف زده بود. فکر می‌کردیم اشتیاقش به هم‌جنس‌خواهی با آن سوءاستفاده جنسی ارتباط دارد؛ اما این پیوند تفاوتی در رفتارش ایجاد نکرده بود. با گذشت بیش از یک سال از روان‌درمانی منظم تحت‌نظر درمانگری ماهر، هیچ‌چیز تغییر نکرده بود.

یک هفته بعد از آنکه رفته‌رفته به مغزش یاد دادم امواج کندتری در لوب گیجگاهی راستش ایجاد کند، مشاجره غم‌انگیزی داشت و به جای اینکه برای یافتن رابطه جنسی به پاتوق همیشگی‌اش برود، تصمیم گرفت ماهیگیری کند. این واکنشش را به تصادف نسبت دادم. با وجود این، طی ده هفته بعد، در بحبوحه روابط پرتلاطمش، همچنان تسلی را در ماهیگیری می‌یافت و تعمیر و بازسازی کلبه‌ای کنار دریاچه را آغاز کرد. وقتی به خاطر تعطیلات سه جلسه را از قلم انداختیم، میل و سواس‌گونه‌اش ناگهان

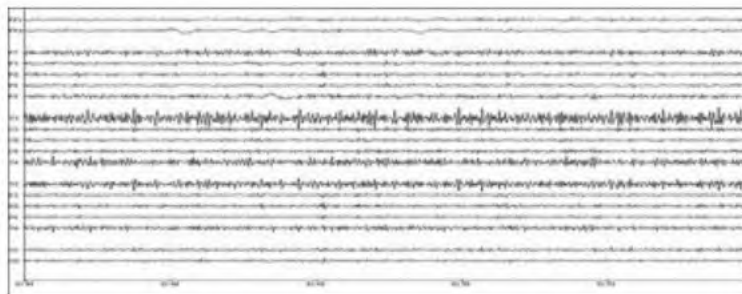
برگشت. این مسئله نشان می‌دهد که مغزش هنوز الگوی جدید را تثبیت نکرده بود. شش ماه دیگر آموزش را ادامه دادیم و حالا که چهار سال از آن موقع می‌گذرد، هر شش ماه یک بار برای معاینه می‌بینمش. دیگر میلی به پرداختن به فعالیت‌های جنسی خطرناک احساس نکرده است.

چطور شد که مغزش نهایتاً به جای رفتارهای جنسی وسواس‌گونه از ماهیگیری آرامش گرفت؟ در این مقطع، حقیقتاً نمی‌دانیم. بازخورد عصبی الگوهای ارتباطی مغز را تغییر می‌دهد؛ متعاقباً ذهن الگوهای جدیدی را برای تعامل خلق می‌کند.

مبانی امواج مغزی از کُند تا تند

هریک از خطوط نشان‌داده‌شده در نوار مغز، فعالیت بخش متفاوتی از مغز را به تصویر می‌کشد: تلفیقی از ریتم‌های مختلف که در مقیاسی از کُند به تند متغیرند. (۱۲) نوار مغز از سنجش میزان بلندی (دامنه) و طول‌موج‌های (فرکانس) مختلف تشکیل شده است. هریک از فرکانس‌های نوار مغز با درک تروما و درمان آن مرتبط است و پی‌بردن به مبانی این موضوع نسبتاً راحت است.

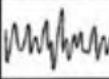
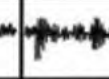
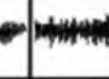
امواج دلتا کمترین محدودهٔ فرکانسی را دارند (۲ تا ۵ هرتز) و اغلب در وضعیت خواب مشاهده می‌شوند. مغز در حالت غیرفعال قرار دارد و ذهن تمرکزش را به درون معطوف کرده است. اگر فعالیت موج کند افراد در زمان بیداری بیش از حد باشد، تفکرشان مبهم است و قضاوت و کنترل تکانشی ضعیف از خود نشان می‌دهند. ۸۰ درصد کودکانی که از اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه (ای‌دی‌اچ‌دی) رنج می‌برند و بسیاری از افراد مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی، دارای امواج کند بیش از اندازه‌ای در لوب‌های پیشانی‌شان هستند.



الکتروانسفالوگرام (ای‌ای‌جی): هرچند علامت خاصی دال بر وجود پی‌تی‌اس‌دی وجود ندارد؛ اما افزایش شدید فعالیت لوب‌های گیجگاهی در بسیاری از مبتلایان به تروما دیده می‌شود، همچنان که در این بیمار نیز مشهود است (تی ۳، تی ۴ و تی ۵). بازخورد عصبی می‌تواند این الگوهای مغزی غیرطبیعی را

عادی سازی کند و متعاقباً ثبات هیجانی را افزایش دهد.

نرخ شلیک امواج مغزی با وضعیت انگیزتگی ما در ارتباط است

دلتا	تتا	آلفا	ام ام آر	بتا	بتای بالا
کمتر از ۴ هرتز	۴-۸ هرتز	۸-۱۲ هرتز	۱۲-۱۵ هرتز	۱۵-۱۸ هرتز	بیشتر از ۱۹ هرتز
خواب	خواب آلودگی	تمرکز آرام	تفکر آرام	تفکر فعال	هیجان زده
					

افسردگی، اختلال نقص توجه
(ای دی دی) و تشنج در این
دامنه اتفاق می افتند.

ما به مغز یاد می دهیم تا به این دامنه برود تا
از این طریق علائم افسردگی و ای دی دی را تغییر
دهیم و فعالیت تشنجی را بهبود ببخشیم.

خواب دیدن سرعت امواج مغز را افزایش می دهد. فرکانس های تتا (۵-۸ هرتز) در زمان منتهی به خواب غالب می شوند، مثل همان حالت شناور «رؤیاگونه» که در فصل پانزدهم راجع به ای ام دی آر توصیفش کردم؛ این فرکانس ها همچنین مشخصه حالت های خلسه وار هیپنوتیزی هستند. امواج تتا چهارچوبی ذهنی ایجاد می کنند که از قید منطق یا الزامات معمول زندگی آزاد است و بنابراین امکان ایجاد پیوندها و تداعی های تازه را فراهم می سازد. بازخورد عصبی با امواج آلفا/ تتا که یکی از نویدبخش ترین شیوه های درمانی بازخورد عصبی است، از این ویژگی برای رهاسازی تداعی های انعطاف ناپذیر و تسهیل یادگیری

موضوعات جدید بهره می‌برد. جنبه منفی قضیه آنجاست که امواج تتا وقتی در «بطن» ماجرا نیستیم یا در هنگام افسردگی نیز رخ می‌دهند.

امواج آلفا (۸-۱۲ هرتز) با حس سکون و آرامش همراه‌اند. (۱۳) هرکس مراقبه ذهن‌آگاهی را یاد گرفته باشد با این امواج آشناست. (یک بار یکی از بیمارانم گفت بازخورد عصبی «مثل مراقبه با مواد استروئیدی» برایش اثربخش بوده است.) اغلب اوقات در کارم از امواج آلفا استفاده می‌کنم تا به افرادی که بیش از حد بی‌حس یا بیش از حد آشفته‌اند کمک کنم به حالتی از آرامش متمرکز برسند. مرکز پزشکی ملی والتر رید^{۳۴۰} اخیراً ابزارهایی را برای درمان سربازان مبتلا به پی‌تی‌اس‌دی با امواج آلفا ارائه داد؛ اما در زمان نگارش این کتاب، نتیجه کار این مرکز هنوز منتشر نشده بود.

امواج بتا سریع‌ترین فرکانس‌ها را دارند (۱۳-۲۰ هرتز). وقتی این امواج غالب باشند، مغز به سمت دنیای خارج سوق دارد. بتا این امکان را به ما می‌دهد تا هم‌زمان با انجام دادن کاری توجه متمرکز هم داشته باشیم. بالاین حال، بتای بالا (بیش از ۲۰ هرتز) با آشفتگی، اضطراب و سفتی بدن همراه است؛ عملاً محیط پیرامونی‌مان را برای خطر احتمالی تمام‌وقت زیرنظر داریم.

کمک به مغز برای تمرکز

به کارگیری بازخورد عصبی خلاقیت، کنترل ورزشی و آگاهی درونی را بهبود می بخشد، حتی برای آن‌هایی که خودشان چیره‌دست‌اند. (۱۴) وقتی مطالعه بازخورد عصبی را آغاز کردیم، پی بردیم که پزشکی ورزشی تنها دپارتمانی از دانشگاه بوستون بود که اندکی با موضوع آشنایی داشت. یکی از اولین استادانم در زمینه فیزیولوژی مغز لن زایچکوفسکی،^{۳۴۱} متخصص فیزیولوژی ورزشی، بود که طولی نکشید از بوستون رفت تا تیم هاکی روی یخ ونکوور کناکس^{۳۴۲} را با روش بازخورد عصبی تمرین دهد. (۱۵)

گویا درباره بازخورد عصبی بیشتر در حوزه بهبود عملکرد مطالعه مفصل شده تا رفع مشکلات روان پزشکی. در ایتالیا روان شناس تیم فوتبال آث میلان از این روش استفاده کرد تا به بازیکنان کمک کند، حین تماشای فیلم اشتباهاتشان، آرام و متمرکز بمانند. افزایش کنترل ذهنی و فیزیولوژیکی شان نتیجه بخش بود زیرا چند نفر از بازیکنان به عضویت تیم ملی درآمدند و قهرمان جام جهانی سال ۲۰۰۶ شدند؛ خود آث میلان هم یک سال بعد قهرمان اروپا شد. (۱۶) علاوه بر این، بازخورد عصبی در بخش علم و فناوری پروژه «تصاحب سکو»^{۳۴۳} گنجانده شده بود؛ تصاحب سکو طرح پنج ساله ۱۱۷ میلیون دلاری‌ای بود که برای کمک به برتری کانادا در بازی‌های المپیک زمستانی سال ۲۰۱۰ در ونکوور

ایجاد شده بود. ورزشکاران کانادایی بیشترین مدال طلا را به دست آوردند و در جدول کلی تعداد مدال‌ها هم سوم شدند.

ثابت شده که اجرای موسیقی هم از این شیوه سود می‌برد. هیئتی از داوران کالج سلطنتی موسیقی بریتانیا پی بردند دانشجویانی که بیست جلسه بازخورد عصبی را تحت‌نظر جان گروزلیر،^{۳۴۴} استاد دانشگاه لندن، گذرانده بودند در مقایسه با دانشجویانی که بازخورد عصبی دریافت نکرده بودند پیشرفتی ۱۰ درصدی داشتند. این میزان اختلاف در چنین حوزه پُررقابتی، تفاوت بزرگی ایجاد می‌کند. (۱۷)

با توجه به نقش بازخورد عصبی در تقویت دقت‌نظر، توجه و تمرکز حواس، جای شگفتی نیست که توجه متخصصان اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه (ای‌دی‌اچ‌دی) به آن جلب شد. دست‌کم ۳۶ مطالعه نشان داده‌اند که بازخورد عصبی درمانی مؤثر و زودبازدهی برای ای‌دی‌اچ‌دی است؛ درمانی که تأثیرش تقریباً به اندازه داروهای متعارف است. (۱۸) وقتی مغز یاد گرفت الگوهای متفاوتی از ارتباط الکتریکی تولید کند، دیگر ادامه درمان ضرورت ندارد؛ این را مقایسه کنید با داروها که فعالیت اساسی مغز را تغییر نمی‌دهند و تا زمانی اثرگذارند که بیمار به مصرفشان ادامه دهد.

کجای مغز مشکل دارد؟

آنالیز رایانه‌ای پیشرفته نوار مغزی موسوم به الکتروانسفالوگرافی کمی (کیوای‌ای جی) فعالیت امواج مغزی را در مقیاس هزارم ثانیه ردیابی می‌کند و نرم‌افزار آن این فعالیت را به نقشه‌ای رنگی تبدیل می‌کند که نشان می‌دهد کدام یک از امواج در نواحی مهم مغز بیشتر یا کمترند. (۱۹) این نقشه مغزی همچنین میزان ارتباط یا همکاری نواحی مغزی با یکدیگر را نیز نشان می‌دهد. چندین پایگاه داده‌ای بزرگ برای نقشه مغزی وجود دارد که از الگوهای عادی و غیرعادی تشکیل شده‌اند و به ما اجازه می‌دهند تا نقشه مغزی بیمار را با نقشه مغزی هزاران نفر دیگر که از مشکل مشابهی رنج می‌برند، مقایسه کنیم. نکته مهم آخر اینکه نقشه‌های مغزی برخلاف افام‌آرای و اسکن‌های مشابه هم نسبتاً ارزان‌اند و هم قابل حمل.

نقشه مغزی شواهد قانع‌کننده‌ای را از مرزبندی‌های خودسرانه در طبقه‌های تشخیصی نسخه کنونی دی‌اس‌ام ارائه می‌دهد. علائمی که دی‌اس‌ام برای بیماری روانی ارائه داده با الگوهای خاص فعال‌سازی مغز هم‌سو نیست. حالت‌هایی روانی مثل سردرگمی، آشفتگی یا احساس گسستگی از کالبد که در بیشتر طبقه‌های تشخیصی مشترک‌اند، با الگوهای خاصی از نقشه مغزی ارتباط دارند. در کل، هرچه بیمار

مشکلات بیشتری داشته باشد، نابهنجاری‌های بیشتری در نقشه مغزی‌اش نشان داده می‌شود. (۲۰)

از نظر بیمارانمان امکان دیدن الگوهای فعالیت الکتریکی موضعی در مغز بسیار کمک‌کننده است. می‌توانیم الگوهایی را نشانشان بدهیم که به نظر می‌رسد مسبب مشکلشان در تمرکز و فقدان کنترل هیجانی است. بیماران می‌توانند به ضرورت آموزش نواحی مختلف مغز برای تولید امواج و الگوهای ارتباطی متفاوتی پی ببرند. چنین توضیحاتی کمکشان می‌کند تا از کارهای خودسرزنشانه برای کنترل رفتارشان دست بکشند و یاد بگیرند اطلاعات را به شکل متفاوتی پردازش کنند.

اد هملین،^{۳۴۵} کسی که تفسیر نقشه‌های مغزی را یادمان داد، اخیراً نوشت: «افراد زیادی به آموزش‌ها واکنش مثبت نشان می‌دهند؛ اما آن‌هایی که بهتر و سریع‌تر پاسخ می‌دهند قادر خواهند بود به ارتباط بازخورد با کاری که دارند انجامش می‌دهند پی ببرند. مثلاً وقتی به یکی کمک می‌کنم تا بیشتر در زمان حال بماند، می‌توانم ببینم چگونه این کار را انجام می‌دهد. در این صورت، رفته‌رفته فایده درمان هم واقعاً افزایش می‌یابد. وقتی با کمک ذهن فعالیت مغزتان را دست‌کاری می‌کنید، حس قدرت‌بخشی به دست می‌آورید.»

تروما چگونه امواج مغز را تغییر می‌دهد؟

ما در آزمایشگاه بازخورد عصبی‌مان آدم‌هایی با سابقه‌ای طولانی از استرس ترومایی را می‌بینیم که فقط تا اندازه‌ای به درمان‌های موجود پاسخ داده‌اند. نقشه‌های مغزی‌شان تنوعی از الگوهای متفاوت را نشان می‌دهد. اغلب اوقات فعالیت بیش از حدی در لوب گیجگاهی راست، مرکز ترس مغز، توأم با فعالیت زیاد امواج کُند در قشر پیشانی در این افراد دیده می‌شود. این بدان معناست که مغزهای هیجانی بیش‌برانگیخته‌شان بر زندگی روانی‌شان سیطره دارند. پژوهشمان نشان داد که تسکین مرکز ترس مشکلات ناشی از تروما را کاهش می‌دهد و کارکرد اجرایی را بهبود می‌بخشد. این مسئله هم در کاهش چشمگیر میزان پی‌تی‌اس‌دی بیماران نمود می‌یابد هم در شفافیت ذهنی و افزایش توانایی تنظیم میزان ناراحتی‌شان در واکنش به تحریک‌های نسبتاً جزئی خودش را نشان می‌دهد. (۲۱)

بیماران ترومایی دیگر به محض بستن چشمانشان، الگوهای بیش‌فعالی را از خود بروز می‌دهند: ندیدن اتفاقات پیرامونی آن‌ها را دچار هراس می‌کند و مغزشان از کنترل خارج می‌شود. ما به آن‌ها یاد می‌دهیم تا الگوهای مغزی آرام‌تری ایجاد کنند. گروه دیگری هم هست که واکنشی افراطی به صدا و نور نشان می‌دهند و از این طریق می‌توان پی برد که تلاموس در جداسازی اطلاعات نامربوط دچار مشکل شده است. در چنین بیمارانی، تمرکزمان را روی تغییر الگوهای ارتباطی در ناحیهٔ پسِ سر معطوف می‌کنیم.

در حالی که تأکید مرکز ما یافتن درمان‌های بهینه برای استرس ترومایی بلندمدت است، اسکندر مک‌فارلین نقش تجربهٔ جنگی در تغییر مغزهای سابقاً عادی را بررسی می‌کند. وزارت دفاع استرالیا از گروه پژوهشی مک‌فارلین خواست تا تأثیرات اعزام نیروها به جبههٔ نبرد در عراق و افغانستان را بر عملکرد ذهنی و بیولوژیکی، از جمله الگوهای امواج مغز، اندازه‌گیری کند. مک‌فارلین و همکارانش در مرحلهٔ آغازین مطالعه نقشهٔ مغزی ۱۷۹ نفر از نیروها را چهار ماه قبل و چهار ماه بعد از هر اعزام به خاورمیانه اندازه‌گیری کردند.

آن‌ها پی بردند که تعداد کل ماه‌های سپری‌شده در منطقهٔ نبرد طی یک دورهٔ بیش‌از سه‌ساله با کاهش مستمر توان آلفا در ناحیهٔ پسِ سری در ارتباط است. این ناحیه که کنترل وضعیت بدن و تنظیم

فرایندهای اولیه‌ای مانند خواب و گرسنگی را بر عهده دارد، معمولاً دارای بالاترین سطح امواج آلفا در بین سایر نواحی مغز است، به‌ویژه وقتی که افراد چشم‌هایشان را می‌بندند. قبلاً دیدیم که آلفا با آرامش بدن در ارتباط است. کاهش توان آلفا در این سربازان نشان‌دهنده آشفتگی دائم آن‌هاست. در عین حال، امواج مغزی جلوی سر که معمولاً بیشترین سطح بتا را دارد، در هربار اعزام روند کُندشدگی مستمری را نشان می‌دهد. فعالیت لوب پیشانی این سربازان شبیه آنچه در کودکان مبتلا به ای‌دی‌اچ‌دی دیده می‌شود به‌تدریج افزایش می‌یابد و این امر در کارکرد اجرایی و توانایی‌شان در توجه متمرکز اختلال ایجاد می‌کند.

در نتیجه، انگیختگی که انتظار می‌رود انرژی لازم برای امور روزمره را برایمان فراهم کند، دیگر کمکی به سربازان نمی‌کند تا بر وظایف عادی‌شان تمرکز داشته باشند؛ فقط آشفته و بی‌قرارشان می‌کند. در مرحله کنونی مطالعه مک‌فارلین، هنوز زود است تا ببینیم هیچ‌یک از این نیروها به پی‌تی‌اس‌دی هم مبتلا می‌شوند یا نه؛ فقط گذر زمان می‌تواند تعیین کند مغز این افراد چگونه خودش را با آرامش زندگی غیرنظامی تطبیق می‌دهد.

بازخورد عصبی و ناتوانی‌های یادگیری

سوءاستفاده و بی‌توجهی مزمن در کودکی سبب ایجاد اختلال در سیم‌کشی مطلوب سیستم‌های یکپارچه‌سازی حسی می‌شود. این موضوع در برخی نمونه‌ها به ناتوانی‌های یادگیری می‌انجامد که از آن جمله می‌توان به ارتباط ناقص بین دستگاه‌های شنوایی و واژه‌پردازی و هماهنگی ضعیف بین دست و چشم اشاره کرد. مادامی که نوجوانان حاضر در برنامه‌های درمانی اقامتی‌مان بی‌حرکت یا تندمزاج‌اند، به‌سختی می‌توان پی برد چقدر درزمینهٔ پردازش اطلاعات روزمره مشکل دارند؛ اما وقتی مشکلات رفتاری‌شان با موفقیت درمان شده باشد، ناتوانی‌های یادگیری‌شان اغلب خودشان را نشان می‌دهند. حتی اگر این کودکان ترومایی بتوانند بی‌حرکت بنشینند و توجه‌شان را به چیزی معطوف کنند، باز هم خیلی‌هایشان به‌واسطهٔ مهارت‌های یادگیری ضعیف کاری از دستشان ساخته نیست. (۲۲)

لیزا توضیح داد که تروما چطور در سیم‌کشی درست کارکردهای پردازشی اولیه‌اش اختلال ایجاد کرده است. برایم تعریف می‌کرد که وقتی جایی می‌رفت «همیشه گم می‌شد» و به خاطر می‌آورد که درنگ شنیداری زیادی داشت که مانع آن می‌شد تا دستورالعمل‌های معلم‌ها را دنبال کند. می‌گفت: «تصور کن داخل کلاس هستی و معلم وارد کلاس می‌شود و می‌گوید: "صبح به‌خیر. بروید صفحهٔ ۲۷۲. سوالات یک تا پنج را حل کنید." اگر حتی کسری از ثانیه هم عقب باشید، آشفته‌بازاری درست می‌شود.

تمرکز کردن غیرممکن بود.»

بازخورد عصبی کمکش کرد تا این ناتوانی‌های یادگیری را جبران کند. «یاد گرفتم رد چیزها را بگیرم؛ مثلاً نقشه‌خوانی کنم. درست پس از اینکه درمان را آغاز کردیم، همان مقطعِ خاطره‌انگیزی بود که داشتم از آمهرست به نورثمپتون (کمتر از پانزده کیلومتر) می‌رفتم تا سبرن را ببینم. باید یکی دو تا اتوبوس می‌گرفتم اما نهایتاً چندین کیلومتر در امتداد بزرگراه پیاده راه رفتم. خیلی آشفته بودم؛ نمی‌توانستم برنامه حرکت اتوبوس‌ها را بخوانم؛ نمی‌توانستم حساب زمان را داشته باشم. بیش از حد به هم‌ریخته و مضطرب بودم که باعث می‌شد تمام وقت خسته باشم. نمی‌توانستم به چیزی توجه کنم یا خون‌سردی‌ام را حفظ کنم. اصلاً قادر نبودم مغزم را حول این موضوع سامان بدهم.»

حرف‌های لیزا مشکلی را بیان می‌کند که علم مغز و ذهن با آن روبه‌روست: چطور می‌توانیم به افراد کمک کنیم زمان و مکان، فاصله و روابط، و ظرفیت‌های استفاده‌نشده مغز طی سال‌های اولیه زندگی را سازمان‌دهی کنند وقتی ترومای کودکی مانع رشدشان شده است؟ شواهدی دال بر تأثیر داروها یا درمان‌های سنتی در فعال‌ساختن انعطاف‌پذیری لازم برای احیای آن ظرفیت‌ها پس از گذشت دوره بحرانی^{۳۴۶} وجود ندارد. حالا وقتش رسیده ببینیم آیا بازخورد عصبی می‌تواند در جایی که درمان‌های

دیگر توفیقی نداشته‌اند موفق شود.

تمرین آلفا - تتا

تمرین آلفا - تتا رویکرد مشخصاً جذابی از بازخورد عصبی است؛ زیرا می‌تواند حالت‌های رؤیاگونه‌ای را ایجاد کند که اساس خلسه ناشی از هیپنوتیزم است؛ چیزی که در فصل پانزدهم درباره‌اش حرف زدیم. (۲۳) وقتی امواج تتا در مغز غالب باشند، ذهن بر دنیای درونی، دنیای تخیلات سیال، تمرکز می‌کند. امواج آلفای مغز می‌توانند مانند پلی بین دنیای خارج و دنیای درون و برعکس عمل کنند. در تمرین آلفا - تتا این امواج به صورت متناوب ایجاد می‌شوند.

در بحث پی‌تی‌اس‌دی چالش پیش رو گشودن ذهن به روی فرصت‌های جدید است، به نحوی که زمان حال دیگر تجسم مستمری از گذشته تفسیر نشود. حالت‌های خلسه‌وار که طی آن فعالیت امواج تتا غالب است، به تضعیف پیوندهای شرطی شده بین محرک‌ها و پاسخ‌های خاص کمک می‌کنند؛ مثلاً برای صدای تق‌تق بلندی که نشان‌دهنده تیراندازی است و از مرگ خبر می‌دهد، ممکن است تداعی جدیدی ایجاد شود که در آن همین صدا با آتش‌بازی‌هایی پیوند داده شود که در ساعت‌های پایانی روز جشن

استقلال امریکا و درحالی که با عزیزانتان کنار ساحل هستید اتفاق می افتند.

در حالت های شبه رؤیایی که به واسطه امواج آلفا/ تتا تقویت شده اند، می توان با اطمینان رویدادهای تروما را مجدداً تجربه کرد و تداعی های جدیدی را پدید آورد. عده ای از بیماران تصاویری نامعمول و/ یا بینش هایی عمیق درباره زندگی شان گزارش می دهند؛ بقیه صرفاً آرام تر و انعطاف پذیرتر می شوند. هر حالتی که در آن افراد بتوانند بدون اینکه خطری متوجهشان باشد تصاویر، احساسات و هیجانات مرتبط با وحشت و درماندگی را مجدداً تجربه کنند ممکن است فرصتی تازه و دیدی وسیع تر به دست دهد.

آیا تمرین آلفا - تتا می تواند الگوهای بیش برانگیختگی را تغییر دهد؟ شواهد جمع آوری شده نویدبخش اند. یوجین پنیستون^{۳۴۷} و پُل کولکوسکی،^{۳۴۸} محققان مرکز پزشکی امور کهنه سربازان در فورت لیون کلرادو، از بازخورد عصبی برای درمان ۲۹ کهنه سرباز جنگ ویتنام با سابقه دوازده تا پانزده سال پی تی اس دی مزمن ناشی از نبرد استفاده کردند. پانزده نفر از این مردان به صورت تصادفی برای تمرین آلفا - تتا انتخاب شدند و چهارده نفر نیز به عضویت گروه کنترل درآمدند تا مراقبت های پزشکی استاندارد را، از جمله داروهای روان گردان و درمان های فردی و گروهی، دریافت کنند. اعضای هر دو گروه به طور متوسط بیش از پنج بار به علت پی تی اس دی شان بستری شده بودند. بازخورد عصبی با تقویت هر دو

موج آلفا و تتا حالت‌های رؤیاگونه یادگیری را تسهیل کرد. وقتی افراد روی صندلی راحتی دراز کشیدند و چشمانشان را بستند، یاد گرفتند به صداهای بازخورد عصبی اجازه دهند تا به سمت تن‌آرامی عمیقی ببرند. به علاوه، از آن‌ها خواسته شد تا همچنان که به حالت خلسه‌وار آلفا - تتا می‌روند، از تصویرسازی ذهنی مثبت استفاده کنند (مثلاً پاک‌بودن و برخورداری از زندگی مطمئن و شاد).

این مطالعه که در سال ۱۹۹۱ منتشر شد، یکی از بهترین پیامدهای تابه‌حال ثبت‌شده برای پی‌تی‌اس‌دی را در پی داشت. علائم پی‌تی‌اس‌دی، ناراحتی‌های جسمی، افسردگی، اضطراب و بدگمانی اعضای گروه بازخورد عصبی کاهش چشمگیری داشت. پس از اتمام مرحله درمان، تا سی ماه تماس‌های ماهیانه‌ای با کهنه‌سربازها و خانواده‌هایشان برقرار می‌شد. فقط سه نفر از پانزده کهنه‌سربازی که با بازخورد عصبی درمان شده بودند فلش‌بک‌ها و کابوس‌های آزاردهنده‌ای را گزارش دادند. هر سه نفرشان قبول کردند ده جلسه تقویتی را بگذرانند؛ از این بین فقط یک نفرشان مجبور بود برای درمان بیشتر به بیمارستان برگردد. چهارده نفر از این پانزده نفر مصرف دارویشان خیلی کمتر شده بود.

در مقابل، همه کهنه‌سربازان گروه کنترل در خلال دوره پیگیری درمان، علائم پی‌تی‌اس‌دی‌شان افزایش یافته بود و همه‌شان به حداقل دو بار بستری مجدد نیاز داشتند. ده نفرشان نیز داروی بیشتری مصرف

می‌کردند. (۲۴) محققان دیگری نیز به نتایج مشابهی رسیده‌اند؛ اما جالب است که مطالعه فوق خارج از حوزه بازخورد عصبی توجه کمی را به خود جلب کرده است. (۲۵)

بازخورد عصبی، پی‌تی‌اس‌دی و اعتیاد

تقریباً یک‌سوم تا یک‌دوم مبتلایان به ترومای حاد دچار مشکل سوءمصرف مواد هستند. (۲۶) از زمان هومر تاکنون، سربازان جنگی برای تحمل درد، زودرنجی و افسردگی‌شان الکل مصرف می‌کرده‌اند. اخیراً مطالعه‌ای نشان داده که نیمی از قربانیان تصادفات خودرویی دچار مشکلات مربوط به موادمخدر یا الکل می‌شوند. سوءمصرف الکل موجب بی‌دقتی افراد می‌شود و از این‌رو احتمال ابتلای مجددشان را به تروما افزایش می‌دهد (درحالی‌که مست‌بودن حین تجاوز احتمال ابتلا به پی‌تی‌اس‌دی را کاهش می‌دهد).

رابطه‌ای دایره‌وار بین پی‌تی‌اس‌دی و سوءمصرف مواد وجود دارد: باینکه موادمخدر و الکل ممکن است علائم تروما را موقتاً تسکین دهند، ترک آن‌ها بیش‌برانگیختگی را افزایش می‌دهد و در نتیجه کابوس‌ها، فلش‌بک‌ها و زودرنجی‌ها را تشدید می‌کند. تنها دو راه برای پایان‌دادن به این دور باطل وجود دارد:

رفع علائم پی‌تی‌اس‌دی با روش‌هایی نظیر ای‌ام‌دی‌آر یا درمان بیش‌برانگیختگی که هم بخشی از پی‌تی‌اس‌دی است و هم ترک موادمخدر و الکل. داروهایی مثل نالترکسون گاهی برای کاهش بیش‌برانگیختگی تجویز می‌شوند؛ اما این درمان فقط در برخی نمونه‌ها کمک‌کننده است.

یکی از اولین زنانی که با روش بازخورد عصبی درمانش کردم سابقه طولانی اعتیاد به کوکائین داشت و در کودکی نیز به شکل وحشتناکی مورد سوءاستفاده جنسی و رهاشدگی قرار گرفته بود. در کمال تعجب، اعتیادش به کوکائین پس از دو جلسه از بین رفت و طبق پیگیری‌ای که پنج سال بعد داشتم هنوز پاک بود. تا به حال ندیده بودم کسی به این سرعت از سوءمصرف شدید موادمخدر بهبود یابد، برای همین برای کسب اطلاعات بیشتر به نوشته‌های علمی موجود رجوع کردم. (۲۷) بیشتر مطالعاتی که در این حوزه وجود داشت متعلق به بیش از دو دهه قبل بودند؛ در سال‌های اخیر، حداقل در ایالات متحده، مطالعات اندکی به کاربرد بازخورد عصبی در درمان اعتیاد پرداخته‌اند.

بین ۷۵ تا ۸۰ درصد بیمارانی که برای سم‌زدایی و درمان سوءمصرف الکل و موادمخدر پذیرش می‌شوند دوباره به نقطه اول بازمی‌گردند. پنیستون و کولکوسکی در مطالعه دیگری در خصوص تأثیرات تمرین بازخورد عصبی با کهنه‌سربازهایی که هم به الکل اعتیاد دارند و هم دچار پی‌تی‌اس‌دی هستند، به این

مسئله پرداختند. (۲۸) پانزده کهنه‌سرباز تمرین آلفا - تتا دریافت کردند، درحالی که گروه کنترل با شیوه درمانی استاندارد غیر از بازخورد عصبی تحت مداوا قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان تا سه سال به‌طور منظم تحت درمان قرار داشتند؛ در این مدت هشت نفر از گروه بازخورد عصبی کاملاً مصرف الکل را ترک کردند و یک نفر یک بار مست کرد؛ اما مریض شد و دیگر ننوشید. افسردگی خیلی‌هایشان خیلی زیاد کاهش یافته بود. همان‌طور که پنیستون اظهار می‌دارد تغییرات گزارش‌شده با «مهربانی بیشتر، زیرکی بیشتر، ثبات هیجانی بیشتر، جسارت اجتماعی بیشتر، آرامش بیشتر و رضایت‌خاطر بیشتر» مطابقت داشت. (۲۹) در مقابل، همه آن‌هایی که با شیوه درمانی استاندارد مداوا شده بودند در عرض هجده ماه دوباره در بیمارستان پذیرش شدند. (۳۰) از آن زمان چندین مقاله درباره نقش بازخورد عصبی در درمان اعتیاد منتشر شده، (۳۱) اما تثبیت ظرفیت و محدودیت‌های این کاربرد مهم بازخورد عصبی به پژوهش‌های بیشتری نیاز دارد.

آینده بازخورد عصبی

من از بازخورد عصبی عمدتاً برای رفع بیش‌برانگیختگی، سردرگمی و مشکلات تمرکزی افرادی استفاده می‌کنم که از ترومای رشدی رنج می‌برند. بااین‌حال، برای مسائل و عارضه‌های متعددی که در

چهارچوب این کتاب نمی‌گنجند، مواردی مثل تسکین سردردهای تنشی، بهبود کارکرد شناختی پس از آسیب ترومایی به مغز، کاهش اضطراب و حملات هراس، کسب توانایی در تعمیق حالت‌های مراقبه، درمان اوتیسم، بهبود کنترل تشنج، خودتنظیمی در اختلالات خلقی و چیزهایی از این دست، نیز می‌توان از بازخورد عصبی استفاده کرد. در سال ۲۰۱۳ هفده مرکز نظامی و خدمات امور کهنه‌سربازان از بازخورد عصبی برای مداوای پی‌تی‌اس‌دی استفاده کرده‌اند (۳۲)؛ به‌علاوه مستندسازی علمی میزان اثربخشی آن در کهنه‌سربازان جدید نیز به‌تازگی دارد ارزیابی می‌شود. فرانک دافی،^{۳۴۹} رئیس آزمایشگاه‌های فیزیولوژی عصبی بالینی و فیزیولوژی عصبی رشدی بیمارستان کودکان بوستون، چنین اظهار داشته است: «آثار علمی موجود که مطالعه‌ای منفی^{۳۵۰} در آن‌ها دیده نمی‌شود، بیانگر آن هستند که بازخورد عصبی نقش درمانی مهمی در بسیاری از حوزه‌های مختلف دارد. به نظر من، اگر هر داروی دیگری این اندازه از اثربخشی از خود نشان داده بود پذیرش عمومی می‌یافت و به‌شکل گسترده‌ای به کار می‌رفت.» (۳۳)

سؤالات زیادی درباره پروتکل‌های درمانی بازخورد عصبی همچنان بی‌پاسخ مانده است؛ اما پارادایم علمی رفته‌رفته به‌سمتی می‌رود که بررسی عمیق‌تر چنین پرسش‌هایی در دستور کار آن قرار دارد.

در سال ۲۰۱۰ توماس اینسل، رئیس مؤسسه ملی سلامت روان، مقاله‌ای را تحت‌عنوان «مدارهای

۳۵۱» در مجلهٔ ساینتیفیک امریکن به چاپ رساند؛ وی در مقاله‌اش خواستار آن شد که ذهن و مغز بار دیگر از منظر ریتم‌ها و الگوهای ارتباط الکتریکی درک شوند: «می‌توان نواحی مغزی‌ای را که برای اجرای مأموریت‌های عادی (و غیرعادی) ذهن با یکدیگر همکاری می‌کنند به مدارهای الکتریکی تشبیه کرد؛ جدیدترین پژوهش انجام‌شده نشان می‌دهد که خرابی مدار ممکن است منشأ بسیاری از اختلالات روانی باشد.» (۳۴) سه سال پس از آن اینسل اعلام کرد که مؤسسه ملی سلامت روان «مسیر پژوهشی‌اش را از طبقه‌بندی‌های دی‌اس‌ام جدا می‌کند» (۳۵) و در عوض بر «اختلالات مربوط به کانکتوم»^{۳۵۲} انسان متمرکز خواهد شد. (۳۶)

آن‌طور که فرانسیس کالینز،^{۳۵۳} رئیس مؤسسات ملی سلامت (که مؤسسه ملی سلامت روان هم بخشی از آن است)، توضیح می‌دهد «کانکتوم به شبکه کاملاً درهم‌تنیده‌ای از نورون‌ها (سلول‌های عصبی) در مغز انسان گفته می‌شود. توسعه ابزارها و فناوری‌های قدرتمند جدید موجب شده تا ترسیم نقشه کانکتوم و رمزگشایی از سیگنال‌های الکتریکی عبوری از آن برای تولید افکار، احساسات و رفتارها امکان‌پذیر شود؛ امری که پیش از این برای ژنوم، میکروبیوم و دیگر حوزه‌های جذاب «-وم» ی میسر شده بود. (۳۷) هم‌اکنون ترسیم نقشه دقیق کانکتوم با پشتیبانی مؤسسه ملی سلامت روان در دست

اجراست.

همچنان که منتظر نتایج این مطالعه هستیم، دوست دارم آخرین حرفم را از زبان لیزا بزنم، بازمانده‌ای که مرا با ظرفیت عظیم بازخورد عصبی آشنا کرد. وقتی از او خواستم تا تأثیری را که درمان بر او داشته به‌طور خلاصه بیان کند، اظهار داشت: «آرامم کرد. گسستگی‌ام را متوقف کرد. می‌توانم احساساتم را به کار بگیرم؛ ازشان فرار نمی‌کنم. گروگانم نمی‌گیرند. نمی‌توانم خاموش یا روشنشان کنم؛ اما می‌توانم کنارشان بگذارم. شاید بابت سوءاستفاده‌ای که از من شد ناراحت باشم؛ اما می‌توانم فراموشش کنم. می‌توانم وقتی به دوستم زنگ می‌زنم اگر دوست نداشته باشم درباره‌اش حرف نزنم یا اینکه می‌توانم کارهای خانه را انجام بدهم یا آپارتمانم را تمیز کنم. حالا هیجانات معنا دارند. مثل سابق دائماً مضطرب نیستم و هر وقت اضطراب داشته باشم می‌توانم درباره‌اش تأمل کنم. اگر اضطرابم به اتفاقات گذشته مربوط می‌شود می‌توانم منشأش را پیدا کنم یا اینکه ببینم با زندگی الانم چه ارتباطی دارد. البته فقط مسئله هیجانات منفی مثل خشم و اضطراب مطرح نیست؛ می‌توانم درباره عشق و صمیمیت و جذابیت جنسی هم فکر کنم. دیگر همیشه در حالت جنگ یا گریز نیستم. فشارخونم پایین است. به‌لحاظ بدنی آمادگی‌اش را ندارم که هر لحظه شد فرار کنم یا در برابر حمله از خودم دفاع کنم. بازخورد عصبی این

امکان را برایم فراهم آورد که وارد رابطه شوم. بازخورد عصبی نیرویی به من بخشید تا زندگی‌ام را آن‌طور که می‌خواهم زندگی کنم چون صدمه‌ای که دیدم و اثری که بر من گذاشت مثل قبل مرا تحت کنترل قرار نمی‌دهد.»

چهار سال بعد از اولین باری که دیدمش و این گفت‌وگوها را ضبط کردم، لیزا به‌عنوان یکی از دانشجویهای ممتاز کلاس از دانشکده پرستاری فارغ‌التحصیل شد و در حال حاضر پرستار تمام‌وقت یکی از بیمارستان‌های محلی است.

فصل بیستم: یافتن صدای خود

ریتم‌های دسته‌جمعی و تئاتر

بازیگری فقط این نیست که نقش شخصیتی را بازی کنید، بازیگری کشف شخصیت درونی‌تان است: شخصیت خودِ شما، فقط کافی است آن را درون خودتان بیابید، ولو اینکه نسخه بسیار گسترده‌ای از خودتان باشد.

۳۵۴ تینا پکر

بسیاری از دانشمندانی که می‌شناسم با الهام از مشکلات سلامتی فرزندانشان به فکر یافتن راه‌های جدیدی برای درک ذهن، مغز و روان‌درمانی افتادند. بهبود پسر خودم از بیماری اسرارآمیزی که به دلیل نبود اسمی بهتر سندروم خستگی مزمن می‌نامیمش، مرا متقاعد کرد که تئاتر دارای ظرفیت‌های درمانی است.

نیک بخش زیادی از سال‌های هفتم و هشتم مدرسه را در رختخواب گذراند؛ آله‌ری‌ها و داروهای که مصرف می‌کرد آن قدر بی‌رمقش کرده بود که نمی‌توانست سر کلاس حاضر شود. من و مادرش می‌دیدیم که روزبه‌روز بیشتر خودش را کودکی خودمتنفر و منزوی می‌دانست و می‌خواستیم هر طور می‌توانیم کمکش کنیم. وقتی مادرش فهمید حدود ساعت پنج عصر کمی جان می‌گیرد، اسمش را برای شرکت در کلاس شبانه تئاتر بداهه نوشتیم تا حداقل آنجا فرصت تعامل با پسران و دختران هم‌سن‌وسال‌ش را داشته باشد. با گروه و تمرینات بازیگری خو گرفت و طولی نکشید که اولین نقشش را به دست آورد، شخصیت اکشن^{۳۵۵} در نمایشنامه داستان وست ساید؛^{۳۵۶} کودک چغری که همیشه آماده مبارزه است و جلوتر از بقیه ترانه «وای، افسر کروپکه»^{۳۵۷} را می‌خواند. روزی در خانه دیدم با غرور و تحکم راه می‌رود و ادای کسی را درمی‌آورد که آدم بانفوذی است. آیا وقتی خودش را مرد قدرتمندی تصور می‌کرد که احترام دیگران را برمی‌انگیزد، درکی فیزیکی از لذت در او ایجاد می‌شد؟

سپس در روزهای خوش^{۳۵۸} نقش فونز^{۳۵۹} را بازی کرد. شیفتگی دخترها به او و مسحورکردن تماشاچیان نقطه عطف واقعی بهبودش بود. برخلاف تجربه‌اش با درمانگران بی‌شماری که درباره احساس بدش با او حرف زده بودند، تئاتر فرصتی را برایش فراهم آورد تا عمیقاً و جسماً خودش را در قالب کسی جز آن

پسر زودرنج و کم‌توان در یادگیری ببیند که به‌تدریج بدان تبدیل شده بود. داشتن سهمی ارزشمند در گروه تجربه‌ی درونی برخورداری از قدرت و توانمندی را در او ایجاد کرد. معتقدم که نسخه‌ی تجسم‌یافته‌ی جدیدش او را در مسیر تبدیل‌شدن به بزرگ‌سال خلاق و دوست‌داشتنی امروز قرار دارد.

رابطه‌ی ما با بدنمان و ریتم‌هایش تعیین‌کننده‌ی حسمان از عاملیت است، یعنی اینکه چقدر خود را مسلط به امور می‌دانیم: خواب و بیداری‌مان و نحوه‌ی نشست و برخاست و راه‌رفتنمان طرح کلی روزهایمان را تعیین می‌کنند. برای آنکه صدای خودمان را بیاییم باید در بدن‌هایمان حضور داشته باشیم؛ بتوانیم با تمام وجود تنفس کنیم و به ادراکات درونی‌مان دسترسی داشته باشیم. این امر با گسستگی، «خارج از بدن» بودن و ناپدیدکردن خود در تضاد است. با افسردگی و لمیدن مقابل تلویزیونی هم که سرگرمی منفعلانه‌ای را فراهم می‌کند مغایرت دارد. بازیگری تجربه‌ای است که در آن به کمک بدن جایگاهتان را در زندگی پیدا می‌کنید.

تئاتر جنگ

تحول نیک اولین باری نبود که مزایای تئاتر را به چشم خود می‌دیدم. در سال ۱۹۸۸ هنوز درگیر مداوای

سه کهنه‌سربازی بودم که دچار پی‌تی‌اس‌دی بودند و در سازمان امور کهنه‌سربازان دیده بودمشان؛ وقتی پیشرفتی ناگهانی در جنب‌وجوش، خوش‌بینی و روابط خانوادگی‌شان حاصل شد، آن را به مهارت‌های درمانی روبه‌رشد خودم نسبت دادم. بعدش فهمیدم که هر سه‌شان درگیر تولید یک اثر نمایشی‌اند.

از آنجاکه می‌خواستند وضعیت اسفناک کهنه‌سربازهای بی‌خانمان را به تصویر بکشند، دیوید ممت^{۳۶۰} نمایشنامه‌نویس را که در نزدیکی محل زندگی‌شان ساکن بود، متقاعد کردند هر هفته با اعضای گروه‌شان دیدن کند و نمایشنامه‌ای را حول تجارب این افراد بنویسد. پس از آن، ممت از ال‌پاچینو،^{۳۶۱} دونالد ساوترلند^{۳۶۲} و مایل جی. فاکس^{۳۶۳} برای شرکت در رویداد شبانه‌ای به نام نگاره‌های جنگ^{۳۶۴} دعوت کرد؛ هدف این رویداد جمع‌آوری اعانه بود تا با آن درمانگاه سازمان امور کهنه‌سربازان که در آن بیمارانم را ویزیت می‌کردم، به پناهگاهی برای کهنه‌سربازهای بی‌خانمان تبدیل شود. (۱) قرارگرفتن در کنار بازیگران حرفه‌ای، حرف‌زدن درباره‌ی خاطرات جنگ و شعرخوانی برای این کهنه‌سربازها مسلماً تجربه‌ی تحول‌آفرین‌تری از هر درمان دیگری بود.

بشر از دیرباز از مناسک جمعی برای غلبه بر قوی‌ترین و وحشتناک‌ترین احساساتش استفاده کرده است. به نظر می‌رسد تئاتر یونان باستان، قدیمی‌ترین تئاتری که آثار مکتوب از آن به‌جای مانده، از آیین‌هایی

مذهبی ریشه گرفته که در آن‌ها از نغمه‌سرایی و بازآفرینی داستان‌های اسطوره‌ای استفاده می‌شده است. تا قرن پنجم پیش‌از میلاد، تئاتر نقشی محوری در زندگی شهری داشت؛ تماشاچیان به‌صورت نعل‌مانند اطراف سکوی نمایش می‌نشستند و همین امر به آن‌ها امکان می‌داد هیجانات و واکنش‌های یکدیگر را هم ببینند.

نمایش یونانی می‌توانسته برای کهنه‌سربازان جنگی حکم نوعی ادغام مجدد آیینی را داشته باشد. وقتی آیسخولوس^{۳۶۵} سه‌گانه اورستیا^{۳۶۶} را نوشت، آتن در شش جبهه درگیر جنگ بود؛ چرخه تراژدی زمانی به حرکت درمی‌آید که پادشاه دلیر، آگاممنون^{۳۶۷} را همسرش، کلیتمنسترا^{۳۶۸} هنگام بازگشت از جنگ تروا می‌کشد، چراکه پیش‌از عزیمت به جنگ دخترش را قربانی کرده است. همه شهروندان بزرگ‌سال آتن ملزم به خدمت سربازی بودند، برای همین تردیدی نیست که در بین تماشاچیان کهنه‌سربازهای جنگی و سربازهای حین خدمتی هم که به مرخصی آمده بودند دیده می‌شدند. خود بازیگران نیز احتمالاً همین سرباز - شهروندها بوده‌اند.

سوفوکل^{۳۶۹} یکی از امرای ارتش یونان در جنگ علیه ایرانیان بود و نمایشنامه آژاکس^{۳۷۰} او که با خودکشی یکی از بزرگ‌ترین قهرمانان جنگ تروا پایان می‌یابد، توصیف روشنی از استرس ترومایی است.

در سال ۲۰۰۸ برایان دوریس،^{۳۷۱} نویسنده و کارگردان، نمایشنامه‌آژاکس را برای پانصد تفنگ‌دار امریکایی در سن‌دیه‌گو قرائت کرد و استقبالی که از این کار شد شگفت‌زده‌اش کرد. (دوریس هم مثل خیلی از ما که با تروما سروکار داریم، انگیزه‌ای شخصی برای این کار داشت؛ در دانشگاه، ادبیات باستانی خواند بود و پس از مرگ نامزدش به‌دلیل فیبروز کیستیک، برای تسلی خاطر خودش به متون باستانی یونان روی آورده بود.) پروژه «تئاتر جنگ» او از همان اتفاق نشئت گرفت و با سرمایه‌ای که وزارت دفاع ایالات متحده به پروژه تخصیص داده، این نمایش ۲۵۰۰ ساله بیش از دویست بار در داخل و خارج از کشور اجرا شده تا وضعیت اسفناک کهنه‌سربازان را به گوش همه برساند و گفت‌وگو در این خصوص و فهم آن را در بین خانواده‌ها و دوستان تقویت کند. (۲)

پس از اجراهای تئاتر جنگ، بحث و گفت‌وگوهایی به‌سبک گردهمایی‌های تالارهای شهری به راه می‌افتد. اندکی پس از آنکه رسانه‌های خبری رشد ۲۷ درصدی خودکشی کهنه‌سربازان جنگی طی سه سال گذشته را علنی کردند، در یکی از خوانش‌های نمایشنامه‌آژاکس در کمبریج ماساچوست حضور یافتم. حدود چهل نفر از کهنه‌سربازان جنگ ویتنام، همسران نظامیان و مردان و زنانی که به‌تازگی از مأموریت‌های عراق و افغانستان برگشته بودند پشت میکروفون صف کشیدند. بیشترشان حین صحبت از

بی‌خوابی‌های شبانه، اعتیاد به موادمخدر و دل‌زدگی‌شان از خانواده، بخش‌هایی از نمایشنامه را نقل می‌کردند. جو پُرهیجانی بود و بعد از مراسم، همه حضار در سراسر جمع شدند، بعضی‌هایشان یکدیگر را در بغل می‌گرفتند و اشک می‌ریختند و بقیه گرم صحبت می‌شدند.

همان‌طور که دوریس بعدها گفت: «هرکس دچار درد شدید، رنج یا مرگ شده باشد به‌راحتی نمایشنامه‌های یونانی را درک خواهد کرد. جای‌جای این آثار از داستان کهنه‌سربازان حکایت دارد.» (۳)

حفظ پیوندها در طول زمان

حرکت و موسیقی دسته‌جمعی زندگی‌مان را در بستر بزرگ‌تری قرار می‌دهند، معنایی را خلق می‌کنند که از سرنوشت فردی‌مان فراتر می‌رود. آیین‌های مذهبی در همه‌جای جهان دربرگیرنده حرکت‌های موزون‌اند، از نیایش یهودیان مقابل دیوار ندبه در بیت‌المقدس گرفته تا مناجات‌ها و حرکات آیین عشاى ربانی مسیحیان کاتولیک تا مراقبه حرکتی مراسم بودایی و نمازهای موزونی که مسلمانان معتقد روزانه پنج بار می‌خوانند.

موسیقی یکی از شاکله‌های اصلی جنبش حقوق مدنی در ایالات متحده بود. هرکسی که آن روزها را دیده، صف راهپیمایی‌کنندگان را فراموش نخواهد کرد که بازو در بازو به آرامی به طرف نیروهای پلیس می‌رفتند که برای متوقف کردنشان جمع شده بودند و سرود «غلبه خواهیم کرد»^{۳۷۲} را هم خوانی می‌کردند. موسیقی افرادی را با هم پیوند می‌دهد که شاید به صورت انفرادی وحشت زده باشند؛ اما به صورت دسته جمعی حامی خود و دیگران می‌شوند. راهپیمایی و نغمه‌سرایی در کنار زبان شیوه‌های منحصر به فرد بشر برای القای حس امید و شجاعت‌اند.

زمانی به قدرت عملی ریتم‌های دسته جمعی پی بردم که جلسات عمومی اسقف اعظم دزموند توتو^{۳۷۳} را در جریان کمیسیون حقیقت و آشتی آفریقایی جنوبی در سال ۱۹۹۶ دیدم. شاهدان اعمال وحشیانه و وصف ناپذیری را شرح می‌دادند که بر آن‌ها و خانواده‌هایشان تحمیل شده بود. هرگاه مورد هجوم احساسات قرار می‌گرفتند، توتو شهادتشان را قطع می‌کرد و همه حضار را به نیایش و سرود وامی‌داشت تا زمانی که افراد می‌توانستند گریه‌هایشان را متوقف کنند و از فروپاشی جسمی خودشان جلوگیری کنند. این کار به شرکت‌کنندگان امکان می‌داد به تناوب با وحشتشان روبه‌رو شوند و بازگردند و نهایتاً کلماتی را برای توصیف آنچه بر سرشان رفته پیدا کنند. به نظر من توتو و عضو دیگر این کمیسیون

کسانی بودند که از آنچه می‌شد افراط در انتقام‌جویی نامید و پس از رهایی نهایی قربانیان امر رایجی است جلوگیری کردند.

چند سال پیش به کتاب حفظ پیوندها در طول زمان^{۳۷۴} برخوردم؛ این کتاب را مورخ بزرگ، ویلیام اچ. مکنیل^{۳۷۵} در اواخر عمر حرفه‌ای‌اش نوشته است. این کتاب کم‌حجم نقش تاریخی پایکوبی و تمرینات نظامی را در خلق آنچه مکنیل «پیوند عضلانی» می‌نامد بررسی کرده و اهمیت تئاتر، پایکوبی دسته‌جمعی و حرکت را روشن می‌کند. این کتاب همچنین معمایی قدیمی را که در ذهنم داشتم حل کرد. از آنجاکه بزرگ‌شده هلند هستم، همیشه از خودم می‌پرسیدم چطور گروهی از کشاورزان و ماهیگیران ساده توانسته‌اند آزادی‌شان را از امپراتوری قدرتمند اسپانیا پس بگیرند. جنگ هشتادساله که از اواخر قرن شانزدهم تا میانه قرن هفدهم به طول انجامید، ابتدا به شکل برخی اقدامات چریکی آغاز شد و به نظر می‌رسید همین‌طور می‌ماند؛ چون سربازان آموزش‌ندیده و کم‌درآمد زیر شلیک تفنگ‌های فتیله‌ای مکرراً فرار می‌کردند.

هنگامی که مائوریس، شاهزاده اورانژ،^{۳۷۶} رهبری شورشیان هلندی را به دست گرفت، اوضاع تغییر کرد. در اوایل دهه بیست زندگی‌اش قرار داشت و به‌تازگی آموزش‌های زبان لاتین را به اتمام رسانده بود،

آموزش‌هایی که کمکش کردند دستورالعمل‌های ۱۵۰۰ ساله امپراتوری روم در شگردهای نظامی را مطالعه کند. می‌دانست که لیکورگوس،^{۳۷۷} ژنرال رومی، راهپیمایی هماهنگ را به قشون روم معرفی کرده بود و پلوتارک^{۳۷۸} مورخ شکست‌ناپذیری رومیان را به همین کار نسبت داده بود: «هم‌زمان منظره‌ای باشکوه و وحشتناک بود، پیشروی هماهنگشان با نوای فلوت‌ها، بدون هیچ‌گونه بی‌نظمی در صفوف، بدون هیچ‌گونه پریشانی در ذهن یا تغییری در چهره، آرام و بشاش حرکتِ همراه با موسیقی به‌سمت نبردی کشنده.» (۵)

شاهزاده مائوریس در ارتش ناهمگون خود تمریناتی را برای رژه نزدیک‌به‌هم همراه با صدای طبل، فلوت و شیپور بنیان نهاد. این آیینِ جمعی هم به افرادش حس هدفمندی و هم‌بستگی داد، هم اجرای مانورهای پیچیده را برایشان امکان‌پذیر ساخت. این سبک از رژه‌های نزدیک‌به‌هم متعاقباً در سطح اروپا گسترش یافت و هنوز هم یگان‌های عمده ارتش ایالات متحده بودجه هنگفتی را صرف رزم‌نوازشان می‌کنند، هرچند طبل و شیپور مثل گذشته در نبردها لشکر را همراهی نمی‌کنند.

یاک پانکسپ^{۳۷۹} عصب‌شناس که در کشور کوچکی از حوزه بالتیک به نام استونی به دنیا آمده، داستان فوق‌العاده «انقلاب آواز» استونی را برایم تعریف کرد. در جون ۱۹۸۷ در یکی از شب‌های تمام‌نشدنی

تابستان منطقهٔ جنب‌شمالگان، بیش از ۱۰ هزار نفر از شرکت‌کنندگان جشنوارهٔ موسیقی تالین دست در دست یکدیگر آوازهای میهن‌پرستانه‌ای را خواندند که طی نیم قرن اشغالگری شوروی ممنوع بود. این جشنواره‌های آوازخوانی و اعتراضات ادامه یافت و در یازدهم سپتامبر ۳۰۰، ۱۹۸۸ هزار نفر، یعنی حدود یک‌چهارم جمعیت استونی، برای آوازخوانی دور هم جمع شدند و همگی خواستار استقلال کشور شدند. در آگوست ۱۹۹۱، کنگرهٔ استونی احیای دولت استونی را اعلام کرده بود و هنگامی که تانک‌های شوروی در صدد مداخله برآمدند، مردم خود را سپر انسانی کردند تا از ایستگاه‌های رادیویی و تلویزیونی شهر تالین محافظت کنند. همان‌طور که یکی از ستون‌نویسان روزنامهٔ نیویورک تایمز نوشت: «صحنه‌ای از فیلم کازابلانکا»^{۳۸۰} را تصور کنید که در آن میهن‌پرستان فرانسوی در مخالفت با نیروهای آلمانی سرود "مارسییز"^{۳۸۱} سر می‌دهند؛ آن را به توان هزار برسانید؛ حالا تازه می‌توانید قدرت انقلاب آواز را تصور کنید.» (۶)

درمان تروما به کمک تئاتر

جای تعجب دارد که پژوهش‌های اندکی درباره تأثیر مراسم دسته‌جمعی بر ذهن و مغز و نقش آن‌ها در جلوگیری از تروما یا تسکین آن انجام شده است. با این حال، طی یک دهه اخیر، فرصت آن را داشتیم که سه پروژه متفاوت را در خصوص درمان تروما از طریق تئاتر، رصد و مطالعه کنیم: تئاتر بداهه اربن ایمپرو^{۳۸۲} در بوستون (۷) که با الهام از آن پروژه نمایشنامه تروما در مدارس دولتی بوستون و مراکز درمان اقامتی ما شکل گرفت؛ (۸) پروژه پاسیبلیتی^{۳۸۳} که پل گریفین^{۳۸۴} در نیویورک سیتی عهده‌دارش بود؛ (۹) و شکسپیر و شرکا^{۳۸۵} در لنوکس ماساچوست که برنامه‌ای را برای بزهکاران نوجوان تحت عنوان شکسپیر در دادگاه‌ها^{۳۸۶} برگزار می‌کند. (۱۰) در این فصل تمرکز ما روی این سه گروه می‌گذارم؛ اما برنامه‌های نمایشی درمانی فوق‌العاده بسیاری در سطح ایالات متحده و خارج کشور وجود دارند که تئاتر را به منبعی کاملاً در دسترس برای بهبود تبدیل می‌کنند.

پروژه‌های فوق به‌رغم تفاوت‌هایشان، مبنای مشترکی دارند: مقابله با واقعیت‌های دردناک زندگی و دگرگونی نمادین از طریق کنش جمعی. عشق و نفرت، پرخاشگری و تسلیم، وفاداری و خیانت موضوعاتی هستند که هم در تئاتر وجود دارند و هم در تروما. متأثر از فرهنگ، یاد گرفته‌ایم که خودمان

را از حقیقت آنچه احساسش می‌کنیم جدا سازیم. تینا پکر، مؤسس پرجذبه شکسپیر و شرکا، این‌گونه موضوع فوق را مطرح می‌کند: «در آموزش بازیگری به افراد یاد می‌دهیم که خلاف این گرایش عمل کنند و راه بروز احساساتشان را نبندند، یعنی هم همه‌چیز را عمیقاً احساس کنند، هم آن حس را در هر لحظه به مخاطب انتقال دهند تا مخاطب به احساسشان پی ببرد.»

افراد مبتلا به تروما از احساس عمیق وحشت دارند. می‌ترسند هیجان‌اتشان را تجربه کنند چون هیجان‌ات باعث می‌شود کنترلشان را از دست دهند. در مقابل، کار تئاتر تجسم‌بخشیدن به هیجان‌ات، ابراز آن‌ها، برخورداری از مشغولیت‌های موزون، تقبل نقش‌های متفاوت و تجسم آن‌هاست.

همان‌طور که دیدیم، اساس تروما احساس انزوا و جداافتادگی از نژاد بشری است. موضوع بحث در تئاتر مواجهه جمعی با واقعیت‌های وضع بشر است. پل گریفین، در توصیف پروژه تئاتری خود برای کودکان پرورشگاهی، به من گفت: «تراژدی در تئاتر حول موضوع غلبه بر خیانت، تجاوز و ویرانی می‌چرخد. این بچه‌ها مشکلی در فهم درون‌مایه لیر، اتللو، مکبث یا هملت ندارند.» تینا پکر می‌گوید: «بهره‌گیری از کل بدن و هماهنگ‌سازی بدن افراد دیگر با احساسات، هیجان‌ات و افکار خودتان موضوع (اصلی) است.» تئاتر فرصتی به بازماندگان تروما می‌دهد تا با تجربه عمیق احساسات مشترک انسانی‌شان با

یکدیگر پیوند داشته باشند.

افراد ترومایی از درگیری واهمه دارند. می‌ترسند کنترلشان را از دست بدهند و بار دیگر در سمت بازنده بحث قرار بگیرند. درگیری نقش مهمی در تئاتر دارد: درگیری‌های درونی، درگیری‌های بین‌فردی، درگیری‌های خانوادگی، درگیری‌های اجتماعی و پیامدهایشان. در تروما افراد درصدد فراموشی برمی‌آیند و حجم ترس، خشم و درماندگی‌شان را پنهان می‌کنند. اما در تئاتر افراد به دنبال یافتن راهایی برای بیان حقیقت و انتقال حقایق عمیق به مخاطبان هستند. این کار مستلزم عبور از موانع برای کشف حقیقت درونی خودتان است، یعنی واکاوی و بررسی تجربه درونی خودتان به گونه‌ای که این تجربه بتواند خودش را روی صحنه در صدا و بدنتان نشان دهد.

ایمن ساختن تعامل

پروژه‌های تئاتری یادشده به درد بازیگران بلندپرواز نمی‌خورد بلکه مناسب نوجوان‌های ترسیده و لجوج یا کهنه‌سربازهای منزوی، الکلی و ازیافتاده است. وقتی برای تمرین می‌آیند روی صندلی‌هایشان لم می‌دهند و نگران‌اند مبدا دیگران فوراً متوجه شوند چه آدم‌های بی‌عرضه‌ای هستند. بزرگ‌سالان

ترومایی که آشفته‌بازارند: خجالتی، ناهماهنگ، فاقد قدرت بیان، شلخته و بی‌هدف. آن‌قدر انگیختگی‌شان زیاد است که متوجه اتفاقات پیرامونی‌شان نمی‌شوند. به راحتی تحریک می‌شوند و به جای استفاده از کلمات برای بروز احساساتشان به کُنش روی می‌آورند.

همه کارگردانانی که همکارشان بوده‌ام متفق‌القول بر این باورند که رمز کار این است که بر آن‌ها فشار نیاوریم و ذره‌ذره پایشان را به ماجرا بکشانیم. چالش اولیه صرفاً این است که شرکت‌کنندگان را تشویق کنیم حضورشان در محل تمرین بیشتر به چشم بیاید. وقتی با کوین کولمن،^{۳۸۷} کارگردان برنامه شکسپیر در دادگاه‌ها مصاحبه کردم، کارش با نوجوان‌ها را این‌گونه توصیف کرد: «ابتدا بلندشان می‌کنیم و قدمی در اتاق می‌زنیم. آن‌گاه رفته‌رفته تعادلی را در محل ایجاد می‌کنیم تا قدم‌زدنشان بی‌هدف نباشد و از حضور دیگران آگاه باشند. به تدریج، با سوفلوری‌های^{۳۸۸} کوچک کار پیچیده‌تر می‌شود: فقط روی پنجه یا پاشنه پایتان راه بروید یا عقب‌عقب راه بروید. آن‌گاه هروقت به کسی برخورد کردید، جیغ بزنید و خودتان را روی زمین بیندازید. پس از حدود سی سوفلوری، آن‌ها را می‌بینی که دست‌هایشان را در هوا تکان می‌دهند، بدین‌ترتیب آماده‌سازی بدنی کاملی خواهیم داشت؛ اما این کار به‌مرور صورت می‌گیرد. اگر روند را بیش از حد سرعت دهید، رمقشان را از دست می‌دهند.

«باید فضای امنی ایجاد کنید تا افراد به وجود یکدیگر پی ببرند. وقتی بدنشان کمی آزادتر شده باشد، ممکن است سوفلوری دیگری را به کار بگیرم: "با هم تماس چشمی نداشته باشید؛ فقط به کف اتاق نگاه کنید." بیشترشان با خود می‌گویند: "عالیه، هنوز هیچی نشده دارم انجامش می‌دم" اما آن وقت است که می‌گویم: "حالا همچنان که کارتان را می‌کنید، کم‌کم سعی کنید آدم‌های پیرامونتان را هم ببینید؛ اما نگذارید بفهمند که دارید نگاهشان می‌کنید." و بعد: "فقط یک ثانیه تماس چشمی داشته باشید." آن‌گاه: "حالا، تماس چشمی بس است... حالا، تماس چشمی... حالا، کافی است. حالا تماس چشمی برقرار کنید و نگهش دارید...، خیلی طولانی. زمانی پی می‌برید تماس چشمی‌تان خیلی طول کشیده که یا می‌خواهید با فرد مقابلتان گپ‌وگفت داشته باشید یا می‌خواهید با او دعوا کنید. اینجا است که می‌فهمید نگاهتان خیلی طولانی شده است."»

«آن‌ها در زندگی معمولشان حتی با فردی که دارند با او حرف می‌زنند، چنین تماس چشمی طولانی‌ای ندارند. نمی‌دانند فرد مقابلشان بی‌خطر است یا نه. بنابراین، وقتی در حال برقراری تماس چشمی با کسی هستند یا وقتی کسی نگاهشان می‌کند، باید کاری کنید که احساس امنیت کنند و ناپدید نشوند. ذره‌ذره، ذره‌ذره...»

بزرگسالان ترومایی به طرز محسوسی با دیگران ناهماهنگ‌اند. ما در برنامه نمایشنامه ترومای مرکز تروما از تمرینات انعکاسی استفاده می‌کنیم تا به آن‌ها کمک کنیم با یکدیگر هماهنگ شوند. دست راستشان را بالا می‌آورند و فرد مقابلشان هم همین کار را تکرار می‌کند؛ دور خودشان می‌چرخند و فرد مقابل هم در پاسخ می‌چرخد. کم‌کم چگونگی تغییر حرکات بدن و حالت‌های چهره، تفاوت حرکات طبیعی خودشان با حرکات دیگران و احساسی را که حرکات و حالت‌های چهره‌ای نامأنوس به آن‌ها می‌دهد مشاهده می‌کنند. اجرای حرکات انعکاسی موجب می‌شود تا دل‌مشغولی کمتری به نظر مردم داشته باشند و کمکشان می‌کند تا به‌طور درونی، و نه شناختی، با تجربه دیگران هم‌نوا شوند. وقتی حرکات انعکاسی به خنده‌های هر دو طرف می‌انجامد، نشانه‌ای قطعی است که شرکت‌کنندگانمان احساس امنیت می‌کنند.

برای برگزیدن هم‌گروهی واقعی باید یاد بگیرند به هم اعتماد کنند. یکی از حرکاتی که برای بچه‌ها دشواری خاصی دارد تمرینی است که در آن چشم یکی از طرفین بسته است و نفر مقابل دستش را گرفته و هدایتش می‌کند. رهبربودن و برخورداری از اعتماد آدمی آسیب‌پذیر به همان اندازه دلهره‌آور است که بسته‌شدن چشم و هدایت‌شدن توسط دیگری. در ابتدا شاید ده تا بیست ثانیه بتوانند این کار را انجام دهند؛ اما به تدریج آن را به پنج دقیقه می‌رسانیم. پس از این تمرین، بعضی‌هایشان مجبورند کمی

خلوت کنند چون تحمل چنین پیوندهایی به لحاظ هیجانی از توانشان خارج است.

کودکان و کهنه‌سربازهای ترومایی‌ای که با آن‌ها سروکار داریم از دیده‌شدن شرم دارند، از تماس با آنچه حسش می‌کنند می‌ترسند و از یکدیگر فاصله می‌گیرند. وظیفه‌ی هر کارگردان مثل هر درمانگری این است که سرعت کارها را کاهش دهد تا بازیگران بتوانند با یکدیگر و با بدن‌های خودشان رابطه برقرار کنند. تئاتر شیوه‌ی منحصربه‌فردی برای دسترسی به طیف کاملی از هیجانات و ادراکات فیزیکی فراهم می‌کند که هم افراد را با «چیدمان» همیشگی بدن‌هایشان در تماس قرار می‌دهد، هم به آن‌ها اجازه می‌دهد به دنبال راه‌های بدیلی برای مشغولیت به زندگی باشند.

تئاتر بداهه اربن ایمپراو

پسرم عاشق گروه تئاترش بود که اربن ایمپراو (یوآی)، یکی از مؤسسات هنری ریشه‌دار بوستون، اداره‌اش می‌کرد. کل دوران دبیرستان را در آن گروه ماند و در تابستان سال اول دانشگاه نیز داوطلبانه با آن‌ها همکاری کرد. آنجا بود که فهمید طرح پیشگیری از خشونت مؤسسه‌ی فوق که از سال ۱۹۹۲ صدها کارگاه در مدارس محلی برگزار کرده بود، اعتباری پژوهشی برای ارزیابی اثربخشی این طرح دریافت کرده و

آن‌ها دنبال کسی می‌گردند تا مسئولیت این مطالعه را بر عهده بگیرد. نیک به کیپی دیویی^{۳۸۹} و سیسا کامپیون،^{۳۹۰} مسئولان طرح، پیشنهاد کرد که پدرش بهترین گزینه برای این کار است. از بخت من، پیشنهادش را قبول کردند.

همراه با گروه چندفرهنگی تئاتر بداهه اربن ایمپراو متشکل از یک کارگردان، چهار بازیگر - مربی حرفه‌ای و یک نوازنده، بازدید از مدارس را آغاز کردم. این مؤسسه نمایشنامه‌های کوتاه از پیش‌نویس‌شده‌ای را تهیه می‌کند که در آن انواع مشکلات روزمره مبتلابه دانش‌آموزان به تصویر کشیده شده است: طرد شدن از گروه بچه‌های هم‌سن و سال، حسادت، چشم‌وهم‌چشمی و عصبانیت، و نزاع‌های خانوادگی. در نمایشنامه‌های مخصوص دانش‌آموزان بزرگ‌تر مباحثی همچون دوست‌یابی، بیماری‌های مقاربتی و خشونت هم‌کلاسی‌ها نیز مطرح می‌شود. در نمایش معمول، بازیگران حرفه‌ای ممکن است گروهی از بچه‌ها را به تصویر بکشند که فرد تازه‌واردی را از میز ناهارخوری کافه‌تريا طرد می‌کنند. همچنان که صحنه به نقطه انتخاب می‌رسد (مثلاً پاسخ دانش‌آموز تازه‌وارد به زورگویی‌هایشان)، کارگردان صحنه را متوقف می‌کند. اینجا یکی از اعضای کلاس دعوت می‌شود تا جای یکی از بازیگران ایفای نقش کند و نشان دهد در چنین موقعیتی چه احساسی خواهد داشت و چه رفتاری از خود نشان می‌دهد. چنین

سناریوهایی این امکان را به دانش‌آموزان می‌دهد تا مشکلات روزمره را با قدری فاصله عاطفی مشاهده و راه‌حل‌های مختلفی را آزمون و خطا کنند: آیا با هم‌کلاسی‌های زورگو مقابله می‌کنند، با دوستی حرف می‌زنند، معلم را صدا می‌زنند، یا ماجرا را برای والدین نقل می‌کنند؟

از داوطلب دیگری خواسته می‌شود تا رویکرد متفاوتی را امتحان کند تا دانش‌آموزان ببینند انتخاب‌های دیگر چه پیامدهایی ممکن است داشته باشند. ابزار و ادوات و لباس‌های نمایش در کنار جو پر نشاط و پشتیبانی بازیگران به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا در نقش‌های جدیدشان خطر کنند. در گروه‌های هم‌اندیشی بعد از نمایش، دانش‌آموزان به سؤالاتی از این دست پاسخ دادند: «این صحنه چقدر به آنچه در مدرسه‌تان رخ می‌دهد شباهت داشت یا چقدر با آن متفاوت بود؟» «چطور احترامی را که لازم دارید کسب می‌کنید؟» و «اختلافاتتان را چطور حل و فصل می‌کنید؟» این هم‌اندیشی‌ها به گفت‌وگوهای پرشوری تبدیل می‌شوند چون بسیاری از دانش‌آموزان داوطلبانه افکار و ایده‌هایشان را مطرح می‌کنند.

مرکز ترومای ما این پروژه را در دو مقطع تحصیلی از هفده مدرسه شرکت‌کننده ارزیابی کرد. کلاس‌هایی که در برنامه اربن ایمپراو شرکت داشتند با کلاس‌های مشابهی که در این برنامه نبودند مقایسه شدند. در مقطع چهارم، واکنش مثبت شایان توجهی به چشم خورد. در مقیاس‌های رتبه‌بندی استاندارد

پرخاشگری، همکاری و خودکنترلی، دانش‌آموزان گروه اربن ایمپراو کاملاً مشهود نزاع و انفجار خشم کمتر، همکاری و خودابرازگری بیشتر با هم‌سن‌وسال‌ها، و توجه و مشغولیت بیشتری در کلاس از خود نشان دادند. (۱۱)

در کمال تعجب، این نتایج با نتایج به‌دست‌آمده برای کلاس هشتمی‌ها هم‌خوانی نداشت. در این میان چه اتفاقی رخ داده بود که واکنش‌هایشان را تحت‌تأثیر قرار داده بود؟ در ابتدا فقط می‌توانستیم به برداشت‌های شخصی‌مان رجوع کنیم. وقتی کلاس چهارمی‌ها را دیدم معصومیت ساده‌اندیشانه و میلشان به مشارکت شوکه‌ام کرده بود. در مقابل، کلاس هشتمی‌ها عبوس و محتاط بودند و به نظر می‌رسید خودانگیختگی و شوقشان را در گروه‌ها از دست داده‌اند. آغاز بلوغ یکی از عوامل آشکار این تغییر بود؛ اما آیا عوامل دیگری هم در این کار دخیل بودند؟

با کاوش عمیق‌تر موضوع پی بردیم که کودکان بزرگ‌تر بیش از دو برابر کودکان کم‌سن‌تر تجربهٔ تروما داشته‌اند: تک‌تک کلاس‌هشتمی‌های این مدارس معمولی پایین‌شهری امریکا شاهد خشونت‌هایی جدی بوده‌اند. دوسوم‌شان پنج یا بیشتر از پنج حادثه از جمله چاقوکشی، تیراندازی، قتل و ضرب‌وشتم‌های خانگی را شاهد بوده‌اند. داده‌های ما نشان داد کلاس‌هشتمی‌هایی که مواجههٔ بیشتری با خشونت

داشتند از دانش‌آموزانی که فاقد چنین سابقه‌ای بودند پرخاشگری بیشتری داشتند و برنامه‌تثاتی یادشده تغییر محسوسی در رفتارشان ایجاد نکرد.

گروه مرکز تروما به این نتیجه رسید که شاید بتوان با ارائه برنامه‌ای طولانی‌تر و فشرده‌تر حول محور گروه‌سازی و تمرینات تنظیم هیجانی و با بهره‌گیری از نمایشنامه‌هایی وضعیت را تغییر داد که بی‌واسطه خشونت‌هایی را مطرح می‌کردند که کودکان تجربه کرده بودند.

اعضای گروه ما به رهبری جوزف اسپیناتزولا چندین ماه ملاقات‌هایی هفتگی با بازیگران اربن ایمپراو برگزار کردند تا متن این نمایشنامه‌ها را آماده کنند. این بازیگران بداهه‌گویی، انعکاس و هم‌نوایی دقیق فیزیکی را به فیزیولوژیست‌هایمان آموزش دادند تا آن‌ها بتوانند فشار روانی، مقابله، کزکردن یا فروپاشی را به‌شکلی باورپذیر نمایش دهند. ما هم محرک‌های تروما و نحوه شناخت بازآفرینی‌های ترومایی و رفعشان را به بازیگران یاد دادیم. (۱۲)

در طول زمستان و بهار سال ۲۰۰۵، طرح نهایی را در یک مدرسه روزانه ویژه آزمودیم که مشترکاً سازمان مدارس دولتی بوستون و وزارت تأدیب ماساچوست آن را اداره می‌کرد. این مدرسه محیط پرهیج و مرجمی داشت و دانش‌آموزان اغلب بین زندان و مدرسه در رفت‌وآمد بودند. همه‌شان از محله‌های پرجرم و جنایتی می‌آمدند و خشونت‌های وحشتناکی را دیده بودند؛ تا به حال هرگز چنین گروهی از بچه‌های پرخاشگر و اخمو را ندیده بودم. گوشه‌ای از زندگی معلمان راهنمایی و دبیرستانی بیشماری را دیدیم که روزانه با دانش‌آموزانی سروکار دارند که اولین واکنششان به چالش‌های جدید یا پرخاشگری است یا گوشه‌گیری لجوجانه.

درعین حیرت دیدیم در صحنه‌هایی که در آن شخصی در معرض خطری فیزیکی بود دانش‌آموزان همواره طرف فرد متجاوز را می‌گرفتند. از آنجاکه قادر نبودند هرگونه نشانه‌ای از ضعف را در خودشان تحمل کنند، نمی‌توانستند آن را در دیگران هم بپذیرند. در خلال نمایش کوتاهی با موضوع خشونت در روابط فقط حس حقارت به قربانیان احتمالی نشان می‌دادند و با دادو فریاد جمله‌هایی مثل «اون قحبه رو بکش، حقشه» را به زبان می‌آوردند.

در آغاز عده‌ای از بازیگران حرفه‌ای قصد داشتند کار را رها کنند چون دیدن این همه بدجنسی بین

بچه‌ها برایشان واقعاً دردناک بود؛ اما به فعالیتشان ادامه دادند و با شگفتی دیدم چطور کم‌کم دانش‌آموزان را به‌رغم بی‌میلی‌شان، به آزمودن نقش‌های جدید واداشتند. در اواخر برنامه، تعدادی از دانش‌آموزان حتی داوطلب ایفای نقش‌هایی شدند که با آسیب‌پذیری و ترس شخصیت‌ها همراه بود. وقتی گواهی حضور در برنامه را دریافت کردند، چندین نفرشان با خجالت نقاشی‌هایی را به بازیگران دادند تا قدردانی‌شان را به آن‌ها ابراز کنند. دیدم بعضی از بازیگران گریه می‌کردند، حتی خودم هم اشک ریختم.

متأسفانه تلاشمان برای اینکه نمایشنامه تروما را بخش ثابتی از برنامه درسی کلاس‌هشتمی‌های مدارس دولتی بوستون کنیم به مانع کاغذبازی‌های اداری برخورد کرد. با این‌همه، نمایش به‌عنوان یکی از بخش‌های اساسی برنامه‌های درمانی اقامتی مؤسسه منبع عدالت^{۳۹۱} به حیات خود ادامه می‌دهد؛ درحالی‌که موسیقی، تئاتر، هنر و ورزش که شیوه‌های ماندگار تقویت توانش و پیوند دسته‌جمعی‌اند، همچنان از برنامه مدارسمان ناپدید می‌شوند.

پروژه پاسیلمیتی

در پروژه پاسبیلیتی پل گریفین در نیویورک، متن‌های آماده در اختیار بازیگران قرار نمی‌گیرد. در عوض، آن‌ها در یک دوره نُه‌ماهه هفته‌ای سه ساعت دور هم جمع می‌شوند، تئاتر موزیکال بلندشان را می‌نویسند و برای چند صد نفر اجرا می‌کنند. پروژه پاسبیلیتی در بیستمین سالگرد تأسیسش اعضای ثابتی پیدا کرده و رویه‌های قاطعی را برای خودش به وجود آورده است. هر گروه تولیدی از فارغ‌التحصیل‌های جدیدی تشکیل شده که با کمک بازیگران و نوازنده‌های حرفه‌ای روند نگارش متن نمایشنامه، طراحی صحنه، طراحی حرکات موزون و تمرینات را برای کلاس بعدی سازمان‌دهی می‌کنند. این فارغ‌التحصیل‌های جدید الگوهایی تأثیرگذارند. آن‌طور که پُل برایم تعریف کرد: «دانش‌آموزان وقتی وارد برنامه می‌شوند، بر این باورند که نمی‌توانند تأثیر خاصی بگذارند؛ اما سازمان‌دهی برنامه‌ای این‌چنینی تجربه تحول‌آفرینی برای آینده‌شان است.»

در سال ۲۰۱۰ پل برنامه جدیدی را منحصراً برای جوانان پرورشگاهی آغاز کرد. این‌ها جمعیت پردردسری هستند: پنج سال پس از ترک پرورشگاه، حدود ۶۰ درصدشان به جرمی متهم شده‌اند، ۷۵ درصدشان به کمک‌های دولتی متکی‌اند و فقط ۶ درصدشان به‌زور از کالج‌های محلی مدرک گرفته‌اند.

مرکز تروما بچه‌های پرورشگاهی زیادی را درمان می‌کند؛ اما گریفین باعث شد تا نگاه جدیدی به زندگی

این کودکان داشته باشم: «درک محیط پرورشگاه مثل یادگیری یک زبان خارجی است. اگر اهل آنجا نباشید، نمی‌توانید به زبان مردم آنجا حرف بزنید. زندگی جوانانی که در پرورشگاه بزرگ شده‌اند وارونه است.» وقتی گریفین از «زندگی وارونه» حرف می‌زند، منظورش این است که اگر با عشق و محبت با بچه‌های پرورشگاهی رفتار کنید، اغلب اوقات نمی‌دانند چه برداشتی از آن داشته باشند یا چگونه پاسخ دهند. با گستاخی آشنایی بیشتری دارند؛ بدینی را می‌فهمند.

همان‌طور که گریفین اظهار می‌دارد: «رهاشدگی اعتماد به دیگران را از بین می‌برد. کودکانی هم که در پرورشگاه بزرگ شده‌اند طعم رهاشدگی را درک می‌کنند. تا وقتی به شما اعتماد نکرده‌اند، نمی‌توانید هیچ تأثیری رویشان داشته باشید.» کودکان پرورشگاهی اغلب به مسئولان زیادی جواب پس می‌دهند. مثلاً اگر بخواهند مدرسه‌شان را عوض کنند باید با والدین ناتنی، مقامات مدرسه، دفتر پرورشگاه و گاهی قاضی سروکله بزنند. این مسئله معمولاً کودکان را باسیاست بار می‌آورد و خیلی خوب یاد می‌گیرند چطور با دیگران رفتار کنند.

در دنیای پرورشگاهی، «دوام» واژه رایج مهمی است. شعار همه این است: «یک آدم بزرگ‌سال دل‌سوز؛ فقط همین یک قلم را نیاز دارید.» بالاین‌حال، نوجوان‌ها طبعاً از آدم‌های بزرگ‌سال دوری

می‌کنند و گریفین معتقد است که بهترین نوع دوام برای نوجوان‌ها برخورداری از گروه ثابتی از دوستان است، چیزی که برنامه آن‌ها برای تأمین آن طراحی شده است. اصطلاح رایج دیگر «استقلال» است، اصطلاحی که پل «وابستگی متقابل» را در برابرش قرار می‌دهد. وی اظهار می‌دارد: «همه ما متقابلاً وابسته‌ایم. اینکه از جوانانمان بخواهیم کاملاً تنهایی به دنیای بیرون قدم بگذارند و خودشان را مستقل بدانند احمقانه است. باید یادشان دهیم چطور وابستگی متقابل داشته باشند، یعنی به آن‌ها بیاموزیم چگونه رابطه برقرار کنند.»

پل پی برد که جوانان پرورشگاهی بازیگرانی طبیعی‌اند. ایفای نقش شخصیت‌های تراژدی مستلزم بیان هیجانات و خلق واقعیتی است که از مکانی ژرف، غم‌افزا و عذاب‌آور نشئت گرفته باشد. جوانان پرورشگاهی؟ آن‌ها فقط همین چیزها را می‌دانند. هر روز برایشان به مثابه مرگ و زندگی است. با گذشت زمان، همکاری به کودکان کمک می‌کند تا آدم‌های مهم زندگی هم شوند. در اولین تمرین توافقات اولیه پایه‌ریزی می‌شود: مسئولیت‌پذیری، پاسخ‌گویی و احترام؛ قبول ابراز محبت و نه گفتن به تماس جنسی در گروه. کارشان را با سرود و حرکات جمعی شروع می‌کنند؛ این کار باعث هماهنگی‌شان می‌شود.

حالا مرحله دوم آغاز می‌شود: به اشتراک‌گذاری روایت‌های زندگی. حالا به یکدیگر گوش می‌دهند،

تجربیات مشترک یکدیگر را کشف می‌کنند و از تنهایی و انزوای تروما عبور می‌کنند. پل فیلمی را از اتفاقات این مرحله به من داد. وقتی در ابتدا از کودکان خواسته می‌شود برای معرفی خودشان حرفی بزنند یا کاری کنند، خشکشان می‌زند و با چهره‌هایی بی‌روح و چشمانی روبه‌پایین هر کاری می‌کنند تا از دیده‌ها پنهان شوند.

وقتی شروع به حرف‌زدن می‌کنند، وقتی صدایی را می‌یابند که خودشان در مرکزیتش قرار دارند، کم‌کم نمایش خودشان را هم خلق می‌کنند. پل بهشان می‌فهماند که تولید نمایش به داده‌های ورودی آن‌ها بستگی دارد: «اگر می‌توانستید تئاتر موزیکال یا نمایشنامه‌ای بنویسید، چه درون‌مایه‌ای برای انتخاب می‌کردید؟ تنبیه؟ انتقام؟ خیانت؟ فقدان؟ نمایش خودتان است که باید بنویسیدش.» هرآنچه می‌گویند مکتوب می‌شود و عده‌ای از آن‌ها خودشان کلماتی را روی کاغذ می‌نویسند. وقتی متن نمایشنامه‌ای آماده می‌شود، گروه تولید واژه‌های دقیق دانش‌آموزان را در آوازا و گفت‌وگوها می‌گنجانند. دانش‌آموزان می‌فهمند که اگر بتوانند تجاربشان را به‌صورتی پذیرفتنی مجسم کنند، بقیه گوش می‌دهند. خواهند آموخت که از احساسات و دانسته‌هایشان آگاه باشند.

طبیعتاً با آغاز تمرین، اولویت‌ها تغییر می‌کند. سابقه درد، بیگانگی و ترسِ فرزندخوانده‌ها دیگر در

محوریت نیستند و آنچه مورد تأکید قرار می‌گیرد این است: «چطور می‌توانم بهترین بازیگر، خواننده یا طراح نور و صحنه ممکن باشم؟» توانایی اجرا به مسئله اصلی تبدیل می‌شود: توانمندی بهترین دفاع در مقابل درماندگی ناشی از تروماست.

البته این موضوع برای همه‌مان صدق می‌کند. وقتی کار درست پیش نمی‌رود، وقتی پروژه محبوبتان شکست می‌خورد یا هنگامی که فرد مورداعتمادتان رهایتان می‌کند یا از دنیا می‌رود، کمتر چیزی به اندازه دست‌به‌کارشدن و انجام‌دادن کاری که به توجه متمرکز نیاز دارد کمک‌کننده است. مدارس پایین‌شهری و پروژه‌های روان‌پزشکی اغلب اوقات از این مسئله غافل می‌شوند. از بچه‌ها می‌خواهند «عادی» رفتار کنند، بدون آنکه توانمندی‌هایی ایجاد کرده باشند که احساس عادی بودن را به آن‌ها داده باشد.

پروژه‌های تئاتری علت و معلول را هم آموزش می‌دهند. زندگی کودکان پرورشگاهی کاملاً پیش‌بینی‌ناپذیر است. همه‌چیز ممکن است بی‌خبر اتفاق بیفتد: تحریک‌پذیرفتن از چیزی و به‌هم‌ریختگی فرد؛ مشاهده دستگیری یا قتل یکی از والدین؛ جابه‌جاشدن از خانه‌ای به خانه دیگر؛ سروصدا شنیدن بابت چیزی که در جای قبلی فرد بابتش ستایش می‌شد. کودکان به کمک اثری نمایشی می‌توانند

پیامدهای تصمیمات و کارهایشان را بی واسطه جلوی چشمانشان ببینند. پل توضیح می دهد: «اگر می خواهید به آن ها احساس کنترل بدهید، باید به جای پادرمیانی از طرفشان، به آن ها قدرت دهید تا سرنوشت خود را در دست بگیرند. نمی توانید به افراد کم سن و سالی که سروکارشان با شماسست کمک کنید، درستشان کنید یا نجاتشان دهید. تنها کاری که از دستتان برمی آید این است که پابه پایشان بیاوید، کمکشان کنید تا از چشم اندازشان آگاه شوند و با کمک یکدیگر آن را محقق کنید. با این کار بار دیگر کنترل را به آن ها برمی گردانید. تروما را، بدون آنکه کسی حتی اسمی از آن بیاورد، درمان می کنیم.»

محکوم به شکسپیر

نوجوانانی که در جلسات شکسپیر در دادگاه ها شرکت می کنند مجبور نیستند بداهه گویی کنند و لازم نیست متن نمایشنامه را حول زندگی خودشان بنویسند. همه شان «بزهکاران ثابت شده ای» هستند که به دعوا، مصرف الکل، سرقت و جرایم مالی گناهکار شناخته شده اند و قاضی دادگاهِ نوجوانان منطقه برکشایر آن ها را محکوم کرده تا به مدت شش هفته، هر هفته بعد از ظهر چهار روز، به صورت فشرده بازیگری مطالعه کنند. شکسپیر برایشان مثل کشوری بیگانه است. آن طور که کوین کولمن برایم شرح داد وقتی این نوجوانان اولین بار با قیافه ای عصبانی، بدگمان و بهت زده وارد می شوند، مطمئن اند که

ترجیح می‌دهند به زندان بروند. در عوض قرار است بخش‌هایی از دیالوگ‌های هملت، یا مارک آنتونی^{۳۹۲} یا هنری پنجم^{۳۹۳} را یاد بگیرند و آن‌گاه در اجرای فشردهٔ کامل یکی از آثار شکسپیر در مقابل چشمان خانواده، دوستان و نمایندگان از سیستم قضایی به روی صحنه بروند.

این نوجوانان؛ چون واژه‌ای برای بیان تأثیرات پرورش بی‌قاعدهٔ خود نمی‌یابند، هیجان‌اتشان را با خشونت به نمایش می‌گذارند. آثار شکسپیر مستلزم مبارزه با شمشیر است که مثل سایر هنرهای رزمی فرصتی را برای این بچه‌ها فراهم می‌کند تا ستیزه‌جویی کنترل‌شده و ابراز قدرت فیزیکی را تمرین کنند. تأکید بر این است که به هیچ‌کس آسیبی نرسد. بچه‌ها عاشق شمشیر بازی‌اند؛ اما برای آسیب نرساندن به هم باید با یکدیگر مذاکره کنند و از زبان بهره ببرند.

شکسپیر نمایشنامه‌هایش را در دوران گذار نوشت، زمانی که دنیا داشت از ارتباطات عمدتاً زبانی به ارتباطات مکتوب قدم می‌گذاشت؛ زمانی که بیشتر مردم هنوز از علامت ضربدر به‌جای امضا استفاده می‌کردند. این بچه‌ها نیز با دورهٔ گذار خودشان مواجه‌اند؛ خیلی‌هایشان به‌ندرت قدرت بیان دارند و تعدادی‌شان هم اصلاً سواد خواندن ندارند. اگر تأکیدشان به استفاده از فحش‌های جنسی است، فقط برای این نیست که نشان دهند آدم‌های خشنی‌اند، بلکه از این‌رو است که زبان دیگری برای معرفی خود

و بیان احساساتشان ندارند. وقتی به غنا و ظرفیت زبان پی می‌برند، اغلب اوقات تجربه‌ای درونی از لذت به آنان دست می‌دهد.

بازیگران ابتدا حرف‌های شکسپیر را خطبه‌خط و دقیق بررسی می‌کنند. کارگردان واژه‌ها را یکی‌یکی در گوش بازیگران تکرار می‌کند، سپس راهنمایی‌شان می‌کند تا در بازدم بعدی‌شان جمله را به زبان بیاورند. در آغاز، بسیاری از این کودکان به زحمت می‌توانند جمله‌ای را به زبان بیاورند. پیشرفت کار کند است چون هر بازیگر کلمات را به آهستگی ملکه ذهنش می‌کند. کلمات عمق و طنین جدیدی پیدا می‌کنند؛ زیرا در واکنش به تداعی‌های مختلف صدایشان تغییر می‌کند. هدف این است که بازیگران ترغیب شوند به واکنش‌های خودشان به کلمات توجه کنند و بدین‌ترتیب شخصیت را کشف کنند. به جای «باید این جملات را به خاطر داشته باشم» تأکید بر این است: «این کلمات چه معنایی برای من دارند؟ من چه تأثیری بر هم‌بازیانم دارم؟ و هنگامی که دیالوگ‌هایشان را می‌شنوم چه احساسی دارم؟» (۱۳)

این کار فرایند سرنوشت‌سازی است؛ در کارگاهی که بازیگران آموزش‌دیده توسط مؤسسه شکسپیر و شرکا در مرکز پزشکی اداره امور کهنه سربازان در شهر بث نیویورک برگزار کردند، این مسئله را به چشم خود دیدم. لری، کهنه‌سرباز ۵۹ ساله جنگ ویتنام با ۲۷ بار سابقه بستری برای سم‌زدایی بدن طی یک

سال گذشته، داوطلب ایفای نقش بروتوس^{۳۹۴} در یکی از صحنه‌های ژولیوس سزار^{۳۹۵} شده بود. با شروع تمرین، مَن مَن کرد و با عجله دیالوگ‌هایش را گفت؛ به نظر می‌رسید از فکری که مردم درباره‌اش می‌کردند، وحشت‌زده بود.

مارچ را به خاطر بیاور، نیمهٔ ماه مارچ را به یاد آر:

آیا ژولیوس بزرگ برای تحقق عدالت کشته نشد؟

چه شرارتی به جانش افتاد، خنجری که بر او رفت،

آیا جز از برای عدالت بود؟

به نظر می‌رسید تمرین گفت‌وگویی که با این جملات آغاز می‌شد ساعت‌ها طول کشید. در ابتدا، با شانه‌های فروافتاده همان جا ایستاده بود و کلماتی را که کارگردان در گوشش زمزمه می‌کرد، تکرار می‌کرد: «به خاطر بیاور؛ چه چیزی را به خاطر می‌آوری؟ آیا بیش از حد به یاد داری؟ یا نه آن قدر زیاد؟ به خاطر بیاور. چه چیزی را نمی‌خواهی به خاطر بیاوری؟ به یاد آوردن چه حسی دارد؟» صدای لری در هم شکست، چشمانش به کف اتاق بود و دانه‌های عرق روی پیشانی‌اش دیده می‌شد.

پس از استراحتی کوتاه و نوشیدن جرعه‌ای آب، کار مجدداً آغاز شد. «عدالت؛ آیا به عدالت با تو رفتار شد؟ آیا تابه‌حال خون کسی را برای عدالت ریخته‌ای؟ در نگاه تو عدالت چه معنایی دارد؟ زدن؛ آیا تابه‌حال کسی را زده‌ای؟ آیا تابه‌حال کسی تو را زده است؟ چه حسی داشتی؟ دوست داشتی چه کار

می‌کردی؟ چاقو زدن. آیا تابه‌حال به کسی چاقو زده‌ای؟ آیا تابه‌حال حس کرده‌ای چاقویی به پشت خورده؟ آیا تابه‌حال کسی از پشت به تو چاقو زده؟» در این لحظه لری از اتاق بیرون جست.

روز بعد برگشت و کارمان را دوباره شروع کردیم؛ لری، خیسِ عرق، آنجا ایستاده بود. قلبش تندتند می‌زد. هزاران تداعی از ذهنش می‌گذشت و رفته‌رفته به خودش اجازه می‌داد تا کلمه به کلمه را احساس کند و یاد بگیرد جملاتی را که ادا می‌کرد متعلق به خود بداند.

در انتهای برنامه لری اولین شغلش طی هفت سال اخیر را آغاز کرد و آخرین باری که از او خبر گرفتم، یعنی شش ماه بعد، همچنان مشغول به کار بود. کسب توانایی در تجربه هیجانات عمیق و تحمل آن‌ها نقش مهمی در بهبود تروما دارد.

در طرح شکسپیر در دادگاه‌ها، زبان خاصی که در تمرین‌ها به کار می‌رود به گفت‌وگوهای خارج از صحنه دانش‌آموزان هم کشیده می‌شود. کوین کولمن اظهار می‌دارد که گفت‌وگوهای دانش‌آموزان پر از عبارت

«دلم می‌خواهد...» است. وی چنین ادامه می‌دهد: «اگر تجربیات هیجانی‌تان را با قضاوت‌هایتان قاطی کنید، کارتان مبهم می‌ماند. اگر ازشان بپرسید "چه احساسی از این کار داشتید؟" فوراً جواب می‌دهند: "حس خوبی داشتم" یا "حس بدی به من داد." هر دوی این‌ها قضاوت‌اند. بنابراین در آخر هر صحنه هرگز نمی‌پرسیم "چه احساسی از این کار داشتید؟" چون این سؤال دعوتشان می‌کند تا به بخش قضاوت‌کننده مغز بروند.»

در عوض، کولمن از آن‌ها می‌پرسد: «آیا در خلال این صحنه، احساس خاصی درونتان ایجاد شد؟» بدین صورت، یاد می‌گیرند تا تجربیات هیجانی‌شان را نام ببرند: «وقتی این حرف را زد، عصبانی شدم.» «وقتی نگاهم کرد ترسیدم.» تجسم‌یافتگی و چطور بگویم، «به زبان‌آمدگی» به بازیگران کمک می‌کند تا پی ببرند که هیجانات مختلف و متعددی دارند. هرچه بیشتر توجه کنند، کنجکاوی‌شان بیشتر می‌شود.

با شروع تمرین، بچه‌ها یاد می‌گیرند راست بایستند و صاف‌وساده در امتداد سن راه بروند. باید یاد بگیرند که حرف بزنند تا در همه بخش‌های تئاتر صدایشان شنیده شود، کاری که خودش چالش بسیار بزرگی به حساب می‌آید. اجرای نهایی به معنای مواجهه با جامعه است. بچه‌ها وارد صحنه می‌شوند و

سطح دیگری از آسیب‌پذیری، خطر یا امنیت را تجربه می‌کنند و درمی‌یابند چقدر می‌توانند به خودشان اعتماد داشته باشند. رفته‌رفته اشتیاق به موفقیت، اشتیاق به نمایش اینکه می‌توانید انجامش دهید، غالب می‌شود. کوین قصه دختری را برایم تعریف کرد که نقش اوفلیا^{۳۹۶} را در نمایشنامه هملت بازی کرد. روز اجرا، کوین آن دختر را درحالی دید که پشت‌صحنه ایستاده و آماده ورود است و سطل آشغالی را هم به شکمش چسبانده است. (آن دختر چنین توضیح داده بود که به‌قدری اضطراب داشته که می‌ترسیده بالا بیاورد.) دختر مورد اشاره یکی از فراری‌های همیشگی نوانخانه‌ها و همچنین برنامه شکسپیر در دادگاه‌ها بوده است. از آنجا که برنامه یادشده متعهد است حتی‌الامکان از خروج بچه‌ها جلوگیری کند، پلیس و افسران رسیدگی به دانش‌آموزان فراری مرتباً او را برگردانده بودند. احتمالاً در مقطعی فهمیده که نقشش برای گروه ضروری است، یا شاید ارزش ذاتی این تجربه را برای خودش حس کرده است. به هر حال، حداقل در آن روز تصمیم گرفته بود فرار نکند.

روان‌درمانی و تئاتر

روزی این جمله تینا پکر خطاب به جمعی از متخصصان تروما به گوشم خورد: «روان‌درمانی و تئاتر اموری استنباطی هستند. این دو در نقطه مقابل تحقیق قرار دارند که در آن فرد می‌کوشد از تجربه

شخصی خود یا حتی بیمارانش فاصله بگیرد تا اعتبار عینی فرضیاتش را بسنجد. آنچه روان‌درمانی را اثربخش می‌کند طنین ذهنی و آن درک عمیق از حقیقت و صداقتی است که در بدن وجود دارد.» هنوز امید دارم که روزی نادرستی گفته‌های تینا را ثابت کنیم و دقت شیوه‌های علمی را با قدرت استنباط تجسم‌یافته تلفیق کنیم.

ادوارد، یکی از استادان مؤسسه شکسپیر و شرکا، خاطره‌ای را برایم تعریف کرد که به‌عنوان یک بازیگر جوان در کارگاه آموزش پیشرفته پکر برایش رخ داده بود. اعضای گروه در نوبت صبح شل‌سازی عضلات بالاتنه را تمرین کرده بودند تا تنفس بتواند به‌صورت طبیعی و کامل انجام شود. ادوارد متوجه شد که هربار روی قسمت خاصی از دنده‌هایش می‌غلطد، موجی از اندوه سراغش می‌آمد. مربی پرسید آیا تابه‌حال در آن نقطه آسیبی دیده یا نه که جواب ادوارد منفی بود.

برای کلاس بعد از ظهر پکر، یک تک‌گویی را از نمایشنامه ریچارد دوم^{۳۹۷} آماده کرده بود که در آن پادشاه فراخوانده می‌شود تا تاج پادشاهی را تسلیم لُردی کند که جایگاهش را به‌زور ستانده است. در جریان گفت‌وگوی پس از تمرین یادش آمد که دنده‌های مادرش، زمانی که ادوارد در شکمش بوده، شکسته است و او همیشه این اتفاق را با تولد زودرس خود مرتبط می‌دانست.

آن‌طور که به یاد داشت:

وقتی این حرف را به تینا زدم، سؤالاتی دربارهٔ اولین ماه‌های زندگی‌ام پرسید. گفتم به خاطر ندارم در دستگاه انکوباتور نگه‌م داشته باشند؛ اما یادم می‌آید بعدها گاهی نفسم در نمی‌آمد و در بیمارستان درون دستگاه چادر اکسیژن می‌گذاشتم. یادم می‌آمد داخل ماشین عمویم نشسته بودم و او از چراغ قرمزها رد می‌شد تا مرا به اورژانس برساند. مثل این است که در سه‌سالگی دچار سندروم مرگ نوزاد در خواب شده باشید.

تینا به سؤالاتش ادامه می‌داد و از اینکه داشت کم‌کم به هر حفاظی که پیرامون این درد کشیده بودم، سقلمه می‌زد واقعاً کلافه و عصبانی شده بودم. آن‌وقت پرسید: «وقتی دکترها آن‌همه سوزن را درون بدنت فروبردند دردت هم آمد؟»

در آن لحظه فقط جیغ کشیدم. سعی کردم از اتاق بیرون بروم؛ اما دو بازیگر دیگر که هیکل‌های واقعاً گنده‌ای داشتند نگه‌م داشتند. نهایتاً روی صندلی نشاندنم؛ می‌لرزیدم و به ریشه افتاده بودم.

آن‌گاه تینا گفت: «تو خودت جای مادرت هستی و قرار است این تک‌گویی را انجام دهی. تو مادرت هستی و خودت را به دنیا می‌آوری و به خودت می‌گویی که موفق خواهی شد. از دنیا نخواهی رفت. باید خودت را مجاب کنی. باید آن نوزاد کوچک را مجاب کنی که نخواهی مرد.»

همین اتفاق باعث شد تا از تک‌گویی ریچارد هدفی داشته باشم. وقتی اولین بار تک‌گویی را به کلاس آوردم، با خودم گفتم که می‌خواهم نقشم را به‌درستی ایفا کنم، لازم نبود چیزی در عمق وجودم این سخنان را به زبان بیاورد. وقتی بالاخره انجامش دادم، آن‌قدر رها شدم که نوزادم برایم مثل ریچارد بود؛ حاضر نبودم تاج پادشاهی‌ام را از دست بدهم. انگار میلیون‌ها تُن انرژی و فشار از روی بدنم برداشته شد.

مسیرهایی برای بیان احساسات گشوده شد که این نوزاد راهش را بند آورده بود؛ نوزادی که نفس خودش را گرفته بود و آن‌قدر ترسیده بود که نزدیک بود جان دهد.

نبوغ تینا در این بود که مرا واداشت مادر خودم بشوم و به خودم بگویم که حالم خوب است. مثل این بود که به عقب برگردم و قصه را تغییر دهم. اطمینان‌خاطر یافتم که روزی چنان احساس امنیت خواهم

کرد که بیان دردم مشکلی برایم ایجاد نمی‌کند؛ همین اطمینان خاطر باعث شد تا این درد بخش ارزشمندی از زندگی‌ام شود.

سخن آخر: انتخاب‌های پیش‌رو

تا تبدیل‌شدن به جامعه‌ای «آگاه از تروما» راه زیادی نداریم. تقریباً هر روز یکی از همکارانم گزارش جدیدی درباره نقش تروما در ایجاد اختلال در کارکرد ذهن، مغز و بدن منتشر می‌کند. مطالعه‌ای سی‌ای (تجارب نامطلوب دوران کودکی) نشان داد سوءاستفاده از فرد در سنین کم سلامتی و کارکرد اجتماعی‌اش را نابود می‌کند؛ جیمز هکمن نیز به لطف نشان‌دادن صرفه‌جویی‌های گسترده ناشی از مداخله زودهنگام در زندگی کودکان خانواده فقیر و مشوش برنده جایزه نوبل شد: فارغ‌التحصیلی بیشتر از دبیرستان، بزهکاری کمتر، نرخ بالاتر اشتغال و خشونت خانگی و اجتماعی کمتر. در سراسر جهان آدم‌هایی را می‌بینم که چنین داده‌هایی را جدی می‌گیرند و به‌شکلی خستگی‌ناپذیر می‌کوشند تا مداخلات اثربخش‌تری را به وجود آورند و به کار گیرند. فرقی نمی‌کند این‌ها معلمان ازخودگذشته باشند یا مددکاران اجتماعی، پزشکان، درمانگران، پرستاران، انسان‌های نیکوکار، کارگردانان تئاتر، نگهبانان زندان، افسران پلیس یا مربیان مراقبه. اگر تا اینجا کتاب بدن فراموش نمی‌کند با من آمده‌اید، شما هم عضوی از این خانواده شده‌اید.

پیشرفت‌های حاصل‌شده در علوم اعصاب درک بهتری از نقش تروما در تغییر روند رشد مغز، خودتنظیمی و توانایی متمرکز و هم‌نوا ماندن با دیگران به ما داده است. شگردهای پیشرفته تصویربرداری خاستگاه‌های پی‌تی‌اس‌دی در مغز را شناسایی کرده‌اند. بدین‌ترتیب اکنون می‌توانیم بفهمیم چرا افراد ترومایی بی‌علاقه می‌شوند، چرا نور و صدا اذیتشان می‌کند و اینکه چرا با کمترین تحریک پا پس می‌کشند یا از کوره درمی‌روند. پی برده‌ایم که تجربیات چگونه در طول زندگی ساختار و کارکرد مغز را تغییر می‌دهند و حتی ژنی را که به فرزندانمان منتقل می‌کنیم، تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. آگاهی از فرایندهای بنیادینی که اساس استرس ترومایی به شمار می‌آیند راه را برای مجموعه‌ای از مداخلات درمانی باز می‌کند که می‌توانند نواحی مرتبط با خودتنظیمی، خودانگاره و توجه را مجدداً فعال کنند. ما نه‌تنها از نحوه درمان تروما بلکه، بیش از پیش، از چگونگی جلوگیری از آن باخبریم.

با تمام این اوصاف، پس از حضور در مراسم تدفین نوجوانی که در یک تیراندازی خودرویی در خیابان بلو هیل^{۳۹۸} بوستون کشته شده بود یا وقتی خبر مربوط به جدیدترین کاهش بودجه‌ای شهرها و شهرک‌های فقرزده را خواندم، خودم را در مرز ناامیدی دیدم. به نظر می‌رسد از هر حیث در حال پسرفت هستیم: مثلاً اقدام کنگره برای حذف بی‌رحمانه کوپن‌های غذایی کودکانی که والدینشان بیکارند یا در زندان به سر

می‌برند، مخالفت لجوجانه با مراقبت‌های بهداشتی جهانی در برخی مناطق، امتناع احمقانه بخش روان‌پزشکی با پیوند دادن رنج‌های روانی به اوضاع اجتماعی، امتناع از ممنوعیت خرید و فروش و تملک اسلحه که تنها هدفش کشتن انبوهی از انسان‌هاست، شکیبایی‌مان در مقابل زندانی کردن بخش بزرگی از جمعیت کشور که هم زندگی آن‌ها را هدر می‌دهد و هم منابع کشور را.

هنوز هم تمرکز بحث و گفت‌وگوها دربارهٔ پی‌تی‌اس‌دی اغلب روی سربازان تازه‌برگشته، قربانیان بمب‌گذاری‌های تروریستی یا بازماندگان سوانح وحشتناک است. اما تروما مسئلهٔ به مراتب بزرگ‌تری برای سلامت عمومی به حساب می‌آید و شاید بتوان گفت بزرگ‌ترین تهدیدی است که تندرستی ملی‌مان را نشانه گرفته است. از سال ۲۰۰۱ تاکنون تعداد امریکایی‌هایی که به دست همسران یا دیگر اعضای خانواده‌شان کشته شده‌اند بسیار بیشتر از تلفات امریکایی‌ها در جنگ‌های عراق و افغانستان بوده است. احتمال رنج‌کشیدن زنان امریکایی از خشونت خانگی دو برابر احتمال ابتلای آن‌ها به سرطان سینه است. آکادمی پزشکی اطفال امریکا تخمین می‌زند که سلاح‌های گرم دو برابر سرطان کودکان را می‌کشند. همه‌جای بوستون تبلیغات صندوق خیریهٔ جیمی فاند^{۳۹۹} برای مبارزه با سرطان کودکان دیده می‌شود، راهپیمایی‌هایی برای تأمین سرمایه‌های پژوهش دربارهٔ سرطان سینه و سرطان خون برگزار

می‌شود؛ اما گویی آن‌قدر خجالتی یا دل‌سردیم که حرکت عظیمی برای کمک به کودکان و بزرگسالان تدارک نمی‌دهیم تا یاد بگیرند با ترس، خشم یا فروپاشی که پیامدهای پیش‌بینی‌پذیر ترومایی شدن‌اند، کنار بیایند.

وقتی دربارهٔ تروما و درمان تروما سخنرانی می‌کنم، شرکت‌کنندگان گاهی از من می‌خواهند دست از سیاست بردارم و حرف‌هایم را فقط به حوزهٔ علوم اعصاب و روان‌درمانی محدود کنم. کاش می‌توانستم تروما را از سیاست جدا کنم؛ اما تا زمانی که در انکار به سر می‌بریم و با نادیده‌گیری خاستگاه‌های تروما در صدد درمان آن هستیم، محکوم به شکستیم. در دنیای امروز، کدپستی منزلتان، حتی بیشتر از کد ژنتیکی‌تان، تعیین می‌کند آیا زندگی امن و سالمی خواهید داشت یا نه. درآمد، ساختار خانوادگی، مسکن، وضعیت اشتغال و فرصت‌های آموزشی افراد هم خطر ابتلا به استرس ترومایی هم دسترسی به کمک‌های اثربخش برای رفع آن را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. فقر، بیکاری، مدرسه‌های درجه دو، انزوای اجتماعی، دسترسی گسترده به اسلحه و خانه‌های بی‌کیفیت همگی زمینه‌هایی برای رشد تروما هستند. تروما، ترومای بیشتری به بار می‌آورد؛ افراد آسیب‌دیده به بقیه آسیب می‌رسانند.

تأثیرگذارترین تجربه‌ام از بهبود ترومای دسته‌جمعی به فعالیت‌های کمیسیون حقیقت و آشتی در آفریقای

جنوبی مربوط می‌شود؛ اقدامات این کمیسیون بر فلسفه محوری اوبونتو^{۴۰۰} استوار بود، واژه‌ای خوشای^{۴۰۱} که بیانگر به‌اشتراک‌گذاری داشته‌های فرد است، مثلاً «انسانیت من به‌طرزی ناگسستنی به انسانیت تو گره خورده است.» فلسفه اوبونتو به این مسئله اذعان دارد که بهبود واقعی بدون شناخت انسانیت مشترک و سرنوشت مشترکمان امکان‌پذیر نیست.

ما اساساً موجوداتی اجتماعی هستیم؛ مغزمان به‌گونه‌ای سیم‌کشی شده تا کار و بازی گروهی را تقویت کند. تروما سیستم تعامل اجتماعی مغز را نابود می‌کند و در همکاری، پرورش‌یافتن و توانایی ایفای نقش در جایگاه عضوی کارآمد از قبیله تداخل ایجاد می‌کند. در این کتاب دیدیم که مشکلات سلامت روان، از اعتیاد به موادمخدر گرفته تا رفتارهای خودمخرب، در ابتدا تلاش‌هایی‌اند برای کنارآمدن با هیجاناتی که به‌دلیل فقدان تماس انسانی و پشتیبانی کافی از جانب انسان‌های دیگر تحمل‌ناپذیر می‌شوند. با این‌همه، مؤسساتی که با کودکان و بزرگسالان مبتلا به تروما سروکار دارند سیستم تعامل اجتماعی را نادیده می‌گیرند، سیستمی که شالوده آنچه هستیم به شمار می‌آید؛ در عوض کوتاه‌نظرانه درصدد اصلاح «طرز فکر معیوب» و سرکوب هیجانات نامطلوب و رفتارهای دردسرساز برمی‌آیند.

افراد می‌توانند یاد بگیرند رفتارشان را کنترل کنند و تغییر دهند؛ اما تنها در صورتی موفق به این کار

می‌شوند که به‌قدر کافی احساس امنیت کنند تا دست به آزمودن راه‌حل‌های جدید بزنند. بدن فراموش نمی‌کند: اگر تروما در ادراکات دلخراش و ناراحت‌کننده رمزگذاری شده باشد، آن‌گاه اولویت اولمان این است که به افراد کمک کنیم از حالت جنگ یا گریز خارج شوند، فهم خودشان از خطر را بشناسند و روابط را مدیریت کنند. وقتی از کودکان ترومایی حرف می‌زنیم، آخرین چیزی که از برنامه‌درسی مدارس باید حذف شود فعالیت‌هایی‌اند که دقیقاً همین کار را انجام می‌دهند: گروه سرود، ورزش، زنگ استراحت و هرچیز دیگری که دربرگیرنده حرکت، بازی و دیگر شکل‌های مشغولیت‌های شادی‌آور است.

همان‌طور که دیده‌ایم، حوزه‌ای که خودم در آن فعالیت می‌کنم اغلب اوقات به‌جای رفع مشکل آن را بدتر می‌کند. امروزه بسیاری از روان‌پزشکان در مطب‌هایی پشت‌سرهم مشغول کارند و بیمارانی را ویزیت می‌کنند که به‌زحمت پانزده دقیقه از آشنایی‌شان می‌گذرد، سپس قرص‌وداروهایی را برایشان تجویز می‌کنند تا درد، اضطراب و افسردگی‌شان را تسکین دهد. به نظر می‌رسد پیامی که به بیمار می‌دهند این است: «بگذارش به عهده ما تا برایت درستش کنیم؛ فقط مطیع باش و این داروها را بخور و سه ماه دیگر برگرد؛ اما به‌هیچ‌وجه از الکل یا هر داروی (غیرقانونی) دیگری برای کاهش مشکلاتت استفاده نکن.» چنین میان‌برهایی در روند درمان، ایجاد خودمراقبتی و خودرهبری را غیرممکن می‌کنند. یکی از

نمونه‌های غم‌بار این گرایش، تجویز افسارگسیختهٔ مُسکن‌هاست که درمقایسه با تیراندازی‌ها یا سوانح خودرویی، هرساله تعداد بیشتری از آمریکایی‌ها را به کام مرگ می‌کشاند.

تجویز فزایندهٔ دارو برای درمان این بیماری‌ها مسائل اصلی را دست‌نخورده باقی می‌گذارد: این بیماران تلاش می‌کنند با چه چیزی دست‌وپنجه نرم کنند؟ منابع درونی و بیرونی‌شان کدام‌اند؟ چگونه خودشان را آرام می‌کنند؟ آیا رابطه‌ای محبت‌آمیز با بدنشان دارند؟ برای ارتقای درک فیزیکی‌شان از قدرت، نشاط و تن‌آرامی دست به چه کارهایی می‌زنند؟ آیا تعاملی پویا با سایر مردم دارند؟ چه کسی واقعاً می‌شناسدشان، بهشان عشق می‌ورزد و برایشان دل‌سوزی می‌کند؟ وقتی ترسیده‌اند، وقتی نوزادشان مریض است یا وقتی خودشان ناخوش‌اند، به چه کسی می‌توانند امید داشته باشند؟ آیا در اجتماع خاصی عضو هستند و آیا نقش مهمی در زندگی آدم‌های پیرامونی‌شان ایفا می‌کنند؟ برای تمرکز، توجه و انتخاب به چه مهارت‌های خاصی نیاز دارند؟ آیا از حس هدف‌مندی برخوردارند؟ در چه زمینه‌های مهارت دارند؟ چطور می‌توانیم کمکشان کنیم تا احساس کنند سکان زندگی‌شان دست خودشان است؟

کاش وقتی جامعه به‌راستی بر نیازهای کودکان تمرکز کرد، تمامی گونه‌های حمایت اجتماعی از خانواده‌ها (سیاستی که در این کشور بسیار بحث‌برانگیز مانده است)، به‌تدریج هم مطلوب و هم عملی

به نظر برسند. اگر همهٔ کودکان امریکایی به مهدکودک‌های باکیفیتی دسترسی داشتند که والدین می‌توانستند هنگام رفتن به محل کار یا مدرسه با خیال راحت بچه‌هایشان را آنجا بگذارند چقدر تفاوت ایجاد می‌کرد؟ نظام مدرسه‌ای‌مان چه شکلی به خود می‌گرفت اگر همهٔ کودکان می‌توانستند به پیش‌دبستانی‌هایی بروند که ضمن برخورداری از کارکنان خوب، مقوله‌های همکاری، خودتنظیمی، پشتکار و تمرکز حواس را تقویت می‌کردند (به‌جای تمرکز بر قبولی در آزمون‌ها که احتمالاً در صورتی رخ خواهد داد که به کودکان اجازه داده شود از کنج‌کاوی طبیعی خود و میلشان به پیشرفت پیروی کنند و تازه درماندگی، ترس و بیش‌برانگیختگی هم خاموششان نکند)؟

یک عکس خانوادگی از خودم در پنج‌سالگی دارم که بین خواهر و برادر بزرگ‌تر (مشخصاً عاقل‌تر) و کوچک‌ترم (مشخصاً وابسته‌تر) قرار گرفته‌ام. در عکس یک قایق اسباب‌بازی چوبی را با افتخار گرفته‌ام و نیشم تا بناگوش باز است: «ببین چه بچهٔ باحالی هستم و چه قایق معرکه‌ای دارم! دوست نداری بیای با هم بازی کنیم؟» همه‌مان، به‌ویژه کودکان، به چنین اعتماد به نفسی نیاز داریم؛ اطمینان از اینکه بقیه ما را می‌شناسند، تأییدمان می‌کنند و برایمان ارزش قائل‌اند. بدون این اعتماد به نفس نمی‌توانیم به آن حس عاملیتی برسیم که این امکان را به ما می‌دهد تا نظرم‌ان را با قاطعیت بگوییم: «این چیزی است که به

آن باور دارم؛ این چیزی است که حمایتش می‌کنم؛ این چیزی است که خودم را وقفش می‌کنم.» مادامی که احساس کنیم جایمان در قلب و ذهن کسانی که دوستان دارند امن است، برای به پایان رساندن طرح‌هایمان از کوه‌ها صعود می‌کنیم، دشت‌ها را درمی‌نوردیم و تمام شب را بیدار می‌مانیم. کودکان و بزرگسالان برای کسانی که بهشان اعتماد دارند و نظرشان برایشان ارزشمند است، هر کاری می‌کنند.

اما اگر احساس رهاشدگی، بی‌ارزشی یا دیده‌نشدن کنیم، هیچ‌چیز در نظرمان اهمیت ندارد. ترس کنجکاوی و بازیگوشی را نابود می‌کند. برای داشتن جامعه‌ای سالم باید فرزندانی پرورش دهیم که بتوانند با خیال‌راحت بازی کنند و یاد بگیرند. بدون کنجکاوی امکان هیچ رشدی وجود ندارد و بدون توانایی واکاوی شخصیت خود و آنچه برایتان مهم است، از طریق آزمون و خطا، امکان انطباق‌پذیری وجود ندارد. در حال حاضر بیش از ۵۰ درصد کودکان تحت پوشش برنامه هد استارت^{۴۰۲} سه یا بیش از سه مورد تجربه نامطلوب کودکی، مانند آنچه در مطالعه‌ای سی‌ای از آن‌ها یاد شده، داشته‌اند: حبس یکی از اعضای خانواده، افسردگی، خشونت، سوءاستفاده، مصرف موادمخدر در خانه یا دوره‌های بی‌خانمانی.

افرادی که احساس امنیت می‌کنند و پیوند معناداری با دیگران دارند دلیلی نمی‌بینند که وقتشان را در

راه مصرف موادمخدر یا خیره‌شدن بیهوده به تلویزیون ضایع کنند؛ الزامی نمی‌بینند شکمشان را از کربوهیدرات‌ها پر کنند یا به هم‌نوعانشان حمله کنند. با این حال، اگر به نظر برسد کارهایشان چیزی را تغییر نمی‌دهد، خود را گرفتار می‌بینند و اغواگری قرص‌ها، رهبران گروه‌های تبهکاری، مذاهب افراطی یا جنبش‌های سیاسی خشن یا هرکس و هرچیزی که نشانه‌ای از تسکین داشته باشد، به دامشان می‌اندازد. همان‌طور که مطالعه‌ای سی‌ای نشان داده، سوءاستفاده و بی‌توجهی به کودک مهم‌ترین دلیل بیماری روانی و رایج‌ترین دلیل سوءمصرف موادمخدر و الکل است که می‌توان از آن پیشگیری کرد و سهم بسیار زیادی در بروز عوامل کشنده‌ای همچون دیابت، ناراحتی قلبی، سرطان، سکتۀ مغزی و خودکشی دارد.

من و همکارانم عمده‌تمرکزمان را به جایی معطوف می‌کنیم که تروما بیشترین تأثیر را دارد: کودکان و بزرگسالان. از سال ۲۰۰۱ که برای تأسیس شبکه ملی استرس ترومایی کودکان (ان‌سی‌تی‌اس‌ان) دور هم جمع شدیم، این شبکه شبکه‌ای تعاملی متشکل از بیش از ۱۵۰ مرکز در سراسر کشور شده است؛ هریک از این مراکز برنامه‌هایی را در مدارس، سیستم‌های قضایی اطفال، آژانس‌های رفاهی کودکان، پناهگاه بی‌خانمان‌ها، مقرهای نظامی و مددسراهای اقامتی برگزار کرده‌اند.

مرکز تروما یکی از سایت‌های توسعه و ارزیابی درمان شبکه‌ان‌سی‌تی‌اس‌ان است. من و همکارانم، جوزف اسپیناتزولا و مارگارت بلاوشتاین،^{۴۰۳} برنامه‌های جامعی را برای کودکان و بزرگسالانی طراحی کرده‌ایم که با کمک همکاران آگاه به ترومایمان در شهرهای هارتفورد، شیکاگو، هیوستون، سان فرانسیسکو، انکوریج، لوس‌آنجلس و نیویورک در حال اجرایشان هستیم. گروه ما هر دو سال یک بار منطقه‌ خاصی از کشور را برای کار انتخاب می‌کند و با اتکا به رابطان محلی، سازمان‌های پرانرژی و مشتاق و معتبر را شناسایی می‌کند؛ این سازمان‌ها نهایتاً قطب‌های جدید توزیع خدمات درمانی خواهند شد. مثلاً برای دوره‌ای دوساله با همکارانی از میسولای مونتانا همکاری کردم تا برنامه‌ای ترومایی توأم با حساسیت فرهنگی را در منطقه حفاظت‌شده سرخپوستان قبیله بلک‌فوت^{۴۰۴} تهیه کنیم.

بزرگ‌ترین امیدواری برای کودکان ترومایی که مورد سوءاستفاده و بی‌توجهی قرار گرفته‌اند این است که از آموزش خوبی در مدارس بهره‌مند شوند که دیده و شناخته شوند که خودتنظیمی را یاد بگیرند و بتوانند در خودشان حس عاملیت ایجاد کنند. در بهترین حالت، مدرسه جزیره‌ای امن در دنیایی پرآشوب است. مدرسه می‌تواند به بچه‌ها بیاموزد بدن و مغزشان چگونه کار می‌کند و آن‌ها چگونه می‌توانند از هیجانات خود آگاه شوند و مدیریتشان کنند. مدرسه می‌تواند نقش مهمی در نهادینه‌سازی تاب‌آوری

لازم برای کنارآمدن با ترومای همسایه‌ها یا اعضای خانواده ایفا کند. اگر والدین مجبورند دوشغله کار کنند تا زندگی‌شان را به‌هرنحوی بگذرانند یا اگر آن‌قدر ناتوان، به‌هم‌ریخته یا افسرده‌اند که نمی‌توانند نیازهای کودکان‌شان را بشناسند، مدرسه به‌صورت پیش‌فرض باید همان جایی باشد که مقوله‌های خودرهبی و مرکز کنترل درونی را به کودکان می‌آموزد.

وقتی گروه ما وارد مدرسه‌ای می‌شود، اولین پاسخ معلم‌ها چیزی شبیه این است: «اگر می‌خواستم مددکار اجتماعی شوم، می‌رفتم دانشکده مددکاری اجتماعی. اما آمده‌ام اینجا تا معلم باشم.» البته خیلی‌هایشان به تجربه آموخته‌اند که نمی‌توان به کلاسی درس داد که زنگ هشدار دانش‌آموزانش دائماً به صدا درمی‌آید. حتی متعهدترین معلمان و مدرسه‌ها نیز احساس استیصال و بیهودگی می‌کنند؛ زیرا تعداد بسیار زیادی از بچه‌ها آن‌قدر سطح ترومایشان بالاست که نمی‌توانند چیزی بیاموزند. اگر معلمان نتوانند به‌شکلی کارآمد مشکلات رفتاری این دانش‌آموزان را رفع کنند، تمرکز صرف بر ارتقای نمرات درسی تأثیری نخواهد داشت. خبر خوب این است که اصول پایه‌ای مداخلات ترومامحور را می‌توان به‌شکل روال‌ها و رویکردهای عملی روزمره‌ای درآورد که قادرند فرهنگ کلی مدرسه را دگرگون کنند.

بیشتر معلمانی که با آن‌ها کار می‌کنیم وقتی می‌فهمند دانش‌آموزان قربانی سوءاستفاده و بی‌توجهی

ممکن است هرگونه تخطی از روال معمول را نوعی خطر قلمداد کنند و واکنش‌های افراطی‌شان نیز معمولاً تجلی استرس ترومایی است، شگفت‌زده می‌شوند. بعید است با مؤاخذه‌های زبانی یا حتی تعلیق (تنبیهاتی که در مدارس امریکایی شایع شده) بتوان کودکانی را که از قوانین سرپیچی می‌کنند سر عقل آورد. وقتی معلمان پی می‌برند که رفتارهای آزاردهندهٔ بچه‌ها در ابتدا تلاش‌هایی ناموفق برای بیان فشارهای روانی و اقداماتی نادرست برای بقا بوده، دیدگاهشان تغییر می‌کند.

برخورداری از احساس امنیت در حضور دیگران بیش از هر چیز دیگر تعیین کننده سلامت روان است؛ وجود پیوندهای ایمن برای داشتن زندگی پرمعنا و رضایت بخش ضروری اند. مهم ترین چالشی که در محیط کلاسی با آن روبه روییم، تقویت عمل متقابل است: شنیدن حرف های دیگران و شنیده شدن توسط آنها؛ دیدن دیگران و دیده شدن توسط آنها. سعی مان این است تا به تمامی افراد حاضر در محیط مدرسه از کارمندان دفتری گرفته تا مدیران، رانندگان اتوبوس مدرسه، معلمان و کارکنان کافه تریا بیاموزیم که ضمن شناسایی و درک تأثیرات تروما بر کودکان، بر اهمیت تقویت ایمنی، پیش بینی پذیری و شناخته شدن و دیده شدن متمرکز شوند. اطمینان حاصل می کنیم که هر روز صبح اسم تک به تک بچه ها را می برند و به آنها خوشامد می گویند و معلم ها نیز تماس چهره به چهره با یکایکشان دارند. درست مثل کارگاه ها، کارهای گروهی و برنامه های تئاتری مان، همواره روز را با گزارش گیری آغاز می کنیم: وقتی را اختصاص می دهیم تا هرکس هرچه در ذهن دارد با دیگران در میان بگذارد.

بسیاری از کودکانی که با آنها کار می کنیم هرگز نتوانسته اند با کمک زبان به خوبی خواسته هایشان را بیان کنند؛ زیرا به بزرگسالانی عادت کرده اند که فریاد می زنند، دستور می دهند، اخم می کنند یا هدفون در گوششان می گذارند. یکی از گام های نخست این است که به معلمانشان کمک می کنیم شیوه های

جدیدی از حرف زدن دربارهٔ احساسات، بیان انتظارات و درخواست کمک خلق کنند. معلم به جای آنکه بر سر بچه‌ای که شلوغ کاری کرده داد و فریاد کند و بگوید «تمامش کن!» یا مجبورش کند تنها در گوشه‌ای از کلاس بنشیند، تشویق می‌کنیم تا ضمن توجه به تجربهٔ کودک، اسمی بر آن (تجربه) بگذارد؛ مثلاً بگوید «می‌توانم ببینم چقدر ناراحتی»؛ انتخاب‌هایی به او بدهد، مثلاً «دوست داری به محل امنی بروی یا دلت می‌خواهد روی پاهای من بنشینی؟»؛ یا کمکش کند واژه‌هایی برای توصیف احساساتش بیابد و کم‌کم صدای مخصوص به خود را پیدا کند. مثلاً «وقتی بعد از کلاس به خانه می‌روی، چه احساسی داری؟» ممکن است چندین ماه طول بکشد تا کودک بداند کجا گفتن حقیقت خطری برایش ندارد (چون این‌طور نیست که همیشه بی‌خطر باشد)؛ اما درست مثل بزرگسالان، شناسایی حقیقت هر تجربه برای کودکان نقش مهمی در بهبود تروما دارد.

در بسیاری از مدارس، تنبیه کودکان برای شلوغ کاری، حواس‌پرتی یا خشم‌های پرخاشگرانه که همگی‌شان اغلب جزء علائم استرس ترومایی‌اند، امر معمولی است. در چنین مواقعی، مدرسه به جای آنکه پناهگاه امنی برای دانش‌آموز باشد، خودش هم محرک ترومایی دیگری می‌شود. مشاجرات شدیدالحن و تنبیه در بهترین حالت موقتاً از بروز رفتارهای پذیرفته‌نشده جلوگیری می‌کنند؛ اما چون

سیستم هشداردهنده اصلی و هورمون‌های استرس آرام نشده‌اند، بدون شک کودک با عامل تحریک‌آمیز بعدی از کوره در خواهد رفت.

در چنین اوضاعی، قدم اول اذعان به ناراحتی کودک است؛ سپس معلم باید وی را آرام کند و آن‌گاه به دنبال دلایل آن بگردد و راه‌حل‌های محتمل را بررسی کند. مثلاً وقتی کودک کلاس‌اولی دچار به‌هم‌ریختگی می‌شود، معلمش را می‌زند و چیزهایی را به اطرافش پرت می‌کند، از معلمش می‌خواهیم محدودیت‌های مشخصی برایش تعیین کند و در عین حال به آرامی با او حرف بزند: «دوست داری آن پتو را دور خودت ببیچی تا کمک کند آرام‌تر شوی؟» (این کودک احتمالاً جیغ می‌زند «نه!» اما بعد زیر پتو چمباتمه می‌زند و آرام می‌گیرد.) پیش‌بینی‌پذیری و شفافیتِ انتظارات مقوله‌هایی اساسی‌اند؛ ثبات امری ضروری است. کودکانی که پیشینه خانوادگی پرآشوبی دارند اغلب اوقات نمی‌دانند مردم چگونه می‌توانند همکاری مؤثری با هم داشته باشند. ازطرفی بی‌ثباتی هم فقط به سردرگمی بیشترشان می‌انجامد. معلمان آگاه به تروما خیلی زود پی می‌برند که تماس با والدین کودک درباره رفتارهای شیطنت‌آمیز او احتمالاً به کتک‌خوردن و آسیب‌های ترومایی بیشتر وی می‌انجامد.

هدف ما از همه این تلاش‌ها این است که علم مغز را به رویه‌ای روزمره بدل کنیم. مثلاً آرام‌گرفتن کافی

برای در دست گرفتن کنترل اوضاع مستلزم فعال سازی آن دسته از نواحی مغز است که به ادراکات درونی مان، یا همان برج دیده بانی خود نظاره گری، ربط دارند که در فصل چهارم درباره اش حرف زدیم. بنابراین، معلم ممکن است بگوید: «آماده اید چند نفس عمیق بکشیم یا از ستاره تنفسی استفاده کنیم؟» (مورد آخر یک دستگاه کمک تنفسی رنگارنگ است که از پوشه های کاغذی یا پلاستیکی ساخته می شود.) گزینه دیگر ممکن است این باشد که کودک را پیچیده در پتویی سنگین در گوشه ای بنشانید تا هم زمان از طریق هدفون به موسیقی آرامش بخشی گوش کند. نواحی امن می توانند با ایجاد آگاهی ادراکی برانگیزاننده به آرام شدن کودک کمک کنند: بافت پارچه های مخملی یا کنفی؛ جعبه کفش های پر از برس های نرم یا اسباب بازی های منعطف. وقتی کودک مجدداً آماده حرف زدن شد، تشویق می شود تا پیش از پیوستن دوباره به گروه به یکی بگوید چه احساسی دارد.

کودکان حداقل سه ساله می توانند حباب کف صابون را فوت کنند و یاد بگیرند وقتی تنفسشان را به شش نفس در دقیقه کاهش می دهند و بر هوای خروجی از لب بالایی شان تمرکز می کنند، احساس آرامش و حواس جمعی بیشتری خواهند داشت. گروه مربیان یوگای ما با کودکان نزدیک به سنین نوجوانی کار می کنند تا به آنها کمک کنند با بدن هایشان «دوست شوند» و با ادراکات فیزیکی

آزاردهنده کنار بیایند. می‌دانیم که یکی از دلایل اصلی مصرف موادمخدر در بین نوجوانان این است که این قشر نمی‌تواند ادراکات فیزیکی‌ای را تحمل کند که نشان‌دهنده ترس، خشم یا درماندگی است.

می‌توان خودتنظیمی را به کودکانی آموزش داد که بین فعالیت جنون‌آمیز و بی‌حرکتی گیر کرده‌اند. علاوه بر خواندن، نوشتن و حساب، همه کودکان باید خودآگاهی، خودتنظیمی و ارتباط‌گیری را به‌منزله هسته اصلی برنامه درسی‌شان یاد بگیرند. همان‌طور که تاریخ و جغرافیا را به کودکان درس می‌دهیم، باید نحوه کار مغز و بدن را هم یادشان دهیم. در درست داشتن کنترل اوضاع، چه در بزرگسالان و چه در کودکان، مستلزم آشنایی با دنیای درونی خود و شناسایی دقیق چیزهایی است که می‌ترساندمان، ناراحتان می‌کند یا سرشوقمان می‌آورد.

هوش هیجانی با نام‌گذاری احساساتمان و هم‌نوایی با هیجانات افراد پیرامونی‌مان آغاز می‌شود. کارمان را خیلی راحت شروع می‌کنیم: با آینه. نگاه کردن به آینه به کودکان کمک می‌کند تا از قیافه خود هنگام ناراحتی، عصبانیت، بی‌حوصلگی یا سرخوردگی آگاه باشند.

سپس از آن‌ها می‌پرسیم: «وقتی چهره‌ای مثل این می‌بینی، چه حسی داری؟» بهشان آموزش می‌دهیم مغزشان چگونه ساخته شده، هیجانات چه نقشی دارند و در کجای بدنشان ثبت می‌شوند و چگونه می‌توانند احساساتشان را با اطرافیانشان در میان بگذارند. آن‌ها یاد می‌گیرند که عضلات صورتشان سرنخ‌هایی درباره‌ی احساساتشان ارائه می‌دهند و آن‌گاه امتحان می‌کنند تا ببینند حالت‌های چهره‌شان چگونه بر دیگران تأثیر می‌گذارد.

به‌علاوه، یادشان می‌دهیم تا ادراکات فیزیکی‌شان را بشناسند و اسمی بر آن بگذارند و ازاین طریق برج دیده‌بانی‌شان را تقویت می‌کنیم. مثلاً وقتی احساس می‌کنند قفسه‌ی سینه‌شان سنگین شده، احتمالاً بدین معناست که مضطرب‌اند؛ در این حالت نفس کشیدنشان کم‌عمق می‌شود و بی‌قراری می‌کنند. عصبانیت چه شکلی دارد و کودکان چگونه می‌توانند این ادراک را در بدنشان تغییر دهند؟ اگر نفس عمیقی بکشند یا زمانی را برای طناب‌زنی یا مشت‌زدن به کیسه‌ی بوکس اختصاص دهند، چه اتفاقی می‌افتد؟ آیا فشاردادن نقاط طب‌فشاری کمکی می‌کند؟ ما سعی می‌کنیم جعبه‌ابزاری متشکل از شیوه‌های کنترل واکنش‌های هیجانی را در اختیار کودکان، معلمان و دیگر مراقبان قرار دهیم.

به‌منظور ارتقای عمل متقابل از تمرینات انعکاسی دیگری نیز استفاده می‌کنیم که مبنای ارتباطات

میان فردی ایمن هستند. بچه‌ها از حالت‌های چهره‌ای یکدیگر تقلید می‌کنند. آن‌ها در ادامه ایما و اشاره‌ها و صداها را تقلید می‌کنند و سپس برمی‌خیزند و به شکل هماهنگ حرکت می‌کنند. برای اینکه بازی‌شان را به خوبی انجام دهند، باید حواسشان باشد تا به معنای واقعی کلمه یکدیگر را ببینند و حرف‌های هم را بشنوند. بازی‌هایی مثل سایمون می‌گه^{۴۰۵} موجب خنده و ریسه‌های زیادی می‌شود؛ این‌ها نشان‌دهنده ایمنی و آرامش است. وقتی نوجوان‌ها از این «بازی‌های احمقانه» امتناع می‌کنند، به نشانه همدلی سر تکان می‌دهیم و از همکاری‌شان استفاده می‌کنیم و می‌خواهیم بازی‌ها را برای بچه‌های کوچکی که «نیازمند کمک‌شان» هستند نمایش دهند.

معلمان و سرگروه‌ها یاد می‌گیرند که فعالیتی به سادگی نگهداری هرچه بیشتر توپ ساحلی در هوا موجب می‌شود تا اعضای گروه متمرکزتر و منسجم‌تر باشند و بیشتر سرگرم شوند. این‌ها مداخلات درمانی کم‌هزینه‌ای هستند. برخی مدارس برای دانش‌آموزان بزرگ‌تر کارگاه‌هایی با هزینه‌ای کمتر از دویست دلار ایجاد کرده‌اند که بچه‌ها می‌توانند در آن‌ها به بازی‌های رایانه‌ای بپردازند؛ این کار هم به تمرکزشان کمک می‌کند و هم تغییرپذیری ضربان قلب را (اچ‌آروی که در فصل شانزدهم درباره‌اش حرف زدیم) بهبود می‌بخشد؛ این کارها درست همان چیزهایی هستند که ما در درمانگاهمان انجام

می‌دهیم.

کودکان و بزرگسالان به یک اندازه باید به این تجربه برسند که تلاش تا سرحد توانایی‌های فرد چقدر ارزشمند است. تاب‌آوری محصول عاملیت است: وقتی بدانید توانایی انجام دادن کاری را دارید، وضع فرق می‌کند. خیلی‌هایمان به خاطر داریم که بازی کردن در تیم‌های ورزشی، عضویت در گروه سرود مدرسه یا نواختن در گروه رزم‌نوازان چقدر برایمان حائز اهمیت بوده است، به‌ویژه زمانی که مربیان یا کارگردانانی داشتیم که باورمان داشتند، به سمت پیشرفت سوقمان می‌دادند و یادمان می‌دادند که می‌توانیم بهتر از چیزی باشیم که تصور می‌کنیم. کودکانی که با آن‌ها سروکار داریم به چنین تجربه‌ای نیاز دارند.

فعالیت‌های ورزشی، نواختن آلات موسیقی و اجراهای تئاتری همگی سبب ارتقای عاملیت و صمیمیت افراد می‌شوند. به علاوه کودکان را درگیر چالش‌های تازه و نقش‌های ناآشنا می‌کنند. دوستانم، کارولین و الی نیوبرگر،^{۴۰۶} در یکی از شهرهای ویران‌شده پساصنعتی منطقه نیوانگلند در قالب برنامه‌ی ال‌سیستما^{۴۰۷} مشغول تدریس‌اند؛ ال‌سیستما یک برنامه‌ی موسیقی ارکستری است که در ونزوئلا پا گرفته است.

چندین نفر از دانشجویانم برنامه کاپوئرای برزیلی را در یکی از مناطق جرم خیز بوستون راه انداخته‌اند و همکارانم در مرکز تروما نیز برنامه نمایشنامه تروما را همچنان ادامه می‌دهند. پارسال به مدت سه هفته مشغول کمک به دو پسر بودم تا صحنه‌ای از ژولیوس سزار را آماده کنند. پسری خجالتی و نازک‌نارنجی نقش بروتوس را بازی می‌کرد و مجبور بود از کل نیرویش برای سرکوب کاسیوس^{۴۰۸} استفاده کند؛ نقش کاسیوس را هم فرد زورگوی کلاس بازی می‌کرد و باید تحت راهنمایی قرار می‌گرفت تا نقش ژنرال فاسدی را ایفا کند که طلب بخشش می‌کرد. صحنه زمانی جان گرفت که زورگوی کلاس درباره خشونت پدرش و همچنین عهد خودش که هرگز در مقابل کسی ضعف نشان ندهد صحبت کرد. (بیشتر زورگوها خودشان مورد زورگویی قرار گرفته‌اند و از بچه‌هایی که آن‌ها را یاد آسیب‌پذیری‌شان می‌اندازند متنفرند.) ازسوی دیگر، صدای قاطع بروتوس پس از آن ظاهر شد که فهمید برای تحمل خشونت خانوادگی‌اش خودش را ناپدید کرده بوده است.

این‌گونه تلاش‌های فشرده دسته‌جمعی کودکان را ملزم می‌کند تا با یکدیگر همکاری و مصالحه کنند و روی وظیفه پیش‌رویشان متمرکز شوند. اغلب اوقات تنش‌ها بالا می‌گیرد اما بچه‌ها از کار دست نمی‌کشند چون می‌خواهند احترام مربیان یا کارگردانان را به خود جلب کنند و دوست ندارند اعضای

گروه را مأیوس کنند؛ همه این‌ها احساساتی هستند که در نقطهٔ مقابل آسیب‌پذیری ناشی از تحمل سوءاستفادهٔ مستبدانه، بی‌توجهی پنهان و انزوای ناشی از تروما قرار دارند.

فعالیت‌های شبکهٔ ان‌سی‌تی‌اس‌ان دارد جواب می‌دهد: اضطراب و انفعال هیجانی کودکان کمتر شده و پرخاشگری یا گوشه‌گیری‌شان کاهش می‌یابد؛ بهتر با هم کنار می‌آیند و عملکرد تحصیلی‌شان هم بهبود می‌یابد؛ مشکلات بیش‌فعالی و نقص توجه و «نافرمانی مقابله‌ای» در آن‌ها کاهش می‌یابد؛ و طبق گزارش والدین، بچه‌هایشان بهتر می‌خوانند. هنوز هم اتفاقات وحشتناکی برای آن‌ها و اطرافیانشان رخ می‌دهد؛ اما اکنون می‌توانند دربارهٔ این رویدادها حرف بزنند؛ اعتماد و ابتکار کافی را در خودشان به وجود آورده‌اند تا کمکی را که بدان نیازمندند طلب کنند. مداخلات درمانی تنها در صورتی با موفقیت همراه خواهند بود که از سرچشمه‌های طبیعی همکاری در ما و واکنش‌های ذاتی‌مان به ایمنی، عمل متقابل و تخیل بهره ببرند.

تروما بی‌وقفه ما را با شکنندگی‌مان و با بی‌رحمی بشر درقبال بشر و البته با تاب‌آوری خارق‌العاده‌مان رودررو می‌کند. دلیل اینکه این‌همه سال توانسته‌ام به کارم ادامه دهم این بوده که کارم مرا به سمت واکاوی منابع لذت، خلاقیت، معنا و پیوند کشانده است؛ چیزهایی که همگی زندگی را برای زیستن

ارزشمند می‌کنند. واقعاً تصورش برایم دشوار است اگر آنچه بر سر بسیاری از بیمارانم گذشته بر من تحمیل می‌شد چطور از عهده‌اش برمی‌آمدم؛ برای همین این علائم را بخشی از قدرتشان می‌بینم، شیوه‌هایی که برای دوام‌آوردن آموختند. و به‌رغم همه رنج‌ها خیلی‌هایشان در ادامه پدر و مادر و همسرانی بامحبت و معلمان، پرستاران، دانشمندان و هنرمندان نمونه‌ای شدند.

بیشتر بانیان بزرگ تحول اجتماعی خودشان دانش شخصی و عمیقی از تروما دارند. در این خصوص اُپرا وینفری^{۴۰۹} به ذهنم می‌آید، همچنین مایا آنجلو،^{۴۱۰} نلسون ماندلا^{۴۱۱} و الی ویزل.^{۴۱۲} با خواندن داستان زندگی هریک از این شخصیت‌های الهام‌بخش، بینش‌ها و شوروهیجانی را خواهید یافت که به لطف دست‌وپنجه نرم‌کردن با ویرانی حاصل شده‌اند.

این موضوع درباره جوامع هم صدق می‌کند. بسیاری از ژرف‌ترین پیشرفت‌هایمان در نتیجه تروما به وجود آمده‌اند: الغای بردگی حاصل جنگ داخلی است، بیمه تأمین اجتماعی در واکنش به رکود بزرگ به وجود آمد و لایحه سربازی که طبقه متوسط سابقاً گسترده و مرفهی را ایجاد کرده بود، پس از جنگ جهانی دوم پدید آمد. در حال حاضر، تروما ضروری‌ترین مسئله سلامت عمومی است و دانش لازم برای پاسخ‌دهی مؤثر به آن را هم در اختیار داریم. انتخاب با خودمان است که طبق دانسته‌هایمان عمل کنیم

یا نه.

سپاسگزاری

این کتاب حاصل سی سال تلاش برای درک نحوه مواجهه با تجربیات ترومایی و جان سالم به در بردن و بهبود از آن‌هاست. سی سال فعالیت بالینی با مردان، زنان و کودکان مبتلا به تروما؛ بحث و گفت‌وگوهای بی‌شمار با همکاران و دانشجویان؛ و مشارکت در دانش روبه‌تکامل نحوه مواجهه ذهن، مغز و بدن با تجربیات مقهورکننده و بهبود از آن‌ها.

اجازه دهید در ابتدا با کسانی که در سازمان‌دهی و نهایتاً انتشار این کتاب کمک کردند شروع کنم. ویراستارم تونی بوربنک که طی بازه‌ای دوساله چندین بار در هفته درباره چهارچوب، ساختار و محتواهای خاص کتاب با او مکاتبه می‌کردم. تونی به‌واقع هدف این کتاب را درک کرد و همین درک نقشی اساسی در تعیین شکل و محتوای کتاب داشته است. مدیر برنامه‌ام، برتنی بلوم، به اهمیت این اثر پی برد، انتشارات وایکینگ را برای چاپ تدارک دید و پشتیبانی‌ها و اظهارنظرهای مهمی را برای کتاب در اختیارم گذاشت. ریک کات، ویراستار انتشارات وایکینگ، مرا از بازخوردها و دستورالعمل‌های نگارشی ارزشمندش بهره‌مند کرد.

همکاران و دانشجویانم در مرکز تروما بستر، آزمایشگاه و نظام حمایتی این اثر را فراهم کرده‌اند. به‌علاوه همیشه یادآور واقعیت جدی فعالیت‌هایمان طی این سه دهه بوده‌اند. نمی‌توانم همه‌شان را نام ببرم اما جوزف اسپیناتزولا، مارگارت بلاوشتاین، راسلین مور، ریچارد جیکوبز، لیز وارنر، وندی داندربا، جیم هوپر، فران گراسمن، آلکس کوک، مارلا زاگر، کوین بکر، دیوید امرسون، استیو گراس، دانا مور، رابرت میسی، لیز ریس - اسمیت، پتی لوین، نینا مری، مارک گاپن، کری پکور، دبی کورن و بتا دی‌بوئر وَن در کولک جزء همکاران مهمم بوده‌اند. و بدون شک اندی پوند و سوزان وین از مؤسسه منبع عدالت.

الکساندر مک‌فارلن، اونو وَن در هارت، روث لانیوس و پل فروون، راشل یهودا، استیون پورجس، گلن ساکس، یاک پانکسپ، ژانه اُسترمن، جولیان فورد، بردا استولبک، فرانک پاتنم، بروس پری، جودیت هرمان، رابرت پینوس، برت‌هولد گرسونس، الرت ناینه‌وئیس، آنت استریک - فیشر، مریلین کلوترا، دن سیگل، الی نیوبرگر، وینسنت فلیتی، رابرت آندا و مارتین تایکر مهم‌ترین همراهان و راهنمایانم در مسیر درک و پژوهش استرس ترومایی بوده‌اند؛ همکارانم ادوارد ترونیک، کارلن لاینز - روث و بثاتریس بیبی هم مفهوم دل‌بستگی را به من آموزش دادند.

پیتر لوین، پت آگدن و آلبرت پسو پس از مطالعه مقاله‌ای که در سال ۱۹۹۴ در خصوص اهمیت بدن در

استرس تروما نوشته بودم، به پیشنهاد خود چیزهایی دربارهٔ بدن به من یاد دادند. هنوز هم از آنان می‌آموزم و از آن موقع این یادگیری به لطف مریان یوگا و مدیتیشن، استیون کوپ، جان کابات زین و جک کورنفیلد، گسترده‌تر شده است.

سبرن فیشر اولین کسی بود که بازخورد عصبی را به من آموخت. اد هملین و لری هیرشبرگ بعدها درک مرا از این مقوله گسترده‌تر کردند. ریچارد شوارتز شیوهٔ درمانی سیستم‌های خانوادهٔ درونی (آی‌اف‌اس) را یادم داد و در نگارش فصل مربوط به آی‌اف‌اس کمک کرد. کیپی دیویی و سیسا کامپیون مرا با تئاتر آشنا کردند، تینا پکر سعی کرد نحوهٔ کار تئاتر را به من آموزش دهد و اندرو بورثویک - زلی نیز جزئیات اساسی‌اش را در اختیارم گذاشت.

آدام کامینگز، ایمی سالیوان و سوزان میلر پشتیبانی‌های مهمی را فراهم آوردند که بدون آن‌ها بسیاری از پروژه‌های این کتاب هرگز به سرانجام نمی‌رسید.

لیسیا اسکای محیطی را ایجاد کرد که باعث شد تمرکز من روی نوشتن این کتاب بگذارم؛ بازخوردهای ارزشمندی دربارهٔ هریک از فصل‌ها ارائه داد؛ در بسیاری از تصاویر کتاب از استعداد هنری‌اش بهره بردم؛

و در بخش‌های مربوط به آگاهی بدنی و محتواهای موردی بالینی نیز شرکت داشت. منشی موردا اعتماد، آنجلا لین، مدیریت بحران‌های مختلف را بر عهده داشت و کشتی را با تمام سرعت در مسیر نگه داشت. اد و ادیت شونبرگ اغلب پناهگاهی در مقابل طوفان‌ها بودند؛ بری و لُری گلندن‌سahن نقش منتقد و الهام‌بخش‌های ادبی را ایفا کردند؛ و فرزندانش، حنا و نیکولاس، نشانم دادند هر نسل جدید در جهانی زندگی می‌کند که زمین تا آسمان با نسل پیش‌از خود تفاوت دارد و اینکه زندگی هر شخص منحصر به فرد است؛ اثری خلاقانه و شخصی است که ژنتیک، محیط یا فرهنگ به‌تنهایی نمی‌توانند توضیحی برای آن فراهم آورند.

بالاخره، بیمارانش که کتاب را به آن‌ها تقدیم می‌کنم - کاش می‌شد اسم تک‌تکتان را ببرم - کسانی که تقریباً هرآنچه می‌دانم از آن‌ها یاد گرفته‌ام چون شما کتاب درسی واقعی‌ام بودید؛ شما تأییدکننده نیروی زندگی هستید، نیرویی که ما انسان‌ها را صرف‌نظر از موانع روبه‌رویمان به سمت خلق زندگی معناداری سوق می‌دهد.

ضمیمه

معیارهای پیشنهادی مورد اجماع برای اختلال ترومای رشدی

هدف از معرفی طبقه تشخیصی اختلال ترومای رشدی ثبت واقعیت نموده‌های بالینی کودکان و نوجوانانی است که در معرض ترومای بین‌فردی مزمن قرار دارند؛ بدین‌ترتیب پزشکان بالینی را راهنمایی کنیم مداخلات درمانی کارآمدی را ایجاد کنند و به کار برند و به محققان کمک خواهیم کرد تا بتوانند عصب‌زیست‌شناسی و انتقال خشونت مزمن بین‌فردی را مطالعه کنند. نحوه خدمت‌رسانی سیستم تشخیصی کنونی به کودکانی که در محیطی با خطرهای دائمی، بدرفتاری و نظام‌های مراقبتی ناکارآمد بزرگ شده‌اند، صرف‌نظر از بود و نبود علائم پی‌تی‌اس‌دی در آن‌ها، نامطلوب است؛ چون این سیستم اغلب اوقات هیچ‌گونه تشخیصی برای این افراد قائل نیست؛ تشخیص‌های متعدد و غیرمرتبطی را ارائه می‌دهد؛ بدون اذعان به ترومای بین‌فردی و فقدان ایمنی در سبب‌شناسی علائم، بر کنترل رفتاری تأکید می‌کند؛ و به رفع اختلالات رشدی‌ای که اساس علائم به شمار می‌آیند توجهی ندارد.

معیارهای پیشنهادی مورداجماع برای اختلال ترومای رشدی در فوریه ۲۰۰۹ توسط کارگروه وابسته به شبکه ملی استرس ترومایی کودکان (ان‌سی‌تی‌اس‌ان) تدوین و ارائه شد؛ کارگروه یادشده را دکتر بسل ای. ون در کولک و دکتر رابرت اس. پینوس با مشارکت دکتر دانتیه شیکتی، دکتر مریلین کلوترا، دکتر وندی داندیریا، دکتر جولیان دی. فورد، دکتر الیسا اف. لیبرمن، دکتر فرانک دبلیو. پاتنم، دکتر گلن ساکس، دکتر جوزف اسپیناتزولا، دکتر بردلی استولبک و دکتر مارتین تایکر رهبری کردند. این معیارهای پیشنهادی حاصل بررسی جامع مطالعات تجربی، خرد بالینی متخصصان، برآوردهای پزشکان شبکه ان‌سی‌تی‌اس‌ان و تحلیل مقدماتی داده‌های به‌دست‌آمده از هزاران کودک در محیط‌های متعدد بالینی و مراقبتی ازجمله مراکز درمانی شبکه ان‌سی‌تی‌اس‌ان، سیستم‌های رفاهی دولتی اطفال، مراکز بستری روان‌پزشکی و مراکز بازپروری نوجوانان است. ازآنجاکه اعتبار، گستردگی و آستانه علائم یا کارایی بالینی این معیارها هنوز ازطریق جمع‌آوری و تحلیل آتی داده‌ها بررسی نشده، نباید معیارهای پیشنهادی را به‌شکل یک طبقه تشخیصی رسمی برای درج در دی‌اس‌ام در نظر گرفت. بلکه هدف این معیارها توصیف مهم‌ترین علائم بالینی است که بسیاری از کودکان و بزرگسالان پس‌از تجربه ترومای پیچیده از خود بروز می‌دهند. این معیارهای پیشنهادی از سال ۲۰۰۹ راهنمای کارآزمایی‌های میدانی اختلال ترومای رشدی بوده و تا به امروز هم ادامه دارند.

معیارهای پیشنهادی مورد اجماع برای اختلال ترومای رشدی

(الف): **مواجهه.** کودک یا بزرگسال طی دوره‌ای دست‌کم یک‌ساله از آغاز کودکی یا در اوایل نوجوانی، رویدادهای نامطلوب متعدد یا طولانی‌مدتی را تجربه یا مشاهده کرده است که از آن جمله می‌توان به این‌ها اشاره کرد:

الف-۱: تجربه یا مشاهده مستقیم دوره‌های مکرر و شدید خشونت بین‌فردی؛ و

الف-۲: شکاف‌های چشمگیر در مراقبت‌های پیشگیرانه به دلیل تغییر مکرر مراقب اصلی؛ جدایی مکرر از مراقب اصلی؛ یا مواجهه با سوءاستفاده شدید و دائمی عاطفی.

(ب): **بدتنظیمی عاطفی یا فیزیولوژیکی.** توانمندی‌های رشدی ضابطه‌مند کودک که با تنظیم انگیزتگی ارتباط دارد دچار اختلال شده است؛ در چنین موقعیتی دست‌کم دو مورد از موارد زیر در کودک دیده می‌شود:

ب-۱: ناتوانی تنظیم، تحمل، یا بهبود از حالت‌های شدید عاطفی (مثل ترس، خشم و شرم) که

شلوغ کاری یا بی حرکتی طولانی مدت و شدید از جمله آن هاست.

ب-۲: به هم ریختگی تنظیم کارکردهای بدن (مثلاً اختلالات دائمی در خوابیدن، غذا خوردن و دفع مواد زاید بدن؛ واکنش افراطی یا تفریطی به تماس و صدا؛ به هم ریختگی در تغییر و تحولات روزمره).

ب-۳: کاهش آگاهی / تداعی ادراکات، هیجانات و حالت های بدنی.

ب-۴: اختلال در توانایی توصیف هیجانات یا حالت های بدنی.

(ج): **بدتنظیمی توجهی و رفتاری.** توانمندی های رشدی ضابطه مند کودک که با توجه مداوم، یادگیری و مقابله با استرس ارتباط دارند دچار اختلال شده است؛ در چنین موقعیتی دست کم سه مورد از موارد زیر در کودک دیده می شود:

ج-۱: دل مشغولی به تهدید یا اختلال در توانایی درک تهدید که تفسیر نادرست سرنخ های ایمنی و خطر از جمله آن هاست.

ج-۲: اختلال در توانایی در خودمراقبتی که خطرپذیری و هیجان خواهی از جمله آن‌هاست.

ج-۳: تلاش‌های نابهنجار برای خودتسکینی (مثلاً جنباندن خود یا سایر حرکات موزون).

ج-۴: خودزنی از روی عادت (تعامدی یا خودکار) یا واکنشی.

ج-۵: ناتوانی در آغاز رفتار هدفمند یا حفظ آن.

(د): **بدتنظیمی خودی یا نَسَبی**. توانمندی‌های رشدی ضابطه‌مند کودک برای درک خود از هویت و برقراری رابطه با دیگران دچار اختلال شده است؛ در چنین موقعیتی دست‌کم سه مورد از موارد زیر در کودک دیده می‌شود:

د-۱: دل‌مشغولی شدید به ایمنی مراقب یا سایر عزیزان (از جمله مراقبت‌های زودرس) یا دشواری تحمل دیدار مجدد آن‌ها پس از جدایی‌شان.

د-۲: داشتن درک منفی پیوسته‌ای از خود شامل خودانزجاری، درماندگی، احساس بی‌ارزشی، ناکارآمدی

یا بی کفایتی.

د-۳: سوءظن شدید و دائمی، نافرمانی یا فقدان رفتار دوسویه در روابط با بزرگسالان یا همسن‌وسالان.

د-۴: پرخاشگری واکنشی فیزیکی یا زبانی به همسن‌وسالان، مراقبان یا سایر بزرگسالان.

د-۵: تلاش‌های نابجا (تلاش‌هایی افراطی یا حساب‌نشده) برای تماس نزدیک (شامل روابط جنسی یا فیزیکی اما نه محدود به آن) یا اتکای بیش از حد به همسن‌وسالان یا بزرگسالان برای امنیت و اطمینان خاطر.

د-۶: اختلال در توانایی تنظیم انگیختگی همدلانه که در نبود همدلی یا ناشکیبایی در مقابل ابراز ناراحتی‌های دیگران یا واکنش افراطی به ناراحتی‌هایشان نمود می‌یابد.

(ه): **علائم طیف پس‌از تروما.** کودک دست‌کم یکی از علائم اشاره‌شده در دست‌کم دو مورد از دسته‌بندی‌های (ب)، (ج) و (د)، مربوط به علائم پی‌تی‌اس‌دی، را از خود نشان می‌دهد.

(و): مدت اختلال (علائم معیارهای اختلال ترومای رشدی دسته‌بندی‌های (ب)، (ج)، (د) و (و)) حداقل شش ماه است.

(ز): نارسایی عملکردی. اختلال‌های فوق دست‌کم در دو مورد از حوزه‌های عملکردی زیر موجب ناراحتی یا نارسایی چشمگیر بالینی می‌شوند:

- آموزشی؛

- خانوادگی؛

- گروه هم‌سن‌وسال‌ها؛

- حقوقی؛

- سلامتی؛

- شغلی (برای جوانانی که هم‌اکنون شاغل‌اند، کار داوطلبانه انجام می‌دهند یا در حال کارآموزی‌اند یا اینکه به دنبال این مواردند یا برای انجامشان معرفی شده‌اند).

منبع:

B. A. van der Kolk, "Developmental Trauma Disorder: Toward A Rational Diagnosis for Children With Complex Trauma Histories," *Psychiatric Annals*, ۳۵, no. ۵ (۲۰۰۵): ۴۰۱-۴۰۸.

منابع

اطلاعات عمومی دربارهٔ تروما و درمان آن

- مرکز تروما وابسته به مؤسسهٔ منبع عدالت (جی آر آی). این آدرس وبگاه مرکز تروماست که خودم مدیر پزشکی آن هستم؛ در این وبگاه منابع متعددی برای قشرهای خاص و رویکردهای درمانی، سخنرانی‌ها و دوره‌های متنوعی یافت می‌شود:

<http://traumacenter.org>

- صفحهٔ اطلاع‌رسانی دیوید بالدوین دربارهٔ تروما اطلاعاتی را دربارهٔ پزشکان بالینی و پژوهشگران حوزهٔ استرس پس از تروما فراهم می‌آورد:

[/http://trauma-pages.com](http://trauma-pages.com)

- شبکه ملی استرس ترومایی کودکان (ان‌سی‌تی‌اس‌ان). حاوی درمان‌های مؤثری برای جوانان، آموزش‌های مربوط به تروما و سنجه‌های آموزشی؛ مروری بر سنجه‌های بررسی‌کننده تروما برای والدین، مربیان، قضات، آژانس‌های رفاهی کودکان، نظامیان و درمانگران:

[/http://nctsnet.org](http://nctsnet.org)

- انجمن روان‌شناسی آمریکا. راهنمایی برای مبتلایان به تروما و عزیزانشان:

[/http://apa.org/topics/trauma](http://apa.org/topics/trauma)

- تجارب نامطلوب دوران کودکی. چندین وبسایت به مطالعه ای‌سی‌ای و پیامدهایش پرداخته‌اند:

[/http://acestoohigh.com/got-your-ace-score](http://acestoohigh.com/got-your-ace-score)

[/http://www.cdc.gov/violenceprevention/acesstudy](http://www.cdc.gov/violenceprevention/acesstudy)

[/http://acesstudy.org](http://acesstudy.org)

- سازمان گیت فرام ویزین ارائه‌دهنده منابع پی‌تی‌اس‌دی برای بازماندگان و مراقبان:

<http://giftfromwithin.org>

- ذر اند بک اِگین سازمانی غیرانتفاعی است که از تندرستی کارکنان ارتش پشتیبانی می‌کند. مأموریتش ارائه خدمات پشتیبانی برای کهنه‌سربازان جنگی به‌منظور ورود مجدد به اجتماع است:

[/http://thereandbackagain.org](http://thereandbackagain.org)

- درمان‌گریاب هلپ‌پرو. فهرست جامعی از درمان‌گران محلی که در زمینه تروما و سایر موضوعات تخصص دارند، به گروه‌های خاصی خدمت‌رسانی کرده و روش‌های سهل‌گیری برای پرداخت دارند:

[/http://helppro.com](http://helppro.com)

- بنیاد سیدران حاوی خاطرات ترومایی و اطلاعاتی کلی در خصوص مواجهه با تروماست:

<http://sidran.org>

- تروماتولوژی. نشریه الکترونیکی آکادمی تروماتولوژی گرین کراس به سردبیری چارلز فیگلی:

<http://greencross.org>

- پایگاه داده پی‌آی‌ال‌اُتی‌اس (پایلوئس) در دارتموث یک پایگاه داده قابل جست‌وجو است که توسط مرکز ملی پی‌تی‌اس‌دی ایجاد شده و آثار منتشرشده در سطح جهان در خصوص اختلال استرس پس‌از تروما در آن گنجانده شده است:

<http://search.proquest.com/pilots/?accountid=28179>

منابع دولتی

- مرکز ملی پی‌تی‌اس‌دی حاوی لینک‌هایی به فصلنامه پژوهشی پی‌تی‌اس‌دی و بخش‌های این مرکز است؛ برخی از این بخش‌ها عبارت‌اند از بخش علوم رفتاری، بخش علوم اعصاب بالینی و بخش علوم سلامت زنان:

<http://ptsd.va.gov>

- دفتر قربانیان جرایم در وزارت دادگستری. این دفتر منابع مختلفی را در اختیار قربانیان جرایم در ایالات متحده و در سطح بین‌الملل ارائه می‌دهد؛ کتابچه راهنمای فرصت‌های سرمایه‌گذاری برای کمک به قربانیان براساس ایالت و منطقه فهرستی از اسامی، نشانی پستی، شماره تلفن و نشانی ایمیل برنامه‌های حمایت‌های مالی فدرالی را برای قربانیان جرایم ارائه می‌دهد:

<http://ojp.gov/ovc>

- مؤسسات ملی سلامت روان:

<http://nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stressdisorder-ptsd/>

index.shtml

وبسایت‌هایی که منحصرأ با تروما و حافظه سروکار دارند

- وبگاه JimHopper.com حاوی اطلاعاتی دربارهٔ مراحل بهبود، خاطرات بازیابی‌شده و مروری جامع بر آثاری است که در خصوص به یادآوری تروما منتشر شده‌اند.

- پروژهٔ حافظهٔ بازیابی‌شده. آرشیوی که راس چیت از دانشگاه براون گردآوری کرده است:

[/http://brown.edu/academics/taubman-center](http://brown.edu/academics/taubman-center)

داروها

- دربارهٔ داروهای مقابله با پی‌تی‌اس‌دی. دکتر جاناتان شی، روان‌پزشک درمانگاه سرپایی اداره امور کهنه‌سربازان بوستون:

<http://dr-bob.org/tips/ptsd.html>. webMD

+<http://webmd.com/drugs/condition=۱۰۲۰-post+traumatic>

[stress+disorder.aspx?diseaseid=۱۰۲۰&diseasename=post+traumatic+stress+disorder](http://webmd.com/drugs/condition=۱۰۲۰-post+traumatic+stress+disorder.aspx?diseaseid=۱۰۲۰&diseasename=post+traumatic+stress+disorder)

سازمان‌های تخصصی‌ای که بر پژوهش و توزیع آثار پژوهشی تروما متمرکزند:

- انجمن بین‌المللی مطالعات استرس ترومایی:

<http://istss.com>

- انجمن اروپایی مطالعات استرس ترومایی:

<http://estss.org>

- انجمن بین‌المللی مطالعهٔ تروما و گسستگی (آی‌اس‌اس‌تی‌دی):

<http://isst-d.org>

سازمان‌های تخصصی‌ای که با شیوه‌های درمانی خاص سروکار دارند

- اتحادیهٔ بین‌المللی ای‌ام‌دی‌آر (ای‌ام‌دی‌آر‌ای):

<http://emdria.org>

- مؤسسهٔ حسی‌حرکتی (که پت‌آگدن آن را بنیان نهاد):

<http://sensorimotorpsychotherapy.org/home/index.html>

- تجربهٔ بدنی (که پیتر لوین تأسیس کرد):

<http://traumahealing.com/somaticexperiencing/index.html>

- شیوه درمانی سیستم‌های خانواده درونی:

[/http://selfleadership.org](http://selfleadership.org)

- شیوه درمانی روانی حرکتی سیستم پسو بویدن:

<http://PBSP.com>

پروژه‌های تئاتری (نمونه‌ای از پروژه‌ها برای جوانان مبتلا به تروما)

- اربن ایمپرواز از کارگاه‌های تئاتر بداهه برای آموزش نحوه جلوگیری از خشونت، حل اختلافات و تصمیم‌گیری استفاده می‌کند:

[/http://urbanimprov.org](http://urbanimprov.org)

- پروژه پاسبیلیتی در نیویورک:

[/http://the-possibilityproject.org](http://the-possibilityproject.org)

- شکسپیر در دادگاه‌ها:

[/http://shakespeare.org/education/foryouth/shakespearecourts](http://shakespeare.org/education/foryouth/shakespearecourts)

یوگا و ذهن‌آگاهی

[/http://givebackyoga.org](http://givebackyoga.org)

[/http://kripalu.org](http://kripalu.org)

[/http://mindandlife.org](http://mindandlife.org)

مطالعه بیشتر

رسیدگی به کودکان مبتلا به تروما

Blaustein, Margaret, and Kristine Kinniburgh. Treating Traumatic Stress in - Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attachment, .Self-Regulation, and Competency. New York: Guilford, ۲۰۱۲

Hughes, Daniel. Building the Bonds of Attachment. New York: Jason - .Aronson, ۲۰۰۶

Perry, Bruce, and Maia Szalavitz. The Boy Who Was Raised as a Dog: And - Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook. New York: Basic Books, .۲۰۰۶

Terr, Lenore. Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood. Basic -
.Books, ۲۰۰۸

Terr, Lenore C. Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The -
.Power of Play. Ed., Eliana Gil. New York: Guilford Press, ۲۰۱۱

Saxe, Glenn, Heidi Ellis, and Julie Kaplow. Collaborative Treatment of -
Traumatized Children and Teens: The Trauma Systems Therapy Approach.
.New York: Guilford Press, ۲۰۰۶

Lieberman, Alicia, and Patricia van Horn. Psychotherapy with Infants and -
Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early
.Attachment. New York: Guilford Press, ۲۰۱۱

Siegel, Daniel J. *Mindsight: The New Science of Personal Transformation*. -
.New York: Norton, 2010.

Fosha D., M. Solomon, and D. J. Siegel. *The Healing Power of Emotion: -
Affective Neuroscience, Development and Clinical Practice* (Norton Series
.on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2009

Siegel, D., and M. Solomon: *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body -
and Brain* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York:
.Norton, 2012

Courtois, Christine, and Julian Ford. *Treating Complex Traumatic Stress -
Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models*. New
.York: Guilford, 2013

Herman, Judith. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from -
.Domestic Abuse to Political Terror. NewYork: Basic Books, ١٩٩٢

علوم اعصاب تروما

Panksepp, Jaak, and Lucy Biven. The Archaeology of Mind: -
Neuroevolutionary Origins of Human Emotions (Norton Series on
.Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, ٢٠١٢

Davidson, Richard, and Sharon Begley. The Emotional Life of Your Brain: -
How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live—and How
. You Can Change Them. New York: Hachette, ٢٠١٢

Porges, Stephen. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations -
of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation (Norton

.Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, ۲۰۱۱

Fogel, Alan. Body Sense: The Science and Practice of Embodied -
Self-Awareness (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York:
.Norton, ۲۰۰۹

Shore, Allan N. Affect Regulation and the Origin of the Self: The -
.Neurobiology of Emotional Development. New York: Psychology Press, ۱۹۹۴

Damasio, Antonio R. The Feeling of What Happens: Body and Emotion in -
.the Making of Consciousness. Houghton Mifflin Harcourt, ۲۰۰۰

رویکردهای درمانی بدن محور

Cozzolino, Louis. The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social -
Brain, second edition (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New

.York: Norton, ۲۰۱۰

Ogden, Pat, and Kekuni Minton. Trauma and the Body: A Sensorimotor -
Approach to Psychotherapy (Norton Series on Interpersonal Neurobiology).
.New York: Norton, ۲۰۰۸

Levine, Peter A. In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma -
.and Restores Goodness. Berkeley: North Atlantic, ۲۰۱۰

Levine, Peter A., and Ann Frederic. Waking the Tiger: Healing Trauma. -
Berkeley: North Atlantic, ۲۰۱۲

Curran, Linda. ۱۰۱ Trauma-Informed Interventions: Activities, Exercises -
.and Assignments to Move the Client and Therapy Forward. PESI, ۲۰۱۳

- ایام دی آر

Parnell, Laura. Attachment-Focused EMDR: Healing Relational Trauma. -
.New York: Norton, ۲۰۱۳

Shapiro, Francine. Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with -
.Self-Help Techniques from EMDR Therapy. Emmaus, PA: Rodale, ۲۰۱۲

Shapiro, Francine, and Margot Silk Forrest. EMDR: The Breakthrough "Eye -
Movement" Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma. New
.York: Basic Books, ۲۰۰۴

مواجهه با گسستگی

Schwartz, Richard C. Internal Family Systems Therapy (The Guilford -
.Family Therapy Series). New York: Guilford, ۱۹۹۷

O. van der Hart, E. R. Nijenhuis, and F. Steele. The Haunted Self: -

Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. New
.York: Norton, ۲۰۰۶

همسران

Gottman, John. The Science of Trust: Emotional Attunement for Couples. -
.New York: Norton, ۲۰۱۱

یوگا

Emerson, David, and Elizabeth Hopper. Overcoming Trauma through -
.Yoga: Reclaiming Your Body. Berkeley: North Atlantic, ۲۰۱۲

Cope, Stephen. Yoga and the Quest for the True Self. New York: Bantam -
.Books, ۱۹۹۹

بازخورد عصبی

Fisher, Sebern. Neurofeedback in the Treatment of Developmental -
.Trauma: Calming the Fear-Driven Brain. New York: Norton, ۲۰۱۴

Demos, John N. Getting Started with Neurofeedback. New York: Norton, -
.۲۰۰۵

Evans, James R. Handbook of Neurofeedback: Dynamics and Clinical -
.Applications. CRC Press, ۲۰۱۳

تأثیرات فیزیکی تروما

Mate, Gabor When the Body Says No: Understanding the Stress-Disease -
.Connection. New York: Random House, ۲۰۱۱

Sapolsky, Robert. Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to -
.Stress, Stress-Related Diseases, and Coping. New York: Macmillan ۲۰۰۴

مراقبه و ذهن آگاهی

Zinn, Jon Kabat and Thich Nat Hanh. Full Catastrophe Living: Using the -
Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness, revised
.edition. New York: Random House, ۲۰۰۹

Kornfield, Jack. A Path with Heart: A Guide Through The Perils and -
.Promises of Spiritual Life. New York: Random House, ۲۰۰۹

Goldstein, Joseph, and Jack Kornfield. Seeking the Heart of Wisdom: The -
.Path of Insight Meditation. Shambhala Publications, ۲۰۰۱

درمان روانی حرکتی

Pesso, Albert, and John S. Crandell. Moving Psychotherapy: Theory and -
.Application of Pesso System-Psychomotor Therapy. Brookline Books, 1991

Pesso, Albert. Experience In Action: A Psychomotor Psychology, New -
.York: New York University Press, 1969

پی‌نوشت‌ها

پیشگفتار

۱. V. Felitti, et al. "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study." American Journal of Preventive Medicine ۱۴, no. ۴ (۱۹۹۸): ۲۴۵-۵۸

فصل اول: درس‌هایی از کهنه‌سربازان جنگ ویتنام

۱. Kardiner, The Traumatic Neuroses of War (New York: P. Hoeber, ۱۹۴۱). Later I discovered that numerous textbooks on war trauma were published around both the First and Second World Wars, but as Abram Kardiner wrote

in 1947: "The subject of neurotic disturbances consequent upon war has, in the past 25 years, been submitted to a good deal of capriciousness in public interest and psychiatric whims. The public does not sustain its interest, which was very great after World War I, and neither does psychiatry. Hence ". these conditions are not subject to continuous study

.2. Op cit, p. 7

3. B. A. van der Kolk, "Adolescent Vulnerability to Post Traumatic Stress .Disorder," Psychiatry 48 (1985): 365-70.

4. S. A. Haley, "When the Patient Reports Atrocities: Specific Treatment Considerations of the Vietnam Veteran," Archives of General Psychiatry 30. (1974): 191-96

Δ. E. Hartmann, B. A. van der Kolk, and M. Olfield, "A Preliminary Study of the Personality of the Nightmare Sufferer," *American Journal of Psychiatry* 138 (1981): 794-97; B. A. van der Kolk, et al., "Nightmares and Trauma: Life-long and Traumatic Nightmares in Veterans," *American Journal of .Psychiatry* 141 (1984): 187-9.

ϵ. B. A. van der Kolk and C. Ducey, "The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD," *Journal of Traumatic .Stress* 2 (1989): 259-74

Υ. Unlike normal memories, traumatic memories are more like fragments of sensations, emotions, reactions, and images, that keep getting reexperienced in the present. The studies of Holocaust memories at Yale by Dori Laub and Nanette C. Auerhahn, as well as Lawrence L. Langer's book *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory*, and, most of all, Pierre

Janet's 1889, 1893, and 1905 descriptions of the nature of traumatic memories helped us organize what we saw. That work will be discussed in the .memory chapter

8. D. J. Henderson, "Incest," in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, eds. A. M. Freedman and H. I. Kaplan, 2nd ed. (Baltimore: Williams & Wilkins, 1974), 1536

9. Ibid

10. K. H. Seal, et al., "Bringing the War Back Home: Mental Health Disorders Among 103, 788 U.S. Veterans Returning from Iraq and Afghanistan Seen at Department of Veterans Affairs Facilities," *Archives of Internal Medicine* 167, no. 5 (2007): 476-82; C. W. Hoge, J. L. Auchterlonie, and C. S. Milliken, "Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from

Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan,"
.Journal of the American Medical Association 295, no. 9 (2006): 1023-32

11. D. G. Kilpatrick and B. E. Saunders, Prevalence and Consequences of Child Victimization: Results from the National Survey of Adolescents: Final Report (Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical .(University of South Carolina 1997

12. U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, Child Maltreatment 2007, 2009. See also U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's .Bureau, Child Maltreatment 2010, 2011

فصل دوم: تحول در فهم ذهن و مغز

۱. G. Ross Baker, et al., "The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada," Canadian Medical Association Journal ۱۷۰, no. ۱۱ (۲۰۰۴): ۱۶۷۸-۸۶; A. C. McFarlane, et al., "Posttraumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Inpatient Population," Journal of Traumatic Stress ۱۴, no. ۴ (۲۰۰۱): ۶۳۳-۴۵; Kim T. Mueser, et al., "Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness," Journal of Consulting and Clinical Psychology ۶۶, no. ۳ (۱۹۹۸): ۴۹۳; .National Trauma Consortium, www.nationaltraumaconsortium.org
۲. E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, trans. J. .Zinkin (Washington, DC: International Universities Press, ۱۹۵۰), p. ۲۲۷
۳. L. Grinspoon, J. Ewalt, and R. I. Shader, "Psychotherapy and

Pharmacotherapy in Chronic Schizophrenia," American Journal of Psychiatry 124, no. 12 (1968): 1645-52. See also L. Grinspoon, J. Ewalt, and R. I. Shader, Schizophrenia: Psychotherapy and Pharmacotherapy (Baltimore: Williams and Wilkins, 1972).

4. T. R. Insel, "Neuroscience: Shining Light on Depression," Science 237, no. 5839 (2007): 757-58. See also C. M. France, P. H. Lysaker, and R. P. Robinson, "The 'Chemical Imbalance' Explanation for Depression: Origins, Lay Endorsement, and Clinical Implications," Professional Psychology: Research and Practice 38 (2007): 411-20.

5. B. J. Deacon, and J. J. Lickel, "On the Brain Disease Model of Mental Disorders," Behavior Therapist 32, no. 6 (2009).

6. J. O. Cole, et al., "Drug Trials in Persistent Dyskinesia (Clozapine)," in

Tardive Dyskinesia, Research and Treatment, ed. R. C. Smith, J. M. Davis, .(and W. E. Fahn (New York: Plenum, 1979

7. E. F. Torrey, Out of the Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis (New York: John Wiley & Sons, 1997). However, other factors were equally important, such as President Kennedy's 1963 Community Mental Health Act, in which the federal government took over paying for mental health care and which rewarded states for treating mentally ill people in the . community

8. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature. Work Group to Revise DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental .(Disorders (American Psychiatric Publishing, 1980.

9. S. F. Maier and M. E. Seligman, "Learned Helplessness: Theory and

Evidence," *Journal of Experimental Psychology: General* 105, no. 1 (1976): 3.
See also M. E. Seligman, S. F. Maier, and J. H. Geer, "Alleviation of Learned Helplessness in the Dog," *Journal of Abnormal Psychology* 73, no. 3 (1968): 256; and R. L. Jackson, J. H. Alexander, and S. F. Maier, "Learned Helplessness, Inactivity, and Associative Deficits: Effects of Inescapable Shock on Response Choice Escape Learning," *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes* 6, no. 1 (1980): 1

10. G. A. Bradshaw and A. N. Schore, "How Elephants Are Opening Doors: Developmental Neuroethology, Attachment and Social Context," *Ethology* 113 (2007): 426-36

11. D. Mitchell, S. Koleszar, and R. A. Scopatz, "Arousal and T-Maze Choice Behavior in Mice: A Convergent Paradigm for Neophobia Constructs and Optimal Arousal Theory," *Learning and Motivation* 15 (1984): 287-301. See

also D. Mitchell, E. W. Osborne, and M. W. O'Boyle, "Habituation Under Stress: Shocked Mice Show Nonassociative Learning in a T-maze," .Behavioral and Neural Biology 43 (1985): 212-17

12. B. A. van der Kolk, et al., "Inescapable Shock, Neurotransmitters and Addiction to Trauma: Towards a Psychobiology of Post Traumatic Stress," .Biological Psychiatry 20 (1985): 414-25

13. C. Hedges, War Is a Force That Gives Us Meaning (New York: Random .(House Digital, 2003

14. B. A. van der Kolk, "The Compulsion to Repeat Trauma: Revictimization, Attachment and Masochism," Psychiatric Clinics of North America 12 (1989): .389-411

15. R. L. Solomon, "The Opponent-Process Theory of Acquired Motivation: The Costs of Pleasure and the Benefits of Pain," *American Psychologist* 35 (1980): 691-712

16. H. K. Beecher, "Pain in Men Wounded in Battle," *Annals of Surgery* 123, no. 1 (January 1946): 96-105

17. B. A. van der Kolk, et al., "Pain Perception and Endogenous Opioids in Post Traumatic Stress Disorder," *Psychopharmacology Bulletin* 25 (1989): 117-21. See also R. K. Pitman, et al., "Naloxone Reversible Stress Induced Analgesia in Post Traumatic Stress Disorder," *Archives of General Psychiatry* 47 (1990): 541-47; and Solomon, "Opponent-Process Theory of ".Acquired Motivation

18. J. A. Gray and N. McNaughton, "The Neuropsychology of Anxiety:

Reprise," in Nebraska Symposium on Motivation (University of Nebraska Press, 1996), 43, 61-134. See also C. G. DeYoung and J. R. Gray, "Personality Neuroscience: Explaining Individual Differences in Affect, Behavior, and Cognition, in The Cambridge Handbook of Personality Psychology (2009), 323-46.

19. M. J. Raleigh, et al., "Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys," Archives of General Psychiatry 41 (1984): 505-10.

20. B. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Post Traumatic Stress," Journal of Clinical Psychiatry (1994): 517-22

21. For the Rorschach aficionados among you, it reversed the C + CF/FC ratio

٢٢. Grace E. Jackson, *Rethinking Psychiatric Drugs: A Guide for Informed Consent* (AuthorHouse, ٢٠٠٥); Robert Whitaker, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness* .(in America (New York: Random House, ٢٠١١

٢٣. We will return to this issue in chapter ١٥, where we discuss our study comparing Prozac with EMDR, in which EMDR had better long-term results .than Prozac in treating depression, at least in adult-onset trauma

٢٤. J. M. Zito, et al., "Psychotropic Practice Patterns for Youth: A ١٠-Year Perspective," *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* ١٥٧ (January .٢٠٠٣): ١٧-٢٥

٢٥.

http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_largest_selling_pharmaceutical_

.products

۲۶. Lucette Lagnado, "U.S. Probes Use of Antipsychotic Drugs on Children,"
.Wall Street Journal, August ۱۱, ۲۰۱۳

۲۷. Katie Thomas, "J.&J. to Pay \$۲.۲ Billion in Risperdal Settlement," New
.York Times, November ۴, ۲۰۱۳

۲۸. M. Olfson, et al., "Trends in Antipsychotic Drug Use by Very Young,
Privately Insured Children," Journal of the American Academy of Child &
.Adolescent Psychiatry ۴۹, no.۱ (۲۰۱۰): ۱۳-۲۳

۲۹. M. Olfson, et al., "National Trends in the Outpatient Treatment of
Children and Adolescents with Antipsychotic Drugs," Archives of General
.Psychiatry ۶۳, no. ۶ (۲۰۰۶): ۶۷۹

30. J. Hall, et al., "Patterns of Abuse Among Unintentional Pharmaceutical Overdose Fatalities," *Journal of the American Medical Association* 300, no. 22 . (2008): 2613-2.

31. During the past decade two editors in chief of the most prestigious professional medical journal in the United States, the *New England Journal of Medicine*, Dr. Marcia Angell and Dr. Arnold Relman, have resigned from their positions because of the excessive power of the pharmaceutical industry over medical research, hospitals, and doctors. In a letter to the *New York Times* on December 28, 2004, Angell and Relman pointed out that the previous year one drug company had spent 28 percent of its revenues (more than \$6 billion) on marketing and administrative expenses, while spending only half that on research and development; keeping 30 percent in net income was typical for the pharmaceutical industry. They concluded:

"The medical profession should break its dependence on the pharmaceutical industry and educate its own." Unfortunately, this is about as likely as politicians breaking free from the donors that finance their .election campaigns

فصل سوم: نگاهی به مغز: انقلاب علوم اعصاب

۱. B. Roozendaal, B. S. McEwen, and S. Chattarji, "Stress, Memory and the .Amygdala," Nature Reviews Neuroscience ۱۰, no. ۶ (۲۰۰۹): ۴۲۳-۳۳
۲. R. Joseph, The Right Brain and the Unconscious (New York: Plenum .(Press, ۱۹۹۵
۳. The movie The Assault (based on the novel of the same name by Harry Mulisch), which won the Oscar for Best Foreign Language Film in ۱۹۸۶, is a

good illustration of the power of deep early emotional impressions in
.determining powerful passions in adults

۴. This is the essence of cognitive behavioral therapy. See Foa, Friedman,
.and Keane, ۲۰۰۰ Treatment Guidelines for PTSD

فصل چهارم: فرار برای نجات جان: کالبدشناسی بقا

۱. R. Sperry, "Changing Priorities," Annual Review of Neuroscience ۴ (۱۹۸۱):
.۱-۱۵

۲. A. Lima, et al., "The Impact of Tonic Immobility Reaction on the
Prognosis of Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Psychiatric Research
. ۴۴, no. ۴ (March ۲۰۱۰): ۲۲۴-۲۸

۳. P. Janet, L'automatisme psychologique (Paris: Félix Alcan, ۱۸۸۹

ϕ. R. R. Llinás, *I of the Vortex: From Neurons to Self* (Cambridge, MA: MIT Press, 2002). See also R. Carter and C. D. Frith, *Mapping the Mind* (Berkeley: University of California Press, 1998); R. Carter, *The Human Brain Book* (Penguin, 2009); and J. J. Ratey, *A User's Guide to the Brain* (New York: Pantheon Books, 2001), 179

Δ. D. Perry, et al., "Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and Use Dependent Development of the Brain: How States Become Traits," *Infant Mental Health Journal* 16, no. 4 (1995): 271-91

Ϟ. I am indebted to my late friend David Servan-Schreiber, who first made this distinction in his book *The Instinct to Heal*

Υ. E. Goldberg, *The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind* ((London, Oxford University Press, 2001

λ. G. Rizzolatti and L. Craighero "The Mirror-Neuron System," Annual Review of Neuroscience 27 (2004): 169-92. See also M. Iacoboni, et al., "Cortical Mechanisms of Human Imitation," Science 286, no. 5449 (1999): 2526-28; C. Keysers and V. Gazzola, "Social Neuroscience: Mirror Neurons Recorded in Humans," Current Biology 20, no. 8 (2010): R353-54; J. Decety and P. L. Jackson, "The Functional Architecture of Human Empathy," Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews 3 (2004): 71-100; M. B. Schippers, et al., "Mapping the Information Flow from One Brain to Another During Gestural Communication," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 107, no. 20 (2010): 9388-93; and A. N. Meltzoff and J. Decety, "What Imitation Tells Us About Social Cognition: A Rapprochement Between Developmental Psychology and Cognitive Neuroscience," Philosophical Transactions of the Royal Society, London 368 (2003): 491-500.

9. Goleman, *Emotional Intelligence* (New York: Random House, 2006). See also V. S. Ramachandran, "Mirror Neurons and Imitation Learning as the Driving Force Behind 'the Great Leap Forward' in Human Evolution," *Edge* (May 2003), <http://edge.org/conversation/mirror-neurons-and-imitation-learning-as-the-driving-forcebehind-the-great-leap-forward-in-human-evolution> .((retrieved April 13, 2013

10. G. M. Edelman, and J. A. Gally, "Reentry: A Key Mechanism for Integration of Brain Function," *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7 ((2013

11. J. LeDoux, "Rethinking the Emotional Brain," *Neuron* 73, no. 4 (2012): 653-76. See also J. S. Feinstein, et al., "The Human Amygdala and the .Induction and Experience of Fear," *Current Biology* 21, no. 1 (2011): 34-38

12. The medial prefrontal cortex is the middle part of the brain (neuroscientists call them "the midline structures"). This area of the brain comprises a conglomerate of related structures: the orbito-prefrontal cortex, the inferior and dorsal medial prefrontal cortex, and a large structure called the anterior cingulate, all of which are involved in monitoring the internal state of the organism and selecting the appropriate response. See, e.g., D. Diorio, V. Viau, and M. J. Meaney, "The Role of the

Medial Prefrontal Cortex (Cingulate Gyrus) in the Regulation of Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Responses to Stress," *Journal of Neuroscience* 13, no. 9 (September 1993): 3839-47; J. P. Mitchell, M. R. Banaji, and C. N. Macrae, "The Link Between Social Cognition and Self-Referential Thought in the Medial Prefrontal Cortex," *Journal of Cognitive Neuroscience* 17, no. 8. (2005): 1306-15; A. D'Argembeau, et al., "Valuing One's Self: Medial Prefrontal Involvement in Epistemic and Emotive Investments in Self-Views," *Cerebral Cortex* 22 (March 2012): 659-67; M. A. Morgan, L. M. Romanski, J. E. LeDoux, "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex," *Neuroscience Letters* 163 (1993): 109-13; L. M. Shin, S. L. Rauch, and R. K. Pitman, "Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD," *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, no. 1 (2006): 67-79; L. M. Williams, et al., "Trauma Modulates Amygdala and Medial

Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear," *Neuroimage*, 29, no. 2 (2006): 347-57; M. Koenig and J. Grafman, "Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Medial Prefrontal Cortex and Amygdala," *Neuroscientist* 15, no. 5 (2009): 540-48; and M. R. Milad, I. Vidal-Gonzalez, and G. J. Quirk, "Electrical Stimulation of Medial Prefrontal Cortex Reduces Conditioned Fear in a Temporally Specific Manner," *Behavioral Neuroscience* 118, no. 2 (2004): 389.

13. B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD," *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071 (2006): 277-93.

14. P. D. MacLean, *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions* (New York, Springer, 1990).

15. Ute Lawrence, *The Power of Trauma: Conquering Post Traumatic Stress*

.Disorder, iUniverse, 2009

16. Rita Carter and Christopher D. Frith, *Mapping the Mind* (Berkeley: University of California Press, 1998). See also A. Bechara, et al., "Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex," *Cognition* 50, no. 1 (1994): 7-15; A. Pascual-Leone, et al., "The Role of the Dorsolateral Prefrontal Cortex in Implicit Procedural Learning," *Experimental Brain Research* 107, no. 3 (1996): 479-85; and S. C. Rao, G. Rainer, and E. K. Miller, "Integration of What and Where in the Primate Prefrontal Cortex," *Science* 276, no. 5313 (1997): 821-24

17. H. S. Duggal, "New-Onset PTSD After Thalamic Infarct," *American Journal of Psychiatry* 159, no. 12 (2002): 2113-a. See also R. A. Lanius, et al., "Neural Correlates of Traumatic Memories in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional MRI Investigation," *American Journal of Psychiatry* 158, no. 11

(2001): 192-22; and I. Liberzon, et al., "Alteration of Corticothalamic Perfusion Ratios During a PTSD Flashback," *Depression and Anxiety* 4, no. 3 . (1996): 146-5.

18. R. Noyes Jr. and R. Kletti, "Depersonalization in Response to Life-Threatening Danger," *Comprehensive Psychiatry* 18, no. 4 (1977): 375-84. See also M. Sierra, and G. E. Berrios, "Depersonalization: Neurobiological Perspectives," *Biological Psychiatry* 44, no. 9 (1998): .898-908

19. Church, et al., "Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study," *Traumatology* 18, no. 3 (2012): 73-79; and D. Feinstein and D. Church, "Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions," *Review of General*

.Psychology ۱۴, no. ۴ (۲۰۱۰): ۲۸۳-۹۵. See also www.vetcases.com

فصل پنجم: پیوندهای بدن و مغز

۱. C. Darwin, *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (London: Oxford University Press, ۱۹۹۸).

۲. Ibid., ۷۱

۳. Ibid

۴. Ibid., ۷۱-۷۲

۵. P. Ekman, *Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement* (Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, ۱۹۷۸). See also C. E. Izard, *The Maximally Discriminative Facial*

Movement Coding System (MAX) (Newark, DE: University of Delaware
Instructional Resource Center, 1979)

6. S. W. Porges, *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*, Norton Series
on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton & Company, 2011)

7. This is Stephen Porges's and Sue Carter's name for the ventral vagal
system.<http://www.pesi.com>

[/bookstore/A_Neural_Love_Code__The_Body_s_Need_to_Engage_and
d_Bond-details.aspx](http://www.pesi.com/bookstore/A_Neural_Love_Code__The_Body_s_Need_to_Engage_and_Bond-details.aspx)

8. S. S. Tomkins, *Affect, Imagery, Consciousness* (vol. 1, *The Positive Affects*) (New York: Springer, 1962); S. S. Tomkin, *Affect, Imagery, Consciousness* (vol. 2, *The Negative Affects*) (New York: Springer, 1963)

9. P. Ekman, *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life* (New York: Macmillan, 2007); P. Ekman, *The Face of Man: Expressions of Universal Emotions in a New Guinea Village* (New York: Garland STPM Press, 1980).

10. See, e.g., B. M. Levinson, "Human/Companion Animal Therapy," *Journal of Contemporary Psychotherapy* 14, no. 2 (1984): 131-44; D. A. Willis, "Animal Therapy," *Rehabilitation Nursing* 22, no. 2 (1997): 78-81; and A. H. Fine, ed., *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice* (Academic Press, 2010).

11. P. Ekman, R. W. Levenson, and W. V. Friesen, "Autonomic Nervous System Activity Distinguishes Between Emotions," *Science* 221 (1983): 1208-10.

۱۲. J. H. Jackson, "Evolution and Dissolution of the Nervous System," in Selected Writings of John Hughlings Jackson, ed. J. Taylor (London: Stapes .Press, ۱۹۵۸), ۴۵-۱۱۸

.۱۳. Porges pointed out this pet store analogy to me

۱۴. S. W. Porges, J. A. Doussard-Roosevelt, and A. K. Maiti, "Vagal Tone and the Physiological Regulation of Emotion," in The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations, ed. N. A. Fox, Monographs of the Society for Research in Child Development, vol. ۵۹ (۲-۳, serial no. ۲۴۰) (۱۹۹۴), ۱۶۷-۸۶.

<http://www.amazon.com/The-Development-Emotion-Regulation-Considerations/dp/۰۲۲۶۲۵۹۴۰۴>

۱۵. V. Felitti, et al., "Relationship of Childhood Abuse and Household

Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study," American Journal of Preventive Medicine ۱۴, no. ۴ (۱۹۹۸): ۲۴۵-۵۸

۱۶. S. W. Porges, "Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory," Psychophysiology ۳۲ (۱۹۹۵): ۳۰۱-۱۸

۱۷. B. A. Van der Kolk, "The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress," Harvard Review of Psychiatry ۱, no. ۵ (۱۹۹۴): ۲۵۳-۶۵

فصل ششم: ازدست دادن بدن، ازدست دادن خود

۱. K. L. Walsh, et al., "Resiliency Factors in the Relation Between Childhood

Sexual Abuse and Adulthood Sexual Assault in College-Age Women,"
.Journal of Child Sexual Abuse 16, no. 1 (2007): 1-17

2. C. McFarlane, "The Long-Term Costs of Traumatic Stress: Intertwined
Physical and Psychological Consequences," World Psychiatry 9, no. 1 (2010):
.3-10.

3. W. James, "What Is an Emotion?" Mind 9:188-205

٤. R. L. Bluhm, et al., "Alterations in Default Network Connectivity in Posttraumatic Stress Disorder Related to Early-Life Trauma," *Journal of Psychiatry & Neuroscience* ٣٤, no. ٣ (٢٠٠٩): ١٨٧. See also J. K. Daniels, et al., "Switching Between Executive and Default Mode Networks in Posttraumatic Stress Disorder: Alterations in Functional Connectivity," *Journal of .Psychiatry & Neuroscience* ٣٥, no. ٤ (٢٠١٠): ٢٥٨

٥. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness* (New York: Hartcourt Brace, ١٩٩٩). Damasio actually says, . "Consciousness was invented so that we could know life", p. ٣١

.٦. Damasio, *Feeling of What Happens*, p. ٢٨

.٧. *Ibid.*, p. ٢٩

8. Damasio, *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain* (New York, Random House Digital, 2012), 17

9. Damasio, *Feeling of What Happens*, p. 256

10. Antonio R. Damasio, et al., "Subcortical and Cortical Brain Activity During the Feeling of Self-Generated Emotions." *Nature Neuroscience* 3, vol. 10 (2007): 1049-56

11. A. T. S. Reinders, et al., "One Brain, Two Selves," *NeuroImage* 20 (2003): 2119-25. See also E. R. S. Nijenhuis, O. Van der Hart, and K. Steele, "The Emerging Psychobiology of Trauma-Related Dissociation and Dissociative Disorders," in *Biological Psychiatry*, vol. 2., eds. H. A. H. D'Haenen, J. A. den Boer, and P. Willner (West Sussex, UK: Wiley 2002), 1079-198; J. Parvizi and A. R. Damasio, "Consciousness and the Brain Stem," *Cognition* 79

(2001): 135-59; F. W. Putnam, "Dissociation and Disturbances of Self," in *Dysfunctions of the Self*, vol. 5, eds. D. Cicchetti and S. L. Toth (New York: University of Rochester Press, 1994), 251-65; and F. W. Putnam, *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective* (New York: Guilford, 1997).

12. D'Argembeau, et al., "Distinct Regions of the Medial Prefrontal Cortex Are Associated with Self-Referential Processing and Perspective Taking," *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, no. 6 (2007): 935-44. See also N. A. Farb, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference," *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, no. 4 (2007): 313-22; and B. K. Hölzel, et al., "Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry," *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, no. 1 (2008): 55-61.

١٣. P. A. Levine, *Healing Trauma: A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body* (Berkeley: North Atlantic Books, ٢٠٠٨); and P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness* (Berkeley: North Atlantic Books, ٢٠١٠).

١٤. P. Ogden and K. Minton, "Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory," *Traumatology* ٩, no. ٣ (٢٠٠٠): ١٤٩-٧٣; and P. Ogden, K. Minton, and C. Pain, *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton & Company, ٢٠٠٦).

١٥. D. A. Bakal, *Minding the Body: Clinical Uses of Somatic Awareness* (New York: Guilford Press, ٢٠٠١).

١٦. There are innumerable studies on the subject. A small sample for further

study: J. Wolfe, et al., "Posttraumatic Stress Disorder and War-Zone Exposure as Correlates of Perceived Health in Female Vietnam War Veterans," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, no. 6 (1994): 1235-40; L. A. Zoellner, M. L. Goodwin, and E. B. Foa, "PTSD Severity and Health Perceptions in Female Victims of Sexual Assault," *Journal of Traumatic Stress* 13, no. 4 (2000): 635-49; E. M. Sledjeski, B. Speisman, and L. C. Dierker, "Does Number of Lifetime Traumas Explain the Relationship Between PTSD and Chronic Medical Conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R)," *Journal of Behavioral Medicine* 31 (2008): 341-49; J. A. Boscarino, "Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Results from Clinical and Epidemiologic Studies," *Annals of the New York Academy of Sciences* 1032 (2004): 141-53; M. Cloitre, et al., "Posttraumatic Stress Disorder and Extent of Trauma Exposure as Correlates of Medical Problems and Perceived Health Among Women with

Childhood Abuse," *Women & Health* 34, no. 3 (2001): 1-17; D. Lauterbach, R. Vora, and M. Rakow, "The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Self-Reported Health Problems," *Psychosomatic Medicine* 67, no. 6 (2005): 939-47; B. S. McEwen, "Protective and Damaging Effects of Stress Mediators," *New England Journal of Medicine* 338, no. 3 (1998): 171-79; P. P. Schnurr and B. L. Green, *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress* (Washington, DC: American Psychological Association, 2004).

17. P. K. Trickett, J. G. Noll, and F. W. Putnam, "The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study," *Development and Psychopathology* 23, no. 2 (2011): 453

18. K. Kosten and F. Giller Jr., "Alexithymia as a Predictor of Treatment Response in Post-Traumatic Stress Disorder," *Journal of Traumatic Stress*

.Δ, no. 4 (October 1992): 563-73

19. G. J. Taylor and R. M. Bagby, "New Trends in Alexithymia Research,"
.Psychotherapy and Psychosomatics 73, no. 2 (2004): 68-77

20. R. D. Lane, et al., "Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition
.in Alexithymia," Psychosomatic Medicine 58, no. 3 (1996): 23-31.

21. H. Krystal and J. H. Krystal, Integration and Self-Healing: Affect,
. (Trauma, Alexithymia (New York: Analytic Press, 1988

22. P. Frewen, et al., "Clinical and Neural Correlates of Alexithymia in
Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Abnormal Psychology 117, no. 1
(2008): 171-81

23. D. Finkelhor, R. K. Ormrod, and H. A. Turner, (2007). "Re-Victimization

Patterns in a National Longitudinal Sample of Children and Youth," *Child Abuse & Neglect* 31, no. 5 (2007): 479-502; J. A. Schumm, S. E. Hobfoll, and N. J. Keogh, "Revictimization and Interpersonal Resource Loss Predicts PTSD Among Women in Substance-Use Treatment, *Journal of Traumatic Stress*, 17, no. 2 (2004): 173-81; J. D. Ford, J. D. Elhai, D. F. Connor, and B. C. Frueh, "Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents," *Journal of Adolescent Health*, 46, no. 6 (2010): 545-52

24. P. Schilder, "Depersonalization," in *Introduction to a Psychoanalytic .Psychiatry*, no. 50 (New York: International Universities Press, 196), p. 12.

25. S. Arzy, et al., "Neural Mechanisms of Embodiment: Asomatognosia Due to Premotor Cortex Damage," *Archives of Neurology* 63, no. 7 (2006):

1.22-25. See also S. Arzy et al., "Induction of an Illusory Shadow Person," *Nature* 443, no. 7109 (2006): 287; S. Arzy et al., "Neural Basis of Embodiment: Distinct Contributions of Temporoparietal Junction and Extrastriate Body Area," *Journal of Neuroscience* 26, no. 31 (2006): 8074-81; O. Blanke et al., "Out-of-Body Experience and Autoscapy of Neurological Origin," *Brain* 127, part 2 (2004): 243-58; and M. Sierra, et al., "Unpacking the Depersonalization Syndrome: An Exploratory Factor Analysis on the Cambridge Depersonalization Scale," *Psychological Medicine* 35 (2005): 1523-32

26. A. T. Reinders, et al., "Psychobiological Characteristics of Dissociative Identity Disorder: A Symptom Provocation Study," *Biological Psychiatry* 60, no. 7 (2006): 730-40.

27. In his book *Focusing*, Eugene Gendlin coined the term "felt sense": "A

felt sense is not a mental experience but a physical one. A bodily awareness of a situation or person or event; Focusing (New York, Random House .(Digital, ۱۹۸۲

۲۸. Steuwe, et al., "Effect of Direct Eye Contact in PTSD Related to Interpersonal Trauma: An fMRI Study of Activation of an Innate Alarm System," Social Cognitive and Affective Neuroscience ۹, no. ۱ (January .۲۰۱۲): ۸۸-۹۷

فصل هفتم: هم فکر شدن: دل بستگی و هم نوایی

۱. N. Murray, E. Koby, and B. van der Kolk, "The Effects of Abuse on Children's Thoughts," chapter ۴ in Psychological Trauma (Washington, DC: .(American Psychiatric Press, ۱۹۸۷

٢. The attachment researcher Mary Main told six-year-olds a story about a child whose mother had gone away and asked them to make up a story of what happened next. Most six-year-olds who, as infants, had been found to have secure relationships with their mothers made up some imaginative tale with a good ending, while the kids who five years earlier had been classified as having a disorganized attachment relationship had a tendency toward catastrophic fantasies and often gave frightened responses like "The parents will die" or "The child will kill herself." In Mary Main, Nancy Kaplan, and Jude Cassidy. "Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation," *Monographs of the Society for Research in Child Development* (١٩٨٥)

٣. J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. ١, *Attachment* (New York Random House, ١٩٦٩); J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. ٢, *Separation: Anxiety*

and Anger (New York: Penguin, 1975); J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 3, *Loss: Sadness and Depression* (New York: Basic, 1980); J. Bowlby, "The Nature of the Child's Tie to His Mother 1," *International Journal of Psycho-Analysis*, 1958, 39, 350-73

4. C. Trevarthen, "Musicality and the Intrinsic Motive Pulse: Evidence from Human Psychobiology and Rhythms, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication," *Musicae Scientiae*, special issue, 1999, 157-213

5. Gopnik and A. N. Meltzoff, *Words, Thoughts, and Theories* (Cambridge: MIT Press, 1997); A. N. Meltzoff and M. K. Moore, "Newborn Infants Imitate Adult Facial Gestures," *Child Development* 54, no. 3 (June 1983): 702-9; A. Gopnik, A. N. Meltzoff, and P. K. Kuhl, *The Scientist in the Crib: Minds, Brains, and How Children Learn* (New York: HarperCollins, 2009)

6. E. Z. Tronick, "Emotions and Emotional Communication in Infants," *American Psychologist* 44, no. 2 (1989): 112. See also E. Tronick, *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children* (New York, WW Norton & Company, 2007); E. Tronick and M. Beeghly, "Infants' Meaning-Making and the Development of Mental Health Problems," *American Psychologist* 66, no. 2 (2011): 107; and A. V. Sraivish, et al., "Dyadic Flexibility During the Face-to-Face Still-Face Paradigm: A Dynamic Systems Analysis of Its Temporal Organization," *Infant Behavior and Development* 36, no. 3 (2013): 432-47

7. M. Main, "Overview of the Field of Attachment," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, no. 2 (1996): 237-43

8. D. W. Winnicott, *Playing and Reality* (New York: Psychology Press, 1971). See also D. W. Winnicott, "The Maturation Processes and the Facilitating

Environment," (1965); and D. W. Winnicott, *Through Paediatrics to*
Psycho-analysis: Collected Papers (New York: Brunner/Mazel, 1975)

9. As we saw in chapter 6, and as Damasio has demonstrated, this sense of inner reality is, at least in part, rooted in the insula, the brain structure that plays a central role in body-mind communication, a structure that is often impaired in people with histories of chronic trauma

10. D. W. Winnicott, *Primary Maternal Preoccupation* (London: Tavistock, 1956), 30-35

11. S. D. Pollak, et al., "Recognizing Emotion in Faces: Developmental Effects of Child Abuse and Neglect," *Developmental Psychology* 36, no. 5 (2000): 679

۱۲. P. M. Crittenden, "IV Peering into the Black Box: An Exploratory Treatise on the Development of Self in Young Children," *Disorders and Dysfunctions of the Self* ۵ (۱۹۹۴): ۷۹; P. M. Crittenden, and A. Landini, *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis* (New York: WW Norton & Company, ۲۰۱۱)

۱۳. Patricia M. Crittenden, "Children's Strategies for Coping with Adverse Home Environments: An Interpretation Using Attachment Theory," *Child Abuse & Neglect* ۱۶, no. ۳ (۱۹۹۲): ۳۲۹-۴۳

.۱۴. Main, ۱۹۹۰, op cit

.۱۵. Main, ۱۹۹۰, op cit

.۱۶. Ibid

17. E. Hesse, and M. Main, "Frightened, Threatening, and Dissociative Parental Behavior in Low-Risk Samples: Description, Discussion, and Interpretations," *Development and Psychopathology* 18, no. 2 (2006): 309-343. See also E. Hesse and M. Main, "Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies," *Journal of the American Psychoanalytic Association* 48, no. 4 (2000): 1097-127

18. Main, "Overview of the Field of Attachment," op cit

19. Hesse and Main, 1995, op cit, p. 31.

20. We looked at this from a biological point of view when we discussed "immobilization without fear" in chapter 5. S. W. Porges, "Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory," *Psychophysiology* 32 (1995): 301-318

۲۱. M. H. van Ijzendoorn, C. Schuengel, and M. Bakermans-Kranenburg, "Disorganized Attachment in Early Childhood: Meta-analysis of Precursors, Concomitants, and Sequelae," *Development and Psychopathology* ۱۱ (۱۹۹۹):

.۲۲۵-۴۹

.۲۲. Ijzendoorn, op cit

۲۳. N. W. Boris, M. Furey, and C. H. Zeanah, "The Clinical Assessment of Attachment in Children Under Five," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, ۳۶, no. ۲ (۱۹۹۷): ۲۹۱-۹۳; K. Lyons-Ruth, "Attachment Relationships Among Children with Aggressive Behavior Problems: The Role of Disorganized Early Attachment Patterns," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۶۴, no. ۱ (۱۹۹۶), ۶۴

۲۴. Stephen W. Porges, et al., "Infant Regulation of the Vagal 'Brake'

Predicts Child Behavior Problems: A Psychobiological Model of Social
.Behavior," *Developmental Psychobiology* 29, no. 8 (1996): 697-712

25. Louise Hertsgaard, et al., "Adrenocortical Responses to the Strange
Situation in Infants with Disorganized/Disoriented Attachment
Relationships," *Child Development* 66, no. 4 (1995): 1100-6; Gottfried
Spangler, and Klaus E. Grossmann, "Biobehavioral Organization in Securely
and Insecurely Attached Infants," *Child Development* 64, no. 5 (1993):
.1439-50.

.26. Main and Hesse, 1990, op cit

27. M. H. van Ijzendoorn, et al., "Disorganized Attachment in Early
.Childhood," op cit

28. Beebe, and F. M. Lachmann, *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions* (New York: Routledge, 2013); B. Beebe, F. Lachmann, and J. Jaffe (1997). Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self- and Object Representations. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, . no. 2 (1997): 133-82

29. R. Yehuda, et al., "Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Adult Offspring of Holocaust Survivors," *American Journal of Psychiatry* 155, no. 9 (1998): 1163-71. See also R. Yehuda, et al., "Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder Characteristics of Holocaust Survivors and Their Adult Offspring," *American Journal of Psychiatry* 155, no. 6 (1998): 841-43; R. Yehuda, et al., "Parental Posttraumatic Stress Disorder as a Vulnerability Factor for Low Cortisol Trait in Offspring of Holocaust Survivors," *Archives of General Psychiatry* 64, no. 9 (2007): 1040 and R.

Yehuda, et al., "Maternal, Not Paternal, PTSD Is Related to Increased Risk for PTSD in Offspring of Holocaust Survivors," *Journal of Psychiatric Research* 42, no. 13 (2008): 1104-11

30. R. Yehuda, et al., "Transgenerational Effects of PTSD in Babies of Mothers Exposed to the WTC Attacks During Pregnancy," *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90 (2005): 4115-18

31. G. Saxe, et al., "Relationship Between Acute Morphine and the Course of PTSD in Children with Burns," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40, no. 8 (2001): 915-21. See also G. N. Saxe, et al., "Pathways to PTSD, Part I: Children with Burns," *American Journal of Psychiatry* 162, no. 7 (2005): 1299-304

32. M. Chemtob, Y. Nomura, and R. A. Abramovitz, "Impact of Conjoined

Exposure to the World Trade Center Attacks and to Other Traumatic Events on the Behavioral Problems of Preschool Children," *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 162, no. 2 (2008): 126. See also P. J. Landrigan, et al., "Impact of September 11 World Trade Center Disaster on Children and .Pregnant Women," *Mount Sinai Journal of Medicine* 75, no. 2 (2008): 129– 34

33. Finkelhor, R. K. Ormrod, and H. A. Turner, "Polyvictimization and Trauma in a National Longitudinal Cohort," *Development and Psychopathology* 19, no. 1 (2007): 149– 66; J. D. Ford, et al., "Poly-victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents," *Journal of Adolescent Health* 46, no. 6 (2010): 545–52; J. D. Ford, et al., "Clinical Significance of a Proposed Development Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians,"

.Journal of Clinical Psychiatry 74, no. 8 (2013): 841–49

/34. Family Pathways Project, <http://www.challiance.org>

.academics/familypathwaysproject.aspx

35. K. Lyons-Ruth and D. Block, "The Disturbed Caregiving System: Relations Among Childhood Trauma, Maternal Caregiving, and Infant Affect and Attachment," *Infant Mental Health Journal* 17, no. 3 (1996): 257–75

36. K. Lyons-Ruth, "The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes," *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2 (2003): 105

37. G. Whitmer, "On the Nature of Dissociation," *Psychoanalytic Quarterly* 70, no. 4 (2001): 107-37. See also K. Lyons-Ruth, "The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes," *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2, no. 4 (2002): 107-19.

38. Mary S. Ainsworth and John Bowlby, "An Ethological Approach to Personality Development," *American Psychologist* 46, no. 4 (April 1991): 333-41.

39. K. Lyons-Ruth and D. Jacobvitz, 1999; Main, 1993; K. Lyons-Ruth, "Dissociation and the Parent-Infant Dialogue: A Longitudinal Perspective from Attachment Research," *Journal of the American Psychoanalytic Association* 51, no. 3 (2003): 113-91.

٤٠. L. Dutra, et al., "Quality of Early Care and Childhood Trauma: A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation," *Journal of Nervous and Mental Disease* ١٩٧, no. ٦ (٢٠٠٩): ٣٨٣. See also K. Lyons-Ruth, et al., "Borderline Symptoms and Suicidality/Self Injury in Late Adolescence: Prospectively Observed Relationship Correlates in Infancy and . Childhood," *Psychiatry Research* ٢٠٦, nos. ٢-٣ (April ٣٠, ٢٠١٣): ٢٧٣-٨١

٤١. For meta-analysis of the relative contributions of disorganized attachment and child maltreatment, see C. Schuengel, et al., "Frightening Maternal Behavior Linking Unresolved Loss and Disorganized Infant Attachment," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ٦٧, no. ١ (١٩٩٩): .٥٤

٤٢. K. Lyons-Ruth and D. Jacobvitz, "Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from

Infancy to Adulthood," in *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 2nd ed., ed. J. Cassidy and R. Shaver (New York: Guilford Press, 2008), 666–97. See also E. O'Connor, et al., "Risks and Outcomes Associated with Disorganized/Controlling Patterns of Attachment at Age Three Years in the National Institute of Child Health & Human Development Study of Early Child Care and Youth Development," *Infant Mental Health Journal* 32, no. 4 (2011): 450–72; and K. Lyons-Ruth, et al., "Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury

43. At this point we have little information about what factors affect the evolution of these early regulatory abnormalities, but intervening life events, the quality of other relationships, and perhaps even genetic factors are likely to modify them over time. It is obviously critical to study to what degree consistent and concentrated parenting of children with early

.histories of abuse and neglect can rearrange biological systems

۴۴. Warner, et al., "Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings," *Journal of Family Violence* ۲۸, no. ۷ (۲۰۰۳): ۷۲۹-۳۸

فصل هشتم: به دام افتاده در روابط: هزینه سوءاستفاده و بی توجهی

۱. W. H. Auden, *The Double Man* (New York: Random House, ۱۹۴۱).

۲. S. N. Wilson, et al., "Phenotype of Blood Lymphocytes in PTSD Suggests Chronic Immune Activation," *Psychosomatics* ۴۰, no. ۳ (۱۹۹۹): ۲۲۲-۲۵. See also M. Uddin, et al., "Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder," *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* ۱۰۷, no. ۲۰ (۲۰۱۰): ۹۴۷۰-۷۵; M.

Altemus, M. Cloitre, and F. S. Dhabhar, "Enhanced Cellular Immune Response in Women with PTSD Related to Childhood Abuse," *American Journal of Psychiatry* 160, no. 9 (2003): 1705-17; and N. Kawamura, Y. Kim, and N. Asukai, "Suppression of Cellular Immunity in Men with a Past History of Posttraumatic Stress Disorder," *American Journal of Psychiatry* 158, no. 3 . (2001): 484-86

3. R. Summit, "The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome," *Child Abuse & Neglect* 7 (1983): 177-93

4. A study using fMRI at the University of Lausanne in Switzerland showed that when people have these out-of-body experiences, staring at themselves as if looking down from the ceiling, they are activating the superior temporal cortex in the brain. O. Blanke, et al., "Linking Out-of-Body Experience and Self Processing to Mental Own-Body Imagery at the

Temporoparietal Junction," *Journal of Neuroscience* ۲۵, no. ۳ (۲۰۰۵): ۵۵۰-۵۷.
See also O. Blanke and T. Metzinger, "Full-Body Illusions and Minimal
.Phenomenal Selfhood," *Trends in Cognitive Sciences* ۱۳, no. ۱ (۲۰۰۹): ۷-۱۳

۵. When an adult uses a child for sexual gratification, the child invariably is caught in a confusing situation and a conflict of loyalties: By disclosing the abuse, she betrays and hurts the perpetrator (who may be an adult on whom the child depends for safety and protection), but by hiding the abuse, she compounds her shame and vulnerability. This dilemma was first articulated by Sándor Ferenczi in ۱۹۳۳ in "The Confusion of Tongues Between the Adult and the Child: The Language of Tenderness and the Language of Passion," *International Journal of Psychoanalysis*, ۳۰, no. ۴ (۱۹۴۹): ۲۲۵-۳۰, and has been explored by numerous subsequent authors

١. Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of*
.(Psychiatry (New York: Penguin, ٢٠١٣

.٢. <http://www.thefreedictionary.com/diagnosis>

:٣. The TAQ can be accessed at the Trauma Center Web site

.traumacenter.org/products/instruments.php

٤. J. L. Herman, J. C. Perry, and B. A. van der Kolk, "Childhood Trauma in
Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* ١٤٦, no. ٤
.(April ١٩٨٩): ٤٩٠-٩٥

٥. Teicher found significant changes in the orbitofrontal cortex (OFC), a
region of the brain that is involved in decision making and the regulation of
behavior involved in sensitivity to social demands. M. H. Teicher, et al.,

"The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment," *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 27, no. 1 (2003): 33–44. See also M. H. Teicher, "Scars That Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse," *Scientific American* 286, no. 3 (2002): 54–61; M. Teicher, et al., "Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment," *American Journal of Psychiatry* 163, no. 6 (2006): 993–1000; A. Bechara, et al., "Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex," *Cognition* 50 (1994): 7–15. Impairment in this area of the brain results in excessive swearing, poor social interactions, compulsive gambling, excessive alcohol / drug use and poor empathic ability. M. L. Kringelbach and E. T. Rolls, "The Functional Neuroanatomy of the Human Orbitofrontal Cortex: Evidence from Neuroimaging and Neuropsychology," *Progress in Neurobiology* 72 (2004): 341–72. The other problematic area Teicher identified was the precuneus, a

brain area involved in understanding oneself and being able to take perspective on how your perceptions may be different from someone else's.

A. E. Cavanna and M. R. Trimble "The Precuneus: A Review of Its Functional . Anatomy and Behavioural Correlates," *Brain* 129 (2006): 564-83

6. S. Roth, et al., "Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder," *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 539-55; B. A. van der Kolk et al., "Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma," *American Journal of Psychiatry* 153 (1996): 83-93; D. Pelcovitz, et al., "Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES)," *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 3-16; S. N. Ogata, et al., "Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder,"

American Journal of Psychiatry 147 (1990): 1008-1013; M. C. Zanarini, et al., "Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder," American Journal of Psychiatry 155, no. 12. (December 1998): 1733-39; S. L. Shearer, et al., "Frequency and Correlates of Childhood Sexual and Physical Abuse Histories in Adult Female Borderline Inpatients," American Journal of Psychiatry 147 (1990): 214-16; D. Westen, et al., "Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder," American Journal of Orthopsychiatry 60. (1990): 55-66; M. C. Zanarini, et al., "Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder," American Journal of Psychiatry 154 (1997): 1101-1106.

V. J. Bowlby, A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development (New York: Basic Books, 2008), 103

8. B. A. van der Kolk, J. C. Perry, and J. L. Herman, "Childhood Origins of Self-Destructive Behavior," *American Journal of Psychiatry* 148 (1991): 1665-71.

9. This notion found further support in the work of the neuroscientist Jaak Panksepp, who found that young rats that were not licked by their moms during the first week of their lives did not develop opioid receptors in the anterior cingulate cortex, a part of the brain associated with affiliation and a sense of safety. See E. E. Nelson and J. Panksepp, "Brain Substrates of Infant-Mother Attachment: Contributions of Opioids, Oxytocin, and Norepinephrine," *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 22, no. 3 (1998): 437-52. See also J. Panksepp, et al., "Endogenous Opioids and Social Behavior," *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 4, no. 4 (1981): 473-87; and J. Panksepp, E. Nelson, and S. Siviy, "Brain Opioids and Mother-Infant

.Social Motivation," *Acta paediatrica* 83, no. 397 (1994): 40-46

10. The delegation to Robert Spitzer also included Judy Herman, Jim Chu, and David Pelcovitz

11. B. A. van der Kolk, et al., "Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma," *Journal of Traumatic Stress* 18, no. 5 (2005): 389-99. See also J. L. Herman, "Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma," *Journal of Traumatic Stress* 5, no. 3 (1992): 377-91; C. Zlotnick, et al., "The Long-Term Sequelae of Sexual Abuse: Support for a Complex Posttraumatic Stress Disorder," *Journal of Traumatic Stress* 9, no. 2 (1996): 195-205; S. Roth, et al., "Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder," *Journal of Traumatic Stress* 10, no. 4 (1997): 539- 55; and D. Pelcovitz, et al.,

"Development and Validation of the Structured Interview for Measurement of Disorders of Extreme Stress," *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 3-16

12. B. C. Stolbach, et al., "Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder," *Journal of Traumatic Stress* 26, no. 4 (August 2013): 483-91

13. B. A. van der Kolk, et al., "Dissociation, Somatization and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma," *American Journal of Psychiatry* 153, suppl (1996): 83-93. See also D. G. Kilpatrick, et al., "Posttraumatic Stress Disorder Field Trial: Evaluation of the PTSD Construct—Criteria A Through E," in: *DSM-IV Sourcebook*, vol. 4 (Washington: American Psychiatric Press, 1998), 83-844; T. Luxenberg, J. Spinazzola, and B. A. van der Kolk, "Complex Trauma and Disorders of

Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment," *Directions in Psychiatry* 21, no. 25 (2001): 373-92; and B. A. van der Kolk, et al., "Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex .Adaptation to Trauma," *Journal of Traumatic Stress* 18, no. 5 (2005): 389-99

14. These questions are available on the ACE Web site:
./http://acestudy.org

15. <http://www.cdc.gov/ace/findings.htm>; <http://acestudy.org/download>;
V. Felitti, et al., "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study," *American Journal of Preventive Medicine* 14, no. 4 (1998): 245-58. See also R. Reading, "The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood: A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology," *Child:*

Care, Health and Development 32, no. 2 (2006): 253-56; V. J. Edwards, et al., "Experiencing Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health: Results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study," American Journal of Psychiatry 160, no. 8 (2003): 1453-60; S. R. Dube, et al., "Adverse Childhood Experiences and Personal Alcohol Abuse as an Adult," Addictive Behaviors 27, no. 5 (2002): 713-25; S. R. and S. R. Dube, et al., "Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study," Pediatrics 111, no. 3 (2003): 564-72

16. S. A. Strassels, "Economic Burden of Prescription Opioid Misuse and Abuse," *Journal of Managed Care Pharmacy* 15, no. 7 (2009): 556-62

17. C. B. Nemeroff, et al., "Differential Responses to Psychotherapy Versus Pharmacotherapy in Patients with Chronic Forms of Major Depression and Childhood Trauma," *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 100, no. 24 (2003): 14293-96. See also C. Heim, P. M. Plotsky, and C. B. Nemeroff, "Importance of Studying the Contributions of Early Adverse Experience to Neurobiological Findings in Depression

Neuropsychopharmacology 29, no. 4 (2004): 641-48

18. B. E. Carlson, "Adolescent Observers of Marital Violence," *Journal of Family Violence* 5, no. 4 (1990): 285-99. See also B. E. Carlson, "Children's Observations of Interparental Violence," in *Battered Women and Their*

Families, ed. A. R. Roberts (New York: Springer, 1984), 147-67; J. L. Edleson, "Children's Witnessing of Adult Domestic Violence," *Journal of Interpersonal Violence* 14, no. 8 (1999): 839-70; K. Henning, et al., "Long-Term Psychological and Social Impact of Witnessing Physical Conflict Between Parents," *Journal of Interpersonal Violence* 11, no. 1 (1996): 35-51; E. N. Jouriles, C. M. Murphy, and D. O'Leary, "Interpersonal Aggression, Marital Discord, and Child Problems," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, no. 3 (1989): 453-65; J. R. Kolko, E. H. Blakely, and D. Engelman, "Children Who Witness Domestic Violence: A Review of Empirical Literature," *Journal of Interpersonal Violence* 11, no. 2 (1996): 281-93; and J. Wolak and D. Finkelhor, "Children Exposed to Partner Violence," in *Partner Violence: A Comprehensive Review of 20 Years of Research*, ed. J. L. Jasinski and L. Williams (Thousand Oaks, CA: Sage, 1998).

19. Most of these statements are based on conversations with Vincent Felitti, amplified by J. E. Stevens, "The Adverse Childhood Experiences Study—the Largest Public Health Study You Never Heard Of," Huffington Post, October 8, 2012, www.huffingtonpost.com/janeellen-stevens/the-adverse-childhood-exp._1_b_1943647.html

20. Population attributable risk: the proportion of a problem in the overall population whose problems can be attributed to specific risk factors

21. National Cancer Institute, "Nearly 80, ... Deaths Prevented Due to Declines in Smoking" (press release), March 14, 2012, available at <http://www.cancer.gov/newscenter/newsfromnci/2012/TobaccoControlCISNET>

فصل دهم: ترومای رشدی: همه گیری پنهان

۱. These cases were part of the DTD field trial, conducted jointly by Julian .Ford, Joseph Spinazzola, and me
۲. H. J. Williams, M. J. Owen, and M. C. O'Donovan, "Schizophrenia Genetics: New Insights from New Approaches," British Medical Bulletin ۹۱ (۲۰۰۹): ۶۱-۷۴. See also P. V. Gejman, A. R. Sanders, and K. S. Kendler, "Genetics of Schizophrenia: New Findings and Challenges," Annual Review of Genomics and Human Genetics ۱۲ (۲۰۱۱): ۱۲۱-۴۴; and A. Sanders, et al., "No Significant Association of ۱۴ Candidate Genes with Schizophrenia in a Large European Ancestry Sample: Implications for Psychiatric Genetics," .American Journal of Psychiatry ۱۶۵, no. ۴ (April ۲۰۰۸): ۴۹۷-۵۰۶
۳. R. Yehuda, et al., "Putative Biological Mechanisms for the Association

Between Early Life Adversity and the Subsequent Development of PTSD," Psychopharmacology 212, no. 3 (October 2010): 405-417; K. C. Koenen, "Genetics of Posttraumatic Stress Disorder: Review and Recommendations for Future Studies," Journal of Traumatic Stress 20, no. 5 (October 2007): 737-50; M. W. Gilbertson, et al., "Smaller Hippocampal Volume Predicts Pathologic Vulnerability to Psychological Trauma," Nature Neuroscience 5 (2002): 1242-47.

4. Koenen, "Genetics of Posttraumatic Stress Disorder." See also R. F. P. Broekman, M. Olff, and F. Boer, "The Genetic Background to PTSD," Neuroscience & Biobehavioral Reviews 31, no. 3 (2007): 348-62.

5. M. J. Meaney and A. C. Ferguson-Smith, "Epigenetic Regulation of the Neural Transcriptome: The Meaning of the Marks," Nature Neuroscience 13, no. 11 (2010): 1313-18. See also M. J. Meaney, "Epigenetics and the Biological

Definition of Gene $\times$ Environment Interactions," *Child Development* 81, no. 1 (2010): 41–49; and B. M. Lester, et al., "Behavioral Epigenetics," *Annals of the New York Academy of Sciences* 1226, no. 1 (2011): 14–33

6. M. Szyf, "The Early Life Social Environment and DNA Methylation: DNA Methylation Mediating the Long-Term Impact of Social Environments Early in Life," *Epigenetics* 6, no. 8 (2011): 971–78

7. Moshe Szyf, Patrick McGowan, and Michael J. Meaney, "The Social Environment and the Epigenome," *Environmental and Molecular Mutagenesis* 49, no. 1 (2008): 46–60.

8. There now is voluminous evidence that life experiences of all sorts changes gene expression. Some examples are: D. Mehta et al., "Childhood Maltreatment Is Associated with Distinct Genomic and Epigenetic Profiles in

Posttraumatic Stress Disorder," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 110, no. 20 (2013): 8302-7; P. O. McGowan, et al., "Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor in Human Brain Associates with Childhood Abuse," Nature Neuroscience 12, no. 3 (2009): 342-48; M. N. Davies, et al., "Functional Annotation of the Human Brain Methylome Identifies Tissue-Specific Epigenetic Variation Across Brain and Blood," Genome Biology 13, no. 6 (2012): R43; M. Gunnar and K. Quevedo, "The Neurobiology of Stress and Development," Annual Review of Psychology 58 (2007): 145-73; A. Sommershof, et al., "Substantial Reduction of Naïve and Regulatory T Cells Following Traumatic Stress," Brain, Behavior, and Immunity 23, no. 8 (2009): 1117-24; N. Provençal, et al., "The Signature of Maternal Rearing in the Methylome in Rhesus Macaque Prefrontal Cortex and T Cells," Journal of Neuroscience 32, no. 44 (2012): 15626-42; B. Labonté, et al., "Genome-wide Epigenetic Regulation by

Early-Life Trauma," Archives of General Psychiatry 69, no. 7 (2012): 722–31;
A. K. Smith, et al., "Differential Immune System DNA Methylation and
Cytokine Regulation in Post-traumatic Stress Disorder," American Journal
of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics 156B, no. 6 (2011):
700–708; M. Uddin, et al., "Epigenetic and Immune Function Profiles
Associated with Posttraumatic Stress Disorder," Proceedings of the National
Academy of Sciences of the United States of America 107, no. 20 (2010):
9470–75

9. C. S. Barr, et al., "The Utility of the Non-human Primate Model for
Studying Gene by Environment Interactions in Behavioral Research,"
.Genes, Brain and Behavior 2, no. 6 (2003): 336–40.

10. J. Bennett, et al., "Early Experience and Serotonin Transporter Gene
Variation Interact to Influence Primate CNS Function," Molecular Psychiatry

7, no. 1 (2002): 118-22. See also C. S. Barr, et al., "Interaction Between Serotonin Transporter Gene Variation and Rearing Condition in Alcohol Preference and Consumption in Female Primates," *Archives of General Psychiatry* 61, no. 11 (2004): 1146; and C. S. Barr, et al., "Serotonin Transporter Gene Variation Is Associated with Alcohol Sensitivity in Rhesus Macaques Exposed to Early-Life Stress," *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27, no. 5 (2003): 812-17

11. Roy, et al., "Interaction of FKBP5, a Stress-Related Gene, with Childhood Trauma Increases the Risk for Attempting Suicide

12. *Neuropsychopharmacology* 35, no. 8 (2010): 1674-83. See also M. A. Enoch, et al., "The Influence of GABRA2, Childhood Trauma, and Their Interaction on Alcohol, Heroin, and Cocaine Dependence," *Biological Psychiatry* 67 no. 1 (2010): 20-27; and A. Roy, et al., "Two HPA Axis Genes,

CRHBP and FKBP δ , Interact with Childhood Trauma to Increase the Risk for .Suicidal Behavior," *Journal of Psychiatric Research* 46, no. 1 (2012): 72-79

13. S. Masten and D. Cicchetti, "Developmental Cascades," *Development and Psychopathology* 22, no. 3 (2010): 491-95; S. L. Toth, et al., "Illogical Thinking and Thought Disorder in Maltreated Children," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50, no. 7 (2011): 659-68; J. Willis, "Building a Bridge from Neuroscience to the Classroom," *Phi Delta Kappan* 89, no. 6 (2008): 424; I. M. Eigsti and D. Cicchetti, "The Impact of Child Maltreatment on Expressive Syntax at 6 Months," *Developmental .Science* 7, no. 1 (2004): 88-102

14. J. Spinazzola, et al., "Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents," *Psychiatric .Annals* 35, no. 5 (2005): 433-39

15. R. C. Kessler, C. B. Nelson, and K. A. McGonagle, "The Epidemiology of Co-occurring Addictive and Mental Disorders," *American Journal of Orthopsychiatry* 66, no. 1 (1996): 17-31. See also Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (Washington: National Academies Press, 2008); and C. S. North, et al., "Toward Validation of the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder," *American Journal of Psychiatry* 166, no. 1 (2009): 34-40.

16. Joseph Spinazzola, et al., "Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents," *Psychiatric Annals* (2005)

17. Our work group consisted of Drs. Bob Pynoos, Frank Putnam, Glenn Saxe, Julian Ford, Joseph Spinazzola, Marylene Cloitre, Bradley Stolbach, Alexander McFarlane, Alicia Lieberman, Wendy D'Andrea, Martin Teicher,

.and Dante Cicchetti

١٨. The proposed criteria for Developmental Trauma Disorder can be found
.in the Appendix

.١٩. <http://www.traumacenter.org/products/instruments.php>

٢٠. Read more about Sroufe at www.cehd.umn.edu

[icd/people/faculty/cpsy/sroufe.html](http://www.cehd.umn.edu/icd/people/faculty/cpsy/sroufe.html) and more about the Minnesota /
Longitudinal Study of Risk and Adaptation and its publications at
[http://www.cehd.umn.edu/](http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/) [icd/research/parent-child/](http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/) and
<http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/publications/>. See
also L. A. Sroufe and W. A. Collins, *The Development of the Person: The
Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (New York:

Guilford Press, 2009); and L. A. Sroufe, "Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood," *Attachment & Human Development* 7, no. 4 (2005): 349-67

21. L. A. Sroufe, *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (New York: Guilford Press, 2005). Harvard researcher Karlen Lyons-Ruth had similar findings in a sample of children she followed for about eighteen years: disorganized attachment, role reversal, and lack of maternal communication at age three were the greatest predictors of children being part of the mental health or social service system at age eighteen

22. D. Jacobvitz and L. A. Sroufe, "The Early Caregiver-Child Relationship and Attention-Deficit Disorder with Hyperactivity in Kindergarten: A Prospective Study," *Child Development* 58, no. 6 (December 1987):

.۱۴۹۶-۵۰۴

۲۳. G. H. Elder Jr., T. Van Nguyen, and A. Caspi, "Linking Family Hardship
.to Children's Lives," Child Development ۵۶, no. ۲ (April ۱۹۸۵): ۳۶۱-۷۵

24. For children who were physically abused, the chance of being diagnosed with conduct disorder or oppositional defiant disorder went up by a factor of three. Neglect or sexual abuse doubled the chance of developing an anxiety disorder. Parental psychological unavailability or sexual abuse doubled the chance of later developing PTSD. The chance of receiving multiple diagnoses was 54 percent for children who suffered neglect, 60 percent for physical abuse, and 73 percent for both sexual abuses

25. This was a quote based on the work of Emmy Werner, who has studied 698 children born on the

26. island of Kauai for forty years, starting in 1955. The study showed that most children who grew up in unstable households grew up to experience problems with delinquency, "Developmental Trauma Disorder: Toward a Rational Diagnosis for Children with Complex Trauma Histories," Psychiatric

Annals 35, no. 5 (2005): 401-8; W. D'Andrea, et al., "Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis," American Journal of Orthopsychiatry 82 (2012): 187-200. J. D. Ford, et al., "Clinical Significance of a Proposed Developmental Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians," Journal of Clinical Psychiatry 74, no. 8 (2013): 841-849. Up-to-date results from the Developmental Trauma Disorder field trial .study are available on our Web site: www.traumacenter.org

27. J. J. Heckman, "Skill Formation and the Economics of Investing in .Disadvantaged Children," Science 312, no. 5782 (2006): 1900-2

28. Olds, et al., "Long-Term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial," JAMA 280, no. 14 (1998): 1238-44. See also J. Eckenrode, et

al., "Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence," *JAMA* 284, no. 11 (2000): 1385-91; D. I. Lowell, et al., "A Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A Comprehensive Home-Based Intervention Translating Research into Early Childhood Practice," *Child Development* 82, no. 1 (January/February 2011): 193-208; S. T. Harvey and J. E. Taylor, "A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Sexually Abused Children and Adolescents, *Clinical Psychology Review* 30, no. 5 (July 2010): 517- 35; J. E. Taylor and S. T. Harvey, "A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Adults Sexually Abused in Childhood," *Clinical Psychology Review* 30, no. 6 (August 2010): 749-67; Olds, Henderson, Chamberlin, & Tatelbaum, 1986; B. C. Stolbach, et al., "Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder," *Journal of*

.Traumatic Stress ۲۶, no. ۴ (August ۲۰۱۳): ۴۸۳-۹۱

فصل یازدهم: پرده برداشتن از اسرار: مسئله حافظه ترومایی

۱. Unlike clinical consultations, in which doctor-patient confidentiality applies, forensic evaluations are public documents to be shared with lawyers, courts, and juries. Before doing a forensic evaluation, I inform clients of that and warn them that nothing they tell me can be kept .confidential

۲. K. A. Lee, et al., "A ۵۰-Year Prospective Study of the Psychological Sequelae of World War II Combat," American Journal of Psychiatry ۱۵۲, no. ۴ (April ۱۹۹۵): ۵۱۶-۲۲

۳. J. L. McGaugh and M. L. Hertz, Memory Consolidation (San Fransisco:

Albion Press, 1972); L. Cahill and J. L. McGaugh, "Mechanisms of Emotional Arousal and Lasting Declarative Memory," *Trends in Neurosciences* 21, no. 7 (1998): 294-99.

4. F. Arnsten, et al., " α -1 Noradrenergic Receptor Stimulation Impairs Prefrontal Cortical Cognitive Function," *Biological Psychiatry* 45, no. 1 (1999): 26-31. See also A. F. Arnsten "Enhanced: The Biology of Being Frazzled," *Science* 280, no. 5370 (1998): 1711-12; S. Birnbaum, et al., "A Role for Norepinephrine in Stress-Induced Cognitive Deficits: α -1- adrenoceptor Mediation in the Prefrontal Cortex," *Biological Psychiatry* 46, no. 9 (1999): 1266-74.

5. Y. D. Van Der Werf, et al. "Special Issue: Contributions of Thalamic Nuclei to Declarative Memory Functioning," *Cortex* 39 (2003): 1047-62. See also B. M. Elzinga and J. D. Bremner, "Are the Neural Substrates of Memory

the Final Common Pathway in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)?" *Journal of Affective Disorders* 70 (2002): 1-17; L. M. Shin et al., "A Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Amygdala and Medial Prefrontal Cortex Responses to Overtly Presented Fearful Faces in Posttraumatic Stress Disorder," *Archives of General Psychiatry* 62 (2005): 273-81; L. M. Williams et al., "Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear," *Neuroimage* 29 (2006): 347-57; R. A. Lanius et al., "Brain Activation During Script-Driven Imagery Induced Dissociative Responses in PTSD: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation," *Biological Psychiatry* 52 (2002): 305-311; H. D. Critchley, C. J. Mathias, and R. J. Dolan, "Fear Conditioning in Humans: The Influence of Awareness and Autonomic Arousal on Functional Neuroanatomy," *Neuron* 33 (2002): 653-63; M. Beauregard, J. Levesque, and P. Bourgouin, "Neural Correlates of Conscious Self-Regulation of Emotion," *Journal of*

Neuroscience 21 (2001): RC165; K. N. Ochsner et al., "For Better or for Worse: Neural Systems Supporting the Cognitive Down- and Up- Regulation of Negative Emotion," *NeuroImage* 23 (2004): 483-99; M. A. Morgan, L. M. Romanski, and J. E. LeDoux, et al., "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex," *Neuroscience Letters* 163 (1993): 109-13; M. R. Milad and G. J. Quirk, "Neurons in Medial Prefrontal Cortex Signal Memory for Fear Extinction," *Nature* 420 (2002): 70-74; and J. Amat, et al., "Medial Prefrontal Cortex Determines How Stressor Controllability Affects Behavior and Dorsal Raphe Nucleus," *Nature Neuroscience* 8 (2005): 365-71

6. A. Van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study," *Journal of Traumatic Stress* 8, no. 4 (1995): 505-25

Υ. Hysteria as defined by Free Dictionary,
.http://www.thefreedictionary.com/hysteria

Λ. Young, The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder (Princeton University Press, 1997). See also H. F. Ellenberger, The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic
. (Psychiatry (Basic Books, 2008

9. T. Ribot, Diseases of Memory (Appleton, 1887), 108-9; Ellenberger,
.Discovery of the Unconscious

10. J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena," in The Standard Edition of the Complete Psychological Works
. (of Sigmund Freud (London: Hogarth Press, 1893

.۱۱. Young, Harmony of Illusions

.۱۲. J. L. Herman, Trauma and Recovery (New York: Basic Books, ۱۹۹۷), ۱۵

۱۳. Young, Harmony of Illusions. See also J. M. Charcot, Clinical Lectures on Certain Diseases of the Nervous System, vol. ۳ (London: New Sydenham Society, ۱۸۸۸

۱۴. http://en.wikipedia.org/wiki/File:JeanMartin_Charcot_chronophotography.jpg

.(۱۵. P. Janet, L'Automatisme psychologique (Paris: Félix Alcan, ۱۸۸۹

۱۶. Onno van der Hart introduced me to the work of Janet and probably is the greatest living scholar of his work. I had the good fortune of closely collaborating with Onno on summarizing Janet's fundamental ideas. B. A.

van der Kolk and O. van der Hart, "Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma," *American Journal of Psychiatry* 146 (1989): 1530-40.; B. A. van der Kolk and O. van der Hart, "The Intrusive Past: The Flexibility of Memory and the Engraving of Trauma," *Imago* 48 (1991): 425-54

17. P. Janet, "L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'emotion" (Amnesia and the dissociation of memories by emotions), *Journal de Psychologie* 1 (1904): 417-53

18. P. Janet, *Psychological Healing* (New York: Macmillan, 1925); p 66.

19. P. Janet, *L'Etat mental des hystériques*, 2nd ed. (Paris: Félix Alcan, 1911; repr. Marseille, France: Lafitte Reprints, 1983). P. Janet, *The Major Symptoms of Hysteria* (London and New York: Macmillan, 1907; repr. New

York: Hafner, 1965); P. Janet, *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps* (Paris: A. Chahine, 1928)

20. J. L. Titchener, "Post-traumatic Decline: A Consequence of Unresolved Destructive Drives," *Trauma and Its Wake* 2 (1986): 5-19

21. J. Breuer, and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena

22. S. Freud and J. Breuer, "The Etiology of Hysteria," in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 3, ed. J. Strachy (London: Hogarth Press, 1962): 189-221

23. S. Freud, "Three Essays on the Theory of Sexuality," in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 7

(London: Hogarth Press, 1962): 190: The reappearance of sexual activity is determined by internal causes and external contingencies... I shall have to speak presently of the internal causes; great and lasting importance attaches at this period to the accidental external (Freud's emphasis) contingencies. In the foreground we find the effects of seduction, which treats a child as a sexual object prematurely and teaches him, in highly emotional circumstances, how to obtain satisfaction from his genital zones, a satisfaction which he is then usually obliged to repeat again and again by masturbation. An influence of this kind may originate either from adults or from other children. I cannot admit that in my paper on 'The Aetiology of Hysteria' (1896c) I exaggerated the frequency or importance of that influence, though I did not then know that persons who remain normal may have had the same experiences in their childhood, and though I consequently overrated the importance of seduction in comparison with the

factors of sexual constitution and development. Obviously, seduction is not required in order to arouse a child's sexual life; that can also come about spontaneously from internal causes. S. Freud "Introductory Lectures in Psycho-analysis in Standard Edition (1916), 370: Phantasies of being seduced are of particular interest, because so often they are not phantasies . but real memories

24. S. Freud, Inhibitions Symptoms and Anxiety (1914), 150. See also .Strachey, Standard Edition of the Complete Psychological Works

25. A. van der Kolk, Psychological Trauma (Washington, D: American Psychiatric Press, 1986). B. A. Van der Kolk, "The Compulsion to Repeat the .Trauma," Psychiatric Clinics of North America 12, no. 2 (1989): 389-411

فصل دوازدھم: سنگینی تحمل ناپذیری بہ یادآوری

۱. Young, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder* (Princeton, NJ: Princeton University Press, ۱۹۹۷), ۸۴
۲. F. W. Mott, "Special Discussion on Shell Shock Without Visible Signs of Injury," *Proceedings of the Royal Society of Medicine* ۹ (۱۹۱۶): i–xliv. See also C. S. Myers, "A Contribution to the Study of Shell Shock," *Lancet* ۱ (۱۹۱۵): ۳۱۶–۲۰; T. W. Salmon, "The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses ("Shell Shock") in the British Army," *Mental Hygiene* ۱ (۱۹۱۷): ۵۰۹–۴۷; and E. Jones and S. Wessely, *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from ۱۹۰۰ to the Gulf* (Hove, UK: Psychology Press, ۲۰۰۵).
۳. J. Keegan, *The First World War* (New York: Random House, ۲۰۱۱).

٤. D. Macleod, "Shell Shock, Gordon Holmes and the Great War." *Journal of the Royal Society of Medicine* ٩٧, no. ٢ (٢٠٠٤): ٨٤-٨٩; M. Eckstein, *Rites of Spring: The Great War and the Birth of the Modern Age* (Boston: Houghton Mifflin, ١٩٨٩

٥. Lord Southborough, *Report of the War Office Committee of Enquiry into "Shell-Shock"* (London: His Majesty's Stationery Office, ١٩٢٢

٦. Booker Prize winner Pat Barker has written a moving trilogy about the work of army psychiatrist W. H. R. Rivers: P. Barker, *Regeneration* (London: Penguin UK, ٢٠٠٨); P. Barker, *The Eye in the Door* (New York: Penguin, ١٩٩٥); P. Barker, *The Ghost Road* (London: Penguin UK, ٢٠٠٨). Further discussions of the aftermath of World War I can be found in A. Young, *Harmony of Illusions*; and B. Shephard, *A War of Nerves, Soldiers and Psychiatrists ١٩١٤-١٩٩٤* (London: Jonathan Cape, ٢٠٠٠

Y. J. H. Bartlett, *The Bonus March and the New Deal* (1937); R. Daniels, *The Bonus March: An Episode of the Great Depression* (1971)

Λ. E. M. Remarque, *All Quiet on the Western Front*, trans. A. W. Wheen ((London: GP Putnam's Sons, 1929

.9. Ibid., pp. 192-93

?1.. For an account, see <http://motlc.wiesenthal.com/site/pp.asp>

.c=gVkvLcMVIuG&b=3950.7

11. S. Myers, *Shell Shock in France 1914-1918* (Cambridge UK, Cambridge University Press, 1994.

.(12. Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War* (New York: Hoeber, 1941

.(۱۳. [http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_\(film](http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_(film))

۱۴. G. Greer and J. Oxenbould, *Daddy, We Hardly Knew You* (London: Penguin, ۱۹۹۰).

۱۵. Kardiner and H. Spiegel, *War Stress and Neurotic Illness* (Oxford, England: Hoeber, ۱۹۴۷).

۱۶. J. Henderson, "Incest," in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ۲nd ed., eds. A. M. Freedman and H. I. Kaplan (Baltimore: Williams & Wilkins, ۱۹۷۴), p. ۱۵۳۶.

۱۷. W. Sargent and E. Slater, "Acute War Neuroses," *The Lancet* ۲۳۶, no. ۶۰۹۷ (۱۹۴۰): ۱-۲. See also G. Debenham, et al., "Treatment of War Neurosis," *The Lancet* ۲۳۷, no. ۶۱۲۶ (۱۹۴۱): ۱۰۷-۹; and W. Sargent and E. Slater,

"Amnesic Syndromes in War," *Proceedings of the Royal Society of Medicine* .(Section of Psychiatry) 34, no. 12 (October 1941): 757-64

18. Every single scientific study of memory of childhood sexual abuse, whether prospective or retrospective, whether studying clinical samples or general population samples, finds that a certain percentage of sexually abused individuals forget, and later remember, their abuse. See, e.g., B. A. van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study," *Journal of Traumatic Stress* 8 (1995): 505-25; J. W. Hopper and B. A. van der Kolk, "Retrieving, Assessing, and Classifying Traumatic Memories: A Preliminary Report on Three Case Studies of a New Standardized Method," *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 4 (2001): 33-71; J. J. Freyd and A. P. DePrince, eds., *Trauma and Cognitive Science* (Binghamton, NY: Haworth

Press, 2001), 33-41; A. P. DePrince and J. J. Freyd, "The Meeting of Trauma and Cognitive Science: Facing Challenges and Creating Opportunities at the Crossroads," *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 4, no. 2 (2001): 1-8; D. Brown, A. W. Scheflin, and D. Corydon Hammond, *Memory, Trauma Treatment and the Law* (New York: Norton, 1997); K. Pope and L. Brown, *Recovered Memories of Abuse: Assessment, Therapy, Forensics* (Washington: American Psychological Association, 1996); and L. Terr, *Unchained Memories: True Stories of Traumatic Memories, Lost and Found*. ((New York: Basic Books, 1994

19. F. Loftus, S. Polonsky, and M. T. Fullilove, "Memories of Childhood Sexual Abuse: Remembering and Repressing," *Psychology of Women Quarterly* 18, no. 1 (1994): 67-84. L. M. Williams, "Recall of Childhood Trauma: A Prospective Study of Women's Memories of Child Sexual Abuse,"

. Journal of Consulting and Clinical Psychology 62, no. 6 (1994): 1167-76

"20. L. M. Williams, "Recall of Childhood Trauma

21. L. M. Williams, "Recovered Memories of Abuse in Women with Documented Child Sexual Victimization Histories," Journal of Traumatic Stress 8, no. 4 (1995): 649-73

22. The prominent neuroscientist Jaak Panksepp states in his most recent book: "Abundant preclinical work with animal models has now shown that memories that are retrieved tend to return to their memory banks with modifications." J. Panksepp and L. Biven, The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions, Norton Series on .(Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton, 2012

۲۳. F. Loftus, "The Reality of Repressed Memories," *American Psychologist* ۴۸, no. ۵ (۱۹۹۳): ۵۱۸-۳۷. See also E. F. Loftus and K. Ketcham, *The Myth of Repressed Memory: False Memories and Allegations of Sexual Abuse* (New York: Macmillan, ۱۹۹۶).

۲۴. J. F. Kihlstrom, "The Cognitive Unconscious," *Science* ۲۳۷, no. ۴۸۲۱ (۱۹۸۷): ۱۴۴۵-۵۲.

۲۵. F. Loftus, "Planting Misinformation in the Human Mind: A ۳۰-Year Investigation of the Malleability of Memory," *Learning & Memory* ۱۲, no. ۴ (۲۰۰۵): ۳۶۱-۶۶.

۲۶. A. Van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study," *Journal of Traumatic Stress* ۸, no. ۴ (۱۹۹۵): ۵۰۵-۲۵.

.27. We will explore this further in chapter 14

28. L. L. Langer, *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory* (New Haven: Yale University Press, 1991)

.29. Ibid., p.5

.30. L. L. Langer, op cit., p. 21

.31. L. L. Langer, op cit., p. 34

32. J. Osterman and B. A. van der Kolk, "Awareness during Anaesthesia and Posttraumatic Stress Disorder," *General Hospital Psychiatry* 20. (1998): 274-81. See also K. Kiviniemi, "Conscious Awareness and Memory During General Anesthesia," *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists* 62 (1994): 441-49; A. D. Macleod and E. Maycock, "Awareness

During Anaesthesia and Post Traumatic Stress Disorder," *Anaesthesia and Intensive Care* ۲۰, no. ۳ (۱۹۹۲) ۳۷۸-۸۲; F. Guerra, "Awareness and Recall: Neurological and Psychological Complications of Surgery and Anesthesia," in *International Anesthesiology Clinics*, vol. ۲۴. ed. B. T Hindman (Boston: Little Brown, ۱۹۸۶), ۷۵-۹۹; J. Eldor and D. Z. N. Frankel, "Intra-anesthetic Awareness," *Resuscitation* ۲۱ (۱۹۹۱): ۱۱۳-۱۹; J. L. Breckenridge and A. R. Aitkenhead, "Awareness During Anaesthesia: A Review," *Annals of the Royal College of Surgeons of England* ۶۵, no. ۲ (۱۹۸۳), ۹۳

فصل سیزدهم: رهایی از تروما: مالکیت بر خود

۱. "Self-leadership" is the term used by Dick Schwartz in internal family system therapy, the topic of chapter ۱۷
۲. The exceptions are Pesso's and Schwartz's work, detailed in chapters ۱۷

and 18, which I practice, and from which I have personally benefited, but .which I have not studied scientifically—at least not yet

3. F. Arnsten, "Enhanced: The Biology of Being Frazzled," *Science* 280, no. 5370. (1998): 1711–12; A. Arnsten, "Stress Signalling Pathways That Impair Prefrontal Cortex Structure and Function," *Nature Reviews Neuroscience* 10, .no. 6 (2009): 410–22

4. D. J. Siegel, *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and .(Neural Integration* (New York: WW Norton, 2010.

5. J. E. LeDoux, "Emotion Circuits in the Brain," *Annual Review of Neuroscience* 23, no. 1 (2000): 155–84. See also M. A. Morgan, L. M. Romanski, and J. E. LeDoux, "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex," *Neuroscience Letters* 163, no. 1

(1993): 109-113; and J. M. Moscarello and J. E. LeDoux, "Active Avoidance Learning Requires Prefrontal Suppression of Amygdala-Mediated Defensive .Reactions," *Journal of Neuroscience* 33, no. 9 (2013): 3815-23

6. S. W. Porges, "Stress and Parasympathetic Control," *Stress Science: Neuroendocrinology* 30.6 (2010). See also S. W. Porges, "Reciprocal Influences Between Body and Brain in the Perception and Expression of Affect," in *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Norton Series on Interpersonal .Neurobiology (New York: WW Norton, 2009), 27

7. A. van der Kolk, et al., "Yoga as an Adjunctive Treatment for PTSD." *Journal of Clinical Psychiatry* 75, no. 6 (June 2014): 559-65

8. Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental*

Trauma: Calming the Fear-Driven Brain. (New York: WW Norton & Company, 2014)

9. R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression—Part II: Clinical Applications and Guidelines," *Journal of Alternative & Complementary Medicine* 11, no. 4 (2005): 711–17. See also C. L. Mandle, et al., "The Efficacy of Relaxation Response Interventions with Adult Patients: A Review of the Literature," *Journal of Cardiovascular Nursing* 10 (1996): 4–26; and M. Nakao, et al., "Anxiety Is a Good Indicator for Somatic Symptom Reduction Through Behavioral Medicine Intervention in a Mind/Body Medicine Clinic," *Psychotherapy and Psychosomatics* 70 (2001): 50–57

10. Hannaford, *Smart Moves: Why Learning Is Not All in Your Head* (Arlington, VA: Great Ocean Publishers, 1995), 222.7–3746

11. J. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (New York: Bantam Books, 2012). See also D. Fosha, D. J. Siegel, and M. Solomon, eds., *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton, 2011); and B. A. van der Kolk, "Posttraumatic Therapy in the Age of Neuroscience," *Psychoanalytic Dialogues* 12, no. 3 (2002): 381-92.

12. As we have seen in chapter 5, brain scans of people suffering from PTSD show altered activation in areas associated with the default network, which is involved with autobiographical memory and a continuous sense of self.

13. P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness* (Berkeley: North Atlantic, 2010).

14. P. Ogden, *Trauma and the Body* (New York: Norton, 2009). See also A. Y. Shalev, "Measuring Outcome in Posttraumatic Stress Disorder," *Journal of Clinical Psychiatry* 61, supp. 5 (2000): 33-42

15. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living*. p. xx

16. S. G. Hofmann, et al., "The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, no.2 (2010): 169-83; J. D. Teasdale, et al., "Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000): 615-23. See also Britta K. Hölzel, et al., "How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective." *Perspectives on Psychological Science* 6, no. 6 (2011): 537-59; and P. Grossman, et al., "Mindfulness-Based Stress

Reduction and Health Benefits: A Meta- Analysis," Journal of Psychosomatic
. Research 57, no. 1 (2004): 35-43

17. The brain circuits involved in mindfulness meditation have been well established, and improve attention regulation and has a positive effect on the interference of emotional reactions with attentional performance tasks. See L. E. Carlson, et al., "One Year Pre-Post Intervention Follow-up of Psychological, Immune, Endocrine and Blood Pressure Outcomes of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Breast and Prostate Cancer Outpatients," Brain, Behavior, and Immunity 21, no. 8 (2007): 1038-49; and R. J. Davidson, et al., "Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation," Psychosomatic Medicine 65, no. 4 (2003): 564-70.

18. Britta Hölzel and her colleagues have done extensive research on

meditation and brain function and have shown that it involves the dorsomedial PFC, ventrolateral PFC, and rostral anterior cingulate (ACC). See B. K. Hölzel, et al., "Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala," *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 5 (2010): 11-17; B. K. Hölzel, et al., "Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density," *Psychiatry Research* 191, no. 1 (2011): 36-43; B. K. Hölzel, et al., "Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry," *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, no. 1 (2008): 55-61; and B. K. Hölzel, et al., "Differential Engagement of Anterior Cingulate and Adjacent Medial Frontal Cortex in Adept Meditators and Non-meditators," *Neuroscience Letters* 421, no. 1 (2007): 16-21

19. The main brain structure involved in body awareness is the anterior

insula. See A. D. Craig, "Interoception: The Sense of the Physiological Condition of the Body," *Current Opinion on Neurobiology* 13 (2003): 500-505; Critchley, Wiens, Rotshtein, Ohman, and Dolan, 2004; N. A. S. Farb, Z. V. Segal, H. Mayberg, J. Bean, D. McKeon, Z. Fatima, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference," *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2 (2007): 313-22.; J. A. Grant, J. Courtemanche, E. G. Duerden, G. H. Duncan, and P. Rainville, (2010). "Cortical Thickness and Pain Sensitivity in Zen Meditators," *Emotion* 10, no. 1 (2010): 43-53

20. S. J. Banks, et al., "Amygdala-Frontal Connectivity During Emotion-Regulation," *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, no. 4 (2007): 303-12. See also M. R. Milad, et al., "Thickness of Ventromedial Prefrontal Cortex in Humans Is Correlated with Extinction Memory,"

Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 102, no. 30 (2005): 10706–11; and S. L. Rauch, L. M. Shin, and E. A. Phelps, "Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research—Past, Present, and Future," .Biological Psychiatry 60, no. 4 (2006): 376–82

21. Freud and D. T. Burlingham. War and Children (New York University .(Press, 1943

22. There are three different ways in which people deal with overwhelming experiences: dissociation (spacing out, shutting down), depersonalization (feeling like it's not you it's happening to), and derealization (feeling like .(whatever is happening is not real

23. My colleagues at the Justice Resource Institute created a residential

treatment program for adolescents, The van der Kolk Center at Glenhaven Academy, that implements many of the trauma-informed treatments discussed in this book, including yoga, sensory integration, neurofeedback .and theater

<http://www.jri.org/vanderkolk/about>. The overarching treatment model, attachment, self-regulation, and competency (ARC), was developed by my colleagues Margaret Blaustein and Kristine Kinneburgh. Margaret E. Blaustein, and Kristine M. Kinniburgh, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience Through Attachment, .(Self-Regulation, and Competency* (New York: Guilford Press, ۲۰۱۲

۲۴. K. Chandler, *Animal Assisted Therapy in Counseling* (New York: Routledge, ۲۰۱۱). See also A. J. Cleveland, "Therapy Dogs and the Dissociative Patient: Preliminary Observations," *Dissociation* ۸, no. ۴ (۱۹۹۵):

247-52; and A. Fine, *Handbook on Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice* (San Diego: Academic Press, 2010).

25. Warner, et al., "Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings," *Journal of Family Violence* 28, no. 7 (2013): 729-38. See also A. J. Ayres, *Sensory Integration and Learning Disorders* (Los Angeles: Western Psychological Services, 1972); H. Hodgdon, et al., "Development and Implementation of Trauma-Informed Programming in Residential Schools Using the ARC Framework," *Journal of Family Violence* 27, no. 8 (2012); J. LeBel, et al., "Integrating Sensory and Trauma-Informed Interventions: A Massachusetts State Initiative, Part 1," *Mental Health Special Interest Section Quarterly* 33, no. 1 (2010): 1-4;

26. They appeared to have activated the vestibule-cerebellar system in the

brain, which seems to be involved in self-regulation and can be damaged by
. early neglect

27. Aaron R. Lyon and Karen S. Budd, "A Community Mental Health Implementation of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)." *Journal of Child and Family Studies* 19, no. 5 (2010): 654-68. See also Anthony J. Urquiza and Cheryl Bodiford McNeil, "Parent-Child Interaction Therapy: An Intensive Dyadic Intervention for Physically Abusive Families." *Child Maltreatment* 1, no. 2 (1996): 134-44; J. Borrego Jr., et al. "Research Publications." *Child and Family Behavior Therapy* 20:27-54

28. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Post Traumatic Stress," *Journal of Clinical Psychiatry* (1994): 517-22

29. P. Ogden, K. Minton, and C. Pain, *Trauma and the Body* (New York, Norton, 2010); P. Ogden and J. Fisher, *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment* (New York: Norton, 2014)

30. P. Levine, *In an Unspoken Voice* (Berkeley: North Atlantic Books); P. Levine, *Waking the Tiger* (Berkeley: North Atlantic Books

31. For more on impact model mugging, see <http://modelmugging.org>

32. S. Freud, *Remembering, Repeating, and Working Through* (Further Recommendations on the Technique of Psychoanalysis II), standard ed. (London: Hogarth Press, 1914), p. 371

۳۳. Santini, R. U. Muller, and G. J. Quirk, "Consolidation of Extinction Learning Involves Transfer from NMDA-Independent to NMDA-Dependent .Memory," *Journal of Neuroscience* ۲۱ (۲۰۰۱): ۹۰۰۹-۱۷
۳۴. B. Foa and M. J. Kozak, "Emotional Processing of Fear: Exposure to .Corrective Information," *Psychological Bulletin* ۹۹, no. ۱ (۱۹۸۶): ۲۰-۳۵
۳۵. C. R. Brewin, "Implications for Psychological Intervention," in *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives*, .ed. J. J. Vasterling and C. R. Brewin (New York: Guilford, ۲۰۰۵), ۲۷۲
۳۶. T. M. Keane, "The Role of Exposure Therapy in the Psychological Treatment of PTSD," *National Center for PTSD Clinical Quarterly* ۵, no. ۴ .(۱۹۹۵): ۱-۶

37. B. Foa and R. J. McNally, "Mechanisms of Change in Exposure Therapy," in *Current Controversies in the Anxiety Disorders*, ed. R. M. Rapee (New York: Guilford, 1996), 329-43

38. J. D. Ford and P. Kidd, "Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic PTSD," *Journal of Traumatic Stress* 18 (1998): 743-61. See also A. McDonagh-Coyle, et al., "Randomized Trial of Cognitive- Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, no. 3 (2005): 515-24; Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence* (Washington: National Academies Press, 2008); and R. Bradley, et al., "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD," *American*

.Journal of Psychiatry 162, no. 2 (2005): 214-27

39. J. Bisson, et al., "Psychological Treatments for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis," British Journal of Psychiatry 190 (2007): 97-104. See also L. H. Jaycox, E. B. Foa, and A. R. Morral, "Influence of Emotional Engagement and Habituation on Exposure Therapy for PTSD," Journal of Consulting and Clinical Psychology 66 (1998): 185-92

40. "Dropouts: in prolonged exposure ($n = 53$ (38%)); in present-centered therapy ($n = 30$ (21%)) ($P = .002$). The control group also had a high rate of casualties: 2 nonsuicidal deaths, 9 psychiatric hospitalizations, and 3 suicide attempts." P. P. Schnurr, et al., "Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women," JAMA 297, no. 8 (2007): 820-30.

٤١. R. Bradley, et al., "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy .for PTSD," American Journal of Psychiatry ١٦٢, no. ٢ (٢٠٠٥): ٢١٤-٢٧

٤٢. J. H. Jaycox and E. B. Foa, "Obstacles in Implementing Exposure Therapy for PTSD: Case Discussions and Practical Solutions," Clinical Psychology and Psychotherapy ٣, no. ٣ (١٩٩٦): ١٧٦-٨٤. See also E. B. Foa, D. Hearst-Ikeda, and K. J. Perry, "Evaluation of a Brief Cognitive-Behavioral Program for the Prevention of Chronic PTSD in Recent Assault Victims," .Journal of Consulting and Clinical Psychology ٦٣ (١٩٩٥): ٩٤٨-٥٥

.٤٣. Alexander McFarlane personal communication

٤٤. R. K. Pitman, et al., "Psychiatric Complications During Flooding Therapy for Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Clinical Psychiatry ٥٢, no. ١ .(January ١٩٩١): ١٧-٢٠.

45. Jean Decety, Kalina J. Michalska, and Katherine D. Kinzler, "The Contribution of Emotion and Cognition to Moral Sensitivity: A Neurodevelopmental Study," *Cerebral Cortex* 22 no.1 (2012): 29-40; Jean Decety, C. Daniel Batson, "Neuroscience Approaches to Interpersonal .(Sensitivity," 2, nos. 3-4 (2007

46. K. H. Seal, et al., "VA Mental Health Services Utilization in Iraq and Afghanistan Veterans in the First Year of Receiving New Mental Health Diagnoses," *Journal of Traumatic Stress* 23 (2010): 5-16. 47. L. Jerome, -"(+/-)-3, 4

Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy") Investigator's Brochure," December 2007, available at [/www.maps.org/research/mdma/protocol](http://www.maps.org/research/mdma/protocol)

.(ib_mdma_new.۸.pdf (accessed August ۱۶, ۲۰۱۲

۴۷. John H. Krystal, et al. "Chronic ۳, ۴-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) use: effects on mood and neuropsychological function?" The .American Journal of Drug and Alcohol Abuse ۱۸.۳ (۱۹۹۲): ۳۳۱-۳۴۱

-۴۸. Mithoefer, Michael C., et al., "The safety and efficacy of±۳, ۴

methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study." Journal of Psychopharmacology ۲۵.۴ .(۲۰۱۱): ۴۳۹-۴۵۲; M. C

۴۹. Mithoefer, et al., "Durability of Improvement in Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Absence of Harmful Effects or Drug Dependency

after 3, 4-Methylenedioxymethamphetamine-Assisted Psychotherapy: A Prospective Long-Term Follow-up Study," *Journal of Psychopharmacology* 27, no. 1 (2013): 28-39

50. J. D. Bremner, "Neurobiology of Post-traumatic Stress Disorder," in *Posttraumatic Stress Disorder: A Critical Review*, ed. R. S. Rynoos (Lutherville, MD: Sidran Press, 1994), 43-64

51. <http://cdn.nextgov.com/nextgov/interstitial.html?v=2.1.1&rf=http%3A%2F%2Fwww.nextgov.com%2Fhealth%2F2011%2F01%2Fmilitarydrug-policy-threatens-troops-health-doctors-say%2F48321%2F>

52. J. R. T. Davidson, "Drug Therapy of Post-traumatic Stress Disorder," *British Journal of Psychiatry* 160 (1992): 309-314. See also R. Famularo, R. Kinscherff, and T. Fenton, "Propranolol Treatment for Childhood

Posttraumatic Stress Disorder Acute Type," American Journal of Disorders of Childhood 142 (1988): 1244-47; F. A. Fesler, "Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Clinical Psychiatry 52 (1991): 361-64; B. H. Herman, et al., "Naltrexone Decreases Self-Injurious Behavior," Annals of Neurology 22 (1987): 530-34; and B. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Posttraumatic Stress Disorder

53. B. Van der Kolk, et al., "A Randomized Clinical Trial of EMDR, Fluoxetine and Pill Placebo in the Treatment of PTSD: Treatment Effects and .Long-Term Maintenance," Journal of Clinical Psychiatry 68 (2007): 37-46

54. R. A. Bryant, et al., "Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques," American Journal of Psychiatry 156, no. 11 (November 1999): 1780-86; N. P. Roberts et al., "Early Psychological Interventions to Treat Acute Traumatic

Stress Symptoms," Cochran Database of Systematic Reviews 3 (March 2010).

55. This includes the alpha₁ receptor antagonist prazosin, the alpha₂ receptor antagonist clonidine, and the beta receptor antagonist propranolol. See M. J. Friedman and J. R. Davidson, "Pharmacotherapy for PTSD," in Handbook of PTSD: Science and Practice, ed. M. J. Friedman, T. M. Keane, and P. A. Resick (New York: Guilford Press, 2007), 376.

56. M. A. Raskind, et al., "A Parallel Group Placebo Controlled Study of Prazosin for Trauma Nightmares and Sleep Disturbance in Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder," Biological Psychiatry 61, no. 8 (2007): 928-34. F. B. Taylor, et al., "Prazosin Effects on Objective Sleep Measures and Clinical Symptoms in Civilian Trauma Posttraumatic Stress Disorder: A Placebo-Controlled Study," Biological Psychiatry 63, no. 6 (2008): 629-32.

ΔΥ. Lithium, lamotrigine, carbamazepine, divalproex, gabapentin, and topiramate may help to control trauma-related aggression and irritability. Valproate has been shown to be effective in several case reports with PTSD, including with military veteran patients with chronic PTSD. Friedman and Davidson, "Pharmacotherapy for PTSD"; F. A. Fesler, "Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder," *Journal of Clinical Psychiatry* 52, no. 9 (1991): 361-64. The following study showed a 37.4 percent reduction in PTSD. S. Akuchekian and S. Amanat, "The Comparison of Topiramate and Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Double-Blind Study," *Journal of Research in Medical Sciences* 9, no. 5 (2004): 240-44.

ΔΛ. Bartzokis, et al., "Adjunctive Risperidone in the Treatment of Chronic Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder," *Biological Psychiatry* 57,

no. 5 (2005): 474-79. See also D. B. Reich, et al., "A Preliminary Study of Risperidone in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse in Women," *Journal of Clinical Psychiatry* 65, no. 12 (2004): 1601-1606.

59. The other methods include interventions that usually help traumatized individuals sleep, like the antidepressant trazodone, binaural beat apps, light/sound machines like Proteus (www.brainmachines.com), HRV monitors like heartmath (<http://www.heartmath.com/>), and iRest, an (/effective yoga-based intervention. (<http://www.irest.us>

60. Wilson, "Child's Ordeal Shows Risks of Psychosis Drugs for Young," *New York Times*, September 1, 2010, available at http://www.nytimes.com/2010/09/01/business/2kids.html?pagewanted=all&_r=.

٦١. M. Olfson, et al., "National Trends in the Office-Based Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Antipsychotics," *Archives of General .Psychiatry* ٦٩, no. ١٢ (٢٠١٢): ١٢٤٧-٥٦

٦٢. Harris, et al., "Perspectives on Systems of Care: Concurrent Mental Health Therapy Among Medicaid-Enrolled Youths Starting Antipsychotic .Medications," *FOCUS* ١٠, no. ٣ (٢٠١٢): ٤٠١-٤٠٧

٦٣. B. A. Van der Kolk, "The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress," *Harvard Review of .Psychiatry* ١, no. ٥ (١٩٩٤): ٢٥٣-٦٥

٦٤. B. Brewin, "Mental Illness is the Leading Cause of Hospitalization for Active-Duty Troops," *Nextgov.com*, May ١٧, ٢٠١٢, <http://www.nextgov.com/health/٠٥/٢٠١٢/mentalillness-leading-cause->

./hospitalization-active-duty-troops/ ۵۵۷۹۷

۶۵. Mental health drug expenditures, Department of Veterans affairs.

<http://www.veterans.senate.gov/imo/>

[.media/doc/For%۲.the%۲.Record%۲.%۲.CCHR%۲.۴.۳۰. ۱۴.pdf](#)

فصل چهاردهم: زبان: معجزه و استبداد

۱. Dr. Spencer Eth to Bessel A. van der Kolk, March ۲۰۰۲

۲. J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena," in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (London: Hogarth Press, ۱۸۹۳). J. Breuer and S. Freud, (Studies on Hysteria (New York: Basic Books, ۲۰۰۹

۳. T. E. Lawrence, Seven Pillars of Wisdom (New York: Doubleday, ۱۹۳۵

٤. E. B. Foa, et al., "The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation," *Psychological Assessment* ١١, no. ٣ (١٩٩٩): .٣٠٣-٣١٤

٥. K. Marlantes, *What It Is Like to Go to War* (New York: Grove Press, ٢٠١١)

٦. *Ibid.*, ١١٤

٧. *Ibid.*, ١٢٩

٨. H. Keller, *The World I Live In* (١٩٠٨), ed. R. Shattuck (New York: NYRB Classics, ٢٠٠٤). See also R. Shattuck, "A World of Words," *New York Review of Books*, February ٢٤, ٢٠٠٤

٩. H. Keller, *The Story of My Life*, ed. R. Shattuck and D. Herrmann (New York: Norton, ٢٠٠٣)

10. W. M. Kelley, et al., "Finding the Self? An Event-Related fMRI Study," *Journal of Cognitive Neuroscience* 14, no. 5 (2002): 785-94. See also N. A. Farb, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference," *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, no. 4 (2007): 313-22. P. M. Niedenthal, "Embodying Emotion," *Science* 316, no. 5827 (2007): 102-105; and J. M. Allman, "The Anterior Cingulate Cortex," *Annals of the New York Academy of Sciences* 935, no. 1 (2001): 107-117.

11. J. Kagan, dialogue with the Dalai Lama, Massachusetts Institute of Technology, 2006. <http://www.mindandlife.org/about/history>

12. Goldman and F. de Vignemont, "Is Social Cognition Embodied?" *Trends in Cognitive Sciences* 13, no. 4 (2009): 154-59. See also A. D. Craig, "How Do You Feel—Now? The Anterior Insula and Human Awareness," *Nature*

Reviews Neuroscience 10 (2009): 59-70; H. D. Critchley, "Neural Mechanisms of Autonomic, Affective, and Cognitive Integration," Journal of Comparative Neurology 493, no. 1 (2005): 154-66; T. D. Wager, et al., "Prefrontal-Subcortical Pathways Mediating Successful Emotion Regulation," Neuron 59, no. 6 (2008): 137-50; K. N. Ochsner, et al., "Rethinking Feelings: An fMRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion," Journal of Cognitive Neuroscience 14, no. 8 (2002): 1215-29; A. D'Argembeau, et al., "Self-Reflection Across Time: Cortical Midline Structures Differentiate Between Present and Past Selves," Social Cognitive and Affective Neuroscience 3, no. 3 (2008): 244-52; Y. Ma, et al., "Sociocultural Patterning of Neural Activity During Self-Reflection," Social Cognitive and Affective Neuroscience 9, no. 1 (2014): 73-80; R. N. Spreng, R. A. Mar, and A. S. Kim, "The Common Neural Basis of Autobiographical Memory, Prospection, Navigation, Theory of Mind, and the Default Mode: A

Quantitative Meta-Analysis," *Journal of Cognitive Neuroscience* 21, no. 3 (2009): 489-510; H. D. Critchley, "The Human Cortex Responds to an Interoceptive Challenge," *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 101, no. 17 (2004): 6333-34; and C. Lamm, C. D. Batson, and J. Decety, "The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-Taking and Cognitive Appraisal," *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, no. 1 (2007): 42-58

13. J. W. Pennebaker, *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions* (New York: Guilford Press, 2012), 12

14. *Ibid.*, p. 19

15. *Ibid.*, p. 35

.16. Ibid., p. 5.

17. J. W. Pennebaker, J. K. Kiecolt-Glaser, and R. Glaser, "Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, no. 2 (1988): 239-45

18. D. A. Harris, "Dance/Movement Therapy Approaches to Fostering Resilience and Recovery Among African Adolescent Torture Survivors," *Torture* 17, no. 2 (2007): 134-55; M. Bensimon, D. Amir, and Y. Wolf, "Drumming Through Trauma: Music Therapy with Post-traumatic Soldiers," *Arts in Psychotherapy* 35, no. 1 (2008): 34-48; M. Weltman, "Movement Therapy with Children Who Have Been Sexually Abused," *American Journal of Dance Therapy* 9, no. 1 (1986): 47-66; H. Englund, "Death, Trauma and Ritual: Mozambican Refugees in Malawi," *Social Science & Medicine* 46, no. 9 (1998): 1165-74; H. Tefferi, *Building on Traditional Strengths: The*

Unaccompanied Refugee Children from South Sudan (1996); D. Tolfree, *Restoring Playfulness: Different Approaches to Assisting Children Who Are Psychologically Affected by War or Displacement* (Stockholm: Rädda Barnen, 1996), 158-73; N. Boothby, "Mobilizing Communities to Meet the Psychosocial Needs of Children in War and Refugee Crises," in *Minefields in Their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence*, ed. R. Apfel and B. Simon (New Haven, Yale University Press, 1996), 149-64; S. Sandel, S. Chaiklin, and A. Lohn, *Foundations of Dance/Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chace* (Columbia, MD: American Dance Therapy Association, 1993); K. Callaghan, "Movement Psychotherapy with Adult Survivors of Political Torture and Organized Violence," *Arts in Psychotherapy* 20, no. 5 (1993): 411-21; A. E. L. Gray, "The Body Remembers: Dance Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture," *American Journal of Dance Therapy* 23, no. 1 (2001): 29-43

۱۹. M. Krantz, and J. W. Pennebaker, "Expressive Dance, Writing, Trauma, and Health: When Words Have a Body." *Whole Person Healthcare* ۳ (۲۰۰۷): ۲۰۱-۲۹

۲۰. P. Fussell, *The Great War and Modern Memory* (London: Oxford University Press, ۱۹۷۵)

۲۱. These findings have been replicated in the following studies: J. D. Bremner, "Does Stress Damage the Brain?" *Biological Psychiatry* ۴۵, no. ۷ (۱۹۹۹): ۷۹۷-۸۰۵; I. Liberzon, et al., "Brain Activation in PTSD in Response to Trauma-Related Stimuli," *Biological Psychiatry* ۴۵, no. ۷ (۱۹۹۹): ۸۱۷-۲۶; L. M. Shin, et al., "Visual Imagery and Perception in Posttraumatic Stress Disorder: A Positron Emission Tomographic Investigation," *Archives of General Psychiatry* ۵۴, no. ۳ (۱۹۹۷): ۲۳۳-۴۱; L. M. Shin, et al., "Regional Cerebral Blood Flow During Script-Driven Imagery in Childhood Sexual

Abuse-Related PTSD: A PET Investigation," American Journal of Psychiatry
.156, no. 4 (1999): 575-84

٢٢. I am not sure if this term originated with me or with Peter Levine. I own a video where he credits me, but most of what I have learned about .pendulation I've learned from him

٢٣. A small body of evidence offers support for claims that exposure/acupoints stimulation yields stronger outcomes and exposures strategies that incorporate conventional relaxation techniques. (www.vetcases.com). D. Church, et al., "Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study," *Traumatology* ١٨, no. ٣ (٢٠١٢): ٧٣-٧٩; and D. Feinstein and D. Church, "Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions," *.Review of General Psychology* ١٤, no. ٤ (٢٠١٠): ٢٨٣- ٩٥

٢٤. T. Gil, et al., "Cognitive Functioning in Post-traumatic Stress Disorder,"

Journal of Traumatic Stress 3, no. 1 (1990): 29-45; J. J. Vasterling, et al., "Attention, Learning, and Memory Performances and Intellectual Resources in Vietnam Veterans: PTSD and No Disorder Comparisons," Neuropsychology 16, no. 1 (2002): 5

25. In a neuroimaging study the PTSD subjects deactivated the speech area of their brain, Broca's area, in response to neutral words. In other words: the decreased Broca's area functioning that we had found in PTSD patients (see chapter 3) did not only occur in response to traumatic memories; it also happened when they were asked to pay attention to neutral words. This means that, as a group, traumatized patients have a harder time to articulate what they feel and think about ordinary events. The PTSD group also had decreased activation of the medial prefrontal cortex (mPFC), the frontal lobe area that, as we have seen, conveys awareness of one's self,

and dampens activation of the amygdala, the smoke detector. This made it harder for them to suppress the brain's fear response in response to a simple language task and again, made it harder to pay attention and go on with their lives. See: Moores, K. A., Clark, C. R., McFarlane, A. C., Brown, G. C., Puce, A., & Taylor, D. J. (2008). Abnormal recruitment of working memory updating networks during maintenance of trauma-neutral information in post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 163 (2), 156-170.

26. J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena," in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (London: Hogarth Press, 1893).

27. D. L. Schacter, *Searching for Memory* (New York: Basic Books, 1996).

فصل پانزدهم: دست کشیدن از گذشته: ای‌ام‌دی‌آر

۱. F. Shapiro, EMDR: The Breakthrough Eye Movement Therapy for .(Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma (New York: Basic Books, ۲۰۰۴
۲. B. A. van der Kolk, et al., "A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long-Term Maintenance," Journal of Clinical Psychiatry ۶۸, no. ۱ (۲۰۰۷): ۳۷-۴۶.
۳. J. G. Carlson, et al., "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EDMR) Treatment for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Traumatic Stress ۱۱, no. ۱ (۱۹۹۸): ۳-۲۴

٤. J. D. Payne, et al., "Sleep Increases False Recall of Semantically Related Words in the Deese-Roediger-McDermott Memory Task," *Sleep* ٢٩ (٢٠٠٦): .A٣٧٣

٥. B. A. van der Kolk and C. P. Ducey, "The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD," *Journal of Traumatic Stress* ٢, no. ٣ (١٩٨٩): ٢٥٩-٧٤

٦. M. Jouvet, *The Paradox of Sleep: The Story of Dreaming*, trans. Laurence .(Garey (Cambridge, MA: MIT Press, ١٩٩٩

٧. R. Greenwald, "Eye Movement Desensitization and Reprocessing .(EMDR): A New Kind of Dreamwork?" *Dreaming* ٥, no. ١ (١٩٩٥): ٥١-٥٥

٨. R. Cartwright, et al., "REM Sleep Reduction, Mood Regulation and

Remission in Untreated Depression," *Psychiatry Research* 121, no. 2 (2003): 159-67. See also R. Cartwright, et al., "Role of REM Sleep and Dream Affect in Overnight Mood Regulation: A Study of Normal Volunteers," *Psychiatry Research* 81, no. 1 (1998): 1-8

9. R. Greenberg, C. A. Pearlman, and D. Gampel, "War Neuroses and the Adaptive Function of REM Sleep," *British Journal of Medical Psychology* 45, no. 1 (1972): 27-33. Ramon Greenberg and Chester Pearlman, as well as our lab, found that traumatized veterans wake themselves up as soon as they enter a REM period. While many traumatized individuals use alcohol to help them sleep, they thereby keep themselves from the full benefits of dreaming (the integration and transformation of memory) and thereby may contribute to preventing the resolution of their PTSD

10. B. van der Kolk, et al., "Nightmares and Trauma: A Comparison of

Nightmares After Combat with Lifelong Nightmares in Veterans," *American Journal of Psychiatry* 141, no. 2 (1984): 187-9.

11. N. Breslau, et al., "Sleep Disturbance and Psychiatric Disorders: A Longitudinal Epidemiological Study of Young Adults," *Biological Psychiatry* 39, no. 6 (1996): 411-18

12. R. Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory," *Journal of Cognitive Neuroscience* 11, no. 2 (1999): 182-93. See also R. Stickgold, "Of Sleep, Memories and Trauma," *Nature Neuroscience* 10, no. 5 (2007): 540-42; and B. Rasch, et al., "Odor Cues During Slow-Wave Sleep Prompt Declarative Memory Consolidation," *Science* 315, no. 5817 (2007): 1426-29

13. E. J. Wamsley, et al., "Dreaming of a Learning Task Is Associated with

Enhanced Sleep- Dependent Memory Consolidation," *Current Biology* 20, no. 9, (May 11, 2010): 850-55

14. R. Stickgold, "Sleep-Dependent Memory Consolidation," *Nature* 437 (2005): 1272-78

15. R. Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory," *Journal of Cognitive Neuroscience* 11, no. 2 (1999): 182-93

16. J. Williams, et al., "Bizarreness in Dreams and Fantasies: Implications for the Activation- Synthesis Hypothesis," *Consciousness and Cognition* 1, no. 2 (1992): 172-85. See also Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in ".Associative Memory

17. M. P. Walker, et al., "Cognitive Flexibility Across the Sleep-Wake Cycle:

REM-Sleep Enhancement of Anagram Problem Solving," *Cognitive Brain Research* 14 (2002): 317-24

18. R. Stickgold, "EMDR: A Putative Neurobiological Mechanism of Action," *Journal of Clinical Psychology* 58 (2002): 61-75

19. There are several studies on how eye movements help to process and transform traumatic memories. M. Sack, et al., "Alterations in Autonomic Tone During Trauma Exposure Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)—Results of a Preliminary Investigation," *Journal of Anxiety Disorders* 22, no. 7 (2008): 1264-71; B. Letizia, F. Andrea, and C. Paolo, Neuroanatomical Changes After Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment in Posttraumatic Stress Disorder, *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 19, no. 4 (2007): 475-76; P. Levin, S. Lazrove, and B. van der Kolk, (1999). What

Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us About the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing, *Journal of Anxiety Disorders*, 13, nos. 1-2, 159-72; M. L. Harper, T. Rasolkhani Kalhorn, J. F. Drozd, "On the Neural Basis of EMDR Therapy: Insights from Qeeg Studies, *Traumatology*, 15, no. 2 (2009): 81-95; K. Lansing, D. G. Amen, C. Hanks, L. Rudy, "High-Resolution Brain SPECT Imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Police Officers with PTSD," *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 17, no. 4 (2005): 526-32; T. Ohtani, K. Matsuo, K. Kasai, T. Kato, and N. Kato, "Hemodynamic Responses of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Posttraumatic Stress Disorder. *Neuroscience Research*, 65, no. 4 (2009): 375-83; M. Pagani, G. Högberg, D. Salmaso, D. Nardo, Ö. Sundin, C. Jonsson, and T. Hällström, "Effects of EMDR Psychotherapy on 99mtc-HMPAO Distribution in Occupation-Related

Post- Traumatic Stress Disorder," Nuclear Medicine Communications ٢٨ (٢٠٠٧): ٧٥٧-٦٥; H. P. Söndergaard and U. Elofsson, "Psychophysiological Studies of EMDR," Journal of EMDR Practice and Research ٢, no. ٤ (٢٠٠٨): ٢٨٢-٨٨.

فصل شانزدهم: توانایی مآواگزینی در بدن: یوگا

١. Acupuncture and acupressure are widely practiced among trauma-oriented clinicians and is beginning to be systematically studied as a treatment for clinical PTSD. M. Hollifield, et al., "Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Pilot Trial," Journal of Nervous and Mental Disease ١٩٥, no. ٦ (٢٠٠٧): ٥٠٤-٥١٣. Studies that use fMRI to measure the effects of acupuncture on the areas of the brain associated with fear report acupuncture to produce rapid regulation of these brain regions. K. K. Hui, et al., "The Integrated Response of the

Human Cerebro-Cerebellar and Limbic Systems to Acupuncture Stimulation at ST 36 as Evidenced by fMRI," *NeuroImage* 27 (2005): 479-96; J. Fang, et al., "The Salient Characteristics of the Central Effects of Acupuncture Needling: Limbic- Paralimbic-Neocortical Network Modulation," *Human Brain Mapping* 30 (2009): 1196- 206. D. Feinstein, "Rapid Treatment of PTSD: Why Psychological Exposure with Acupoint Tapping May Be Effective," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 47, no. 3 (2010): 385-402; D. Church, et al., "Psychological Trauma Symptom Improvement in Veterans Using EFT (Emotional Freedom Technique): A Randomized Controlled Trial," *Journal of Nervous and Mental Disease* 201 (2013): 153-60; D. Church, G. Yount, and A. J. Brooks, "The Effect of Emotional Freedom Techniques (EFT) on Stress Biochemistry: A Randomized Controlled Trial," *Journal of Nervous and Mental Disease* 200 (2012): 891-96; R. P. Dhond, N. Kettner, and V. Napadow, "Neuroimaging Acupuncture Effects in the

Human Brain," *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 13 (2007): 603-616; K. K. Hui, et al., "Acupuncture Modulates the Limbic System and Subcortical Gray Structures of the Human Brain: Evidence from fMRI .Studies in Normal Subjects," *Human Brain Mapping* 9 (2000): 13-25

2. M. Sack, J. W. Hopper, and F. Lamprecht, "Low Respiratory Sinus Arrhythmia and Prolonged Psychophysiological Arousal in Posttraumatic Stress Disorder: Heart Rate Dynamics and Individual Differences in Arousal Regulation," *Biological Psychiatry* 55, no. 3 (2004): 284-90. See also H. Cohen, et al., "Analysis of Heart Rate Variability in Posttraumatic Stress Disorder Patients in Response to a Trauma-Related Reminder," *Biological Psychiatry* 44, no. 10 (1998): 1054-59; H. Cohen, et al., "Long-Lasting Behavioral Effects of Juvenile Trauma in an Animal Model of PTSD Associated with a Failure of the Autonomic Nervous System to Recover,"

European Neuropsychopharmacology 17, no. 6 (2007): 464-77; and H. Wahbeh and B. S. Oken, "Peak High-Frequency HRV and Peak Alpha Frequency Higher in PTSD," Applied Psychophysiology and Biofeedback 38, no. 1 (2013): 57-69.

3. J. W. Hopper, et al., "Preliminary Evidence of Parasympathetic Influence on Basal Heart Rate in Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Psychosomatic Research 60, no. 1 (2006): 83-9.

4. Arie Shalev at Hadassah Medical School in Jerusalem and Roger Pitman's experiments at Harvard also pointed in this direction: A. Y. Shalev, et al., "Auditory Startle Response in Trauma Survivors with Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study," American Journal of Psychiatry 157, no. 2 (2000): 255-61; R. K. Pitman, et al., "Psychophysiologic Assessment of Posttraumatic Stress Disorder Imagery in Vietnam Combat Veterans,"

Archives of General Psychiatry 44, no. 11 (1987): 970-75; A. Y. Shalev, et al., "A Prospective Study of Heart Rate Response Following Trauma and the Subsequent Development of Posttraumatic Stress Disorder," Archives of General Psychiatry 55, no. 6 (1998): 553-59

5. P. Lehrer, Y. Sasaki, and Y. Saito, "Zazen and Cardiac Variability," Psychosomatic Medicine 61, no. 6 (1999): 812-21. See also R. Sovik, "The Science of Breathing: The Yogic View," Progress in Brain Research 122 (1999): 491-505; P. Philippot, G. Chapelle, and S. Blairy, "Respiratory Feedback in the Generation of Emotion," Cognition & Emotion 16, no. 5 (2002): 605-627; A. Michalsen, et al., "Rapid Stress Reduction and Anxiolysis Among Distressed Women as a Consequence of a Three-Month Intensive Yoga Program," Medical Science Monitor 11, no. 12 (2005): 555-61; G. Kirkwood et al., "Yoga for Anxiety: A Systematic Review of the Research

Evidence," *British Journal of Sports Medicine* 39 (2005): 884-91; K. Pilkington, et al., "Yoga for Depression: The Research Evidence," *Journal of Affective Disorders* 89 (2005): 13-24; and P. Gerbarg and R. Brown, "Yoga: A Breath of Relief for Hurricane Katrina Refugees," *Current Psychiatry* 4 (2005): 55-67

6. B. Cuthbert et al., "Strategies of Arousal Control: Biofeedback, Meditation, and Motivation," *Journal of Experimental Psychology* 110 (1981): 518-46. See also S. B. S. Khalsa, "Yoga as a Therapeutic Intervention: A Bibliometric Analysis of Published Research Studies," *Indian Journal of Physiology and Pharmacology* 48 (2004): 269-85; M. M. Delmonte, "Meditation as a Clinical Intervention Strategy: A Brief Review," *International Journal of Psychosomatics* 33 (1986): 9-12; I. Becker, "Uses of Yoga in Psychiatry and Medicine," in *Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry*, vol. 19, ed. P. R. Muskin PR (Washington: American Psychiatric Press, 2008); L. Bernardi, et al., "Slow Breathing Reduces Chemoreflex Response to Hypoxia and Hypercapnia, and Increases Baroreflex Sensitivity," *Journal of Hypertension* 19, no. 12 (2001): 2221-29; R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part I: Neurophysiologic

Model," *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11 (2005): 189-201; R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part II: Clinical Applications and Guidelines," *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11 (2005): 111-17; C. C. Streeter, et al., "Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels: A Pilot Study," *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 13 (2007): 419-26; and C. C. Streeter, et al., "Effects of Yoga Versus Walking on Mood, Anxiety, and Brain GABA Levels: A Randomized Controlled MRS Study," *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 16 (2010): 1145-52

V. There are dozens of scientific articles showing the positive effect of yoga for various medical conditions. The following is a small sample: S. B. Khalsa, "Yoga as a Therapeutic Intervention"; P. Grossman, et al.,

"Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis," *Journal of Psychosomatic Research* 57 (2004): 35-43; K. Sherman, et al., "Comparing Yoga, Exercise, and a Self-Care Book for Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial," *Annals of Internal Medicine* 143 (2005): 849-56; K. A. Williams, et al., "Effect of Iyengar Yoga Therapy for Chronic Low Back Pain," *Pain* 115 (2005): 107-117; R. B. Saper, et al., "Yoga for Chronic Low Back Pain in a Predominantly Minority Population: A Pilot Randomized Controlled Trial," *Alternative Therapies in Health and Medicine* 15 (2009): 18-27; J. W. Carson, et al., "Yoga for Women with Metastatic Breast Cancer: Results from a Pilot Study," *Journal of Pain and Symptom Management* 33 (2007): 331-41

8. B. A. van der Kolk, et al., "Yoga as an Adjunctive Therapy for PTSD," *Journal of Clinical Psychiatry* 75, no. 6 (June 2014): 559-65

9. A California company, HeartMath, has developed nifty devices and computer games that are both fun and effective in helping people to achieve better HRV. To date nobody has studied whether simple devices such as those developed by HeartMath can reduce PTSD symptoms, but (.this very likely the case. (See in www.heartmath.org

10. As of this writing there are twenty-four apps available on iTunes that claim to be able to help increase HRV, such as emWave, HeartMath, and .GPS+Soul

11. B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD," *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, no. 1 (2006): .277-93

12. S. Telles, et al., "Alterations of Auditory Middle Latency Evoked

Potentials During Yogic Consciously Regulated Breathing and Attentive State of Mind," *International Journal of Psychophysiology* 14, no. 3 (1993): 189–98. See also P. L. Gerbarg, "Yoga and Neuro- Psychoanalysis," in *Bodies in Treatment: The Unspoken Dimension*, ed. Frances Sommer Anderson .(New York, Analytic Press, 2008), 127–5.

13. D. Emerson and E. Hopper, *Overcoming Trauma Through Yoga: .(Reclaiming Your Body* (Berkeley, North Atlantic Books, 2011

14. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the .(Making of Consciousness* (New York, Hartcourt, 1999

15. "Interoception" is the scientific name for this basic self-sensing ability. Brain-imaging studies of traumatized people have repeatedly shown problems in the areas of the brain related to physical self-awareness,

particularly an area called the insula. J. W. Hopper, et al., "Neural Correlates of Reexperiencing, Avoidance, and Dissociation in PTSD: Symptom Dimensions and Emotion Dysregulation in Responses to Script-Driven Trauma Imagery," *Journal of Traumatic Stress* 20, no. 5 (2007): 713-25. See also I. A. Strigo, et al., "Neural Correlates of Altered Pain Response in Women with Posttraumatic Stress Disorder from Intimate Partner Violence," *Biological Psychiatry* 68, no. 5 (2010): 442-50; G. A. Fonzo, et al., "Exaggerated and Disconnected Insular-Amygdalar Blood Oxygenation Level- Dependent Response to Threat-Related Emotional Faces in Women with Intimate-Partner Violence Posttraumatic Stress Disorder," *Biological Psychiatry* 68, no. 5 (2010): 433-41; P. A. Frewen, et al., "Social Emotions and Emotional Valence During Imagery in Women with PTSD: Affective and Neural Correlates," *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2, no. 2 (2010): 145-57; K. Felmingham, et al.,

"Dissociative Responses to Conscious and Non-conscious Fear Impact Underlying Brain Function in Posttraumatic Stress Disorder," *Psychological Medicine* 38, no. 12 (2008): 1771-80; A. N. Simmons, et al., "Functional Activation and Neural Networks in Women with Posttraumatic Stress Disorder Related to Intimate Partner Violence," *Biological Psychiatry* 64, no. 8 (2008): 681-90; R. J. L. Lindauer, et al., "Effects of Psychotherapy on Regional Cerebral Blood Flow During Trauma Imagery in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial," *Psychological Medicine* 38, no. 4 (2008): 543-54 and A. Etkin and T. D. Wager, "Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia," *American Journal of .Psychiatry* 164, no. 10 (2007): 1476-88

16. J. C. Nemiah and P. E. Sifneos, "Psychosomatic Illness: A Problem in

Communication," *Psychotherapy and Psychosomatics* 18, no. 1-6 (1970): 154-60. See also G. J. Taylor, R. M. Bagby, and J. D. A. Parker, *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. ((Cambridge: Cambridge University Press, 1997

17. R. Damásio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion and the Making of Consciousness* (Random House, 2000), 28

18. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD," *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, no. 1 (2006): 277-93. See also B. K. Hölzel, et al., "How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective," *Perspectives on Psychological Science* 6, no. 6 (2011): 537-59

19. K. Hölzel, et al., "Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional

Brain Gray Matter Density," *Psychiatry Research: Neuroimaging* ۱۹۱, no. ۱ (۲۰۱۱): ۳۶-۴۳. See also B. K. Hölzel, et al., "Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala," *Social Cognitive and Affective Neuroscience* ۵, no. ۱ (۲۰۱۰): ۱۱-۱۷; and S. W. Lazar, et al., "Meditation Experience Is Associated with Increased Cortical Thickness," *NeuroReport* ۱۶ (۲۰۰۵): ۱۸۹۳-۹۷.

فصل هفدهم: کنارهم گذاشتن تکه‌ها: خودرهبری

۱. R. A. Goulding and R. C. Schwartz, *The Mosaic Mind: Empowering the Tormented Selves of Child Abuse Survivors* (New York: Norton, ۱۹۹۵), ۴
۲. J. G. Watkins and H. H. Watkins, *Ego States* (New York: Norton, ۱۹۹۷). Jung calls personality parts archetypes and complexes; cognitive psychology schemes and the DID literature refers to them as alters. See

also J. G. Watkins and H. H. Watkins, "Theory and Practice of Ego State Therapy: A Short-Term Therapeutic Approach," *Short-Term Approaches to Psychotherapy* 3 (1979): 176-220.; J. G. Watkins and H. H. Watkins, "Ego States and Hidden Observers," *Journal of Altered States of Consciousness* 1, no. 1 (1979): 3-18; and C. G. Jung, *Lectures: Psychology and Religion* .((New Haven CT: Yale University Press, 1960.

3. W. James, *The Principles of Psychology* (New York: Holt, 1890), 206

4. C. Jung, *Collected Works*, vol. 9, *The Archetypes and the Collective Unconscious* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1968/1955), 33.

5. C. Jung, *Collected Works*, vol. 10, *Civilization in Transition* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1964/1957), 54.

.٤. Ibid., ١٣٣

٧. M. S. Gazzaniga, *The Social Brain: Discovering the Networks of the Mind* (New York: Basic Books, ١٩٨٥), ٩.

.٨. Ibid., ٣٥٤

.٩. M. Minsky, *The Society of Mind* (New York: Simon & Schuster, ١٩٨٨), ٥١

.١٠. Goulding and Schwartz, *Mosaic Mind*, p. ٢٩.

١١. O. van der Hart, E. R. Nijenhuis, and K. Steele, *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization* (New York: WW Norton, ٢٠٠٤); R. P. Kluft, *Shelter from the Storm* (self-published, ٢٠١٣).

١٢. R. Schwartz, Internal Family Systems Therapy (New York: Guilford
.(Press, ١٩٩٥

.١٣. Ibid., p. ٣٤

.١٤. Ibid., p. ١٩

.١٥. Goulding and Schwartz, Mosaic Mind, ٦٣

١٦. J. G. Watkins, ١٩٩٧, illustrates this as an example of personifying
depression: "We need to know what the imaginal sense of the depression is
". and who, which character, suffers it

.17. Richard Schwartz, personal communication

.18. Goulding and Schwartz, Mosaic Mind, 33

19. W. Evers, et al., "Tailored Cognitive-Behavioral Therapy in Early

Rheumatoid Arthritis for Patients at Risk: A Randomized Controlled Trial,"
Pain 100, no. 1-2 (2002): 141-53; E. K. Pradhan, et al., "Effect of
Mindfulness-Based Stress Reduction in Rheumatoid Arthritis Patients,"
Arthritis & Rheumatology 57, no. 7 (2007): p. 1134-42; J. M. Smyth, et al.,
"Effects of Writing About Stressful Experiences on Symptom Reduction in
Patients with Asthma or Rheumatoid Arthritis: A Randomized Trial," JAMA
281, no. 14 (1999): 1304-9; L. Sharpe, et al., "Long-Term Efficacy of a
Cognitive Behavioural Treatment from a Randomized Controlled Trial for
Patients Recently Diagnosed with Rheumatoid Arthritis," Rheumatology

(Oxford) ۴۲, no. ۳ (۲۰۰۳): ۴۳۵-۴۱; H. A. Zangi, et al., "A Mindfulness-Based Group Intervention to Reduce Psychological Distress and Fatigue in Patients with Inflammatory Rheumatic Joint Diseases: A Randomised Controlled .Trial," Annals of the Rheumatic Diseases ۷۱, no. ۶ (۲۰۱۲): ۹۱۱-۱۷

فصل هجدهم: پرکردن حفره‌ها: خلق ساختارها

۱. P. Pesso Boyden System Psychomotor. See <http://pbsp.com>.

۲. D. Goleman, Social Intelligence: The New Science of Human Relationships (Random House Digital, ۲۰۰۶).

۳. P. Pesso, "PBSP: Pesso Boyden System Psychomotor," in Getting in Touch: A Guide to Body-Centered Therapies, ed. S. Caldwell (Wheaton, IL: Theosophical Publishing House, ۱۹۹۷); A. Pesso, Movement in

Psychotherapy: Psychomotor Techniques and Training (New York: New York University Press, 1969); A. Pesso, Experience in Action: A Psychomotor Psychology (New York: New York University Press, 1973); A. Pesso and J. Crandell, eds., Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System/Psychomotor (Cambridge, MA: Brookline Books, 1991); M. Scarf, Secrets, Lies, and Betrayals (New York: Ballantine Books, 2005); M. van Attekum, Aan Den Lijve (Netherlands: Pearson Assessment, 2009); and A. Pesso, "The Externalized Realization of the Unconscious and the Corrective Experience," in Handbook of Body-Psychotherapy / Handbuch der Körperpsychotherapie, ed. H. Weiss and G. Marlock (Stuttgart, Germany: Schattauer, 2006).

4. Luiz Pessoa, and Ralph Adolphs, "Emotion Processing and the Amygdala: from a 'Low Road' to 'Many Roads' of Evaluating Biological Significance."

.Nature Reviews Neuroscience ۱۱, no. ۱۱ (۲۰۱۰): ۷۷۳-۸۳

فصل نوزدهم: سیم‌کشی مجدد مغز: بازخورد عصبی

۱. H. H. Jasper, P. Solomon, and C. Bradley, "Electroencephalographic Analyses of Behavior Problem Children," American Journal of Psychiatry ۹۵ (۱۹۳۸): ۶۴۱-۵۸; P. Solomon, H. H. Jasper, and C. Braley, "Studies in Behavior Problem Children," American Neurology and Psychiatry ۳۸ (۱۹۳۷): ۱۳۵۰-۵۱.

۲. Martin Teicher at Harvard Medical School, has done extensive research that documents temporal lobe abnormalities in adults who were abused as children: M. H. Teicher et al., "The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment," Neuroscience & Biobehavioral Reviews ۲۷, no. ۱-۲ (۲۰۰۳): ۳۳-۴۴; M. H. Teicher et al., "Early Childhood Abuse and

Limbic System Ratings in Adult Psychiatric Outpatients," *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences* 5, no. 3 (1993): 301-6; M. H. Teicher, et al., "Sticks, Stones and Hurtful Words: Combined Effects of Childhood Maltreatment Matter Most," *American Journal of Psychiatry* 159, no. 12 (2002): 2024-32.

3. Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain*. (New York: Norton, 2014).

4. J. N. Demos, *Getting Started with Neurofeedback* (New York: WW Norton, 2005). See also R. J. Davidson, "Affective Style and Affective Disorders: Prospectives from Affective Neuroscience," *Cognition and Emotion* 12, no. 3 (1998): 307-30; and R. J. Davidson, et al., "Regional Brain Function, Emotion and Disorders of Emotion," *Current Opinion in Neurobiology* 9 (1999): 228-34.

5. J. Kamiya, "Conscious Control of Brain Waves," *Psychology Today*, April 1968, 56-60. See also D. P. Nowlis, and J. Kamiya, "The Control of Electroencephalographic Alpha Rhythms Through Auditory Feedback and the Associated Mental Activity," *Psychophysiology* 6, no. 4 (1970): 476-84 and D. Lantz and M. B. Sterman, "Neuropsychological Assessment of Subjects with Uncontrolled Epilepsy: Effects of EEG Feedback Training," *Epilepsia* 29, no. 2 (1988): 163-71

6. M. B. Sterman, L. R. Macdonald, and R. K. Stone, "Biofeedback Training of the Sensorimotor Electroencephalogram Rhythm in Man: Effects on Epilepsy," *Epilepsia* 15, no. 3 (1974): 395-416. A recent meta-analysis of eighty-seven studies showed that neurofeedback led to a significant reduction in seizure frequency in approximately 80 percent of epileptics who received the training. Gabriel Tan, et al., "Meta-Analysis of EEG

Biofeedback in Treating Epilepsy," *Clinical EEG and Neuroscience* ॣ., no. ॣ.
(ॣ..ॡ): ॡॣ-ॣॡ

ॣ. This is part of the same circuit of self-awareness that I described in chapter ॡ. Alvaro Pascual-Leone has shown how, when one temporarily knocks out the area above the medial prefrontal cortex with transcranial magnetic stimulation (TMS), people can temporarily not identify whom they are looking at when they stare into the mirror. J. Pascual-Leone, "Mental Attention, Consciousness, and the Progressive Emergence of Wisdom," *Journal of Adult Development* ॣ, no. ॣ (ॣ...): ॣॣ-ॡॣ

./^ . <http://www.eegspectrum.com/intro-to-neurofeedback>

ॡ. S. Rauch, et al., "Symptom Provocation Study Using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery," *Archives of General Psychiatry* ॡॣ

(1996): 380-87. Three other studies using a new way of imaging the brain, magnetoencephalography (MEG), showed that people with PTSD suffer from increased activation of the right temporal cortex: C. Catani, et al., "Pattern of Cortical Activation During Processing of Aversive Stimuli in Traumatized Survivors of War and Torture," *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259, no. 6 (2009): 340-51; B. E. Engdahl, et al., "Post-traumatic Stress Disorder: A Right Temporal Lobe Syndrome?" *Journal of Neural Engineering* 7, no. 6 (2010): 066005; A. P. Georgopoulos, et al., "The Synchronous Neural Interactions Test as a Functional Neuromarker for Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): A Robust Classification Method Based on the Bootstrap," *Journal of Neural Engineering* 7, no. 1 (2010): 016011

(10. As measured on the Clinician Administered PTSD Scale (CAPS

١١. As measured by John Briere's Inventory of Altered Self-Capacities
.(IASC

١٢. Posterior and central alpha rhythms are generated by thalamocortical networks; beta rhythms appear to be generated by local cortical networks; and the frontal midline theta rhythm (the only healthy theta rhythm in the human brain) is hypothetically generated by the septohippocampal neuronal network. For a recent review see J. Kropotov, Quantitative EEG, .(ERP's And Neurotherapy (Amsterdam: Elsevier, ٢٠٠٩

١٣. H. Benson, "The Relaxation Response: Its Subjective and Objective Historical Precedents and Physiology," Trends in Neurosciences ٦ (١٩٨٣):
.٢٨١-٨٤

١٤. Tobias Egner and John H. Gruzelier, "Ecological Validity of

Neurofeedback: Modulation of Slow Wave EEG Enhances Musical Performance," *Neuroreport* 14 no. 9 (2003): 1221-4; David J. Vernon, "Can Neurofeedback Training Enhance Performance? An Evaluation of the Evidence with Implications for Future Research," *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 30, no. 4 (2005): 347-64

15. "Vancouver Canucks Race to the Stanley Cup—Is It All in Their Minds?" *Bio-Medical.com*, June 2, 2011, <http://bio-medical.com/news/06/2011/vancouver-canucks-raceto-the-stanley-cup-is-it-all-in-their-minds>

16. M. Beauregard, *Brain Wars* (New York: Harper Collins, 2013), p. 33

17. J. Gruzelier, T. Egner, and D. Vernon, "Validating the Efficacy of Neurofeedback for Optimising Performance," *Progress in Brain Research* 159

(2006): 421-31. See also D. Vernon and J. Gruzelier, "Electroencephalographic Biofeedback as a Mechanism to Alter Mood, Creativity and Artistic Performance," in *Mind-Body and Relaxation Research . Focus*, ed. B. N. De Luca (New York: Nova Science, 2008), 149-64

18. See, e.g., M. Arns, et al., "Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: The Effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity: A Meta-Analysis," *Clinical EEG and Neuroscience* 40, no. 3 (2009): 180-89; T. Rossiter, "The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part I: Review of Methodological Issues," *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 29, no. 2 (June 2004): 95-112; T. Rossiter, "The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part II: Replication," *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 29, no. 4 (2004): 233-43; and L. M. Hirshberg, S. Chiu, and J. A. Frazier,

"Emerging Brain-Based Interventions for Children and Adolescents: Overview and Clinical Perspective," *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14, no. 1 (2005): 1-19

.19. For more on qEEG, see thebrainlabs.com/qeeg.shtml

20. N. N. Boutros, M. Torello, and T. H. McGlashan, "Electrophysiological Aberrations in Borderline Personality Disorder: State of the Evidence," *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 15 (2003): 145-54

21. In chapter 17, we saw how essential it is to cultivate a state of steady, calm selfobservation, which IFS calls a state of "being in self." Dick Schwartz claims that with persistence anybody can achieve such a state, and indeed, I have seen him help very traumatized people do precisely that. I am not that skilled, and many of my most severely traumatized

patients become frantic or spaced out when we approach upsetting subjects. Others feel so chronically out of control that it is difficult to find any abiding sense of "self." In most psychiatric settings people with these problems are given medications to stabilize them. Sometimes that works, but many patients lose their motivation and drive. In our randomized controlled study of neurofeedback, chronically traumatized patients had an approximately 30 percent reduction in PTSD symptoms and a significant improvement in measures of executive function and emotional control (van der Kolk et al., submitted 2014).

22. Traumatized kids with sensory-integration deficits need programs specifically developed for their needs. At present, the leaders of this effort are my Trauma Center colleague Elizabeth Warner and Adele Diamond at the University of British Columbia.

23. R. J. Castillo, "Culture, Trance, and the Mind-Brain," *Anthropology of Consciousness* 6, no. 1 (March 1995): 17-34. See also B. Inglis, *Trance: A Natural History of Altered States of Mind* (London: Paladin, 1990); N. F. Graffin, W. J. Ray, and R. Lundy, "EEG Concomitants of Hypnosis and Hypnotic Susceptibility," *Journal of Abnormal Psychology* 104, no. 1 (1995): 123-31; D. L. Schacter, "EEG Theta Waves and Psychological Phenomena: A Review and Analysis," *Biological Psychology* 5, no. 1 (1977): 47-82; and M. E. Sabourin, et al., "EEG Correlates of Hypnotic Susceptibility and Hypnotic Trance: Spectral Analysis and Coherence," *International Journal of Psychophysiology* 10, no. 2 (1990): 125-42

24. E. G. Peniston and P. J. Kulkosky, "Alpha-Theta Brainwave Neuro-Feedback Therapy for Vietnam Veterans with Combat-Related Post-traumatic Stress Disorder," *Medical Psychotherapy* 4 (1991): 47-6.

25. T. M. Sokhadze, R. L. Cannon, and D. L. Trudeau, "EEG Biofeedback as a Treatment for Substance Use Disorders: Review, Rating of Efficacy and Recommendations for Further Research," *Journal of Neurotherapy* 12, no. 1 (2008): 5-43

26. R. C. Kessler, "Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society," *Journal of Clinical Psychiatry* 61, suppl. 5 (2000): 4-14. See also R. Acierno, et al., "Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships," *Journal of Anxiety Disorders* 13, no. 6 (1999): 541-63; and H. D. Chilcoat and N. Breslau, "Investigations of Causal Pathways Between PTSD and Drug Use Disorders," *Addictive Behaviors* 23, no. 6 (1998): 827-40.

27. S. L. Fahrion et al., "Alterations in EEG Amplitude, Personality Factors,

and Brain Electrical Mapping After Alpha-Theta Brainwave Training: A Controlled Case Study of an Alcoholic in Recovery," *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 16, no. 3 (June 1992): 547-52; R. J. Goldberg, J. C. Greenwood, and Z. Taintor, "Alpha Conditioning as an Adjunct Treatment for Drug Dependence: Part 1," *International Journal of Addiction* 11, no. 6 (1976): 1085-89; R. F. Kaplan, et al., "Power and Coherence Analysis of the EEG in Hospitalized Alcoholics and Nonalcoholic Controls," *Journal of Studies on Alcohol* 46 (1985): 122-27; Y. Lamontagne et al., "Alpha and EMG Feedback Training in the Prevention of Drug Abuse: A Controlled Study," *Canadian Psychiatric Association Journal* 22, no. 6 (October 1977): 301-10; Saxby and E. G. Peniston, "Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback Training: An Effective Treatment for Male and Female Alcoholics with Depressive Symptoms," *Journal of Clinical Psychology* 51, no. 5 (1995): 685-93; W. C. Scott, et al., "Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a

Mixed Substance Abusing Population," American Journal Drug and Alcohol Abuse 31, no. 3 (2005): 455-69; and D. L. Trudeau, "Applicability of Brain Wave Biofeedback to Substance Use Disorder in Adolescents," Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America 14, no. 1 (January 2005): 125-36.

28. E. G. Peniston, "EMG Biofeedback-Assisted Desensitization Treatment for Vietnam Combat Veterans Post-Traumatic Stress Disorder," Clinical Biofeedback and Health 9 (1986): 35-41.

29. Eugene G. Peniston, and Paul J. Kulkosky. "Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback for Vietnam Veterans with Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder." Medical Psychotherapy 4, no. 1 (1991): 47-6.

30. Similar results were reported by another group seven years later: W. C.

Scott, et al., "Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population," *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31, no. 3 (2005): 455-69

31. D. L. Trudeau, T. M. Sokhadze, and R. L. Cannon, "Neurofeedback in Alcohol and Drug Dependency," in *Introduction to Quantitative EEG and Neurofeedback: Advanced Theory and Applications*, ed. T. Budzynski, et al. Amsterdam, Elsevier, (1999) pp. 241-68; F. D. Arani, R. Rostami, and M. Nostratabadi, "Effectiveness of Neurofeedback Training as a Treatment for Opioid-Dependent Patients," *Clinical EEG and Neuroscience* 41, no. 3 (2010): 170-77; F. Dehghani-Arani, R. Rostami, and H. Nadali, "Neurofeedback Training for Opiate Addiction: Improvement of Mental Health and Craving," *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 38, no. 2 (2013): 133-41; J. Luigjes, et al., "Neuromodulation as an Intervention for Addiction:

Overview and Future Prospects," Tijdschrift voor psychiatrie 55, no. 11
(2012): 141-52

32. S. Othmer, "Remediating PTSD with Neurofeedback," October 11, 2011,
.http://hannokirk.com/files/Remediating-PTSD_10-11-11.pdf

33. F. H. Duffy, "The State of EEG Biofeedback Therapy (EEG Operant
Conditioning) in 2000: An Editor's Opinion," an editorial in Clinical
.Electroencephalography 31, no. 1 (2000): v-viii

34. Thomas R. Insel, "Faulty Circuits," Scientific American 302, no. 4 (2010):
.44-51

35. T. Insel, "Transforming Diagnosis," National Institute of Mental Health,
Director's Blog, April 29, 2013,

<http://www.nimh.nih.gov/about/director/۲۰۱۳/transforming-diagnosis.shtml>

۳۶. Joshua W. Buckholtz and Andreas Meyer-Lindenberg, "Psychopathology and the Human Connectome: Toward a Transdiagnostic Model of Risk For .Mental Illness," *Neuron* ۷۴, no. ۴ (۲۰۱۲): ۹۹۰-۱۰۰۴

۳۷. F. Collins, "The Symphony Inside Your Brain," NIH Director's Blog, November ۵, ۲۰۱۲, [./http://directorsblog.nih.gov/۰۵/۱۱/۲۰۱۲/the-symphony-inside-your-brain](http://directorsblog.nih.gov/۰۵/۱۱/۲۰۱۲/the-symphony-inside-your-brain)

فصل بیستم: یافتن صدای خود: ریتم‌های دسته‌جمعی و تأثیر

۱. F. Butterfield, "David Mamet Lends a Hand to Homeless Vietnam Veterans," *New York Times*, October ۱۰, ۱۹۹۸. For more on the new shelter,

.see <http://www.nechv.org/historyatnechv.html>

٢. P. Healy, "The Anguish of War for Today's Soldiers, Explored by Sophocles," New York Times, November ١١, ٢٠٠٩. For more on Doerries's project, see

.<http://www.outsidethewirellc.com/projects/theater-of-war/overview>

.٣. Sara Krulwich, "The Theater of War," New York Times, November ١١, ٢٠٠٩

٤. W. H. McNeill, *Keeping Together in Time: Dance and Drill in Human History* (Cambridge, MA: Harvard University Press, ١٩٩٧

.٥. Plutarch, *Lives*, vol. ١ (Digireads.com, ٢٠٠٩), ٥٨

٦. M. Z. Seitz, "The Singing Revolution," New York Times, December ١٤, ٢٠٠٧

7. For more on Urban Improv, see <http://www.urbanimprov.org>

8. The Trauma Center Web site, offers a full-scale downloadable curriculum for a fourth-grade Urban Improv program that can be run by teachers nationwide. <http://www.traumacenter.org/initiatives/psychosocial.php>

9. For more on the Possibility Project, see <http://the-possibility-project.org>

10. For more on Shakespeare in the Courts, see

<http://www.shakespeare.org/education/foryouth/shakespeare-courts>

11. C. Kisiel, et al., "Evaluation of a Theater-Based Youth Violence Prevention Program for Elementary School Children," *Journal of School Violence* 5, no. 2 (2006): 19-36

١٢. The Urban Improv and Trauma Center leaders were Amie Alley, PhD, Margaret Blaustein, PhD, Toby Dewey, MA, Ron Jones, Merle Perkins, Kevin .Smith, Faith Soloway, Joseph Spinazzola, PhD

١٣. H. Epstein and T. Packer, The Shakespeare & Company Actor Training Experience (Lenox MA, Plunkett Lake Press, ٢٠٠٧); H. Epstein, Tina Packer .(Builds a Theater (Lenox, MA: Plunkett Lake Press, ٢٠١٠.

یادداشت‌ها

[۱←]

(Post-traumatic stress disorder (PTSD

[۲←]

The Kite Runner

[۳←]

Jessica Stern

[۴←]

Denial: A Memoir of Terror

[5←]

The Blind Leading the Blind

[6←]

Breughel

[7←]

Soldier of Fortune

[8←]

ژنرال پتن (General Patton): فرمانده ارتش هفتم ایالات متحده در جنگ جهانی دوم.

[۹←]

لایحهٔ سربازی (GI Bill): لایحه‌ای که دولت ایالات متحده طبق آن مزایایی از جمله خدمات دانشگاهی و تحصیلی به کهنه‌سربازانش ارائه می‌دهد.

[۱۰←]

Kwai

[۱۱←]

نبرد بالج (Battle of the Bulge): نبردی در اواخر جنگ جهانی دوم که در آن آلمانی‌ها سعی داشتند مانع ورود نیروهای متفقین به خاک این کشور شوند.

[۱۲←]

The Traumatic Neuroses of War

[[۱۳←](#)]

Abram Kardiner

[[۱۴←](#)]

Elvin Semrad

[[۱۵←](#)]

Sarah Haley

[[۱۶←](#)]

مجموعه‌ای از کلیساهای پروتستانی که در ادارهٔ امور خود استقلال دارند.

[17←]

Rorschach

[18←]

Chaim Shatan

[19←]

Robert J. Lifton

[20←]

C.-C. Chang

[21←]

The Practice of Zen

[22←]

Robert Penn Warren

[23←]

World Enough and Time

[24←]

Thorazine

[25←]

Dementia Praecox

[26←]

Eugen Bleuler

[27←]

Peter Levine

[28←]

Pat Ogden

[29←]

Eric Kandel

[30←]

Allan Hobson

[[۳۱←](#)]

نوعی اختلال روانی که در آن ویژگی‌های هر دو بیماری اسکیزوفرنی و افسردگی در شخص دیده می‌شود.

[[۳۲←](#)]

American Journal of Psychiatry

[[۳۳←](#)]

John Cade

[[۳۴←](#)]

Clozaril

[[۳۵←](#)]

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM

[[۳۶←](#)]

Steven Maier

[[۳۷←](#)]

Martin Seligman

[[۳۸←](#)]

Steve Southwick

[39←]

John Krystal

[40←]

Arieh Shalev

[41←]

Frank Putnam

[42←]

Roger Pitman

[43←]

Rachel Yehuda

[۴۴←]

Mark Greenberg

[۴۵←]

Chris Hedges

[۴۶←]

War Is a Force That Gives Us Meaning

[۴۷←]

Richard Solomon

[۴۸←]

Pain in Men Wounded in Battle

[۴۹←]

Henry K. Beecher

[۵۰←]

Scott Orr

[۵۱←]

Platoon

[۵۲←]

Oliver Stone

[53←]

Jeffrey Gray

[54←]

L-tryptophan

[55←]

Prozac

[56←]

Eli Lilly

[[۵۷←](#)]

سومین دوشنبه از ماه فوریه که در تقویم ایالات متحده به عنوان تعطیل رسمی ثبت شده است.

[[۵۸←](#)]

Zoloft

[[۵۹←](#)]

Celexa

[[۶۰←](#)]

Cymbalta

[[۶۱←](#)]

Paxil

[62←]

(Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI

[63←]

Abilify

[64←]

Risperdal

[65←]

Zyprexa

[66←]

Seroquel

[67←]

Medicaid

[68←]

Johnson & Johnson

[69←]

Ivan Pavlov

[70←]

Yogi Berra

[[۷۱←](#)]

Scott Rauch

[[۷۲←](#)]

Rita Fislér

[[۷۳←](#)]

ترومایی که در اوایل کودکی و معمولاً پیش از رشد زبانی کودک اتفاق می افتد.

[[۷۴←](#)]

Macbeth

[۷۵←]

Ed Murrow

[۷۶←]

Buchenwald

[۷۷←]

Roger Sperry

[۷۸←]

Pierre Janet

[۷۹←]

Bruce Perry

[[۸۰←](#)]

گونه‌ای از میمون‌ها که عمدتاً در کشورهای افغانستان، پاکستان، هند و چین زندگی می‌کنند.

[[۸۱←](#)]

Joseph LeDoux

[[۸۲←](#)]

Paul MacLean

[[۸۳←](#)]

Stan and Ute Lawrence

[←۸۴]

لندن یکی از شهرهای ایالت انتاریو در کانادا نیز هست. مرکز این ایالت اتاوا و مشهورترین شهر آن تورنتو است.

[←۸۵]

Ruth Lanius

[←۸۶]

depersonalization

[←۸۷]

Mental Fitness

[۸۸←]

نوعی توپ ورزشی و طبی که خاصیت کشسانی دارد و می‌تواند وزن‌های مختلفی را تحمل کند.

[۸۹←]

Mickey Hart

[۹۰←]

The Expression of the Emotions in Man and Animals

[۹۱←]

On the Origin of Species

[۹۲←]

The Descent of Man

[93←]

Paul Ekman

[94←]

Emotion

[95←]

emovere

[96←]

sym pathos

[97←]

Stephen Porges

[98←]

Jerome Kagan

[99←]

Dalai Lama

[100←]

Neuroception

[101←]

جانوری چونده شبیه موش خانگی با دُم کشیده و پاهای بلند که در مناطق خشک و بی‌آب و علف آفریقا و آسیا زندگی می‌کند. - فرهنگ فارسی عمید.

[[۱۰۲←](#)]

Ed Tronick

[[۱۰۳←](#)]

(Adverse Childhood Experiences (ACE

[[۱۰۴←](#)]

Steve Gross

[[۱۰۵←](#)]

پارانیاما (Pranayama): یکی از تمرینات یوگا برای کنترل تنفس.

[[۱۰۶←](#)]

چی کونگ (Qigong): از جمله هنرهای رزمی چین باستان برای استفاده از انرژی درونی بدن.

[[۱۰۷←](#)]

Rainer Maria Rilke

[[۱۰۸←](#)]

Letters to a Young Poet

[[۱۰۹←](#)]

Alexander McFarlane

[[۱۱۰←](#)]

William James

[[۱۱۱←](#)]

?What Is an Emotion

[[۱۱۲←](#)]

موهاک مدل مویی است که از اسم قبیله‌ای در آمریکای شمالی گرفته شده است. در این مدل مو، هر دو طرف سر تراشیده شده و بقیه موها به شکل نوار درازی از پیشانی تا پشت سر باقی می‌مانند.

[[۱۱۳←](#)]

Moshe Feldenkrais

[←۱۱۴]

Dan Schacter

[←۱۱۵]

Antonio Damasio

[←۱۱۶]

The Feeling of What Happens

[←۱۱۷]

واریاسیون یکی از شگردهای موسیقی است که در آن قطعه‌ای را با آرایش جدید به صورت‌های مختلفی اجرا می‌کنند.

[[118←](#)]

Science

[[119←](#)]

March of the Penguins

[[120←](#)]

Alexithymia

[[121←](#)]

Henry Krystal

[[122←](#)]

Paul Frewen

[[۱۲۳←](#)]

Paul Schilder

[[۱۲۴←](#)]

ریچارد گی‌یر (Richard Gere): بازیگر آمریکایی برندهٔ جایزهٔ گلدن گلوب.

[[۱۲۵←](#)]

Diana Fosha

[[۱۲۶←](#)]

Nina Fish-Murray

[127←]

Jean Piaget

[128←]

Henry Murray

[129←]

(Thematic Apperception Test (TAT

[130←]

Ritalin

[131←]

Tavistock Clinic

[132←]

John Bowlby

[133←]

Wilfred Bion

[134←]

Harry Guntrip

[135←]

Ronald Fairbairn

[[136←](#)]

Donald Winnicott

[[137←](#)]

Beatrice Beebe

[[138←](#)]

George Orwell

[[139←](#)]

Colwyn Trevarthen

[[140←](#)]

Andrew Meltzoff

[141←]

John Gottman

[142←]

Seth Pollak

[143←]

Mary Ainsworth

[144←]

Mary Main

[145←]

Glenn Saxe

[146←]

Claude Chemtob

[147←]

Karlen Lyons-Ruth

[148←]

e. e. cummings

[149←]

Stephen Cope

[\[150←\]](#)

Law & Order

[\[151←\]](#)

W. H. Auden

[\[152←\]](#)

Scott Wilson

[\[153←\]](#)

Richard Kradin

[[۱۵۴←](#)]

CD۴۵ RA-to-RO ratio

[[۱۵۵←](#)]

ترکیبی از دو اختلال سادیسم (آزارگری) و مازوخیسم (آزارخواهی) جنسی.

[[۱۵۶←](#)]

Roland Summit

[[۱۵۷←](#)]

The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome

[[۱۵۸←](#)]

William Niederland

[\[← ۱۵۹\]](#)

تونی سوپرانو (Tony Soprano): شخصیت خیالی سریال تلویزیونی آمریکایی «خانواده سوپرانو».

[\[← ۱۶۰\]](#)

Carrie Mathison

[\[← ۱۶۱\]](#)

Homeland

[\[← ۱۶۲\]](#)

Judith Herman

[[163←](#)]

Father-Daughter Incest

[[164←](#)]

Chris Perry

[[165←](#)]

(Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ

[[166←](#)]

Gary Larson

[[167←](#)]

Martin Teicher

[168←]

Robert Spitzer

[169←]

(Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified (DESNOS

[170←]

Vincent Felitti

[171←]

Kaiser Permanente

[[۱۷۲←](#)]

Robert Anda

[[۱۷۳←](#)]

نوعی بیماری مزمن ریوی که موجب تنگی نفس می‌شود.

[[۱۷۴←](#)]

اسکنه یا مغار وسیله‌ای است که نجاران با آن در چوب شیار یا شکاف ایجاد می‌کنند و آن را می‌تراشند.

[[۱۷۵←](#)]

Scientific American

[[۱۷۶←](#)]

افسری که کارش نظارت بر زندانیانی است که به‌طور مشروط آزاد شده‌اند.

[[۱۷۷←](#)]

اقامتگاه‌های دولتی برای مراقبت از کودکان و دورکردن آن‌ها از والدین یا دیگر بزرگسالان آزارگر.

[[۱۷۸←](#)]

Michael Meaney

[[۱۷۹←](#)]

Moshe Szyf

[[۱۸۰←](#)]

Stephen Suomi

[\[۱۸۱←\]](#)

Alec Roy

[\[۱۸۲←\]](#)

نوعی بیماری ارثی شبکیه چشم که باعث اختلال شدید بینایی می شود.

[\[۱۸۳←\]](#)

(National Child Traumatic Stress Network (NCTSN

[\[۱۸۴←\]](#)

Adam Cummings

[\[۱۸۵←\]](#)

Nathan Cummings

[[186←](#)]

Ted Kennedy

[[187←](#)]

Bill Harris

[[188←](#)]

Joseph Spinazzola

[[189←](#)]

Developmental Trauma Disorder

[[۱۹۰←](#)]

هماهنگی در حرکت عضلات کوچک دست برای انجام دادن کارهایی مثل گرفتن دستگیره در و بستن بند کفش.

[[۱۹۱←](#)]

Matthew Friedman

[[۱۹۲←](#)]

Alan Sroufe

[[۱۹۳←](#)]

Penelope Trickett

[←۱۹۴]

محلی برای اقامت افرادی که دچار مشکلات پیچیده درمانی هستند.

[←۱۹۵]

Thomas Insel

[←۱۹۶]

(Research Domain Criteria (RDoC

[←۱۹۷]

James Heckman

[←۱۹۸]

David Olds

[199←]

Erich Maria Remarque

[200←]

All Quiet on the Western Front

[201←]

Paul Shanley

[202←]

Boston Globe

[←۲.۳]

دوبرت (Daubert): استاندارد دی در قانون فدرال ایالت متحده آمریکا برای ارائه شواهد در دادگاه.

[←۲.۴]

مطالعه‌ای که اولین بار ویلیام گرانت (William Grant) آن را تأمین مالی کرد.

[←۲.۵]

James McGaugh

[←۲.۶]

Railway spine

[←۲.۷]

hysteria

[208←]

Jean-Martin Charcot

[209←]

Gilles de la Tourette

[210←]

Salpêtrière

[211←]

L'automatisme psychologique

[←۲۱۲]

Josef Breuer

[←۲۱۳]

Cocoanut Grove

[←۲۱۴]

.Robert F. Shaw Jr

[←۲۱۵]

دوستان دادگاه (amicus curiae): شخص یا نهادی که طرف دعوای خاصی نیست؛ اما ازطرف دادگاه مجاز است درباره برخی از موضوعات قانونی مشاوره دهد که مستقیماً بر پرونده جاری اثر می‌گذارد.

[←۲۱۶]

Katie Cannon

[←۲۱۷]

Morton Prince

[←۲۱۸]

نبرد سوم (Battle of Somme): نبردی علیه نیروهای آلمانی در دو سوی رودخانه سُوم فرانسه در جنگ جهانی اول.

[←۲۱۹]

John Keegan

[[220←](#)]

Douglas Haig

[[221←](#)]

("NYDN" (Not Yet Diagnosed, Nervous

[[222←](#)]

Charles Samuel Myers

[[223←](#)]

British Medical Journal

[[224←](#)]

Southborough Report

[[۲۲۵←](#)]

Hoover

[[۲۲۶←](#)]

Douglas MacArthur

[[۲۲۷←](#)]

Paul Bäumer

[[۲۲۸←](#)]

معاهده‌ای که در کاخ ورسای فرانسه به امضا رسید و طی آن جنگ جهانی اول رسماً پایان یافت.

[229←]

Shell Shock in France 1914-1918

[230←]

Let There Be Light

[231←]

John Huston

[232←]

Germaine Greer

[233←]

طرحی که ایالات متحده آمریکا پس از جنگ جهانی دوم ایجاد کرد تا به بازسازی اقتصاد کشورهای غرب اروپا کمک کند.

[[←۲۳۴](#)]

Freedman and Kaplan

[[←۲۳۵](#)]

Comprehensive Textbook of Psychiatry

[[←۲۳۶](#)]

The Courage to Heal

[[←۲۳۷](#)]

Trauma and Recovery

[238←]

John Eric Erichsen

[239←]

Frederic Myers

[240←]

W. H. R. Rivers

[241←]

The Lancet

[[242←](#)]

Linda Meyer Williams

[[243←](#)]

Faces of Death

[[244←](#)]

Lawrence Langer

[[245←](#)]

Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory

[[246←](#)]

Fortunoff Video Archive

[\[247←\]](#)

Charlotte Delbo

[\[248←\]](#)

Auschwitz

[\[249←\]](#)

Birkenau

[\[250←\]](#)

Dar Williams

[← ۲۵۱]

What Do You Hear in These Sounds

[← ۲۵۲]

پنجرهٔ شکیبایی (Window of Tolerance) اصطلاحی است که دنیل سیگل، روان‌پزشک آمریکایی، ابداع کرد تا بهترین حالت انگیختگی را توصیف کند که در آن فرد بهترین عملکرد را دارد.

[← ۲۵۳]

interoception

[← ۲۵۴]

Jon Kabat-Zinn

[[255←](#)]

(Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR

[[256←](#)]

Britta Hölzel

[[257←](#)]

Sara Lazar

[[258←](#)]

Deborah Rozelle

[[259←](#)]

Liz Warner

[260←]

SMART

[261←]

Respiridol

[262←]

Licia Sky

[263←]

pendulation

[[264←](#)]

Remembering, Repeating and Working Through

[[265←](#)]

Jean Decety

[[266←](#)]

Jan Bastiaans

[[267←](#)]

Michael Mithoefer

[[268←](#)]

جعبه پاندورا در اساطیر یونانی به جعبه‌ای اشاره دارد که در آن تمام بلاها و بدبختی‌های زندگی بشر جای دارد و نخستین بار توسط زنی به اسم پاندورا گشوده می‌شود.

[\[← ۲۶۹\]](#)

Valium

[\[← ۲۷۰\]](#)

Xanax

[\[← ۲۷۱\]](#)

Klonopin

[\[← ۲۷۲\]](#)

Effexor

[273←]

Ativan

[274←]

Bikram

[275←]

Marion Woodman

[276←]

The Great Work of Your Life

[[۲۷۷←](#)]

Spencer Eth

[[۲۷۸←](#)]

T. E. Lawrence

[[۲۷۹←](#)]

Seven Pillars of Wisdom

[[۲۸۰←](#)]

Edna Foa

[[۲۸۱←](#)]

Karl Marlantes

[[282←](#)]

What It Is Like to Go to War

[[283←](#)]

Anne Sullivan

[[284←](#)]

The Story of My Life

[[285←](#)]

The World I Live In

[286←]

James Pennebaker

[287←]

Anne Krantz

[288←]

Paul Fussell

[289←]

The Great War in Modern Memory

[290←]

John Keats

[291←]

Francine Shapiro

[292←]

Rick Kluft

[293←]

Gerald Puk

[294←]

Elizabeth Matthew

[۲۹۵←]

Milton Erickson

[۲۹۶←]

Michel Juvet

[۲۹۷←]

Robert Stickgold

[۲۹۸←]

Roger Solomon

[۲۹۹←]

Dreaming

[۳.۰۰←]

(Rapid Eye Movement (REM

[۳.۰۱←]

Alexander Fleming

[۳.۰۲←]

Yoga and the Quest for the True Self

[۳.۰۳←]

جیمی کلیف (Jimmy Cliff): خواننده و بازیگر جامائیکایی.

[۳۰۴←]

Jim Hopper

[۳۰۵←]

David Emerson

[۳۰۶←]

هاتا (Hatha): هاتا یکی از متداول‌ترین و رایج‌ترین روش‌های یوگا است که عمدتاً افراد تازه‌کار به کار می‌برند.

[۳۰۷←]

Kripalu

[[३.८←](#)]

Dana Moore

[[३.९←](#)]

Jodi Carey

[[३.१०←](#)]

Camp Lejeune

[[३.११←](#)]

pranayama

[[३.१२←](#)]

asanas

[३१३←]

shavasana

[३१४←]

The Principles of Psychology

[३१५←]

Carl Jung

[३१६←]

Michael Gazzaniga

[317←]

Social Brain

[318←]

Marvin Minsky

[319←]

Onno van der Hart

[320←]

Ellert Nijenhuis

[321←]

Richard Schwartz

[३२२←]

Nancy Shadick

[३२३←]

Nancy Sowell

[३२४←]

Albert Pesso

[३२५←]

Martha Graham Dance Company

[[۳۲۶←](#)]

پیرو شاخه‌ای از پروتستان که ژان کالون فرانسوی آن را بنا نهاد.

[[۳۲۷←](#)]

Esalen Institute

[[۳۲۸←](#)]

David Servan-Schreiber

[[۳۲۹←](#)]

Nathaniel Hawthorne

[[۳۳۰←](#)]

Ernest Hartmann

[۳۳۱←]

Hans Berger

[۳۳۲←]

The oddball paradigm

[۳۳۳←]

The Hurt Locker

[۳۳۴←]

Sebern Fisher

[[३३५←](#)]

Joe Kamiya

[[३३६←](#)]

Psychology Today

[[३३७←](#)]

Barry Sterman

[[३३८←](#)]

Mary Fairbanks

[[३३९←](#)]

Epilepsia

[340←]

Walter Reed National Military Medical Center

[341←]

Len Zaichkowsky

[342←]

Vancouver Canucks

[343←]

Own the Podium

[[۳۴۴←](#)]

John Gruzelier

[[۳۴۵←](#)]

Ed Hamlin

[[۳۴۶←](#)]

دوره بحرانی (Critical period): مرحله اولیه‌ای از زندگی که در آن فرد حداکثر آمادگی را برای یادگیری و تجربیات عاطفی یا اجتماعی دارد.

[[۳۴۷←](#)]

Eugene Peniston

[[۳۴۸←](#)]

Paul Kulkosky

[[۳۴۹←](#)]

Frank Duffy

[[۳۵۰←](#)]

مطالعه‌ای که یافته‌های آماری قابل‌توجهی در پی ندارد و نشان می‌دهد که مداخله صورت گرفته بی‌تأثیر بوده است.

[[۳۵۱←](#)]

Faulty Circuits

[[२५२←](#)]

Connectome

[[२५३←](#)]

Francis Collins

[[२५४←](#)]

Tina Packer

[[२५५←](#)]

Action

[[२५६←](#)]

West Side Story

[357←]

Gee, Officer Krupke

[358←]

Happy Days

[359←]

Fonz

[360←]

David Mamet

[\[361 ← \]](#)

Al Pacino

[\[362 ← \]](#)

Donald Sutherland

[\[363 ← \]](#)

Michael J. Fox

[\[364 ← \]](#)

Sketches of War

[\[365 ← \]](#)

Aeschylus

[366←]

Oresteia

[367←]

Agamemnon

[368←]

Clytemnestra

[369←]

Sophocles

[३७०←]

Ajax

[३७१←]

Bryan Doerries

[३७२←]

We Shall Overcome

[३७३←]

Desmond Tutu

[३७४←]

Keeping Together in Time

[[३१५←](#)]

William H. McNeill

[[३१६←](#)]

Prince Maurice of Orange

[[३११←](#)]

Lycurgus

[[३१२←](#)]

Plutarch

[[۳۷۹←](#)]

Jaak Panksepp

[[۳۸۰←](#)]

Casablanca

[[۳۸۱←](#)]

مارسییز (La Marseillaise): سرود ملی فرانسه.

[[۳۸۲←](#)]

Urban Improv

[[۳۸۳←](#)]

Possibility Project

[३८४←]

Paul Griffin

[३८५←]

Shakespeare & Company

[३८६←]

Shakespeare in the Courts

[३८७←]

Kevin Coleman

[[۳۸۸←](#)]

یادآوری جملات نمایشنامه به بازیگر از پشت پرده نمایش.

[[۳۸۹←](#)]

Kippy Dewey

[[۳۹۰←](#)]

Cissa Campion

[[۳۹۱←](#)]

Justice Resource Institute

[[۳۹۲←](#)]

Mark Antony

[393←]

Henry V

[394←]

Brutus

[395←]

Julius Caesar

[396←]

Ophelia

[397←]

Richard II

[398←]

Blue Hill

[399←]

Jimmy Fund

[400←]

Ubuntu

[401←]

یکی از زبان‌های رسمی کشور آفریقای جنوبی.

[[۴۰۲←](#)]

هد استارت (Head Start): برنامه‌ی حمایتی دولت ایالات متحده برای کودکان خانواده‌های کم‌درآمد.

[[۴۰۳←](#)]

Margaret Blaustein

[[۴۰۴←](#)]

Blackfoot

[[۴۰۵←](#)]

سایمون می‌گه (Simon Says): بازیِ حداقل سه‌نفره‌ای که در هر دور آن یک نفر نقش رهبر را دارد

و دستوراتی می‌دهد که معمولاً جنبه فیزیکی دارند. اگر در اول این دستورها عبارت «سایمون می‌گه» آمده باشد، بقیه شرکت‌کنندگان باید انجامش دهند در غیر این صورت از بازی کنار می‌روند.

[[۴۰۶←](#)]

Carolyn and Eli Newberger

[[۴۰۷←](#)]

El Sistema

[[۴۰۸←](#)]

Cassius

[[۴۰۹←](#)]

Oprah Winfrey

[۴۱۰←]

Maya Angelou

[۴۱۱←]

Nelson Mandela

[۴۱۲←]

Elie Wiesel

کتابی ضروری برای هر که می خواهد تروما را به خوبی درک کند و راهی برای درمان آن بیابد. مبادای که احساس کنیم جای مان در قلب و ذهن کسانی که دوست مان دارند امن است. برای به پایان رساندن ایده ها مان از کوهها صعود می کنیم، دشت ها را در می نوردیم و تمام شب را بیدار می مانیم. کودکان و بزرگسالان برای کسانی که به آن ها اعتماد دارند هر کاری می کنند. اما اگر احساس رهاشدگی، بی ارزشی یا دیده شدن کنیم، هیچ چیز برای مان اهمیت نخواهد داشت. ترس کنجکاوی و بازگوشی را نابود می کند. برای داشتن جامعه ای سالم باید فرزندی پرورش دهیم که بتواند با خیال راحت بازی کند و یاد بگیرد. بدون کنجکاوی امکان هیچ رشدی نخواهد بود و بدون توانایی واکاوی شخصیت خود از طریق آزمون و خطا، امکان انعطاف پذیری وجود ندارد.

- از متن کتاب -

تروما واقعی اجتناب ناپذیر است.

دکتر پسل وین در کولک، از متخصصین برجسته ی حوزه ی ترومای روانی، بیش از سه دهه است با قربانیان تروما سروکار دارد. او در بدن فراموش نمی کند با بهره گیری از پشرفت های علمی جدید نشان می دهد تروما چگونه عملاً مغز و بدن را تغییر شکل می دهد و توانایی لذت بردن، مشغولیت به امور روزانه، خودکنترلی و اعتماد را از افراد سلب می کند. در این کتاب شیوه های درمانی نوآورانه ای مانند بازخورد عصبی، مراقبه، ورزش، تاتر و یوگا ارائه می شود. شیوه هایی که با فعال سازی خاصیت انعطاف پذیری طبیعی مغز، مسیرهای تازه ای را برای بهبودی می گشایند. بدن فراموش نمی کند براساس پژوهش های شخصی نویسنده و فعالیت های سایر متخصصین برجسته ی این حوزه، قدرت خارق العاده ی ارتباطات انسانی را هم برای آسیب رساندن و هم برای بهبودی نشان می دهد و امیدواری جدیدی برای احیای زندگی افراد به وجود می آورد.

این کتاب راهنمای کسانی است که در کودکی مورد سوء استفاده قرار گرفته اند، رویدادی وحشتناک را از سر گذرانده اند یا شاهد خشونت های خانگی بوده اند.

همه ی آن هایی که از ناراحتی های مزمن رنج می برند و به دنبال یافتن راهی برای رفع شان هستند، کسانی که به افسردگی و اضطراب دچارند و متخصصینی که در پی کمک به چنین افرادی هستند، این کتاب را مفید خواهند یافت.

«تروما ممکن است برای هر کسی رخ دهد و مختص سربازان، پناهندگان یا قربانیان تجاوز نیست. این کتاب مهم و یاری رسان درک رنج بردن را آسان می کند و راهکارهایی برای درمان ارائه می دهد.»

- بوکلیست