

تروما

پرونده‌ای در باب چرایی، چیستی و مواجهه با تروما





Concessionaire

Psychology Students' Association of
University of Isfahan

Licensing University

University of Isfahan

Editor-in-chief

Ayda Kalantari

Managing Council

Reza Hakimazar, Ali Dastourani,
Atusa Gheissari, Nastaran Rajaei,
Sara Fatahi, Negar Malekian, Ehsan Salehi,
Amirhossein Ghanbari & Ayda Kalantari

Layout Designer

Reza Hakimazar & Atusa Gheissari

License Number

ج/8891/1400

صاحب امتیاز

انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

دانشگاه صادرکننده‌ی مجوز

دانشگاه اصفهان

مدیر مسئول

آیدا کلانتری

شورای سردبیری

رضا حکیم‌آذر، علی دستورانی، نسترن رجایی،
سارا فتاحی، نگار ملکیان، احسان صالحی،
امیرحسین قنبری، آتوسا قیصری، آیدا کلانتری

صفحه‌آرا

رضا حکیم‌آذر و آتوسا قیصری

شماره‌ی مجوز

ج/8891/1400

پرونده‌ی اصلی

ترومای نژادی / نسترن نیرومند / ۵

شورش در سازمان / عطیه صباغی‌نیا / ۱۰

پس‌لرزه‌های تروما / ریحانه باقریان / ۱۳

موسیقی پس از حادثه / نجمه مساح / ۱۷

تروما، فراتر از اختلال / مهدی وفازاده / ۲۴

از نوستالژی تا تروما / عارفه مهدیه و محبوبه بهزادی‌پور / ۲۵

انکار تروما و حافظه / نگار ملکیان / ۲۷

دومینوی آسیب / آتوسا قیصری / ۳۱

مردانی که به ارواح بدل شده‌اند! / شیرین بهارشامی / ۳۴

تروما در دوران کودکی / آذین اسماعیلی، ناهید شریفی وزینب حسینی / ۳۷

غلبه بر تروما / مینا جهاندار / ۴۱

تروما در کودکان / درسا تجلی / ۴۴

همیاری و مقابله با تروما / روشنک منجری / ۴۸

کافه گفت‌وگو

تروما و روانکاوی / مصاحبه با دکتر مهدی رضا سرافراز / ۵۲

گفت‌وگو با دو تروماتولوژیست / مصاحبه با پروفسور چارلز فیگلی و دکتر لین مک کورمک / ۶۲

ضمیمه

روان‌شناسی در سازمان / امیرحسین حسن‌بیگی، امیرحسین قنبری، نگار ملکیان و آیدا کلانتری / ۶۶

گفت‌وگوی صنعتی و سازمانی / مصاحبه با دکتر احمد رضا فتوت / ۷۲

اختلال PTSD / درسا تجلی، آیدا کلانتری، سمیرا عبدیزدان، مهتاب مدائینی و آیدا کلانتری / ۷۴

سخن سردبیر

یک نوزاد، در وهله‌ی نخست، پیش از آن که یک سرباز کوچک برای فتح آینده باشد، چیزی جز یک «بازمانده» نیست که در نبرد مرگ و زندگی پیروز شده است. پس از این پیروزی، با هر دم و بازدم «بازمانده بودن» خود را تصدیق کرده‌ایم، اما نجات یافتن از مرگ همه چیز نبوده و نیست؛ گاهی آن چیزی که ما را نمی‌کشد، زخمی به جای می‌گذارد که شاید غلبه بر آن، به معنای سالها مبارزه‌ی خاموش یک انسان باشد.

تاریخ تا به امروز، میدان تاس انداختن‌های مرگبار سیاستمداران و قدرت‌طلبان و گاه بی‌رحمی سرد و بی‌اعتنای طبیعت بوده است و اگر بتوانیم در این تاریک‌خانه، روزه‌ای از نور و امید بیابیم، آن چیزی جز این حقیقت شگفت‌انگیز نیست که انسان در عین آسیب‌پذیر بودن، مقاوم و سرسخت است، دوام می‌آورد و زندگی می‌بخشد. پاوره می‌گوید «بزرگترین توهین به یک انسان انکار رنج اوست» و حال، ما این شماره از روان‌یار را در تصدیق و همدردی با سوگ‌ها، شکست‌ها و زخم‌ها نوشتیم، چه زخم‌های آشکار و همگانی‌مان و چه آنهایی که هر کدام از ما در بطن قلبهایمان نگه می‌داریم. چه بسا پس از یک طوفان، در کنار درختانی که می‌شکنند و می‌افتند، جوانه‌هایی برویند که نوید از آینده‌ای روشن‌تر می‌دهند.

ما را در شبکه‌های اجتماعی دنبال کنید.

اینستاگرام: **ravanyarpod**

کانال تلگرام: **ravanyarmagazine**

در صورت علاقه‌مندی به همکاری با نشریه‌ی روان‌یار از راه‌های ارتباطی استفاده نمایید.

پشتیبانی تلگرام: **ravanyarmag** ایمیل: **ravanyarmag@gmail.com**

شما خواننده‌ی گرامی، با انتقاد از و پیشنهاد به نشریه، ما را در ادامه‌ی راه خود یاری کنید.

ترومهای نژادی

نسترن نیرومند | دانشجوی روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

طبق تعریف انجمن روان‌شناسی آمریکا، نژادپرستی به عنوان نوعی تعصب بر این فرض که اعضای دسته‌های نژادی ویژگی‌های متمایزی دارند و این تفاوت‌ها منجر به پست‌تربودن آن‌ها شده است تعریف می‌شود. درحالی‌که جلوه‌های نژادپرستی در دهه‌های قبل به صورت آزار و اذیت کلامی و فیزیکی آشکارا دیده می‌شد، امروزه ما با نوع‌های پیچیده‌تر و نهفته‌تر تبعیض نژادی روبه‌رو هستیم؛ نژادپرستی مدرن نوعی پیش‌دאوری و حذف کردن اعضای سایر گروه‌های نژادی به طور غیرمستقیم و پنهان است که گرچه ممکن است صراحتاً اغراق نشود، اما به اندازه نوع قدیمی آن مخرب است. پژوهش‌ها طی دو دهه اخیر نشان می‌دهند که رویدادهای نژادپرستانه، چه مخفی و چه آشکارا، بالقوه می‌توانند برای اقلیت‌های نژادی تروماتیک باشند (سانچز-هاکلز، ۱۹۹۸؛ وایات، ۱۹۹۰). به‌طور کلی ما می‌توانیم بگوییم حوادث نژادپرستانه باعث تهاجمات شناختی و عاطفی به هویت قوم اقلیتی شده که شبیه به تجربیات آسیب‌زایی مانند تجاوز جنسی یا خشونت خانگی است و ممکن است منجر به بروز علائم شبه اختلال استرس پس از سانحه، یا PTSD به طور کامل شود (کارترو و هلمز، ۲۰۰۲).

یک تبیین برای مطالعه رفتارهای تبعیض‌گونه، نظریه موازات آن با انگیزه تجاوز است؛ این نظریه معمولاً برای مقایسه تجاوز با مواجهه‌ای با نژادپرستی که تنها یکبار یا به ندرت اتفاق می‌افتد استفاده می‌شود. براینترنت-دیویس و اوکمپو (۲۰۰۵) توضیح می‌دهند حوادث نژادپرستانه با انگیزه قدرت‌طلبی ایجاد می‌شود. عاملان حوادث نژادپرستانه با انتشار باورهای غلط (تعریف‌های شناختی) در مورد کسانی که قربانی آن‌ها می‌شوند، به آنان لقب تنبل، نادان، غیرمتمدن، کثیف، جنایتکار و غیرقابل اعتماد می‌دهند. به طور مشابه، بسیاری از نظریه‌پردازان (به عنوان مثال، دریشنرو لانگ، ۱۹۹۹) معتقدند که عاملان تجاوز به دنبال به دست آوردن قدرت با تداوم تعریف‌های شناختی در مورد کسانی هستند که آن‌ها را قربانی می‌کنند؛ مثلاً اینکه افراد قربانی روسپی هستند، از تجاوز جنسی لذت می‌برند، دروغگو بوده و قابل اعتماد نیستند. اگر دلیل این دو اتفاق را در این توضیح خلاصه کنیم، باید انتظار داشته باشیم اثرات روانی آن‌ها بر قربانیان نیز کم و بیش، در موازات یکدیگر باشند.

هم رویدادهای نژادپرستانه و هم تجاوز به عواقب شناختی، عاطفی و فیزیکی می‌پردازند و بر توانایی قربانیان برای حفظ روابط سالم تأثیر می‌گذارند. بازماندگان تجاوز ممکن است سندروم ترومای تجاوز جنسی، مجموعه‌ای از اثرات عاطفی از جمله افسردگی، خشم، اضطراب و ترس را نشان دهند. از طرف دیگر، بازماندگان حوادث نژادپرستانه ممکن است از نظر شناختی مشکل پیدا کرده و در حافظه، تمرکز، و سرزنش مداوم خود مشکل داشته باشند (موریس-پراترو همکاران، ۱۹۹۶) و علائم روانی-فیزیولوژیکی یا سایکوسوماتیک از خود نشان دهند (کلارک و همکاران، ۱۰۰؛ به نقل از براینترنت-دیویس و اوکمپو، ۲۰۰۵). هر دو گروه این افراد برای مقابله با این نشانه‌ها، ممکن است به مکانیزم‌های دفاعی روی بیاورند و قبول نکنند که آن اتفاق ناگوار اصلاً برای آنها اتفاق افتاده است (تیلور، راییت و همکاران، ۱۹۹۰). نکته جالب توجه این است که همان گونه که در پاسخ به تجاوز، ممکن است فرد دچار تجزیه روانی و نوعی بی‌حسی شود (ناثلینگ و همکاران، ۲۰۱۵)، مواجهه با حوادث تبعیض‌آمیز نیز می‌تواند اثر مشابهی به وجود آورد (ویلنا-متا، ۲۰۰۲)؛ این وصف، می‌تواند توضیحی برای اینکه چرا بسیاری از افراد در برابر رفتار نژادپرستانه علیه خود سکوت می‌کنند باشد.

یکی دیگر از توضیحات بیان شده توسط براینترنت-دیویس (۲۰۰۵)، در نظر گرفتن خشونت نژادی به صورت موازی با خشونت خانگی است. معمولاً حوادث نژادپرستانه چیزی نیستند که تنها یک یا دو بار اتفاق بیافتند؛

بلکه مدادم هستند، همان گونه که خشونت خانگی مداوم است. این افراد، با استرس همیشه احتمال حوادث آینده روبرو هستند. حوادث نژادپرستانه و خشونت خانگی باعث می‌شوند بازماندگان احساس شرم، سرزنش خود، ناتوانی، ترس و سردرگمی کنند. گهگاه به بازماندگان حوادث نژادپرستانه گفته می‌شود اگر به اندازه کافی دوستانه و باهوش باشند، سخت کار کنند، حرفه-ای لباس بپوشند، واضح صحبت کنند، از محله‌های نامناسب اجتناب کنند و از معاشرت با افراد نامناسب خودداری کنند، حوادث نژادپرستانه را تجربه نخواهند کرد. احساس ناتوانی زمانی ایجاد می‌شود که فرد تلاش می‌کند از قوانین متعدد و اغلب غیرمنطقی که برای آن‌ها گذاشته شده پیروی کند، اما همچنان حقوقش نقض می‌شود و متوجه می‌شود که قدرت توقف تخلفات را ندارد و در نتیجه دچار ترس، برانگیختگی بیش از حد، و سردرگمی می‌شود (مک‌فارلین و گیروفالامو، ۱۹۹۶).

اما تبعیض نژادی همیشه خشونت‌آمیز نیست! چنگ و کیم (۲۰۱۸) معتقدند شیء انگاری جنسی، رفتارهایی که طی آن افراد به عنوان ایزه‌های جنسی که برای استفاده دیگران ارزش‌گذاری می‌شوند (فردریکسون و رابرتز، ۱۹۹۷؛ به نقل از چنگ و کیم، ۲۰۱۸) در بسیاری از مواقع انگیزه نژادپرستانه دارند؛ برای مثال در پژوهشی بر زنان آمریکایی-آسیایی که عمدتاً در تاریخ فرهنگ آمریکایی جنسی‌سازی شده‌اند، نشان داده شد رفتارهای شیء‌انگازانه نه تنها برای این گروه استرس‌زا بوده است، بلکه علائم از این هم فراتر رفته و نشان‌دهنده تروما است: خشم، برانگیختگی جسمی، فلاش‌بک، اجتناب، و پرخاشگری (لوو، اکوبو و ریلی، ۲۰۱۲). علاوه بر این، تحقیقات نشان می‌دهد که تجربه شیء انگاری جنسی با سطوح بالاتر اختلالات خوردن مرتبط است (مرادی، ۲۰۱۰) و از طرف دیگر می‌دانیم که روی آوردن به اختلالات خوردن می‌تواند یک نوع پاسخ به تروما باشد (میچل، اسکولی و همکاران، ۲۰۲۱). در مطالعه دیگری که روی زنان لاتین تبار انجام شد، مشخص شد این افراد سطح افسردگی و اختلالات خوردن بالاتری را نشان می‌دهند، با این حال رابطه معناداری بین شیء انگاری جنسی و این علائم یافت نشد. در عوض، رابطه معنادار بین این نشانه‌ها و میزان مواجهه با حوادث تبعیض‌آمیز نژادی وجود داشت که از طریق مؤلفه واسطه «شرم» تداعی می‌شد (ولز، کمپوس و مرادی، ۲۰۱۵).

نکته‌ای که هلمز و همکاران (۲۰۱۲) به آن اشاره می‌کنند، اهمیت نوع حادثه تبعیض‌آمیز نژادی بر پدید آمدن تروما است؛ آنها معتقدند حوادث نژادپرستانه را می‌توان به سه گروه "رویدادهای نژادی یا فرهنگی فاجعه‌آمیز مستقیم" که در آنها خطر قتل یا آسیب جدی وجود دارد (مثل رسم دار زدن سیاه‌پوستان)، "رویدادهای فاجعه‌آمیز نیابتی" که فرد در آن شاهد اتفاقات گروه اول است، و "ریزتهاجمات نژادی/فرهنگی" که در آن رفتارهای تبعیض‌آمیز



به اندازه دو گروه قبل شدید نیستند، ولی فرد را به یاد آنها می‌اندازند، تقسیم‌بندی کرد. اینکه آیا فرد آسیب‌دیده احساس ناامیدی، شرم، عصبانیت، ترس یا PTSD به طور کامل را تجربه می‌کند، به ماهیت تجربیات قبلی یا خاطراتی بستگی دارد که این رویداد آنها را برانگیخته است. برای مثال، یافته‌های یک پژوهش نشان داد که همه معیارهای اختلال پس از سانحه در بین گروه‌های فرهنگی قومی مختلف قابل‌شناسایی نبودند: علائم اختلال از جمله افکار مزاحم، اجتناب و برانگیختگی، به طور قابل‌ملاحظه‌ای تحت تأثیر پیشینه فرهنگی فرد قرار می‌گیرند (مارسلا و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از هلمز و همکاران).

کوال (۲۰۰۱) آسیب ناشی از نژادپرستی را از دیدگاه روان‌کاوی بررسی کرده است. به عقیده او، افراد قربانی خشونت‌های نژادی با احساس حقارت، طرد شدن و مسخره و کوچک شمردن روبرو می‌شوند که ممکن است موجب پدید آمدن خودشیفتگی آسیب‌پذیر (کوهوت، ۱۹۷۲؛ به نقل از کوال، ۲۰۰۱)، همراه با واکنش‌های ثانویه کناره‌گیری و افسردگی یا ذهنیت مغرور، خودبزرگ‌بین، و پارانوئید شود. تصور می‌شود که این واکنش‌ها پاسخ‌های دفاعی در مقابل احساس تکه‌تکه شدن یا ازهم‌گسیختگی «خود» هستند که تلاش می‌کنند هویت فرد را یکپارچه نگه دارند. کوال در ادامه بیان می‌کند که شاید در تلاش برای جلوگیری از صدمات بیشتر به خود، بیماران سیاه‌پوست با درگیری‌هایی جدی در مورد رنگ پوست خود مواجه شوند و برای جلوگیری از ادامه رفتارهای نژادپرستانه، سعی کنند تفاوت‌های خود با افراد سفیدپوست را به حداقل برسانند. با این حال، این تلاش اغلب می‌تواند ماهیتی کاملاً روان‌پریشانه داشته باشد؛ مثلاً شستن مکرر پوست با محلول سفیدکننده یا حتی آرزوی جدا کردن پوست خود از بدن. شاید جدی‌ترین آسیبی که می‌تواند از یک حمله نژادی ایجاد شود، زمانی است که حمله باعث تداعی برخی از اولین تجربه‌های شکست فرد به دلیل مسائل نژادی شود؛ در این صورت ظرفیت اندیشیدن و نمادسازی مورد خطر جدی قرار گرفته و فرد را به صورت محض تحت سلطه تجربیات عینی‌اش قرار می‌دهد (سگال، ۱۹۵۷؛ به نقل از کوال، ۲۰۰۱). این بدان معناست که فرد دیگر از نظر جسمی

«احساس نمی‌کند»، از لحاظ روانی «بسته می‌شود» و این می‌تواند منجر به فروپاشی روان‌پریشی شود. ترومای تاریخی به زخم‌های روانی جمعی مربوط به ترومای جمعی اطلاق می‌شود که از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود. در یک مطالعه موردی روی یک مادر دارای ترومای مستقیم مرتبط با واقعه هولوکاست و رشد موضوع «خود» و «خوب» در فرزند او، مشخص شد با صحبت مکرر مادر درباره تجربه و احساسات خود، فرزند ترومای مادر خود را درونی‌سازی کرده و به گونه‌ای رفتار می‌کند که گویی خود مستقیماً هولوکاست را تجربه کرده است (ریتز، ۲۰۱۴). پژوهش‌های مشابه دیگری نیز انتقال تروما به صورت نسلی از طریق رفتار خانواده و جامعه، تجربیات شخصی، فرهنگ و حتی عوامل زیستی تأیید می‌کند (یهودا و لهرنر، ۲۰۱۸).

کیرکینیز و همکاران (۲۰۱۸) در یک مقاله مروری، ۴۴ مطالعه در مورد رابطه تروما و تبعیض نژادی را بررسی کردند و نتایج بیانگر الگوی منسجم و معناداری در همبستگی این دو داده در ۷۰٪ پژوهش‌ها بود. در میان یافته‌ها، قوی‌ترین ارتباط بین مؤلفه‌ها بر اساس «مقیاس می‌سی‌سی‌پی برای اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با جنگ» (M-PTSD) و «مقیاس استرس مربوط به نژاد» (RSS) اندازه‌گیری شده بودند و هر دو جمعیت کهنه سرباز آسیایی-آمریکایی را مورد مطالعه قرار می‌دادند. البته نکته جالب توجه این است که با اینکه پژوهشگران در مقالات خود سعی کرده‌اند اثرات ترومای جنگی را از ترومای نژادی جدا کنند، به نظر می‌رسد هم‌زمانی این دو باعث تشدید تروما شده است؛ توضیح اینکه در سایر مقالات که بر جمعیت رزمنده متمرکز نبودند، معناداری همبستگی بین حوادث نژادپرستی و تروما در بیشتر مطالعات تنها در حد متوسط بود. کیرکینیز و همکاران معتقدند دلیل این امر، ناتوانی مطالب مفهوم‌سازی شده از تروما در سنجش ترومای نژادی به صورت یک پدیده جدا است. کینوانی (۲۰۲۰) طی مطالعه آثار موجود در رابطه با همبستگی ترومای جنگی و نژادی، به یک نتیجه می‌رسد: «قراردادن دیگران در معرض تروما، خود ما را نیز به تروما دچار می‌کند».

کودکان و جوانان سیاه‌پوست، نژادپرستی را در

محیط‌های مختلف هم به عنوان ناظر و هم به عنوان قربانی مستقیم تجربه می‌کنند. چنین تجاربی علاوه بر استرس را بودن، می‌تواند برای فرد تروماتیک باشد و ادراک و زمان بهبودی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (جرنیگان و هندرسون دنیل، ۲۰۱۱). تجربیات نامطلوب دوران کودکی، از جمله مواجهه با نژادپرستی، می‌تواند علاوه بر سلامت روانی، سلامت جسمانی افراد را نیز حتی در بزرگسالی تحت تأثیر قرار دهد. آمار نشان می‌دهد در دوره کرونا، در بسیاری از شهرهای آمریکا ۷۰٪ و در بریتانیا ۳۵٪ قربانیان کرونا را اقلیت‌های نژادی تشکیل داده‌اند، با اینکه آنها به ترتیب ۳۵ و ۱۳ درصد جمعیت را در این دو کشور تشکیل می‌دهند. با اینکه می‌توان قسمتی از دلایل این امر را به حضور پررنگ‌تر اقلیت‌های نژادی در شغل‌هایی مثل حسابداری فروشگاه‌ها نسبت داد که آنها را بیشتر در معرض ویروس قرار می‌دهد، اما مسئله پیچیده‌تر از این است. مواجهه مداوم با استرس و یا تروما، آن‌گونه که در تجربیات نامطلوب کودکی اتفاق می‌افتد، می‌تواند سیستم ایمنی ما را ضعیف کند (میوزیک، ۲۰۲۰). این اتفاق به چند روش قابل توضیح است؛ اول از همه، از نظر اپیژنتیکی، مسیرهای ژنی توسط تجربیات نامطلوب روشن یا خاموش می‌شوند؛ یک مثال گیرنده گلوکوکورتیکوئید است که با بسیاری از اختلالات روانی جدی مرتبط است. تحت استرس و تهدید مزمن قرار گرفتن پاسخ‌های ایمنی بدن را کاهش می‌دهد و به دلیل اولویت نیازهای فوری بقا در مواجهه با خطر، سیستم ایمنی بدن را تضعیف می‌کند (یوهدا و همکاران، ۲۰۱۸؛ مهتا و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از میوزیک، ۲۰۲۰). همچنین کورتیزول یا همان "هورمون استرس" بدن ما که در مواقع استرس ترشح می‌شود، قدرت سیستم ایمنی را کاهش می‌دهد (نی و علی، ۲۰۱۶). در نتیجه می‌توانیم از ترومای نژادی به عنوان یکی از دلایل آسیب‌پذیری بیشتر اقلیت‌های نژادی در برابر کووید-۱۹ یاد کنیم. علاوه بر این، قرار گرفتن در خط مقدم کرونا و هم‌زمانی آن با تبعیض نژادی می‌تواند برای کادر درمان تروماتیک باشد (مولیکا و فرناندو، ۲۰۲۰). ممکن است افراد مسئول در بیمارستان‌ها، آگاه یا ناخودآگاهانه بیشتر به افراد رنگین‌پوست در بخش‌هایی از بیمارستان مسئولیت بدهند که خطر

ابتلا به کووید-۱۹ در آن وجود دارد.

احساس گناه بازمانده یک تجربه رایج پس از حوادث تروماتیک است که در آن دیگران جان خود را از دست داده‌اند. این پدیده معمولاً در افرادی ایجاد می‌شود که در معرض مرگ قرار گرفته‌اند یا شاهد مرگ دیگران بوده و زنده مانده‌اند. احساس گناه بازمانده در طیف وسیعی از جمعیت‌های در معرض تروما شناسایی شده است و اغلب با پیامدهای شدیدتر روانی اختلال پس از سانحه مرتبط است (موری، پاتانیا و مدین، ۲۰۲۱). طی حوادث اجتماعی در سال‌های اخیر، از جمله مرگ جورج فلوید یا تریوان مارتین، دنیا شاهد ابراز احساس گناه بازمانده شدیدی از سمت جامعه سیاه‌پوستان بوده است که خود به نوبه خود، شرایط بهبودی را سخت‌تر می‌کند.

۱. تصدیق کردن
در قدم اول، باید بپذیریم که حوادث نژادپرستانه می‌توانند تروماتیک باشند؛ با انکار کردن این موضوع توسط فرد آسیب‌دیده یا درمانگر، بهبودی حاصل نمی‌شود.

۲. اشتراک‌گذاری
ما باید محیطی امن برای افراد تحت تأثیر فراهم کنیم که در آن بتوانند تروماتیک خود را استرس، درباره تجربیات بدون ترس یا استرس، دربار صحبت کنند.

۳. ایمنی و خودمراقبتی

ایجاد محیطی امن و پایدار برای رشد پس از سانحه بسیار تاثیرگذار است و مشاوران باید در تعیین سطوح فعلی ایمنی به افراد آسیب دیده کمک کنند. خودمراقبتی با پرهیز از خودآزاری شروع می شود؛ مشاوران باید تعیین کنند که آیا مراجعین آسیب دیده از رفتارهای خودآزاری به عنوان مکانیسم های دفاعی استفاده می کنند یا خیر و در صورت وجود این رفتارها، آنها را کاهش داده یا از بین ببرند.

۴. سوگواری/سوگواری برای چیزهای از دست رفته

افراد ممکن است احساس کنند رویدادهای تروماتیک، چیز ارزشمندی را از آنها ربوده است؛ مانند هویت یا احساس امنیت و اعتماد. جلسات مشاوره باید مکان امنی برای افراد باشد تا برای هرگونه خسارتی که در نتیجه حوادث نژادپرستانه رخ داده است سوگواری کنند.

۵. کاهش شرم، خودسرزنی، نژادپرستی

درونی و تشویق به ابراز خشم علیه افرادی که با اعمالشان برای آنها تروما را بوجود آورده اند. خشم پاسخی سالم و مناسب در برابر نقض حقوق است و فقدان خشم اغلب نشان دهنده شرمساری و خودسرزنی فرد در مورد حادثه است. بنابراین آسیب دیدگان باید تشویق شوند تا خشم خود را به روش های سالم ابراز کنند.

۶. آموزش استراتژی های دفاعی و استراتژی های مقاومتی سالم به مراجعان

۲. جرنیگان و هندرسون دنیل (۲۰۱۱) بر نقش دو عامل **جامعه پذیری نژادی** (در ارتباط بودن نژادهای مختلف با یکدیگر و تبادل فرهنگی) و **رشد هویت نژادی** در جوانان سیاه پوست برای جلوگیری از حوادث تروماتیک نژادی و مقاومت روانی در برابر آنها تاکید کرده اند. خوب است این نوشته را با تکرار جمله ی تکان دهنده جولیان کینوانی به پایان رسانیم:

«قرار دادن دیگران در معرض تروما، خود ما را نیز به تروما دچار می کند.»

شورش در سازمان

عطیه صباغی‌نیا | کارشناسی ارشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی

تروما مفهومی است که به تجربه ذهنی و روانی مربوط می‌شود و یک رویداد خارجی با مفاهیم خاص را بر واقعیت ذهنی فرد منعکس می‌کند. تروما، گستره رضایت و راحتی را از بین می‌برد، به طوری که منجر به اختلالات گوناگون در زندگی فرد می‌شود. کاروت تروما را به عنوان تجربه یک رویداد ویرانگر و مخرب تعریف می‌کند که اغلب به صورت توهمات تکراری کنترل نشده و دیگر پدیده‌های مزاحم و ناخوانده ظاهر می‌شود. تروما بیش‌ترین آسیب روانی را زمانی برای افراد ایجاد می‌کند که بدون هیچ هشدار در شرایطی که از نظر احساسی و عاطفی چالش برانگیز و کنترل رویداد پیش آمده سخت است، رخ می‌دهند و افراد دچار سردرگمی می‌شوند. پس از یک حادثه یا ضربه‌های مکرر، افراد ممکن است به روش‌های مختلف واکنش نشان دهند. نشانه‌های فیزیکی تروما شامل؛ بی‌خوابی و کابوس، بهت و حیرت، افزایش ضربان قلب، درد و رنج و نشانه‌های عاطفی - روحی تروما شامل؛ شوک و انکاری ناباوری، خشم و تحریک‌پذیری و نوسانات خلقی، احساس گناه، شرم و خود سرزنشی، احساس غم و ناامیدی، گنجی و عدم تمرکز، اضطراب و ترس، خروج از جمع می‌تواند باشد. این مفهوم در محیط‌های کاری هم می‌تواند به عنوان ترومای سازمانی پدیدار گشته و اثرات منفی قابل توجهی بر هویت سازمان و کارکنان آن بگذارد و این‌گونه سازمان‌ها هم صدمات، آسیب‌های جدی و فشارهای طاقت‌فرسایی را همانند افراد و خانواده‌ها تجربه می‌کنند.

ترومای سازمانی مجموعه‌ای از واکنش‌های سازمانی به فعالیت‌ها یا رویدادهای داخلی و خارجی در یک سازمان می‌تواند باشد که بر روابط فعلی و آینده سازمان اثرگذار است. این رویدادها ممکن است، توسط فرد یا افرادی یا پدیده‌های کنترل نشده به وجود آیند و منجر به پریشانی روانی، آسیب فیزیکی و دیگر آسیب‌ها به کارمندان یک سازمان شوند. به عبارت دیگر، رویدادهایی فاجعه‌بار و یا اقداماتی مخرب که منجر به مختل شدن عملکرد سازمانی می‌شوند و هم فرد و هم سازمان را تحت تأثیر قرار داده و انجام فعالیت‌ها و وظایف سازمانی را دچار اختلال می‌گردانند و به نوعی به عنوان یک تضعیف‌کننده در انجام امور محوله سازمانی کارکنان عمل می‌کنند، این چنین کارکنانی منزوی در سطح سازمان پدیدار می‌گردند و نظم سازمانی دچار اختلال می‌شود.

کارمندانی که دچار آسیب شدید ناگهانی در محل کار می‌شوند درجات مختلفی از پیامدهای روانی را گزارش می‌دهند، تا جایی که اختلال استرس پس از سانحه را هم شامل می‌شود. افرادی که تحت تأثیر رویدادها و آسیب‌ها قرار گرفته‌اند ممکن است علائم اضطراب و عصبانیت را تجربه کرده و نسبت به محرک‌هایی واکنش نشان دهند که آن‌ها را به یاد ضربه‌های اولیه و زیان‌های ناشی از آن‌ها می‌اندازد بنابراین؛ پس از قرار گرفتن در معرض آسیب و اینکه بسیاری از کارکنان پریشانی و اضطراب و رنج را تجربه می‌کنند، ممکن است بهره‌وری آن‌ها کاهش یابد و غیبت و خطاها در سازمان افزایش پیدا کند و در عین حال؛ کارکنان و افرادی که تحت تأثیر اثرات تروما قرار گرفته‌اند، نیاز به حمایت و پشتیبانی در برابر مشکلات و اختلالاتی مانند استرس پس از حادثه، تشویش و نگرانی، افسردگی و فرسودگی داشته باشند. اگر سازمان‌ها به حل ضربه روحی ایجاد شده مبادرت نورزند، در فرهنگ سازمانی جای می‌گیرد و ضربه روحی حل نشده باعث ایجاد تأثیر روانی بر روی سیستم می‌شود. ترومای سازمانی نه تنها بر کسانی تأثیر می‌گذارد که مستقیماً درگیر حادثه شده‌اند، بلکه به طور غیرمستقیم بر دیگر افراد مانند بازماندگان و شاهدان حوادث هم تأثیر می‌گذارد. همچنین در مواردی که ترومای سازمانی از سطح فردی آغاز می‌شود و فرد، آسیب وارده بر خود و اثرات آن را وارد سیستم سازمانی می‌کند می‌تواند منجر به آسیب گروهی در سازمان شود و به گروه‌های دیگر سرایت کند تا زمانی که به چندین بخش از سازمان برسد و آن‌ها را درگیر کند. از این رو، مدیران سازمان‌ها باید به این نکته توجه داشته باشند

که در برخی موارد سازمان‌ها می‌توانند دارای مسئولیت اخلاقی برای ایجاد فرهنگ‌های سازمانی سالم و به‌دوراز تروما باشند که از سلامت کارکنان خود محافظت کنند. با ایجاد سازمان‌ها یا سیستم‌های مراقبت از آسیب، اثرات بالقوه طولانی‌مدت قرارگرفتن در معرض یک رویداد آسیب‌زا را تشخیص دهند، درک کنند و به حداقل برسانند، حتی اگر فرد رفتار خود را مرتبط با رویداد آسیب‌زا تشخیص ندهد و انکار کند، وجود چنین مراقبت‌هایی ضرورت دارد. این‌گونه سیستم‌های مراقبتی با درک تأثیر گسترده تروما، مسیرهای بالقوه برای بهبودی و شناسایی علائم و نشانه‌های تروما در مراجعین، خانواده‌ها، کارکنان و دیگر افراد درگیر؛ با یکپارچه کردن کامل دانش در برابر رویدادهای آسیب‌زا؛ به دنبال این هستند که فعالانه در برابر آسیب‌دیدگی مجدد مقاومت کند. پیشگیری از تروما و کاهش تأثیرات زیان‌آور آن، مراقبت‌ها و رسیدگی‌ها؛ تساوی حقوق و ایجاد انصاف در راستای سلامت در سازمان را برای کارکنان ارتقا می‌دهد.

ویژگی‌های سازمان‌های ترومازده

ابراهیمی و باکی هاشمی در پژوهش خود بیان داشتند؛ سازمان‌های ترومازده دارای ویژگی‌های مشترکی هستند که بر پایه وجود این ویژگی‌ها می‌توان به وضعیت سازمان از نظر تروما زدگی پی برد:

بسته‌شدن مرز مابین سازمان و محیط

به محیط به‌عنوان دشمن یا نیروی متخاصم نگاه می‌شود. در این صورت، بازخورد و یا اطلاعات بیرونی اندکی مورد پذیرش قرار می‌گیرد.

تمرکز بر روابط درونی

به‌منظور برقراری امنیت و حمایت از کارکنان، بر روابط داخلی تأکید می‌شود و به بیرونی‌ها به دید شک و ظن نگاه می‌شود و بعضاً این‌گونه سازمان‌ها روابط خارجی خود را از دست می‌دهند.

شیوع استرس و اضطراب در سازمان

استرس و اضطراب به‌سرعت اعضای سازمان را فرامی‌گیرد به‌گونه‌ای که تشویش‌ها و نگرانی‌های آنان

روند فعالیت‌های سازمانی را مختل می‌کند و فقدان بهره‌وری و کاهش عملکرد فردی و سازمانی را رقم می‌زند.

کاهش هویت سازمانی: سازمان‌ها به‌جای داشتن سازمانی با هویتی دقیق و ارزش‌های مشخص سازمانی، هویتشان کم‌رنگ و دچار زوال می‌شود، توان رقابت با دیگر سازمان‌ها را از دست می‌دهند و دچار رکود می‌شوند.

وجود افسردگی، ترس و عصبانیت در کارکنان: افراد در پی آسیب‌های رخ داده و در صورت عدم حمایت و پشتیبانی دچار افسردگی شده و روابط آنها توأم با ترس و پرخاشگری است و همیشه سعی به پیشبرد وظایف محوله خود با ایجاد فضاهای تنش‌زا با همکاران و سایر افراد دارند.

حاکم شدن روحیه یاس و ناامیدی: افراد، روحیه و خوش‌بینی خود را ازدست‌داده و در سازمان انگیزه، شور و اشتیاق و انرژی لازم برای انجام کارها به چشم نمی‌خورد و سازمان‌ها شاهد بروز افزایش غیبت‌ها، تأخیرها و ترک کار از سوی کارکنان خود هستند، چرا که رغبت به حضور در سازمان و گروه‌های همکاران و جمع را ازدست‌داده‌اند، دچار استیصال گشته‌اند و پیشرفت شغلی معنای خود را از دست می‌دهد.

راه‌های مقابله با ترومای سازمانی

سرلک و کولیوند در پژوهش خود بیان داشته‌اند؛ در جهت مبارزه با ترومای سازمانی و نیل به موفقیت و کامیابی در این مسیر مدیران سازمان‌ها به موارد زیر توجه داشته باشند:

شناسایی عوامل ترومای سازمانی و غافل نشدن از آن

دقت به علل ایجاد ترومای سازمانی کمک می‌کند مدیران به‌راحتی قادر باشند ساختارهای دفاعی و محافظتی خود را در برابر شوک‌ها و آسیب‌های وارده بر پیکره سازمان حفظ نموده و به‌نحو مقتضی قابلیت انطباق و انعطاف‌پذیری سازمان را در هنگام مواجهه با بحران افزایش دهند.



پیاده‌سازی فرهنگ سازمانی مناسب

ایجاد فرهنگ همدلی و صمیمیت، فرهنگ شفقت و اعتماد؛ اثرات عوامل مخرب و ضربات روحی و روانی را بر کارکنان کاهش می‌دهد.

برقراری صداقت و عدالت محوری

درک بی‌عدالتی در سازمان علاوه بر تضعیف روحیه کارکنان و تنزل روحیه تلاش در آنان می‌تواند زمینه‌ساز تشدید فشارهای روحی و روانی در افراد سازمان شود.

بالا بردن روحیه خلاقیت و نوآوری در کارکنان

ایجاد حس مسئولیت‌پذیری، تقویت حس دلبستگی نسبت به سازمان، افزایش انگیزش، هماهنگی میان اهداف فردی و سازمانی مانع از بی‌تفاوتی افراد و کارکنان به سازمان، اهداف و آرمان‌های آن می‌شوند و رکورد در سازمان این‌گونه از بین خواهد رفت.

بهره‌گیری از نظام مدیریت مشارکتی در سازمان

مدیران بایستی از نظام مدیریت مشارکتی به‌عنوان یک نظام همکاری فکری برای ارائه روش‌های حل مسائل، کاهش دغدغه‌مندی‌ها و افزایش بهره‌وری استفاده نمایند. بدین ترتیب تمامی کارکنان فعالانه اندیشه کرده و حاصل آن را به‌صورت طرح‌ها و پیشنهادها سودمند به سازمان ارائه می‌دهند.

پس لرزه‌های تروما

ریحانه باقریان | دانشجوی روان‌شناسی دانشگاه اراک

تروما طبق ارائه توضیحات CDC (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها)، رویدادی است که برای فرد استرس زیادی به همراه دارد. رویدادهای تروماتیک رویدادهایی هستند که باعث احساس وحشت، درماندگی، ناتوانی و آسیب جدی می‌شوند و یا با تهدید مرگ همراه هستند.

به علاوه، خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک توضیح می‌دهد، رویدادهای تروماتیک و استرس‌زا رویدادهایی هستند که فرد در آن تصادف وحشتناکی را تجربه می‌کند، یا در جنگ شرکت می‌کند و تجربیات حاصل از آن برای او تروماتیک می‌شوند، یا قربانی تجاوز می‌شوند، یا دزدیده شدن را تجربه می‌کنند، یا در معرض بلایای طبیعی قرار می‌گیرند، یا حتی دچار بیماری‌ای می‌شوند که احتمال مرگ وجود دارد و یا در نهایت سوءاستفاده جنسی و فیزیکی را تجربه می‌کنند.

بام، توضیح جالبی برای تعریف تروما ارائه داده است؛ بدنی که قبلاً تروما را تجربه کرده است و یا در حال تجربه تروماست یک ویژگی قابل توجه دارد و آن اینکه آن بدن، بدنی زنده و هوشیار است و تروما برای بدن مانند زخم است. برای التیام و بهبود زخم‌ها زمان لازم است و درواقع گاهی نسل‌ها طول می‌کشد که زخم‌های ناشی از تروما التیام یابند.

ترومای بین‌نسلی چیست؟

فرهنگ لغت انجمن روان‌شناسی آمریکا ترومای بین‌نسلی را این‌گونه تعریف می‌کند، زمانی که فردی در برابر رویدادی وحشتناک قرار بگیرد رفتارهای گوناگونی (هیجانی و یا رفتاری) را بروز می‌دهد این رفتارهای می‌تواند از فرد حادثه‌دیده به نسل بعد از خود انتقال پیدا کند و رفتارهای مشابهی نیز در نسل بعدی دیده می‌شود. و در تعریفی ساده‌تر، ترومای بین‌نسلی به پروسه انتقال تروما از طریق والدین به جنین و یا کودکان است و باعث می‌شود که فرزندان بدون اینکه با رویداد تروماتیک روبه‌رو شوند علائم به خصوصی را بروز دهند؛ بنابراین دور از ذهن نیست اگر ادعا کنیم ترومای بین‌نسلی تقریباً همه را تحت تأثیر قرار دهد.

رفتارهای فردی که دچار ترومای بین‌نسلی است به چه صورت است؟

افراد که دچار ترومای بین‌نسلی می‌شوند رفتارهایی مشابه با اختلال استرس بعد از حادثه نشان می‌دهند. اما از طرفی با اختلال استرس بعد از حادثه متفاوت است زیرا این اختلال در سطح فردی است و در پاسخ به رویداد تروماتیک فردی است (فرد با حادثه روبه‌رو می‌شود؛ نسبت به آن دچار اختلال استرس بعد از حادثه می‌شود؛ مثل تجاوز). در مقابل ترومای بین‌نسلی شامل آسیب‌های تاریخی جمعی است (مثل هولوکاست).

روبه‌رو نشدن با تروما و بروز علائم آن؛ امکان‌پذیر است؟

اول از همه خوب است بدانیم تروما وقتی روی می‌دهد که فرد یک بار و یا بارها با شرایطی مواجه شده باشد که زیان‌آور و یا تهدیدکننده زندگی باشند و عوارض نامطلوب با دوام بر عملکرد و یا سلامت روانی او داشته باشند. به علاوه وقتی افراد با تهدید به مرگ، یا صدمه جدی واقعی و یا تهدید به آن و همان‌طور که پیش‌تر گفته شد تجاوز جنسی مواجه شوند در معرض خطر ابتلا به استرس حاد قرار می‌گیرند. برای درک بهتر رفتارهای ناشی از آسیب می‌توانیم نگاهی اجمالی به نشانه‌های استرس حاد داشته باشیم؛ این نشانه‌ها در چهار طبقه قرار می‌گیرند؛ مزاحمت یادآوری‌های ناراحت‌کننده واقعه، نشانه‌های تجزیه‌ای مثل

احساس کرختی یا بهت و جدایی از دیگران، اجتناب از موقعیت‌هایی که ممکن است به عنوان یادآوری‌های واقعه عمل کنند و بیش برانگیختگی از جمله اختلالات خواب و یا تحریک‌پذیر. در نتیجه، این رفتارها از دسته رفتارهایی است که متخصصان روان انتظار دارند از فردی که با رویداد تروماتیک روبه‌رو شده است ببینند اما ترومای بین‌نسلی بیان می‌کند که فرد با رویدادی روبه‌رو نشده است که او را تهدید کند اما با این حال علائم تروما را بروز می‌دهد!

این فرایند چطور اتفاق می‌افتد؟

در واقع نتایج ناشی از رویداد تروماتیک از طریق عواملی به نسل‌های آینده انتقال پیدا می‌کند که در ادامه این عوامل مورد بررسی قرار می‌گیرد:

• **انتقال در حین بارداری:** سلامت روان کودکان و نوجوانان ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان والدین دارد، به‌ویژه سطح سلامت روان مادر. براین اساس باید به این نکته اشاره کرد که سلامت روان مادر در دوره بارداری اهمیت ویژه‌ای دارد. در واقع تروما می‌تواند از لحاظ زیست‌شناختی و بارداری و از طریق محیط رحم منتقل شود. این نکته برکسی پوشیده نیست که دوره بارداری در طول زندگی هر فرد مهم‌ترین مرحله است زیرا از لحاظ رشدی (به طور مثال رشد سیستم عصبی) مهم‌ترین مرحله است؛ بنابراین هر نوع تحریکی (رویداد تروماتیک) می‌تواند تأثیر جبران‌ناپذیری در طول زندگی داشته باشد.

• **اپی‌ژنتیک:** اپی‌ژنتیک تئوری‌ای زیست‌شناختی است برای توجیه اینکه چگونه ژن خاصی به ارث می‌رسد و یا از بین می‌رود. در واقع تأثیرات محیطی و یا حتی قرار گرفتن در معرض آلودگی‌های محیطی باعث می‌شود که اپی‌ژنوم فرد تحت تأثیر قرار بگیرد. به بیانی دیگر اپی‌ژنتیک مطالعه تغییرات سلولی است که توسط عوامل محیطی خارجی ایجاد شده و ژن‌ها را روشن یا خاموش می‌کند و بنابراین تغییراتی در فنوتیپ یا بیان ژنتیکی ایجاد می‌شود، بدون اینکه تغییرات هم‌زمان در توالی DNA ایجاد شود. تحقیقات اپی‌ژنتیک تلاش می‌کند تا تغییرات پویا در پتانسیل رونویسی سلول‌ها را توصیف کند، تغییراتی که ممکن

است ارثی باشند یا نباشند. اپی‌ژنتیک را می‌توان به عنوان یک نوع حافظه خاص در نظر گرفت. بیشتر خاطرات شامل ذخیره تجربیات به وسیله مغز است که به وسیله تغییر ارتباطات بین سلول‌های مغزی صورت می‌گیرد. این توانایی را که اغلب از آن به عنوان انعطاف‌پذیری یاد می‌شود، زمینه‌ای برای تغییرات زیادی در رفتار و همچنین خاطرات یادآور آگاهانه فراهم می‌کند. در مقابل، تغییرات اپی‌ژنتیکی با تغییرات بیان ژن‌های خاص و تولید پروتئین آنها انجام می‌شود. این تغییرات اپی‌ژنتیکی در فعالیت ژن شامل DNA و پروتئین‌های مرتبط با DNA می‌شود اما خود توالی DNA را تغییر نمی‌دهد. بیان ژن را می‌توان از طریق عملکرد "پروتئین‌های سرکوبگر" که خود را به DNA متصل می‌کنند، خاموش کرد، حتی اگر DNA بدون تغییر باقی بماند. برخی از تغییرات اپی‌ژنتیکی بسیار سریع اتفاق می‌افتد زیرا پروتئین‌ها بیان خود را در یک چرخه ۲۴ ساعته تغییر می‌دهند. با این حال، برخی موارد مثل انتقال تروما شامل تغییرات طولانی‌تر بیان ژن است؛ بنابراین، رویدادهای تروماتیک می‌توانند آن‌قدر جدی و شدید باشند که در ژن‌های افرادی که با آن واقعه روبه‌رو می‌شوند تغییر جدی به وجود آورند. مثلاً اگر جد فردی با فضایی تروماتیک روبه‌رو شود مثل هولوکاست می‌توان انتظار داشت که تغییراتی در ژنتیک او ایجاد می‌شود که به نسل بعد از خود انتقال می‌دهد.

با وجود عوامل ذکر شده برای انتقال تروما این نکته حائز اهمیت است که روبه‌رو شدن با تروما پیش‌بینی نمی‌کند که نسل بعدی نیز رفتارهای خاص مربوط به تروما را بروز دهند. در همین مورد ولفورد موردی را گزارش می‌کند. ولفورد، توضیح می‌دهد که دو مراجع وی چگونه تجربیات پدر بزرگ و مادر بزرگ خود را هنگام جدایی هند پاکستان دریافت کرده‌اند. تفاوت بین این دو مراجع قابل توجه است. یکی از آنها گزارش می‌دهد که چگونه پدر بزرگ و مادر بزرگش به خاطر اینکه در کشور خود مهاجر و پناهنده به حساب می‌آمدند دچار تروما شدند و این تروما روی دلبستگی نسل بعدی که پدر و مادر این فرد باشد تأثیر گذاشته بود در حالی که مراجع بعدی با وجود شرایط مشابه و اینکه مجبور به جابه‌جایی از کشور خود بودند اما احساس نزدیکی

بیشتری با خانواده‌اش داشت. به نظر می‌رسد که انتقال تروما یک مسیر خطی نیست و مطالعه شواهد تجربی را به چالش تبدیل می‌کند. همچنان سؤال اساسی این است که چگونه تجربیات سرکوب شده آسیب‌زای گذشته والدین، می‌تواند وارد ذهن و روح کودک شود.

گروه‌های تحت تأثیر ترومای بین‌نسلی معمولاً چه کسانی هستند؟

همان‌طور که در بالا بیان شد هرکسی یا به بیان بهتر نسل‌های پیشین هر خانواده‌ای به نحوی رویدادهایی را تجربه کرده‌اند که تروماتیک به حساب می‌آیند و امکان اینکه به نسل بعدی انتقال پیدا کند وجود دارد اما فاجعه‌ها و شرایط وحشتناکی در طول تاریخ رخ داده است و بشر با آن روبه‌رو شده است و قطعاً از آن تأثیر پذیرفته است و به همین دلیل بررسی‌های بیشتری از آن در دست است و از این بابت که زندگی تعداد زیادی از انسان‌ها را تحت تأثیر قرار داده است و از همه مهم‌تر به نسل‌های بعدی منتقل می‌شود و ممکن است تا سال‌ها ادامه داشته باشد خالی از لطف نیست اگر آنها را بررسی کنیم.

هولوکاست: یکی از بحث‌برانگیزترین رویدادهایی که تا کنون بشر با آن دست‌وپنجه نرم کرده است، فاجعه هولوکاست است. افرادی که هدف بی‌رحمی‌های این فاجعه بودند زمان سختی را تجربه کردند که قطعاً بر روان و جسم آنها تأثیرات گسترده‌ای را به همراه داشته است. این افراد در جنگ جهانی دوم، زمان اشغال نازی‌ها در اروپا تجربه‌های تروماتیکی را داشتند. منبع این تروماها می‌تواند کار در اردوگاه‌های کار اجباری باشد، محدود شدن به گتوها، فرار کردن از دست نازی‌ها، جدایی از خانواده، گرسنگی و... اولین باری که ترومای بین‌نسلی شناخته شد به نجات‌یافتگان از فاجعه هولوکاست بازمی‌گردد که توسط دکتر ویوان راکوف در سال ۱۹۶۶ کشف شد. راکوف متوجه شد، فرزندان افرادی که از فاجعه هولوکاست نجات یافتند آمار رو به افزایشی را برای دریافت خدمات مرتبط به سلامت روان نشان می‌دهند. در ارتباط با این گروه، دنیلی و همکاران، پرسش‌نامه‌ای طراحی کردند برای سنجیدن

سطح سلامت فرزندان کسانی که در حادثه هولوکاست حضور داشتند باهدف بررسی دوران کودکی، تربیت آنها، تاریخچه خانوادگی و تأثیرات آن بر زندگی آنها. نکته قابل توجه این پژوهش این بود که از ۱۹۱ نفر فرزند، ۳۵٪ اختلال اضطراب، ۱۴٪ پی‌تی‌اس‌دی و ۲۶٪ افسردگی داشتند.

آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار: اثرات قرن‌ها برده‌داری و نابرابری نژادی منجر به علائم تروما در میان آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار شده است. علاوه بر این، ویلیامز و همکاران، بیان می‌کنند که آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار میزان PTSD بالاتری دارند و تبعیض نژادی بیشتری را نسبت به سایر گروه‌ها (اقلیت‌ها) تجربه می‌کنند. آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار نه تنها از وحشیگری و تحقیر و برده‌داری رنج برده‌اند، بلکه از ظلم و ستم مستمر سیستماتیک به شکل قانون‌های جیم کرو، خطوط قرمز، حبس‌های دسته‌جمعی و نابرابری اقتصادی نیز در امان نمانده‌اند. دولت ایالات متحده، آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار را چند دهه به حاشیه راند و حقوق آنها برای زندگی، آزادی و جستجوی خوشبختی را زیر پا گذاشت.

کودکان آفریقایی‌آمریکایی واکنش‌های رفتاری از خود بروز می‌دهند که نشان‌دهنده ترومایی اولیه است و در طول نسل‌ها منتقل شده است. در واقع تجربیات آنها ممکن است در چارچوب خانواده باشد و یا با بی‌عدالتی‌ها و نابرابری‌های فرهنگی مشخص شود. برای انتقال تروما به نسل‌های آینده لازم نیست همه خانواده در معرض رویداد تروماتیک قرار بگیرند چراکه پیامدهای ناشی از آن باقی می‌ماند و فرزندان را تحت تأثیر آن قرار می‌دهد.

پناهندگان: پناهندگان گروهی دیگر از افراد هستند که ترومای بین‌نسلی را تجربه می‌کنند. اگرچه پناهندگان ممکن است در معرض انواع دیگری از تروماها نیز قرار گیرند. فرزندان آنها با نقل مکان در زمان کودکی با محیطی غریبه و اسکان مجدد روبه‌رو می‌شوند که در برابر این تغییرات به شدت آسیب‌پذیر هستند. آنها دائماً با چالش یادگیری یک زبان جدید، انتقال به محیطی جدید و چالش حرکت در ساختار اجتماعی

کشور میزبان مواجه خواهند شد. علاوه بر این، اکثر کشورهای میزبان به پناهندگان خدمات بهداشت روانی کافی ارائه نمی‌دهند که به نوبه خود باعث تشدید علائم تروما می‌شود و به انتقال آن کمک می‌کند. باتوجه به پژوهش حمید و همکاران (۲۰۱۸)، بچه‌های پناهنده در خطر بیشتری برای افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب، عدم تمرکز و سایر مشکلات روانی هستند.

با وجود این گروه‌ها و تأثیرات ناشی از تجربیات آنها سؤالی که مطرح می‌شود این است؛ آیا می‌توان ترومای بین‌نسلی را صرفاً مخصوص گروهی خاص دانست؟ حقیقتاً این‌گونه نیست و نخواهد بود. زیرا زندگی هیچگاه برای اجداد ما راحت نبوده است افزایش جمعیت، جنگ و بیماری‌ها این واقعیت را بیان می‌کند که تصور زندگی بدون مشکل تقریباً غیرممکن است، و فقط تعداد اندکی را می‌توان یافت که تاریخچه زندگی‌شان خالی از رویدادهای تروماتیک باشد.

یکی از ویژگی‌های افرادی که با رویداد آسیب‌رسان روبه‌رو شده‌اند عدم تمایل آن‌ها به صحبت درمورد آسیب است (یکی از طبقه‌بندی‌های اختلال استرس حاد) یا به بیانی دیگر رویداد آسیب‌رسان این ویژگی را دارد که فرد را به سمت صحبت نکردن سوق می‌دهد اما سؤالی مطرح می‌شود، آیا روایت نکردن خاطرات جلوی انتقال آن را می‌گیرد؟ باتوجه به توضیحات پاسخ نه خواهد بود. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه روایت‌های خاموش شده از تروما و رویداد آسیب‌زا این امکان را دارند که به کابوس‌هایی تبدیل می‌شوند و در نسل بعدی مشاهده می‌شود و جالب اینکه صحنه‌های آسیب‌زایی را به تصویر می‌کشند که توسط والدین، پدر بزرگ‌ها، مادر بزرگ‌ها و نسل‌های قبلی تجربه شده‌اند. به نظر می‌رسد حتی با وجود رفتارهایی که مستقیماً نشانه‌های تروما را ندارند امکان انتقال آن به کودکان (نسل بعدی) وجود دارد. در این رابطه کلرمن (۲۰۱۱) می‌گوید: این اتفاق این‌طور به نظر می‌رسد که آنها بخش ناهوشیار ذهن والدین خود را به ارث برده‌اند. کلرمن (۲۰۱۱)، در ارتباط با نوع کابوس‌هایی که کودکان بازماندگان هولوکاست تجربه می‌کنند توضیح می‌دهد: بسیاری از کودکان بازمانده هولوکاست کابوس‌هایی دیده‌اند که در آن تحت تعقیب، شکنجه و آزار ویا نابودی قرار می‌گیرند.

کوهن و موريسون (۲۰۱۸؛ به نقل از بوناگوریو، ۲۰۲۰) مطالعه‌ای کیفی با فرزندان بازماندگان هولوکاست انجام دادند. بخشی از مصاحبه‌ها مربوط به کابوس‌ها و رؤیاهایی است که این نوادگان با آن روبه‌رو می‌شوند. یکی از شرکت‌کنندگان خوابی را که دیده بود تعریف کرد: نمی‌توانم به شما بگویم که آشویتس است یا نه فقط نمی‌دانم، اما این چیزی است که احساس می‌کنم آنجا هستم ... احساس می‌کنم چیزی واقعی است، هر چه که باشد و بسیار زنده به نظر می‌رسد. در واقع این مصاحبه‌شونده نمی‌تواند به کابوسی که می‌بیند معنی بدهد، زیرا داستان پشت تجربه پدر بزرگ و مادر بزرگش در آشویتس از بین رفته است در نهایت مشخص شد که پدر بزرگ این فرد خاطراتش در اردوگاه مرگ را برای نوه خود تعریف نکرده است تا او را از تصاویر وحشتناک آنجا حفظ و محافظت کند. اما تروما و آسیب‌زا بودن در اردوگاه آشویتس به قدری بزرگ و عظیم است که به هر حال به نسل بعدی به ارث رسیده است.



موسیقی پس از حادثه

نجمه مساح | کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

اختلال استرس پس از تروما (PTSD)

اختلال استرس پس از تروما اولین بار در DSM-III مطرح شد اما قبل از آن به عنوان shell shock (موج انفجار، یا شوک ناشی از انفجار) یا war neurosis (نوروز جنگ) شناخته می‌شد؛ زیرا بیشتر مواقع در سربازانی مشاهده می‌شد که در جبهه‌های جنگ حضور داشتند. اما این روزها این اختلال را با عنوان PTSD می‌شناسیم. درمان‌های اصلی و مکمل زیادی برای این اختلال وجود دارد؛ در این نوشتار قصد داریم که بر موضوع موسیقی درمانی و اختلال PTSD بپردازیم.

عامل اصلی منجر شونده به PTSD یک رویداد تروماتیک است که در طی آن فرد در معرض مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، جراحت جدی یا خشونت جنسی قرار می‌گیرد. این رویداد معمولاً در خارج از محدوده تجربه نرمال انسان است؛ زیرا رویدادی نیست که برای انسان عادی باشد! از علائم این اختلال می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

• سمپتوم‌های مزاحمت

مانند نفوذ افکار مزاحم، خاطرات تکراری، غیرارادی یا کابوس‌های وحشتناک و ناراحت‌کننده یا واکنش‌های گسستگی (فلش بک) که در آنها فرد طوری احساس یا عمل کند که انگار رویداد تروماتیک دوباره در حال رخ دادن است.

• سمپتوم‌های اجتناب

مانند اجتناب از افکار یا احساساتی که به طور مستقیم و غیرمستقیم با رویداد تروماتیک مرتبط هستند یا اجتناب از برخی محرک‌های یادآور بیرونی (مانند انسان‌ها یا مکان‌ها یا اشیاء).

• سمپتوم‌های شناختی

مانند ناتوانی در به یاد آوردن برخی جنبه‌های مهم رویداد یا افکار منفی و بعضاً اغراق‌آمیز فرد در مورد خودش، دیگران یا دنیا یا هیجان‌های منفی دائمی و ناتوانی در تجربه هیجان‌های مثبت.

• سمپتوم‌های برانگیختگی

مانند انفجارهای ناگهانی خشم، بی‌احتیاطی و رفتارهای خودتخریبی، گوش به زنگی دائمی، واکنش‌های از جا پریدگی بیش از حد و افراطی، ناتوانی در تمرکز حواس، اختلال خواب، سطح اضطراب بالا.

در باب موسیقی درمانی

فدراسیون جهانی موسیقی درمانی این درمان مکمل را این‌گونه تعریف کرده است: استفاده از موسیقی یا عناصر موسیقی (صدا، ریتم، ملودی و هارمونی) برای فرد یا گروه توسط متخصص موسیقی درمانی در فرایندی که برای سهولت بخشی و ارتقا ارتباط بین فردی، روابط، یادگیری، سیال سازی، ابراز وجود، انسجام، کاهش اضطراب و دیگر اهداف درمانی مربوطه انجام می‌شود تا از نیازهای جسمی، هیجانی، روانی، اجتماعی و شناختی در فرد یا گروه تحقق یابد.

در موسیقی درمانی از ۲ روش استفاده می‌شود:

روش غیرفعال: شنیدن موسیقی

روش فعال: نواختن، خواندن و حرکت‌های موزون و

بحث و گفتگو پیرامون موسیقی

در روش موسیقی درمانی فعال، واکنش‌های مختلف عاطفی، ذهنی، حسی و حرکتی و تحریکی به طور هماهنگ به کار گرفته می‌شود. موسیقی درمانگرانی مانند گاستون، موسیقی درمانی را روشی بسیار مؤثر در تقویت روابط بین فردی، رشد حس ارزش شخصی و خود شکوفایی و استفاده از پتانسیل ریتم برای ایجاد نیرو و نظم می‌دانند.

در موسیقی درمانی غیرفعال، مراجع به آهنگ‌هایی که توسط موسیقی درمانگر انتخاب شده گوش می‌دهد و با حالت ریتم موسیقی سیر می‌کند. درمانگر اثر موسیقی و تصورات ذهنی مراجع را مرور می‌کند و روحیه بیمار را با آهنگ‌های مختلف تقویت می‌کند. در این نوع درمان، بیمار نیز موسیقی دلخواه را انتخاب و با کمک درمانگر موسیقی‌های مورد علاقه را بررسی و تغییر حالات خود را بازبینی می‌کند.

مروری بر پیشینه موسیقی درمانی

تاریخ مشخصی برای موسیقی درمانی وجود ندارد همان‌طور که برای شروع علوم پزشکی، فیزیک و ریاضی آغازی واقعی نمی‌توان تعیین کرد. در قدیم، یعنی حدود ۵ هزار سال پیش، از موسیقی برای خروج ارواح خبیثه و تماس با نیروهای آسمانی استفاده می‌کردند. پس از ۲ الی ۳ هزار سال، استفاده از حالات خلسه‌آور موسیقی در فرهنگ ملل رواج پیدا کرد.

تا قرن ۱۲ که یونانیان نگاهی تجربی به موسیقی پیدا کردند و از آن به عنوان وسیله‌ای برای ایجاد تعادل در چهار مزاج و تنظیم روحيات استفاده نمودند. در هر صورت نقاط عطفی در تاریخ وجود دارد که منشأ تحولات اساسی در هر علمی بوده است، در تحول موسیقی درمانی نیز چنین مقاطعی دیده می‌شود. مهم‌ترین دوره زمانی در تحول موسیقی درمانی به قرن شانزدهم برمی‌گردد که ارتباط نزدیکی بین موسیقی و طب به وجود آمد و پزشکان و موسیقی‌دانان اثر موسیقی را بر بیماران و مداوای امراض روانی به خصوص مالیخولیا متمرکز و مقالات و کتبی را نیز تألیف کردند.

بعد از جنگ جهانی دوم کاربرد موسیقی به عنوان یک روش درمانی توسعه یافت و انجمن‌های موسیقی درمانی تأسیس شدند. پس از آن، این رشته به عنوان تخصص و حرفه‌ای مستقل در دانشگاه‌های معتبر جهان شناخته شد و موسیقی درمانگران در مراکز مختلف توان بخشی، بیمارستان‌ها، مراکز بازپروری، زندان‌ها و ... مشغول به کار شدند.

موسیقی درمانی در رویکردهای مختلف چگونه است؟

موسیقی به دلیل نیروی فراقطن و تخلیه هیجانی و ایجاد انرژی می‌تواند تغییراتی را در فرایند روانی و تحریکات عصبی به وجود آورد. بیشترین کاربرد موسیقی در روش روانکاوی توجیه شده است و آن اثر در فراخوانی تداعی‌ها و تخیلات و فعال کردن درمانی که از طریق آن فشار ناهشیار بر هشیار را کم می‌کند و فرد احساس راحتی پیدا می‌کند و آرامش موقتی به وجود می‌آورد. برخی از روان‌شناسان رفتارگرا و شناخت‌گرا نیز از موسیقی درمانی در تقویت رفتار استفاده کرده‌اند. گروه دیگر از متخصصان عصب‌شناسی از موسیقی برای تقویت حافظه، تمرکز و کاهش اختلالات ارگانیک مانند آلزایمر و امثالهم استفاده می‌کنند.

در موسیقی درمانی با رویکرد روان تحلیلی از شنیدن موسیقی به عنوان ابزاری برای عبور از سانسور کلامی و رسیدن به قسمت‌های عمیق تر روان شخص استفاده می‌شود تا فرد بتواند خود را بهتر بشناسد و بیان کند و نیروی خود را از زیر فشار ناخودآگاه برهاند، و راه‌هایی برای تخلیه هیجانی و روبه‌رو شدن با اضطراب پیدا کند.

اثر موسیقی بر مناطق مغزی

با شنیدن موسیقی بیماران احساس آرامش می‌کنند و در این حالت فعالیت‌های دستگاه عصبی بهتر و منظم‌تر می‌شود. همچنین باعث افزایش ثبت امواج آلفای مغز یا امواج استراحت فکری می‌شود و می‌تواند موقعیتی آرام بخش را فراهم کند. موسیقی با فعال کردن نواحی مختلفی از مناطق زیر قشری مغز، به ویژه سیستم دوپامینرژیک در ناحیه مغز میانی باعث کاهش احساسات ناخوشایند می‌شود و با فعال کردن لوب فرونتال در هر دو نیمکره قشر مخ، هوشیاری مغزی و نهایتاً خروجی‌های شناختی رفتاری مطلوب را افزایش می‌دهد.

چگونگی اثرگذاری موسیقی درمانی بر PTSD

موسیقی همیشه در زندگی بشر نقش آرامش دهنده و نشاط بخش داشته و ضمن ایجاد سرزندگی و تقویت احساس همدردی، در تسکین و درمان بسیاری از بیماری‌های جسمانی و روانی مؤثر بوده است.

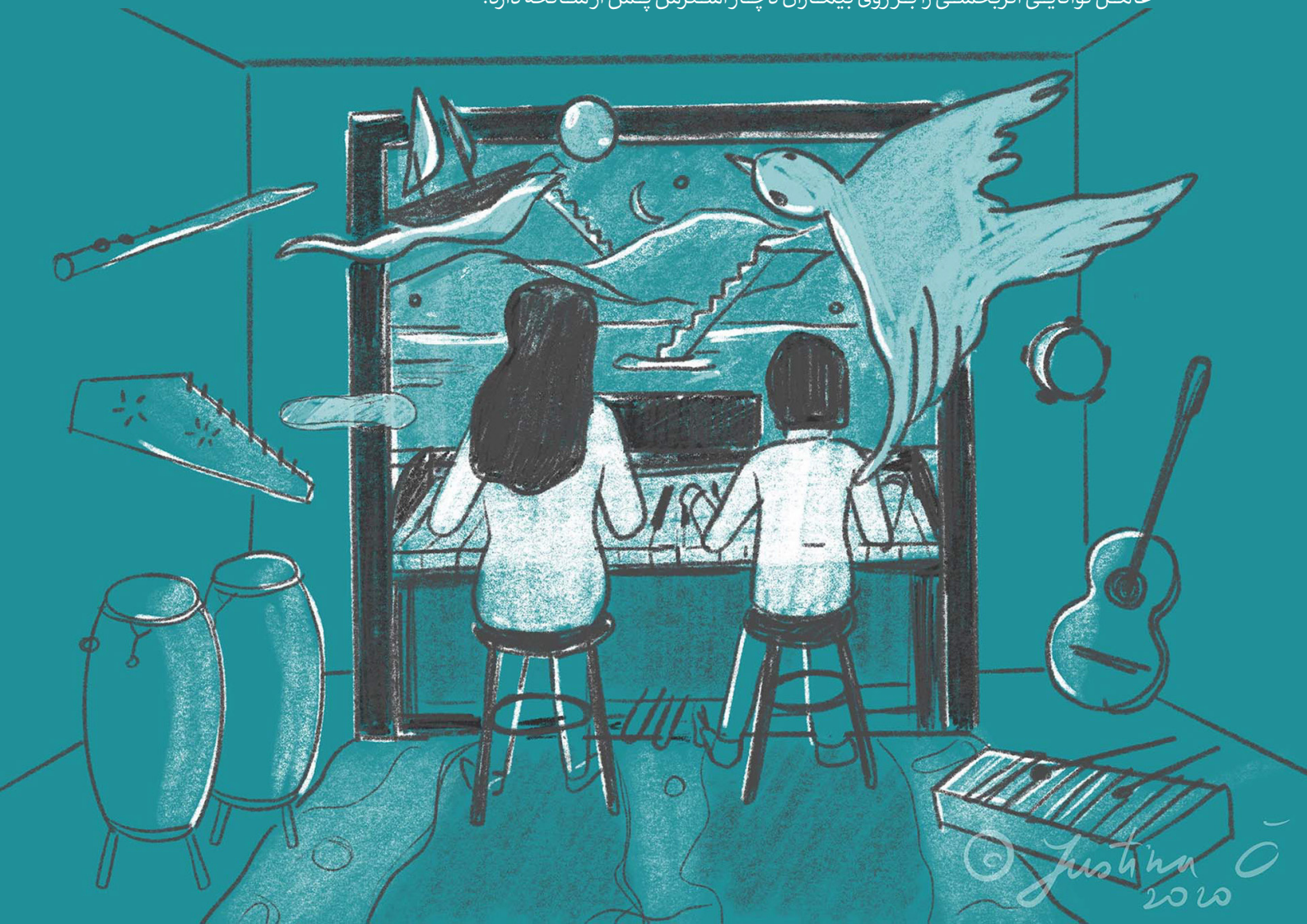
مقصود از موسیقی در موسیقی درمانی، شکلی از هنر است که احساس، عاطفه، ادراک و شناخت انسان را بدون نیاز به تکلم و زبان منتقل می‌کند. روشی رایج در تحقیقات گوناگون که بر تخلیه هیجانی، بیان احساسات، آرام‌سازی و نیروبخشی مبتنی است. مطالعاتی که در زمینه کاربرد موسیقی در کار بالینی انجام شده است، بر نمایش نوع و قدرتمندی تغییرات فیزیولوژیک ایجاد شده بر ارگان‌های انسانی متمرکز است که با تغییر بر محرک‌های موسیقایی ظاهر می‌شود.

موسیقی درمانگران از موسیقی برای تشویق انگیزش، فراهم کردن زمینه‌ای برای کشف احساسات، رشد مهارت‌های اجتماعی، خودآگاهی نسبت به خود و دیگران و نیز ایجاد انگیزه برای حرکت به سمت ابتکار و فعالیت‌های خودجوش، بهبود و افزایش عملکردهای بین فردی، عاطفی و رفتاری استفاده می‌کنند.

غالباً اختلالات روانی با اثرات عاطفی و خلقی همراه است. در ساختار موسیقی هم حالت عاطفی و هم پردازش ذهنی وجود دارد و ارتعاشات موسیقی ضمن اثر بر حالات روانی شنونده، تداعی‌های او را فعال و راه را برای نفوذ هموار می‌کند.

و اما در مورد اختلال PTSD

در اختلال استرس پس از سانحه، به علت آنکه عواطف و خلق بیمار به شدت آسیب می‌بیند و قسمت عمده درمان بر کنترل خلق و عواطف استوار است، از موسیقی در بهبود نشانه‌ها استفاده می‌گردد. زیرا فرض بر این است که با توجه به استعمال فراوان موسیقی در درمان‌های روان‌شناختی و اثر مستقیم موسیقی بر خلق، این عامل توانایی اثربخشی را بر روی بیماران دچار استرس پس از سانحه دارد.



بیشترین نوع اثرگذاری موسیقی درمانی، موسیقی درمانی به شکل تلفیقی است. موسیقی از نظم تشکیل شده است و این نظم را می‌توان از تلفیق ریتم یا ضرباهنگ و ملودی یا حرکت بالارونده و پایین رونده نت‌های موسیقی دانست. هرگاه که میزان ریتم در قطعه موسیقی بیشتر باشد، این قطعه موسیقی را اصطلاحاً ریتمیک و هرگاه ملودی وضوح بیشتری داشته باشد، آن قطعه را ملودیک می‌نامند. در موسیقی درمانی تلفیقی، در ابتدا و برای ارتباط بیشتر با افراد، از موسیقی با غلبه قطعات ملودیک استفاده می‌شود. اما پس از آن از موسیقی با غلبه قطعات ریتم و در پایان دوباره موسیقی با غلبه ملودیک اجرا می‌شود.

بنابراین، موسیقی درمانی تلفیقی در ابتدا روند آرام داشته و سپس به صورت ریتمیک و ضربه‌ای بوده و در آخر به صورت آرام به انتها می‌رسد.

افراد دچار اختلال PTSD معمولاً تصاویری واقعی را می‌بینند که نسبت به آنها واکنش نشان می‌دهند و همین امر سبب افزایش استرس آنها می‌گردد. تکرار مکرر این تصاویر عملکرد فردی و اجتماعی این افراد را به تدریج کاهش می‌دهد و در نهایت موجب اختلالات روانی ثانویه می‌گردد. از آنجا که در موسیقی عنصر ضرباهنگ بیشترین میزان تحریک را به دنبال دارد و مستقیماً با هیجانات مثبت و منفی ارتباط ایجاد می‌کند، بنابراین بیشترین تأثیر را موجب می‌شود (پورعبایان، اسماعیلی، دباشی و همکاران، ۱۳۹۵).

بیماران با اختلال استرس پس از تروما نیاز به نوعی موسیقی دارند تا خاطرات تنش‌زا را برای آنان زنده کند و در عین حال آنها را در آن شرایط نگه داشته تا به تدریج با روبرو شدن با استرس‌ها و عادی شدن آنها، علاوه بر عادت به این هیجانات منفی و کاهش آن به تخلیه هیجانی نیز نایل آیند.

بنابراین، پس از ایجاد این ارتباط، روند پخش موسیقی باید به سمت موسیقی ضربی پیش برود و پس از آن دوباره موسیقی به سمت روندی آرام پیش می‌رود و به پایان می‌رسد.

همچنین ذکر این نکته لازم است که یکی دیگر از راه‌های افزایش اثربخشی موسیقی درمانی بر بیماران PTSD استفاده از موسیقی‌های ساخته شده در فضای ذهنی بیماران است؛ یعنی اینکه موسیقی استفاده شده در روند درمان متناسب با فرهنگ و نوع نگرش و جهان‌بینی افراد باشد.

تروما، فراتر از اختلال

مهدی وفازاده | دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

کلمه تروما، در روان‌شناسی به طرق متعددی آورده شده است، به طوری که بارها به وضوح از آن در متون و مقالات علمی، کلاس‌های درسی و حتی مکالمات بین افراد، نام برده شده است. معروف‌ترین عبارتی که معرف تروما در بین دانشجویان و اساتید است، اختلال استرس پس از حادثه (PTSD) می‌باشد که در DSM-IV جزو اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی می‌شد، و اکنون در DSM-5 در دسته اختلالات مربوط به سانحه و عوامل استرس طبقه‌بندی می‌شود. اما، آیا تروما به همین اختلال ختم می‌شود و معنای عمیق‌تر و فراتر ندارد؟

نظریه پردازان روابط موضوعی به ترومای دوران کودکی و ترومایی که در ارتباط با مراقبین اولیه یا ابژه‌ها، شکل گرفته شده است، می‌پردازند و علت‌های مختلفی برای آن ذکر می‌کنند. همچنین طبق آن به تحلیل آسیب‌شناسانه‌ی دیگر اختلالات روان‌پزشکی، می‌پردازند. تحقیقات متعددی بر ترومای کودکی و ارتباط آن با اختلالات روانی در نوجوانی، جوانی و بزرگسالی انجام شده که شواهدی دال بر تأیید نظریات دانشمندان روابط موضوعی به دست می‌دهند. از اختلالاتی که ترومای کودکی به طور مستقیم و غیرمستقیم بر شکل‌گیری و بروز آنها تأثیر داشته است می‌توان به اختلالات اضطرابی (لاچنر، سیگات، الگولاند و همکاران، ۲۰۱۰)، اختلال اسکیزوفرنی (موندلی و دازان، ۲۰۱۹)، اختلال افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال شخصیت پارانوئید و اختلال شخصیت خودشیفته، اختلال شخصیت اسکیزوئید (گروور، کارپنتر، پرایس و همکاران، ۲۰۰۷؛ استاد نوری و زمستانی، ۱۳۹۹؛ واکسمن، فنتون، اسکودول و همکاران، ۲۰۱۳)، اختلالات جنسی و مشکلات زناشویی (ویشمن، ۲۰۰۶)، اختلالات تجزیه‌ای (بتنی و ریچارد، ۲۰۱۰)، اختلالات تبدیلی (لیونز-رات، ۲۰۰۱) و... اشاره کرد. طبق نظریات روابط موضوعی ترومای اوایل کودکی، ناشی از سبک‌های دلبستگی ناایمن و ابژه‌های طردکننده می‌باشد که در ادامه به آن پرداخته می‌شود. معنای تروما در روانکاوی به طور دقیقی تعریف نشده است. اما در طول توسعه آن، انواع مختلفی از تروما توصیف شده است که مربوط به رویدادهای بیرونی متنوعی است، مانند: ترومای اغواگری، سوءاستفاده جنسی، ترومای جنگ، ترومای شدید، ترومای محرومیت، ترومای خاموش، ترومای استرس و ترومای تجمعی. به دلیل این گستردگی، نمی‌شد تصور کرد که اثرات و پیامدهای تروما همگن باشند. علاوه بر این، این اصطلاح کم و بیش ویژگی متمایز خود را از دست داده بود، به طوری که اغلب نمی‌شد آن را به اندازه کافی از سایر علل بیماری‌زا و پیرایشانی‌های شدید یا استرس روانی متمایز کرد (بوهلبر و فنوگی، ۲۰۱۰).

در طول دهه ۱۹۹۰، یک گروه کاری در مؤسسه زیگموند فروید در فرانکفورت به سرپرستی جوزف ساندلر، طیف معانی تحت پوشش مفهوم «تروما» را بررسی کردند، با این فرض که، می‌توان اصطلاح تروما را به عنوان نمونه اولیه یک اصطلاح انعطاف‌پذیر در نظر گرفت (ساندلر، در هرودروز، ۱۹۹۱). این مطالعه نشان داد که تمایز بین ابعاد مختلف تروما و تعامل آنها، در بهترین حالت مبهم بود. با این حال، باید بین فرآیند آسیب‌دیدگی، وضعیت آسیب‌زا و تغییرات پاتولوژیکی که پس از آن باقی می‌مانند، تمایز قائل شد. به استثنای تروماهای شدید، هر موقعیت تروماتیک تأثیر یکسانی بر همه افراد ندارد. این بدان معنی است که یک تروما را معمولاً فقط می‌توان با نگاهی به گذشته و طبق پیامدهای آن برای روان، تعریف کرد. تروما مفهومی است که یک رویداد خارجی را با پیامدهای خاص آن به واقعیت روانی درونی پیوند می‌دهد، که از این نظر، این یک مفهوم رابطه‌ای است (فیشر و ریدسر، ۱۹۹۸).

کوپر (۱۹۸۶) تروما را با ارجاع به فروید تعریف می‌کند: ترومای روانی، هر رویداد روانی است که به طور ناگهانی ظرفیت نفس را برای ایجاد حداقل احساس ایمنی و دست‌نخورده‌گی یکپارچه تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به اضطراب یا درماندگی شدید یا احساس خطر شده و باعث تغییر پایدار در سازمان روان فرد می‌شود.

طبق نظریه روابط موضوعی، ترومای مزمن اولیه تشکیل این ادراک که دیگری به عنوان یک موجود مجزا می‌باشد

(روابط کل موضوعی) را مختل می‌کند (سولومون، ۲۰۰۴). این مشکل، منجر به جدایی روانی ناقص سوژه (فرد) از مادر یا دیگری مهم (ابژه) می‌شود. این عدم تفکیک خود از ابژه، به معنای ناتوانی در توسعه بیش از یک دیدگاه فکری است. بدون نسبیت دیدگاه (بدون دوگانگی بین شخص خود/سوژه و شخص دیگری/ابژه)، هیچ نسبیت معنا یا توانایی نمادسازی وجود نخواهد داشت (پستالوتزی، ۲۰۰۳). بدون توانایی تمایز «من» از هر چیزی که «من نیست»، مرزهای بین دیگران، بین رویدادها و بین زمان‌ها مبهم می‌شود. این پدیده، به این صورت درون فردی منعکس می‌شود که او تمایزی بین ذهن، بدن فیزیکی، زندگی عاطفی و توانایی‌های شناختی ایجاد نمی‌کند. اگرچه برخی از بخش‌های او ممکن است به واحدهای کاری تبدیل شوند (بدن فیزیکی و عناصر شناختی)، اما آن‌ها از یکدیگر جدا می‌مانند. جنبه‌های دیگر، مانند احساسات و زبان پیرامون احساسات، می‌توانند بار عمده تروما را تحمل کنند و عملکرد ضعیفی داشته باشند.

از آنجایی که اولین نیاز نوزاد پذیرفته شدن عشقش است، شدیدترین تروما، احساس طرد شدن عشق است، احساسی که از روابط بسیار ناامیدکننده موضوعی در مرحله اول وابستگی نوزادی ناشی می‌شود و منجر به احساس شرم، ضعف و درماندگی می‌شود (فیرین، ۱۹۴۰). انزوای عاطفی و فیزیکی از عناصر دلبستگی ذاتاً برای انسان آسیب‌زا است و با خود یک حس تشدیدشده آسیب‌پذیری، خطر و همچنین احساس درماندگی را به دنبال دارد (میکولینگر، شاور و پرگ، ۲۰۰۳). طرد شدن بیش از حد توسط ابژه‌ها، از ناتوانی محیط در برآوردن نیازهای نوزاد به عشق و پذیرش عشق او سرچشمه می‌گیرد. ترومای ناشی از این نیاز برآورده نشده، منجر به افزایش مطلوبیت ابژه طردکننده و دور از دسترس شده، که این وضعیت، به علت ناکامی کودک، باعث بروز احساس خشم و نیاز به طرد کردن ابژه بی‌مسئولیت، اما مطلوب، در او می‌شود. اما سرانجام احساس خشم، از ابژه به سوی لیبیدو تغییر جهت داده و به شدت لیبیدو را سرکوب می‌کند؛ در نتیجه، باعث ایجاد شکاف عمیقی در ایگو می‌شود که بیانگر علامت تجزیه‌ای در هیستری است. با توجه به روابط تروماتیک جسمی اولیه، اندام هیستریک به عنوان جایگزینی برای ابژه‌های ناامیدکننده به صورت لیبیدویی شارژ می‌شوند. هنگامی که در آینده یک موقعیت تروماتیک دیگری رخ می‌دهد، این ترومای جدید، ترومای اولیه ناشی از روابط ابژه طردکننده را زنده می‌کند و علائم جسمی به عنوان جایگزینی برای آنها ظاهر می‌شود. به گفته فیرین (۱۹۵۴)، تمرکز بیمار هیستریک روی بدن و شکایات بدنی، تلاشی ناامیدکننده برای دستیابی به آنچه که در تعامل اولیه مادر و کودک ناکام شده بود، از طریق بدن است. یعنی فرد هیستریک از طریق بدن به دنبال یک دهانی است.

هری گانتزریپ (۱۹۶۹)، یکی دیگر از نظریه‌پردازان روابط موضوعی، اختلال شخصیت اسکیزوئید را نتیجه‌ی «عشق حریصانه» یا «عشق مخرب» دانست که منجر به اضطراب شدیدی در کودک و ایجاد تروما در او می‌شود، که همین تروما و اضطراب ناشی از دست دادن ابژه باعث می‌شود کودک برای حفظ ابژه مورد نیاز خود، از روابط موضوعی عقب‌نشینی کرده و به دنیای درون روانی خود واپس‌روی کند. به عقیده گانتزریپ، ایگوی واپس‌رفته محصول ترومایی است که به واسطه میل کودک به دادن و دریافت عشق به او وارد شده است.

به طور دقیق‌تر، با توجه به ارائه روان‌پویشی آسیب‌شناسی اسکیزوئید توسط گانتزریپ (۱۹۶۹)، اگر عشق کودک به ابژه ناکام شود و کودک نتواند آن پیوند عاطفی دلخواه را با مراقب برقرار سازد و همچنین احساس امنیت و محبت را دریافت کند، کودک از اینکه ممکن است ابژه خود را از دست بدهد مضطرب می‌شود (دلبستگی اضطرابی). اگر این اضطراب آنقدر شدید بشود، به طوری که اضطراب از دست دادن موضوع غیرقابل تحمل شود، نوزاد مشتاق است آن ابژه را بلافاصله بعد از آن حفظ کند. با این حال، این میل منجر به ترس شدیدتر از دست دادن ابژه می‌شود. به عبارت دیگر، میل نوزاد به بلعیدن شی، بدترین ترس او، یعنی نابودی ابژه را به وجود می‌آورد. به دلیل ترس از اینکه میل به ابژه، آن را از بین ببرد، هرگونه پیوند عاطفی، وجود ابژه را تهدید می‌کند. از آنجایی که ایگو برای زنده ماندن به ابژه نیاز دارد، اضطراب از دست دادن ابژه، در نهایت، اضطراب از دست دادن خود است. هیچ ساختار روانشناختی در این مرحله اول رشد وجود ندارد، بنابراین تمام اضطراب‌ها به عنوان تروما تجربه می‌شوند و وجود «خود» را تهدید می‌کنند. در نتیجه، این فرایند باعث اجتناب دقیق از هرگونه تماس عاطفی با ابژه می‌شود. با این حال، این کناره‌گیری اسکیزوئیدی، باعث ایجاد اضطراب از دست دادن تمام تماس با واقعیت می‌شود و یک بار دیگر وجود خود را تهدید می‌کند. در نتیجه، ابژه‌ها به همان اندازه که مورد نیاز هستند، باید از آنها اجتناب شود. کودکان دچار اختلال اسکیزوئید، نه‌حضور و نه عدم وجود ارتباط با ابژه را تحمل

می‌کنند. آن‌ها می‌خواهند با ابژه نایمن ترکیب شوند تا آن را ایمن کنند، اما همین میل، هم ابژه و هم نفس را تهدید می‌کند و در نهایت به پوچی (بیهوده و پوچ دانستن روابط با ابژه‌ها)، که مشخصه آسیب‌شناسی روانی اسکیزوئید است، منجر می‌شود.

دلبستگی ایمن، در تحقیقات سیستماتیک تقریباً با هر شاخص مثبت سلامت روان و رفاه عمومی که در علوم انسانی ترسیم شده است، مرتبط می‌باشد (میکولینگر و شاور، ۲۰۱۶). در سطح فردی، این شاخص‌ها عبارتند از تاب‌آوری در برابر استرس، خوش‌بینی، عزت نفس بالا، اعتماد به نفس و کنج‌کاو، تحمل تفاوت‌های انسانی، احساس تعلق، و توانایی خودافشایی و قاطعیت، تحمل ابهام، تنظیم احساسات دشوار، درگیر شدن در فراشناخت بازتابی و درک دیدگاه‌های مختلف (جوریست و میهان، ۲۰۰۹). عناصر اساسی این شاخص‌ها عبارتند از توانایی تنظیم اثربخش عاطفه به روشی که تعادل عاطفی را حفظ کند، توانایی پردازش اطلاعات به صورت یک کل یکپارچه منسجم، و توانایی حفظ حس اعتماد به خود که باعث ایجاد اقدام قاطع می‌شود. حتی در مواجهه با تروما، به نظر می‌رسد دلبستگی ایمن نه تنها اثرات چنین تجربه‌ای را کاهش می‌دهد، بلکه رشد پس از سانحه را نیز تقویت می‌کند (فرالی و همکاران، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر، واضح است که ناامنی یک عامل خطر مهم برای ناسازگاری است. دلبستگی مضطرب و اجتنابی به ویژه با آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و اشکال مختلف استرس و اختلالات اضطرابی، از جمله اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلال وسواس فکری-اجباری (OCD) و اختلال اضطراب فراگیر (GAD) مرتبط است. (این دور و دورون، ۲۰۱۵). طبق درمان هیجان‌مدار که برگرفته از نظریه دلبستگی می‌باشد، پاسخ‌های دوسوگرا با سابقه دلبستگی‌های تروماتیک در دوران کودکی همراه است، که در آن کودک میل و آرزوی نزدیکی و پیوند عاطفی با مراقب خود داشته، اما این میل همیشه با تهدید و درد هیجانی شدید همراه شده است. در نتیجه‌ی این دلبستگی تروماتیک و ناایمن، کودک، در بزرگسالی نیز نمی‌تواند دلبستگی ایمنی را با شریکان عاطفی خود برقرار سازد، به طوریکه شریکان عاطفی جدید، مانند چهره‌های دلبستگی گذشته، به طور همزمان منبع ایمنی و منبع تهدید هستند و هر تعاملی یک انتخاب بالقوه غیرممکن، بین انزوا و ارتباط آسیب‌زا

است. در چرخه آشفتگی و دوسوگرایی، یکی از زوج‌ها ممکن است تقاضای عمیق‌تر و نزدیک شدن رابطه کند، اما پس از آن که این تقاضا از طرف شریک دیگر پیشنهاد می‌شود، او در ارتباط با شریکی که نیاز به پیوند عاطفی نزدیک دارد، احساس آسیب‌پذیری و تهدید می‌کند. این احساس تهدید منجر به دفاع و کنشی و فاصله گرفتن می‌شود و سپس زوج دیگر را به عقب نشینی ناامیدانه سوق می‌دهد. این چرخه اغلب منعکس‌کننده سبک دلبستگی اجتنابی وحشت‌زده است، به این صورت که فعال‌ترین زوج، پیشنهادات اضطراب‌آوری برای نزدیک شدن می‌دهد، اما سپس به حالت اجتنابی‌تر تغییر حالت می‌دهد و عقب نشینی می‌کند (جانسون، ۲۰۱۹). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد رویکرد زوج‌درمانی دلبستگی‌محور می‌تواند به بازماندگان تروما، از جمله افرادی که توسط ابژه‌های دوران کودکی مورد آزار قرار گرفته‌اند، در شکل‌دهی روابط رضایت‌بخش کمک کند (دالتون و همکاران، ۲۰۱۳) و زمانی که از این رویکرد استفاده می‌شود، علائم تروما به نظر می‌رسد کاهش پیدا می‌کند (نعمان، ۲۰۰۸؛ مکینتاش و جانسون، ۲۰۰۸).

همانطور که به آن پرداخته شد، ترومای اولیه که در ارتباط با ابژه‌های دوران اوایل کودکی شکل گرفته شده، می‌تواند منجر به اختلالات مختلفی شود که تا سالیان سال و حتی تا آخر عمر، فرد را درگیر خود کند. نظریات روابط موضوعی، به خوبی ارتباط بین ترومای ناشی از روابط ناایمن و اضطراب‌آور کودکی و اختلالات مختلف دیگر در بزرگسالی را تحلیل و تبیین می‌کنند. طبق همین نظریات، شواهد و مطالعات انجام شده، به این نتیجه می‌توان رسید که تروما، مادر اختلالات روانی است و فراتر از یک اختلال روانی واحد می‌باشد، به طوریکه به صورت مستقیم و غیرمستقیم، سیرو پدیدآیی دیگر اختلالات را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بسیاری از اختلالات به طور مستقیم، از آن نشأت می‌گیرند. در نتیجه می‌بایست برای پیشگیری از ترومای کودکی آموزش‌های کافی به والدین داد، به طوری که دلبستگی ایمنی را با کودکان خود تشکیل دهند و منبع عاطفی و فیزیکی امنی برای آنها باشند.

از نوستالژی تا تروما

عارفه مهدیه و محبوبه بهزادی پورا کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

واژه «نوستالژی» در سال ۱۶۸۸ توسط یوهانس هوفر، پزشک سویسی ابداع شد که به وضعیتی پزشکی ارجاع داشت؛ دو ویژگی اساسی این بیماری: آرزوی بازگشت به خانه (نوستوس) و درد (آلگوس) ناتوانی از این کار بود و سمپتوم‌شناسی آن مبهم بود - شامل نشخوار خاطرات، مالیخولیا، بی‌خوابی، اضطراب و بی‌اشتهایی و تصور می‌شد عمدتاً سربازان و دریانوردان را متأثر می‌کند. زمانی که نوستالژی در میان سربازانی از ملیت‌های گوناگون شناسایی شد، این ایده که نوستالژی مختص به جغرافیای خاص است کنار گذاشته شد.

در زمان جنگ‌های داخلی آمریکا جاکوب داکوستا در سال ۱۸۷۱ در مقاله‌ای تحت عنوان "درباره قلب تحریک‌پذیر" بیان می‌کند ضربان قلب برخی از سربازان از ۱۴۰ هم می‌گذرد که این را به‌عنوان بیماری قلبی هرچند ناشی از فشاری که سیستم عصبی ممکن است وارد کرده باشد می‌دانست درواقع سندرم قلب سرباز (Soldier's heart syndrome) نامی بود که به دلیل وجود علائم قلبی خودکار به سندرم شبیه اختلال فشارروانی پس‌آسیبی داده شد و این بیماری قلبی را با استراحت و دوری از استرس درمان می‌کردند؛ تا سال‌ها این تشخیص به‌وفور مورد استفاده قرار می‌گرفت؛ بعد از آن در سال‌های ۱۹۰۹-۱۹۰۰ که نفوذ روانکاوی به‌ویژه در ایالات متحده بسیار چشمگیر بود، بالینگران تشخیصی تحت عنوان روان‌نژندی آسیب‌زاد (Traumatic neurosis) را برای این بیماری به کار می‌بردند.

در قرن نوزدهم با ظهور راه‌آهن در آمریکا که سریع‌ترین روش حمل‌ونقل در آن عصر به حساب می‌آمد، سقوط و تصادفات مکرر را نیز همراه خود به باور آورد که این علاوه بر صدمات جسمی، صدمات روان‌شناختی چون از دست دادن حافظه، تمرکز ضعیف، اختلالات خواب، اضطراب، تحریک‌پذیری، سردرد، مشکلات شنوایی، بی‌حسی یا درد در اندام‌های آن‌ها فقدان میل جنسی و ناتوانی جنسی را به دنبال داشت؛ بسیاری از قربانیان ادعا داشتند که متحمل اثرات طولانی‌مدتی شده‌اند که شامل علائم مختلفی است؛ برخی از آن‌ها کاملاً ذهنی بودند، برخی دیگر تظاهرات فیزیکی داشتند. مشکل این بود که هیچ راهی برای راستی‌آزمایی واقعی این ادعاها وجود نداشت، زیرا علم پزشکی در آن زمان تا حد زیادی محدود به چیزی بود که پزشکان می‌توانستند ببینند و آن‌ها نمی‌توانستند هیچ مشکلی در مورد این قربانیان ببینند - هیچ آسیب نخاعی آشکاری وجود نداشت و علائم سنتی ضربه مغزی پس از مدتی ناپدید می‌شدند. اما این افراد سال‌ها از مجروحیت خود خبر می‌دادند. مهم‌ترین قسمت این بود که برخی از افرادی که از مشکلات جسمی یا روحی شکایت داشتند شاهد بودند و آن‌ها حتی در تصادفات حضور نداشتند. اصطلاح Railway spine، تشخیص برای علائم پس از سانحه مسافران درگیر در تصادفات راه‌آهن بود؛ اولین مطالعات کامل پزشکی در مورد این بیماری، کتاب کلاسیک جان اریکسن، در راه‌آهن و سایر آسیب‌های سیستم عصبی بود به همین دلیل اغلب به‌عنوان بیماری اریکسن (Erichsen's disease) نیز شناخته می‌شود. اریکسن قاطعانه بر این باور بود که این سندرم یک سندرم فیزیکی است که نتیجه آن چیزی است که امروز می‌بینیم ضربه شلاقی یا فشار ناگهانی سرب‌به عقب و جلو همراه با تغییر ناگهانی اینرسی است. او سعی کرد آن را به مغز و ستون فقرات مرتبط کند.

ماهیت علائم ناشی از "Railway spine" در اواخر قرن نوزدهم به شدت مورد بحث قرار گرفت، به‌ویژه در جلسات انجمن امپراتوری پزشکان (اتریش) در وین، ۱۸۸۶. عصب‌شناس برجسته آلمانی، هرمان اوپنهایم، ادعا کرد که همه علائم Railway spine به دلیل آسیب فیزیکی به ستون فقرات یا مغز بود، درحالی‌که محققان فرانسوی و بریتانیایی، به‌ویژه ژان مارتین شارکو و هربرت پیچ، اصرار داشتند که برخی از علائم



روان‌پزشکی پیدا کرد و به دنبال جریان‌های ضد جنگ ویتنام، تروما به عنوان علت و نه صرفاً برانگیزنده بروز PTSD عنوان شد.

و در جنگ جهانی اول واژه shell shock بسیار مورد استفاده قرار گرفت. ابتدا تصور می‌شد خون‌ریزی‌های کوچک مغزی ناشی از انفجار، باعث علائم post trauma illness یا shell shock می‌شود. اما مشخص شد افرادی که در خط مقدم نبوده و به دور از انفجارها بودند نیز دچار این اختلال می‌شوند.

و در سال ۱۹۱۶ (اواسط جنگ جهانی اول) و سال ۱۹۳۹ (اوایل جنگ جهانی دوم) واژه shell shock ممنوع شد و به جای آن از کلمات روان‌نژندی جنگ (Combat neurosis) یا خستگی از عملیات (Operational fatigue) خوانده می‌شد. و در نهایت تشخیص PTSD بر اساس بعضی از موارد به نتیجه رسید:

۱- بازماندگان جنگ ویتنام که فشار افکار عمومی را روی دولت زیاد کرد ۲- جنبش حقوق زنان که به کمک جنبش ضد جنگ ویتنام آمد ۳- پیشرفت‌های علمی مانند هارووتیز که اصطلاح Stress response syndromes را معرفی کرد.

در تمام موقعیت‌های آسیب‌زایی که ذکرشان رفت، پیدایش اختلال، همبستگی و رابطه‌ای واضح با شدت عامل فشار داشته است، به طوری که شدیدترین عامل

می‌تواند ناشی از هیستری باشد (که اکنون به عنوان اختلال تبدیلی شناخته می‌شود).

قبل از دهه ۱۹۷۰، هرکس که از عوارض طولانی مدت بیماری روانی رنج می‌برد، از نظر قانون اساسی آسیب‌پذیر یا محصول یک خانواده منحط تلقی می‌شد و در هر صورت، مسئولیت بر عهده خود فرد بود.

مانند اصطلاح هیباکوشا (Hibakusha) که برای قربانیان بازمانده از انفجار بمب اتمی هیدروژنی در هیروشیما و ناگاساکی در سال ۱۹۴۵ به کار برده می‌شود، این کلمه به معنای «اثرات انفجار بر مردم» در جامعه ژاپن به عنوان کسانی که نمی‌توانند به خوبی کار کنند و برای کارهای مهم مفید نیستند شناخته می‌شوند. در طول دهه ۱۹۷۰، استدلال می‌شد که افراد بدون سابقه خانوادگی بیماری روانی یا سایر شواهد مستعد، اگر در معرض یک رویداد آسیب‌زا قرار گیرند، ممکن است دچار پریشانی روانی حاد شوند، اما پس از آن به طور طبیعی و بدون عوارض طولانی مدت بهبود می‌یابند. اما کشف اصطلاح سندرم استرس تأخیری (Delayed Stress Syndrome) در طول جنگ ویتنام نشان داد که سربازان سالمی که تحت استرس قرار می‌گیرند ممکن است از عوارض مزمن و نامطلوب رنج ببرند که در زمان قرار گرفتن در معرض آن‌ها آشکار نبود. این رویداد وحشتناک که تا آن زمان صرفاً به عنوان یک محرک در نظر گرفته می‌شد، اهمیتی حیاتی در

فشار موجب پیدایش سندرم مزبور در بیش از ۷۵ درصد از قربانیان شده است.

از طرف دیگر افرادی چون کاردینر ارتباطی بین علائم زمان جنگ و زمان صلح را نشان داد و بیان کرد این علائم همیشه وجود دارد و ربطی به جنگ ندارد و در واقع ارزشی به علائم روان شناختی پس از هرگونه ترومایی داد. معادل PTSD در DSM-I و DSM-II با اسامی Gross Stress Reaction و Transient Situational Disturbance نام گذاری شده بود و اختلالی گذرا دانسته می شد. در نهایت، در سال ۱۹۸۰ (بعد از جنگ ویتنام و به کمک جریان های ضد جنگ)، نام PTSD به DSM-III افزوده شد. پژوهش ها با آشکار کردن تفاوت علائم PTSD در جنگ های مختلف، نشان داد که می توان این اختلال را نوعی Culture-Bound Syndrome نیز در نظر گرفت.

سرانجام تشخیص جدیدی به نام Complex PTSD شکل گرفت و این تشخیص از آنجا شکل گرفت که مشاهده کردند علائم PTSD بسیار متنوع است و قابل جدا کردن نیست و هر علامت آن را می توان در اختلال دیگری پیدا کرد. Complex PTSD مربوط به افرادی هست که تحت تروما های مکرر مثل کسانی که در زندان ها شکنجه می شوند و نمی تواند از آن فرار کنند و برخلاف Trauma single مکرر هستند و قابل فرار از تروما هم نیستند در نتیجه بر روی اعتماد به نفس، احساس ارزشمندی به خود و برویژگی شخصیتی شان تأثیر می گذارد و نگاهشان را به جهان تغییر می دهد.

هرمن انواع تروما را به دو نوع تقسیم کرد، نوع I: تروما های تک حادثه (single-incident) و نوع II: تروما های پیچیده (complex) یا مکرر؛ او در سال ۱۹۹۲ تشخیص جدیدی به نام CPTSD (اختلال استرس پس از سانحه پیچیده) که نتیجه تروما های نوع دوم است را پیشنهاد کرد؛ این تشخیص پیشنهادی شامل شش گروه علائم بود که در نسخه پنجم DSM به رسمیت شناخته نشد ولی در نسخه یازدهم ICD گنجانیده شد. سرانجام «اختلالات مرتبط با عوامل استرس زا و تروما» از جمله PTSD در DSM-IV-TR، در طبقه اختلال های اضطرابی قرار گرفت، اما در ویرایش پنجم DSM (۲۰۱۳-۲۰۱۲) به عنوان طبقه تشخیصی مستقلی به نام اختلالات مرتبط با تروما و عوامل استرس زا شناخته شد.

انکار تروما و حافظه

نگار ملکیان | دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

راه‌های مختلفی برای کنار آمدن با «تروماها»، مانند سوءاستفاده جنسی وجود دارد. به عنوان مثال، برخی از افراد ممکن است تمایل داشته باشند در مورد ترومایشان با شخص دیگری بحث و گفتگو کنند، در حالی که برخی دیگر تمایل دارند با فکر نکردن در مورد آسیب روانی پیش آمده، با آن مقابله کنند، یا حتی انکار می‌کنند که درکل این اتفاق افتاده است. لیاندا (۲۰۱۰) گزارش‌های مربوط به ۲۷ کودک را که مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند را بررسی کرد تا ارزیابی کند که آیا این کودکان تجربیات آسیب‌زای خود را گزارش می‌کنند یا انکار می‌کنند. مهم‌تر از همه، در این کیس‌ها، جزئیات خاصی در مورد سوءاستفاده، می‌تواند با شواهد خارجی مانند تصاویر یا فیلم‌ها تأیید شود. در مجموع، این ۲۷ کودک در اولین مصاحبه‌ای که پلیس با آنها انجام داد، تجربه اعمال خشونت‌آمیز مستند را، به صراحت انکار کردند. مواردی از این دست این واقعیت را نشان می‌دهد که گاهی اوقات افراد، به دروغ تروماها را انکار می‌کنند.

قربانیان یا شاهدان عینی ناخواسته، گاهی در مصاحبه‌های بعدی حقیقت را مطرح می‌کنند و ممکن است از شهادت آنها به عنوان مدرک در دادگاه استفاده شود. در چنین مواردی، غیرمعمول نیست که علاوه بر وقایع (تروماتیک)، در مورد مکالمات قبلی با والدین، مراقبان یا پلیس نیز شهادت داده می‌شود. شهادت دوم «شهادت محاوره‌ای» نامیده می‌شود و پایایی آن مورد مطالعه قرار نگرفته است.

مشکل شهادت‌های محاوره‌ای این است که قربانی‌ای که بعد از اولین انکار، وقایع تروماتیک را فاش کرده؛ ممکن است با تاکتیک‌های مصاحبه پیشنهادی از جمله (اطلاعات نادرست پس از رویداد) روبرو شوند. برای مثال: گاهی اوقات بچه‌های قربانی، تجارب مورد سوءاستفاده قرار گرفته شدنشان را برای والدینشان فاش می‌کنند و تحقیقات نشان می‌دهد که اغلب والدین در طول این مکالمات «سؤالات پیشنهادی» زیادی را می‌پرسند.

سؤال اینجاست که: بعد از آنکه فرد قربانی به واسطه مکالمات قبلی در معرض اطلاعات گمراه‌کننده در مورد رویداد تروماتیک تجربه شده قرار می‌گیرد؛ آیا تلاش‌های دروغ او برای انکار آن رویداد، ممکن است بر حافظه و خطاهای حافظه قربانی تأثیر بگذارد!

نکته: سؤال پیشنهادی دلالت بر این دارد که باید به آن پاسخ خاصی داده شود. یا پیش فرضی را به اشتباه در سؤال، به عنوان، واقعیت پذیرفته شده ارائه دهد. چنین سؤالی حافظه را مخدوش می‌کند و در نتیجه فرد را فریب می‌دهد تا به روشی خاص پاسخ دهد که ممکن است درست باشد و با احساسات واقعی او سازگار باشد یا این‌طور نباشد، و همچنین می‌تواند عمدی یا غیرعمدی باشد.

اثرات حافظه به دنبال انکار نادرست

فراموشی ناشی از انکار

یک خط تحقیقاتی نشان داده است که «انکار دروغ» ممکن است منجر به خطای حذف، در اظهارات شاهد شود. در یکی از اولین مطالعات در مورد اثرات انکار روی حافظه، اتگار و همکاران (۲۰۱۴) از کودکان (۶-۸ و ۱۰-۱۲ ساله) و بزرگسالان خواست تا یک ویدیو را تماشا کنند. در مرحله بعد، آزمایشگر در مصاحبه‌ای از شرکت‌کنندگان سؤالاتی در مورد ویدیو پرسید. از برخی از شرکت‌کنندگان خواسته شد که به دروغ انکار کنند که چندین جزئیات را در این ویدیو دیده‌اند، در حالی که از گروه کنترل خواسته شد صادقانه پاسخ دهد. پس از یک هفته، حافظه

شرکت‌کنندگان در مصاحبه و ویدیو به‌وسیله آزمون حافظه مورد آزمایش قرار گرفت. در نتیجه محققان دریافتند که شرکت‌کنندگانی که جزئیات ویدیو را به‌دروغ انکار کردند، بیشتر از شرکت‌کنندگان کنترل که صادقانه پاسخ دادند، جزئیاتی را که در مصاحبه صحبت کرده‌اند فراموش می‌کنند. «البته حافظ ویدیو با انکار دروغ تضعیف نشد». این اثر که در آن انکارهای دروغ منجر به فراموشی جزئیاتی شد که در گفتگوهای قبلی با آزمایشگر مورد بحث قرار گرفته بود، از آن زمان به بعد «فراموشی ناشی از انکار» نامیده شد.

تعدادی محقق فراموشی ناشی از انکار را با استفاده از انواع مختلف محرک‌ها تکرار کردند. به‌طور خاص، رومئو و همکاران با استفاده از صحنه واقعیت مجازی، یک موقعیت تروماتیک سقوط هواپیما را شبیه‌سازی کردند. نه تنها فراموشی ناشی از انکار برای مکالمات در مورد یک محرک شبیه‌ساز تروما تکرار شد، بلکه دریافتند که انکار دروغ منجر به فراموشی خود رویداد آسیب‌زا نیز می‌شود. در حال حاضر، مشخص نیست که آیا انکارهای کاذب ممکن است تنها زمانی بر حافظه رویداد تجربه شده تأثیر منفی بگذارد که این رویداد ماهیت آسیب‌زا داشته باشد یا خیر! اما به‌طور کلی، این تحقیق نشان می‌دهد که انکار دروغ ممکن است منجر به خطاهای حذف در مورد مکالمات قبلی شود.

دروغ‌گویی و استفاده از منابع شناختی

یکی از مکانیسم‌های احتمالی در پشت تأثیری که انکارهای کاذب بر حافظه دارد؛ میزان منابع شناختی استفاده شده در طول یک انکار دروغ است. به‌طور کلی انکار دروغ می‌تواند یک استراتژی دروغ‌گویی در نظر گرفته شود. این در صورتی است که یک فرد برای انجام یک استراتژی دروغ‌گویی خاص به منابع شناختی نیاز دارد. طبق این چارچوب، استراتژی‌هایی که منابع شناختی کمتری را به خود اختصاص می‌دهند با «خطای حذفی» مرتبط هستند. در حالی که آنهایی که به منابع شناختی بیشتری نیاز دارند با «خطای عمل» مرتبط هستند.

خطای عمل زمانی رخ می‌دهد که فردی به اشتباه، جزئیاتی را گزارش دهد که هرگز واقعاً ارائه نشده یا تجربه نشده است که به آنها خاطرات کاذب نیز

می‌گویند. در نتیجه انکار دروغ یک تروما، به این دلیل که به مقدار کمتری منابع شناختی نیاز دارد؛ با فراموشی مرتبط است.

انکارهای دروغین و خاطرات دروغین

مجموعه وسیعی از تحقیقات، تأثیر اطلاعات همراه‌کننده (در سؤالات پیشنهادی) را بر شکل‌گیری حافظه کاذب، با استفاده از پارادایم اطلاعات غلط مورد مطالعه قرار داده‌اند.

این پارادایم از یک روش سه‌مرحله‌ای پیروی می‌کند: ابتدا، به شرکت‌کنندگان یک محرک مانند ویدئویی از یک جنایت ساختگی ارائه می‌شود. دوم، شرکت‌کنندگان اطلاعات غلطی را دریافت می‌کنند (به‌عنوان مثال، "دزد مسلح اسلحه را در چه دستی نگه داشته است؟"، در حالی که در واقع هیچ اسلحه‌ای وجود نداشت). سوم، حافظه شرکت‌کنندگان برای محرک مورد آزمایش قرار می‌گیرد.

اثر اطلاعات غلط، این یافته را توصیف می‌کند که شرکت‌کنندگانی که اطلاعات غلط دریافت کرده‌اند این را در گزارش‌های حافظه که بعداً از آنها خواسته می‌شود؛ گزارش می‌دهند و این گزارش‌های حافظه غلط می‌تواند نشانه‌ای باشد که، «خاطرات دروغین» می‌تواند از طریق سؤال‌های پیشنهادی ایجاد شود. تعدادی مطالعات هستند که رابطه بین مکانیسم‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان (به‌عنوان مثال، انکار) و تلقین‌پذیری را بررسی کرده‌اند. راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان، راهبردهایی باهدف «اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا» هستند و شامل تخلیه هیجانات، انکار یا سوء‌مصرف الکل می‌شوند.

بر اساس نتایج مطالعه‌ای توسط هاوارد و هونگ؛ شرکت‌کنندگانی که از استراتژی‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان استفاده می‌کردند، در مقایسه با شرکت‌کنندگانی که از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مشکل استفاده می‌کردند، اطلاعات نادرست بیشتری را گزارش کردند.

بر اساس مطالعات انجام شده، تعدادی محقق استدلال کردند که راهبردهای مقابله‌ای هیجانی اجتنابی ممکن است منابع شناختی را از وظیفه یادآوری دقیق اطلاعات و مدیریت احساسات منحرف کند. از این رو،

تشخیص تناقض‌های بین رویدادهای اصلی و اطلاعات نادرست القا شده، دشوارتر می‌شود.

آزمایش جاری

آزمایش فعلی تأثیر انکارهای دروغین بر فراموشی و گزارش خاطرات نادرست مبتنی بر سؤال‌های پیشنهادی را در ارتباط با یک رویداد مشابه تروما بررسی کرد. با توجه به نتایج، انکارهای دروغین و خاطرات نادرست هم از نظر «عملی» و هم از نظر «نظری» مرتبط است. از نظر عملی: به این دلیل که شاهدان و قربانیانی که در ابتدا به دروغ در مصاحبه‌ها انکار می‌کنند، ممکن است با اطلاعات پیشنهادی مواجه شوند. از منظر نظری: تئوری‌های مختلف فعلی در ارتباط با حافظه نادرست، منجر به پیش‌بینی‌هایی درباره ارتباط احتمالی بین گزارش انکار دروغین یک تروما و خاطرات نادرست شده است. به طور خاص، در آزمایش فعلی، یک ویدئوی مشابه

تروما به عنوان محرک اولیه استفاده شد. این ویدئو شامل یک تصادف اتومبیل ناشی از یک راننده بی‌توجه که در حال پیامک دادن است را نشان می‌دهد. سه خودرو با یکدیگر تصادف می‌کنند و چندین کشته از جمله یک نوزاد برجای می‌گذارند. نیروهای اورژانس به صحنه می‌رسند و ویدئو، با عکسی از چهره راننده به پایان می‌رسد.

از نیمی از شرکت‌کنندگان خواسته شد که در مصاحبه با آزمایشگر به طور مکرر اطلاعات مربوط به این ویدئو را انکار و رد کنند، در حالی که از نیمی دیگر خواسته شد که صادقانه پاسخ دهند. دلیل اینکه ما «انکارهای نادرست مکرر» را به کار گرفتیم دو مورد بود. اول اینکه، بسیار معمول است که شاهدان به طور مکرر مورد بازجویی قرار گیرند؛ علاوه بر این، نشان داده شده است که در مصاحبه، انکارهای دروغین مکرر نه تنها تأثیرات یادآوری قوی‌تری را نسبت به انکارهای دروغین منفرد داشته‌اند، اما همچنین در آزمایش اخیر، حافظه



نادرست درباره رویداد را تحت تأثیر قرار داده است. در مرحله بعد، شرکت کنندگان اطلاعات نادرستی در مورد ویدیوی مشابه تروما و مصاحبه، قبل از تکمیل تست حافظه دریافت کردند.

نتایج آزمایش جاری

نتایج نشان می‌دهد که فیلم مشابه تروما موفق شد بر حالات عاطفی شرکت کنندگان تأثیر بگذارد. همچنین اطمینان حاصل شد که هیچ تفاوتی در عاطفه شرکت کنندگان، چه در شرایط انکار دروغ و چه در شرایط گزارش صادقانه وجود ندارد.

باتوجه به آزمون حافظه در ارتباط با مصاحبه صورت گرفته: شرکت کنندگان در گروه انکار دروغین، از نظر آماری جزئیات کمتری را در مقایسه با شرکت کنندگان در گروه کنترل (گزارش صادقانه)، به خاطر داشتند. علاوه بر آن شرکت کنندگان در شرایط انکار دروغین، اطلاعات نادرست بیشتری در مورد مصاحبه قبلی نسبت به شرکت کنندگان در گروه کنترل (گزارش صادقانه)، گزارش کردند.

باتوجه به آزمون حافظه در ارتباط با ویدئوی مشابه تروما: در حافظه واقعی در مورد وقایع موجود در فیلم، بین شرکت کنندگان در گروه آزمایش (انکار دروغین) و کنترل (گزارش صادقانه)، تفاوت آماری معنی داری پیدا نشد. همچنین شرکت کنندگان در گروه آزمایش از نظر آماری اطلاعات نادرست بیشتری را در رابطه با ویدئو نسبت به شرکت کنندگان در گروه کنترل، گزارش نکردند.

برای درک بیشتر تأثیرات انکار دروغین بر گزارش حافظه نادرست، علاوه بر این، تحلیل‌های همبستگی بین خاطرات نادرست گزارش شده برای ویدیو و خاطرات نادرست گزارش شده برای مصاحبه انجام داده شد. در گروه کنترل (گزارش صادقانه)، گزارش‌های خاطرات نادرست برای ویدئو و مصاحبه از نظر آماری همبستگی مثبت و معنی داری داشتند. با این حال، در گروه آزمایش (انکار دروغین)، حافظه نادرست برای مصاحبه و ویدئو از نظر آماری با یکدیگر همبستگی معنی داری نداشتند.

نتایج نشان می‌دهد که پس از انکار دروغین تجربیات آسیب‌زا (تروماها)، ممکن است کسی:

۱) در گفتگوها در مورد رویداد آسیب‌زا، جزئیاتی را که طی آن «انکار» رخ داده است، فراموش کند.

۲) در مورد بحث‌های صورت گرفته در گفتگوها، ممکن است فرد انکارکننده بیشتر از کسی که صادقانه گزارش داده است؛ مستعد «یادآوری اشتباه» باشد.

این مفهوم، برای شهادت‌هایی که شاهدان در دادگاه داده‌اند؛ بسیار مهم است (شاهدانی که پس از انکار قبلی تروما، شروع به صحبت در مورد اتفاقات افتاده در مورد تجربه آسیب‌زا می‌کنند). در حالی که اعتبار حافظه برای مکالمات قبلی و در نتیجه «شهادت برای مکالمات»، ممکن است تحت تأثیر منفی انکارهای دروغین قبلی قرار بگیرد. اما داده‌ها نشان می‌دهد که «حافظه خود رویداد» کمتر تحت تأثیر انکارهای قبلی قرار می‌گیرد.

دومینوی آسیب

آتوسا قیصری | دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

وقتی صحبت از فجایع انسانی می‌شود، شاید نسل‌کشی یهودیان توسط نازی‌ها، بارزترین مصداقی باشد که به ذهن‌خطور می‌کند، اما کمتر کسی است که در مورد یکی از فجایع هم‌تراز هولوکاست، یعنی هولو دومور، یا دست‌کم جزئیات آن، خبر داشته باشد.

هولو دومور، بی‌شک یکی از صفحات تاریک کتاب تاریخ مدرن ماست، نامی که بر ماه‌ها گرسنگی مرگبار و فقر ناشی از قحطی اوکراین گذاشته‌اند. اوکراینی‌ها که در آن زمان تحت نفوذ شوروی بود و هولو دومور نیز بخشی از یک قحطی گسترده‌تر بود که در سال‌های ۱۹۳۱ تا ۱۹۳۴، گلوئی اتحاد جماهیر شوروی را می‌فشرد و به گرسنگی جمعی در نواحی حاصل‌خیز شوروی و قزاقستان انجامید. به هر حال قحطی‌ای که در اوکراین رخ داد (۱۹۳۲-۱۹۳۳)، با سلسله‌ای از اقدامات و تصمیمات سیاسی استالین که مخصوصاً این کشور را هدف گرفته بود، مرگبارتر شد. از این رو، هولو دومور، واژه‌ای اوکراینی که از هولوود (به معنی گرسنگی) و مور (به معنای نابودی) تشکیل شده است، اصطلاحی شد برای اشاره به این فاجعه‌ی انسانی غم‌انگیز، اصطلاحی به معنای "تا حد مرگ، گرسنگی کشیدن".

تجربه‌ای که دانشجوی دکترای روانشناسی، برنت بزو، از زندگی در اوکراین پساشوروی به دست آورد، جرقه‌ای شد برای پرسشی به ظاهر پیش پا افتاده اما مهم: تجربه‌ی تروما، چگونه روحيات و خلق و خوی یک نسل و نسل‌های بعدی تأثیر می‌گذارد؟

بزو که در اواسط دهه‌ی ۲۰۰۰ برای مدتی همراه با همسرش در اوکراین زندگی می‌کرد، متوجه نوعی خصوصیت و بی‌اعتمادی در میان اوکراینی‌ها شد که توجه هر مهاجر خارجی‌ای را به خود جلب می‌کرد. بزو در گفت و گوهایش با مردم، متوجه اشاره‌هایی به هولو دومور، دوران تاریک گرسنگی جمعی، شده بود که مردم آن را پیامد اقدامات عامدانه‌ی ژوزف استالین، رهبر تمامیت‌خواه شوروی، می‌دانستند.

بزو برای کشف این که چگونه آثار این رویداد وحشتناک، روی مردم تأثیر گذاشته است، یک مطالعه‌ی کیفی را بر سه نسل از ۱۵ خانواده‌ی اوکراینی که روی هم ۴۵ نفر می‌شدند، آغاز کرد، این سه نسل، شامل نسلی که قحطی را به طور مستقیم تجربه کرده بودند، فرزندان و نوه‌هایشان می‌شدند.

مردم به طور خودجوش آنچه را به عنوان تأثیرات بین‌نسلی حاصل از زندگی در آن زمان، مشاهده می‌کردند، با محققان در میان گذاشتند که شامل رفتارهای مخاطره‌آمیز، احساس اضطراب و شرم، غذا اندوزی، پر خوری، سبک فرزندپروری مستبدانه، کمبود هیجانی مفرط والدین، اعتماد اجتماعی پایین و انسجام جمعی ضعیف بود، حالتی که بسیاری آن را زندگی در «وضعیت بقا» می‌نامند. به نقل از بزو، به نظر می‌آمد که هر نسل، به نوعی از نسل قبلی خود، یاد گرفته بود که "به دنیا و آدم‌هایش اعتماد نکند".

یکی از اولین مقاله‌هایی که به وجود تروما بین نسلی اشاره می‌کند، در سال ۱۹۶۶ به چاپ رسید، زمانی که ویوین ام. راکوف، روان‌پزشک کانادایی و همکاران، نرخ بالایی از فشار روانی را در میان کودکان بازماندگان هولوکاست، شناسایی و سندسازی کردند (سلامت روان کانادا، جلد ۴). از آن زمان، محققان در حال ارزیابی اضطراب، افسردگی و اختلال اضطراب پس از حادثه در بازماندگان تروما و فرزندان‌شان هستند و در این بین، بازماندگان هولوکاست و فرزندان‌شان بیشتر از همه و برای مدت زمان طولانی‌تری، مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. بیشتر این پژوهش‌ها، به طور معمول، نرخ بالایی از آشفتگی روانی را گزارش داده‌اند، هرچند در میان بازماندگان، مواردی با علائم کم، یا هیچ علامتی از اختلال روانی، نیز مشاهده شده‌اند.

پژوهشگران دیگر، در حال اتخاذ دیدگاه‌های وسیع‌تری در مورد تأثیر تروما بر یک نسل و فرزندان‌شان، هستند.

در اوایل دهه ۱۹۸۰، دنیلی، شروع به نوشتن در مورد ۴ نوع سبک سازگاری با تروما کرد که او و همکارانش در میان بازماندگان حوادث فاجعه بار، مشاهده کرده بودند. برای مثال، آن کسانی که در نقش قربانی فرومی روند، در پذیرش و گذر از تروما، مشکل دارند، از لحاظ هیجانی، غیرقابل پیش بینی و بیش از حد محافظ هستند و کسانی که حالت "کرختی" به خود می گیرند، اغلب کسانی هستند که به لحاظ هیجانی خود را از دیگران، جدا می کنند و در برابر ضعف دیگران، ناشکیبا و بی تحمل هستند و معمولاً در محیط خانواده، نوعی "توطئه ی سکوت" اجرا می کنند. (توطئه ی سکوت، حالتی است که افراد به طور ضمنی، در میان خود بپذیرند که در مورد موضوع خاصی، اصلاً با یکدیگر حرف نزنند.) دو نوع دیگر سبک سازگاری با تروما، سبک "جنگجو" و سبک "همش زیر سر آنهاست" هستند، احتمالاً همان عده ای که احتمالاً بیشتر از دیگران، به نشخوار خاطرات تلخ گذشته می پردازند.

دنیلی در مطالعات خود، الگوی رفتاری مشخصی را در میان فرزندان بازماندگان هلوکاست مشاهده کرد که شامل محافظت بیش از حد فرزندان از والدین شان بود؛ همچنین نیاز شدید به کنترل داشتن، حساسیت و درگیری ذهنی شدید نسبت به مفهوم هولوکاست و وابستگی نابالغانه نیز در آنها دیده می شد. دنیلی، این عکس العملها را اثرات سازگارانه ی جبرانی (reparative adaptational impacts) نامید و این نکته را برجسته ساخت که فرزندان بازماندگان تروما، این روش ها و عکس العملها را (غالباً به صورت ناخودآگاه) بروز می دهند تا به گونه ای، جهان را برای والدین یا پدر بزرگ-مادر بزرگ های خود، جایی بهتر و امن تر سازند.

پژوهش دیگری، که در آن فرزندان بازماندگان هلوکاست مورد مطالعه قرار گرفته اند، نقش تروما در تغییر اپی ژنتیک ها را برجسته ساخته است. اپی ژنتیک ها، فرایندهای مولوکولی ای هستند که تحت تاثیر عوامل محیطی، می توانند یک ژن را فعال یا غیرفعال کنند. ریچل یهودا، روانشناس و همکارانش، در بررسی نمونه ای از فرزندان بازماندگان هلوکاست، به این نتیجه رسیدند که کودکانی که والدین آنها بر اثر ترومای نسل کشی هیتلر، به اختلال اضطراب پس از حادثه (PTSD)

دچار شده بودند، سطح کمتری از متیلاسیون (یک نوع مکانیزم اپی ژنتیک) را در گیرنده ی F-GF خود دارند که یک گیرنده ی گلوکوکورتیکوئید مربوط به استرس است. این پژوهش و پژوهش های دیگری که در حیطه ی تاثیر تروما بر اپی ژنتیکها انجام شده اند، دریچه ی جدیدی را برای فهم ساز و کار ترومای بین نسلی، باز کرده اند که در نوع خود، مفید و جالب توجه هستند.

روانشناسان و متخصصان دیگر نیز در حال بررسی چگونگی انتقال آثار تروما از نسلی به نسلی دیگر هستند؛ در یک مطالعه ی کیفی که براساس آرای دنیلی انجام شد (برکموز و همکاران) پژوهشگران به مدت پنج ماه، ۴۱ مادر که از بازماندگان نسل کشی رواندا (۱۹۹۴) بودند را به همراه فرزندان جوانانشان، مورد بررسی و مصاحبه قرار دادند.

تیم پژوهشگر، اثرات مستقیم روان شناختی نسل کشی را در میان آزمودنی ها تشخیص دادند؛ بخشی از این تاثیرات، مربوط به رابطه ی مادر-فرزند آنها بود؛ مادران هرگز اجازه ی صحبت در مورد نسل کشی را به خود یا فرزندشان نمی دادند و به طور مداوم تاکید می کردند که این حادثه هرگز دوباره اتفاق نخواهد افتاد. در کنار تاثیرات مستقیم، پژوهشگران همچنین تاثیرات ثانویه و غیرمستقیم نسل کشی را بررسی کردند که شامل فقر فزاینده، بار کاری بیشتر خانواده و سبکهای فرزندپروری ناسالم می شد. در عین حال، به گفته ی بسیاری از جوانان این خانواده ها، فقر، مانعی برای حضور آنها در مدرسه شده است و اینکه ناچارند برای گرداندن خانواده شان، کار را به تحصیل ترجیح دهند. الناز چرپانوف، روانشناس تروما و دارای مدرک دکترای کالج کمبریج در بوستون، در حال بررسی این موضوع است که چگونه واکنش های اولیه بازماندگان به یک رویداد آسیب زا، ممکن است بر نسل های آینده تأثیر بگذارد - موضوعی که در کتاب آتی او با عنوان آزمایشی "درک میراث فرا نسلی رژیم های توتالیتار: پارادوکس های بقا" نیز بیان شده است.

او چنین عنوان می کند که که زندگی در چنین شرایط سخت و ظالمانه ای می تواند والدین را به فرمول بندی «پیام های بقا» مبتنی بر ترس، که به فرزندان و نوه های خود منتقل می کنند، سوق دهد. پیامهایی مانند «کمک نخواه، چرا که خطرناک است». ممکن است این

آلمان نازی و همکارانش به طور سیستماتیک، حدود شش میلیون یهودی را در سراسر اروپای تحت اشغال آلمان به قتل رساندند. حدود دو سوم جمعیت یهودی اروپا، با سیاست نابودسازی از طریق کار در اردوگاه‌های کار اجباری و در اتاق‌های گاز و وانت‌های گاز در اردوگاه‌های کشتار آلمان، از بین رفتند.

نسل‌کشی رواندا: نسل‌کشی رواندا، که به عنوان نسل‌کشی علیه توتسی‌ها در رواندا نیز شناخته می‌شود، بین ۷ آوریل و ۱۵ ژوئیه ۱۹۹۴ در طول جنگ داخلی کشور رواندا روی داد. در طول این مدت، اعضای گروه قومی اقلیت توتسی و همچنین برخی از میان‌روهای هوتو و توا توسط شبه‌نظامیان مسلح کشته شدند. پذیرفته شده‌ترین تخمین‌های علمی در مورد توتسی‌های قربانی، حدود ۵۰۰۰۰ تا ۶۶۲۰۰۰ نفر است.

گونه پیام‌ها در ابتدا به افراد کمک کرده باشند که زنده بمانند، اما در حال حاضر نه تنها کاربردی ندارند، بلکه ممکن است آسیب‌پذیری بین فردی را افزایش دهند. همین ترس از خودافشایی و اعتماد نکردن به متخصصان بهداشت روانی است جستجو و پذیرش حمایت برای قربانیان تروما، بسیار سخت می‌کند. متأسفانه، با وجود پایان جنگ جهانی و تلاش‌های سازمان ملل و کمپین‌های حقوق بشر، دنیای امروز ما، همچنان در چنگال تبعیض، نفرت قومی، بی‌عدالتی، سوءمدیریت و فساد گسترده سیاسی-اقتصادی گرفتار است، مصائبی که با توجه به آنچه گفتیم، نه تنها نسل حاضر، که نسل‌های آینده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. امید است که قربانیان حوادث ناگوار، در کنار دریافت خدمات بهزیستی و معیشتی، آن گونه که باید، تحت حمایت و مراقبت روانی قرار گیرند که تا جای ممکن، جلوی سرایت اندوه و اضطراب به فرزندان آینده گرفته شود.

ضمیمه تاریخی

هولومودور: هولومودور یا قحطی بزرگ اوکراین، یک قحطی در جمهوری شوروی سوسیالیستی اوکراین واقع در کشور اوکراین کنونی بود که در سال‌های ۱۹۳۲ و ۱۹۳۳ به دنبال سیاست‌های دولت اتحاد جماهیر شوروی در دوران ژوزف استالین ایجاد شد و منجر به مرگ حدود ۷ میلیون شهروند اوکراینی گشت.

هولوکاست: هولوکاست، نسل‌کشی یهودیان اروپایی در طول جنگ جهانی دوم بود. بین سال‌های ۱۹۴۱ و ۱۹۴۵.



مردانی که به ارواح بدل شده‌اند

شیرین بهار شامی | دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه تبریز

یک.

تشویش در مردمانم لرزی مداوم اختیار کرده، خسته‌ی راهم و چشمانم دوروزی ست بیخواب، تمایل به تداومم را یدک میکشند. به نرده‌های پله دخیل بسته بودم که پرستار آمد و پله‌ها به سرعت گذر کردند. سر درآبی رنگ نورتیک چشمک میزد. به سرپرستار گفتم تنها به آمدن و رفتن اکتفا نمیکنم، آمده‌ام که ببرم.

دو.

کهنه سربازان بیگانه و لال با ماهیچه‌هایی سفت و ناگسستنی، لرزش‌های بی‌وقفه و وحشت‌های ناگهانی از صدا. مردانی غیرقابل بیان که به مانند پرندگان در قفس به اطراف نگاه می‌کنند، با دستانی آویزان راه می‌روند، کنج اتاق زجه می‌زنند و زیر شوک الکتریکی مچاله و مسکوت می‌مانند. مردانی که افکار خود را، خاکسترا و غبار را میانه کبودی‌های غلیظ همراه اشک‌هایشان می‌بلعند؛ مردانی که به ارواح بدل شده‌اند.

سه.

لختی از جنگ جهانی اول گذشته بود که فروید، چارلز مایرز و شان روفنزی بر روی درمان سربازانی که از ناراحتی روان رنج می‌بردند، نظریه‌های مشابهی ارائه دادند. آنان ابتدا معتقد بودند سربازان دچار shellshock یا به گفته‌ی تشخیص‌های ذکر شده در DSM درگیر اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) هستند که به کمک هیپنوتیزم قابل درمان است. درمان‌ها گاهی موثر بودند، علائم ناپدید می‌شدند یا کاهش می‌افتند و اینجا بود که خرافه‌ی "سربازان برای مبارزه نکردن یا مرخص شدن از جنگ، بیمارنمایی میکنند." گسترش یافت. مردم بی‌آنکه دلایل بیماری را بدانند، سربازان را با اصطلاحی ناعادلانه خطاب می‌کردند: موجی و مجنون.

چهار.

سرهنگ دوم جان راین، مشاور عصبی نیروی اعزامی روان پزشک‌ها گزارش داد ۵۰ تا ۶۰ درصد سربازان shellshock ادعا کرده‌اند دچار حملات ضربه مغزی شده‌اند. مردی اظهار داشت که حافظه‌ی خود را پس از منفجر شدن مین از دست داده است.

پنج.

پزشکانی که حول محور shellshock مینوشتند و به طور فزاینده‌ای تلاش می‌کردند تا تشخیص خود را بر اساس داده‌ها قرار دهند تا حدس و گمان. آنان بر سر اینکه آیا تمایل به عصبی بودن پیش نیاز لازم برای ابتلا به shellshock است یا خیر بحث می‌کردند. یک پزشک آلمانی تا آنجا پیش رفت که نوشت علائم هیستری که در زمان جنگ دیده می‌شود در مقایسه با زمان صلح تفاوتی ندارد.

شش.

در جنگ جهانی دوم اما تروما به شکل وسیع‌تری خود را به سربازان تحمیل کرده بود. روان‌کاوان تحت تعلیم فروید این تنش‌ها را بصورت یادآوری خاطرات کودکی بر اثر خشونت و سختی جنگ تعبیر می‌کردند. آنان نظریه‌ای که بیان می‌کرد تروما زیربنای علائم هیستوریاست را تا حد معقولی کنار گذاشته و اذعان کردند تروما میتواند سناریویی اودیپی باشد. چندین سال بعد از این حادثه، رخداد جنگ ویتنام «UNFINISHED WAR» مردمان را درگیر بزرگترین حادثه تروماتیک کرد که خودکشی همگانی سربازان را به همراه داشت.

هفت.

امروزه استیورامیرز و تیمی از همکارانش نشان داده‌اند که حافظه چقدر انعطاف پذیر است و در صورت تحریک مناطق خاصی از هیپوکامپ با استفاده از تکنیک اپتوژنتیک به راحتی میتوان تغییراتی در نحوه ی یادآوری خاطرات یا خنثی کردن اثرات عاطفی منفی خاطرات تروماتیک را فراهم کرد اما همچنان در پاسخ {آیا تروما میمیرد؟} ناچاریم.

«رحیم، ساکن زنجان»

رحیم اولین جانباز اعصاب و روانی بود که قصد مصاحبه با آن را داشتم اما به محض ورود متوجه مشکل حاد شنوایی در او شدم. حلزون کاشته شده در گوش‌هایش چندان کمکی به شنوایی از دست رفته‌اش نمیکرد و صدای بلند، سردردش را بیدارتر میکرد. به ناچار سوالات را ورق‌نویسی کردم و جواب‌ها را نوشتم.

در کدام منطقه عملیاتی و چه سالی جانباز شدید؟

عملیات کربلای پنج، نوزده دی‌ماه شصت و پنج.

چندبار در جبهه‌ها جانباز شدید؟ خاطره‌ای هم از آن سال به یاد دارید؟

سرش را به بالا و پایین تکان داد و گفت «دوبار؛ یکی عملیات والفجر منطقه پنج عراق بود و بار دوم... بار دوم کربلای پنج منطقه جنوب کشور. نمیدونم؛ شاید در ادامه گفتم.»

عوارض جانبازی چطور برای شما مشخص شد؟

یادم نیست؛ خوابیدم نجمیه و گفتند علاوه بر چشم، گوش، گردن، شکم و پشتم، بیمار اعصاب و روان هم هستم.

چند وقت برای بهبود نواحی جانبازی بستری بودید؟

رحیم مکث کرد و همسرش ادامه داد «۶ بار عمل شده، دوری می‌بریمش بهشتی (بیمارستان اعصاب و روان) و تجویز جدید می‌گیره. نیمه‌شب‌ها که از خواب می‌پره، اونجا بهش شوک می‌زنن. تا الان هم تو بیمارستان‌های پانزده خرداد، رسول اکرم، نجمیه، بهشتی و چندتا کلینیک دیگه خوابیده.»

فهمیده بودم این تیک سر احتمالاً عصبی ارمغان همان سالهاست؛ سوال کردم آیا یادآوری خاطرات جنگ باعث آشفتگی (استرس و اضطراب) شما می‌شود؟

که با قاطعیت پاسخ داد «خیر؛ همیشه با یادآوری آن‌ها خوشحال میشوم.»

میزان جراحات در جبهه و سن اولین جانبازی را به خاطر دارید؟

با وجود تعداد قابل توجهی عمل و ترکش‌های درون بدنم جانباز ۶۰ درصد اعلام شدم. فکر کنم ۲۰ سال نداشتم که اولین ترکش را خوردم.

آیا صحنه‌ی به خصوصی از اولین جانبازی به یاد دارید؟

آرام‌تر گفتم «نه بعد از شوک همه را فراموش کردم.»

«علی عباس، ساکن تبریز»

علی عباس برخلاف تصورم با حوصله از تک‌تک اتفاقات میگفت و حرف از آرزوی دور نوشتن میزد. گویا دوست داشت دردی که چشیده است کلمه به کلمه، هرچند سست و سخت، گفته و نوشته شود.

آقای علی در کدام منطقه جانباز شدید؟

منطقه‌ی عملیاتی بیت المقدس ۱۳۶۱ و منطقه‌ی دارالخوانین. یکی هم عملیات سورکوه بانه که فکر میکنم ۱۳۶۲ بود.

چندبار در جبهه‌ها جانباز «زخمی» شده اید؟

«دوبار مجروح شدم ولی میزان جراحتم خیلی زیاد بود و هنوز هم همون نواحی ترکشی اذیتم میکنه.»

اگر ممکن است یکی از صحنه‌های جانبازی که مدام در

خاطرتان مرور میشود را شرح دهید.

با همان لبخند دلنشین پدران تعریف کرد «اگه بخوام خلاصه بگم از اهواز که بطرف جاده ی آبادان-اهواز میریم، دست چپ رود کارونه و جاده اهواز-خرمشهر با فاصله ۲۵ کیلومتری دست راست. خط پدافند ما اونجا بود. شب ساعت ۸ که دستور حرکت داده شد ما بصورت ستونی رفتیم تا ساعت ۴،۳۰ که به خط دشمن رسیدیم. اونجا بود که عراقیا فهمیدن و درگیری شدیدی اتفاق افتاد. با تموم این اوضاع ما سنگراشون و اول صبح گرفتیم. میخندد، نفسی میگیرد و و ادامه میده عراقیا با لباس خواب اسیر شده بودن. نقطه هدف ما جاده اهواز-خرمشهر بود. ساعت ۲ ظهر با ۶۰ نفر رسیدیم به جاده و دیدیم بغل جاده رودپو کردن. ما تو سنگر آماده آرایش گرفتیم و آن‌ا با عراقیا درگیر شدیم. عراقیا محاصره‌مون کردن و همون ۶۰ نفر با کمکی‌های عراقی جنگیدیم. اونجا چند نفر کنار من شهید شدن. یکی شون تو بغلم جون داد. به ناچار با فاصله عقب‌نشینی کردیم و من وسط خط ایران و عراق از ناحیه‌ی پا، شکم و سر ترکش خوردم. داغ بودم و بعد از ۳۰ متر سینه خیز رفتن، بیهوش شدم.»

عوارض جانبازی از همین واقعه برای شما مشخص شد؟

تقریباً؛ اوایل که فقط از ناحیه‌ی پا و قفسه‌ی سینه ترکش خورده بودم، برای بهبود نواحی تو بیمارستان تبریز و امام خمینی بستری و جراحی شدم اما کمی بعد حمله‌های عصبی‌ام شروع شد و صبح‌ها حین راه رفتن بدون اینکه متوجه باشم، فریاد می‌زدم.

پزشک معالج برای کاهش درد چه مسکن‌هایی به شما تجویز می‌کند؟

علی عباس شروع به گلابه از درد پا و ترکش‌های ساق پا کرد. گفت «اوایل فقط مورفین می‌زدم ولی کم‌کم دیگه اونم افاقه نکرد. هنوز که هنوز وقت پیاده‌روی تو پارک دردشون نمیداره راحت راه برم.» هضم این موضوع چندان راحت نبود؛ علی عباس پا نداشت.

دستان بی‌قرارش را نگاه کردم و پرسیدم یادآوری خاطرات جنگ باعث آشفتگی (اضطراب و استرس) شما میشود؟ از خاطرات آن زمان موردی به یاد دارید؟ «همراه یکی از دوستانم با دو متر فاصله درگیر دشمن بودیم. یک‌دفعه دیدم نارنجک افتاد تو سنگردوستم. داد زدم: (مردانی سنگرت نارنجک افتاد، نارنجک افتاد، نارنجک افتاد...) همزمان با فریادهام، نارنجک منفجر شد و پسر ۱۸ ساله با بدن تکه‌تکه شده مادرش رو صدا زد: «وای مامان، وای مامان، وای مامان». هربار که یادش می‌فتم یا خوابش رو می‌بینم، حالم خراب میشه.»

چه اتفاقاتی برای شما تداعی‌کننده صحنه‌های جنگ است؟

«زمان جنگ ۱۹ ساله بودم و ۴ سال و ۳ ماه درگیر منطقه عملیاتی. هروقت فیلم‌های جنگ یا اونهایی که صحنه‌های خون و خونریزی دارن می‌بینم به یاد بازوی قطع شده‌ی دوستم گریه می‌کنم. بعد از قطع شدن بازو بلند شد و برش داشت. فکر میکرد غنیمت جنگیه و میتونه احیاش کنه.»

حاج علی میزان جراحی در جبهه و سن اولین جانبازی شما به چه زمان بازمی‌گردد؟

«من جانباز ۴۵ درصد بودم ولی با افزایش سن، ۴۵ درصد تبدیل به ۳۰ درصد شد. حتی بخاطر جانباز اعصاب و روان بودنم هم دوبار بررسی شدم تا خدمات استفاده از داروها بهم تعلق بگیره. اولین جانبازی هم به ۱۹ سالگی و ترکش قفسه سینه‌م برمی‌گرده که یادآوری‌ش هم من و ناراحت می‌کنه و هم شمارو.»

جانباز سوم نبود. متعلقات شنیده از او را نوشتم و سعی کردم دلایلی جز درد که او را در پایان دادن مصمم‌تر کرد، بررسی کنم.

«هرمز از زنجان.»

چه سالی این اتفاق افتاد؟

سال ۹۳ بود که سروردوز با تریاک فوت شد.

بخاطر دارید اولین بار کجا و در چه سنی جانباز شدند؟

فکر می‌کنم سال ۶۳ یا ۶۴ تو جزیره‌ی مجنون جانباز شد؛ حوالی ۱۸ سالگی.

عوارض جانبازی چطور برای او مشخص شد؟

«نوجوون بودم که شب ادراری‌اش شروع شد. از خواب می‌پرید و میگفت نتونسته رفیقش و نجات بده. ناراحت بود و حس بی‌عرضگی میکرد. هرچقدر بهش می‌گفتم جنگ تموم شده، تصور میکرد مانع نجات هم رزمش شدیم و زد و خورد پیش می‌اومد.»

با این حال به کلینیک بهشتی مراجعه نکردید؟

با چهره‌ی مچاله شده گفت «چرا؛ مدتی تو بیمارستان امیرالمومنین و اواخر بهشتی تحت نظر بود و بعد از بهبود نسبی به خونه برگشت ولی با بالاتر رفتن سنش حمله‌ها دوباره شروع شد. این بار تب و لرز هم از علائم مکررش بود. هزینه‌های بیمارستان که زیاد شد، تصمیم گرفتم پرستار بگیریم تا تحت نظر اون داروها رومصرف کنه اما این روند هم خیلی دووم‌دار نبود.»

آیا چیزی راجع به صحنه‌هایی که باعث آشفتگی خاطرش میشد، تعریف کرده؟

«بله. میگفت شبی که بعثی‌ها به گردان شون شبیخون زدن، همونجا از وحشت بیهوش میشه و بعد از انتقالش به پشت ماشین، متوجه میشه دوستش تو دخمه شهید شده. اکثر شب‌ها این خاطره اذیتش میکرد و موجب شب ادراری میشد.»

آیا به جز داروهای تجویزی، مخدر خاصی مصرف میکرد؟

«اوایل فقط تریاک بود. کم کم دوز بالای ایمی پرامین هم اضافه شد. می‌وادم زنجان و با چند بسته ایمی برمی‌گشتم. دوران سختی بود، خوشحالم که حالا هم او آرامش دارد و هم ما.»

تروما در دوران کودکی

آذین اسماعیلی • ناهید شریفی • زینب حسینی | دانشجویان کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

قالب شخصیت انسان در دوره کودکی ریخته می‌شود زیرا دوران کودکی یکی از مهم‌ترین مراحل رشد و تکامل انسان است که می‌تواند با آسیب‌پذیری زیادی همراه باشد و در طول تاریخ کودکان به‌عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های جامعه همواره در معرض خطرات بی‌شماری بوده‌اند. ترومای کودکی به انواع مختلفی تقسیم می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: سوءاستفاده (abuse) هیجانی، جنسی و فیزیکی و غفلت (neglect) هیجانی و فیزیکی.

اختلال وسواسی-جبری یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که با تجربه افکار ناخوانده و رفتارهای اجباری تکرارشونده مشخص می‌شود. این اختلال بسیار ناتوان‌کننده است و زندگی شخص را با مشکل مواجه می‌کند.

ترومای دوران کودکی یکی از عواملی است که می‌تواند در ایجاد اختلال وسواسی-جبری مؤثر باشد. ترومای دوران کودکی اصطلاحی عمومی است که برای توصیف تمام اشکال کودک‌آزاری، غفلت، آزار جسمی، آزار جنسی، بی‌توجهی، آزار هیجانی و به‌تازگی خشونت خانگی به کار برده می‌شود. به عقیده سازمان بهداشت جهانی بدرفتاری با کودک یک مشکل جهانی محسوب می‌شود که انواع عواقب ناگوار را در پی دارد. تجارب ناخوشایند در دوران کودکی با بیماری‌های روحی و جسمی متعدد در بزرگسالی، ناهنجاری و سبک زندگی ناسالم مرتبط است. پژوهش‌های بسیاری وجود رابطه بین تجربه ترومای کودکی و ابتلا به اختلال وسواسی-جبری در بزرگسالی را نشان داده‌اند.

اختلال وسواسی-جبری از جمله اختلالاتی است که عوامل مؤثر بر بروز و تداوم آن به خوبی شناخته نشده است. این اختلال با علائمی که به همراه دارد، در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی یا روابط فرد مشکل قابل ملاحظه‌ای ایجاد می‌کند. عوامل مختلفی در بروز این اختلال تأثیر دارد که با شناسایی آن‌ها می‌توان اقدام‌های لازم جهت پیشگیری از آن‌ها را به عمل آورد.

ترومای کودکی و تحریف‌های شناختی جزء آن دسته از عواملی هستند که می‌توانند فرد را در مقابل ابتلا به اختلالات روانی از جمله اختلال وسواسی-جبری آسیب‌پذیر سازند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تجارب تروماتیک، وقایعی نظیر مواجهه با مرگ یا تهدید به مرگ، مواجهه با جراحی جدی یا خشونت جنسی در هر مرحله از زندگی فرد را شامل می‌شود. البته سایر وقایع منفی زندگی مانند تجربیات سوءاستفاده دوران کودکی نیز زیرمجموعه‌ای از تجارب تروماتیک محسوب شده و خود به چهار بعد جسمانی، هیجانی، جنسی و غفلت تقسیم می‌شود.

مطالعات صورت گرفته در این زمینه نشان داده‌اند که تجربیات سوءاستفاده دوران کودکی پیش‌بینی‌کننده قدرتمند پیامدهای وخیم رفتاری و روانی - اجتماعی از جمله اختلال وسواسی-جبری هستند. بدین ترتیب می‌توان گفت که مواجهه با ترومای کودکی می‌تواند ابتلا به اختلال وسواسی-جبری در بزرگسالی را پیش‌بینی کند. به‌طورکلی نتایج پژوهش‌ها نشان داد بین ترومای کودکی و تحریف‌های شناختی با علایم بالینی اختلال وسواسی-جبری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین ترومای کودکی و تحریف‌های شناختی به‌طور مثبت معناداری توانایی پیش‌بینی بروز علایم بالینی اختلال وسواسی-جبری را دارند.

همچنین خودشیفتگی به‌عنوان یک ویژگی تاریک شخصیت با احساس اغراق‌آمیز خود برتری، اقتدار طلبی و الگوهای تفکر بزرگ‌منشی مشخص می‌شود. خودشیفتگی آسیب‌شناختی با دو بعد بزرگ‌منشی و آسیب‌پذیری به رسمیت شناخته می‌شود. هر دو بعد خودشیفتگی در برخی از ویژگی‌ها مانند خودمحوری و احساس استحقاق به هم شبیه‌اند؛ اما از جهات دیگر با یکدیگر تفاوت دارند. خودشیفتگی آسیب‌پذیر با خلق منفی بالا، عزت‌نفس پایین، حساسیت به انتقاد و دفاع از خود همراه است. درحالی‌که خودشیفتگی

بزرگ‌منشی با خود ارزشمندی اغراق‌آمیز، جسارت اجتماعی و خودبینی شدید و تمایل به تحسین توصیف می‌شود. از سوی دیگر، کاهش همدلی در قلب مشکلات بین فردی مرتبط با خودشیفتگی مطرح شده است.

نتایج مطالعه سار و تورکورتکا (۲۰۲۱) نشان داد که سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی و نیز غفلت فیزیکی در دوران کودکی خودشیفتگی بزرگ‌منشی را پیش‌بینی می‌کند.

همچنین یافته‌های برتل، تالمن و گراس (۲۰۲۰) مبین این مطلب است که بدرفتاری دوران کودکی در علت‌شناسی خودشیفتگی آسیب‌پذیر و خودشیفتگی بزرگ‌منشی نقش دارد. نتایج یافته‌های پژوهش بیانگر پیش‌بینی خودشیفتگی بر مبنای ترومای کودکی بود. این یافته در توافق با پژوهش برتل و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که ترومای کودکی عامل خطری برای خودشیفتگی است. همچنین از بین مؤلفه‌های ترومای کودکی فقط مؤلفه‌های غفلت و کودک‌آزاری جسمی ارتباط مثبت و معنادار با خودشیفتگی داشتند. اگرچه بر اساس مطالعه سار و تورکورتکا (۲۰۲۱) مؤلفه کودک‌آزاری جنسی نیز با نشانگان خودشیفتگی مرتبط است؛ اما نقش آسیب‌زای آن در مطالعه حاضر مشاهده نشد.

این یافته را می‌توان بر اساس نظریه روابط شیء کرنبرگ (۱۹۸۴) این‌گونه تبیین کرد که تجارب نامطلوب کودکی منجر به نوعی نقص عملکردی در روابط بین فردی و آسیب‌شناسی شخصیت می‌شود؛ به طوری که احساس حقارت و عزت‌نفس پایین را در فرد نهادینه می‌سازد و شخص در معرض مشکلاتی در زمینه اعتماد، عزت‌نفس و سازگاری با موقعیت‌های اجتماعی قرار می‌گیرد (تانیس، ۲۰۱۸).

به عبارت دیگر، کودکان مورد غفلت واقع شده درک نشده‌اند، ظاهراً در گذشته همدلی و محبت را تجربه نکرده‌اند و مراقبین آنها نیازهایشان را نادیده گرفته‌اند؛ بنابراین، احساس می‌کنند که هیچ‌کس آنها را دوست ندارد. در آینده ممکن است این افراد به دلیل بی‌توجهی، ویژگی‌های خودشیفتگی از قبیل انزوا و فقدان همدلی را در خود پرورش دهند تا در صد جبران گذشته‌ای که مورد غفلت واقع شده‌اند بآیند.

چنین افرادی احتمالاً در پی این شرایط می‌خواهند موقعیت ازدست‌رفته را بازیابند و در مدار توجه قرار گیرند. علاوه بر این افرادی که به احتمال قوی در

دوران کودکی برخلاف معیارهای مراقبین خود رفتار کرده‌اند و مورد سوءاستفاده جسمی قرار گرفته‌اند. شاید این امر در آینده منجر به شکل‌گیری صفاتی همچون بی‌اعتمادی، نیاز به تسلط و استثمارگری در شخصیتشان شود. بدین ترتیب تجربه ترومای کودکی با تأثیر منفی خود به مثابه یک عامل محیطی محوری، زمینه بروز خودشیفتگی را فراهم می‌سازد.

به عنوان یکی از تروماهای دوران کودکی می‌توان به سوءاستفاده جنسی اشاره کرد؛ سوءاستفاده جنسی از کودکان با بسیاری از نتایج زیان‌آور آن از جمله عزت‌نفس پایین و خودکارآمدی، رفتارهای جنسی پرخطر، مقابله ناسازگار، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلالات مصرف مواد، اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، خودکشی و اقدام به خودکشی، افسردگی، گسستگی و تجزیه، بی‌خانمانی، پریشانی مالی، بیکاری، اختلال در عملکرد اجتماعی و مشکلات سلامت جسمی همراه است.

افزایش میزان تنیدگی در دوران کودکی می‌تواند سبب تسریع به وجود آمدن بسیاری از بیماری‌های روانی و جسمی در فرد شود؛ مطالعات زیادی به نقش ترومای دوران کودکی در مبتلا شدن به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در بزرگسالی پرداخته‌اند که نتایج آنها حاکی از قدرت پیش‌بینی کنندگی ترومای کودکی در افزایش احتمال تجربه نشانه‌های PTSD در سال‌های بعدی بوده است. اختلال استرس پس از حادثه یک اختلال روان‌شناختی است که ممکن است پس از مواجهه با حوادث بسیار تهدید کننده مانند تصادف، بلایای طبیعی، بیماری همه گیر، مواجهه با مرگ اطرافیان، تجاوز جنسی و سایر رویدادهای تنش‌زا ایجاد شود. ویژگی‌های اصلی این اختلال شامل افکار یا خاطرات مزاحم در مورد موقعیت‌های آسیب‌زننده، بی‌قراری، اضطراب، ترس و افزایش واکنش‌های جنگ و گریز است.

طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵)، اختلال استرس پس از سانحه، از زیرمجموعه اختلالات اضطرابی خارج شده و در زیرمجموعه طبقه تشخیصی جدیدی با عنوان اختلالات مرتبط با ضربه و عوامل تنش‌زا قرار گرفته است و در آن، شاخه مستقلی برای تشخیص و ارزیابی این اختلال در کودکان ۶ سال و کمتر به وجود آمده است. مواجهه با سوانح آسیب‌زا مانند تصادف، زلزله، بیماری‌هایی که خطر مرگ و در کل رویدادهای آسیب‌زایی که کودک

نشانه‌های PTSD را پیش‌بینی می‌کنند؛ مشکلات روان‌شناختی توأم با اختلال استرس پس از سانحه، سبب به‌وجودآمدن رشد نابهنجار روانی کودک می‌گردد و کودک را از نظر روانی در بن بست عاطفی و هیجانی قرار می‌دهد. چنین کودکانی نه‌تنها در رشد روانی، جسمانی، اجتماعی و تحصیلی با مشکلات فراوانی مواجه هستند، بلکه خانواده و جامعه نیز از داشتن فردی مولد و مؤثر محروم خواهند ماند.

طبق نظریه دلبستگی بالبی، شکل‌گیری يك دلبستگی ایمن به مثال يك لنگرگاه امن در مقابل آسیب‌شناسی روانی عمل کرده، موجبات رشد هیجانی موفقیت‌آمیز را فراهم می‌کند. به همین دلیل است که تجربه رویدادهای سخت و آسیب‌زا، به‌ویژه تجاربی که توسط مراقب شکل داده شده‌اند، اثر تعیین‌کننده‌ای بر سیستم فکری، هیجانی و رفتاری فرد نسبت به خود و دیگران دارد و بدین ترتیب می‌توان گفت منجر به شکل‌گیری عقاید فراشناختی مثبت و منفی می‌شود. کودکی که مورد سوءاستفاده یا بدرفتاری قرار گرفته است، برای جلوگیری از سوءاستفاده و بدرفتاری‌های احتمالی بعدی، باورهای مثبتی در مورد نگرانی و

را در معرض آسیب جدی و یا خشونت جنسی قرار می‌دهند، خطر ایجاد اختلال استرس پس از سانحه را در کودکان افزایش می‌دهد.

با توجه به اینکه ایران از نظر شرایط جغرافیایی و اقلیمی دچار مشکلات طبیعی مانند زلزله و سیل است (برای مثال زلزله بم و رودبار و سیل مازندران) و همچنین به دلیل بالا بودن میزان تصادفات رانندگی در ایران، به نظر می‌رسد که شرایط لازم برای ایجاد اختلال استرس پس از سانحه در کودکان فراهم است. متأسفانه آمار دقیقی درمورد میزان تصادفات کودکان، کودک‌آزاری و وجود اختلال استرس پس از سانحه در کودکان ایرانی در دسترس نیست.

تجربه رویدادهای تروماتیک آسیب‌زا در اوایل کودکی منجر به شکل‌گیری عقاید فراشناختی مثبت و منفی و فعال‌سازی سندرم شناختی - توجهی می‌شود. بدین ترتیب با توجه به مطالب بالا می‌توان گفت که با تجربه ترومای کودکی و به‌تبع آن شکل‌گیری عقاید فراشناختی ناکارآمد، فرد به دنبال راهبردهایی برای تنظیم هیجان خود است که این راهبردها يك چرخه معیوب را شکل می‌دهد و به‌جای کاهش نشانه‌ها، به احتمال قوی‌تری



بازبینی مجدد موارد تهدیدزا را پرورش می‌دهد. تجارب مکرر نگرانی و پیامدهای آن منجر به شکل‌گیری فرانگرانی یا باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی مانند غیرقابل کنترل بودن افکار و خطر می‌شود. طبق دیدگاه فراشناخت، فرد برای مقابله با فرانگرانی به راهبردهای منفی تنظیم هیجان (مانند نشخوار فکری، پایش تهدید، کنترل افکار، سرکوب افکار و اجتناب) متوسل می‌شود که این راهبردها منجر به پردازش شخصی متمرکز بر تهدید شده، به گونه‌ای که اضطراب و احساس خطر تداوم یافته، به شناخت اجازه بازگشت به محیط عادی و عاری از تهدید را نمی‌دهد.

بنابراین رابطه ترومای کودکی (سوءاستفاده هیجانی، جنسی و فیزیکی؛ غفلت هیجانی و فیزیکی) با نشانه‌های PTSD معنادار است و متغیر آسیب‌های کودکی توانایی پیش‌بینی نشانه‌های PTSD را به صورت مستقیم دارد.

از سوی دیگر، یکی دیگر از مفاهیم قابل ذکر خودکشی و رابطه آن با ترومای کودکی است؛ افکار خودکشی به باورها و افکاری گفته می‌شود که فرد در مورد کشتن خودش دارد، که از برنامه‌ریزی دقیق برای خودکشی تا يك احساس قابل ملاحظه را در بر می‌گیرد اما شامل اقدام نهایی برای خودکشی نمی‌شود. آمار خودکشی معمولاً با سایر جرایم و آسیب‌ها ارتباط پیدا می‌کند، به طوری که در میان گروه‌های مبتلا به اعتیاد خودکشی بیشتر دیده می‌شود. همچنین در آسیب‌های مربوط به انحرافات جسمانی به ویژه در میان قربانیان این انحراف، خودکشی پدیده شایعی است. در میان بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی‌های شدید نیز اغلب خودکشی مسئله قابل توجهی است.

یکی از عوامل خطر ساز اقدام به خودکشی درد ذهنی، روان‌شناختی، پوچی، آشفتگی و اختلال درونی است. مطالعات اخیر حاکی از آن است که نرخ افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بین افراد مبتلا به درد ذهنی در مقایسه با جمعیت عمومی دوالی سه برابر است.

بیشترین کمک در روشن‌سازی مفهوم درد ذهنی توسط اشنایدمن (۱۹۹۹) در درون بافت نظریه خودکشی صورت گرفته است. او که اولین بار اصطلاح درد ذهنی یا روان‌شناختی را برای توصیف درد ذهنی غیرقابل تحمل به کار برد، اعتقاد داشت که درد ذهنی توسط ناکامی یا بی‌نتیجه ماندن نیازهای اساسی فرد (برای مثال، مورد عشق واقع شدن، کنترل داشتن، حمایت از خودانگاره خویش، اجتناب از شرم و خجالت، احساس

امنیت داشتن یا درک شدن) ایجاد می‌شود که در آن شخص بدون رضایت بوده و صرفاً نمی‌تواند دیگرزنده بماند. ناکامی در ارضای این نیازها منجر به ترکیبی از احساسات منفی مانند احساس گناه، شرم و خجالت، شکست، تحقیر، بی‌حرمتی، غم و غصه، ناامیدی و خشم می‌شود که در خود اتفاق افتاده است.

سابقه بد رفتاری دوران کودکی که پیامدهای منفی و فراوانی دارد، ممکن است منجر به اختلالات و آسیب‌های روانی شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند سوءاستفاده‌های هیجانی، جسمی و جنسی طولانی مدت دوران کودکی به موارد مانند اختلال‌های شخصیت، اختلال استرس پس از سانحه افسردگی اساسی، آلکسی تایمیا، اختلالات روان‌پریشی، رفتارهای ضد اجتماعی و اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد، ضعف در سلامت جسمی و مشکلات بین فردی می‌شود.

همان‌طور که مشاهده کردیم انواع تروما که در دوران کودکی رخ می‌دهند تأثیرات جبران ناپذیری بر کودک و آینده او می‌گذارند و باعث ایجاد آسیب‌هایی همچون انواع اختلالات روانی، خودکشی و... می‌شوند؛ بنابراین شناخت علل و پیامدهای این تروما به کاهش حداقلی آسیب‌های احتمالی، کمک قابل توجهی می‌کند.

غلبه بر تروما

مینا جهاندار | دانشجوی روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

انسان‌ها در طول زندگی گاهی با استرس‌های خارج از تحملی مواجه می‌شوند که به آن ضربه روانی، روان‌زخم یا تروما گفته می‌شود. ترومای روانی و احساسی (Emotional and psychological trauma) نتیجه‌ی وقایع فوق‌استرس‌زا در زندگی است که باعث می‌شود فرد احساس عدم امنیت کرده و احساس کند که در جهان خطرناک پیرامونی بی‌دفاع است.

شواهدی وجود دارد که افراد دارای تجارب ترومای رشدی، ممکن است در بزرگسالی به آسیب‌هایی از جمله افسردگی، اضطراب، مشکلات جسمی، بیماری‌های قلبی - عروقی، اختلالات جنسی، مشکلات در ایمنی، سلامت، چاقی و دیابت دچار شوند. تروما یک رویداد نادر نیست و در عمل، همه‌ی مردم در زندگی خود حداقل یک ترومای بزرگ را تجربه کردند. در واقع تروما واکنش بدن و مغز به یک موقعیت یا اتفاق استرس‌زا است. آن چیزی که بدن و مغز استرس‌زا تلقی می‌کنند ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد.

برای مثال زنده ماندن از زلزله می‌تواند در یک نفر تاثیر به شدت منفی بگذارد و برایش تروماتیک باشد، اما در یک فرد دیگر تاثیر ملایم‌تری بگذارد و فرد زودتر از پیامدهای عاطفی و هیجانی ناشی از آن آزاد شود.

تروما به حوادثی اطلاق می‌شود که بر اثر تجربه آن‌ها، فرد دچار ضربه‌های روحی شدیدی شده باشد. حوادثی که از چارچوب سلامتی روان ما خارج است. حوادثی چون تجربه جنگ، دعوای منجر به جرح یا تجاوز، PTSD زمانی اتفاق می‌افتد که کسی آسیب جدی تروما را دیده یا شاهد آن باشد. یکی از بغرنج‌ترین تصورات غلط در مورد تروما این است که افراد جامعه فکر می‌کنند افرادی که PTSD را تجربه می‌کنند از نظر روانی ترسو و ضعیف هستند.

غیرمعمول نیست دوستان و خانواده افرادی که PTSD را تجربه می‌کنند زمانی که با این افراد روبرو می‌شوند بپرسند: «هنوز از اتفاقی که افتاده می‌ترسی؟ آنچه اتفاق افتاده دیگر تمام شده، به زندگی خودت ادامه بده!». ادامه بده!

متأسفانه افرادی که از این موضوع رنج می‌برند، گاه مسیر دشوارتری را باید طی کنند. از یک سو غلبه بر مشکلات غلبه بر تروما و از سوی دیگر ننگی که جامعه و اطرافیان روی این افراد می‌زنند، سلامت روان‌شان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. نتیجه یک تجربه آسیب‌زننده و تروماتیک در انسان‌ها متفاوت است و هر کسی بیمار نمی‌شود. این که آیا یک نفر در تجربه‌ای آسیب‌زا بهبود پیدا می‌کند، به محیط اجتماعی، دوستان، اقوام و شرایط زندگی او بستگی دارد.

تنها با گذر زمان طولانی، شانس و تجزیه و تحلیل‌های دقیق، افراد دچار تروما به وضعیتی می‌رسند که درک کنند، نگاه‌شان به دنیا ضرورتاً درست نیست. این قدمی بزرگ به سمت سلامت روانی است.

درمان تروما زمانی بهترین نتیجه را می‌دهد که بتوانیم کارکرد غلط و تحریف‌گر مغزمان را تشخیص دهیم و به دیدگاهی روشن‌تر برسیم و بتوانیم برداشت‌مان از واقعیت، از طریق یک دوست آگاه یا درمانگر اصلاح کنیم. +در کمال تعجب در خواهیم یافت که آدم وحشتناکی نیستیم، همه از ما بدشان نمی‌آید، قرار نیست که بدبختی به سرمان بیاید، قرار نیست به طرز وحشتناکی تنبیه شویم و از همه مهم‌تر اینکه اگر به طور معکوس به جای اینکه خود را رنج‌دهیم برای غلبه بر آن تلاش کنیم شاید بتوانیم راه خودمان را پیدا کنیم چون اکنون فرد بالغی هستیم؛ نه یک نوزاد نه ماهه که تروماهای او ذهن ما را تغییر داده است.

غلبه بر تروما سال‌ها طول می‌کشد، اما شروع این روند با قدم‌های کوچکی آغاز می‌شود. در طول یک عمر

بسیار عادی است که در معرض یک واقعه آسیب‌زا قرار بگیرید، خواه این یک عمل خشونت‌آمیز باشد، یک آسیب جدی، یک تخلف جنسی یا سایر اتفاقات تکان‌دهنده.

بسیاری از افراد استرس آسیب‌زا را تجربه می‌کنند. افراد حتی ممکن است با دیدن یک رویداد بسیار ناگوار یا از دست دادن یک عضو نزدیک خانواده یا دوست چنین استرس آسیب‌زایی را تجربه کنند. در روزها و هفته‌های پس از چنین ترومایی، برای این افراد معمول است که از احساسات و علائم جسمی غیرقابل پیش‌بینی برخوردار باشند. این موارد عبارتند از: غم و اندوه عصبی، هشدارپذیری زیاد و عصبانیت در مورد مشکلات خواب، افکار، فلاش‌بک‌ها، مکان‌ها، خاطرات یا افکار مرتبط با این واقعه آسیب‌زا.

معمولاً این علائم با گذشت زمان بهتر می‌شوند اما برای برخی از افراد، این علائم به شدت در زندگی روزمره آن‌ها اختلال ایجاد می‌کند و به تنهایی از بین نمی‌رود. برخی از افراد ممکن است دچار اختلال استرس حاد شوند که در آن علائم شدید استرس دارند که به طور قابل توجهی در زندگی روزمره، مدرسه، کار یا عملکرد اجتماعی در ماه پس از یک واقعه آسیب‌زا اختلال ایجاد می‌کند. برخی دیگر می‌توانند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) ایجاد کنند، با علائمی که در زندگی روزمره تداخل دارند و بیش از یک ماه پس از تروما ماندگار هستند. در مقابله با استرس آسیب‌زا خبر خوب این است که روش‌های بسیار مؤثری برای مقابله و درمان اثرات استرس‌زا تروما وجود دارد. **روانشناسان و سایر محققان دریافته‌اند که این اقدامات می‌تواند کمک کند:**

تمام تلاش خود را برای خوردن وعده‌های غذایی مغذی، فعالیت بدنی منظم و خواب خوب شبانه انجام دهید.

دوستان یا اعضای خانواده را برای پشتیبانی شناسایی کنید.

اگر آمادگی بحث در مورد رویداد آسیب‌زا را دارید، در مورد تجربه و احساسات خود با دیگران صحبت کنید.

به عزیزان خود تکیه کنید.

از عزیزانتان بخواهید که در انجام کارهای خانگی یا سایر تعهدات، برای تسکین برخی از استرس‌های روزانه، به شما کمک کنند.

احساسات خود را بیان کنید.

درخواست کمک از عزیزان یا یک متخصص بهداشت روان می‌تواند به هنگام بازگشت به شما کمک زیادی کند.

به یاد داشته باشید که یک واکنش شدید به یک رویداد آسیب‌زا طبیعی است. همچنین این طبیعی است که بخواهیم از فکر کردن در مورد یک واقعه آسیب‌زا خودداری کنیم. اما نه ترک خانه، خوابیدن تمام وقت، دور کردن خود از عزیزان و استفاده از مواد برای فرار از یادآوری، روش‌های سالمی برای مقابله با زمان نیست. اجتناب بیش از حد می‌تواند استرس شما را طولانی‌تر کند و شما را از بهبودی باز دارد. به تدریج، سعی کنید دوباره به یک روال عادی برسید. بیشتر افراد با گذشت زمان به تنهایی بهبود می‌یابند. با این حال، متخصصان بهداشت روان مانند روانشناسان می‌توانند به شما در یافتن راه‌های سالم برای مقابله با یک واقعه آسیب‌زا کمک کنند. اگر پریشانی شما در روابط، کاریا عملکرد روزانه شما تداخل ایجاد کرده است، ممکن است اختلال استرس حاد یا PTSD داشته باشید.

یکی از کمک‌های اولیه روانشناختی (PFA) است که در ابتدا برای کمک به کودکان، نوجوانان، بزرگسالان و خانواده‌ها در پی یک فاجعه یا تروریسم طراحی شده است. اکنون برای کمک به افرادی که هر نوع تروما را تجربه کرده‌اند، استفاده می‌شود. PFA براساس این ایده است که پریشانی پس از یک واقعه آسیب‌زا طبیعی است. به جای درمان این استرس مانند یک اختلال، تمرکز این رویکرد، ارائه پشتیبانی و کمک و به اشتراک گذاری اطلاعات در مورد واکنش استرس‌زا و استراتژی‌های مقابله با آن است. هدف PFA کاهش پریشانی و بهبود مقابله است. یکی دیگر از روش‌های درمان مبتنی بر شواهد، درمان رفتاری شناختی یا CBT است که با موفقیت برای درمان بسیاری از اختلالات روانی از جمله استرس آسیب‌زا استفاده می‌شود. CBT یک درمان روانشناختی است که به افراد کمک می‌کند تا یاد بگیرند که تفکر بی‌فایده و الگوهای رفتاری را تغییر دهند. سازمان بهداشت جهانی، CBT را با محوریت تروما برای درمان علائم استرس حاد آسیب‌زا در بزرگسالان توصیه می‌کند. برخی از تحقیقات حاکی از آن است که افرادی که CBT با محوریت تروما دریافت می‌کنند، ممکن است کمتر به PTSD مزمن مبتلا شوند. علاوه بر این، انواع روش‌های درمانی برای کمک به کودکان و نوجوانانی که در معرض تروما یا وقایع نامطلوب کودکی مانند غفلت یا سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، ایجاد شده است. بسیاری از این روش‌های درمانی مبتنی بر خانواده هستند و والدین یا مراقبان کودک را در روند درمان شامل می‌شوند. اگر شما یا یک عزیز در تلاش باشید تا از یک واقعه آسیب‌زا بهبود یابید، یک روانشناس می‌تواند کمک کند.

تروما در کودکان

درسا تجلی | دانشجوی روانشناسی دانشگاه اصفهان

در طول سال های زندگی، رویداد های مختلفی رخ می دهد که می تواند منجر به آسیب های روحی-روانی و جسمی گردد. تاثیر این آسیب ها که تروما نامیده می شود می تواند در کودکان شدید تر باشد؛ چرا که در سال های اولیه زندگی تجربه کودکان برای کنار آمدن با مشکلات از هر جهت کمتر است. یکی از بزرگترین وقایعی که می تواند باعث به وجود آمدن تروما در کودکان گردد، مرگ یکی از والدین است. در ادامه بیشتر به این موضوع و آسیب های ناشی از سوگ و فقدان والدین، می پردازیم.

چگونه مرگ والدین بر آینده کودکان تاثیر می گذارد؟

مرگ والدین در دوران کودکی یک تجربه آسیب زا است. تخمین زده می شود که ۳.۵ درصد از کودکان زیر ۱۸ سال (یعنی حدود ۲.۵ میلیون نفر در ایالت متحده آمریکا) مرگ والدین خود را تجربه کرده اند. اما مرگ والدین چه تأثیراتی بر فرزندان دارد؟

بدترین سن برای از دست دادن والدین چه زمانیست؟

اکثر مردم تصور می کنند که از دست دادن والدین در کودکی و سنین پایین، سخت ترین حالت ممکن است چرا که خبر از فقدان یکی از مهم ترین شکل های دلبستگی را می دهد. با این حال، اگر کودک یک سیستم حمایتی قوی برای کمک به پردازش غم و اندوه داشته باشد، هنوز هم می تواند یک دلبستگی ایمن ایجاد کرده و رشد کند.

از سوی دیگر، کودکان بزرگتر یا حتی بزرگسالان ممکن است رنج زیادی را متحمل شوند زیرا این یک ضرر و فقدان قابل توجه در زندگی شخصی آن هاست و یا از طرفی دوستان نزدیک و حامیانی ندارند که آنها را از این دوره عبور دهد. پس واقعا نیازی به مقایسه نیست. غم، سوگواری و درد نوعی رقابت نیست که بتوان برای آن بهترین و بدترین حالت را مشخص کرد. تأثیرات مادام العمر از دست دادن والدین در دوران کودکی، به رابطه والد-فرزند قبل از مرگ والد و همچنین حمایتی که کودک پس از مرگ والد از اطرافیان دریافت می کند بستگی دارد. در نتیجه چیزی به نام "بدترین سن برای از دست دادن والدین" وجود ندارد.

چگونه مرگ والدین بر کودک تأثیر می گذارد؟

از دست دادن زودهنگام والدین معمولاً احتمال مراقبت ناکافی از کودک را افزایش می دهد و از طرف دیگر احتمال سخت تر شدن وضعیت اقتصادی را بیشتر می کند؛ چرا که با از بین رفتن یکی از والدین احتمال اینکه بخشی از درآمد خانواده هم از بین برود بیشتر خواهد بود. در برخی خانواده ها، این به معنای افزایش فشار برای کودک سوگوار برای به عهده گرفتن مسئولیت های پدر یا مادر از دست رفته و گوشه گیری از دوستان است. در برخی دیگر، مرگ والدین منجر به رفاه روانی-اجتماعی ضعیف کودک، تغییر در رفتار، افزایش استرس و اختلالات خواب می شود. اثرات روانی از دست دادن مادر یا پدر در طول سالهای شکل گیری کودک قابل توجه است.

کودکانی که از دست دادن والدین را تجربه می کنند در معرض خطر بیشتری برای بسیاری از پیامدهای منفی از جمله مسائل روانی (مانند افسردگی، اضطراب، شکایات جسمی، علائم استرس پس از سانحه) هستند.

با توجه به اثرات منفی درازمدت مرتبط با مرگ والدین، ضروری است که جامعه به کودکان کمک کند تا به روشی سالم، سوگواری کنند و به درستی با غم و اندوه فقدان کنار بیایند. با این حال، باورهای فرهنگی و سوء تفاهم های مداوم اغلب مانع حمایت مناسب از کودکان می شود و به آنها آسیب می رساند.

اما واکنش والدین بازمانده چگونه بر کودک تأثیر می گذارد؟

کودکان به والدین خود نگاه می کنند تا بدون قید و شرط آنها را دوست داشته باشند و در عین حال از آنها در برابر واقعیت های ناراحت کننده زندگی محافظت کنند. وقتی پدر یا مادری می میرد، زندگی برای کودک اغلب بینهایت ترسناک و نامطمئن تر میشود و کودک را به این فکر می اندازد که آینده چیست. این موضوع بار بزرگی است بردوش والد باقیمانده و سایر اعضای خانواده که می خواهند به کودک کمک کنند تا سوگواری کند. این در حالی است که آنها نیز درد خود را پس از مرگ یکی از عزیزان مدیریت می کنند.

در حالی که برخی از فرهنگ ها به شیوه ای مثبت به سوگ و سوگواری نگاه می کنند؛ برخی دیگر، بزرگسالان اطراف کودک سوگواری را تشویق می کنند تا احساسات خود را متوقف کنند! این فرهنگ ها اغلب با استناد به این که کودکان در شرایط حساس عاطفی و مواقع دشوار زندگی به بزرگسالان خود نگاه می کنند و از آن ها الگو می گیرند، پنهان کردن احساس والد را منطقی جلوه می دهند؛ اما این حالت موجب سرکوب شدن احساسات بزرگسالان می شود.

سرکوب احساسات، تلاشی آگاهانه و عمدی برای پنهان کردن احساسات از دیگران است. والدین یا قیم ممکن است احساس غم و اندوه کنند اما به جای ابراز آن، تصمیم می گیرند آن را در حضور فرزند خود پنهان کنند. احساسات سرکوب شده اصولاً در ناخودآگاه قرار میگیرند. به عبارتی تلاش بدن برای از بین بردن افکار بد و منفی موجب به وجود آمدن احساساتی سرکوب شده می گردد. افراد با این شرایط ممکن است از احساسات سرکوب شده خود آگاه نباشند. در نهایت این احساسات فروخورده ممکن است در طول زمان بیرون

بریزند و موجب مشکلات جسمی گردند. از یک طرف، تحقیقات نشان داده است که این روش روند بهبودی والدین و کودک را مختل می کند. اما از سوی دیگر، یک مطالعه نشان میدهد که احساسات سرکوب شده نقش انطباقی در فرآیند سوگواری دارند. اینکه سرکوب یا سرکوب عواطف والدین مکانیسم مناسبی برای مقابله است یا نه هنوز مورد بحث است.

سرکوب احساسات والدین ممکن است برای سلامت روانی آنها مفید باشد یا نباشد. اما آنچه مهمتر است این است که چگونه باورهای آنها به نفی عواطف، بر نحوه کمک به فرزندشان برای مقابله با فقدان تأثیر میگذارد. گاهی اوقات والدین بازمانده معتقدند که کودکان قادر به درک مرگ یا برخورد موفقیت آمیز با احساسات و ترس های ناشی از آن نیستند. در این شرایط والدین بازمانده تمایل دارند از این موضوع در خانه اجتناب کنند و در اطراف کودک عادی رفتار کنند. اما حقیقت این است که توانایی کودکان برای رویارویی مثبت با مرگ را می توان با اقدامات تاثیرگذار بزرگسالان در روزها، هفته ها و ماه های پس از مرگ افزایش داد.

مراقبان کودکان سوگوار به جای اینکه مشکل را زیر فرش جارو کنند و وانمود کنند که همه چیز خوب است، می توانند از راهکارهای زیر برای کمک کردن به آن ها برای روبه روشن شدن با درد و پذیرش آن، استفاده کنند.

چگونه به یک کودک عزادار کمک کنیم؟

برنامه سوگ خانواده (FBP) که توسط دانشگاه ایالتی آریزونا (ASU) توسعه یافته است، یک مداخله مبتنی بر شواهد است که برای خانواده های سوگوار والدین انجام می شود. هدف آن ارتقای تاب آوری کودکان خردسال و والدین بازمانده است.

در ادامه به راهکارهای پیشنهاد شده می پردازیم.

۱. سوگواری روندی عادی و طبیعی است!

چگونگی تأثیر مرگ والدین در دوران کودکی، بستگی به واکنش بزرگسالان تأثیرگذار اطراف کودکان به غم و اندوه آنها دارد. کودکی که یکی از والدین خود را از دست داده است باید بداند که نشان دادن احساسات و صحبت در مورد فردی که مرده قابل قبول است. عادی سازی روند سوگواری مهم است. این به کودکان اجازه می دهد تا نگرانی های خود را در مورد آینده کاهش دهند.

کودکان پس از مرگ والدین می توانند احساسات مختلفی از جمله عصبانیت و گناه را احساس کنند. آنها باید بدانند که مرگ هرگز تقصیر کودک نیست. همچنین طبیعی است که کودک فکر کند پدر و مادر متوفی خود را می بیند یا اینکه خواب آن ها را می بیند. آنها نباید والدینی را که فوت شده اند فراموش کنند و این واکنش ها امری طبیعی است.

۲. والدین آگاه، فرزندپروری مثبت!

اغلب، کودکان ممکن است مشکل خود را در سازگاری با تغییرات پس از مرگ با بدرفتاری بیان کنند. با استفاده از فرزندپروری مثبت، والدین یک رابطه مثبت والد-فرزند ایجاد کرده و محیطی را فراهم می کنند که امکان برقراری ارتباط آزاد را به وجود می آورد.

والدینی که فرزندپروری مثبت را تمرین می کنند، صمیمی و حامی هستند. آنها از نظم و انضباط مؤثر استفاده می کنند یعنی حالتی که در آن والدین همزمان مهربان و محکم هستند.

فرزندپروری مثبت مؤثر می تواند به سازگاری کودکان، پس از مرگ والدین کمک کند. احتمال ابتلا به بیماری روانی کودک مانند اختلال افسردگی اساسی را کاهش می دهد و باعث سازگاری بهتر در کودکان داغیده می شود.

۳. کودک را آگاهانه و به درستی در معرض رویداد های منفی زندگی قرار دهید.

پس از از دست دادن والدین، رویدادهای منفی و یا حتی مثبت زندگی با افزایش مشکلات سلامت روان کودک مرتبط است. به عنوان مثال، تعطیلات می تواند برای خانواده های داغدار در دو سال اول، به ویژه کودکان، سخت باشد. والدین می توانند با استفاده از مهارت های خوب گوش دادن، محیط امنی را برای کودکان فراهم کنند تا آن ها بتوانند راجع به احساسات خود در تعطیلات صحبت کنند. تعطیلاتی که با فقدان یکی از عضوهای اصلی خانواده آن ها در ارتباط است. یکی از زمینه هایی که اغلب برای فرزندان سوگوار مورد توجه قرار میگیرد، شروع قرارهای عاطفی والد بازمانده و ایجاد روابط بلندمدت جدید با افراد است. والدین باید شریک یا عضو جدید را به آرامی به خانواده معرفی کنند و با فرزندانشان آشکارا و به شیوه ای مناسب سن شان در مورد روابط خود صحبت کنند.



۴. مهارت های سازگارانۀ کودک را بهبود ببخشید.

شناخت راهبردهای سازگارانۀ فعال موجب سازگاری مثبت بیشتر کودکان پس از مرگ یک یا هر دو والدین می شود. این راهبردها عبارتند از:

- **اظهارات منفی نسبت به خودتان را کمی دوستانه تر کنید. آیا با دیگران هم با همین لحن و گفتار صحبت خواهید کرد؟**
- **این باور را که رویدادهای غیرقابل کنترل را می توان کنترل کرد کنار گذاشته و رویدادهایی را که می توان کنترل کرد شناسایی کنید.**
- **بر روی حل مشکل خود تمرکز کنید. آن را نادیده نگیرید و احساسات خود را سرکوب نکنید. پاک کردن صورت مسئله دردی را دوا نمی کند.**
- **جستجوی حمایت عاطفی برای کمک به مدیریت موقعیت های استرس زا می تواند مفید باشد.**

برای کمک به کودکان سوگوار در به دست آوردن حس کارآمدی، والدین می توانند از فرزندان خود بخواهند که اهدافی را برای تمرین این مهارت ها تعیین کنند. وقتی بچه ها از این استراتژی ها استفاده می کنند، والدین باید بازخورد مثبت خاصی ارائه دهند و همچنین باید به توانایی فرزندان شان برای رویارویی با مشکلاتشان اعتقاد مداوم داشته باشند.

کودکان سوگوار اصولاً بر این باورند که نسبت به همسالان غیر سوگوار، کنترل کمتری بر رویدادهایی که برایشان اتفاق می افتد دارند و این باعث می شود درماندگی بیشتری را احساس کنند. کمک به کودکان برای مدیریت این اضطراب پس از دست دادن والدین در سنین پایین می تواند با تمرکز بر آموزش کودکان در جایی که مسئولیتی بر عهده آن هاست، انجام شود. حس تطبیقی کنترل را با تمرکز بر تشخیص مشکلاتی که وظیفه حل کردن آن بر عهده کودک است در مقابل مشکلاتی که مسئولیت بزرگسالان است، ارتقا دهید.

به عنوان مثال، اگر برای والدین بازمانده دشوار است که با فقدان کنار بیایند، ابتدا باید با کودک در مورد مشکلات خود صادق باشند و سپس به آنها بگویند که انتظار ندارند که کودک به آنها کمک کند و در عوض به یک متخصص آموزش دیده مراجعه می کنند. بچه ها از شنیدن این موضوع که والدین میتوانند به مرور زمان ناراحتیشان را بهتر مدیریت کنند و کار اصلی آن ها تمرکز روی فعالیت هایی مانند تکمیل تکالیف و گذراندن وقت با دوستان است، احساس بهتری خواهند داشت و این موضوع باعث کاهش نگرانی آن ها خواهد شد.

توصیه نهایی

هنگام کار با شیوههای FBP، به خاطر داشته باشید که برخی از استراتژیها فوراً کار میکنند و برخی نه. پس به خودتان زمان کافی را بدهید. بدانید که این سفر بالاخره باید یک روز و در یک زمان انجام شود. درد ناشی از از دست دادن والدین هرگز به طور کامل از بین نخواهد رفت، اما والدین بازمانده و فرزندان شان دوباره شادی را به شکلی دیگر خواهند یافت.

همیاری و مقابله با تروما

روشنک منجزی | دانشجوی روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

ترومای احساسی و روانی چیست؟

ترومای روانی و احساسی نتیجه‌ی وقایع فوق‌استرس‌زا در زندگی است که باعث می‌شود فرد احساس عدم امنیت کرده و احساس کند که در جهان خطرناک پیرامونی بی‌دفاع است. ترومای روانی باعث می‌شود که فرد با نوعی از اضطراب، خاطرات و عواطفی درگیر شود که به راحتی از بین نمی‌روند. همچنین این نوع از تروما باعث می‌شود که فرد احساس کرختی داشته و ارتباط خود را هم با دیگران قطع کند، چون که به راحتی قادر به اعتماد کردن به دیگران نیست.

تجربه‌ی تروما غالباً شامل خطری است که زندگی و یا امنیت فرد را تهدید می‌کند. اما در اصل هر شرایطی که باعث می‌شود که فرد دچار شوک و جدایی شود، حتی اگر منجر به آسیب فیزیکی نشود، می‌تواند باعث بروز تروما در فرد شود. این شرایط بیرونی نیستند که مشخص می‌کنند یک واقعه تروماتیک است یا خیر، بلکه نوع تجربه‌ی احساسی فرد است که باعث بروز تروما در او می‌شود. هر چه قدر که فرد احساس وحشت و بی‌پناهی زیادتری را تجربه کند، بیش‌تر احتمال دارد که دچار تروما شود.

تصورات غلط رایجی که مانع غلبه بر تروما است

یکی از بغرنج‌ترین تصورات غلط در مورد تروما این است که افراد جامعه فکر می‌کنند افرادی که پی‌تی‌اس دی را تجربه می‌کنند از نظر روانی ترسو و ضعیف هستند. غیرمعمول نیست دوستان و خانواده افرادی که پی‌تی‌اس دی را تجربه می‌کنند زمانی که با این افراد روبرو می‌شوند بپرسند: "هنوز از اتفاقی که افتاده می‌ترسی؟ آنچه اتفاق افتاده دیگر تمام شده، به زندگی خودت ادامه بده!"

متأسفانه افرادی که از این موضوع رنج می‌برند، گاه مسیر دشوارتری را باید طی کنند. از یک سو غلبه بر مشکلات غلبه بر تروما و از سوی دیگر ننگی که جامعه و اطرافیان روی این افراد می‌زنند، سلامت روان‌شان را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. کنار آمدن با ترومای ناشی از فجایع طبیعی و انسانی ممکن است چالش‌های زیادی را روی فرد تحمیل کند، حتی اگر فرد به صورت مستقیم با آن وقایع درگیر نبوده باشد.

در حقیقت بسیاری از ما در زندگی به صورت مستقیم ممکن است هرگز با حملات تروریستی، سقوط هواپیما، بمباران مناطق مسکونی و دیگر وقایع وحشتناک این چنینی درگیر نشویم ولی روزانه به صورت گسترده در معرض اخبار این وقایع و عکس‌های دلخراش آن هستیم. مشاهده این تصاویر بارها و بارها باعث ایراد شوک به دستگاه عصبی مرکزی و ایجاد استرس تروماتیک می‌شود.

علائم ترومای روانی

افراد به روش‌های مختلف به تروما پاسخ می‌دهند و در این زمان واکنش‌های احساسی و فیزیکی آن‌ها متفاوت خواهد بود. بنابراین واکنش‌های خود را در طی دوران تروما با دیگران مقایسه نکنید. پاسخ شما به رویدادهای غیرطبیعی بسیار طبیعی است.

علائم روانی و احساسی: شوک، انکار، بی‌اعتقادی، پریشانی و مشکلات تمرکز، خشم، تحریک پذیری و تغییرات خلق و خو، اضطراب و ترس، احساس گناه، شرم و خود سرزنشگری، دورنگه داشتن خود از دیگران، احساس غم یا بی‌پناهی، احساس جدایی از دیگران و کرختی.

علائم فیزیکی: بی‌خوابی و کابوس شبانه، خستگی، از جا برخاستن با وحشت، مشکلات تمرکز، ضریان قلب شدید، اضطراب و بی‌قراری، تنش عضلانی، درد.

بهبودی از تروما

علائم تروما معمولاً بین چند روز تا چند ماه ادامه دارد و بعد به ندرت و همزمان با پردازش رویداد، کم کم محو می شود. اما حتی زمانی که فرد احساس بهتری پیدا می کند، اوقاتی هم وجود خواهد داشت که فرد با مرور خاطرات و احساسات دردناک - همزمان با فرار سیدن سالگرد وقوع واقعه و یادآوری آن چه گذشته است - دوباره دچار مشکل شود.

اگر علایم ترومای روانی به موقع برطرف نشود، یا حتی اگر این علایم بدتر شود و یا اگر شخص گمان کند که بعد از گذشت مدت زمانی قادر به گذشتن از آن چه پیش آمده نیست، گفته می شود که فرد در حال تجربه ای اختلال اضطرابی بعد از حادثه است.

از آن جایی که ترومای احساسی پاسخی طبیعی به وقایع آزار دهنده است، اختلال اضطرابی پس از حادثه زمانی رخ می دهد که سیستم عصبی گیر می کند و در حالت شوک روانی باقی می ماند و فرد در این حالت قادر به احیای این مسئله که چه اتفاقی در حال رخ دادن است و یا پردازش احساسات خود نخواهد بود.

مهم نیست که تروما باعث مرگ کسی شده است یا نه، شما به عنوان بازمانده باید بتوانید با آن چه که پیش آمده و با این فقدان حداقل به صورت موقتی کنار بیایید و احساس امنیت را تجربه کنید. واکنش طبیعی نسبت به فقدان، غم و اندوه است. به مانند همه افرادی که عزیزی را از دست می دهند، شما هم باید بتوانید مرحله سوگاری را پشت سر بگذارید.

یافتن معنا یا رشد مثبت در یک ضربه، ظاهراً به سازگار شدن جسمی و روانی افراد کمک می کند. در چندین مطالعه معلوم شده کسانی که معنا یا امکانی برای رشد در رویداد های ضربه زننده می یابند، پس از واقعه، دچار افسردگی و اضطرابی کمتر از دیگران می شوند. برخی مطالعات نیز حاکی از آن اند که یافتن معنا با سیر بیماری تنکود شناختی رابطه دارد.

از نظر سلامت روان، نوع معنا یا رشدی که افراد می یابند مهم نیست، بلکه نفس احساس این معنا یا رشد است که اهمیت دارد.

کودک چگونه به ترومای روانی و احساسی واکنش نشان می دهد؟

برخی از واکنش ها به تروما و راه های کمک به کودک برای

کنار آمدن با آن ها شامل:

پس روی: بسیاری از کودکان برای اینکه احساس امنیت کنند باید به یک مرحله قبل از واقعه بازگردند. کودکان کم سن و سال تر ممکن است رختخواب خود را خیس کرده و کودکان بزرگتر ممکن است احساس تنهایی کنند. بسیار مهم است که درک کافی را داشته و صبور باشید. **فکر کردن به اینکه رخ دادن واقعه تقصیر آن ها است:** کودکان کم تر از ۸ سال در صورت وقوع حادثه ای بد فکر می کنند که مقصر آن ها هستند. به کودک خود اطمینان دهید که او دلیل بروز این واقعه نیست.

اختلالات خواب: برخی از کودکان به سختی به خواب می روند، گروهی دیگر از کودکان مکرراً از خواب بیدار می شوند و یا خواب های بد می بینند. یک عروسک و یا حتی چراغ قوه به کودک بدهید که با خود به رختخواب ببرد. سعی کنید که در هنگام غروب وقت زیادی را با کودک خود بگذرانید و زمانی را به انجام فعالیت های مختلف و کتاب خواندن بگذرانید. صبور باشید، ممکن است مدت زمانی طول بکشد تا کودک دوباره به خواب برود.

احساس بی پناهی: فعال بودن در یک کمپین برای پیشگیری از وقوع دوباره رویداد، نوشتن نامه تشکر برای مردمی که به آن ها کمک می کنند و اهمیت دادن به دیگران می تواند احساس احساس امید و کنترل را به همه ی اعضای خانواده ببخشد.

چه زمانی برای درمان تروما باید به متخصص مراجعه کرد؟

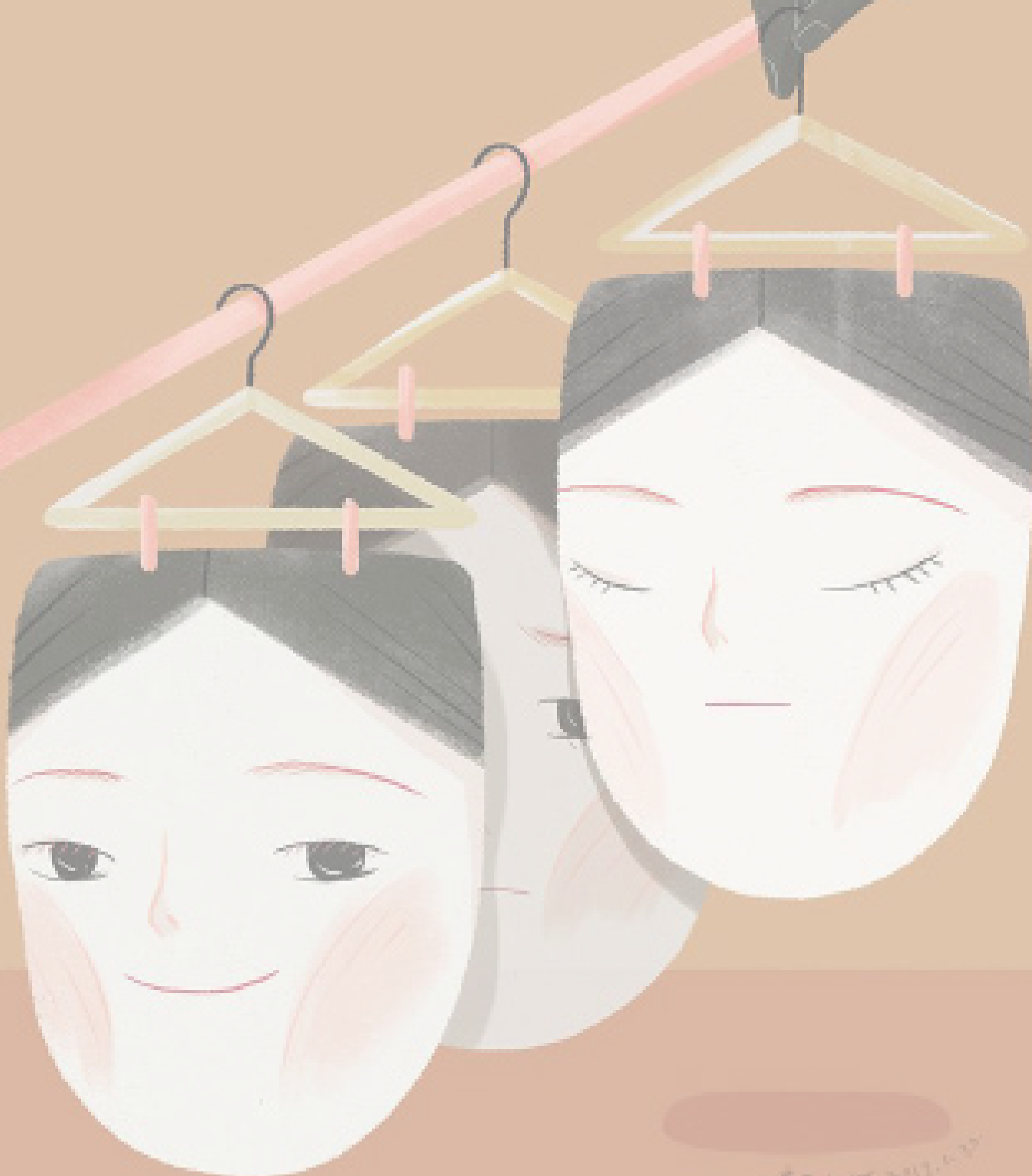
بهبود از تروما زمان بر است و هر کس با سرعت خاص خود در این مسیر پیش می رود، اما اگر ماه ها از واقعه گذشته باشد و بهبودی در علائم مشاهده نشود، برای درمان های حرفه ای باید به متخصص تروما مراجعه کرد.

در موارد زیر باید درمان انجام شود:

مشکلات عملکردی در خانه و محل کار، رنج بردن از تب شدید، اضطراب یا افسردگی، ناتوانی از ایجاد ارتباطات راضی کننده و نزدیک، تجربه کردن یادآوری خاطرات، کابوس ها و وقایع گذشته، دوری کردن زیاد از هر آن چیزی که به تروما مربوط است، دوری کردن از دیگران و بی حسی از نظر احساسی، مصرف الکل و مواد مخدر برای داشتن احساس بهتر.

بعد از تروما، فرد روزهای ترسناکی را سپری می کند و

حتی احتمال وقوع دوباره تروما هم وجود دارد، در این شرایط بهترین کاری که فرد می‌تواند انجام بدهد مراجعه کردن به متخصص است. پیدا کردن روان درمانگر مناسب، زمان بر است. بسیار مهم است که روانشناسی که انتخاب می‌کنید، در درمان تروما با تجربه باشد. از طرفی دیگر کیفیت رابطه با تراپیست هم بسیار اهمیت دارد. بنابراین تراپیست ترومایی را انتخاب کنید که با او راحت هستید. اگر احساس امنیت نمی‌کنید و یا اینکه فکر می‌کنید به خوبی درک نمی‌شوید، حتماً روان درمانگر خود را عوض کنید.





تروما و روان‌کاوی

احسان صالحی در گفتگو با دکتر مهدی رضا سرافراز، عضو هیأت علمی دانشگاه شیراز

روان‌کاوی به مثابه یک افق روی دادگی: یک مقدمه‌ی کوتاه

هدف نخستین متن حاضر این است که نشان دهد می‌توان به مکاتب موجود در روانشناسی این گونه نگریست که گویی چیزی نیستند جز جهان‌بینی‌های منحصر به فرد، که هر کدام، قدری از حقیقت روان انسان را آشکار می‌سازند و دیگر وجوه حقیقت را از نظر پنهان می‌کنند؛ در نتیجه هیچ‌یک از مکاتب روانشناسی، نباید و اساساً نمی‌تواند ادعای فراچنگ آوردنِ تام و تمام حقیقت روان انسان را داشته باشد.

هدف دومین نوشته‌ی موجود، که در ادامه‌ی هدف نخستین معنا می‌شود، این است که به مثابه مقدمه‌ای برای مصاحبه‌ی بعد از آن (مصاحبه در رابطه‌ی مفهوم تروما از دیدگاه روان‌کاوی)، بر این نکته تأکید کند که روان‌کاوی، تنها یکی از چندین افق روی دادگی حقیقت است و اگرچه توانسته صورت‌بندی دقیق و منسجمی از مقوله‌ای همچون تروما به دست دهد، اما نباید و اساساً نمی‌تواند ادعای فهمِ تمام و کمال حقیقت روان انسان و مفهوم تروما را داشته باشد.

۱. «تروما چیست؟»، «چگونه فهم می‌شود؟»، «چگونه به اختلالات روانی دامن می‌زند؟»...

این سه پرسش و پرسش‌هایی از این دست، همان‌هایی هستند که شماره‌ی حاضر نشریه‌ی روان‌یار در جهت پاسخ به آن‌ها قدمی بلند برداشته است. اما آیا می‌توان به چنین پرسش‌هایی، پاسخی درخور داد، بی‌آنکه نخست واژه‌ی «روان»، معنا شود؟ یا بی‌آنکه نخست به پرسش‌های زیر، پاسخ مناسبی داد؟ «روان چیست؟»، «با چه ابزاری فهم می‌شود؟»، «چگونه دچار اختلال می‌شود؟»...

به نظر می‌رسد که پرسش «روان چیست؟» مقدم است بر پرسش «تروما چیست؟»، چرا که تا فهم صحیح یا لااقل پذیرفته‌شده‌ای از مفهوم روان در دست نباشد، پرداختن به مفهوم تروما، جز بازی با کلمات و سربر آوردن مطالب نامنسجم و مغشوش نتیجه‌ای دربر نخواهد داشت؛ از همین روست که مکاتب متعدد در روانشناسی (اعم از رفتاری، شناختی، روان‌کاوی و...) متولد شده‌اند. در واقع مکاتب و گرایش‌های گونه‌گون در روانشناسی، هر یک کوشیده است تا با استفاده از ابزاری که در دست دارد، تعریف مشخصی از «روان» به دست دهد و از این طریق، راه را برای پرداختن روشن و منسجم به مقولاتی مانند تروما هموار سازد.

اما حقیقت نزد کدام یک است؟ لااقل آن گونه که در ظاهر نمایان است، مکاتب روانشناسی، در قیاس با یک دیگر تعاریف و تفاسیر متفاوت و چه بسا متناقضی درباره‌ی روان آدمی‌زاد پرداخته‌اند، و انگار بایستی ناچاراً به این نتیجه‌گیری تن داد که تنها یکی از این مکاتب، حقیقت روان انسان را فهمیده است.

اکنون بگذارید اندکی بیش تر به پیش رویم و این نکته را مطرح سازیم که انگار مهم‌تر از پرسش «روان چیست؟»، پرسشی قرار دارد که مستقیماً مفهوم «حقیقت» را نشانه می‌رود: «حقیقت چیست؟». انگار تا زمانی که نتوان پاسخ درخوری به چستی حقیقت داد، نمی‌توان صورت‌بندی صحیحی از روان یافت و در نتیجه نمی‌توان مقولاتی همچون تروما را به درستی فهم کرد.

۲. اگر نظریات و ایده‌های متعدد را درباره‌ی چستی حقیقت گرد آوریم، می‌توانیم در یک طبقه‌بندی عاریتی، به سه شکل، مفهوم حقیقت را فهم کنیم:

– در یک معنا سنتی (که امروزه کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد)، حقیقت، مقوله‌ای کاملاً دست‌یافتنی است. در این معنا، اگر یک نظریه، آن قدر دقیق و ظریف باشد که تمامی وجوه حقیقت را در بر بگیرد، می‌تواند ادعای فهم حقیقت کند و دیگر نظریه‌ها را از میدان بیرون سازد.

– در یک معنا پُست مدرن، حقیقت نه تنها دست‌یافتنی نیست، که چه بسا چیزی تحت عنوان «حقیقت» وجود ندارد. در این معنا، حقیقت چیزی نیست جز تفسیر و تأویلی که یک اندیشمند یا نظریه، درباره‌ی آن چه مشاهده یا تجربه می‌کند می‌پردازد. در نتیجه از این نظرگاه، هر اندیشمند، به اقتضای بستر تاریخی‌ای که در آن متولد

شده و زمینه‌ی شخصیتی‌ای که دارد، تفسیری از واقعیت به‌دست می‌دهد، و اساساً هیچ‌یک از این تفسیرها و تأویل‌ها، مطلق و یقینی نیستند و نمی‌توان یک نظریه را بر دیگری ارجح دانست.

- و اما در یک معنای سوم، حقیقت مطلق و یقینی، وجود دارد، با این حال هیچ نظریه یا اندیشمندی نمی‌تواند آن را کاملاً فراچنگ آورد. در این معنا، «حقیقت» مانند منظره‌ایست که افراد گوناگون، آن را از زوایای مختلفی می‌نگرند و در نتیجه ادراکات متفاوتی از یک منظره‌ی واحد دارند. به تعبیر مارتین هیدگر، فیلسوف آلمانی قرن بیستم، هر نظریه یا مکتب، یک «افق روی دادگی» است. این اصطلاح بدین معناست که هر نظریه یا مکتب، همچون ظرفی محدود است، که حقیقت را درون خود ریخته و حقیقت، از طریق آن ظرف، خود را نمایان ساخته است. به معنایی دقیق‌تر، انگار حقیقت، از افق‌های گوناگونی روی می‌دهد و بر ما می‌تابد و نظریات و مکاتب گوناگون هریک، تنها یکی از این افق‌های روی دادگی هستند و لاغیر. در واقع از این نظر، هیچ مکتب یا نظریه‌ای وجود ندارد که بتواند حقیقت را در تمامی وجوهش آشکار سازد، گویی هر مکتب، یک جهان‌بینی منحصر به فرد فراهم می‌کند که از وجوهی، حقیقت را آشکار می‌سازد و از وجوهی، آن را به خفا می‌برد.

(واژه‌ی روی دادگی در تعبیر افق‌های روی دادگی، خود به‌تنهایی رسانای معنای سوم از حقیقت است. آن‌چه روی داده، گویی به روی آمده. در واقع، زمانی که از یک مکتب یا نظریه سخن می‌گوییم، منظورمان این است که از میان وجوه و افق‌های گوناگون حقیقت، یکی از وجوه یا آفاق، در قالب آن نظریه یا مکتب، خود را از زیر به رو آورده است و برای مدتی، دیگر وجوه را به حال تعلیق در آورده. پس حضور یک وجه از حقیقت در نزد یک مکتب یا نظریه، نه به معنای انکار حقیقت دیگر نظریات و مکاتب، که به معنای تعلیق موقت آن‌هاست.)

۳. برای پاسخ به این پرسش که به کدام یک از صورت‌بندی‌های موجود درباره‌ی چیستی حقیقت باید اعتنا کرد، فلسفه‌ورزی و تأمل بسیار نیاز است. اما از این رو که این امر، در متن کوتاه حاضر ناممکن است، چنین تأملی را به خود خواننده واگذار می‌کنم.

با این حال می‌خواهم صورت‌بندی سوم از میان معانی مختلف حقیقت را برگزینم و به واسطه‌ی آن، به پرسشی جزئی‌تر که در ابتدای این نوشته آمد (حقیقت روان انسان، در نزد کدام یک از مکاتب و گرایش‌های روانشناسی است؟)، پاسخ دهم.

اگر بپذیریم که مکاتب موجود در روانشناسی، تنها افق‌های روی دادگی هستند و هریک از وجوهی، روان انسان را بر ما آشکار می‌کنند و از وجوه دیگری، آن را به خفا می‌برند، به این نتیجه نائل می‌شویم که هیچ‌یک از مکاتب روانشناسی، نتوانسته و اساساً هیچ‌گاه نمی‌تواند حقیقت روان آدمی‌زاد را فراچنگ آورد. با این حال هریک از این مکاتب و گرایش‌ها (اعم از روانکاوی، شناختی، رفتاری، انسان‌گرا و...)، نوعی جهان‌بینی منحصر به فرد است که به قدر ظرفیتش، وجوهی از حقیقت روان انسان را نمایان می‌سازد.

۴. باتوجه به دیدگاه ارائه شده، دو نکته‌ی بنیادین را در رابطه با مکتب روانکاوی باید در نظر داشت:

۱- روانکاوی، همچون هر مکتب یا گرایش دیگری در روانشناسی، تنها یک افق روی دادگی برای حقیقت است و اگرچه به مثابه یک راه پرداختن به چیستی روان انسان واجد ارزش بسیار والایی است و مفهوم روان و مقولاتی چون تروما را از وجوه منحصر به فردی مورد بررسی و پژوهش قرار می‌دهد که دیگر مکاتب به آن وجوه دسترسی ندارند، اما حقیقت روان را تمام و کمال، در چنگ خود ندارد.

۲- روانکاوی، همچون هر مکتب یا گرایش دیگری در روانشناسی، پیش از آن که مجموعه‌ای از مفاهیم و ابزار باشد، یک جهان‌بینی بنیادین است که بایستی به صورت یک کل منسجم فهم شود. درست است که روانکاوی یا هر مکتب دیگری، حقیقت روان انسان را به شکل مطلق در اختیار ندارد، اما این نکته بسیار حائز اهمیت است که نمی‌توان و نباید این مکاتب روانشناختی را صرفاً به مثابه مجموعه‌ای از مفاهیم (برای مثال سائق و اید و ایگو و سوپرایگو و... در روانکاوی) و ابزار (برای مثال تأویل و تداعی آزاد و... در روانکاوی) فهم کرد، وگرنه نه تنها نمی‌توان به حقیقت مطلق دست یافت، که حتی نمی‌توان برخی از وجوه آن را روشن و آشکار ساخت. توگویی برای فهم روانکاوی یا هر مکتب دیگر، باید لااقل یک مرتبه جهان و روان انسان را از ابتدا تا انتها، از طریق عینک آن مکتب نگریست و سپس عینک‌های دیگر مکاتب را نیز جدا جدا به چشم زد. همین نکته است که پرداختن به حقیقت و فلسفیدن را به امری دشوار بدل می‌سازد: هر پژوهش‌گر ممتاز، در ابتدا بایستی تنها از یک منظر محدود به حقیقت نگاه کند، اما سپس باید توانایی تعلیق آن جهان‌بینی را در خود پرورش دهد تا بتواند وجوه دیگر حقیقت را نیز که از دسترس آن جهان‌بینی خارج هستند، پیش چشم آورد.

به بیان دقیق‌تر، برای پرداختن به حقیقت روان آدمیزاد، نمی‌توان در آن واحد، عینک دو نظریه و مکتب را بردیدگان زد، همچنین نباید آن قدر در استفاده از یک عینک متعصب بود که آن عینک بدل به نقابی نامنعطف بر چهره شود. برای مثال نمی‌توان مفهوم تروما را با یک یا چند ابزار روانکاوانه فهم کرد و در عین حال معتقد بود که فلان ابزار یا مفهوم رفتارگرایانه نیز درست است. سروکار محققین ممتاز در حیطه‌های علوم انسانی، با مفاهیم جداگانه و ابزارها نیست، بلکه با جهان‌بینی‌هاست. در نتیجه وقتی یک روانشناس، عینک روانکاوی بر چشم می‌زند و مفهوم تروما را از رهگذر آن فهم می‌کند، نخست باید روانکاوی را به مثابه یک جهان‌بینی و نه یک یا چند مفهوم مستقل، درک کند، و سپس باید تمامی جهان‌بینی‌های دیگر را برای مدتی به حال تعلیق درآورد. آن‌گاه که چنین کرد، می‌تواند و اساساً "باید" جهان‌بینی روانکاوانه را تعلیق کرده و عینک دیگر جهان‌بینی‌ها را بر چشم زند. تو گویی هر جهان‌بینی بایستی لااقل یک مرتبه، با تمامی جوانب و پیامدهایش فهم شود؛ در غیر این صورت، مسیر نیل به حقیقت روان انسان، یا بدل به مسیری جزمی و تعصب‌ورزانه می‌شود، یا سبب اختگی و ناپختگی فهم ما از روان آدمیزاد می‌گردد.

۵. دونکته:

– نظریات و مکاتب گوناگون را می‌توان و اساساً "باید" با یکدیگر مقایسه کرد، اما به این شرط که نخست هریک، مستقلاً به مثابه جهان‌بینی و نه صرف یک سری ابزار و مفهوم فهم شوند. برای مثال نمی‌توان با وام گرفتن صرف مفهوم سائق از روانکاوی و مفهوم شرطی‌سازی از رویکرد رفتاری، آن دورا با یکدیگر به مقایسه گذاشت. رویکردهای تلفیقی با توجه به نگرش متن حاضر، فقط در این صورت واجد اصالت هستند که مبتنی باشند بر دو یا چند جهان‌بینی مستقلاً فهم شده. در نتیجه یک رویکرد تلفیقی واجد صلاحیت، نه نتیجه‌ی سرهم‌بندی کردن مفاهیم گوناگون بدون انسجام، که یا نتیجه‌ی سنتزی میان دو یا چند جهان‌بینی کاملاً فهمیده شده است (که از دل آن جهان‌بینی جدیدی آفریده می‌شود)، یا نتیجه‌ی استفاده از دو یا چند جهان‌بینی به موازات هم، برای فهم کامل‌تر یک مقوله یا روان یک انسان.

۶. در نهایت از شما خوانندگان گرامی می‌خواهم که مصاحبه‌ی پیش‌رو را بدین شکل مورد مطالعه قرار دهید که گویی جهان‌بینی شما، جهان‌بینی روانکاوی است و قرار است حقیقت مفهوم تروما را از نظرگاه روانکاوی فهم کنید. اما در ادامه، این را نیز در نظر داشته باشید که روانکاوی به مثابه یک جهان‌بینی برای فهم حقیقت، تنها یکی از انواع جهان‌بینی‌های موجود است و همان‌گونه که فهم روانکاوانه از تروما، جوهی از این مفهوم را بر ما آشکار و جوهی از آن را پنهان می‌سازد، جهان‌بینی‌های دیگر نیز این‌گونه‌اند.



– همان طور که مستحضرید، هدف ما در این شماره این است که به بررسی روانشناختی مفهوم تروما بپردازیم. از این رو به خدمت شما رسیدیم تا این مفهوم پربسامد و پیچیده را از وجهی روانکاوانه مورد بررسی قرار دهیم. پیش از پرداختن به مسائل تخصصی پیرامون تروما، لطف بفرمایید و معرفی مختصری از خودتون ارائه کنید.

+ من مهدی رضا سرافراز هستم. دکترای روان‌شناسی سلامت و لیسانس و فوق لیسانس روان‌شناسی بالینی از دانشگاه تهران و هیئت علمی بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز. از دوره ارشد به بعد قریب به ۱۵ سال است که در حوزه روان‌پویشی و روانکاوی مطالعه، آموزش و تحقیق داشته‌ام. عمده پژوهش‌هایم در مورد شخصیت و آسیب‌های آن و همچنین self-regulation و self-compassion هست و همچنین در حوزه روان‌پویشی، کتاب فرهنگ جامع روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت را ترجمه کرده‌ام.

– وقتی از تروما صحبت می‌کنیم، منظور از آن چیست و برای فهم دقیق آن، مهم‌ترین مؤلفه در تعریف آن چه چیزی است؟

+ تروما یک مفهوم محوری در روان‌شناسی است و به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در مورد آن صحبت کرده‌اند و همچنین در روان‌پویشی از تروما و نقش آن در آسیب‌شناسی روانی بحث می‌شود و اختلالاتی نظیر PTSD و لالی انتخابی با تروما مرتبط هستند. تروما در لغت، به معنی آسیب، ضربه و رویدادی که ظرفیت روانی ما نتواند آن را تحمل کند، است. اما برای فهم عمیق‌تر آن، اول باید نوع نظریه را مشخص کنیم. در حوزه روانکاوی وقتی از زیگموند فروید به عنوان بنیان‌گذار شروع می‌کنیم، توجه داریم که تحولات بسیاری را نظریه روانکاوی از سر گذرانده است؛ و باید دانست که همزمان با تحولات اصلی مثل شکل گرفتن نظریه Ego Psychology و ظهور object relation و همچنین تحول روانکاوی از یک مفهوم درون‌فردی به یک مفهوم بین‌فردی و ظهور نظریه Attachment، معنی و مفهوم تروما هم دچار تغییر و تحول شد.

همانطور که می‌دانید فروید تروما را مبنای شکل‌گیری آسیب روانی می‌دانست و معتقد بود که تروما از بیرون اتفاق می‌افتد و این آسیب‌ها، عمدتاً آسیب‌های جنسی دوران کودکی هستند. فروید فکرمی‌کرد که بار عاطفی تروما فراتر از ظرفیت روانی است که آسیب و اختلال را تولید می‌کند. برای فهم بهتر ایده‌ی فروید باید دقت کنیم که فروید سیستم روانی را یک سیستم بسته‌ی انرژی می‌دانست و معتقد بود که اگر بار عاطفی اضافی به این سیستم تحمیل شود، نمی‌تواند آن را تحمل کند و به شکل تپق‌ها، رؤیاها و علائم و سیمپتوم‌های روانی خودش را نشان می‌دهد. در رابطه با اینکه چرا یک واقعه‌ی تروماتیک در کودکی، با تاخیر خودش را نشان می‌دهد، فروید معتقد بود که این سیستم روانی بار عاطفی را در دوره‌ی تحولی نهفتگی زیاد درک نمی‌کند اما وقتی دوره بزرگسالی شروع می‌شود و نیروهای جنسی برانگیخته می‌شوند و مغز تحریک جنسی را می‌فهمد، آن‌گاه آن رویدادهای تروماتیک به شکل تریگر عمل کرده و باعث فلش‌بک می‌شوند و آن تروما زنده می‌شود.

اما فروید بعدها این نظریه را تغییر داد و از عوامل بیرونی به رانه‌ها و غرایز درونی روی آورد؛ به این صورت که در تروما، رانه‌ها و غرایز درونی برای ارضا فشار می‌آورند اما شرایط محیطی این وضعیت را تحمل نمی‌کند. نکته جالب در نظریه فروید این است که انگار ضربه با زندگی ما گره خورده است و ما در محیطی به دنیا آمده‌ایم که رانه‌های ما متناسب با محیط انسانی نیست و محیط خیلی از این رانه‌ها را به تعویق می‌اندازد و در نتیجه ما دچار ضربه و تروما می‌شویم. پس از همین جهت است که همه‌ی افراد در نظریه فروید کم و زیاد دچار آسیب روانی هستند اما اگر محیط با ما به شکل متعادل رفتار کند (نه ارضا یا سرکوب بیش از حد)، ما با ترومای کمی مواجه می‌شویم. اما این دیدگاه در نظریه‌های بعدی متحول شد. ایگو سایکولوژیست‌ها به صورت طیف هستند و از آن‌ها فروید تا وایت، نگاه متفاوتی به طبیعت اولیه انسان داشته‌اند. روان‌شناسان ایگوی ابتدایی، تروما را مطابق با نگاه دوم فروید تفسیر می‌کردند. اما نظریه‌پردازان انتهایی، بسیار بیش‌تر از نگاه اولیه فروید فاصله گرفتند و معتقد بودند که لزوماً انرژی‌های روانی ما در درونمان در تضاد با محیطی که در آن به دنیا آمده‌ایم نیست و از “منطقه‌ی عاری از تعارض ایگو” صحبت می‌کنند و مفهوم تروما را به این معنی که ذاتاً با ما همراه است، کم‌رنگ می‌کنند.

اما نگاه object relation متفاوت است و معتقدند اینکه ما با یک سری رانه‌های ذاتی و طبیعی به دنیا می‌آییم

صحیح است اما این رانه‌ها معطوف به برقراری ارتباط با یک ایژه انسانی است و اگر آن ایژه انسانی از لحاظ روانی به درستی حضور نداشته باشد فرد تروماتایز می‌شود. اینکه من بعدها در رابطه‌ای آسیب می‌بینم به دلیل آن فقدان و ناکامی اولیه است. مثلاً زمانی که شخصی می‌گوید در رابطه‌ای عاطفی شکست خورده و تروماتایز شده است، اول باید بررسی کنیم که آیا همه‌ی کسانی که در بزرگسالی شکست عاطفی می‌خورند، تروماتایز می‌شوند؟ درمانگران CBT به نوع و کیفیت شکست توجه می‌کنند و می‌پرسند که چه اتفاقی افتاده است و چه کسی و به چه شیوه‌ای شما را طرد کرده است که باعث تروماتایز شدن شما شده است. لکن درمانگر روابط موضوعی با خودش بررسی می‌کند که چه می‌شود کسی یک رابطه‌ی عاطفی را قطع می‌کند اما شخص دیگر سال‌ها با یک رابطه‌ی آسیب‌زا می‌ماند و پاسخ آن را در روابط نخستین فرد جست‌وجو می‌کند. به یک معنا مکتب روابط موضوعی، به مسئله‌ی اجبار به تکرار می‌پردازد و تبیین می‌کند که چگونه فرد در یک چرخه‌ی باطل از روابط مخرب می‌فتد.

پس نکته‌ی مهم این است که مفهوم تروما بسیار وابسته به نظریه‌ای است که از منظر آن نگاه می‌کنیم. فیربرن می‌گوید که آدم‌ها به دنبال رابطه‌اند و هر نوع رابطه‌ای که در اوایل تجربه کرده‌اند، مفهوم رابطه همان‌طور برایشان معنا می‌شود. اگر رابطه همراه با درد باشد، در ادامه هم رابطه با درد برایشان معنا می‌شود و گویی رابطه‌ای بدون درد برایشان معنا دار نیست.

به نظر من این نوع نگرش‌ها، دید عمیقی نسبت به تروما به ما می‌دهند و نمی‌توان تروما را همچون رویکرد شناختی، static نگاه کرد، وگرنه بسیاری از پدیده‌هایی که می‌بینیم (برای مثال این پدیده که یک رویداد مشابه، شخصی را دچار تروما می‌کند اما شخص دیگری را خیر)، به لحاظ بالینی برایمان قابل توجیه نیست.

– یک مسئله‌ی مهمی در رابطه‌ی موضوعی وجود دارد و آن تقابل بین کلاینی‌ها و مکتب مستقل است.

+ ما نمی‌توانیم ملانی کلاین را Object Relational بدانیم. فروید می‌گوید که در ما رانه‌هایی وجود دارد که ذاتی هستند و با محیط انسانی همخوانی ندارند، بنابراین ما دچار تروما می‌شویم. به همین خاطر اگر دیگران ما را خوب ارضا کنند، تروما کمتر است و اگر با افراط و تفریط ما را ارضا کنند، تروما شدیدتر است. حالا وقتی به کلاین می‌رسیم، نقش دنیای درونی بسیار پررنگ می‌شود. از نظر او همه‌ی تروماها از درون نشأت می‌گیرند. از نظر او، اگر فکر می‌کنید که مادرتان در نقش "پستان بد" به شما آسیب زده است، این‌ها همه projection فانتزی‌های خودتان است و شما هستید که فانتزی‌های آسیب‌زای خودتان را به دنیای بیرون نسبت می‌دهید. وقتی کودک گرسنه است و حال بدی دارد، باز هم احساس می‌کند که ایژه در حال آسیب زدن به او است. بر همین اساس، او معتقد است که تروماها از غرائز بنیادین ما به ویژه غریزه‌ی مرگ سرچشمه می‌گیرند و غریزه‌ی مرگ در نظریه کلاین بسیار پررنگ می‌شود.

ممکن است این سوال برای مخاطبان پیش بیاید که کدام یک از این دیدگاه‌ها درست است. اگر بیشتر به مخاطبان فروید و کلاین نگاه کنید، موضوع برایتان شفاف‌تر می‌شود. فروید بر روی بزرگسالان نوروتیک و کلاین بر روی کودکان آسیب‌دیده و وحشت‌زده کار می‌کرد. پس از نظر کلاین طبیعی است که ذهن یک کودک آسیب‌دیده، پراز فانتزی‌های وحشتناک باشد و نمود خود را در بزرگسالی هم نشان دهد. به عنوان مثال یک انسان اسکیزوئید-پارانوئید همیشه در حال آسیب دیدن است، اما از کجا؟ او این فکر و تصور را دارد که همسایه می‌خواهد به من آسیب بزند، اما ما می‌دانیم که هیچ همسایه‌ای قرار نیست چنین کاری را انجام دهد. با این حال، دیدگاه ملانی کلاین یک پلی بین دیدگاه غریزه محور فروید و Object Relational‌ها شد چرا که در نهایت نقش مادر را کاملاً پررنگ می‌کند.^۲

۱. فانتزی مفهومی محوری در نظریات ملانی کلاین است. او زمانی که از سائق مرگ سخن می‌گوید، با چیستی این سائق سروکار ندارد، بلکه نمود روانی آن را مراد می‌کند، یعنی تجربه‌ی ناامنی و مورد آزار واقع شدن. کلاین این تجربه را یک فانتزی می‌نامد و معتقد است که تمامی تجارب روانی ما از فانتزی‌های گوناگون ما منتج شده‌اند. باری، او معتقد بود که این تجربه‌ی آزار دیدگی، از بدو تولد، و حتی قبل از آن که مادر به زندگی کودک خود وارد شود وجود دارد. در نتیجه، کلاین نقش این دنیای فانتزیک بدوی را، فارغ از نقش مادر در سلامت فرد، بسیار پررنگ و حائز اهمیت می‌داند.

۲. یکی از نتایج مهم آراء کلاین این عبارت مشهور است: اختلال نتیجه‌ی بدی و وحشت درونی است و سلامت نتیجه‌ی خوبی بیرونی، یا خوبی مادر.

– اما نظریه‌ای که بین این دو مطرح می‌شود و به هر دو اهمیت می‌بخشد، دیدگاه ویلفرد بیون است. او از طرفی به اهمیت سائق‌ها و از طرفی دیگر به اهمیت Containment^۳ مادر توجه می‌کند.

+ به علاوه بر ویلفرد بیون، اتو کرنبرگ نیز دیدگاه تلفیقی دارد. همچنین self psychology به نوعی خیلی شبیه به روابط موضوعی است؛ از این جهت معتقد است که ما یک محور و بستر ذاتی نارسیسیم داریم که بسته به اینکه ابژه‌ها چطور با آن برخورد کنند، می‌تواند مستعد آسیب‌پذیری قرار بگیرد و از نظر روانشناسی خود، آسیب‌زمانی ایجاد می‌شود که ما احساس واقعی بودن نکنیم و به این باور نرسیده باشیم که خودمان از درون استانداردهای شخصی داریم و اگر مدام به استانداردهای دیگران وابسته باشیم، خیلی ساده دچار آسیب می‌شویم. در واقع خیلی ساده با یک نادیده گرفته شدن این آسیب ایجاد می‌شود. اما تفاوت‌های جدی‌ای نیز بین روانشناسی خود و روابط موضوعی وجود دارد؛ در صورت بندی مفهوم تروما و نقش دنیای بیرون و درون در فهم آن، کوهوت به مسئله‌ی مهمی اشاره می‌کند. او می‌گوید: ما در کودکی یک بستر خام داریم که اگر از بیرون مورد توجه قرار بگیرد و اجازه‌ی idealization به او بدهیم، یک بنیان عزت نفس قوی ایجاد می‌شود. انگار که نظریه self psychology نتیجه‌ی تحول self esteem است. اگر عزت نفس متمرکز بر درون رشد کند، در این هنگام احتمال ابتلا به تروما کمتر است و ظرفیت درونی قدرتمندی دارد. اما اگر متمرکز به دنیای بیرونی که در آن به دنیا آمده رشد کند، به شدت مستعد تروما تیز شدن است. نظریه self psychology به نوعی تلفیق دنیای درون و بیرون است.

– چه مولفه‌هایی هستند که مشخص می‌کند یک فردی در مواجهه با یک اتفاق، دچار تروما شود اما فرد دیگری در مواجهه با همین موقعیت، تجربه تروماتیکی را پشت سر نگذارد. و در این زمان ساختارهای اجتماعی، زیستی و محتوای شناختی چه تاثیری دارند؟

+ ما اگر بخواهیم کلاینی به این مسئله نگاه کنیم، رانه‌های اولیه نقش اصلی را دارند. اما اگر از دیدگاه کلاین خارج شویم، تقریباً بقیه‌ی نظریه‌ها، حتی خود فروید، معتقد است که تقابل رانه‌ها و برخورد دنیای بیرونی است که نقش ایفا می‌کند. یعنی رانه‌ها در بستری از روابط هستند که متحول می‌شوند و در این بستر اگر ناکامی به اندازه‌ی بهینه‌ای اتفاق بیفتد، یک ظرفیتی رشد می‌کند. فروید معتقد بود که جوانه‌های سیستم روانی و ذهن از رانه‌ها و سیستم غریزی رشد می‌کند. به همین دلیل نظریه فروید را یک نظریه‌ی زیستی – روانی می‌نامند. انگار وقتی که به دنیا می‌آییم ذهنی نداریم، اما به محض اینکه ناکام می‌شویم، جوانه‌های ذهنی به مفهوم ایگو و سوپرایگو شکل می‌گیرند. به نظر خودم در شکل‌گیری تروما، تعامل رانه‌های زیستی و برخورد دنیای بیرون نقش دارند. اما اگر در نظریات روانکاوی بخواهیم سیر کنیم، نظریه کلاین بسیار زیستی است. در انجمن روانکاوی وقتی کلاینی‌ها داشتند بحث می‌کردند، وینی‌کات می‌گوید "واقعاً مادر بد هم وجود دارد" و همه‌ی موضوع رانه‌های زیستی نیست و رفتار مادرها نیز تاثیرگذار است.

– به نظر شما ساختار شناختی و اجتماعی فرد و محیطی که در آن زندگی می‌کند، چه نقشی دارند و این نقش چگونه خودش را در تروما نشان می‌دهد؟

+ به نظر من ساختارهای اجتماعی و محیطی حتماً نقش دارند. پل واکتل در کتاب ارتباط درمانی یک نگاه سیستمی ارائه می‌دهد که به نظر من جذاب است و آن را شرکای جرم می‌نامد. وقتی من در فرهنگی بزرگ می‌شوم که فرضاً به مادرها توصیه می‌شود کودک را زیاد بغل نکنند چون بد عادت می‌شود، خب طبیعتاً آن مادر در این بافت و سیستم است و برخورد او قطعاً روی کودک اثر می‌گذارد. پس نمی‌توانیم نقش فرهنگ و محیط اجتماعی را نادیده بگیریم. یکی از مراجعان من دانشجوی دختری بود که در یک شهر به شدت مردسالارانه بزرگ شده بود و سایر فرزندان خانواده پسر بودند. من در سیر روان درمانی او، رگه‌های محیطی که در آن بزرگ شده بود را می‌دیدم و با خود می‌گفتم که اگر

^۳ این اصطلاح را می‌توان به پذیرندگی ترجمه کرد. مراد ویلفرد بیون از این اصطلاح به شکل خلاصه چنین است: تجاری که کودک پشت سر می‌نهد، همگی برای او فاقد معنا هستند و در نتیجه او را در ابهام و درد روانی قرار می‌دهند. این کودک تجربه‌ی نامانوس و دردناک خود را به مادر فراقتنی می‌کند و مادر با ظرفیت بالایی که دارد، پذیرنده‌ی آن تجربه است، به گونه‌ای که آن تجربه را معنا می‌کند، از آن سم‌زدایی می‌کند و سپس به کودک خویش باز می‌گرداند.

این شخص خواهر داشت و یا به جای این شهر در مکانی دیگر بزرگ شده بود که مردسالارانه نیست، آیا واقعا چنین اتفاقی‌هایی برای او می‌افتاد و همین مسیر تحول را طی می‌کرد؟ پس حتی در نگاه روانکاوانه هم محیط اجتماعی و فرهنگی نقش دارد. اما وقتی در مورد مسائل شناختی می‌خواهیم صحبت کنیم، متوجه می‌شویم که مسائل شناختی خودشان محصول هستند. یعنی اینکه تعامل دنیای بیرون و درون یک سازمان شناختی می‌سازد. البته هوش به عنوان یک متغیر نسبتاً مستقل‌تر می‌تواند در این سازمان اثر داشته باشند اما باز تاثیرش ثانویه است.

– به نظر شما تاثیر تروما بر کدام یک از کارکردهای انسان بیشتر است؟ (زیستی، اجتماعی، بین فردی و...)

+ ما به این موضوع و سوال این‌گونه باید نگاه کنیم که کجا، کی و در چه بافتی این تاثیرات بیشتر متبلور می‌شوند. مثلاً فرض کنید که شما وقتی ازدواج می‌کنید، ممکن است تاثیرات بین فردی یا عاطفی تروما بیشتر متبلور شوند. اما در زندگی فردی، ممکن است تاثیرات دیگری متبلور شوند. به جای اینکه بگوییم روی کدام حوزه بیشتر اثر می‌گذارد، باید بپرسیم در چه زمینه‌ای، کدام یک از تاثیرات بیشتر خودشان را نشان می‌دهد. مثلاً اگر بخواهیم تحولی به این موضوع نگاه کنیم، ممکن است در نوجوانی به صورت تاثیراتی که روی عزت نفس داشته است، خودش را نشان دهد. اما در اوایل بزرگسالی تاثیرات عاطفی بیشتر آشکار باشد. بنابراین قابل فرمول‌بندی نیست و همه‌ی ما یک مسیر یکسانی را طی نمی‌کنیم و مدل‌های بسیار متفاوتی می‌بینیم. پس باید به صورت فردی به این موضوع نگاه کنیم.

– دنیای روانکاوی ادعا دارد که به جهان از دید سوژه و فرد نگاه می‌کند و وقتی از تروما حرف می‌زند منظور او تروما آنگونه که به فرد ظاهر می‌شود است و نه اینکه تروما به مثابه یک واقعیت بیرونی باشد. به این سوال بپردازیم که اصلاً تجربه‌ی شخصی تروما چیست؟ چون زمانی که فروید را مطالعه می‌کنیم و او از تجربه‌ی شخصی تروما می‌گوید، از یک تجربه‌ی هضم نشده صحبت می‌کند و یا زمانی که ما وارد آراء کسی مثل شاندر فرنتسی می‌شویم، از یک اصطلاحی به اسم تراتوما استفاده می‌کند که این کاملاً پزشکی است؛ یعنی غده‌ای که تمام اجزای بدن را در خودش دارد اما از بافت‌های دیگر جدا شده و زمانی که تروما رخ می‌دهد انگار یک ترکش درون روانی که از بافت‌های روانی بدن جداست، در بدن ایجاد می‌شود. با توجه به تجربه‌ی شخصی که در مواجهه با درمان‌جویان‌تان داشته‌اید، تروما چه نوع تجربه‌ای است؟

+ من فکر می‌کنم که تروما رُ یک ضربه و زخمی است که روی سیستم روانی ما می‌ماند. اما این رُ لزوماً بصری نیست و ممکن است لمسی باشد. مثلاً شما با دوستان به آرامی برخورد می‌کنید ولی او درد شدیدی حس می‌کند. به او می‌گویید که من به آرامی با تو برخورد کردم اما او پاسخ می‌دهد که این ناحیه دردناک است. پس در این هنگام ما متوجه می‌شویم که یک رُ بر روی آن ناحیه باقی مانده است. این رُ در همه‌ی بخش‌های سیستم روانی قابل مشاهده است. مثلاً از شخصی انتقاد می‌کنیم و او ناگهانی از جا می‌پرد. این نشان دهنده همان رد است. خاطرات در سیستم روانی ما مثل سیستم جسمی رُ به جای می‌گذارند و آن رد تمام زندگی ما را تحت الشعاع قرار می‌دهد. مثلاً شخصی نسبت به جای ایستادن خود حساس است و ممکن است این سوال را از او بپرسیم که به چه دلیل انقدر حساس است و همین عوامل فرایند روانی را پیچیده می‌کنند. ما می‌بینیم که برخی از افراد به شیوه‌ی خاصی زندگی می‌کنند و زندگی آن‌ها تحت تاثیر عواملی است؛ و به همین دلیل کشف آن رُ و عوامل از پیچیدگی‌های روان‌درمانی است.

– به نظر شما حافظه بر اثر تروما دچار چه مشکلاتی می‌شود؟

+ تروما فرایند حافظه شامل ابعاد رمزگردانی، بازیابی و تحریک عاطفی حافظه را تحت تاثیر قرار می‌دهد و همچنین روی انواع حافظه اثر می‌گذارد. این بحث هم بسیار جذاب و هم بسیار پیچیده است...

– یک اصطلاح معروفی از شاندر فرنتسی هست به اسم wise baby. او معتقد بود که تروماهای شدید باعث می‌شوند نوعی ترکش روانی یا به زعم خودش نوعی تراتوما‌ی روانی به بستر روانی فرد وارد شود و به آن آسیب جدی وارد کند. یکی از پیامدهای چنین ترومایی، این است که فرد احساس می‌کند تکه‌ای از روانش از دیگر اجزای آن جدا و گسسته شده و حالا او مسئول مراقبت کردن از آن تکه‌ی گسیخته شده است. در نتیجه

به فردی بدل می‌شود که در وحشت و ترسی مداوم، همواره در پی مراقبت از خودش چنان کودکی بی‌مراقب است. این شخص گویی کودکی ست که تنها یاد گرفته هوشمندانه از خویش مراقبت کند، اما هیچ‌گاه نتوانسته عواطف و احساساتش را از کودک مآبی دریاورد.

+دقیقا همین‌گونه است. مشکل این‌ست که خود این فرد در اغلب موارد اصلا متوجه آنچه بر او می‌رود نیست.

– برای درمان تروما به چه زمینه‌ای باید توجه کرد و درمان تروما از چه رهگذری باید انجام شود؟

+ همان‌طور که اشاره کردیم، عمده نظریه‌ها معتقدند که بیشتر تروماها در بستر ارتباطی رخ می‌دهد. یعنی ما معمولا در یک رابطه آسیب می‌بینیم. اما ممکن است این سوال پیش بیاید که تروماهایی مثل سیل و زلزله از چه قرار هستند. من باورم این است که اگر از ترومای شدیدی متاثر شوم و به عقب برگردم و روابط امنی داشته باشم که در بستر آن رابطه‌ی گرم، احساساتم را تجربه بکنم و احساس امنیت از دست رفته را در این دنیا بازیابی کنم، این مسئله، تعدیل‌کننده مهمی برای آثار آن تروما محسوب می‌شود. بنابراین به نظر من ما عمدتاً در روابط آسیب می‌بینیم. من معتقدم که امن نبودن این بستر بسیار تروماتایزکننده‌تر از بقیه عوامل است. بعضی از نظریه‌ها هم مستقیما می‌گویند که بسیاری از تروماها در بستر روابط ابژه شکل می‌گیرد؛ بنابراین درمان تروما هم باید در بستر ارتباطی اتفاق بیفتد. یعنی اگر درمان بخواهد موفق باشد، باید در یک رابطه‌ی امن، فرد بار دیگر آن موقعیت استرس‌زا و تروماتیک را تجربه کند. همان‌طور که رابطه می‌تواند ما را تروماتایز کند، می‌تواند ما را شفا دهد. اما لزوما این‌طور نیست که این اتفاق در روان درمانی رخ دهد. ما روابط متعددی داریم که هم می‌تواند آسیب زننده و هم شفا بخش باشند. رابطه‌ی روان درمانی از این جهت که رابطه‌ی مدیریت شده است و به خاطر اینکه برای همین هدف طراحی شده، می‌تواند مفید باشد؛ وگرنه ما در زندگی می‌توانیم به روابطی بخوریم و در بسترهای شفا دهنده و اصلاح کننده قرار بگیریم.

– از یک مسئله‌ای در جلسه درمان صحبت کردید که تروما Reexpreience و باز-تجربه شود. اینکه Reexpreience شدن به معنای یادآوری آن خاطرات تروماتایزکننده از نواست یا چیز دیگری ست؟ امکان دارد کمی در این رابطه بیشتر توضیح دهید.

+ این به معنای تجربه‌ی مجدد است. زمانی که برای اولین بار رانه‌ها و غرایزمان ابراز می‌شود، آن ابژه‌ها وقتی تحمل ندارند و سرد برخورد می‌کنند، کم کم ما تروماتایز می‌شویم و می‌فهمیم که دنیا جای امنی نیست. اکنون در رابطه جدید انگار من مجددا تست می‌کنم. واکتل می‌گویند که بیمار در جلسات اول انگار درمانگر خود را تست می‌کند، هرچند به صورت ناهشیار. یا شدلر می‌گوید ۱۵ جلسه اول اصلا درمان هنوز شروع نشده و بیمار می‌خواهد ببیند که می‌تواند اینجا خودش باشد و آرام آرام سعی می‌کند که open up کند. وقتی که open up می‌کند و باز خوردی از درمانگر می‌گیرد، این یک Reexpreience است. یعنی من nv جای دیگری غیر از روابط آسیب‌زای اولیه، دوباره سعی می‌کنم که خودم باشم تا ببینم که دنیا چطور جایی است. در این تجربه مجدد ماهیت احساسات، افکار، تکانه‌های بدنی وجود دارد و یک معنای دیگری از دنیا برای ما می‌سازند.

– پس این‌طور نیست که شخص مدام آن تجربه‌های تروماتیک خود را بازگو کند.

+ نه اصلا. چیز غلطی که امروزه در میان درمانگران پویشی وجود دارد این است فکر می‌کنند درمانجو باید مدام در مورد تجربه‌های خود بگوید. آن‌گاه این فضای بی‌نا-ذهنیتی که بین دو نفر شکل می‌گیرد و یک رابطه‌ی جدید را Reexpreience می‌کند، انگار نادیده گرفته می‌شود و این بسیار ناخوشایند است و امیدوارم کم کم به سمتی برویم که درمانگران پخته‌تر عمل بکنند و اجازه ندهند به جای رابطه‌ی انسانی، تکنیک درمانی بر جلسه حکم فرما شود.

– خب خیلی از اشخاص دسترسی به درمان ندارند و به یک سنی رسیده‌اند که در این سال‌ها زندگی تروماتیکی را پشت سر گذرانده‌اند. به نظر شما محیط، روابط بین فردی، اجتماع و حتی کتاب‌های خودآموز چه نقشی می‌توانند در کاستن از بار آن تروما داشته باشند؟

+ هر تجربه‌ی شفا بخشی می‌تواند مفید باشد. دوستان، شرکت در سازمان‌های مردم نهاد و فضاهایی که ارتباط

صمیمانه در آنجا شکل می‌گیرد، صحبت کردن با یک دوست، تماشای فیلم‌هایی که فرد می‌تواند خود را به جای آن شخص بگذارد و حتی کتاب می‌تواند مفید باشد؛ اما به همان اندازه هم می‌توانند آسیب‌زننده باشند. شرکت در یک گروهی به شرطی که آن گروه بتواند روابط صمیمانه‌ی شفابخشی را ایجاد کند، می‌تواند مفید باشد. اما گاهی ما نیت این گروه‌ها و Transference آسیب‌زننده‌ای که می‌تواند در این گروه‌ها شکل بگیرد را نمی‌دانیم و تحت مدیریت نیست. یا کتاب می‌تواند به عنوان یک دفاع نقش داشته باشد؛ به همین خاطر من با کتاب مخالف هستم و حتی می‌تواند یک نقش آسیب‌زننده را ایفا کند. اما فی‌نفسه هم ممکن است جاهایی یک تلنگری به ما بزند و باعث تجربه‌های مجدد شود. بنابراین در این عوامل هم آسیب و هم شفا وجود دارد. هرچند در پروسه روان‌درمانی هم می‌تواند آسیب وجود داشته باشد اما این آرزو را داریم که روان‌درمانگران با آموزش دیدن، بیشتر شفابخش باشند تا آسیب‌زننده.

– به نظر می‌رسد که وقتی از تروما صحبت می‌کنیم، بینش کلی عامه در مورد تروما یک واقعه شوکه‌کننده مشخص است. واقعه‌ای که عینی رخ داده است. اما به خوبی می‌دانیم که ممکن است بسیاری از تروماها در بستر زمانی ده ساله اتفاق افتاده باشند و تأثیرشان زیاد قابل مشاهده نباشد. شخص صرفاً در درون احساس بیچارگی و تروماتایز شدن بکند اما هیچ بروز و ظهوری ندارد. به نظر شما تفاوت بین این دو تروما (Shock trauma and strained trauma) چیست؟ به نظر می‌رسد که کسانی که دچار Shock trauma می‌شوند خیلی مورد توجه قرار می‌گیرند.

+ بله موضوع مورد توجه قرار گرفتن است. یعنی تروماهایی که در لحظه و با شدت اتفاق می‌افتند را بیشتر می‌بینند و با این افراد بیشتر همدلی می‌کنند. انگار کسانی که دچار تروماهای شدید لحظه‌ای می‌شوند، بیشتر این شانس را دارند که حمایت اجتماعی کسب کنند و کمتر مورد غفلت قرار می‌گیرند تا آن تروماهایی که به تدریج رخ می‌دهد. هر دو تروما است؛ اینکه ما از آن تروما کمتر صحبت می‌کنیم به این خاطر است که خیلی ظریف و اثر خود خاموش را می‌گذارد و این اثرگذاری خاموش گاهی در آن تروماهای شدید خودش را نشان می‌دهد.

– مسئله‌ی خیلی مهمی که وجود دارد این است که معمولاً وقتی با یک انسان نارسیسیستیک مواجه می‌شویم، می‌دانیم که این شخص تروماهای متفاوتی را پشت سر گذاشته و در واقع در درون هم احساس طرد شدگی بسیار زیاد می‌کند؛ ولی معمولاً ما انسان‌ها در مواجهه با او سعی می‌کنیم که تخریبش کرده و از خود دور کنیم. در صورتی که وقتی به عمق وجودی انسان‌های نارسیسیستیک پی می‌بریم، متوجه می‌شویم هزاران برابر آن رنجی که به ما وارد می‌کنند را خودشان در درون تجربه می‌کنند. به قول ویلفرد بیون تحقیقی که یک انسان نارسیسیستیک می‌کند تنها راه باقی مانده برای ارتباط گرفتن با دیگری است، همچون کودکی که تنها راه ارتباطش با مادر، فرافکنی دردهایش به اوست. من فکر می‌کنم این مسئله‌ای است که روانکاوی به خوبی به آن پرداخته است.

+ دقیقاً این بستری است که ما بتوانیم با این انسان‌ها همدلی کنیم. چون به راحتی نمی‌شود با یک شخص نارسیسیستیک که کل زندگی او ضربه بوده، همدلی کرد.

– اگر صحبت پایانی هست بفرمایید.

+ من تشکر می‌کنم از شما و بسیار کار ارزشمندی است. با قدرت ادامه دهید و این فعالیت‌ها بسیار ماندگار هستند. خیلی خوشحال شدم که در خدمتتون بودم.



پروفسور چارلز فیگلی از متخصصین تروماتولوژی و سلامت روان و استاد دانشگاه ایالتی پن آمریکا است. همچنین دکتر لین مک کورمک نیز که استاد دانشگاه نیوکاسل در استرالیا هستند به سؤالات ما که از طریق ایمیل به دست ایشان رسید، پاسخ دادند. در ادامه پاسخ‌ها را با شما به اشتراک می‌داریم. با تشکر از نسترن نیرومند و آتوسا قیصری برای نگارش، ترجمه و ارسال ایمیل‌ها.

تروما، دقیقا چیست و در نگاه شما، مهم ترین جنبه ای که هنگام توضیح ترومای روانشناختی باید به آن توجه شود، چیست؟ به عبارت دیگر، این موضوع را با کدام یک از رویکردهای شناختی، زیست شناختی، عاطفی، درون روانی و یا محیطی، می توان بهتر توجیه و تبیین کرد؟

دکتر فیگلی: تروما یک تجربه ی عمیق تشویش برانگیز یا ناراحت کننده است و مهم ترین جنبه ی قابل توجه ما در مورد تروما، بهبود پیدا کردن است. میزان بهبودی از حالت تشویش برانگیز، با توانایی فرد در توضیح این که آن رویداد چرا و چگونه برای او آزاردهنده بوده است، در ارتباط می باشد.

دکتر مک کورمک: تروما، ضربه ای به آسایش و بهزیستی فرد است. عکس العمل روانشناختی ای که برای بیشتر مردم به همراه دارد، یک عکس العمل طبیعی و بهنجار در برابر یک رویداد ناهنجار است. تمامی سیستم های انسان می توانند در مواجهه با تروما تحت تاثیر قرار گیرند و از این رو، ما از این عکس العمل، به عنوان یک عامل زیستی- روانی- اجتماعی (بایوسایکوسوشال) یاد می کنیم. برخی در حالی بهبود می کنند که دیدگاه شان از جهان را با رویداد آسیب زایی که تحت تاثیر آن قرار گرفته اند، مطابقت داده اند؛ برخی دیگر با درک و معنا بخشی به رویداد آسیب زا طبق تجربیات قبلی زندگی و دیدگاه اولیه شان از جهان بیرون، کلنجار می روند و دچار چالش می شوند.

کدام موارد در این که افراد یک حادثه را، به عنوان حادثه ای تروماتیک و آسیب زا درک کنند و همچنین در برابر ترومای روانشناختی بیشتر آسیب پذیر باشند، مهم ترین نقش را بازی می کنند؟ ساختار اجتماعی و فرهنگی، آمادگی زیستی، محتوای شناختی (طرحواره ها) و یا پویایی- درون روانی (که رویکرد روانکاوی با آن، برای تبیین این موضوع تلاش کرده است) توضیح دهید.

دکتر فیگلی: من فکر نمی کنم که لیست مناسبی وجود داشته باشد که با کمک آن به شناسایی رویدادهای آسیب زایی که قربانی را نسبت به تروما آسیب پذیر می کنند، بپردازیم.

دکتر مک کورمک: پاسخ به یک رویداد تروماتیک بهتر است به عنوان یک پاسخ همه جانبه در نظر گرفته شود. بنابراین فرهنگ، تجربیات اجتماعی و محیطی و همچنین رویدادهای قبلی زندگی بر طرحواره های شناختی که با یک رویداد آسیب زا به چالش کشیده می شوند تاثیر می گذارند. این یک واکنش دفاعی است که بسیاری از افراد در مراحل اولیه فرار، گریز یا فریز شدن (مرحله ای که در آن فرد در مواجهه با تروما، خشک می شود و قادر به حرکت نیست) برای محافظت از خود اتخاذ می کنند. پس از حادثه، یک دفاع شناختی برای معنا بخشیدن به رویدادها آغاز می شود؛ اغلب این دفاع به صورت نشخوارهای چرخه ای رخ می دهد که می تواند ما را برای مدتی درگیر نگه دارد و در نهایت منجر به نشخوار فکری هدفمند و ایجاد معنا شود. پس از آن ما می توانیم با اطلاعات جدید به عنوان بخشی از دیدگاه جدید خود از جهان که آن را به عنوان مکانی امن یا نه چندان امن درک می کنیم، پیش برویم.

به نظر شما از میان عملکردهای شناختی، زیست شناختی، اجتماعی یا درون روانی فرد، کدام یک در مواجهه با تروما بیشتر دچار نقص می شود و چرا؟

دکتر فیگلی: من نظری در پاسخ به این که کدام عملکرد در اثر تروما بیشتر آسیب می بیند، ندارم، به این خاطر که پژوهش های اندکی در حیطه ی این موارد انجام داده اند. تا به اکنون، مسائل مربوط به عملکردها، چندان توجه پژوهشگرانی را که در حیطه ی من کار می کنند، جلب نکرده است؛ تمرکز آنها بیشتر در تشخیص اختلالات است. به خصوص تشخیص اختلال اضطراب پس از سانحه.

دکتر مک کورمک: پاسخ ها بسته به تجربیات قبلی زندگی، زمان بهبودی بین رویدادهای مختلف تروماتیک و راهبردهای مقابله با رویدادهایی که به هر نحوی ما را تهدید می کنند، بسیار منحصر به فرد هستند. برخی ممکن است در چرخه های نشخوار فکری گیر کنند، برخی ممکن است تسلیم بیماری و خودپایی ضعیف شوند، برخی ممکن است از نظر اجتماعی منزوی شوند، و برخی دیگر ممکن است پاسخ های روانشناختی دیگری مانند ناتوانی در تنظیم

هیجان پیدا کنند. این یک چیز کاملاً فردی و منحصر به فرد است و بیشتر ما نمی‌توانیم پیش‌بینی کنیم تا زمانی که یک رویداد تروماتیک برای ما اتفاق بیفتد چگونه واکنش نشان خواهیم داد. داشتن حمایت خوب در مرحله پس از ضربه اغلب بسیار مهم بوده و رشد خارج از تروما برای بسیاری ممکن است.

با توجه به سبب شناسی تروما، فکر می‌کنید که کدام عناصر بیشترین نقش را دارند؟ تصور می‌کنید که نقش روابط بین فردی و دوران کودکی مهم‌تر از عوامل زیستی، شناختی و محیطی باشد؟

دکتر مک‌کورمک: تروما یک رویداد است، بنابراین علت‌شناسی ندارد. پاسخ به یک رویداد تروماتیک همانطور که در بالا ذکر شد بسیار منحصر به فرد است. ترومای دوران کودکی اگر به خوبی حمایت نشود، می‌تواند افراد را در معرض خطر مشکلات روانی در مراحل بعدی زندگی قرار دهد. بنابراین هریک از این مولفه‌های ذکر شده به هم مرتبط هستند.

اگر شخصی پس از تجربه ی تروما، به درمان حرفه ای روانشناختی دسترسی نداشته باشد، آیا یک فضای حمایت کننده، روابط بین فردی، داروهای اعصاب و روان و کتابهایی که با هدف اصلاح محتوای شناختی ذهن انسان‌ها نوشته شده اند (کتابهای خودیاری)، می‌توانند تاثیر مثبتی در رویارویی او با آثار و پیامدهای تروما داشته باشند؟

دکتر فیگلی: بله، مثل زمانی که یک باران شدید و ناگهانی می‌بارد، با وجود آن که در آن گرفتار و سرتاپا خیس می‌شویم، از آن تجربه، درس می‌گیریم و می‌آموزیم و چه بسا برای نخسیتین بار در زندگی مان یاد بگیریم که محبت و بخشندگی دیگران را بپذیریم.

دکتر مک‌کورمک: خودیاری به هر شکلی که باشد نشانه آن است که فرد در تلاش است تا به رویدادهای تروماتیک در زندگی خود، معنا ببخشد. یک محیط حمایتی و رابطه بین فردی خوب که از فرد حمایت می‌کند آسیب را در داستان زندگی خود ادغام کند (به جای اصلاح محتوای شناختی) به فرد کمک می‌کند [تا به رشد پس از ضربه برسد]. دارو می‌تواند تاثیر داشته باشد، اما لزوماً نباید اولین گام درمانی باشد. رشد به سوی شرایط به دور از مشقت باید هدف اصلی باشد و این هدف شامل پیش رفتن و ادغام رویدادها، ادغام داستان تروماتیک در داستان زندگی و استفاده از این تجربه برای رشد رو به جلوه جای کنار آمدن تدریجی با این وقایع تروماتیک است. واکنش و زمان بهبودی هر فرد پس از سانحه منحصر به فرد است و رشد، به صورت فردی اتفاق می‌افتد.

به هر صورت، روابط حمایت کننده، تلاش برای ارتقای شناختی و داروهای روان پزشکی، چه نوع تاثیراتی می‌توانند در روند بهبودی افراد دارای تروما داشته باشند؟

دکتر فیگلی: تاثیر این راهکارها و تلاشهای گوناگون در راستای کمک و حمایت از افراد آسیب دیده در اثر تروما، ناشناخته مانده است؛ اما روزی خواهد آمد که وضعیت متفاوت خواهد بود و ما در درک عناصر جسمانی، ذهنی، هیجانی و معنوی که در بروز یا کاهش تروما نقش دارند، بسیار بیشتر از اکنون، آگاهی پیدا خواهیم کرد. طبق مرکز ملی PTSD در آمریکا، در ایالات متحده، نظرسنجی‌ها به طور مداوم حاکی از آن هستند که در حال حاضر بیشتر مردم، باور به خدا یا یک قدرت برتر را تایید می‌کنند. در یک نمودار گالوپ متعلق به سال ۲۰۰۷، ۸۶٪ پاسخ دهندگان، خدا باور بوده اند، این در حالی است که تنها ۶٪ پاسخ دهندگان اعلام کردند که به وجود خدا اعتقادی ندارند.

دکتر مک‌کورمک: رابطه حمایتی مثبت، یعنی ارتباط با کسانی که شنوندگان فعالی هستند و به فرد زمان می‌دهند تا رویدادها را به روش خود درک کند، فرد آسیب دیده را در مقابل خطرات مداوم سلامتی محافظت می‌کند. امداد طلبی یا درخواست کمک برای معنا بخشیدن به رویدادها باید در افراد تشویق شود. دارو گاهی اوقات تاثیر گذار بوده و در درمان نقش دارد، اما معمولاً اولین گام درمانی برای پاسخ به رویدادهای تروماتیک نیست..



روانشناس در سازمان

امیرحسین حسن بیگی • امیرحسین قنبری • نگار ملکیان • آیدا کلانتری

سعید جوانی ۲۸ ساله است که به تازگی در شرکت پتروشیمی شهرشان به عنوان کارگر مشغول به کار شده اما در شناخت وظایف و نقش خود سردرگم است، اطلاعاتی از شرح وظایفش ندارد و هر چند وقت یکبار به کاری متفاوت گمارده می‌شود. این ابهام در نقش باعث شده او از شغل خود رضایت نداشته باشد و از درگیری شغلی‌اش کاسته شود. ابهام در نقش، از عوامل فشارزایی است که می‌تواند بر عملکرد کارکنان در یک واحد صنعتی تأثیر منفی گذاشته و موقعیت ناخوشایندی برای آن‌ها بیافریند. موقعیتی که در بالا مطرح شد از مسائلی است که روان‌شناسی صنعتی و سازمانی به آن می‌پردازد. در تعریفی ساده، روان‌شناسی صنعتی مطالعه بشر در هنگام کار است. این شاخه با ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای افرادی که مشغول به کار هستند و چگونگی تأثیر این مسائل بر روی شرایطی که در آن کار می‌کنند، سروکار دارد. تمرکز این شاخه بر افزایش تولید در محل کار و مسائل مرتبط با آن نظیر موقعیت مناسب جسمی و ذهنی کارگران را شامل می‌شود. یک روان‌شناس صنعتی کارهای زیادی نظیر مطالعه نگرش و رفتار کارگران، ارزیابی شرکت‌ها و راه‌اندازی دوره‌های آموزش مدیریت را انجام می‌دهد. توماس دابلیو هارل روان‌شناسی صنعتی را این‌گونه تعریف می‌کند: «روان‌شناسی صنعتی به مطالعه و بررسی رفتار افرادی که مشغول کار در صنعت و تجارت هستند، می‌پردازد و علم مطالعه توانایی‌ها و صلاحیت‌های آن‌ها برای کار و فعالیت است». فعالیت‌های انسان در صنعت و محل کار، چه ساده و چه پیچیده، در گام نخست هفت حوزه را تحت پوشش قرار می‌دهد: انتخاب کارکنان، آموزش، ارزیابی عملکرد، رهبری، انگیزه کار، نگرش نسبت به کار و مسائل سازمانی. این‌ها خود می‌توانند به سه حوزه فردی، ارتباطات گروهی و شرایط محیطی تقسیم شوند. فردی: روان‌شناسی صنعتی هر فرد را به طور متمایز مورد بررسی قرار می‌دهد و متمرکز بر تفاوت توانایی‌های بین افراد است. اینجا سوال این است که ما چگونه می‌توانیم فردی با بهترین توانایی‌های ذهنی برای شغل مورد نظر بیابیم. در مرتبه دوم، تحت چه شرایط روانی ما بهترین برون‌داد کاری از هر شخص را می‌توانیم تضمین کنیم و در آخر، چگونه می‌توانیم بیشترین تأثیر بر افکار خویش به منظور رسیدن به اهداف تجاری را داشته باشیم. ارتباطات گروهی: طبیعت ذاتی و اصلی کار و سازمان با سرعتی بی‌سابقه در حال تغییر می‌باشد. شرکت‌ها، با حذف لایه‌های مدیریتی، افزایش مسئولیت‌های کارمندان و برنامه‌ریزی براساس شکل‌هایی که قبلاً جواب گرفته‌اند در جهت افزایش بازدهی خود تلاش می‌کنند. مؤسسات، به صورت گروهی و با پویایی تیمی کار می‌کنند. یکی از پیامدهای این امر این است که افراد کمتری ارتقا موقعیتی پیدا می‌کنند و رهبران گروه براساس اهدافی که باید به آن‌ها رسید، تعیین می‌شوند. قدرت و سرزندگی کارمندان از طریق ایجاد محیطی که بر کار گروهی استوار است به دست می‌آید. کارمندان رده پایین اجازه اظهار نظر در خصوص چگونگی ارائه تولیدات و راه‌های بهبود آن پیدا می‌کنند. این روحیه بخشی اغلب بر تجهیزات، ایمنی، سیاست‌ها و خود مدیریتی تأثیر می‌گذارد. گروه‌های با کیفیت و تیم‌های کاری خود مدیریتی تنها دو نام از نام‌هایی است که معمولاً برای توصیف گروه‌های کاری که کیفیت برون‌داد و برنامه‌های روحیه بخشی مداوم را دنبال می‌کنند به کار می‌رود. چالش پیش رو، گوناگونی نیروی کار در اقتصاد جهانی است.

شرایط محیطی: این‌ها عواملی هستند که یک سازمان برای بهترین و بارورترین عملکرد برای کارکنان خود فراهم می‌کند. این موارد شامل عوامل ملموس نظیر نور، محل قرار گرفتن تجهیزات و غیره (به کار گرفتن انسان و چیدمان) و عوامل غیر ملموس مثل ارتباطات، نظر مدیران و غیره (روان‌شناسی صنعتی) می‌شود.

از حوزه‌های مهم روان‌شناسی صنعتی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

• **انتخاب، ارزشیابی و روان‌شناسی کارکنان:** این بخش با تجزیه و تحلیل شغل، امتحان و آزمایش، مصاحبه‌های

تاریخچه

از آغاز شکل‌گیری و استقلال علم روان‌شناسی مدت زمان زیادی نمی‌گذرد، چیزی حدود ۱۲۵ سال یا کمی بیشتر. تاریخ آغاز روان‌شناسی صنعتی و سازمانی آن هم کوتاه‌تر است. روان‌شناسی صنعتی و سازمانی تحت تأثیر و با ترکیب دو رویداد، که پیش از سال ۱۹۰۰ به وقوع پیوستند، شکل گرفت. یکی از این رویدادها، "ماهیت عملی" یا "واقعیت‌گرایی" بعضی از تحقیقات پایه‌ای روان‌شناسی در غرب بوده است. در آن دوران، بیشتر روان‌شناسان غربی از "تفکر علمی" پشتیبانی می‌کردند و به‌طور عمد از مطالعه پدیده‌هایی که خارج از مرزهای کاملاً پژوهشی بودند، پرهیز می‌کردند. در آن دوران، یکی از روان‌شناسان علاقمند به شناخت ماهیت عملی تحقیقات، که "برایان" نام داشت، به جای دفاع از مطالعه در زمینه مشکلات کارگاه‌های صنعتی، پیشنهاد می‌کند که در زمینه مهارت‌های واقعی متصدیان مشاغل گوناگون در سازمان‌ها، مطالعات علمی انجام گیرد. برایان، معتقد می‌شود که براساس یافته‌های حاصل از این نوع تحقیقات، می‌توان روان‌شناسی عملی را شکل داد. هرچند در غرب، برایان را به عنوان پدر روان‌شناسی صنعتی و سازمانی معرفی نکرده‌اند؛ اما معتقدند که او منادی یا پیشرو این رشته از روان‌شناسی کاربردی بوده است. رویداد دیگری که باعث شد در آغاز کاربردهای گوناگون روان‌شناسی در صنعت، تحت عنوان روان‌شناسی صنعتی و بعداً تحت عنوان روان‌شناسی صنعتی و سازمانی (در آمریکا) و روان‌شناسی کار (در اروپا) شکل بگیرد، تمایل مهندسان صنعتی برای بهبود کارایی ابزار و وسایل کار بوده است. در اصل، مهندسان صنعتی به ابعاد اقتصادی تولید کالاها توجه داشتند و به همین دلیل تلاش می‌کردند بهره‌وری کارگران، افزایش یابد. بدین طریق، دو عامل مهم یعنی، علاقه به ابعاد کاربردی روان‌شناسی و توجه نسبت به افزایش کارایی صنعتی، مهم‌ترین دلایل پیدایش، ابتدا روان‌شناسی صنعتی و سپس روان‌شناسی صنعتی و سازمانی در آمریکا، بوده است. در سال ۱۹۱۰، روان‌شناسی صنعتی به عنوان یکی از رشته‌های تخصصی رسمی علم روان‌شناسی درآمد. در غرب، سه نفر به عنوان مؤسس و پدر روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، شناخته شده‌اند. این سه نفر مستقل از یکدیگر کار می‌کردند و فعالیت‌های پژوهشی

شغلی، انتخاب‌های الکترونیکی و آموزش، نظارت بر افراد در هنگام کار، جایگاه صنعت و عوامل انسانی برای هر نوع شغل با روش‌های مختلف سروکار دارد.

• **آموزش:** این بخش تعیین‌کننده نیازهای آموزشی است و با برنامه‌های آموزشی جهت برطرف کردن این نیازها سروکار دارد.

• **ارزیابی اجرا:** این بخش اجرا و عملکرد شغلی را اندازه‌گیری و تعریف می‌کند و آموزش‌هایی جهت تکنیک‌های اجرایی ارائه دهد.

• **تغییرات سازمانی:** به دلیل ورود فناوری‌ها و فرآیندهای جدید، این بخش به تجزیه و تحلیل سازمان جهت تغییر می‌پردازد.

• **چیدمان محل کار و به کار گرفتن افراد:** این بخش با کاربرد اصول اجرایی برای انسان‌ها، مدل‌ها، اندازه‌گیری و تکنیک‌های طراحی سیستم سروکار دارد. هدف این بخش به حداکثر رساندن عملکرد سیستم به وسیله در نظر گرفتن محدودیت‌ها و توانایی‌های فیزیکی و شناختی انسان در هنگام طراحی است.

• **مشاوره و انتخاب مشاغل:** تجزیه و تحلیل توانایی‌ها، علائق و ارزش‌های شخصی و برآورد این مسائل در محیط کار.

• **مهارت‌های بین فردی:** این بخش شامل شناسایی و توسعه مهارت‌هایی نظیر رهبری، قاطعیت و کار گروهی و غیره است.

• **سلامت و ایمنی شغلی:** بررسی‌کننده دلایل تصادفات و درصد کاهش تکرار آن‌ها است.

• **روان‌شناسی مدیریت:** این بخش با مشکلاتی که در قسمت مدیریتی در صنعت ممکن است به وجود آید، سروکار دارد.

• **طراحی کار – روان‌شناسی مشتری:** این بخش به مطالعه عوامل مؤثر بر روابط بین سازمانی که تأمین‌کننده خدمات و شخصی که دریافت‌کننده این خدمت (مشتری) است، می‌پردازد.

• **روان‌شناسی سازمانی:** این بخش با تمامی عملکردهای یک شرکت و یا هر سازمان مرتبط با موضوع می‌باشد.

• **فشار روانی و احساس راحتی در کار:** این بخش به بررسی عواملی که منجر به استرس در محل کار و بیکاری هستند می‌پردازد.

آنان نیز کمتر با هم مشابهت یا همپوشی داشته است (محمود ساعتچی، ۱۳۸۶).

والتر دیل اسکات

در سال ۱۹۰۱، والتر دیل اسکات یکی از استادان روان‌شناسی دانشگاه نورث وسترن برای گروهی از متخصصان تبلیغات سخنرانی کرد. در این سخنرانی وی پیشنهاد کرد که از اصول روان‌شناسی در حوزه تبلیغات استفاده شود. چند سال بعد اسکات نظریه روان‌شناسی تبلیغات و روش‌های کاربرد آن را در دنیای تجارت گسترش داد. در واقع او گفت به جای این که فقط یک محصول را نمایش دهیم و امیدوار باشیم که مشتری‌ها بفهمند که به آن احتیاج دارند، آگهی‌دهندگان محصول می‌توانند به شکل جسورانه‌ای مشتری‌ها را تحت تأثیر قرار دهند و به آن‌ها تلقین کنند که آن محصول را بخرند. در دوران جنگ جهانی اول نیز اسکات در جذب و انتخاب افراد برای انجام دادن وظایف خاص، از ابزار و وسایل سنجش، بهره گرفت (کارل و دیگران، ۲۰۰۰).

فردریک تیلور

حرفه تیلور در رشته مهندسی بوده است. هرچند دوران تحصیل رسمی او کوتاه بود اما به دلیل تجربه و خودآموزی در رشته مهندسی، موفقیت‌های بزرگی را کسب می‌کند. تیلور، ارزش طراحی مجدد شرایط کاری را جهت دستیابی به بازدهی بالاتر برای شرکت و دستمزد بیشتر برای کارگران، تشخیص می‌دهد. او به درستی فرض کرد که هرگاه کارکنان کارشان را با کارایی بیشتری انجام دهند، سود شرکت بیشتر می‌شود و دستمزد کارکنان نیز بیشتر خواهد شد. او چهار اصل را معرفی می‌کند که عبارتند از: طراحی علمی روش‌های کار در جهت افزایش کارایی، انتخاب بهترین کارگران و آموزش روش‌های جدید به آنان، ایجاد روحیه تعاون و همکاری بین مدیران و کارگران و تقسیم مسئولیت طراحی و اجرای کار بین مدیریت و کارگران (آبراهام کورمن، ۲۰۰۷).

هوگو مونستربرگ

مونستربرگ، یک روان‌شناس آلمانی بود. وی روان‌شناس برجسته‌ای بود که اصرار داشت در صنعت از روش‌های مورد استفاده در روان‌شناسی برای شناخت و اندازه‌گیری

تفاوت‌های فردی استفاده شود. مونستربرگ آزمون‌هایی طراحی کرد که به وسیله آن توانستند تفاوت میان استعدادها و توانایی‌های افراد را اندازه بگیرند. وی خواهان علمی‌تر کردن مدیریت بود. چگونگی مطالعه و تجزیه و تحلیل یک کار به منظور تعیین شرایط جسمی، فکری و عاطفی مورد نیاز برای انجام دادن آن، همچنین طراحی آزمون‌هایی که به وسیله آن مسئولان سازمان بتوانند مناسب‌ترین افراد را شناسایی و انتخاب کنند، از جمله مهم‌ترین کارهای مونستربرگ به‌شمار می‌آیند (اسفندیار سعادت، ۱۳۸۶). بعضی از روان‌شناسان مونستربرگ را پدر روان‌شناسی صنعتی می‌دانند. لندی و ترومبو معتقدند که می‌توان ریشه‌های نظری و حرفه‌ای بسیاری از روان‌شناسان صنعتی و سازمانی شاخص در قرن بیستم را در کارهای مونستربرگ، جستجو کرد. پس از مرگ وی نوعی خلأ علمی در حیطه روان‌شناسی صنعتی به وجود آمد و یکی از دلایل این خلأ نیز آن بود که هیچ یک از همکاران مونستربرگ کارهای او را ادامه ندادند. در این دوره تاریخچه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، درگیر شدن آمریکا در جنگ، باعث ایجاد نوعی اتحاد بین روان‌شناسان علاقمند به این حیطه از روان‌شناسی شد. در آن زمان تأکید اولیه روان‌شناسان صنعتی و سازمانی، سود اقتصادی ناشی از به‌کارگیری نظریه‌ها و روش‌های روان‌شناسی برای حل مسائل و مشکلات تجارت و صنعت بود (آبراهام کورمن، ۲۰۰۷).

جنگ جهانی اول

جنگ جهانی اول کمک بزرگی به رشد این علم نمود. زیرا همزمان با آغاز آن، ارتش آمریکا جستجوی روش‌هایی را که بتواند براساس آنها بهترین استفاده را از میلیون‌ها سرباز در جنگ بنماید، شروع نمود. کاربرد روان‌شناسی در شیوه‌های گزینش افسران و تشخیص افراد مناسب جهت مشاغل پیچیده و مهم، پیروزی بزرگی نصیب روان‌شناسی صنعتی نمود (مرتضی مقدمی پور، ۱۳۸۷). در آغاز جنگ، انجمن روان‌شناسی آمریکا که به وسیله رابرت یرکز رهبری می‌شد به ارتش پیشنهاد کرد که از آزمون‌های روان‌شناختی می‌توان برای ارزشیابی توانایی‌های ذهنی نیروهای جدید استفاده و بعد ملاک‌هایی را تعیین کرد که براساس آن‌ها افراد را در شغل‌های نظامی مناسبی به کار گمارد. بدین ترتیب، یرکز و گروهی از روان‌شناسان،

اولین مجموعه از آزمون‌های گروهی هوش یعنی، آزمون آلفای ارتش را ساختند. وقتی آن‌ها دریافتند که حدود ۳۰ درصد سربازان جنگ بی‌سواد هستند، اولین آزمون هوش غیرکلامی را به نام آزمون بتای ارتش تنظیم کردند. والتراسکات، برای طبقه‌بندی و به‌کارگماردن سربازان در کارهایی متناسب با توانایی‌های آن‌ها کوشش‌هایی را به عمل آورد. او برای بیش از ۵۰۰ شغل نظامی شرح وظایف نوشت.

در فاصله بین جنگ جهانی اول و دوم، رشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی ادامه یافت. بسیاری از شرکت‌ها برای اولین بار بخش منابع انسانی را به مجموعه خود اضافه کردند و تعدادی از دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها رشته روان‌شناسی صنعتی و سازمانی را تأسیس کردند. بدین ترتیب پژوهش‌های بیشتری در رابطه با تبلیغات، گزینش کارکنان و آموزش کارگران انجام گرفت. در طی این دوره، اکثر پژوهش‌های صنعتی و سازمانی بر آزمون‌سازی تمرکز یافته بود. با وجود این، به جای آزمون فردی در آزمایشگاه، کارکنان آن زمان در محیط شغلی آزمون می‌شدند. مشهورترین این طرح‌ها که در کارخانه وسترن الکتریک هاوتورن انجام گرفت، مطالعات هاوتورن است. در اولین آزمایش، محققین به شکلی اصولی، نور محیطی را که گروهی از کارکنان زن در آن کار می‌کردند، تغییر می‌دادند. بهره‌وری گروه اندازه‌گیری می‌شد و سپس با بهره‌وری گروه کنترل که نور محیط آن‌ها ثابت نگهداشته شده بود، مقایسه می‌شد. هنگامی که نور محل کار گروه آزمایش افزایش پیدا کرد، بهره‌وری آن‌ها افزایش نشان داد و بهره‌وری گروه کنترل نیز همین افزایش را نشان می‌داد. حتی هنگامی که نور محیط کاهش داده شد، بهره‌وری هر دو گروه افزایش یافت و تا زمانی که نور محیط به حد نور ماه نرسید، تولید کاهش پیدا نکرد. نتایج مطالعات آغازین هاوتورن، منتهی به طراحی و اجرای چهار مطالعه اساسی شد که مدت ۱۲ سال به طول انجامید. نتایج مطالعات هاوتورن نقش گروه‌های غیر رسمی را بر تولید سازمان‌ها و لزوم کنترل این گروه‌ها در محیط کار، اهمیت نگرش کارگران بر کارایی آنان، ارزش حضور یک سرپرست فهیم و همدل و بالاخره نیاز به تلقی کارگران به عنوان انسان (نه تنها به عنوان سرمایه انسانی) را نشان می‌دهد (گریفن، ۲۰۰۷).

از آغاز جنگ جهانی دوم، روان‌شناسی صنعتی و سازمانی

رو به رشد گذاشت. اکنون اغلب شرکت‌ها، بخش‌هایی دارند که به‌طور معمول کارکنان را آزمون می‌کنند و در مسندهای مختلف به کار می‌گمارند. آن‌ها همچنین به منظور افزایش تولید و بهره‌وری، آموزش‌هایی را که به شیوه علمی طراحی می‌شوند، تحقق می‌بخشند. پژوهشگران به تدریج به موازات پیچیده‌تر شدن ماشین‌آلات و ابزار در محیط کار، بررسی‌هایی را در زمینه روان‌شناسی عوامل انسانی آغاز کردند. البته بسیاری از این پیشرفت‌ها در عملیات جنگی به کار گرفته شدند. نخستین سهم روان‌شناسی صنعتی و سازمانی در کوشش‌های مربوط به جنگ، تنظیم آزمون طبقه‌بندی عمومی ارتش بود. این آزمون نیروهای جدید را بر اساس توانایی آن‌ها برای یادگیری وظایف و مسئولیت‌های یک سرباز در چند مقوله وسیع طبقه‌بندی می‌کرد. روان‌شناسان همچنین در تنظیم آزمون‌های استرس موقعیتی به منظور انتخاب و آموزش داوطلبان برای واحدهای جاسوسی ارتش کمک‌های شایانی کردند. علاوه بر این، آن‌ها برای انتخاب خلبان‌ها و آموزش سریع‌تر و مطمئن‌تر این عده آزمون‌هایی را طراحی کردند (طیبه خلج، ۱۳۹۳).

روان‌شناسی صنعتی و سازمانی اولیه در واقع، بخشی از روان‌شناسی بود که بر کارایی کارکنان و تولید تأکید داشت. با وجود این، در طول جنگ جهانی دوم روان‌شناسی استخدامی به عنوان یک شاخه فرعی تخصصی عمده پدیدار شد و بسیاری از پژوهشگران توجه خود را از سطح تولید به بخش‌های مدیریت اجرایی تغییر دادند. در نتیجه، آن‌ها روان‌شناسی سازمانی را به وجود آوردند.

فرصت شغلی

چه فرصت‌های شغلی برای یک روان‌شناس صنعتی در دسترس است؟

مشاغل روان‌شناسی صنعتی - سازمانی، یک تخصص فرعی در حال رشد در حوزه روان‌شناسی است. آن‌ها با کمک به افراد در بهبود فرایندهای کاری و انگیزه‌های خود، رضایت شغلی زیادی پیدا می‌کنند که منجر به تجربه فردی بهتر در نیروی کار می‌شود. یک روان‌شناس صنعتی می‌تواند انتظار داشته باشد که در زمینه‌های زیر شغلی پیدا کند:

کارشناس مدیریت استعداد

یک متخصص مدیریت استعداد، برنامه‌هایی را برای آموزش سرپرستان و رهبران یک سازمان توسعه و اجرا می‌کند. این متخصصان از نزدیک با مدیریت سازمان همکاری می‌کنند تا بفهمند که به چه مهارت‌ها، دانش و تجربه‌هایی برای برتری در موقعیت رهبری نیاز دارند.

تحلیلگر رفتار

این موقعیت بر رفتار قابل مشاهده و اندازه‌گیری تمرکز دارد. یک تحلیلگر رفتار بر توصیف، درک، پیش‌بینی و تغییر رفتار تمرکز می‌کند. آن‌ها عواملی مانند تأثیرات بیولوژیکی و محیطی را در نظر می‌گیرند. تحلیلگران رفتار ممکن است در مورد روندهای مصرف‌کننده برای شرکت‌های بازاریابی یا سایر صنایع علاقه‌مند به آنچه بر تصمیمات مصرف‌کننده تأثیر می‌گذارد، تحقیق کنند.

مدیر تمرین منابع انسانی

مدیران منابع انسانی در انتخاب استعداد، مدیریت عملکرد و تنوع در محل کار تخصص دارند. آن‌ها مدیران شرکت را آموزش می‌دهند و برنامه‌هایی را برای تنوع در محل کار توسعه می‌دهند. آن‌ها در جذب و حفظ کارمندان تخصص دارند.

مشاور

یک مشاور برای بررسی توسعه سازمانی، آموزش، تغییرات مدیریتی، ارزیابی کارکنان، جذب استعدادها و مسائل مربوط به حقوق و مزایا، با مدیران اجرایی و سایر افراد در پست‌های رهبری ملاقات می‌کند. یک مشاور ممکن است دفتر مشاوره خود را اداره کند یا برای یک شرکت مشاوره بزرگتر کار کند.

تحلیلگر پژوهشی

یک تحلیلگر پژوهشی پروژه‌های تحقیقاتی را سازماندهی می‌کند و با تیم‌های پروژه همکاری نزدیک دارد. آن‌ها داده‌ها را تجزیه و تحلیل می‌کنند و براساس یافته‌های خود توصیه‌هایی ارائه می‌کنند. آن‌ها ممکن است برای مجلات دانشگاهی و مجلات تجاری مقاله بنویسند.

WHAT DOES I/O PSYCH DO?

Workplace Productivity Decoded

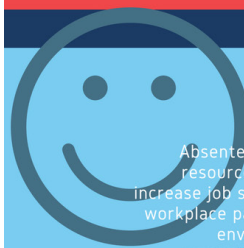
HIRE RIGHT

Building the right team for the present as well as considering needs for future growth can be daunting. I/O Psych streamlines the recruitment process by assessing job requirements in context with possible areas of growth and company culture, and using those criteria to recommend effective recruitment and interview strategies



MOTIVATE & RETAIN EMPLOYEES

Absenteeism and turnover cost time, money, and resources better spent elsewhere. I/O Psych can increase job satisfaction and motivation by identifying workplace pain points and cultivating a positive work environment. Enacting policies for employee recognition, training, and communication are key elements for engagement and retention



WORKPLACE CULTURE

Company culture may sound like a frivolous term, but strong culture is linked with profitability. Culture unites an organization and generates loyalty, team cohesion, and directs employee behavior. I/O Psych can help build healthy culture that fosters communication, effective teams, and leaders with strong purpose



IMPROVE PERFORMANCE

100%

Things can always be improved. Stop improving and you may as well give up. To make real improvements it's necessary to understand your organization inside and out in order to focus your efforts. I/O Psych uses assessments to gather information and direct development and management strategies

مدیر توسعه سازمانی منابع انسانی (OD)

این موقعیت مهم، رابط و مشاور رهبری شرکت است. مدیر OD با توسعه و اجرای برنامه‌های منابع انسانی در سطح شرکت، ابتکارات شرکت را در سراسر سازمان برنامه‌ریزی و هماهنگ می‌کند. این موقعیت مستقیماً مسئول ایجاد سیاست‌های منابع انسانی برای جذب و حفظ کارکنان ارزشمند و کمک به سازمان در دستیابی به اهداف تجاری و عملیاتی است.

معرفی سریال

Mad Men اصطلاحی است که تبلیغاتچی‌های خیابان مدیسون - خیابانی در نیویورک که اکثر آژانس‌های تبلیغاتی در آن دفتر داشته و دارند - در دهه ۵۰ میلادی برای توصیف خودشان وضع کردند. این اصطلاح ابهام‌دار که هم اشاره بر ساکنان مدیسون دارد و هم حکایت از جنون تبلیغاتچی‌ها می‌کند، نام سریالی است که Matthew Weiner (نویسنده و تولیدکننده‌ای که سریال مشهور Sopranos را در کارنامه خود دارد) دست به خلق آن زد. پخش این سریال در ۱۹ جولای ۲۰۰۷ از شبکه کابلی AMC آغاز شد و پس از هفت فصل و ۹۲ قسمت، با پخش آخرین قسمت آن در ۱۷ مه ۲۰۱۵ خاتمه یافت. زمان تاریخی فصل اول مارچ ۱۹۶۰ است و فصل هفتم تا نوامبر ۱۹۷۰ پیش می‌رود.

این سریال درامی است در مورد یکی از باپرستی‌ترین آژانس‌های تبلیغاتی خیابان مدیسون به نام Sterling/Cooper (که البته نامی خیالی است) با تأکید روی شخصیت مرموز و بسیار بااستعداد مدیر خلاقه آن Don Draper (با بازی Jon Hamm) که بعدها یکی از بنیانگذاران و شرکای اصلی شرکت Sterling/Cooper/Draper/Price می‌شود. داستان درام هم روی فعالیت‌های کاری آژانس‌ها و هم زندگی شخصی شخصیت‌ها تمرکز دارد. سریال Mad Men در طول پخش برای فیلمنامه، بازیگری و اصالت تاریخی‌اش مورد تعریف و تمجید منتقدان قرار گرفت و جوایز بسیاری را نصیب خود کرد از جمله ۱۶ جایزه Emmy و چهار جایزه Golden Globe که آخرین آن همین امسال به Jon Hamm به‌عنوان بهترین بازیگر نقش اول مرد درام تلویزیونی اختصاص یافت. این شو همچنین نخستین سریال کابلی بود که برای چهار فصل متوالی جایزه Emmy برجسته‌ترین سریال درام را برنده شد. بسیاری آن را عالی‌ترین درام تلویزیونی تمام طول تاریخ می‌دانند. درست است که دوره تاریخی این سریال دهه پرفراز و نشیب ۱۹۶۰ آمریکاست، اما جهان‌بینی مطرح شده در سریال و درگیری‌های شخصیت‌های سریال در زندگی خصوصی و حرفه‌ای و انتخاب‌های درست و نادرست آنان و نزدیکی بسیار تنگاتنگ خط داستانی با واقعیت دنیای تبلیغات حاوی درس‌ها و نکاتی است که فراتر از یک دوره خاص زمانی می‌رود. جنبه‌ای از سریال که ما در این

سلسله نقدها و نوشتارها مدنظر داریم، زوایای آشکار و پنهان مربوط به فعالیت آژانس‌های تبلیغاتی، نحوه تعامل با مشتریان، روابط کارکنان آژانس، نکات ظریف مدیریتی، نقش خلاقیت در ارائه تبلیغات تأثیرگذار، نگاه شرکت‌های تبلیغاتی به بخش‌های مختلف یک آژانس مانند و نظایر آن است که به ظرافت در لابه‌لای داستان سریال مطرح شده است. همان‌گونه که اشاره شد این مجموعه تلویزیونی در یک آژانس تبلیغاتی خیالی روایت می‌شود، اما برای هرچه باورپذیرتر شدن حال و هوای سریال، تهیه‌کنندگان برخی رخدادهای واقعی در دنیای تبلیغات و کمپین‌های معروف را به‌تصویر کشیده‌اند.

معرفی کتاب

روان‌شناسی صنعتی و سازمانی

نویسنده: آبراهام ک. کورمن / مترجم: دکتر حسین شکرگن
دریاره کتاب: روان‌شناسی صنعتی و سازمانی شاخه‌ای از علم روان‌شناسی است که به مطالعه رویکردهای روان‌شناسی در سازمان‌ها، شرکت‌ها و نهادهای دولتی و خصوصی می‌پردازد. بررسی رفتار کارمندان و شرایط محیط کار در راستای افزایش دانش کارکنان و توسعه‌ی نهادهای دیگر وظایف روان‌شناسی صنعتی و سازمانی است که مورد مطالعه قرار می‌گیرد. روان‌شناسی صنعتی و سازمانی بر دو قسمت مختلف تمرکز می‌کند. بخش صنعتی به مطالعه رفتار کارکنان و ارتباط آنان با یکدیگر در شغل خود و قسمت سازمانی به تأثیرات سازمان بر رفتار کارمندان می‌پردازد. کتاب روان‌شناسی صنعتی و سازمانی به قلم آبراهام ک. کورمن کتابی در زمینه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی است که به بررسی روابط بین کارکنان، محیط کاری سازمان‌ها و روان‌شناسی شغلی کارکنان می‌پردازد. کتاب روان‌شناسی صنعتی و سازمانی به همت دکتر حسین شکرگن ترجمه شده و در اختیار علاقه‌مندان قرار گرفته است.

گفتگوی صنعتی و سازمانی

فائزه پیرمهرادیان در گفتگو با دکتر احمد رضا فتوت

خودتان را معرفی کنید.

من احمد رضا فتوت هستم. دکترای روانشناسی صنعتی و سازمانی و عضو انجمن روانوردی آمریکا هستم. بیش از ۲۵ سال در حوزه روانشناسی صنعتی و سازمانی و در سازمان های مختلف به عنوان روانشناس صنعتی و سازمانی فعالیت می کنم. با دسته بندی شرکت و سازمان هایی که به نوعی تابع ۴ الی ۵ وزارت خانه می شود فعالیت داشته ام؛ که شامل: ۱. سازمان هایی که تابع وزارت اقتصاد و دارایی هستند، که شامل بانک ها و بیمه ها. ۲. سازمان هایی که تابع وزارت نیرو هستند، مثل آب و فاضلاب، برق، توزیع و تولید و... ۳. سازمان هایی که تابع وزارت صنعت، معدن و تجارت هستند. ۴. سازمان هایی که تابع وزارت نفت هستند، مثل مجموعه شرکت هایی که زیر مجموعه شرکت ملی پتروشیمی، گاز، پخش، پلایش، شرکت نفت و... هستند؛ و تقریباً اکثر کارخانه های فولادی، سیمانی، خودرو سازی را در خدمت شان بدم. موسس مرکز مشاوره کاریزما که اولین مرکز مشاوره تخصصی صنعتی و سازمانی است، که بیش از بیست سال فعالیت می کند هستم. در طی سال های کاری ام بیشتر سعی کرده ام به جای محیط آکادمیک در محیط عملی فعال باشم.

روانشناسی صنعتی و سازمانی چیست؟ و از چه زمانی به وجود آمده است؟

اگر بخواهیم تاریخچه روانشناسی صنعتی و سازمانی را بگوییم، گفته اند که بخاطر یک اشتباه لفظی است که برای اولین بار در یک کنفرانس این اصطلاح توسط برایان بکاربرده شده است. این شاخه از روانشناسی از زمان تحقیقات و مطالعه های مونستربرگ شروع شد که بحث اثرات نور، صدا و... را در راندمان کار مورد بررسی قرار داد. در ایران این گرایش را در سال ۱۳۸۳ در دانشگاه چمران نیز تاسیس کردند.

کاربرد و ضرورت روانشناسی صنعتی و سازمانی چیست؟

یکی از کاربردی ترین رشته های روانشناسی، روانشناسی صنعتی و سازمانی است. در محیط کاری بیش از آنکه ابزارهایی مثل استراتژی ها، آیین نامه ها، مقررات و... کار کند عامل اصلی ما نیروی انسانی ما است به همین دلیل ما در محیط کار که با انسان سروکار داریم، قطعاً به یک روانشناس که در این حوزه متخصص است نیازمندیم؛ لازم به ذکر است که حتماً در این حوزه متخصص باشند زیرا در مواردی به کرات دیده شده که از جمله روانشناسانی همچون بالینی، کودک، تربیتی و... برای تدریس و کار در این حوزه دعوت به کار شده است. هر کجا انسان و نیروی انسانی است، ما نیاز به یک روانشناس صنعتی و سازمانی داریم که رفتار انسان را مورد بررسی قرار دهد چرا که رفتار انسان، سبب بهروری نیروی انسانی می شود. تمام شرکت ها و سازمان ها هدف شان افزایش تولید و فروش است که توسط ابزار و تکنولوژی انجام نمی شود، بلکه توسط نیروی انسانی است که هر نیروی انسانی هم مد نظر نیست؛ بلکه کارآمد بودن آن مهم است که تشخیص آن کار روانشناس صنعتی و سازمانی است که به وسیله ی ابزارهای روانسنجی علمی این تشخیص انجام می شود. پس کاربرد این رشته زمانی است که اگر قصد ما افزایش بهروری سازمان است و این افزایش بهروری بیش از هر چیزی منوط و مربوط به نیروی انسانی است. پس روانشناس صنعتی و سازمانی می تواند کمک به انتخاب نیروی انسانی مناسب کند (right man on the right job)، فرایندهای سازمانی را بازنگری کنند، کمک به افراد برای اینکه فرایندهای کاری شان به بهترین نحو انجام دهند، برطرف کردن عیوب ساختارهای سازمان، بهبود انگیزه و عملکرد و چگونگی افزایش آن، سلامت روان پرسنل و به طور کل عواملی که می توانند باعث شوند راندمان بهبود یابد یا نتیجه عکس دهد که می تواند موجب حادثه نیز شوند را بهبود ببخشند.

متأسفانه در سازمان‌ها این رشته را، رشته‌ی گرانی می‌دانند در صورتی که استخدام روانشناس صنعتی و سازمانی یک سرمایه‌گذاری است؛ زیرا یک روانشناس صنعتی و سازمانی می‌تواند نیروی خوب و شایسته را برای ما پیدا کند و چگونگی آموزش کار و شایستگی‌های لازم برای پرسنل و مدل شایستگی کار را پیدا کند و افراد را براساس مدل شایستگی جذب کند.

فرصت‌های شغلی روانشناسی صنعتی و سازمانی چیست؟

بسیار فرصت شغلی این حوزه بالا است؛ اما نکته‌ی قابل توجه این است که دانشجویان این حوزه از روانشناسی همچون دانشجویانی که روانشناس بالینی می‌خوانند درک کرده‌اند که با دانش آکادمیک نمی‌توانند وارد بازار کار شوند؛ که این ناشی از ضعف سیستم آموزشی ما است. که صرفاً انتقال دانش دارند نه مهارت. پس دانشجویان این رشته باید بدانند که نیازمند افزایش مهارت خود هستند و باید کارورزی کنند، در نتیجه زمینه‌ی کار برای آن‌ها به طور گسترده فراهم است؛ زیرا به تعداد تمام شرکت‌ها و سازمان‌ها به عبارتی به ازای هر ۳۵۰ نفر ما یک روانشناس صنعتی و سازمانی پاره وقت نیازمندیم اما فرد باید مهارت لازم برای کار را داشته باشند؛ چرا که اگر مهارت کافی را نداشته باشند دید مدیران شرکت‌ها و سازمان‌ها نسبت به روانشناسان صنعتی و سازمانی تغییر می‌کند و میل به استخدام آن‌ها کم می‌شود. درآمد این رشته نسبت به دیگر شاخه‌های روانشناسی بیشتر است به شرط داشتن مهارت کافی و وجود علاقه که موجب رشد هر روزه در این حوزه می‌شود که می‌تواند سبب موفقیت در این رشته شود و فرصت شغلی برای متقاضیان را ایجاد کند.

دانشگاه‌های برتر در این رشته چیست؟

یکی از ملاک‌های برتر بودن دانشگاه‌ها ارزیابی خروجی آن‌ها در محیط کاری است، و صرفاً اسم دانشگاه ملاک ما نیست. دانشگاه اصفهان یکی از دانشگاه‌هایی است که خروجی دانشجویان آن در محیط کاری خوب بوده است. از جمله کشورهای خارجه که به این حوزه از روانشناسی توجه دارند می‌توان به آمریکا، آلمان و هلند اشاره کرد.

آینده این زمینه به کدام سمت پیش می‌رود؟

در ایران سال‌هاست به این زمینه پرداخته شده و کنفرانس‌های خوبی در این حوزه به برگزار می‌شود. سازمان‌ها بیشتر متوجه نیاز خود به روانشناس صنعتی و سازمانی شده‌اند و در ده سال اخیر زمینه‌ی کاری برای خانم‌ها بیشتر در این حوزه فراهم شده است.

از جمله مشکلات رایج در این رشته چیست؟

یکی از رشته‌های کاربردی از ۵۴ رشته روانشناسی است که در ایران این رشته آن طور که باید برایش مانور داده نشده است؛ به طور مثال در کنفرانس‌های این رشته عمده حضار اساتید و علم‌جویان این حوزه قرار دارند اما اگر یک کنفرانس منابع انسانی برگزار شود حدود ۶۰ الی ۷۰ درصد حضار متولیان و تصمیم‌گیران شرکت‌ها و سازمان‌ها حضور دارند و این یکی از ضعف‌های این رشته است که چندان معرفی نشده است.

اگر نکته‌ای دارید بفرمایید.

نکته آخر اینکه این رشته را صرفاً براساس رایج بودن یا به اصطلاح مد بودن آن، درآمد و ... انتخاب نکنید و وجود علاقه یکی از امرهای مهم در این رشته است، که موفقیت در این حوزه را تضمین می‌کند.

اختلال PTSD

گروه نویسندگان | درسا تجلی • آیدا کلاتری • سمیرا عبدیزدان • مهتاب هداینی و نگار ملکیان

مطالعه موردی

CASE STUDY

ویکتور مردی ۲۷ ساله است که به اصرار نامزدش، برای کمک به درمانگر مراجعه می‌کند. او یکی از نیروهای پیاده نظام محلی بود که پس از گذراندن دو دوره خدمت در عراق، در سال ۲۰۱۴، با افتخار بازنشست شد. نامزدش به او گفته که از دومین دوره خدمتش، دیگر آن آدم سابق نبوده و این بر روابط آن‌ها تاثیر گذاشته است. با وجود اینکه اطلاعات کمی در مورد خود می‌دهد اما درمانگرش در خلال سوال و جواب‌ها متوجه می‌شود که او برای خوابیدن، مشکل جدی دارد؛ به طوری که با یک چشم باز می‌خوابد و در مواقعی که به خواب عمیق‌تری می‌رود؛ کابوس می‌بیند. او تجربه‌ی چندین تروما را در طول دومین دوره خدمتش تایید می‌کند اما جزئیات خاصی ارائه نمی‌دهد. او تاکنون در مورد تروماهای خود با کسی صحبت نکرده و از این به بعد هم احتمال نمی‌دهد با کسی صحبت کند. او بیشتر وقت خود را در تنهایی سپری می‌کند؛ زیرا احساس «کج خلقی» دارد و نمی‌خواهد به دیگران آسیب بزند. او به درمانگرش می‌گوید که شغل نگهبانی برایش دشوار است؛ به این دلیل که این کار خسته کننده است و فرصت زیادی برای فکر کردن به او می‌دهد. در عین حال، او به راحتی از سرو صدا و حرکت آشفته می‌شود (گویی چیزی او را تهدید می‌کند) و زمان زیادی را صرف جستجوی تهدیداتی می‌کند که هیچ وقت نه در خانه و نه در محل کارش، واقعی نبوده‌اند. او توصیف می‌کند که روزانه خاطرات ناخودآگاهی درباره تروماهای خود دارد، اما از ارائه جزئیات خودداری می‌کند. او همچنین از دیدن دوستان دوران خدمتش اجتناب می‌کند زیرا دیدن آن‌ها تجربیاتی را به او یادآوری می‌کند که نمی‌خواهد به خاطر بسپارد.

معرفی اختلال

اختلال استرس پس از سانحه، مجموعه نشانه‌هایی است که افراد ممکن است پس از یک حادثه خوشونت‌بار تجربه کنند. شاید قالبی‌ترین تصویر همه ما از این اختلال، کهنه سربازی است که با شنیدن صدایی انفجارمانند، به زمین می‌افتد و طوری رفتار می‌کند که انگار دوباره در میدان جنگ است و رودروی دشمن قرار دارد؛ اما واقعیت زندگی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه فراتر از تصویر یادشده است، این حالت که «جهش به گذشته» نام دارد، علامت حادی است که افراد به صورت لحظه‌ای آن را تجربه می‌کنند، در حالی که علامت‌های دیگر و کمتر شناخته شده اختلال استرس پس از سانحه، اغلب به صورت مزمن زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهند، همچنین افراد می‌توانند به دلائل متفاوت، نه فقط جنگ، درگیر این اختلال شوند. شناخت درست همه ابعاد استرس پس از سانحه، ما را به درک رنج این افراد نزدیک می‌کند. به این نمونه بالینی، برگرفته از سایت انجمن روان‌شناسی آمریکا، توجه کنید: تری ۴۲ ساله، یک بازمانده از زلزله بود که موقع مراجعه برای دریافت درمان روان‌شناختی، حدود ۸ سال از شروع علائمش می‌گذشت. در این مدت او انرژی زیادی را صرف مشغول نگه داشتن خودش با فعالیت‌های متفاوت می‌کرد تا شاید بتواند از دست افکار مربوط به حادثه زلزله فرار کند، همچنین تلاش می‌کرد دیگران را متقاعد کند زلزله زندگی او را تحت تاثیر قرار نداده است، ارتباطش را با افراد در جریان این موضوع، محدود کرده بود و اگر زمانی صحبت زلزله پیش می‌آمد سریع موضوع صحبت را عوض می‌کرد؛ با همه این اوصاف، هر زمان که تنها می‌شد افکار و تصاویر ناخواسته‌ای در مورد زلزله به ذهنش هجوم می‌آوردند. همچنین کابوس‌های وحشتناکی در مورد زلزله می‌دید که باعث می‌شد با شدت از خواب بیدار چیزی که باعث جدایی تخت خواب او از همسرش شده بود.

همانند مورد تری، این اختلال عموماً پس از مواجهه با یک رویداد پراسترس یا سانحه رخ می‌دهد. دامنه

رویدادهایی که می‌توانند منجر به این اختلال شوند وسیع است اما می‌توان از میان آن‌ها به حضور در جنگ، تجربهٔ بلایای طبیعی و مورد سوءاستفادهٔ جنسی قرار گرفتن به عنوان شایع‌ترین رویدادهای منتهی به این اختلال اشاره کرد.

علامت‌هایی که این افراد تجربه می‌کنند، در چهار حوزه قابل دسته‌بندی است:

۱. علائم مزاحم: هر چیزی که به نحو آزارنده‌ای یادآور عاطفهٔ همراه با سانحه باشد. برای مثال در مورد تری، یادآوری تصاویر زلزله در اوقات تنهایی و کابوس‌هایی در مورد آن، جزو این دسته از علامت‌ها هستند. جهش به گذشته نیز در این دسته قرار می‌گیرد.

۲. علائم اجتنابی: هر تلاشی که فرد برای دوری از یادآورهای سانحه انجام می‌دهد. در مورد تری، دوری از افراد در جریان و مشغول کردن خود به صورت افراطی، در این گروه از علائم طبقه بندی می‌شود.

۳. علائم مربوط به تغییر در خلق و شناخت: این دسته از علامت‌ها، به تصویری که از یک بیمار افسرده وجود دارد بسیار نزدیک است. برای مثال فرد به صورت مداوم هیجان‌های منفی مانند ترس، وحشت و خشم را تجربه می‌کند و در مورد خود، جهان و دیگران عقاید منفی پیدا می‌کند.

۴. علائم مربوط به تغییر در میزان برانگیختگی فیزیولوژیک: این دسته از علامت‌ها منجر می‌شود تا فرد رفتارهای تکانشی و بی‌محابا داشته باشد. در مورد تری، با شدت از جا پریدن در هنگام خواب در این گروه قرار می‌گیرد.

در مورد سبب‌شناسی این اختلال، رویکردهای متفاوت بررسی آسیب‌های روانی، دیدگاه‌های گوناگونی دارند. پیروان مکتب روان‌پویشی، سانحه را یادآور آسیب و رویدادی در دوران کودکی می‌دانند و برای پیروان مکتب شناختی-رفتاری، اختلال در نتیجهٔ پردازش ناقص شناختی سانحه است؛ با این وجود شناخت این نظریه‌ها به تنهایی راهگشای ما در شناخت پدیدآیی اختلال استرس پس از سانحه نیست، چرا که حتی در زمان یک رویداد مشابه مانند زلزله یا سیل، بازماندگان به صورت مشابه واکنش نشان نمی‌دهند.

نتایج یک مطالعه در کشور آمریکا نشان می‌دهد که حدود ۶۰ درصد از مردان و ۵۰ درصد از زنان در طول زندگی خود با یک رویداد آسیب‌زا مواجه شده‌اند اما شیوع مادام‌العمر اختلال استرس پس از سانحه تنها ۸ درصد است. از جمله عوامل زمینه‌ساز آسیب‌پذیری نسبت به این اختلال می‌توان به نظام حمایتی ناکافی، تغییرات پر استرس اخیر در زندگی و رویدادهای پرفشار در سال‌های اولیهٔ زندگی اشاره کرد. شروع علائم می‌تواند از یک هفته پس از واقعه تا سال‌ها بعد باشد. برای درمان این اختلال، هر رویکردی متناسب با صورت‌بندی خاص خود از علت پدیدآیی، سازوکار خاصی را پیشنهاد می‌دهد.

می‌توانید با مراجعه به [اینجا](#) لیستی از درمان‌های شواهدبنیاد برای تروما را مشاهده کنید.



زمانی که فردی از خانواده یا دوستانتان دچار PTSD (اختلال استرس پس از سانحه) می‌شود، می‌تواند برای شما و خودش موقعیت بسیار دشوار و البته خسته کننده‌ای ایجاد کند. تغییری که این فرد تجربه می‌کند می‌تواند نگران کننده یا حتی ترسناک باشد. PTSD می‌تواند تأثیرات زیادی بر روی رابطه افراد داشته باشد. معمولاً در این شرایط درک رفتار افراد بسیار دشوار است. شاید از خودتان بپرسید چرا این فرد دیگر مثل گذشته مهربان نیست و بیشتر از قبل حساس شده است. در این شرایط احساس خواهید کرد که بر روی لبه پرتگاه راه می‌روید یا با فردی زندگی می‌کنید که اصلاً او را نمی‌شناسید و برایتان غریبه است. نشانه‌های PTSD می‌تواند به از دست رفتن شغل، سوء مصرف مواد و سایر مشکلات بینجامد. چنین شرایطی بر روی کل خانواده اثر می‌گذارد و می‌تواند تجربه دردناکی برای افراد ایجاد کند. اگرچه مدیریت این نشانه‌ها توسط خود فرد همیشه دشوار نیست اما باید به خاطر داشته باشید که چنین فردی همیشه هم نمی‌تواند کنترلی بر روی رفتارهایش داشته باشد. فردی که دوستش دارید و برایتان عزیز است حالا دچار مشکل شده و سیستم عصبی‌اش در حالت هشدار مداوم قرار دارد. همین امر باعث می‌شود این فرد به طور مداوم احساس آسیب‌پذیری و ناامن بودن داشته باشد. چنین موقعیتی می‌تواند به عصبانیت، تحریک‌پذیری، افسردگی، عدم اعتماد و سایر نشانه‌های PTSD منجر شود و او را از مسیر عادی زندگیش باز دارد. با حمایت درست از طرف خانواده و دوستان، سیستم عصبی این فرد می‌تواند به شرایط عادی بازگردد.

برخورد صحیح زمانی به مثابه یک مسئله مطرح می‌شود که رفتار، افکار و کنش‌های شخصی که مبتلا به اختلال PTSD است، برای اطرافیان آن شخص مبهم و غیرمنطقی به نظر برسد. آگاهی‌رسانی به اطرافیان در رابطه با این که بروز چنین رفتارهایی از فرد، با توجه به تجاربی که پشت سر گذاشته طبیعی است، بسیار مهم است؛ پس در این مواقع، رفتار پسندیده‌ی همراه با آگاهی، ضرورت دارد

- حمایت اجتماعی برایش فراهم کنید: حمایت کردن از شخص ضرورت دارد. اگر بتوانید حمایت کافی از او داشته باشید، به او کمک خواهید کرد بر احساساتی همچون تنهایی، بدون یار و همراه بودن، ناراحتی و ناامیدی غلبه کند. با کسی که دوستش دارید کارهای نرمال و همیشگی‌تان را انجام دهید، اجازه دهید این فرد خودش تصمیم بگیرد، استرس خودتان را هم مدیریت کنید، اطلاعاتی در مورد PTSD به دست آورید و انتظار احساسات مختلف را داشته باشید.

- اعتماد و امنیت را دوباره برایش بسازید: تروما یا اتفاقات وحشتناک می‌تواند دید افراد به دنیا را تغییر دهد و او را در موقعیت ترسناک و خطرناکی قرار دهد. چنین شرایطی به توانایی فرد برای اعتماد به سایرین و حتی اعتماد به خودش لطمه می‌زند. هر کاری که می‌توانید انجام دهید تا او دوباره حس امنیت و اعتماد را به دست آورد. تعهد خودتان به رابطه را نشان دهید. اجازه دهید بداند کنارش هستید و همیشه حمایتش می‌کنید.

- محرک‌ها را مدیریت کنید و بشناسید: محرک هر چیزی می‌تواند باشد. فرد، موقعیت، اشیا یا مکان خاص می‌تواند یادآور تجربه وحشتناکی باشد که او در آن قرار گرفته بوده است. چنین شرایطی باعث بروز نشانه‌های PTSD می‌شود و خاطرات بد گذشته را دوباره به یاد فرد می‌اندازد. گاهی اوقات محرک‌ها کاملاً واضح و روشن هستند. به عنوان مثال دیدن یک سرباز نظامی می‌تواند او را به یاد عزیزانش بیندازد که در جنگ از دست داده است. با این حال همه محرک‌ها ممکن است واضح و روشن نباشند. برای شناسایی برخی از این محرک‌ها باید زمان کافی اختصاص دهید. مثلاً آهنگی که به هنگام بروز رویداد پخش شده می‌تواند یک محرک مهم برای او باشد. اما محرک‌ها همیشه هم خارجی نیستند. احساسات داخلی هم می‌توانند نشانه‌های PTSD را تحریک نمایند.

- خشم و هیجان زدگی‌اش را مدیریت کنید: اختلال استرس پس از حادثه می‌تواند مدیریت احساس افراد را دشوار سازد. اگر فردی در خانواده‌تان با چنین شرایطی روبروست، ممکن است با احساسات مختلفی همچون تحریک‌پذیری، تغییر خلق و خو و بروز خشم دست و پنجه نرم کند.

افرادی که از PTSD رنج می‌برند، در استرس مداوم فیزیکی و عاطفی زندگی می‌کنند. از آنجایی که آن‌ها معمولاً در خوابیدن هم مشکل دارند مدام احساس خستگی دارند و از نظر فیزیکی هم با مشکلاتی روبرو می‌شوند. آن‌ها حتی ممکن است به استرس‌های معمولی زندگی هم واکنش بسیار تند و شدیدی نشان دهند. برای بیشتر افراد مبتلا به PTSD، خشم پوششی برای سایر احساسات همچون غم، درماندگی و احساس گناه خواهد بود. خشم به آن‌ها کمک می‌کند احساس قدرت داشته باشند و دیگر حس ضعیف بودن یا آسیب‌پذیری را تجربه نکنند.



پیش‌بینی می‌کند، دارای اهمیت زیادی است. کینگ و همکاران، براساس برخی از تحقیقات دریافتند علائم PTSD سبب کم شدن حمایت اجتماعی بعدی می‌شود، با این حال امکان دارد زمان ضربه‌ی روحی بر جهت‌گیری این رابطه تاثیرگذار باشد. همچنین در تحقیقی دیگر، شالکراس و همکاران، پی بردند که در عوض سطح ادراک حمایت اجتماعی پایین، علائم PTSD بیشتری را در پی دارد. نحوه‌ی برخورد اطرافیان و جامعه با کسانی که دچار مشکلات روحی و روانی هستند، بسیار حائز اهمیت است. عوامل مختلفی در فرایند درمان اثرگذار است که به عنوان مثال می‌توان به نوع رفتار اطرافیان مخصوصاً خانواده اشاره کرد.

در چنین مواقع به دنبال نشانه‌هایی باشید که بیان‌کننده خشم اوست. مثلاً زمانی که فک خود را حرکت می‌دهد، با صدای بلندتر صحبت می‌کند یا به ناگهان تحریک می‌شود. به محض دیدن نشانه‌های اولیه سعی کنید او را از موقعیت موجود دور کنید.

گزارش شده است که گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی هم در بیماران مبتلا به PTSD موثر است. فواید گروه‌درمانی عبارت است از شریک شدن در آسیب‌هایی که بر دیگران وارد آمده است، و برخورداری شدن از حمایت سایر اعضای گروه. با خانواده‌درمانی اغلب می‌شود به حفظ رابطه‌ی زناشویی در ادوار تشدید علائم کمک کرد. وقتی علائم خیلی شدید است یا خطر خودکشی و سایر اعمال وجود دارد، بستری کردن ضرورت می‌یابد. تجربه کردن PTSD و همچنین درمان علائم و نشانگان آن، هر دو از بافت اجتماعی که در آن رخ می‌دهند تاثیر می‌پذیرند. به همین دلیل وجود افرادی به منظور برآورده کردن نیاز عملی و عاطفی، تاثیر مهمی در نگهداری، رشد و درمان این اختلال دارد. حمایت اجتماعی برای افراد مبتلا به این اختلال در طول زمان، به واسطه‌ی رابطه علیتی که در آن حمایت اجتماعی کمتر، علائم PTSD را

درمان

هشدار: هرگونه درمان، چه دارویی و چه روان‌درمانی، باید زیر نظر متخصص انجام شود و از درمان‌های خودسر پرهیز کنید.

بی‌تردید پس از بروز بیماری، اساسی‌ترین مرحله، انتخاب درمان مناسب و به موقع است که این مسئله در حوزه‌ی اختلالات روانی، از یک سو به دلیل پیچیدگی رفتارهای انسان و از سوی دیگر به دلیل افزایش میزان اختلالات روانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مداخلات متعددی در درمان و کاهش علائم PTSD ارائه می‌گردد که می‌توان آن‌ها را به دو دسته کلی روان‌درمانی و دارودرمانی تقسیم نمود:

روان‌درمانی

برای درمان PTSD در بزرگسالان و کودکان از چند روش روان‌درمانی (صحبت درمانی) استفاده می‌شود. از جمله انواع روان‌درمانی که در PTSD مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. درمان شناختی

این درمان به فرد کمک می‌کند متوجه تفکری (الگوی شناختی) شود که او را در سانحه نگه داشته است. مثلاً باورهای منفی درمورد خود و خطر بروز مجدد سانحه. اغلب در درمان PTSD از روش شناختی در کنار "درمان از راه مواجهه" استفاده می‌شود.

۲. درمان از راه مواجهه

این درمان رفتاری به فرد کمک می‌کند که به روش مطمئن و ایمن با شرایط و خاطراتی که برایش وحشتناک است روبرو شود تا به طور موثر با آن کنار بیاید. این روش بخصوص درمورد کابوس و یادآوری‌های دردناک تجارب تروماتیک، موثر واقع می‌شود. در یک رویکرد از برنامه‌های واقعیت مجازی استفاده می‌شود که به فرد اجازه می‌دهد دوباره وارد فضایی شود که سانحه را در آن تجربه کرده است.

۳. حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR)

در این روش درمان از راه مواجهه با مجموعه‌ای از حرکات چشم ترکیب می‌شود تا به پردازش خاطرات عذاب‌آور کمک شود و واکنش فرد نسبت به آن تغییر کند. تراپیست به فرد کمک می‌کند تا مهارت‌های کنترل استرس را به دست آورد و در نتیجه، به شکل بهتری شرایط استرس‌آور را مدیریت کند و با استرس در زندگی کنار بیاید. تمام این رویکردها در به دست آوردن کنترل روی ترس پایدار بعد از سانحه موثر است. فرد دچار به PTSD، همراه با متخصص سلامت روان می‌تواند درمورد بهترین روش‌های درمان و ترکیب آن‌ها باهم صحبت کند. او می‌تواند تراپی فردی، گروهی یا هر دو را امتحان کند. در گروه درمانی با افراد دیگری که تجربه‌ی شبیه به آن فرد داشته‌اند ارتباط برقرار می‌کند.

دارو درمانی

۱. داروهای ضد افسردگی

این داروها به بهبود علائم افسردگی و اضطراب کمک می‌کند. همچنین در رفع اختلالات خواب و تمرکز موثر است. داروهای "بازدارنده‌ی جذب مجدد سروتونین"، سرتالین و پاروکستین، برای درمان PTSD به تایید موسسه‌ی غذا و دارو رسیده است.

۲. داروهای ضد-اضطراب

این داروها به تسکین اضطراب و مشکلات مربوط به آن کمک می‌کند. می‌توان از برخی داروهای ضد اضطراب سوءاستفاده کرد، به همین دلیل فقط مدت کوتاهی مورد مصرف قرار می‌گیرند.

۳. پرازوسین

درحالی‌که چند تحقیق نشان داده پرازوسین می‌تواند باعث کاهش یا سرکوب کابوس در افراد مبتلا به PTSD شود، از تحقیقات اخیر برمی‌آید که تاثیر این دارو بهتر از مسکن نیست. البته تفاوت شرکت کنندگان تحقیق اخیر با موارد قبل به گونه‌ای بود که می‌توان گفت نتیجه را تحت الشعاع قرار داده است. کسانی که می‌خواهند پرازوسین مصرف کنند باید با پزشک صحبت کنند تا مشخص شود وضعیتشان طوری هست که بتوانند این دارو را استفاده کنند یا خیر. فرد مبتلا به این اختلال، به کمک پزشک می‌تواند بهترین دارو، با کمترین عوارض را برای علائم و وضعیت خود پیدا کند. ممکن است ظرف یک هفته روحیه و علائم او بهبود یابد.

