

ترومای نیابتی^۱ چه زمانی یک ابزار درمانی ضروری است؟

چیزلر بولینجر^۲، دانشگاه نیویورک

مترجم: افرا متین نژاد

تروما مسری است و تأثیر قدرتمند و خاطرات اغلب فرموله نشده آن، قابل انتقال است. گاهی اوقات به صورت غیرکلامی و اغلب مرموز در بین نسل‌ها، خانواده‌ها و از بیمار به درمانگر صورت می‌گیرد که البته در مورد آخر معمولاً به عنوان ترومای نیابتی شناخته می‌شود. در تأکید بر کیفیت مسری تروما، مقاله فعلی رابطه بین ترومای نیابتی و تجزیه^۳ را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این مقاله نویسنده تعدادی از توضیحات عصب‌روان‌شناختی، شناختی و روان‌پویشی را برای این پدیده بالینی غیرمعمول و شکست‌های مرزی اغلب نامشخص آن مرور می‌کند.

علی‌رغم تأثیر گمراه‌کننده آن بر درمانگران، در یک تعامل طولانی‌مدت بالینی با یک بازمانده از ترومای روانی عظیم، ترومای نیابتی می‌تواند در کمک به درمانگران و بیماران برای پردازش عوامل آسیب‌زا ضروری باشد. مثال‌های متضاد موقعیت‌هایی را نشان می‌دهند که در آنها می‌توان در درمان با استفاده از دربرگیرندگی^۴، اعتبارسنجی^۵ و تصویرسازی^۶ به سرایت عاطفی پرداخت و در موارد دیگر وقتی قرارداد درمانی وجود ندارد، باید ابزارهای دیگری برای فرمول‌بندی مطالب تجزیه‌شده^۷ یافت.

کلمات کلیدی: دربرگیری/دربرگیرنده^۸، سرایت عاطفی، ترومای ثانویه، غیرعادی، ترومای نیابتی

۱. Vicarious Trauma

۲. Ghislaine Boulanger, PhD

۳. Dissociation

۴. Containment

۵. validation,

۶. imagination

۷. dissociated

۸. Container/Contained

تروما مسری است. کسانی که از آسیب شدید، حمله فردی یا وحشت جمعی جان سالم به دربرده‌اند و سعی کردند آن را از ذهن خود دور کنند، می‌توانند دیگران را با وحشت ناگفته و احساسات غیرقابل کنترل خود بطور ناهشیار آلوده کنند، تاریخ به ما آموخته است که تأثیرات آسیب‌های روانی عظیم می‌تواند از نسلی به نسل دیگر منتقل شود، زیرا بچه‌ها جنبه‌هایی از خاطرات ناگفته و البته ناخواسته والدین، پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها را جدا می‌کنند.

کوگان در سال‌های ۱۹۹۵ و ۲۰۰۲، داوین و گاودیلیر در سال ۲۰۰۴ و فایمبرگ به سال ۲۰۰۵، در میان بسیاری از افراد دیگر نشان می‌دهند که چگونه می‌توان ردپایی از این خاطرات غیرقابل بیان را در نسل‌های دوم، سوم و اکنون، حتی چهارم پیدا کرد که از این ضرر و زیان فاجعه‌بار حذف شدند.

درمانگران نیز یا به صورت روایت یا خاطرات جداشده^۱، مستعد ابتلا به موضوعات آسیب‌زای بیماران خود هستند. آنها در برابر ابتلا آسیب‌پذیرند، در واقع همانطور که مک‌دوگال در سال ۱۹۷۸ به درستی بیان می‌کند، آنها توسط اثرات سرکش و غیرقابل کنترل تروما «آغشته»^۲ هستند. ما این پدیده را ترومای نیابتی می‌نامیم. اگر درمانگران آماده گوش دادن و فرموله کردن تجربیات جداشده یا تاحدی به یادمانده بیماران خود نباشند، ممکن است به نوبه خود تجربیات را جدا کنند و نه تنها در محیط درمان، بلکه در زندگی روزمره خود را در معرض واکنش‌های سریع مزاحم و اغلب غیرقابل توضیح قرار دهند.

۱. Dissociate

۲. Impregnated

آگوستا به سال ۲۰۱۴ بین آنچه سرایت عاطفی^۱ و درک همدلانه می‌نامد تمایز قائل می‌شود. «همدلی به چیزی بیش از سرایت^۲ نیاز دارد و این بدین معنی است که قابلیت انتقال احساسات، حس‌ها یا تجربه که با درک، تفسیر و زبانی که سرایت عاطفی‌اش را از دست داده، بیشتر پردازش می‌شود.»

مثال‌های متفاوت زیر در خصوص اشخاصی است که فرصتی برای فرآیند درک همدلانه نداشته‌اند و این نشان می‌دهد که در بازماندگان آسیب‌های روانی اهمیت پذیرش این بیماری و تبدیل آن به درک همدلانه بسیار زیاد است.

این اولین گزارش توصیفی از بیان شرح حالی است که یک افسر عالی‌رتبه نظامی که روان‌پزشک هم بود، برای ضبط صحبت‌های دفاعی یک زندانی در خلیج گوانتانامو من را دعوت کرد. من تصمیم گرفتم این مصاحبه را به تفصیل شرح دهم زیرا نه تنها نشان‌دهنده ماهیت بالقوه پنهان یک خاطره آسیب‌زا است، بلکه در ادامه از اینکه پدیده‌های تجزیه‌ای می‌توانند زمینه‌ساز ترمای نیابتی باشند، اطلاعات لازم را بدست آوردم.

افسر عالی‌رتبه نظامی به تفصیل درباره ارزیابی خود از زندانی‌ای که در دفاع از او شرکت داشت گفت که چقدر تحت تأثیر «شیرینی» این زندانی که من او را سمیر می‌نامم، قرار گرفته است.

در ابتدای جلسه در خلیج گوانتانامو سمیر پرسیده بود که آیا پزشک می‌تواند یک علامت جسمی نگران‌کننده را بررسی کند. به‌طور ناخودآگاه روان‌پزشک فهمید که سمیر در واقع شکایت جسمی ندارد او می‌خواست تماس احساسی دیگری را تجربه کند. وقتی باهم به سلولی رفتند که در آنجا معاینه پزشکی انجام شود، سمیر یخ کرد. روان‌پزشک که تشخیص داد او دچار حمله پنیک شده است، تا بهبودی کنار او ماند. هنگامی که مطمئن شدند اگر ادامه دهند همه چیز درست پیش می‌رود. از او پرسیدند چه چیزی باعث حمله پنیک شد، با آنکه هنوز هم نگرانی در صدای روان‌پزشک بعد از چهار سال حس می‌شد، سمیر گفت

۱. Emotional

۲. Contagion

که در آن زمان فقط بیست سال داشت و بیش از پنج سال در بازداشت بود، تعریف کرد در آن اتاق چه اتفاقی افتاده است.

موقع ارائه و بیان شرح حال وقتی درباره سمیر صحبت می‌کرد تمام تلاشش این بود که لحن خود را عادی نگه دارد، اما زمانی که داشت فهرست شکنجه‌هایی را که سمیر دیده بود، ارائه می‌داد مخصوصاً آنهایی که تحقیرآمیز بودند، علی‌رغم اینکه صدایش کاملاً صاف به نظر می‌رسید ولی ارتباط چشمی‌اش را با من قطع می‌کرد. من در آن زمان بیش از هفت سال مشغول خواندن سوابق بازجویی از زندانیان در خلیج گوانتانامو بودم و فکر می‌کردم شناخت کافی نسبت به اکثر رفتارهای سادیستیک دارم، ولی با این تکنیک خاص آشنا نبودم. لحظه‌ای شوکه شدم و با آنکه صافی صدای او مرا تحت‌تأثیر قرار داده بود، اما برای تأمل بیشتر مکث نکردم.

درواقع ذهن من در مواجهه با صحنه‌ای که به معنای واقعی کلمه غیرقابل‌تصور بود، عقب نشست. اگر این یک جلسه درمانی بود، شاید می‌توانستم درباره تغییر ناگهانی عاطفه و شوک خودم نظر بدهم، اما از دیدگاهی که رویکرد شرح حال نویسان، به مصاحبه‌هایشان را نشان می‌دهد و تفاوت آن رویکرد با درمان روان‌پویشی کاملاً آگاه بودم. بنابراین در آن لحظه احساسات مخاطبم را بررسی نکردم.

شرح حال نویسان به روایت‌های پاسخ‌دهندگان خود امتیاز می‌دهند، به گفته مری مارشال کلارک در سال ۲۰۰۵، «هدف ما محصولی با پیامدهای اجتماعی جدی است» پس روانکاوان هم این فرآیند را محاسبه می‌کنند. بنابراین تأکید ما بر راوی است درحالی‌که، تأکید شرح حال نویسان بر روایت است. درواقع تأکید درمانگر روان‌پویشی بر رابطه درمانی است. انعکاس آنچه در نتیجه این مصاحبه بیان شرح حال برای من رخ داد و درک فرآیند نامتقارن آن و حتی تعاملی که در کار با بازماندگان آسیب روانی عظیم در درمان طولانی‌مدت رخ می‌دهد، باعث شد پیشنهاد کنم که در شرایط خاص، کار با ترومای نیابتی یک ابزار درمانی ضروری است.

چند روز پس از نوشتن آن شرح حال به نحوه واکنش عاطفی پاسخ دهنده‌ام (روانپزشک سمیر) فکر می‌کردم، اما هرگز به این فکر نکردم که چگونه با سمیر به‌طور ظالمانه‌ای رفتار شده است، صحنه‌ای که ناگهان و گذرا با شوک نسبت به آن واکنش نشان داده بودم. در واقع من اپیزودی را که مخاطبم به‌صراحت توصیف کرده بود، جدا کردم و به خودم فرصت تعجب و کندوکاو نسبت به آنچه در پس صافی صدایش نهفته بود، نداده بودم.

چند هفته بعد از مصاحبه، در خیابان ۹۶ برادوی منتظر سبز شدن چراغ راهنمایی بودم که ناگهان خاطره‌ای زنده از رفتار ننگین با سمیر بر من غلبه کرد و در این حالت ناگهان چیزی به یادم آمد و پر از وحشت و خشم شدم. این زندانی شانزده‌ساله در آن اتاق بازجویی بی‌نتیجه، به لطف بازجویانش حیثیت خود را از دست داده و تقریباً بدون پوشش عاطفی و مادی رها شده بود. صحنه کاملاً در ذهنم زنده شد و دیگر روی چراغ قرمز تمرکز نداشتم. در حالت خلسه از اتومبیل پیاده شدم و با یک ماشین برخورد کردم. وقتی آرامش را به‌دست آوردم تعمق کردم که چگونه این خاطره زنده که قبلاً از هم گسسته بود، توانست با تأثیر قدرتمندش در من تداعی شود و به‌طور موقت آگاهی من از محیط اطرافم را مختل کند.

وقتی به تقاطع نزدیک شدم، ویتترین مغازه‌ها را در برادوی بین خیابان‌های ۹۵ و ۹۶، تصور کردم. متوجه شدم در خیابان برادوی و خیابان ۹۵ یک گاری غذا هست که منوی آن به خط عربی نوشته شده است. مرور آن روایت متمایز، بوی بره با عطر زیره روی کباب و شیوه‌هایی که جامعه ما با همه اعراب به عنوان تروریست رفتار می‌کند، توانست رشته‌ای از تداعی‌ها را برای نگرانی‌های من ایجاد کند. من در آن زمان به‌طور خودآگاه از آن فکر مطلع نبودم و با اینکه فقط یک تداعی ناخودآگاه بود، اما یک فکر گذرای غیرعادی هم برایم محسوب نمی‌شد پس تداعی این رفتار غیرانسانی اجتناب‌ناپذیر بود. آن تصادف مختصر باعث بررسی و جست‌وجو در من شد و مرا مجبور کرد تا این تجربه را کامل توضیح دهم. تصویر سمیر که

در معرض این سادیسم قرار گرفته و من ناخواسته در ذهنم بدون فرمول‌بندی نگه داشته بودم، از هم گسسته مانده و آماده بود مرا در موقعیت دیگری به زمین بزند یا برایم تبدیل به یک کابوس شود.

برای مرور آنچه در اینجا اتفاق افتاد باید بگویم که افسر ارشد وقتی شنید سمیر چگونه شکنجه شده به شدت وحشت زده شد، درواقع او بعداً گفت که این برخورد از نظر احساسی وحشیانه بوده است. او با بازگرفتن این وحشیگری در بیانش از شرح حال و کاستن میزان عواطفش توانست راهی برای مدیریت خشم خود پیدا کند. افسر ارشد وقتی از شکنجه سمیر با من صحبت کرد با پیگیری دقیق روایت او من نیز آلوده شدم، اما عقب‌نشینی کردم و در آن زمان آگاهانه آن را ثبت نکردم.

درواقع وحشت مخاطب من از آنچه شنیده بود و هیچ تجربه‌ای نسبت به آن نداشت، به‌طور یکپارچه به روان من منتقل شد. این روش شبیه انتقال بین‌نسلی تروما است که در این مورد می‌توان استدلال کرد یک سرایت بین راوی^۱ (انتقال راوی) محسوب می‌شود. اگر در ثبت شرح حال مکث می‌کردم تا از روانپزشک سمیر بخواهم احساساتش را در آن مرحله به اشتراک بگذارد، تا بدین طریق فرصتی پیش آید تا لحظه‌ای باهم درباره آنچه سمیر تحمل کرده است، تأمل کنیم به احتمال زیاد صحنه و تأثیر همراه با این تجربه به‌جای اینکه تجزیه^۲ شود، ذهنی سازی می‌شد.

کیو و سلون به سال ۲۰۱۴، در پایان مجموعه اخیر خود از شرح حال هایی که پس از بحران ارائه شده است، می‌نویسند: «مصاحبه‌کننده‌ها جنبه‌های دشوار تجربه راوی را حتی مدت‌ها پس از توقف ضبط، تحمل می‌کنند.»

مقالات برجسته در این مجموعه نشان می‌دهد چگونه همانطور که در داستان‌ها بیان می‌شود، تمرکز مورخ بر راوی، صمیمیت و سختی ای شبیه به یک جلسه روانکاوی ایجاد می‌کند، اما بدون تمرکز دونفره، که بین بیمار و روانکاو بوجود می‌آید؛ که امروزه هنگام توصیف چنین صحنه‌های وحشتناکی به روانکاو

۱. internarrator transmission

۲. Dissociate

فرصت کاوش در شبکه افکار و احساسات بیمار و روانکاو را می‌دهد، این‌ها بازتاب‌هایی هستند که به درمانگر و بیمار اجازه می‌دهد ترومای نیابتی را به یک فرآیند بیناذهنی^۱ پویا تبدیل کنند. در این مقاله حتماً موردی را شرح خواهم داد که در آن توانستم با مردی که تحت درمان طولانی‌مدت بود، صحنه هولناک و وحشتناکی را کار کنم که چند هفته تکه‌هایی از آن مرا آزار می‌داد. این رفتار ما را از خاطرات سرگردان و ناگفته قبلی او رهایی بخشید.

ترومای نیابتی: بررسی تاریخ و ادبیات

شاتان به سال ۱۹۷۳ در اولین توصیف ترومای نیابتی در یک موقعیت بالینی پس از معاینه برخی از جانبازان جنگی که به‌تازگی از ویتنام بازگشته بودند، گزارش می‌کند: آنها نمی‌توانند بخوابند و دچار کابوس می‌شوند و حتی به‌طور عادی قادر نیستند با افراد دیگر برای روزها و حتی هفته‌ها صحبت کنند. او بیان کرد زمانی که درمانگران با بیمارانی صحبت می‌کنند که در معرض بدترین تجربه‌های انسانی قرار گرفته بودند، انتظار می‌رود به‌طور اساسی تغییر کنند.

اصطلاح واقعی ترومای نیابتی اولین بار اوایل دهه ۱۹۹۰ توسط پزشکانی که با بازماندگان سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی کار می‌کردند، در مجموعه‌ای از نشریات استفاده شد. برای مثال، مک کان و پرلمن به سال ۱۹۹۰، پرلمن و ساکویتن در سال ۱۹۹۵ با استفاده از زبانی که اغلب با نظریه شناختی-رفتاری مرتبط است، تغییرات عمیقی را در طرحواره یا باورها، انتظارات و مفروضات خود توصیف می‌کنند که منجر به افزایش آگاهی از شکنندگی زندگی و احساس درماندگی ناشی از یک‌سری درگیری‌های بالینی سخت می‌شود.

۱. Intersubjective

سال‌ها پس از آن در ادبیات روانکاوانه، اصطلاح ترومای نیابتی اغلب با ترومای ثانویه، خستگی از شفقت^۱ و فرسودگی شغلی درآمیخته می‌شد. (گورن، کوچاک و روبنس به ترتیب در سال‌های ۲۰۰۵، ۲۰۰۸ و ۲۰۰۷). این اصطلاحات قابل تعویض نیستند و تفاوت‌ها باید به‌وضوح درک شوند. سیموندز به سال ۲۰۱۰ «آسیب دوم» را که برای یک بازمانده رخ می‌دهد، به این صورت توصیف می‌کند: وقتی دیگران ترومای قبلی فرد را درک یا تصدیق نمی‌کنند، درواقع باعث ایجاد زخم دوم می‌شود. از این منظر ترومای ثانویه غالباً می‌تواند یک علت ناخوشایند داشته باشد دقیقاً مثل زمانی که بیمارستانی در روند رسیدگی تحقیقات در خصوص موارد تجاوز جنسی دچار اشتباه می‌شود. متخصصان سلامت روان ابعاد و تأثیرات تجربه فاجعه‌بار را کوچک می‌نمایانند یا دوباره با نادیده گرفتن یا کاهش خاطرات آسیب‌زا در یک بازمانده، اعضای خانواده و عموم مردم می‌توانند باعث آسیب ثانویه شوند. از سوی دیگر خستگی از شفقت و فرسودگی شغلی مانند ترومای نیابتی، محصول روابط درمانی است. آنها توسط درمانگران، مشاوران، ارزیابان یا اولین پاسخ‌دهندگان تجربه می‌شوند.

در این مقاله من استدلال می‌کنم که در درمان پویا وقتی فرصتی برای درگیر کردن بیمار به مدت طولانی وجود دارد، ترومای نیابتی به یک ابزار مهم در خود درمان تبدیل می‌شود. از سوی دیگر، خستگی و فرسودگی شغلی می‌تواند ناشی از برخوردهای کوتاه‌تر یا درمان‌هایی باشد که در آن تأکید کمتری بر رابطه دارد و فرصت کمتری به درمانگر می‌دهد تا بتواند واکنش‌های خود را نسبت به موارد آسیب‌زا بسنجد. در چنین مواردی، برای درمانگران ضروری است که تمهیداتی را برای دقت در خودمراقبتی، صحبت با همکاران یا سرپرستان، خواب و ورزش و وقت گذاشتن برای خود انجام دهند. بدون این اقدامات احتیاطی احتمال بیشتری وجود دارد که فرسودگی شغلی یا خستگی از شفقت ایجاد شود.

^۱-compassion fatigue

گارتنر در سال ۲۰۱۴ اصطلاح دیگری به نام ترومای متقابل^۱، معرفی کرد و گفت ترومای نیابتی به مدلی در فرد دلالت دارد که ابتدا در بیمار باقی می ماند و سپس به تحلیلگر منتقل می شود. برعکس، من معتقدم که ترومای نیابتی یک فرآیند بین ذهنی پویا است که به نظر من مسئله در آن، اقامت مشترک است نه سکونت و چگونگی ایجاد آن که از جمله موضوعاتی است که در ادامه به آن خواهیم پرداخت.

بررسی مقالات بیشتر نشان می دهد که اصطلاح ترومای نیابتی می تواند به پدیده های درمانی متفاوتی اشاره داشته باشد. برخی نویسندگان از ترومای نیابتی برای توصیف یک پاسخ کلی به دسته خاصی از موارد استفاده می کنند. در گزارش قبلی شاتان، به عوارض شخصی پرداخته که در کار با تعدادی از سربازان قدیمی ویتنام برای او ثبت شده است.

اخیراً، گارتنر (۲۰۱۴) این پاسخ تعمیم یافته را در فهرست میراث خاطرات هولناکی که در جریان رفتار با بسیاری از مردانی که به عنوان پسر مورد آزار قرار گرفته اند، به دست آورده است، خاطراتی که هجوم می آورند و داستان هایی که باعث می شود او احساس غم و اندوه کند. در عین حال گارتنر مواردی را مستند می کند که با آشکار شدن جزئیات بیشتر آنها در جلسه های متعدد متحمل از دست دادن فزاینده تعادل می شود و می گوید «وقتی بعد از دیدن او به خانه برگشتم حالم بد شد.»

سایر نویسندگان نیز از این اصطلاح برای اشاره به تأثیر درمان های فردی با بازماندگان فردی استفاده می کنند (برای مثال بلینسون، ۲۰۱۴؛ بولانگر، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۷؛ فراولی-اودی، ۲۰۰۳؛ هاول، ۲۰۰۲؛ کافکا، ۲۰۰۸).

به گفته واگمن در سال ۲۰۰۹ ترومای نیابتی یک همانندسازی^۲ است. البته او این همانندسازی را بیشتر بین درمانگر و بیمار می داند. گامپل هم در سال ۱۹۹۸ به ترومای نیابتی درمانگر به عنوان همانندسازی

۱. Countertrauma

۲. Identification

بیش‌ازحد اشاره و استدلال می‌کند که این واکنش به احتمال زیاد از طریق پیش‌داوری^۱ منجر می‌شود تا خلاقیت آزاد درمانگر از بین برود.

در طول این مقاله روشن خواهد شد که در بسیاری از موارد وقتی درمانگران با بازماندگان آسیب روانی شدید کار می‌کنند، تجربه‌ی عجیب از به اشتراک گذاشتن عاطفه‌ی جدا شده‌ی بیمار یا فکر کردن به افکار فرمول‌بندی نشده‌ی او یک انتخاب نیست، بلکه امری است اجتناب‌ناپذیر یا همان طور که آگوستا می‌گوید بسیار ناخواسته است. برخلاف نگرانی گامپل من معتقدم که کارکردن از طریق ترومای نیابتی بازدارنده نیست، بلکه توانایی بیمار را برای ابراز وجود آزاد می‌کند و برای موفقیت درمان بسیار مهم است.

موضوع همانندسازی و همانندسازی بیش‌ازحد، در ذهن برخی افراد این سؤال را مطرح می‌کند که آیا ترومای نیابتی نوعی انتقال متقابل^۲ است یا خیر. پرلمن و ساکویتن در سال ۱۹۹۵ اظهار کردند که در درمان، پدیده‌ی تعمیم یافته‌ی ترومای نیابتی به صورت چرخه‌ای با واکنش‌های انتقال متقابل فردی به روش‌های متعددی تعامل دارد. گارتنر در سال ۲۰۱۴ در مقابل این گفته می‌گوید که این یک دوگانگی نادرست است. او استدلال می‌کند که در بسیاری از درمان‌ها، ترومای نیابتی و انتقال متقابل باهم ترکیب می‌شوند و این احتمال را افزایش می‌دهد که جنبه‌های انتقال متقابل ترومای نیابتی عیناً به‌عنوان همانندسازی هم‌نوا^۳ توصیف شوند.

افراد دیگری چون پرلمن، ساکویتن در سال ۲۰۰۵ و شابس به سال ۲۰۰۸ این استدلال را ارائه کرده‌اند. در هر حال با پیگیری دقیقی که راکر در سال ۱۹۵۷ از تعریف همانندسازی هم‌نوا داشته، تمایزی بین همانندسازی هم‌نوا و ترومای نیابتی پدیدار می‌شود. او با توصیف همانندسازی هم‌نوا را تحلیلگر با بیمار «بر

۱. Prejudgment

۲. Countertransference

۳. Concordant

اساس رزونانس بیرونی در درون، تشخیص آنچه متعلق به دیگری است، به عنوان آنچه متعلق به خود شخص است « شروع می‌کند.

درمانگری که به‌طور نیابتی آسیب‌دیده در واقع با آنچه می‌شنود یا تصور می‌کند همانندسازی کرده و احتمالاً به آن وحشت آلوده می‌شود. با این حال راکر به‌طور خاص به توانایی تحلیلگر در همانندسازی رابطه بیمار با اُبژه‌های درونی خودش اشاره می‌کند. به‌طور نیابتی، آسیب دیدن به معنای همانندسازی رابطه بیمار با اُبژه‌های درونی اش نیست، بلکه بیشتر به معنای عاطفه و وضعیت شناختی آشفته بیمار در طول یک رویداد خاص است.

آیا ترومای نیابتی توانایی درمانگر را برای درمان بیمارش افزایش می‌دهد یا مانع می‌شود؟

با تأکید روزافزون بر نقش انتقال متقابل در نتایج درمان، درمانگران روان‌پویشی از اهمیت جدی گرفتن احساساتی که موازی یا مکمل احساسات بیمارانشانند و همچنین استفاده از آنها برای درک و روشن کردن تجربه بیمار اطلاعات لازم را بدست می‌آورند. این درمانگران گاهی اوقات درگیر اقداماتی می‌شوند که پویایی‌هایی را آشکار می‌کند که قبلاً تشخیص داده نشده‌اند یا مورد توجه کافی قرار نگرفته‌اند. (برای مثال استرن در سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۱۳). با این حال ترومای نیابتی به‌ندرت به‌عنوان بهبود نتایج بالینی دیده می‌شود.

در سال ۲۰۰۲ ساکوتین به‌جای بسیاری از درمانگران در توصیف دگرگونی «منفی»^۱ تجربه درونی صحبت کرده که در نتیجه تعامل با بیماران آسیب‌دیده رخ داده است. اغلب معتقدند که ترومای نیابتی توانایی درمانگر برای حضور عاطفی یا مداخله موثر را مهار می‌کند. در واقع درمانگران وقتی با بیمارانی کار می‌کنند که به‌شدت آسیب دیده‌اند، خود را پیدا می‌کنند. من در اینجا عمداً از فرم منفعل استفاده می‌کنم

۱. Negative

چراکه عمیقاً تحت تأثیر تجربهٔ بیمارشان به طرق مختلف خطر دورشدن از مطالبی وجود دارد که از نظر احساسی پُر بارند. البته این مسئله اغلب آگاهانه نیست، بلکه دفاعی است در برابر آلوده شدن به عاطفه آزاردهنده‌ای که می‌تواند با گوش دادن، تصورکردن یا دریافت نشانه‌های غیرکلامی بیمارانی ظاهر شود که هنوز قادر به یافتن آنها نیستند و جرأت پیدا کردن کلماتی برای بیان آنها را ندارند.

لویس در سال ۱۹۹۵ مفهوم سرایت را رد کرده و استدلال می‌کند که این مفهوم خود درمانگر را در نظر نمی‌گیرد. واضح است برخی از درمانگران نسبت به سایرین آسیب‌پذیرتر از ابتلا به وحشت بیماران خود هستند، اما در نهایت وحشت می‌تواند حتی سرسخت‌ترین درمانگران را نیز تحت تأثیر قرار دهد. در بروز چنین حالتی برخی از آنها با استفاده از کلمات آرامش‌بخش، تشویق، توصیه‌های لازم و حتی در مواردی با به اشتراک گذاشتن چک‌لیست علائم، تحقیقاتی را که ممکن است به مسیری نگران‌کننده منجر شود منحرف می‌کنند.

گاهی اوقات این بخشی از یک برنامهٔ درمانی پس از حادثه (غیر روان‌پویایی) است البته گاهی کمتر هوشیارانه است و از بیمار می‌خواهند که دربارهٔ مطالب دردناک و آنچه که باعث زنده ماندنش شده صحبتی نکنند. ناگفته نماند که در این شرایط درمانگر از گوش دادن به جزئیات دردناک نیز در امان خواهد بود. بولانگ در سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۰۷ و فاکس در سال ۲۰۰۳ چندین مورد از این تکنیک‌های اجتنابی را به‌طور خلاصه بیان کرده‌اند.

در مواردی درمانگران فراتر از سطح تحمل فعلی بیمار با ترس از تروما برخورد می‌کنند. به‌طور مثال بورگوگو در کار خود در دو دههٔ گذشته از استعاره سرایت استفاده می‌کند. او بر ضرورت «بیمار شدن» (با همان بیماری‌ای که بیمار را مبتلا می‌کند و سپس بهبود می‌یابد) برای به‌کارگیری مجدد ارادهٔ بیمار برای بازگشت به زندگی تأکید می‌کند. نویسندگان دیگری چون بلینسون، ۲۰۱۴؛ فلدمن، ۲۰۱۵؛ گورن، ۲۰۰۵؛

هاول، ۲۰۰۲؛ کافکا، ۲۰۰۸؛ کوچاک، ۲۰۰۸ و شوب در سال ۲۰۰۸ مواردی را توصیف می‌کنند که ترومای نیابتی آنها به بینش‌ها و درمان‌های بسیار مؤثری منجر شده است.

من معتقدم نه تنها احتمال این وجود دارد که درمانگران روان‌پویشی با بیمارانی که با آنها غیرانسانی رفتار شده به عواطف بیماران مبتلا شوند، بلکه نشانه‌ای است از اینکه درمان در مسیر درستی قرار دارد حتی اگر مسیر طاقت‌فرسایی برای هر بیمار و درمانگری باشد. مانند موردی که در ادامه بحث می‌کنیم.

دیوید، کهنه‌سرباز

از آنجایی که دیوید در محل کار خودش با گروه مدیران و همکاران ارتباطی مبتنی بر عصبانیت داشت، از طریق یک «برنامه حمایت از کارمندان» به من ارجاع داده شد. دیوید در اولین جلسه ناتوان به نظر می‌رسید و نگران بود که همسرش با ملاقات او با دخترش مخالفت کند. خاطراتش از ویتنام بسیار دور از ذهن بود بنابراین من ماه‌ها از جانبازی او بی‌خبر بودم.

وقتی دیوید شروع به صحبت درباره ویتنام کرد، اظهار داشت که نیمی از شخصیتش موقع حضور در آنجا از بین رفته است و حالا بعد از پانزده سال به‌طور سیستماتیک کار خدمات دولتی خود را انجام می‌داد و برای اینکه این حق را داشته باشد که بتواند فرزندش را ببیند، با همسر سابقش درگیر بود. او از احساس تنهایی خود و سوءظن نسبت به افرادی که با آنها کار می‌کرد، صحبت کرد و در ادامه تجربیات خاصی از ویتنام را شرح داد.

دیوید اغلب می‌خندید و در عین حال دچار ازهم‌گسیختگی تفکر شده و قدرت تکلمش به نحو غیرمنطقی‌ای تنزل پیدا کرده بود. گاهی اوقات رفتاری بسیار دوستانه و حمایتگر و گاهی رفتاری با لاقیدی و تحقیرآمیز داشت. من که از این تغییرات ناگهانی در خلق‌وخو، نگرش و شناخت گیج شده بودم، سعی می‌کردم آنچه اکنون اتفاق افتاده است را روشن کنم، اما خود را چنان خسته می‌یافتم که هیچ کششی در

مقابل پیچیدگی و طفره رفتن‌های او نداشتم به همین خاطر احساس مه‌آلودگی به من دست می‌داد و کناره‌گیری می‌کردم

داستان‌ها و اتفاقات زیادی پیش آمد و خیلی طول کشید تا متوجه شدم کاملاً ارتباطم را با خودم و دیوید از دست داده‌ام. فهمیدم سستی من به این خاطر است که نمی‌خواستم بفهمم دچار شوک شده‌ام. افکار غیرکلامی دیوید به ذهن من هجوم آورده بود، افکاری که قابل فکرکردن نبود و هیچ‌کدام از ما جرأت بیان آنها را نداشتیم، اما می‌دانستم که خودم باعث می‌شوم آنها در ذهنم شروع به شکل گرفتن کنند. همانطور که بیون در سال ۱۹۵۸ گفته درواقع من باید به آنها اجازه می‌دادم تا در روان من اقامت کنند.

این مورد سختی خاص خودش را داشت چرا که در آن وظیفه حفظ و شکل‌دادن به تجربه دوران جنگ دیوید و اعتبار بخشیدن به هیجان و شرم او از آن تجربه باعث شد که برای درک آنچه در حضور او می‌شنوم و آنچه که بودم تلاش کنم؛ تجربه‌ی زمانی که تنها بودم یا با افراد دیگر معاشرت داشتم. برای ماه‌ها به نظر می‌رسید که من نتوانستم با دیوید ارتباط خاصی برقرار کنم تا بدین وسیله بتواند خاطرات بودن در ویتنامش را کاملاً بازگو کند، زیرا این خاطرات برای هر دو ما واقعاً غیرقابل تحمل بود.

شاید کلمه دقیقتر از شکست، مقاومت باشد. من در برابر دانستن این حقایق وحشتناک مقاومت می‌کردم، اگرچه از مقاومت خود آگاه نبودم. تمام تلاشم این بود که از فشار فزاینده‌ی احساسی و بصری که دیوید از نظر روانی بر من وارد می‌کرد، اجتناب کنم. با این حال همانندسازی فزاینده تنها وسیله ارتباطی در دسترس ما بود تا بتوانیم به تجربه خاص او بپردازیم.

با یک نگاه اجمالی به گذشته متوجه می‌شوم که دیوید تلاش می‌کرد تا من را وادار کند چیزی کاملاً غیرقابل تصور را در بر گیرم^۱ و تغییر دهم. ماه‌ها طول کشید تا شجاعتم را جمع کنم و اجازه دهم این تأثیرات جداشده در ذهن من شکل بگیرد. در ابتدا نمی‌توانستم سهم خود را در این معامله پیدا کنم و به

^۱-contain

خودم اجازه دهم با مطالب فرافکنی شده همانندسازی کنم. سرایت ناخواسته، همانندسازی آگاهانه یعنی همدلی را غیرممکن کرد. در بخش بعدی این مقاله، به‌طور مفصل به پویایی‌هایی می‌پردازم که زیربنای سرایت است.

وقتی بالاخره کنترل خودم را در دست گرفتم، از اینکه این مدت در حالت خلسه نشسته بودم، خجالت می‌کشیدم. دیوید که از شرم و پشیمانی فلج شده بود و از هیجان‌اتش بیشتر شرمنده بود، سعی کرد راهی پیدا کند تا مرا وادار کند به اعترافات آشفته او گوش کنم.

او عضو جوخه‌ای بود که در یکی از دهکده‌های ویتنام جنوبی به تجاوز جنسی، سرنیزه کردن افراد و سوزاندن آنها پرداخته بودند. دیوید محتویات آشفته ذهنش را بیرون کرد به این امید که آنها را در خود نگه دارم و کمتر مسدودشان کنم. بی‌میلی من از داشتن هرگونه آگاهی از این جنایات و بنابراین حتی یک شاهد منفعل برای آنها، به‌وضوح باعث شد که اجازه دهم آن اتفاقات در ذهنم شکل بگیرند و به دیوید کمک کنم تا آنها را متابولیزه کند. بین جلسات این لحظات گیج‌کننده را فراموش می‌کردم، اما متوجه شدم که اگر می‌دانستم فیلم‌ها حاوی خشونت هستند، از دیدن فیلم‌ها دوری می‌کردم.

شروع کردم به فرمول‌بندی مطالب فرمول‌بندی نشده‌ای که در سطوح شناختی جسمی، عاطفی و تا حدودی مبهم تجربه می‌کردم، و پیوند دادن این مطالب، همراه با وحشت و سردرگمی‌ام، به کارم با دیوید که نیاز به تأمل زیادی داشت. من این گزارش از رفتار دیوید را پس از بررسی روش‌هایی که نظریه‌پردازان و محققان پیشنهاد می‌کنند چگونه احساسات دیگران را بشناسیم و آنچه در ذهن آنهاست احساس کنیم، به پایان خواهم رساند.

آگاهی بین‌ذهنی: سرایت چگونه گسترش می‌یابد؟

همیشه به ما یادآوری می‌شود که تصورات غربی‌مان دربارهٔ محدودیت فردی و آرامش با آن، جهانی نیست. درک این موضوع که این پدیده غیرقابل‌انکار است، چالشی به وجود آورده که محققین رشته‌های مختلف تشویق شوند تا توضیحاتی دربارهٔ چگونگی انتقال افکار، خاطرات البته نه فقط آسیب‌زا، تأثیرات، برداشت‌ها و مطالب فرمول‌بندی‌نشده به صورت غیرکلامی از فردی به فرد دیگر را ارائه دهند.

این مطالعات تمام آزمایش‌های عصب‌زیست‌شناختی و توضیحات شناختی-رفتاری تا حدس و گمان‌های روانکاوانه را دربرمی‌گیرد. به هر طریقی آنها به دنبال درک احساس عجیبی هستند که وقتی در ما ایجاد می‌شود در قالب درک سنتی از مرزبندی مورد شک و تردید قرار می‌گیرد. چگونه مردم اغلب بدون اینکه کلماتی گفته شود افکار و احساسات را از یکدیگر دریافت می‌کنند؟ مایر (۱۹۹۶، ۲۰۰۷) طیف وسیعی از شواهد تجربی را برای آنچه او دانستن شهودی یا غیرعادی نامید، بررسی کرد. غیرعادی است، زیرا درک عمومی پذیرفته شده از مرزهای فردی را به چالش می‌کشد. مطالعاتی که او به آنها اشاره می‌کند وجود این پدیده را نه تنها بین افرادی که در یک اتاق هستند، بلکه بین افرادی که با فواصل زیادی از هم جدا شده‌اند نشان می‌دهد.

من در اینجا فرآیندی را توضیح می‌دهم که بین دو نفری است که در کنار هم هستند، جایی که گسترهٔ ریشه‌ای دانستن دانشی که از ورای عقل بیرون می‌آید و می‌تواند بدن، روح، قلب و همچنین ذهن را اشغال کند. مایر در سال ۲۰۰۷، مجموعه‌ای از آزمایش‌هایی را که در سال ۲۰۰۱ انجام شده بود، توصیف می‌کند که نشان می‌دهد در مراقبهٔ عمیق، لوب جداری فوقانی خلفی تاریک می‌شود و این یعنی تمام سیگنال‌هایی که به ما می‌گویند مرزهایی که ما را از هرچیزی که نیستیم جدا می‌کند، کجا قرار دهیم. در این حالت نورون‌هایی که مسئول انتقال آگاهی دائمی از محدودیت فردی ما در فضا هستند، شلیک خود را متوقف

می‌کنند. در ادامه سیگنال‌هایی که به ما می‌گویند کجا به پایان می‌رسیم و شروع کار دیگری است، کار نخواهند کرد.

در سال ۱۹۹۵ اپستاین یکی از اولین روان‌درمانگران روان‌پویشی بود که شباهت‌های بین روان‌کاوی و مدیتیشن را مورد مطالعه قرار داد و اشاره کرد که مراقبه می‌تواند بر فرآیند کلیدی به خاطر سپردن، تکرار و کارکردن تأثیر بگذارد. همچنین یک مطالعهٔ نورویبولوژیکی جدیدتر بر اساس تصویربرداری MRI، با تمرکز بر زوج‌هایی که با یکدیگر آشنا هستند، نشان می‌دهد که در موقعیت‌های تهدیدآمیز موانع بین خود و دیگران از بین می‌رود.

در سال ۲۰۱۳ عصب‌روانشناسانی چون بکز، جوان و هاسلمو از بین فعالیت‌های مغزی در بخش‌هایی به بررسی ارتباط آماری پرداختند که به تهدید و درد پاسخ می‌داد و سپس تهدیدات متمرکز بر خود را با یک دوست آشنا و یک غریبه مقایسه کردند. نویسندگان با دریافت اینکه پیوند اجتماعی می‌تواند سطوح همپوشانی بین بازنمایی‌های عصبی خود و دیگری را افزایش دهد، گزارش خود را به پایان رساندند. «آشنایی شامل گنجاندن دیگری در خود است. در واقع از منظر مغز ما دوستان و عزیزانمان بخشی از آن چیزی هستند که ما هستیم.»

روانشناسی رشد شواهد بیشتری از نفوذپذیری مرزهای خود و دیگری ارائه می‌دهد. برای مثال در سال ۲۰۰۱ اسکور تعامل بین بخش راست مغز درمانگران و بیماران را زمانی که درمانگران «در حال همسویی حیاتی با بیمار هستند» مشاهده کرد. در ادامه مطالعهٔ فرآیندهای همدلانه بین مادر هماهنگ‌شده و نوزادش نشان می‌دهد که این انطباق عاطفی که در لحظات برانگیختگی عاطفی رخ می‌دهد، کاملاً غیرکلامی است.

در سال ۲۰۰۱ بوچی روش‌های مشاهده و اندازه‌گیری مبادلهٔ غیرکلامی اطلاعات را اندازه‌گیری کرده است. مجموعهٔ کارهای او با ادغام مفاهیم روان‌کاوی، رفتارگرایی شناختی و علوم اعصاب، وجود سیستم‌های زیرنمادی که در پردازش عاطفی و ارتباطات غالب هستند، را تثبیت می‌کند. این سیستم‌های

زیرنمادی که از حواس لامسه، حرکتی، بینایی، حسی و عاطفی تشکیل شده‌اند، سیگنال‌ها را از یک موضوع به موضوع دیگر منتقل می‌کنند. به‌طور مشابه گروه تغییر بوستون، استرن و همکاران در سال ۱۹۹۸ شناخت رابطه‌ی ضمنی‌ای را توصیف می‌کنند که در آن رفتارهایی که به صورت نمادین بازنمایی نشده‌اند و روایت نمی‌شوند، اجازه می‌دهند اطلاعات درباره‌ی عواطف و نگرش‌ها مبادله شوند و به صورت آگاهانه ولی بدون آگاهی به آنها پاسخ داده شود.

درمانگران روان‌پویشی به‌طور ناخودآگاه می‌دانند مرزها نفوذپذیرتر از چیزی است که به‌طور معمول پذیرفته می‌شود و همچنین بدون اینکه گفته شود مطمئن هستند که مرزهای بین خود و دیگری دائماً در حال تعامل با یکدیگرند. مقالات معاصر شامل نمونه‌های زیادی از درهم‌تنیدگی‌های انتقالی، انتقال متقابل است که در آن روان‌درمانگران رویاهای بیماران خود را می‌بینند، اضطراب‌هایشان را تحمل و علائم جسمی آنها را تجربه می‌کنند و به‌طور نمادین آن علائم را جسمانی می‌کنند. در حالت‌های افسردگی قرار می‌گیرند و بدون هیچ کلمه‌ای به افکار خود فکر می‌کنند.

مطمئناً این تجربه‌ای بود که من در کارم با دیوید داشتم، چراکه به‌طور فزاینده‌ای ناآرام می‌شدم. ماسیکت در سال ۲۰۱۴ ارنست جونز را به خاطر نادیده گرفتن علاقه‌ی فروید به تله‌پاتی به‌عنوان «سوءظن غیرمنطقی» متهم می‌کند. او معتقد بود که فروید امکان موارد متعددی را در ارتباطات تشخیص داده، معنای مازادی که نیازمند کاوشی فراتر از زبان صریح صدا و حرکات بدن بود. او در مقاله‌اش به سال ۱۹۱۹ با توجه به اولین تلاش روانکاوانه برای یافتن توضیحی برای احساس یکی‌شدن که در درمان ایجاد می‌شود، توانست درباره‌ی این موضوع عجیب و غریب این احساس را توصیف کند «کسی که دارای دانش، احساس و تجربه‌ی مشترک با دیگری است خود را با شخص دیگری یکی می‌بیند، به‌طوری که خود او گیج می‌شود.» فروید سرانجام این تجربه را در «فانتزی وجود درون رحمی» دنبال کرد.

از آنجایی که امروزه تجارب یکی شدن و بی‌مرزی در درمان به وجود می‌آید، تحلیلگران معاصر مانند فروید ادعا می‌کنند قدرت خود را از وحدت زندگی اولیه، از منشأ ارگانسیم در دلبستگی اولیه پایدار به زندگی می‌گیرند. مفهوم همانندسازی فرافکنانه کلاین، فانتزی که در آن یک ابژه درونی یا بخشی از خود به دیگری فرافکنی می‌شود، اغلب به‌عنوان توضیحی برای تجربه یکی شدن به خاطر احساسات غیرقابل قبول و در نتیجه جدا شدن بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرد.

با بسط مفهوم کلاین، نظریه بیون در مورد دربرگیری و دربرگیرنده^۱ مستقیماً به قلب سؤالی که مطرح می‌کنم می‌رود، اینکه چگونه درمانگران تحلیلی انتقال افکار و احساسات بین بیماران و خودشان را درک می‌کنند؟ در سال ۱۹۶۲ بیون به‌طور خلاصه می‌گوید نوزادان تجربیات عاطفی را که هنوز قادر نیستند به‌تنهایی پردازش کنند به مادرشان فرافکنی می‌کنند. اگر همه‌چیز خوب پیش برود، خیال‌ورزی مادر (که بیون آن را رویا می‌نامد) درباره پریشانی کودک می‌تواند به‌طور یکپارچه درد کودک را به شکل دلپذیری درآورد که بتواند دوباره درونی شود. سپس این تعامل اولیه به نمونه اولیه وضعیتی بالینی تغییر شکل می‌دهد و در آن احساسات غیرقابل تحمل بیمار که بیون آنها را عناصر بتا می‌نامد و شامل تأثیرات حس‌های خامی می‌شود که نمی‌توانند به یکدیگر مرتبط شوند، برای انعکاس غیرقابل دسترس می‌کند.

درمانگر در یک موقعیت ایده‌آل با استفاده از تابع آلفا روی این تأثیرات آشفته یعنی عناصر بتا، منعکس می‌شود و آنها را به عناصر آلفا تبدیل می‌کند که می‌توانند باهم مرتبط شوند و ذهنی سازی شوند و درنهایت به آنها اجازه می‌دهد تا رنگ‌های احساسی به خود بگیرند و معنا را منتقل کنند. از آنجایی که کار من با دیوید نگران‌کننده‌تر و آشفته‌تر شد، واضح بود که در ابتدا توان تغییر عناصر بتا را نداشتم. تکه‌های خاطرات جدا شده‌ای که به من داده شده بود به ذهنم هجوم آوردند و قادر نبودم آنها را درک کنم.

^۱ -container and contained

در سال ۱۹۹۸ کاپر در تکرار دیگری از کار بیون می‌نویسد که وقتی آشفتگی خشونت‌آمیزی از فانتزی‌ها و ادراکات وجود داشته باشد، عملکرد ضد آلفا وارد عمل می‌شود. به این معنا که افکار نمی‌توانند به‌طور ثمربخشی در ذهن متولد شوند در عوض به ذهن هجوم آورده و باعث مرگ آن می‌شوند و ذهنیت غیرممکن را ایجاد می‌کنند.

تلاش من برای درک آنچه بین من و دیوید اتفاق می‌افتاد نمونه‌ای از عملکرد آنتی آلفا است. نمی‌توانستم آنچه در آن لحظه رخ می‌دهد، را درک کنم. در عوض، همان طور که کپر در سال ۱۹۹۸ توصیف می‌کند، احساس می‌کردم عقلم را از دست داده‌ام. فضای بازتابی وجود نداشت و وظیفه بالینی من این بود که بفهمم دیوید چه چیزی را می‌خواست نداند و چه چیزی را باید بداند. در عین حال باید کلماتی را پیدا می‌کردم که بتوانیم باهم استفاده کنیم. من باید این واقعیت را می‌پذیرفتم که به تجربه او آلوده شده بودم و با آن کنار می‌آمدم.

آگدن براساس تئوری دربرگیرندگی و دربرگیرنده بیون در سال ۲۰۰۴ می‌نویسد که مدل بیون به‌طور مرکزی به پردازش افکار ناشی از تجربه عاطفی زیسته می‌پردازد. نکته قابل توجه این است که بیون نظریه خود را درباره عملکرد آلفا توسعه داد و همزمان در اولین زندگی‌نامه خود «تجربه احساسی زیسته» حدود چهل سال قبل خود را در طول نبرد آمیان^۱ توصیف کرد. (بلانگر ۲۰۰۷ و برون به سال ۲۰۱۲)

بسیاری از بازماندگان تروما که بروز تروما در آنها در بزرگسالی صورت گرفته، احساس می‌کنند که زندگی و روان آنها به دلیل غوطه‌ور شدن در وحشت نابودی به‌طور غیرقابل‌برگشتی تغییر کرده است. انگار که مرده‌اند. بیون هم مانند آنها نوشت «من در هشت آگوست سال ۱۹۴۸ مردم.» (گزارش شده توسط براون به سال ۲۰۱۲). با این حال بیون این خاطرات وحشتناک را از کار نظری خود جدا نگه داشت.

۱. Amiens

در زندگی‌نامه بیون به سال ۱۹۸۲ که در جنگ جهانی اول به‌عنوان یک قهرمان نشان داده شد (افتخاری که با آن به‌شدت ناراحت بود)، توضیح می‌دهد که چگونه فکرش در زمان آماده‌شدن برای نبرد محدود و سخت شد. او می‌گوید: در ناامیدی متوقف شدم چیزی بین فکرکردن به گذشته و آینده. من از هر جسمی در دید محدود خود استفاده کردم و شروع به اندازه‌گیری جهت‌ها با قطب‌نما کردم. برای تسکین من ترسم شروع به فروکش کردن کرد. این صحنه قرار بود در طول جنگ به این شکل وحشتناک جدید بارها و بارها تکرار شود تا اینکه سرانجام به‌زور تکرار، وحشت خود را از دست داد.

بیون به‌طور مستقیم درباره تفکر عینی که هنگام تروما رخ می‌دهد، اطلاعاتی کسب کرده بود. تأثیرات عاطفی و حسی که او را هنگام آماده‌شدن برای نبرد بمباران می‌کرد و باید در طول خود نبرد دفع می‌شد، عناصر بتای جداشده‌ای بودند که معنای بالقوه را از تجربه بیرون می‌کشیدند. بیون در نوشته‌هایش با توجه به نوشته‌های روان‌تحلیلی نظریه کلاین به دنبال الگوی ایده خود از دربرگیری/دربریگرنده، نه در تجربیات دوران جنگ، بلکه در اولین تعاملات با مادر بود.

میچل به ما راه دیگری برای اندیشیدن به کار بیون در این زمینه پیشنهاد می‌کند. او در سال ۱۹۸۴ در مقاله مهم خود با عنوان «شیب رشد» با استدلال سنتی روانکاوانه مخالفت می‌کند. وی اصرار دارد که لازم نیست احساسات قدرتمند و اولیه را با حالات نوزادی درهم آمیخت. میچل ادعا می‌کند که لزوماً احساسات اولیه معنادارتر یا دردناک‌تر نیستند. حال چه مثل بیون و کلاین به چیزی متوسل شویم که چودرو در سال ۱۹۹۶ آن را «اقتدار گذشته» نامیده است یا با میچل موافق باشیم که تجربیات در بزرگسالی می‌توانند به اوج وحشت تجربه‌نشده قبلی برسند، در هر حالتی باز هم ما تجربیات بالینی و نظری فراوانی داریم.

در این راستا شواهد عصب‌روانشناختی نشان می‌دهد که تجربه آسیب‌زا، مرزهای ما را همانطور که معمولاً درک می‌کنیم، به چالش می‌کشد. من این بخش را با ادغام مختصر نظریه عملکرد ذهنی بیون با آنچه درباره نوروشیمی تروما آموخته‌ایم به پایان می‌رسانم، زیرا انطباق در بین رشته‌ها آموزنده است و شواهد

بیشتری از مشکلات پیش روی درمانگران قرار می‌دهد. از آن جهت که آنها به دنبال معرفی معنا به موقعیت‌هایی هستند که اغلب به نظر می‌رسد معنایی ندارند.

همانطور که در بالا توضیح داده شد، عناصر بتای بیون، تأثیرات آسیب‌زای واقعی و غیرمرتبط را مشخص می‌کنند که نمی‌توانند در حافظه بلند مدت ادغام شوند. به‌طور مشابه از نظر عصبی شیمیایی، ترشح سیل‌آسای نوراپی‌نفرین که در لحظات وحشت پایدار آزاد می‌شود، هیپوکامپ را که وظیفه آن تحکیم حافظه کلامی است تحت تأثیر قرار می‌دهد. در لحظات وحشت، خاطرات عاطفی و تأثیرات حسی افزایش می‌یابد و با شکست عملکرد تحکیم هیپوکامپ، این تأثیرات به‌طور مکرر توسط آمیگدال پردازش می‌شوند که منجر به قطع ارتباط گیج‌کننده بین حوزه عاطفی و شناختی می‌شود.

تصاویر مزاحم بسیار آشنا در حالات پس از سانحه، خاطرات عاطفی و احساسات جسمی، بصری، شنیداری و عاطفی که بازماندگان را مورد آزار و اذیت قرار می‌دهد با عناصر بتا مطابقت دارد. تأثیرات حسی خام که نمی‌توانند به یکدیگر مرتبط شوند و برای انعکاس غیرقابل دسترس می‌شوند و فرمول‌بندی نشده‌اند و در نتیجه جدا می‌شوند. خاطرات آسیب‌زا در عین حالی که زنده‌اند، آشفته نیز به نظر می‌رسند. خاطرات شناختی ممکن است پراکنده باشند، اما خاطرات حسی قدرتمند و ناخوانده هستند.

ارتباط غیرمنتظره من بین گاری غذای حلال و شکنجه یک زندانی مسلمان شانزده‌ساله نمونه‌ای از کارکرد محرک این برداشت‌های جسمی ناپیوسته است، برداشت‌هایی که توسط افسر ارشد به عنوان پاسخ‌دهنده شرح حال بیانی آسیب‌دیده به من منتقل شده بود. من آگاهانه این ارتباط را تا زمانی که این مقاله را می‌نوشتم برقرار نکردم. در نگاهی به گذشته متوجه می‌شوم که وقتی کنار گاری غذا راه می‌رفتم، تجربه حسی باعث ایجاد ارتباط عاطفی شد و من تقریباً به معنای واقعی کلمه در خاطره تکان‌دهنده و ازهم‌گسیخته‌ای افتادم.

مطالعه موردی ادامه دارد.

درمان دیوید را رها کردم. همانطور که به یک وحشت بی صدا تبدیل می شد، در حالت خلسه به او خیره شده بودم. شروع کردم به درک آنچه می خواست من بدانم و همزمان می خواستم اطلاع از آن را انکار کنم. واقعاً چه چیزهایی را باید در خودم می داشتم تا بتوانم درمان را به جلو ببرم. در نهایت با اذعان به ترومای نیابتی، تأثیرات بصری و حسی که به زور وارد ذهنم می شد، خوابم را مختل و در زندگی بیداریم من را دمدمی مزاج و آشفته کرد.

با اکراه شروع به کار کردم و آگاهانه دیوید را در اکتشاف مأموریت هایش در ویتنام و اینکه چگونه از کنترل خارج شده بود، درگیر کردم. متأسفم که نتوانستم راهی برای تحمل خاطرات غیرقابل تحمل او، هیجان گناه آلود و شرم فلج کننده اش پیدا کنم. من از او وحشت داشتم، همانطور که او از خودش و کارهای خودش منزجر و وحشت زده بود. می خواستم این ها را رها کند و با قهقهه و رفتار بهتری از دفتر من بیرون برود، اما غریزه درونی من، نه از کلمات بی معنی او، بلکه از تخیل من تغذیه می شد. به اعتقاد من این یکی شدن اجباری با او به من گفت که دیوید به کلماتی برای توصیف نیاز دارد.

نمی دانستم آیا اجازه ادامه درمان را دارم یا نه؟ شاید می توانستم راه نجاتی برای ترس او پیدا کنم. تلاش کردم تا صحنه را در خاطرم نگه دارم و پیامدهای آنچه حس می کردم را در نظر بگیرم. دیگر نمی توانستم به خودم بگویم نمی دانم چه خبر است، چون همه چیز را خیلی خوب می دانستم. انگار ذهنم در حال لکنت زبان بود. «چگونه از او در این مورد بپرسم؟ آیا تمایل به شنیدن حرف های من خواهد داشت و آیا او خشونت خواهد کرد؟ فکر می کنم او درباره کشتن زنان و کودکان صحبت می کند و با خنده درباره آن می تواند من را هم بکشد. اما واضح است که او نمی تواند به خودش اجازه دهد تا آنچه انجام داده است، را بیان کند. خدایا او فقط چیزی گفت و من به معنای واقعی کلمه آن را نشنیدم و قادر به فهم آن نبودم.»

بر اساس تخیلات ذهنی ام با خود استدلال کردم که بچه ها در جنگ کشته می شوند ولی آیا می توانم آنقدر درگیر این افکار شوم که ترس دیگران را محرکی برای محو کردن آنها ببینم؟ آیا این قدرت سادیستی

من را برانگیخته است؟ در هر حال وقتی می‌توانم چیزی را تصور کنم پس قادر خواهم بود حتی درباره‌اش صحبت کنم. تغییر در زبان بدن یا لحن صدایم، باید نشان‌دهنده آمادگی جدیدی برای گوش‌دادن و دربرگیری^۱ باشد.

بعد از این همه شکست باید صریح می‌گفتم «دیوید فکر می‌کردم با من درباره کاری صحبت می‌کنی که با بچه‌ها در ویتنام کردی، اما ترسیدی به حرف‌هایت گوش ندهم یا آنقدر منجر شوم که دیگر کار با تو را متوقف کنم. درواقع فکر می‌کنم شما هم وقتی بدانید که بی‌دلیل به زندگی مردم خاتمه داده‌اید به حالت انزجار و وحشت خواهید رسید. احساس می‌کنم تمام تلاشت بر این است که متوجه شوی چه اتفاقی افتاده است. من سعی خواهم کرد به صحبت‌هایت گوش دهم و کمکت کنم تا بتوانید درباره چگونگی این اتفاقات فکر کنید.»

میترانی سال ۲۰۰۳ این نوع دربرگیرندگی^۲ را اینچنین توصیف می‌کند که «بخشی از ذهن بیمار را به او می‌دهد.» این کاری بود که من باید انجام می‌دادم درواقع باید فراتر از سرایت حرکت می‌کردم و آگاهانه از دیوید دعوت می‌کردم تا وارد ذهن من شود و من را مملو از وحشت و ناباوری خودش کند تا بتوانم بدون محکوم کردنش با او فکر کنم. وقتی خودم را وادار به درگیر کردن دیالکتیک بین بی‌حسی و معنا کردم، سؤالاتی عنوان شد که به هر دو ما کمک کرد تا بتوانیم دوباره شروع به فکر کردن، بازآفرینی و ارزیابی مجدد تجربه کنیم.

همانطور که من شروع به انعکاس آنها کردم و فقط به آنچه می‌شنیدم واکنش نشان ندادم، در این حالت تابع آلفا تکه‌های عناصر بتا را به عناصر آلفا تبدیل می‌کرد که هر دو ما می‌توانستیم درباره آنها فکر کنیم. به این ترتیب نقطه برتری سوم بین ما ایجاد شد و فضای بین فردی را باز کرد. این دیگر من نبودم که توسط دیوید وحشت‌زده بشوم یا دیوید از انزجار پنهان من شرمنده باشد. دیگر هیچ کاری انجام نمی‌دادم

^۱-contain

^۲-containment

(بنجامین، ۲۰۰۴)، بلکه ما دو نفر باهم فکر می‌کردیم و متعجب بودیم. در هر صورت اگر بخواهیم معنای جدیدی بسازیم که فراتر از حالت یخزدگی او و ترومای نیابتی من باشد، باید این کار را انجام می‌دادیم. تغییر در نگرش من این امکان را برای دیوید فراهم کرد تا داستان خود را منسجم‌تر بیان کند. این صحبت‌ها همراه با سکوت‌های طولانی و بررسی‌های غیرکلامی مداوم صورت گرفت تا بتوانم متوجه شوم که چقدر قضاوت‌کننده و طردکننده هستم و در نهایت بررسی کنم که او چقدر جرأت به یاد آوردن دارد. او برای مدت طولانی از موارد متعددی می‌ترسید، اینکه دوباره کنترل خود را از دست بدهد و آیا وقتی شاهد کشته شدن فرزندان دیگران بود لیاقت داشتن دختری از آن خود را دارد. ترس از اینکه همکارانش به نوعی می‌دانستن چه کرده است؟ ترس اینکه رئیس‌هایش به طرزی سادیستی او را هل می‌دهند تا ببینند او تا کجا پیش خواهد رفت؟

به طرز قابل درک و توجهی دیوید هرگز نتوانست خود را به خاطر جنایاتی که مرتکب شده بود، ببخشد. او همچنان تنها و منزوی بود، اما وقتی ترس‌هایش را صدا می‌کرد، پارانویای او کمتر می‌شد و رفتارش در محل کار نوسان کمتری داشت. با گذشت زمان توانست به طور مؤثر با همسر سابقش روبه‌رو شود و برای حق دیدار دخترش به طور متقاعدکننده‌ای استدلال کند، حقی که تا آن لحظه واقعاً باور نداشت که استحقاقش را دارد. همانطور که درمان پیش می‌رفت و کار ما شکل قابل تشخیصی به خود می‌گرفت، متوجه شدم که دیگر توسط ارواح دیوید تسخیر نشده‌ام، اما آگاهی از خشم آن جوخه در ویتنام همچنان مرا آزار می‌دهد.

عبور از سرایت

در کار با دیوید متوجه شدم که در برخی نقاط مرزهای بین ما نفوذپذیر شده است. من غرق در هیجان، سردرگمی و وحشت او بودم و بدون اینکه از خاطرات او اطلاعی داشته باشم، آلوده به خاطراتش شدم. من تبدیل به ظرفی ناخواسته برای سادیسیم انکارشده او شده بودم. کلماتش به همان اندازه که برای من آزار دهنده بود، برای او هم همین حالت را داشت حتی شاید گاهی برای من ناراحت کننده تر بود. فضای بین فردی فروریخته بود و من تلاش کردم تا آن را دوباره به وجود آورم و جایی برای تأمل، دربرگیرندگی و دگرگونی عناصر بتای دربرگیری دربرگیرنده پیدا کنم.

وظیفه درمانی من این بود که بتوانم یکی شدن ناخواسته با دیوید را به پیوستن عمدی تبدیل کنم. برای تفسیر کلمات آگوستا که قبلاً نقل شد، باید سرایت عاطفی را به همدلی تبدیل می‌کردم تا درک، تفسیر و زبانی را که در سرایت عاطفی وجود ندارد، بیابم. برای رسیدن به این هدف باید از تخیل خود استفاده می‌کردم تا آنچه می‌ترسیدم از قبل بدانم را درک کنم. برای وارد شدن به حالت وحشت‌زده و وحشت‌آور بازمانده تخیل لازم است. پرداختن به این بیماری و بیان کلماتی که فرمول‌بندی نشده و باقی مانده‌اند به تخیل نیاز دارد.

در سال ۲۰۱۳ برومبرگ ادعا می‌کند که تخیل با فضای بین فردی همراه است. در شرایط عادی اینطور به نظر می‌رسد، اما پس از یک ضربه روانی عظیم همانطور که گرسون در سال ۲۰۰۹ می‌گوید، نفر سوم مرده است. یعنی در این حالت فضای بین فردی به خطر می‌افتد و به فضای مرده تبدیل می‌شود. درمانگران برای بازسازی آن فضا هم به تصویرسازی و هم به اراده نیاز دارند.

یکی از جنبه‌های مهم درمان روان‌پویشی مؤثر با بازماندگان آسیب روانی عظیم، کار بر روی تصویرسازی درمانگر است، یعنی داشتن شجاعت برای پیوستن به کسی که خود او پس از وحشت فرو ریخته است. در سال ۲۰۰۰ لووالد هشدار می‌دهد که «اگر ما فاقد تصویرسازی باشیم، به تجربه بیمار

نمی‌رسیم و آن را دست‌نخورده رها می‌کنیم.» تصویرسازی بهترین راهنما است، در واقع برای بسیاری تنها راهنما برای ورود به تجربه‌ای است که قابل تشخیص نیست.

یافتن فضای ذهنی برای در نظر گرفتن چنین وحشت‌هایی از طریق یک فرآیند تدریجی دردناک بدست می‌آید، جایی که ظرفیت تحلیلگر برای تجربه احساسات و در نظر گرفتن این تجربیات که بیمار بارها و بارها با آن مواجه می‌شود و در نهایت درونی می‌شود. این روند نه تنها به طرز دردناکی کند است، بلکه همانطور که در طول این مقاله استدلال کرده‌ام، مواجه شدن درمانگر با وحشت بیماران و تحمل مسئولیت دربرگیری و رام کردن خاطرات و احساسات غیرقابل کنترل برای درمانگر قابل مدیریت نیست.

بیک (۱۹۶۸) به این موضوع اشاره می‌کند هنگامی که درمانگران خود را به عنوان ظرف بیرونی خاطرات و تأثیرات جداشده بیماران خود تجربه می‌کنند که «ابژه مظروف^۱ به‌طور عینی به‌عنوان یک پوسته تجربه می‌شود» که وقتی با هم یکی می‌شود^۲، فانتزی فضاهای درونی و بیرونی را به وجود می‌آورد. بنابراین درمان شروع به معکوس کردن تجربه بی‌مرزی می‌کند. سرایت در حال دربرگیری است.

علاوه دربرگیری و تصویرسازی، اعتبارسنجی سومین مؤلفه ضروری در درمان بازماندگان آسیب‌های روانی عظیم است (همچنین نگاه کنید به لوی به سال ۲۰۰۴). اعتبارسنجی به بازماندگان این امکان را می‌دهد تا از تجزیه فراتر رفته و در حضور شاهد با گذشته آسیب‌زا روبرو شوند. در تلاش برای ایجاد یک نفر سوم «زنده» از طریق تصویرسازی فعال، در پیوستن به ذهنیت دیگری، درمانگر شاهدهی می‌شود که می‌تواند تأیید کند.

در بحث‌های روانکاوانه شهادت درباره رابطه درمانگر با بیمارش، درباره امکان یا حتی توصیه بودن این پیوستن اختلاف نظر وجود دارد. تحلیلگران می‌پرسند آیا درمانگر یک شاهد خارجی است که تجربه بیمار را تأیید می‌کند یا اینکه باید به بازمانده بپیوندد تا اتفاقی را که روی داده است، تجربه کند. آیا این

۱. containing object

۲. incorporated

پیوستن اجتناب‌ناپذیر است؟ اگر اتفاق بیفتد، این یکی شدن قابل تغییر است یا تجربه بیمار را از بین می‌برد؟ دقیقاً همانطور که گامپل به سال ۱۹۹۸ در بحث خود درباره خطرات همانندسازی بیش‌ازحد با بازماندگان استدلال می‌کند. به گفته پولند در سال ۲۰۰۰ شهادت روانکاوانه مؤثر باید بر تشخیص اینکه درمانگر خودش بیمار دیگری است، معطوف شود. او تحت شرایط خاص « به جای خودداری از سکوت غیرمداخله‌گرانه» حمایت می‌کند و به حرف‌هایش گوش می‌دهد اما تفسیر نمی‌کند. پولند خواهان توقف جزئی تکنیک تحلیلی کلاسیک است. او نتیجه می‌گیرد که این شکل از مشاهده تحلیلی، تمایز «خود» را به ویژه هنگامی که درمان رو به پایان است آسان می‌کند.

به سال ۲۰۱۲ پسکین با اتخاذ رویکردی رابطه‌ای به بیمارانش، دیدگاه مخالف را تأیید می‌کند. او می‌گوید تنها زمانی که تحلیلگر وظیفه خود را به‌عنوان شاهد انجام داده باشد، می‌تواند به مسائل درون‌روانی بپردازد. بنا به اشاره او به دورا، مورد کلاسیک هیستری فروید، دورا قبل از اینکه بتواند از درمانگر استفاده کند به یک مشاهده تحلیلی نیاز داشت. با این حال فرصت استفاده از ترومای نیابتی به‌عنوان یک ابزار درمانی کمتر بر اساس زمان‌بندی است تا اینکه آیا درمانگر نقش خود را به‌عنوان شاهدی که فردیت مجزایی از بیمارش دارد تجربه می‌کند که به قول پولند «دیگری» است یا اینکه او نوعی درهم‌آمیختگی را تجربه می‌کند.

اولمن در سال ۲۰۰۶ و گرسون به سال ۲۰۰۹ این تفاوت را تقسیم و استدلال کردند که «دیگری درگیر» درمانگر برای بیمار بسیار مهم است. در سال ۲۰۰۱ اولیور که نه‌تنها یک روانکاو است، بلکه در جایگاه یک نظریه‌پرداز اجتماعی و فیلسوف ادعای بسیار جسورانه‌تری دارد، بر این باور است که شاهد نباید «سوژه بیننده» باشد که دیگری را با نگاهی ثابت کند، او استدلال می‌کند که «سوژه و اُبژه باید باهم آشتی داده شوند.»

به‌طور مشابه مایر در سال ۲۰۰۷ به یکی از پاسخ‌دهندگان اشاره می‌کند که وی دانش خارق‌العاده‌ای را به او نسبت می‌دهد: «شما شخص مقابل را به دقت می‌خوانید. شما هستید که او را از درون می‌شناسید زیرا دیگر جدا نیستید.» البته این گفته اشاره به من بوده است.

در این مثال برای استفاده از کلمات الیور، سوژه و ابژه باهم تطبیق داده شده‌اند. اشل در سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ تصاویر بالینی زیادی را از این دیدگاه رادیکال ارائه می‌دهد. تجربیات او با بیمارانی که ازدست‌دادن زود هنگام و رهاشدن عاطفی، آنها را با احساس مردگی و ناامیدی طاقت‌فرسا مواجه می‌کند، اشل را به توصیف فرآیندی فراتر از محدودیت می‌کشاند که در آن مرزهای بین تحلیلگر و بیمار محو می‌شود. این نه یک درمان یک‌نفره و نه یک درمان دونفره است، بلکه یک موجودیت دو در یک است.

او به جای اینکه شاهد باشد، آن را «شاهد» می‌نامد، و اشاره می‌کند که درمان باید فراتر از ذهنیت‌های جداگانه باشد. آثار او کیفیت غیرقابل وصف و گذرای «باهم بودن» را به تصویر می‌کشد که کم‌کم دگرگون می‌شود. او ضرورت و عدم قطعیت ورود به این فضای اغلب وحشتناک همراه با بیمار و استفاده از تصویرسازی برای انجام این کار را نشان می‌دهد. این بیماران بنخاطر آسیبی که از تروما دیدن از بهبودی ناامید هستند و همین ناامیدی عاملی برای بهبودی است.

ادعای من این است، برای درمانگرانی که از طریق تجربه سرگردان ترومای نیابتی کار می‌کنند، البته این بار عمداً و تمایل به انجام این جهش، هم نیاز عمیقی به کشش تصویرسازی برای در نظر گرفتن ذهنیت دیگری وجود دارد و هم در نقاطی لازم است از موضع یکی دیگر از افراد ذریبط تأیید شود. همچنین پیوستن و جداماندن در زمان‌های مختلف ضروری است. کسانی که با بیمارانی کار می‌کنند که به شدت آسیب دیده‌اند، می‌توانند به لحظات پیوستن، کنار گذاشتن آخرین ذره گسست، آخرین دفاع در برابر انزجار، وحشت، غم و اندوه طاقت‌فرسا اشاره کنند و آگاهانه از درون با دیگری آشنا شوند.

خلاصه

به‌طور خلاصه مانند تمام اشکال انتقال متقابل که ترومای نیابتی یکی از نمونه‌های آن است، باید به یک فرآیند درون روانی پویا تبدیل شود. گاهی اوقات ترومای نیابتی به‌عنوان نوعی از سرایت روانی، ناخوانده و ناخواسته تجربه می‌شود. درمانگران تنها با اعتراف به سرایت می‌توانند از طریق تجربیات آسیب‌زا با بیماران خود کار کنند. درمانگران برای کمک به بیماران در متابولیزه کردن چیزی که در ابتدا از نظر روانی غیرقابل هضم بوده، باید از طریق تجربه خود درباره تجربه بیمار کار کنند.

در ابتدا این فرآیند در جلسات آشکار می‌شود، اما ناگزیر برخی از تأثیرات جداشده و برداشت‌های فرموله‌نشده از آن جلسات به زندگی روزمره درمانگران منتقل می‌شود، جایی که می‌توان روی مطالب منکرشده بیماران در حالت خواب‌و‌بیداری کار کرد و برای به جلو راندن استفاده کرد. درمان در جلسات بعدی پیش می‌رود.

در کار با دیوید سرانجام توانستم تجربه جانشین خود از تجربه جداشده او را به یک کاوش دردناک، اما ضروری درباره یک حادثه خاص در ویتنام تبدیل کنم. گاندی گفته است «من به کسی اجازه نمی‌دهم با پاهای کثیف خود در ذهن من قدم بزند.» در حالی که درمانگران روان‌پویشی نمی‌توانند این ادعا را داشته باشند. پس ما باید خود را در معرض این احتمال قرار دهیم که بیماران ما با پاهای کثیف خود در ذهن ما راه بروند. درواقع همچنان که به زندگی روزمره خود ادامه می‌دهیم، برخی از ردپاهایی که قبلاً بررسی و تصور نشده بودند، ما را به یاد آنها می‌اندازند و این امری است اجتناب‌ناپذیر. آنها به ما نشان می‌دهند که ما درگیر فرآیند مبارزه با خودمان برای کمک به بازمانده‌ای از آسیب روانی عظیم هستیم که هرچقدر هم این معنا دردناک باشد، در تجربه معنا پیدا خواهد کرد.