

مهارت‌های حرفه‌ای اتاق درمان برای مراجعه‌ین با ترومای پسا‌جنگ

دکتر بهروز دولت‌شاهی

دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

• وقتی جنگ تمام می‌شود، آیا واقعاً تمام شده است؟»

• جنگ فقط یک رویداد نظامی نیست، بلکه یک «تجربه جمعی آسیب روانی» است

- تروماهای مختلف در یک سطح «روان‌شناختی» مشترک‌اند (تهدید، ترس، بی‌قدرتی)،
- اما ترومای جنگ—به‌خصوص وقتی فرد یا خانواده‌اش زیر بمباران قرار می‌گیرد یا خانه‌اش ویران می‌شود—کیفیت متفاوتی دارد.
- این تفاوت فقط شدت نیست؛ نوع شکستن تجربه‌ی انسان از جهان است
- «ترومای جنگ فقط یک رویداد نیست؛ فروپاشی همزمان امنیت، بدن، خانه و معناست.»

1. تفاوت در «نوع تهدید»

- ترومای جنگ (بمباران، تخریب خانه، آسیب نزدیکان)

- تهدید مداوم و غیرقابل پیش‌بینی

- هیچ «پایان امنی» قابل تصور نیست

- خطر در «هر لحظه و هر جا» ممکن است برگردد

- نتیجه:

سیستم عصبی وارد حالت بقا دائمی می‌شود

- تروماهای رایج (حاد یا تکرریدادی)
- مثل تصادف، تجاوز، حادثه طبیعی

- تهدید محدود به زمان/مکان

- پایان مشخص دارد

- امکان فاصله گرفتن از موقعیت وجود دارد

2. تفاوت در سیستم عصبی

- در تروماهای معمول:
• واکنش شدید → سپس کاهش تدریجی

• در جنگ:

- فعال‌سازی مکرر بدون فرصت بازیابی
- بدن در حالت:
 - (hypervigilance گوش‌به‌زنگی دائمی)
 - (یا shutdown فروپاشی/بی‌حسی)

3- تفاوت در “از دست دادن فضای امن”

تروماهای دیگر:

- خانه معمولاً امن باقی می‌ماند
- فرد می‌تواند “به جایی امن برگردد”

جنگ:

- خانه ممکن است هدف حمله باشد
- محله، شهر، حتی کشور ناامن می‌شود

این یعنی:

“هیچ مکان امنی وجود ندارد”

4- آسیب به شبکه‌های وابستگی

- در جنگ:
- همزمان چند عضو خانواده آسیب می‌بینند یا از دست می‌روند
- جدایی ناگهانی از عزیزان
- گم‌شدن یا مرگ غیرقابل مشاهده
- این باعث:
- سوگ پیچیده
- گسست دلبستگی
- احساس تنهایی شدید

5- تفاوت در «معنا»

- در تروماهای فردی:
- «این برای من اتفاق افتاد»
- در جنگ:
- «دنیا ناامن است»
- «انسان‌ها قابل اعتماد نیستند»
- «هیچ عدالتی وجود ندارد»
- یعنی:
- تروما از سطح فردی → به سطح جهان‌بینی منتقل می‌شود

6- تفاوت در بدن (Somatic imprint)

- در جنگ:

- صداها (انفجار، هواپیما) تبدیل به

- trigger دائمی می‌شوند

- بدن شرطی می‌شود به خطر

- واکنش‌ها خودکار و شدید هستند

- نتیجه:

- حتی در امنیت، بدن "امنیت را باور نمی‌کند"

7- تفاوت در زمان روانی

- تروماهای دیگر:

- گذشته → گذشته می‌ماند

- جنگ:

- گذشته مدام در حال تکرار در حال است

- آینده قابل تصور نیست

- زمان "شکسته" می‌شود

8- تفاوت در هویت

- در ترومای جنگ:

- فرد ممکن است هویت خود را به عنوان:

- بازمانده

- آواره

- بی‌خانمان

- تجربه کند

در حالی که در سایر تروماها:

- هویت کمتر به‌طور کامل بازتعریف

می‌شود

• «در ترومای جنگ، رویداد آسیب زا سیستم کامل امنیت روانی، فیزیکی، اجتماعی و معنایی انسان را فرو می ریزد

• هدف درمان فقط کاهش علائم نیست؛ هدف بازسازی تدریجی حس “امنیت قابل تجربه” است، نه فقط امنیت واقعی.

ویژگی‌های خاص PTSD جنگی

- چندلایگی تروما (مرگ عزیزان، جابجایی، ناامنی مداوم).
- برانگیختگی بالا، فلش‌بک، بی‌حسی هیجانی، و بی‌اعتمادی.
- مفهوم «آسیب اخلاقی» (moral injury): احساس گناه/شرم فراتر از ترس.
- نکته کلیدی: این بیماران فقط «خاطره بد» ندارند، بلکه «سیستم عصبی در حالت بقا» گیر کرده است.

مهارت‌های حرفه‌ای درمانگر ترومای جنگ

- **الف) ایجاد امنیت (Safety & Stabilization)**
- پیش‌بینی‌پذیری، مرزبندی روشن، دادن حس کنترل به مراجع.
- پرهیز از شتاب در ورود به خاطرات تروماتیک.
- **ب) تنظیم هیجان (Affect Regulation Skills)**
- آموزش تکنیک‌های ساده: تنفس، grounding، توجه به بدن.
- بدون این مهارت‌ها، هر مداخله عمیق می‌تواند آسیب‌زا شود.
- **ج) تنظیم سرعت درمان (Pacing & Window of Tolerance)**
- کار در «پنجره تحمل»؛ نه غرق شدن در تروما، نه اجتناب کامل.
- نشانه‌های over-arousal و dissociation را سریع تشخیص دهید.
- **د) حساسیت فرهنگی و زمینه‌ای**
- در بافت ایرانی: نقش خانواده، دین، و معنای رنج مهم است.
- برخی مراجعان علائم را جسمانی بیان می‌کنند—این را «مقاومت» تلقی نکنید.
- **ه) کار با شرم و گناه**
- رویکرد غیرقضاوتی؛ عادی‌سازی بدون ساده‌سازی.
- تمایز بین «مسئولیت واقعی» و «احساس مسئولیت ادراک‌شده».
- **ی) تنظیم رابطه درمانی**
- پرهیز از بازتروماسازی
- کار با اعتماد از دست‌رفته (trust rebuilding)

- در کار با ترومای جنگ، همین مؤلفه‌های غیرتکنیکی اغلب تعیین‌کننده‌تر از خود مداخلات تخصصی هستند

- 1. نگرش درمانگر (Therapeutic Stance)

- پذیرش رادیکال: توان تحمل روایت‌های شدید بدون قضاوت یا اصلاح سریع

- تحمل ابهام: همه چیز قرار نیست سریع معنا پیدا کند

- فروتنی فرهنگی (Cultural Humility) مراجع متخصص تجربه‌ی زیسته خودش است

- پرهیز از نقش نجات‌دهنده: کمک بدون ایجاد وابستگی

Radical Acceptance پذیرش رادیکال)

یعنی: پذیرفتن واقعیت همان‌طور که هست، بدون تلاش برای انکار، اصلاح فوری یا معنابخشی زود هنگام

- این به معنای «تأیید کردن» یا «خوب دانستن» اتفاق نیست—بلکه یعنی: «این اتفاق افتاده، و من به‌عنوان درمانگر ظرفیت مواجهه با آن را دارم.»

• خطای رایج

- آرام‌سازی سریع: «الان امنی، تموم شده»
- معنابخشی زودرس: «حتماً حکمتی داشته»
- تغییر احساس: «سعی کن مثبت‌تر نگاه کنی»
- این‌ها در ظاهر حمایتی‌اند، اما در عمل می‌توانند تجربه مراجع را invalid کنند

مثال‌های بالینی

- مثال 1: مراجع: «جلوی چشمم خانواده‌ام کشته شدند... هیچ چیز دیگه مهم نیست»
- پاسخ غیر حرفه‌ای: «ولی تو زنده موندی، این خودش ارزشمنده»
- مثال 2: مراجع: «من نباید زنده می‌موندم»
- پاسخ عجولانه: «نه این درست نیست، تقصیر تو نبوده»
- پذیرش رادیکال: «بخشی از تو عمیقاً باور داره که نباید زنده می‌موندی... این احساس چقدر باهاته؟»
- پذیرش رادیکال: «چیزی که دیدی واقعاً دردناکه ... قابل درکه که الان هیچ چیز برات معنا نداشته باشه»
- اینجا شما احساس را می‌پذیرید، نه باور را تأیید.

تحمل ابهام (Tolerance of Ambiguity)

- چون مراجعین اغلب با این‌ها می‌آیند:

- «چرا این اتفاق افتاد؟»

- «آیا دوباره اتفاق می‌افتد؟»

- «آیا من هیچ‌وقت خوب می‌شوم؟»

- و حقیقت این است:

درمانگر پاسخ قطعی ندارد.

- تعریف ساده

- یعنی توانایی ماندن در موقعیت‌هایی که:

- پاسخ روشن ندارند

- پایان مشخص ندارند

- معنایشان هنوز شکل نگرفته

- در ترومای جنگ، این وضعیت «نرمال» است.

مثال‌های بالینی

- مثال 1: سؤال بی‌پاسخ مراجع: «چرا این اتفاق برای من افتاد؟»
- پاسخ سطحی: «شاید برای این که قوی‌تر بشی»
- مثال 2: آینده نامعلوم مراجع: «می‌ترسم دوباره جنگ بشه»
- پاسخ اطمینان‌بخش کاذب: «نه، دیگه اتفاق نمی‌افته»
- تحمل ابهام: «این سؤال خیلی عمیقه... و دردناکه که جواب روشنی براش نیست... تو وقتی بهش فکر می‌کنی چه حسی داری؟»
- تحمل ابهام: «این ترس قابل درکه... مخصوصاً وقتی قبلاً تجربه‌اش کردی... زندگی با این عدم قطعیت خیلی سخته»

• مثال 3: «من هیچ وقت خوب نمی شوم»

• پاسخ: «الان این طوری به نظر میاد... و در عین حال، ما هنوز در مسیر هستیم و نمی دونیم این مسیر کجا می تونه برسه»

• مهارت کلیدی در اجرا

• نگه داشتن «نمی دانم» بدون اضطراب

• بازگرداندن تمرکز به تجربه فعلی

• همراهی به جای هدایت

• این دو مهارت عملاً به هم وابسته اند:

• بدون پذیرش رادیکال → درمانگر شروع به اصلاح واقعیت می کند

• بدون تحمل ابهام → درمانگر شروع به ساختن پاسخ های زود هنگام می کند

• و نتیجه هر دو:

از دست رفتن عمق رابطه درمانی

در کار با تروما، درمانگر بیشتر از آنکه واقعیت
تجربه شده را تغییر دهد، باید ظرفیت ماندن در
واقعیت را افزایش دهد.»

چگونه در مراجعی که بخاطر تروما ،گوش بزنگ است احساس ناامنی میکند احساس امنیت ایجاد کنیم

- تنظیم فیزیکی اتاق (قبل از شروع جلسه)
- اجازه دهید مراجع **جای نشستن را خودش انتخاب کند**
- ترجیحاً:

- پشتش به دیوار باشد
- در خروجی را ببیند

• نور:

- نه خیلی تیز، نه خیلی تاریک

• حذف محرک‌های ناگهانی:

- صدای زنگ، در، موبایل

چگونه در مراجعی که بخاطر تروما ،گوش بزنگ است احساس ناامنی میکند احساس امنیت ایجاد کنیم

• جمله پیشنهادی «اگر جایی هست که احساس راحتی داری، می‌تونی انتخابش کنی»

• این جمله ساده = بازگرداندن حس کنترل

چگونه در مراجعی که بخاطر تروما ،گوش بزنگ است احساس ناامنی میکند احساس امنیت ایجاد کنیم

- مثال «امروز حدود 50 دقیقه با هم هستیم.
بیشتر تمرکز روی اینه که بفهمیم این
احساس ناامنی چطور در بدنت فعال
میشه. اگر جایی خواستی توقف کنیم،
کاملاً در کنترل توئه»

- هیچ وقت بدون اطلاع موضوع را
عوض نکنید و ارد خاطرات تروما نشوید

- ساختاردهی شفاف جلسه
(Predictability))

- مراجع جنگ، «غافلگیری» را تهدید
تجربه می‌کند.

- در شروع جلسه

- خیلی واضح بگویید:

- جلسه چقدر طول می‌کشد

- چه کارهایی قرار است انجام شود

- چه کارهایی قرار نیست انجام شود

چگونه در مراجعی که بخاطر تروما ،گوش بزنگ است احساس ناامنی میکند احساس امنیت ایجاد کنیم

- بازگرداندن حس کنترل (Bottom-up Safety) and Choice
- ترومای جنگ = از دست دادن کنترل
درمان = بازگرداندن آن
- مداخلات عملی
- در طول جلسه دائماً انتخاب بدهید:
- «دوست داری ادامه بدیم یا کمی مکث کنیم؟»
- «الان درباره بدن حرف بزنیم یا درباره افکار؟»
- «می‌خوای چشم‌هات باز باشه یا بسته؟»
- کار با بدن (Bottom-up Safety)
- امنیت اول در بدن ساخته می‌شود، نه شناخت.
- تمرین فوری در جلسه
- تمرین «جهت‌یابی»
- می‌تونی اطراف اتاق رو نگاه کنی و 3 چیز که حس خنثی یا امن دارن پیدا کنی؟
- «یا: «می‌تونی بگی الان دقیقاً کجا هستیم؟ چه سالیه؟»
- کمک به خروج از حالت تهدیدمزم «تماس با زمین» فشار دادن پاها به زمین. لمس صندلی
- «می‌تونی توجه ات رو بیاری به جایی که بدنت با صندلی در تماسه؟»

چگونه در مراجعی که بخاطر تروما ،گوش بزنگ است احساس ناامنی میکند احساس امنیت ایجاد کنیم

• تنظیم سرعت (Pacing)

- بزرگترین اشتباه: سریع رفتن به تروما
- قانون عملی «همیشه یک قدم آهسته‌تر از مراجع حرکت کن»
- «نیازی نیست عجله کنیم... می‌تونیم خیلی آهسته جلو بریم»

• تنظیم رابطه (Relational

• Safety)

- مراجع گوش به‌زنگ دائماً شما را اسکن می‌کند.
- **بایدها** .
- ثبات در لحن و رفتار
- اجتناب از حرکات ناگهانی
- نام‌گذاری تجربه
- مثال «به نظر میاد بدنیت هنوز در حالت آماده‌باشه... این خیلی قابل درکه با توجه به چیزهایی که تجربه کردی»

چگونه در مراجعی که بخاطر تروما ،گوش بزنگ است
احساس ناامنی میکند احساس امنیت ایجاد کنیم

• مدیریت لحظات (Trigger Response)

• اگر مراجع ناگهان ساکت شد "بدنش سفت شد" نگاهش تغییر کرد

• توقف سریع محتوا و بازگشت به محیط گراندینگ

• مثال «به نظر میاد به چیزی الان فعال شد... می‌تونیم به لحظه
برگردیم به اتاق؟ الان چی می‌بینی؟»

ایجاد احساس امنیت در ۵ دقیقه اول جلسه

• 1. شروع تنظیم‌کننده

- استقبال با لحن آرام و قابل پیش‌بینی
- معرفی کوتاه ساختار جلسه
- اشاره به زمان جلسه

- «حدود ۵۰ دقیقه با هم هستیم و با سرعتی که برایت راحت‌تره جلو می‌ریم»

• 2. بازگرداندن کنترل

- دعوت به انتخاب جای نشستن
- تأکید بر امکان توقف
- «هرجا راحت‌تری می‌تونی بشینی» «هر لحظه بخوای می‌تونیم مکث کنیم»

3. اسکن ایمنی محیط

- (آیا مراجع در را می‌بینند؟
- بدنش تنش دارد؟
- نشانه‌های گوش‌به‌زنگی؟

• . مداخله بدن محور کوتاه

• □ یک تمرین ساده گراندینگ

• اگر موافقی، می‌تونیم یه لحظه اطراف رو نگاه کنیم و چند چیز خنثی پیدا کنیم»

• 5. ایجاد قرارداد امنیت

• □ تأکید واقعی بر اختیار مراجع

• هیچ عجله‌ای نداریم، و تو تعیین می‌کنی چقدر جلو بریم»

مراجع از جنگ و دولت و سیاست صحبت میکند و از خشم و عصبانیت اش میگوید چکار کنیم

- این موقعیت در ترومای جنگ خیلی شایع است و لزوماً «مشکل رفتاری» نیست؛
- اغلب بخشی از تجربه بی عدالتی، فقدان کنترل و آسیب اخلاقی (moral injury) است.

• درمانگر نباید سعی کند تا خشم را خاموش کند یا با آن موافقت/مخالفت سیاسی کند؛

- بلکه لازم است خشم را قابل تنظیم و قابل فهم نگه دارد بدون اینکه جلسه از کنترل خارج شود یا رابطه آسیب ببیند.

1- اعتباربخشی بدون ورود سیاسی

• هدف

- تأیید تجربه هیجانی، نه موضع سیاسی
- «با توجه به چیزهایی که تجربه کردی، این حجم از خشم نسبت به مسئولین کاملاً قابل درک».

• خطای رایج

- موافقت سیاسی («حق با توئه»)
- مخالفت سیاسی («نباید اینطور فکر کنی»)
- بحث درباره درست/غلط سیاست
- اینها درمان را تبدیل به مناظره می‌کند.

2. تنظیم مرز جلسه (Containment)

- اگر ناسزای یا خشم با شدت بالا باشد:
- می‌فهمم چقدر این موضوع برات پر از خشم و درد هست...
- می‌خواهم کمک کنم اینجا طوری درباره‌اش حرف بزنیم که بتوانیم کنترلش رو نگه داریم

3. جدا کردن «احساس» از «هدف»

- به نظر می‌آید زیر این خشم، یک حس خیلی شدید از بی‌عدالتی یا آسیب هست...»
- این شیوه کمک می‌کند:
- خشم انسانی بماند
- تبدیل به انفجار رفتاری نشود

4. تنظیم بدن

- اگر شدت بالا باشد:
- توقف بحث محتوایی
- گراندینگ
- تنفس

• «می‌تونیم یه لحظه برگردیم به بدن و ببینیم الان این خشم کجای بدنت حس میشه؟»

5. مدیریت ناسزا (Clinical handling)

- اگر ناسزا وجود دارد:
- گزینه 1: پذیرش بدون تشویق
- می‌فهمم این کلمات از شدت احساس میاد
- گزینه 2: تنظیم مرز نرم
- می‌تونیم درباره این خشم حرف بزنیم، ولی بهتره طوری بیانش کنیم که بتونیم کار کنیم باهاش

6. تبدیل خشم به تجربه قابل پردازش

- وقتی شدت خشم پایین آمد

- اگر بخوای، بیایم ببینیم این خشم بیشتر از چی محافظت می‌کنه؟

- «وقتی این خشم میاد، چه چیزی پشتش پنهانه؟»

چه زمانی نگران شویم؟

- اگر:

- خشم به تهدید یا رفتار خطرناک تبدیل شود

- مراجع کاملاً از کنترل خارج شود

- دیسوسییشن یا فریز همزمان رخ دهد

- اولویت = تنظیم، نه ادامه گفتگو

وقتی بیمار احساس درماندگی میکند چه کنیم

- درماندگی در ترومای جنگ (به‌خصوص در مراجعین دارای PTSD معمولاً فقط «یک احساس» نیست؛ ترکیبی از فروپاشی حس کنترل، امید، و توان اثرگذاری است.

- اگر درمانگر سریع بخواهد امید بدهد یا مشکل را حل کند، معمولاً درماندگی تشدید می‌شود.

- «درماندگی را حل نمی‌کنیم؛ آن را قابل تحمل و قابل تنظیم می‌کنیم.»

- کارهایی که نباید انجام شود
- «همه چیز درست میشه» (امید کاذب)
- نصیحت یا راهل فوری
- تغییر سریع موضوع
- کوچک‌سازی تجربه: «این که چیزی نیست»
- تلاش برای “خارج کردن سریع مراجع از احساس”

1. اعتبار بخشی عمیق (نه سطحی)

- این احساس درماندگی با توجه به چیزهایی که تجربه کردی، خیلی قابل فهمه... انگار هیچ راهی دیده نمی‌شه.»

2. تفکیک «احساس» از «واقعیت»

- الان بخشی از تو حس می‌کنه هیچ راهی نیست... بیایم فقط این حس رو بشناسیم، نه اینکه باهاش یکی بشیم.»

3. بازگشت به بدن (کلیدی‌ترین مداخله)

- در درماندگی، ذهن قفل می‌شود → بدن راه ورود است.
- می‌تونیم فقط ببینیم الان بدنت چی داره تجربه می‌کنه؟

4. کوچک‌سازی تجربه - به‌جای حل کل در ماندگی: لازم نیست الان از این حالت خارج بشی... فقط می‌تونیم کمی کنارش بمونیم و ببینیم چه تغییری می‌کنه»

5- بازگرداندن حس کنترل می‌خوای ادامه بدیم یا مکث کنیم؟»

• «می‌خوای چشم‌هات باز باشه یا بسته؟» «دوست داری اینجا سکوت کنیم یا حرف بزنیم؟»

6- تغییر هدف از "حل" به "تحمل"

هدف ما الان این نیست که این حس رو از بین ببریم... فقط اینکه ببینیم می‌تونیم کنارش بمونیم بدون اینکه غرقش بشیم»

5-- مدیریت ناسزا اگر ناسزا وجود دارد:

• گزینه 1: پذیرش بدون تشویق

• می‌فهمم این کلمات از شدت احساس می‌آید...»

• گزینه 2: تنظیم مرز نرم - می‌تونیم درباره این خشم حرف بزنیم، ولی بهتره طوری
بیانش کنیم که بتونیم کار کنیم باهاتش»

• 7. اتصال به رابطه درمانی

• درماندگی اغلب همراه با حس تنهایی است.

• لازم نیست اینو تنهایی تحمل کنی... من اینجا باهات هستم»

- بعد از کاهش شدت

- وقتی سیستم کمی پایدار شد:

- این حس درماندگی معمولاً چه وقت‌هایی بیشتر فعال میشه؟ اگر بخوای نگاه کنیم، چه چیزهایی بهش دامن می‌زنن؟»

- درماندگی در تروما یک مشکل شناختی نیست؛ یک وضعیت سیستم عصبی است.

- وظیفه درمانگر این نیست که آن را حل کند، بلکه این است که آن را از حالت فروپاشی به حالت قابل‌تحمل تبدیل کند.»

بیمار در جلسه می‌گه چرا من زنده ام ، معنی این رنج چیست. و با سوالهای معنایی درگیر میشود چه کنیم

- معمولاً نشانه «کنجکاو فلسفی ساده» نیستند؛ بیشتر بیانگر بحران معنا، سوگ پیچیده، و گاهی احساس گناه بازمانده در چارچوب PTSD هستند.
- اگر درمانگر سریع وارد معنا دادن شود، معمولاً یا رنج را ساده‌سازی می‌کند یا به مراجع احساس تنهایی بیشتر می‌دهد.
- **کارهایی که نباید انجام شود**
- «حتماً حکمتی دارد»
- «برای قوی‌تر شدن توست»
- «باید بهش معنای مثبت بدی»
- ورود به فلسفه یا باور شخصی درمانگر
- بستن سریع سؤال با جواب آماده

اول: اعتبار بخشی به بحران معنا -- «این سؤال خیلی سنگینه... اینکه آدم بعد از این همه رنج از خودش بپرسه "چرا من زنده موندم" کاملاً قابل درکه.».

2. تفکیک «سؤال» از «حالت ذهنی» -- به نظر میاد این سؤال بیشتر از اینکه دنبال جواب باشه، از یک درد عمیق میاد...»

3. بازگشت به تجربه بدنی ---- «وقتی این سؤال میاد، توی بدنت چه اتفاقی می افته؟ -

4. اجازه دادن به «بی پاسخی» شاید بخشی از کار ما این باشه که بتونیم این سؤال های بدون جواب رو هم تحمل کنیم بدون اینکه از هم بیپاشیم»

5- کار با احساس زیر سؤالات -- اگر بخوای زیر این سؤال رو نگاه کنیم، چه احساسی اونجاست؟» گناه بازمانده" خشم "سوگ" بی عدالتی

• 7. پرهیز از معنادهی زود هنگام

• در ترومای شدید، معنا باید آخرین لایه باشد نه اولین.

• اگر زود معنا بدهیم:

• دفاع روانی را دور می‌زنیم

• رنج حل‌نشده باقی می‌ماند

• . اگر مراجع در بحران وجودی شدید است

• ناامیدی شدید

• افکار مرگ

• فروپاشی هیجانی

چگونه از بازتروماسازی در جلسه اجتناب کنیم

- 1) قبل از هر محتوای دشوار: تثبیت واقعی

- چه کار کنیم

- 2-5 دقیقه تنظیم بدن در ابتدای جلسه (جهت‌یابی، تماس با زمین)

- سنجش ساده آمادگی:

- اگر از ۰ تا ۱۰ بگیریم، الان بدنت چقدر در تنشه؟

- چه کار نکنیم

- شروع مستقیم با «تعریف کن چه شد»

- فرض آمادگی چون مراجع «می‌خواهد» وارد خاطره شود

چگونه از بازتروماسازی در جلسه اجتناب کنیم

(2) مواحهه تدریجی به جای غوطه‌وری

- چه کار کنیم
- نزدیک شدن کوتاه، سپس برگشت به ایمنی
- کار با «تکه‌های کوچک» از روایت
- «می‌تونیم فقط چند ثانیه بهش نزدیک شیم و بعد برگردیم به اتاق»
- چه کار نکنیم
- بازگویی کامل و پیوسته‌ی صحنه‌های شدید در یک نشست

چگونه از بازتروماسازی در جلسه اجتناب کنیم

3) پیش‌بینی‌پذیری + اجازه‌گرفتن

قبل از هر تغییر طی جلسه:

• «اگر موافقی، می‌خواهی یک ذره به اون بخش نزدیک بشیم؟»

• توضیح «چرا»یی مداخله

• **چه کار نکنیم**

• تغییر ناگهانی موضوع/تکنیک

• «بردن» مراجع به خاطره بدون اطلاع

چگونه از بازتروماسازی در جلسه اجتناب کنیم

4) پایش لحظه‌ای علائم فعال‌سازی

• نشانه‌ها

• فریز، نگاه خالی، قطع تماس چشمی

• تغییر تنفس، تعریق، بی‌قراری

• پروتکل مداخله

1. توقف محتوا

2. جهت‌یابی:

• «الان کجاییم؟ ۳ چیز که می‌بینی؟»

• بدن: «پاهات رو به زمین فشار بده»

• بازگرداندن کنترل: «می‌خوای ادامه بدیم یا نه؟»

چگونه از بازتروماسازی در جلسه اجتناب کنیم

(5) اجتناب از مداخلات آسیب‌زا

• چه کار نکنیم

- «جزئیات بیشتری بگو» (وقتی فعال است)
- معنابخشی زودهنگام («حتماً دلیلی داشته»)
- اطمینان کاذب («دیگه هرگز اتفاق نمی‌افته»)

(6) زمان‌بندی بالینی

- ورود به پردازش فقط وقتی:
- مراجع حداقل یک مهارت خودتنظیمی را می‌تواند اجرا کند
- شدت تجربه مجدد با کمک شما پایین می‌آید
- (در غیر این صورت، حتی روش‌های تخصصی مثل Eye Movement Desensitization and Reprocessing یا Narrative Exposure Therapy هم می‌توانند بازتروماساز شوند.)

چگونه از بازتروماسازی در جلسه اجتناب کنیم

• قرارداد امنیتی ((Safety Contract in Session))

• «اگر هر لحظه احساس کردی زیادی شد، می‌تونی بگی توقف... و ما فوراً متوقف می‌کنیم»

چیزهایی که امنیت را خراب می‌کنند:

فشار برای صحبت درباره تروما

تفسیر زود هنگام و شوخی یا سبک کردن فضا

تغییر ناگهانی لحن یا موضوع

• «اطمینان دادن بیش از حد» (مثلاً: «اینجا کاملاً امنه» بدون تجربه واقعی)

با اعتماد از دست رفته مداخله موثر انجام دهیم

1) ثبات رفتاری ((Consistency

- شروع و پایان به موقع
- لحن پایدار، بدون نوسان
- پیگیری و عده‌ها

2) شفافیت و صداقت

- توضیح حدود کار، محدودیت‌ها، و «ندانستن‌ها»
- «نمی‌تونم تضمین بدم که علائم کاملاً از بین برن، اما می‌تونیم روی کاهش‌شون و افزایش کنترل کار کنیم»

با اعتماد از دست رفته مداخله موثر انجام دهیم

3) اختیار واقعی (نه نمایشی)

- انتخاب‌های واقعی با پیامد واقعی
- پذیرش «نه»
- «اگر ترجیح می‌دی امروز وارد اون موضوع نشیم، کاملاً قابل احترامه»

4) اعتباربخشی (Validation) بدون تأیید باورهای آسیب‌زا

- مثال
- مراجع: «من مقصرم»
- اعتباربخشی:
- «احساس گناه خیلی شدیدی باهاته»
- (اجتناب از) «بله، تو مقصری»

با اعتماد از دست رفته مداخله موثر انجام دهیم

- هم‌تنظیمی (Co-regulation)
 - سرعت گفتار آرام‌تر از مراجع
 - مکث‌های قابل پیش‌بینی
 - نام‌گذاری حالت بدن
- نظر می‌آید بدن هنوز در آماده‌باشه...
می‌تونیم با هم یکم سرعت رو کم کنیم»

اگر فلش بک در جلسه اتفاق افتاد چه کنیم

• هدف درمانگر «تحلیل یا کندوکاو» نیست؛ هدف فقط این است که مراجع را از تجربه‌ی گذشته → به اکنون و اتاق درمان برگرداند بدون اینکه تجربه دوباره تشدید شود.

• تشخیص سریع فلش‌بک در جلسه

• ممکن است این‌ها را ببینید:

• نگاه خیره یا “خارج شدن از اتاق”

• پاسخ ندادن یا کند شدن شدید

• تغییر تنفس (سطحی/سریع)

• گفتن جملات مربوط به گذشته به صورت حال

• لرزش، یخ‌زدگی یا بی‌قراری شدید

• نشنیدن صدای شما

پروتکل 6 مرحله‌ای

توقف فوری محتوا

برگرداندن به «اینجا و اکنون»

(Orientation ساده و واضح: «الان به صدای من گوش بده...»

ما در اتاق درمان هستیم...

سال 1405 هست...»

تمرین‌های سریع:

- «۳ چیزی که الان می‌بینی رو بگو»
- «پاهات رو روی زمین حس کن»
- «صندلی زیر بدنت رو حس کن»

• هیچ سؤال، تحلیل یا ادامه بحثی نکنید

• «الان مکث می‌کنیم...»

• **نپرسید: «چی شد؟» یا «بیشتر توضیح بده**

• **نامگذاری حالت (بدون تفسیر) «به نظر**

میاد ذهنت رفته به یه جای دیگه... شاید یه

خاطره خیلی قوی فعال شده»

• این کار تجربه را تأیید می‌کند ولی آن را

تقویت نمی‌کند

پروتکل 6 مرحله‌ای

بازگشت تدریجی کنترل

اگر از 0 تا 10 بگیم، حالت چطوره؟»

• تثبیت رابطه ((**Relational Safety**)

• «این اتفاق در جلسه می‌تونه بیفته... مهم
اینه که ما تونستیم با هم برگردیم»

تنظیم بدن (Grounding somatic)

• گزینه‌های عملی:

• فشار دادن کف پا به زمین

• گرفتن یک شیء (سنگ، توپ استرس)

• تنفس آهسته با بازدم طولانی

کارهایی که نباید انجام دهید

نرسید «دقیقاً چی دیدی؟»

تحلیل روانشناختی نکنید
در لحظه وارد خاطره نشوید

مراجع را تنها نگذارید یا سکوت طولانی نکنید
عجله برای "فهمیدن علت" نداشته باشید

بعد از عبور از فلش بک (Post-processing)

- بازتاب تجربه
- «یه لحظه خیلی سختی بود... و تونستیم ازش بگذریم»
- «شناسایی تریگر (خیلی سبک)
- «فکر می‌کنی چی باعث فعال شدنش شد؟ اگر الان قابل گفته»
- تقویت مهارت
- «اینکه تونستی برگردی خیلی مهمه»

اگر در جلسه دیسوسیشن رخ داد چگونه مدیریت کنیم

1. چگونه دیسوسیشن را تشخیص دهیم؟

- نشانه‌های کلامی
 - «حس می‌کنم اینجا نیستم»
 - «صداها دور شده»
 - «انگار دارم از بیرون خودم رو می‌بینم»
 - پاسخ‌های کوتاه، بی‌ارتباط یا مکث‌های طولانی
 - نشانه‌های غیرکلامی
 - خیره شدن (staring) یا نگاه “خالی”
 - قطع تماس چشمی ناگهانی
 - کندی شدید یا توقف گفتار
 - تغییر رنگ پوست (پریدگی)
 - بی‌حسی یا کرختی گزارش شده
 - حرکات خودکار
- «دیسوسیشن را تحلیل نمی‌کنیم؛ آن را به بدن و اکنون برمی‌گردانیم»

اگر در جلسه دیسوسیشن رخ داد چگونه مدیریت کنیم

• 2. تشخیص سریع در لحظه (Mini check)

- توقف فوری فرآیند شناختی
- الان یه لحظه مکث کنیم...»

- از خودتان بپرسید:
- آیا هنوز پاسخها مرتبط هستند؟
- آیا تماس هیجانی وجود دارد؟
- آیا بدن “اینجا” هست؟
- اگر پاسخها مبهم است → فرض کنید دیسوسیشن شروع شده.

پروتکل فوری مدیریت

1. توقف فوری فرآیند شناختی الان یه لحظه مکث کنیم...»
 2. افزایش حضور در مانگر «من اینجام باهات... الان با هم توی این اتاقیم»
 3. بازگرداندن جهت‌یابی 3 چیزی که الان می‌بینی رو بگو»
 4. فعال‌سازی بدن (Somatic grounding) می‌تونی پاهات رو روی زمین فشار بدی و حسش کنی؟
 5. فعال‌سازی حواس (1-2-3-4-5)
 6. بازگرداندن کنترل الان حالت از 0 تا 10 چگونه؟»
- در دیسوسییشن، مراجع از "تجربه" جدا نشده؛ از "حال" جدا شده است. وظیفه در مانگر بازگرداندن او به حال است، نه کندوکاو در گذشته.»

چه کارهایی نباید انجام دهیم؟

- تحلیل روانشناختی در لحظه
- پرسیدن درباره خاطره
- فشار برای "یادآوری"
- رها کردن مراجع در سکوت
- افزایش بار هیجانی

بعد از برگشت (Post-stabilization)

تصمیم مهم درمانگر

- خفیف و قابل برگشت → ادامه جلسه با تنظیم
- متوسط → فقط تثبیت
- شدید و تکرار شونده → توقف پردازش تروما

- وقتی مراجع دوباره در «اکنون» است.
- اعتبار بخشی «یه لحظه سختی بود... ولی تونستیم برگردیم»
- این واکنش در تروماها می‌تونه اتفاق بیفته»
نرمال سازی بدون ساده سازی
- 3. بررسی سبک تریگر (در حد کم) «اگر
بخوای فکر کنی، چی باعث شد این اتفاق
بیفته؟

اگر مراجع اجتناب شدید از صحبت در مورد تروما دارد یا سکوت میکند چه کنیم

- معمولاً «مقاومت» نیست؛ بلکه محافظت سیستم عصبی است.
 - در مراجعین دارای PTSD، اجتناب یا سکوت اغلب یعنی: بدن هنوز وارد «حالت بقا» است، نه روایت‌گری.
 - در این وضعیت اگر مستقیم فشار برای صحبت وارد شود، احتمال بازتروماسازی یا قطع رابطه درمانی بالا می‌رود.
1. پذیرش اجتناب (بدون فشار) - می‌فهم صحبت کردن درباره این موضوع خیلی سخت یا حتی غیرممکنه
 - 2- تغییر هدف از «روایت» به «تجربه لحظه‌ای» -- «الان وقتی بهش نزدیک می‌شیم، در بدنت چه اتفاقی می‌افته؟»
 - 3- کار با بدن به جای محتوا می‌تونیم فقط چند لحظه ببینیم الان اینجا بودن چه حسی داره؟»

اگر مراجع اجتناب شدید از صحبت در مورد تروما دارد یا سکوت میکند چه کنیم

4- استفاده از «نزدیک شدن تدریجی»

لازم نیست وارد جزئیات بشیم... فقط می‌تونیم خیلی کم بهش نزدیک بشیم و بعد برگردیم»
5 ثانیه فکر کردن به موضوع سپس برگشت به بدن/اتاق

اگر سکوت ادامه داشت (استراتژی پیشرفته)

• به جای فشار --کنجکاوی ملایم اگر این سکوت بخشی از محافظت باشد، داره از چی محافظت می‌کنه؟

• تکنیک بسیار مؤثر: «اجازه به عدم صحبت» «می‌تونیم اینجا کاری نکنیم با این موضوع... فقط کنار هم باشیم و ببینیم چه حسی داره»

• رویکردها و مداخلات مؤثر

- Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- Narrative Exposure Therapy
- مداخلات بدن محور ((Somatic approaches))
- Cognitive processing therapy