

درمان‌های اثربخش

درمان هم‌زمان اختلال استرس پس از آسیب و اختلالات مصرف مواد
با استفاده از مواجهه طولانی‌مدت (COPE)

راهنمای درمانگر

فهرست

تقدیر و تشکر	۷
فصل ۱: مقدماتی برای درمانگران	۱۴
فصل ۲: طرح کلی این برنامه درمانی	۴۲
فصل ۳: جلسه ۱: درآمدی بر روان‌درمانی COPE	۶۳
فصل ۴: جلسه ۲: واکنش‌های متداول مرتبط با رویداد آسیب‌زا و آگاهی از ولع	۸۴
فصل ۵: جلسه ۳: تهیه و تنظیم سلسله‌مراتب مواجهه زنده و مدیریت ولع	۱۰۵
فصل ۶: جلسه ۴: اولین مواجهه از طریق تصویرسازی ذهنی	۱۳۲
فصل ۷: جلسه ۵: ادامه مواجهه از طریق تصویرسازی ذهنی و برنامه‌ریزی برای شرایط اضطراری	۱۷۰
فصل ۸: جلسه ۶: ادامه مواجهه از طریق تصویرسازی ذهنی و آگاهی از افکار پرخطر	۱۸۳
فصل ۹: جلسه ۷: ادامه مواجهه از طریق تصویرسازی ذهنی و مدیریت افکار پرخطر	۲۰۰
فصل ۱۰: جلسه ۸: ادامه مواجهه از طریق تصویرسازی ذهنی و مهارت‌های امتناع	۲۰۸
فصل ۱۱: جلسه ۹: ادامه مواجهه از طریق تصویرسازی ذهنی و تصمیمات به‌ظاهر بی‌ربط	۲۱۵
فصل ۱۲: جلسه ۱۰: ادامه مواجهه از طریق تصویرسازی ذهنی و آگاهی از خشم	۲۲۴
فصل ۱۳: جلسه ۱۱: آخرین مواجهه از طریق تصویرسازی ذهنی و مدیریت خشم	۲۳۴
فصل ۱۴: جلسه ۱۲: جمع‌بندی و خاتمه درمان	۲۴۲
پیوست الف: برگه شرح‌حال‌نویسی	۲۵۳
پیوست ب: قرارداد پیشگیری از خودکشی یا آسیب به خود	۲۵۸
پیوست ج: برگه مواجهه از طریق تصویرسازی ذهنی برای درمانگر	۲۵۹
پیوست د: گواهی اتمام درمان	۲۶۰
منابع	۲۶۱
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۲۶۷
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۲۶۸
درباره نویسندگان	۲۶۹

ما از درمانگرانی که در طول این سال‌ها باعث توسعه روان‌درمانی COPE شده‌اند، تشکر می‌کنیم. این افراد در ویرایش کتاب کار و کتاب راهنما، تلاش‌های بسیار زیادی کرده‌اند. ما از دکتر الیزابت سانتا آنا، دکتر مات یودر، دکتر اسکات کافی، دکتر پاتریشا هالیگان، دکتر برایان لوزانو، دکتر کریستی سنتر، دکتر جولیان فلنگن، دکتر زابینه مرتس، دکتر جولیا روزنفلد، دکتر آدریانا رودریگز، دکتر جوانا فاوا، امبر گرفت نیمت، دکتر تینا ساها، خانم مای الخوری، دکتر ترزا لویز- کاسترو، خانم مکبی زیرمن، خانم شارون بکر و خانم لوری استورم سپاسگزاریم. همچنین، ما از دکترها دنیس ین، لیسایلیت، لیساکوهن، لیساراکلس و سایر همکاران دانشکده شهر نیویورک که به پیشرفت این روش درمانی کمک کرده‌اند، سپاسگزاریم.

مدیران هماهنگی پروژه، دستیاران پژوهش، ارزیاب مستقل، مشاور و همکاران دیگر در این کار همکاری کرده‌اند. ما از آقای فرانک بیلوت، آقای اندرو تیر، دکتر ران آسیرنو، خانم آماندا فدرلاین، خانم ماری اشلی مرسر، دکتر جینا مک‌کالی، دکتر پیتیر تیورک و خانم وندی مازی سپاسگزار هستیم. ما همچنین از افراد ذیل برای همکاری و انرژی زیادی که صرف این کار کرده‌اند سپاسگزاریم: دکترها سونیا نورمن و بریتانی دیویس از دانشگاه کالیفرنیا، سن دیگو؛ دکتر مارکوس هیلینگ از مؤسسه ملی سلامت؛ دکتر آسامگنوسون و خانم آنا پرسون در استکهلم، سوئد؛ دکترها جنیفر پاتر و جان دی. روچ از مرکز علوم بهداشت دانشگاه تگزاس در سن آنتونیو.

این کار با کمک‌های مالی مؤسسه ملی مبارزه با مواد (بک: R01 DA030143; PI: هین) (R01 DA023187; PI: بریدی)، برنامه دانش‌پژوهان ایالات متحده ویلیام فولبرایت (بک: project ID 3834; PI) و مرکز تحقیقاتی ملی بهداشت استرالیا (میلز: 455209, 630504; PI: تیسون) (510274, 1041756; PI) انجام شد.

درمان هم‌زمان اختلال استرس پس از آسیب و اختلالات
مصرف مواد با استفاده از مواجهه طولانی‌مدت (COPE)

سرديير

دکتر دیوید بارلو

شورای مشاوره علمی

دکتر آنه ماری آلبانو

دکتر گیلیان باتلر

دکتر دیوید ام. کلارک

دکتر ادنا بی. فوا

دکتر پائول جی. فریک

دکتر جک ام. گورمن

دکتر کرک هایلبرون

دکتر رابرت جی. مک‌من

دکتر پیتر ای. ناتان

دکتر کریستین ماگوث نزو

دکتر متیو کی. نوک

دکتر پائول سالکوفسکیس

دکتر بانی اسپرینگ

دکتر گایل استکیتی

دکتر جان آر. وایس

دکتر ترنس ویلسون

درمان هم‌زمان اختلال استرس پس از آسیب و اختلالات مصرف مواد با استفاده از مواجهه طولانی‌مدت (COPE)

راهنمای درمانگر

سودی ای. بک
ادنا بی. فوا
تریز کی. کلین
کاترین ال. میلز
ماری تیسون
بونی دنسکی کوتون
کاتلین ام. کارول
کاتلین تی. بریدی

آکسفورد

طی چند سال گذشته تحولاتی چشمگیر در خدمات بهداشتی صورت گرفته است و نتایج نشان داده است که بسیاری از مداخله‌ها و روش‌های مورد قبول ما در زمینه سلامت روان و طب رفتاری که توسط پژوهش‌های مختلف مورد سؤال قرار گرفته است، نه تنها بی‌فایده بوده است بلکه ممکن است به‌کارگیری آنها باعث آسیب به بیماران شده باشد (بارلو، ۲۰۱۰)؛ با این حال برخی از درمان‌ها با استفاده از روش‌های اندازه‌گیری مورد بررسی قرار گرفته، اثربخشی آنها تأیید شده است و توصیه می‌شود از این درمان‌ها استفاده شود (مک‌هیو و بارلو، ۲۰۱۰). بسیاری از تحولات اخیر از این انقلاب پشتیبانی می‌کنند. اولاً ما به درک بسیار عمیق‌تری از آسیب‌شناسی روانی و جسمی رسیده‌ایم که به تحول جدید و مداخله‌های هدفمند و دقیق‌تری منجر شده است. دوماً روش‌های تحقیق ما به میزان چشمگیری رشد یافته است، به صورتی که خطرهای مربوط به اعتبار داخلی و خارجی را کاهش داده‌ایم و نتایج را مستقیماً در موقعیت‌های بالینی قابل اجرا قرار داده‌ایم و سوم اینکه در سراسر جهان، دولت‌ها، سیستم‌های مراقبت بهداشتی و سیاست‌گذاران تصمیم گرفته‌اند تا کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی مبتنی بر شواهد، اثربخشی بیشتری داشته باشند و این اتفاق به نفع عموم مردم جامعه خواهد بود (بارلو، ۲۰۰۴؛ انجمن پزشکی، ۲۰۰۱؛ مک‌هیو و بارلو، ۲۰۱۰).

قطعاً مانع بزرگ روان‌شناسان بالینی، چگونگی دسترسی به روان‌درمانی‌های اثربخش و جدید مبتنی بر شواهد است. البته کارگاه‌ها و کتاب‌های آموزشی تا حدودی توانسته‌اند در آشنایی جدیدترین شیوه‌های خدمات بهداشتی رفتاری و چگونگی کاربرد آنها برای بیماران خاص به روان‌شناسان بالینی کمک کنند. این مجموعه جدید، درمان‌های اثربخش، به روش‌های درمانی جدید و اثربخش اختصاص یافته است و به روان‌شناسان کمک می‌کند تا به راحتی از این روش‌های درمانی اثربخش استفاده کنند.

در این مجموعه، کتاب‌های راهنما و کتاب‌های کار تألیف شده است و شامل مراحل

گام به گامی است که با دقت فراوان به ارزیابی، تشخیص و درمان مسائل و مشکلات خاص می‌پردازد. همچنین این مجموعه با ارائه مطالب جانبی، بر کار روان‌شناسان بالینی که اقدامات درمانی انجام می‌دهند، نظارت می‌کند.

در سیستم مراقبت‌های بهداشتی نوین، به روشی که بر پایه تمرین‌های مبتنی بر شواهد است، تأکید بیشتری دارند که این روش باعث مسئولیت‌پذیری بیشتر روان‌درمانگر در طی روند درمانی می‌شود. همه روان‌شناسان بالینی که روان‌درمانی انجام می‌دهند، به ارائه بهترین خدمات ممکن برای بیمارهای خود اهمیت زیادی می‌دهند. در این مجموعه، هدف ما از بین بردن فاصله اطلاعات و ارائه بهترین خدمات است.

در کتاب راهنمای درمانگر و کتاب کار بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) که هم‌زمان دارای اختلال مصرف مواد (SUD) نیز هستند از روان‌درمانی شناختی- رفتاری استفاده می‌شود. این برنامه، *COPE*، نتیجه تلفیق دو درمان مبتنی بر شواهد است: درمان مواجهه طولانی‌مدت (PE) برای اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و پیشگیری از عود برای اختلال مصرف مواد (SUD). روان‌درمانی *COPE* توسط نویسندگان این کتاب در پاسخ به افزایش آگاهی نسبت به نیازهای منحصر به فرد افرادی که به‌طور هم‌زمان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD) هستند و در مقابل درمان‌های استاندارد دیگر که در بهبود وضعیت آنها ضعیف‌تر عمل کرده‌اند، توسعه یافته است. در گذشته، درمان‌های استاندارد، ابتدا به درمان اختلال مصرف مواد (SUD) و سپس به درمان اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) می‌پرداختند؛ اما با روان‌درمانی *COPE*، بیماران می‌توانند به‌طور هم‌زمان کاهش قابل توجهی در اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و شدت مصرف مواد تجربه کنند.

روان‌درمانی *COPE* شامل ۱۲ جلسه درمانی انفرادی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه است که این برنامه شامل مراحل مختلفی است: آموزش در مورد ارتباط بین اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD)؛ آموزش در مورد واکنش‌های متداول مرتبط با رویداد آسیب‌زا؛ فنونی برای کمک به بیماران در جهت مدیریت و لغ شدید و افکار پرخطر مرتبط با مصرف الکل یا مواد؛ مهارت‌های مقابله‌ای برای کمک به پیشگیری از عود مواد؛ تمرین بازآموزی تنفس؛ مواجهه زنده (مواجهه در دنیای واقعی) و مواجهه از طریق تصویرسازی ذهنی. روان‌درمانی *COPE* برای درمان بیماران، در جهت کاهش شدت هر چهار دسته علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و

کاهش شدت مصرف الکل و مواد طراحی شده است؛ بنابراین تأثیر منفی اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD) بر زندگی افرادی که از هر دو اختلال رنج می‌برند به حداقل می‌رسد.

دیوید. بارلو، سردبیر،

درمان‌های اثربخش

بوستون، MA

منابع

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869–878.

Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(2), 13–20.

Institute of Medicine. (2001). *crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73–84.

این کتاب راهنما برای استفاده درمانگرانی که با قواعد، اصول و کاربرد روان‌درمانی شناختی-رفتاری (CBT) آشنایی دارند و افرادی که توسط متخصص‌های این روش درمانی، کارگاه‌های آموزشی فشرده‌ای را گذرانده‌اند، طراحی شده است. این کتاب، راهنمای درمانگرها و روان‌شناسان بالینی خواهد بود که برنامه کوتاه‌مدت روان‌درمانی شناختی-رفتاری (CBT) را با افراد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) که هم‌زمان دارای اختلال مصرف مواد (SUD) نیز هستند، اجرا خواهند کرد. کتاب راهنمای درمانگر همراه با کتاب کار بیمار است.

تاریخچه و هدف این برنامه

روان‌درمانی COPE چیست؟

COPE یک روان‌درمانی شناختی-رفتاری است و برای درمان افرادی که به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و هم‌زمان با آن به اختلال نوشیدن الکل یا اختلال مصرف مواد مبتلا هستند، طراحی شده است. همچنین روان‌درمانی COPE تلفیقی از دو روش درمانی است که آن دو مبتنی بر شواهد و مبتنی بر کتاب راهنما هستند. یکی از این درمان‌ها که توسط دکتر ادنا بی. فوا توسعه یافته است، روان‌درمانی شناختی-رفتاری است و برای درمان اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) طراحی شده است و مواجهه طولانی‌مدت (PE) نامیده می‌شود (فوا، همبری و روتبام، ۲۰۰۷). درمان دیگری که توسط دکتر کاتلین کارول توسعه یافته است، مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری است و برای درمان اختلالات مصرف مواد (SUD) طراحی شده است (کارول، ۱۹۹۸؛ کادن و همکاران، ۱۹۹۲). در روان‌درمانی تلفیقی COPE، علائم هر دو اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD) به صورت هم‌زمان در

طی فرایند درمان و توسط یک درمانگر ارزیابی و درمان می‌شود. مراحل روان‌درمانی COPE شامل موارد زیر است:

- آموزش در مورد ارتباط بین اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD)؛
- آموزش در مورد واکنش‌های متداول مرتبط با رویداد آسیب‌زا؛
- ارائه فنونی برای کمک به بیماران در جهت مدیریت ولع و افکار مرتبط با استفاده از الکل یا مواد مخدر و شناسایی ماشه چکان‌هایی که باعث افزایش علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و عود مصرف مواد می‌شوند؛
- آموزش مهارت‌های مقابله‌ای برای کمک به پیشگیری از عود مصرف مواد؛ به‌عنوان مثال، آگاهی و مدیریت خشم، مهارت‌هایی در جهت امتناع از مصرف مواد یا الکل؛
- تمرین آرامش‌بخش بازآموزی تنفس که به بیماران در ارتباط با چگونگی تنفس کشیدن به روشی آرامش‌بخش آموزش می‌دهد؛
- مواجهه زنده (مواجهه در دنیای واقعی)، مواجهه مکرر در موقعیت‌ها و مکان‌های ایمن و مواجهه مکرر با افراد یا فعالیت‌های/ایمن که بیمار به دلیل پریشانی و اضطراب ناشی از رویداد آسیب، از آنها اجتناب می‌کند؛
- مواجهه مکرر از طریق تصویرسازی با خاطرات آسیب (تجربه مجدد خاطره رویداد آسیب‌زا توسط تجسم و تصویرسازی)
- بررسی روند بهبودی و پیشرفت درمانی و پیش‌بینی چالش‌های آینده در جهت پیشگیری از افزایش علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD).

چرا COPE توسعه یافت؟

COPE در پاسخ به بالا رفتن آگاهی نسبت به نیازهای منحصر به فرد افرادی که به‌طور هم‌زمان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD) هستند و در مقابل روان‌درمانی‌های استاندارد دیگر که در بهبود وضعیت این افراد

ضعیف‌تر عمل کرده‌اند، توسعه یافته و تکمیل شده است (بک، ۲۰۱۰). در گذشته، روند روان‌درمانی به این شکل بوده است که ابتدا به اختلال مصرف مواد (SUD) پرداخته می‌شد و سپس در مرحله بعدی درمان اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) مدنظر قرار می‌گرفت. همچنین هر دو اختلال توسط دو درمانگر و در کلینیک جداگانه بدون اینکه دو درمانگر با یکدیگر ارتباطی داشته باشند، بررسی می‌شدند. این رویکرد به‌عنوان مدلی که به‌صورت زنجیره‌ای استفاده می‌شد، شناخته می‌شود. احتمالاً در این فرآیند، درمان بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) که هم‌زمان دارای اختلال مصرف مواد (SUD) بودند، شکست می‌خورد، اگرچه تعداد دقیق این بیماران مشخص نیست. طرفداران مدل زنجیره‌ای بیان می‌کنند که مصرف مداوم مواد در طول درمان مانع پیشرفت درمان می‌شود و یا ممکن است باعث عود علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) شود (نیس، ۱۹۸۸؛ پیتمن و همکاران، ۱۹۹۱)؛ با این حال، تحقیقات تجربی محدودی برای حمایت از این نگرانی‌ها انجام شده است. در مقابل، در حال حاضر تحقیقات زیادی نشان می‌دهند که درمان‌های مبتنی بر *مدل تلفیقی*، مانند روان‌درمانی COPE، هر دو اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD) را به‌طور هم‌زمان و باهم درمان می‌کنند که به‌احتمال زیاد باعث بهبود معناداری در علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD)، شدت اختلال مصرف مواد (SUD) و مشکلات مرتبط (افسردگی و وضعیت جسمانی) شود (بک، ۲۰۱۰؛ بک و همکاران، ۲۰۱۲؛ بریدی و همکاران، ۲۰۰۱؛ هین و همکاران، ۲۰۱۰؛ میلز و همکاران، ۲۰۱۲؛ نجاویتز و همکاران، ۱۹۹۸، ۲۰۰۵؛ ترفلمن، ۲۰۰۰؛ ون دام، وِدل، اِرینگ و املکمپ، ۲۰۱۲).

در داده‌ها و اطلاعات پژوهشی مرتبط با درمان‌هایی که هم‌زمان به این دو اختلال پرداخته‌اند، مشکلاتی از جمله افزایش مصرف مواد، افزایش علائمی مانند فرسودگی تأیید نشده است. از آنجا که مصرف مواد نشان‌دهنده خوددرمانی علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) است، پرداختن به آسیب، پرداختن به علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) در اوایل درمان و تسکین برخی از علائم این اختلال، احتمالاً باعث بهبودی پیامدهای اختلال مصرف مواد (SUD) نیز می‌شود (بک، ۲۰۱۰؛ بریدی و همکاران، ۲۰۰۱؛ هین و همکاران، ۲۰۱۰، اویومت و همکاران، ۱۹۹۷). همچنین تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) که هم‌زمان دارای اختلال مصرف مواد (SUD) نیز هستند، ترجیح می‌دهند توسط یک

روان‌شناس بالینی و با استفاده از روان‌درمانی تلفیقی درمان شوند (بک و همکاران، ۲۰۱۴؛ بک و همکاران، ۲۰۰۶؛ بران، ستوت و گانون-رولی، ۱۹۹۸؛ نجاویتز، ۲۰۰۴).

دو پژوهش به بهبود علائم افراد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) که هم‌زمان دارای اختلال مصرف مواد (SUD) نیز هستند، پرداختند. نتایج مطالعات هین و همکاران (۲۰۱۰) از میان ۳۵۳ بیمار که به هر دو اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD) مبتلا بودند، نشان داده است که بهبود علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) به‌طور معناداری باعث بهبود علائم در اختلال مصرف مواد (SUD) نیز می‌شود؛ با این حال در این پژوهش ارتباط متقابل دیده نشده است. تنها شواهد کمی نشان‌دهنده این است که بهبود علائم اختلال مصرف مواد (SUD) باعث بهبود علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) می‌شوند. در عوض علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) در هر فردی بهبود یافته است (طبق نتایجی که با اجرای مقیاس اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) بدست آمده است)، استفاده از مصرف مواد نیز ۴/۶ درصد، کاهش یافته است. این یافته نشان‌دهنده آن است که اگر علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) در بیمار کاهش یابد، به احتمال زیاد علائم اختلال مصرف مواد (SUD) نیز در او کاهش می‌یابد؛ با این حال، اگر فقط کاهش علائم اختلال مصرف مواد (SUD) در فرد مشاهده شود، علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) در او باقی خواهند ماند. این یافته‌ها مشابه موارد گزارش شده در یک مطالعه است که به بررسی تغییرات موقتی ناشی از بهبود ۹۴ بیمار سرپایی دارای اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و وابسته به الکل پرداخته است (بک و همکاران، الف ۲۰۰۶). چندین مطالعه دیگر نیز این رابطه را بررسی کرده‌اند (بک و همکاران، ب ۲۰۰۶؛ بران، ستوت و گانون-رولی، ۱۹۹۸؛ بران و کالر، ۲۰۰۴). در مجموع، یافته‌های این مطالعه‌ها نشان می‌دهد که علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) هم‌زمان تأثیر زیادی در نتایج مرتبط با مواد دارند و مداخله‌های روان‌درمانی تلفیقی که شامل عناصر مهم درمان مبتنی بر شواهد برای اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) است ممکن است در پیشرفت روند درمان بیمارانی که به هر دو اختلال مبتلا هستند، کمک‌کننده باشد.

هدف اصلی COPE چیست؟

هدف اصلی روان‌درمانی COPE درمان افرادی است که هم‌زمان به اختلال استرس پس

از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD) مبتلا هستند. روان‌درمانی COPE برای استفاده مردان و زنانی که در معرض انواع مختلفی از آسیب‌های غیرنظامی یا وابسته به جنگ و نظامی قرار گرفته‌اند، طراحی شده است. روان‌درمانی COPE به دنبال کمک به بیمارانی است که هم شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و هم شدت مصرف الکل و مواد را در آنها کاهش دهد و تأثیر منفی اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD) را در زندگی بیمار به حداقل برساند. روان‌درمانی COPE تلاش نمی‌کند تغییرات شخصیتی ایجاد کند یا مشکلاتی را بررسی و حل و فصل کند که مستقیماً به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال مصرف مواد (SUD) مرتبط نمی‌شوند.

- مراحل تشکیل‌دهنده روان‌درمانی COPE برای افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد به سه شکل طراحی شده است: (۱) شناسایی و مدیریت ماشه چکان‌های تأثیرگذار بر ولع مصرف به مواد؛ از جمله ماشه چکان‌های محیطی، جسمی، شناختی و عاطفی؛ (۲) شناسایی و تغییر افکار پرخطر مرتبط با مصرف الکل و مواد ... (۳) آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر (مهارت‌های امتناع از مصرف مواد).
- درمان اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) به منظور کمک به بیمارانی است که به ارتباط متقابل بین اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و مصرف مواد پی برده‌اند و از کتاب راهنمای مواجهه طولانی‌مدت (PE) که شامل آموزش در مورد واکنش‌های متداول به رویداد آسیب‌زا و دو فن (۱) مواجهه از طریق تصویرسازی ذهنی که ناراحت‌کننده‌ترین خاطره‌های آسیب‌زا، با تجزیه و تحلیل تجربه، بررسی می‌شوند و (۲) مواجهه زنده، پیروی می‌کنند.

اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) چیست؟

اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) یک اختلال روان‌پزشکی، مزمن و ناتوان‌کننده است که ممکن است بعد از تجربه کردن مستقیم یا غیرمستقیم یک رویداد «ملاک A» ایجاد شود. («ملاک A» به راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی {ویراست پنجم}؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳ اشاره دارد). ملاک A شامل رویدادهایی از جمله مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، جراحت جدی یا خشونت جنسی می‌شود. چنین مواجهه‌ای ممکن است از طریق تجربه مستقیم یک رویداد یا فرد شاهد

یک رویدادی که برای دیگران رخ داده است، باشد یا از طریق آگاهی از یک رویداد آسیب‌زا که برای عضوی از خانواده یا دوستی نزدیک اتفاق افتاده است، روی دهد. اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) ممکن است ناشی از قرار گرفتن فرد در معرض یک رویداد آسیب‌زا باشد (برای مثال، یک تصادف خطرناک اتومبیل یا مواجهه با حمله تروریستی) یا ممکن است فرد به صورت مکرر در معرض رویداد قرار گیرد (برای مثال، حوادث سوءاستفاده جنسی از کودک که به صورت مکرر تکرار می‌شود، قرار گرفتن در معرض جنگ‌های متعدد در طول دوره نظامی). برخی متخصص‌ها ممکن است در طول دوره حرفه‌ای خود بارها و بارها در معرض جزئیات آزاردهنده یک رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا قرار بگیرند، مانند اولین نجات‌دهندگان که جنازه‌های انسان را جمع می‌کنند یا افسران پلیس که بارها در معرض جزئیات سوءاستفاده جنسی و جسمی کودکان قرار دارند. ملاک A در مورد مواجهه از طریق رسانه‌های الکترونیک، تلویزیون، فیلم‌ها و تصاویر کاربرد ندارد، مگر اینکه این مواجهه مرتبط با کار باشد (برای مثال، سربازانی که وظیفه عکس‌برداری از جنازه انسان را بر عهده دارند).

اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) با چهار دسته از علائم مشخص می‌شود: (۱) مزاحمت، (۲) اجتناب، (۳) شناخت‌ها و خلق منفی و (۴) تغییرات در واکنش و برانگیختگی. برای مثال علائم مزاحمت شامل برگشت رویداد و خاطرات ناراحت‌کننده رویداد آسیب‌زا، رؤیاهای ناراحت‌کننده و بازگشت آبی به گذشته‌ها که در آنها فرد به گونه‌ای احساس یا عمل می‌کند که گویی رویداد آسیب‌زا دوباره در حال روی دادن است. زمانی که فردی با نشانه‌های درونی یا بیرونی که شبیه به رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا است مواجه می‌شود، ممکن است، واکنش فیزیولوژیکی مانند افزایش ضربان قلب یا تعریق را تجربه کند. برای مثال علائم اجتناب شامل این موارد است که فرد دائماً از افکار مرتبط با رویداد آسیب‌زا، احساسات مرتبط با رویداد آسیب‌زا (ترس) اجتناب می‌کند. همچنین از مردم، مکان‌ها و فعالیت‌هایی که باعث یادآوری رویداد آسیب‌زا می‌شوند نیز اجتناب می‌کند. تغییرات منفی در شناخت‌ها و خلق ممکن است شامل ناتوانی در به یاد آوردن جنبه مهمی از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا باشد. این مورد معمولاً به علت یادزدودگی تجزیه‌ای است و نه عوامل دیگری همچون استفاده از مواد یا صدمه به سر. علاوه بر این، علائم ممکن است شامل عقاید یا انتظارات منفی مداوم و اغراق‌آمیز در مورد خود، دیگران و دنیا باشد؛ به عنوان مثال، «من بدم»، «به

هیچ‌کس نمی‌توان اعتماد کرد»، «دنیا کاملاً خطرناک است» و «کل سیستم دستگاه عصبی من برای همیشه نابود شد». فرد ممکن است به‌طور مکرر حالت‌های هیجانی منفی (ترس، وحشت، خشم، گناه و شرم) را تجربه کند و ممکن است احساس گسستگی از دیگران یا بیگانگی با آنها را تجربه کند. در آخر، نشانه رفتارهای واکنشی و برانگیختگی ممکن است شامل رفتار تندخو و طغیان‌های خشم (با اندکی تحریک یا بدون آن)، پرخاشگری کلامی یا جسمانی نسبت به افراد یا اشیاء و رفتارهای بی‌پروا و تخریب‌کننده خود، مانند مصرف بیش‌ازحد از مواد، باشد. فردی ممکن است گوش‌به‌زنگی مفرط داشته باشد. برای مثال، ممکن است به‌طور مکرر نشانه‌های محیط را بررسی کند و فقط به دیوار تکیه دهد. نمونه‌های دیگر تغییرات برجسته در برانگیختگی و واکنش‌پذیری شامل مشکلاتی در رابطه با تمرکز و اختلال خواب (مشکل در به خواب رفتن یا بیدار ماندن یا بی‌قراری در خواب) و همچنین پاسخ یکه خوردن اغراق‌آمیز، است.

علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) باید بیش از یک ماه ادامه داشته باشد؛ علائم باعث اختلال قابل‌توجهی در زمینه‌های اجتماعی، شغلی و اختلال در عملکرد در حوزه‌های مهم دیگر می‌شود؛ آن علائم نباید پیامد مصرف مواد و وضعیت پزشکی دیگری باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر در ارتباط با ملاک‌های اختلال استرس پس از آسیب (PTSD)، به راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) مراجعه کنید.

رویدادهای آسیب‌زا بسیار متداول هستند. در حقیقت، بسیاری از اشخاص حداقل یک‌بار در زندگی رویداد آسیب‌زا را تجربه خواهند کرد (برسلاو، ۲۰۰۹؛ الکلیت، ۲۰۰۲؛ کسلر، سونگا، برومت، هوگس و نلسون، ۱۹۹۵؛ میلز و همکاران، ۲۰۱۱). در ایالات متحده، میزان شیوع اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) در طول عمر ۷ تا ۸ درصد تخمین زده شده است (کسلر، برلانگ، دملر، جین، مریکنگز و والترز، ۲۰۰۵). با توجه به توانایی انسان در رابطه با تاب‌آوری و بهبودی، اکثر افرادی که رویداد آسیب‌زا را تجربه می‌کنند، به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) مبتلا نمی‌شوند. تنها حدود ۸ درصد تا ۲۰ درصد افراد، ملاک‌های اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) را دارند (برسلاو و همکاران، ۱۹۹۸؛ برونلو و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین مواجهه با رویداد آسیب‌زا می‌تواند منجر به اختلالی شود که به آن اختلال استرس حاد (ASD) گفته

می‌شود. تمایز اصلی بین اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) و اختلال استرس حاد (ASD) مدت‌زمان علائم آنها است. اختلال استرس حاد (ASD) می‌تواند ۲ روز پس از مواجهه با رویداد آسیب‌زا اتفاق بیفتد و تا یک ماه ادامه داشته باشد. به‌منظور برآورده شدن معیارهای اختلال استرس پس از آسیب (PTSD)، علائم باید ۱ ماه یا بیشتر از ۱ ماه ادامه داشته باشد.

اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ در نسخه سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) اضافه شد. قبل از آن زمان، بیماری که در حال حاضر با عنوان اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) شناخته می‌شود، ابتدا در بین بازماندگان جنگ و جانبازها با نام‌های مختلفی از جمله قلب سرباز، قلب تحریک‌پذیر، هراس از گلوله و اختلال اعصاب جنگ به رسمیت شناخته می‌شد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

ارزیابی اختلال استرس پس از آسیب (PTSD)

ارزیابی دقیق اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) اولین قدم مهم در برنامه‌ریزی درمانی است. به‌عنوان بخشی از ارزیابی خط پایه، لازم است که آسیب شاخص (به‌عبارتی دیگر؛ آسیبی که بیشترین اضطراب را ایجاد می‌کند و مرکز اصلی توجه در فرایند درمان است) و جزئیات بیشتر در مورد آسیب شاخص که به برنامه‌ریزی جلسه‌های مواجهه درمانی کمک می‌کند، شناسایی شود. بررسی انواع آسیب‌های دیگر، علاوه بر آسیب شاخص نیز مهم است. ارزیابی اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) باید بعد از پایان مسمومیت حاد مواد و الکل و اتمام علائم ترک آنها، انجام شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارزیابی آسیب و اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) به ویلسون و کیانا (۲۰۰۴) یا مک‌کولی و همکاران (۲۰۱۲) مراجعه کنید. ما توصیه می‌کنیم در فرایند ارزیابی از ابزار مصاحبه و ابزار خودگزارش‌دهی استفاده کنید.

✓ یادداشتی برای درمانگر

پس از تشخیص اختلال استرس پس از آسیب (PTSD)، حتماً در طول درمان، به‌طور مرتب علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) را ارزیابی کنید (از ابزارهای اندازه‌گیری خودگزارش‌دهی هفتگی استفاده کنید). این ارزیابی‌ها برای

نظارت بر درمان، پیشرفت درمان و هدایت درمان بسیار مهم است. به‌عنوان قسمتی از درمان نتایج اولیه و نتایجی که در طول درمان به دست آمده است را با بیمار به اشتراک بگذارید. زمان مناسب برای ارائه نتایج هفتگی به بیمار، اواسط درمان است (به‌عبارتی دیگر؛ جلسه ۶). ارائه نتایج در یک نمودار خطی یا برگه بصری می‌تواند مفید باشد.

مصاحبه - ارزیابی‌های درجه‌بندی‌شده

مصاحبه - ارزیابی‌های درجه‌بندی‌شده (مبتنی بر ملاک تشخیصی DSM-IV) شامل موارد زیر است:

- مقیاس - مصاحبه علائم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) (PPS-I)؛ فوا، ریگز، دانکو و روتباوم، ۱۹۹۳؛ فوا و تولین، ۲۰۰۰؛ پاورز، گلیهان، روزنفیلد، جرود و فوا، ۲۰۱۲؛
- فرم مصاحبه رویداد آسیب‌زا (فوا، همبری و روتباوم، ۲۰۰۷) که مواجهه با آسیب و رویداد آسیب‌زای شاخص، سیستم حمایتی از بیمار، خطر خودکشی و مصرف مواد را ارزیابی و شناسایی می‌کند؛
- مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) (CAPS)؛ بلیک و همکاران، ۱۹۹۵) که شامل فهرست رویدادهای زندگی در جهت بررسی و ارزیابی رویدادهای آسیب‌زای احتمالی که فرد در طول زندگی ممکن است با آنها روبه‌رو شده باشد، می‌شود. همچنین فراوانی و شدت علائم تشخیصی اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) مربوط به رویدادهای آسیب‌زا را ارزیابی می‌کند؛
- مصاحبه بالینی ساختاریافته مرتبط با DSM-IV (SCID)؛ فرست و همکاران، ۲۰۰۲)، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای تشخیص بیشتر اختلالات محور ۱ طراحی شده است؛
- مصاحبه کوتاه بین‌المللی اعصاب و روان برای اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) (شیهان و همکاران، ۱۹۹۸) MINI عمده‌ترین اختلال‌های روانی محور ۱ را ارزیابی می‌کند.

مقیاس‌های خودگزارش‌دهی

مقیاس‌های خودگزارش‌دهی شامل موارد زیر است:

- مقیاس علائم اختلال استرس پس از آسیب - خودگزارش‌دهی (PSS-SR؛ فوا، ریگز، دانکو، کانستنس و روتباوم، ۱۹۹۳)؛
- مقیاس تجدیدنظرشده تأثیر رویدادها (کریمر و همکاران، ۲۰۰۳)
- مقیاس تشخیصی استرس پس از آسیب (PDS؛ فوا، کاشمن، جی کاکس و پری، ۱۹۹۷).

رویداد آسیب‌زای مرتبط با جنگ

برای ارزیابی آسیب مرتبط با جنگ، توصیه می‌کنیم از ابزار زیر استفاده کنید:

- فهرست اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) - نسخه نظامی (PCI-M؛ ویترز و همکاران، ۱۹۹۱)؛
- مقیاس مواجهه با جنگ (CES؛ کین و همکاران، ۱۹۸۹).

اختلال مصرف مواد چیست؟

مانند اختلال استرس پس از آسیب (PTSD)، اختلال مصرف مواد (SUD) نیز اغلب دارای شرایط مزمن و عودکننده است. سوءمصرف مواد شامل الکل، داروهای غیرمجاز (مانند کوکائین، ماری‌جوآنا، هروئین، متامفتامین) و داروهای تجویزی (مانند ضد درد افیونی، بنزودیازپین‌ها) است. *DSM-5* (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) اختلال مصرف مواد (SUD) را به‌عنوان الگوی نابهنجار در مصرف مواد تعریف می‌کند که به آسیب معناداری در زمینه‌های مهم زندگی (کار، معاشرت و اجتماع) و علائم استرس معناداری در فرد منجر می‌شود.

اختلال مصرف مواد (SUD) با از دست دادن کنترل بر روی مصرف مواد مشخص می‌شود. علائم اختلال شامل، مصرف مقدار بیشتر از حد در نظر گرفته‌شده مواد؛ میل مداوم یا تلاش ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد؛ زمان زیادی صرف کردن در جهت به دست آوردن مواد، استفاده یا بهبودی اثرات مواد؛ تجربه ولع، میل شدید و تمایل به مصرف مواد؛ ناتوانی در برآورده کردن تعهدات و ناتوانی عمده در ایفای نقش

در محل کار، مدرسه و یا خانه؛ ادامه مصرف مواد با وجود مشکلات ایجادشده یا تشدید مشکلات به دلیل مصرف مواد برای مثال، مشاخره با همسر، مشکلات قانونی، مشکلات جسمانی یا روانی؛ عدم شرکت در فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی و یا تفریحی به علت مصرف مواد؛ مصرف مکرر و عود مصرف مواد در موقعیت‌هایی که از لحاظ جسمانی خطرناک است؛ ایجاد مقاومت که به‌عنوان نیاز به مقادیر بسیار بیشتر مواد برای دستیابی به اثر مطلوب تعریف شده است یا کاهش تأثیر قابل توجهی در اثر مصرف مداوم مقدار یکسان مواد تعریف شده است و علائم ترک مواد که به گروهی از علائم و نشانه‌ها اطلاق می‌شود که هنگام قطع ناگهانی یا کاهش مصرف الکل یا مواد پدیدار می‌شوند.

شدت اختلال مصرف مواد به‌عنوان خفیف (۳-۲ نشانه)، متوسط (۵-۴ نشانه) و شدید (۶ نشانه یا بیشتر) برآورد شده است. بیماران ممکن است در حالت بهبودی اولیه (هیچ‌یک از ملاک‌های اختلال مصرف مواد حداقل به مدت ۳ ماه ولی کمتر از ۱۲ ماه به‌استثنای ولع برآورده نشده‌اند) یا در حالت بهبودی مداوم (هیچ‌یک از ملاک‌های اختلال مصرف مواد در هیچ زمانی در طول مدت ۱۲ ماه یا بیشتر به‌استثنای ولع، برآورد نشده‌اند) قرار بگیرند. برای اطلاعات بیشتر و کامل شدن ملاک‌های تشخیصی اختلال مصرف مواد (SUD)، به راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) مراجعه کنید.

اختلالات مصرف مواد از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است (مریکنگز و همکاران، ۱۹۹۸). داده‌های پیمایش همبودی ملی (NCS-R) که نمونه برگرفته‌شده از جمعیت ملی، ۹۲۸۲ بزرگسال در ایالات متحده را ارزیابی کرد، به این نتیجه رسید که میزان شیوع سوءمصرف مواد در طول عمر ۱۴/۶ درصد و در طول مدت ۱۲ ماه گذشته میزان شیوع ۳/۸ درصد بود (کسلر، برگلاند، دملر، جین، مریکنگز و والترز، ۲۰۰۵). در کارکنان ارتش، جانبازان و سربازان، میزان اختلال مصرف مواد (SUD) به‌طور معناداری بالاتر است (بریدی و همکاران، ۲۰۰۹؛ مک‌کنزی و همکاران، ۲۰۰۶؛ SAMHSA، ۲۰۰۵). داده‌های زمینه‌یابی ملی در زمینه سوءمصرف مواد و سلامت (NSDUH) تخمین می‌زند که حدود ۷/۱ درصد از سربازان نظامی و جانبازان، ملاک‌های اختلال مصرف مواد (SUD) را در طول مدت ۱۲ ماه گذشته داشته‌اند (SAMHSA، ۲۰۰۷). این میزان تقریباً دو برابر بیشتر از داده‌های جمعیت عمومی است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). شیوع ۱۲