

ده مهارت بنیادین برای
درمان شواهد بنیاد

تروما،

اختلال استرس

پس از سانحه،

سوگ و فقدان

فهرست

مقدمه	۱۳
۱۰ مهارت بنیادین	۱۱
فصل اول: درمان تسریع‌یافتهٔ تروما «رویکرد عناصر فعال»	۱۷
فصل دوم: ابزارهای امید «تهدید ادراک‌شده، سیستم عصبی خودمختار و خود تنظیمی»	۳۷
فصل سوم: استرس پس از سانحه: بیماری یا آسیب؟ پاسخ‌گریزی به تروما	۴۹
فصل چهارم: مفهوم‌سازی علائم و تشخیص بر اساس DSM	۶۱
فصل پنجم: الگوی سه مرحله‌ای: برقراری امنیت	۷۷
فصل ششم: الگوی سه مرحله‌ای: یادآوری و گریه کردن	۹۵
فصل هفتم: مواجهه درمانی روایتی انجمن جهانی متخصصان تروما	۱۱۳
فصل هشتم: سوگ، فقدان و سوگواری	۱۲۱
فصل نهم: مرحلهٔ بعدی برای درمان تروما	۱۳۵
پیوست: تاریخچهٔ تروما: از هیستری تا درمان مبتنی بر شواهد	۱۳۹

مهارت بنیادین

در درمان تروما، اختلال استرس پس از سانحه، سوگ و فقدان

- ۱ استفاده از «عناصر فعال» شواهد محور برای درمان موفق تروما و سوگ پیچیده
- ۲ استفاده مناسب از رابطه درمانی و انتظار مثبت
- ۳ درمان‌های مبتنی بر شواهد برای استرس پس از سانحه
- ۴ نقشی که خطر ادراک‌شده و سیستم عصبی خودمختار در ایجاد و تداوم نشانه‌های PTSD بازی می‌کند
- ۵ علل و نشانه‌های استرس پس از سانحه
- ۶ ارزیابی‌های مناسب برای استرس پس از سانحه
- ۷ دستیابی به امنیت «کافی و خوب» و پایدارسازی (مرحله ۱)
- ۸ روش‌های شناختی-رفتاری که خاطرات تروماتیک را حساسیت‌زدایی و بازپردازی می‌کنند (مرحله ۲)
- ۹ مرحله ارتباط مجدد (مصالحه) در درمان (مرحله ۳)
- ۱۰ حل و فصل سوگ و سایر مشکلات پیرامونی همزمان با درمان PTSD

فصل اول

درمان تسریع یافته تروما

«رویکرد عناصر فعال»

انتظار مثبت

انتظار مثبت^۱ به معنی انتظار یافتن معنای مثبت در هر موقعیت جدید است (لانگنز و شولر، ۲۰۰۷). یک جنبه مهم دیگر انتظار مثبت این است که هر مراجع می‌تواند «بهبود یابد». ما مشاوران از این باور حمایت می‌کنیم و آن را برای مراجعان مدل‌سازی می‌کنیم. هرچند نویسندگان زیادی در مورد موضوع انتظار مثبت مطلب نوشته‌اند، ویکتور فرانکل، عصب‌شناس و روان‌پزشک اتریشی، در زمینه جنبش انتظار مثبت به اعتبار بالایی دست یافته است. فرانکل بیان کرده است که هر فردی این قابلیت را دارد که در سخت‌ترین شرایط به معنای مثبت و امید دست یابد. برای فهم بهتر این معنا بهتر است تاریخچه زندگی‌اش را مرور کنیم.

فرانکل پیش از سال ۱۹۴۲ در چندین درمانگاه در شهر وین به کار طبابت می‌پرداخت. او علاقه خاصی به درمان افراد افسرده و دارای افکار خودکشی داشت.

مهارت‌های آموزشی در این فصل:

- استفاده از «عناصر فعال» مبتنی بر شواهد برای درمان موفق تروما و سوگ پیچیده
- استفاده مناسب از رابطه درمانی و انتظار مثبت
- درمان‌های مبتنی بر شواهد استرس پس از سانحه

1- Positive Expectancy

با این حال به این دلیل که یهودی بود اجازه کار کردن روی بیماران نسل آریایی را در آن زمان در اتریش نداشت. در سال ۱۹۴۲ به همراه همسر و والدینش به یک گتوی^۱ (محل کلیمیان) نازی تبعید شد و در آنجا به عنوان پزشک عمومی در کلینیکی مشغول به کار شد. در آن مدت، یک مراقبت‌گاه خودکشی راه‌اندازی کرد و خدماتی برای کمک به تازه‌واردین رنجیده از شوک و سوگ ارائه کرد. در سال ۱۹۴۴ فرانکل و همسرش به اردوگاه آشویتز انتقال یافتند. در سال ۱۹۴۵ فرانکل به سه اردوگاه نازی دیگر نقل مکان کرد. در این اردوگاه‌ها او را مجبور می‌کردند جراحی‌ها و رفتارهای ظالمانه پزشکی را بر روی گروهی از افراد که او می‌شناخت و آنان را بدون غذا، آب و لباس مناسب رها کرده بودند انجام دهد. او تا زمانی که توسط نیروهای آمریکایی آزاد شد در اردوگاه تورکیم باقی ماند. به جز خواهرش که موفق شد به استرالیا فرار کند، تمام اعضای خانواده‌اش در اردوگاه‌ها جان باختند.

فرانکل پس از سه سال زندگی در اردوگاه‌های اجباری برای کار به شهر وین بازگشت. در سال ۱۹۵۹، کتاب انسان در جستجوی معنا^۲ را نوشت. او در این کتاب بیان می‌دارد که انسان‌ها می‌توانند حتی در رنج‌آورترین شرایط انتخاب کنند که چگونه پاسخ دهند و رفتار کنند. افراد می‌توانند حتی در بدترین موقعیت‌ها یک معنا بیابند و هر فردی توانایی یافتن خوشی، آرامش، معنا و عشق را دارد.

فاصله‌ای بین محرک و پاسخ وجود دارد. در این فاصله توانایی ما در انتخاب پاسخ‌هایمان قرار دارد. رشد آزادی ما در گرو پاسخ‌های ما است.

همه چیز را از انسان می‌توان گرفت به جز یک چیز: آخرین آزادی انسان را؛ نگرش انتخابی فرد در آن شرایط و انتخاب مسیر شخصی.

تأثیر نگرش فرانکل را می‌توان در تعدادی از الگوهای درمانی ردیابی کرد. کار او مبنایی شد برای معنادرمانی، مدلی از درمان که براساس این باور بنا شده است که تلاش برای یافتن معنا در زندگی اصلی‌ترین و قدرتمندترین انگیزش و نیروی کشاننده در انسان‌ها است (ساراسواتی، ۲۰۱۳). آروین یالوم که به عقیده برخی پدر درمان وجودی^۳ است، اعتبار کارهایش را به فرانکل منتسب کرده است (فرانکل، ۱۹۶۷). تأثیر فرانکل در رویکرد درمانی روان‌شناسی مثبت نیز قابل مشاهده است (پترسن، ۲۰۰۹).

پیغام فرانکل پیغامی قدرتمند است، اما ارتباط آن با مراجعان با واکنش‌های تروماتیک یا دچار اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۴ چیست؟

مراجعان تروماتیک نوعی وضعیت هراس‌انگیز، سخت یا خطرناک تجربه کرده‌اند. بسیاری از این افراد

1- Getto

2- Man's Search for Meaning

3- Existentialism

4- Post Traumatic Stress Disorder

ممکن است احساس وحشت یا درماندگی مطلق را تجربه کرده باشند. ممکن است قادر نباشند معنایی در میان حادثه آسیب‌زای تجربه‌شده خود بیابند و از مطرح کردن آن با دیگران واهمه داشته باشند. با وجود این، مراجعان ما امکان یافتن امید و معنا را در شرایط تروماتیک خویش دارند. علاوه بر این، با آموزش توانایی انتخاب نحوه پاسخ‌دهی به حادثه تروماتیک می‌توان به آنان کمک کرد که احساس قدرت کنند. هیچ چیز نمی‌تواند حادثه تروماتیک را خنثی کند اما افراد می‌توانند انتخاب کنند که به چند شیوه و از آن جمله محدود کردن تأثیر حادثه تروماتیک، فعالانه به دنبال درمان رفتن، یا کمک به دیگران به آن واکنش نشان دهند. برای مثال، خانمی که یک تعرض جنسی را تجربه کرده‌است می‌تواند معنایی در تجربه‌اش پیدا کند. این خانم می‌تواند انتخاب کند که نجات‌دهنده باشد، نه قربانی. ممکن است توانمندی‌هایی در خودش بیابد که قبلاً از آنها آگاهی نداشته‌است. می‌توان به این‌گونه بیماران کمک کرد که یک هدف تازه برای زندگی خود پیدا کنند، برای مثال با پیوستن به افراد حامی روابط جنسی ایمن می‌توانند جهتی تازه به زندگی‌شان ببخشند. شاید انتخاب کنند که مشاور یا درمانگر شوند تا به افراد دارای تجارب مشابه خودشان کمک کنند.

مراجعان می‌توانند احساس بهتری داشته باشند

افراد علاوه بر یافتن معانی مثبت در تجاربشان بایستی بدانند امکان تجربه حس بهتر را هم دارند. بسیاری از نویسندگان (برای مثال، اینچ، ۲۰۱۲؛ کاترلوس و همکاران، ۲۰۱۵) هم در زمینه‌های پزشکی و هم در زمینه‌های سلامت روان ثابت کرده‌اند که مراجعانی که باور دارند می‌توانند حالشان بهتر شود به احتمال بیشتری واقعاً حالشان بهبود می‌یابد. با این حساب ما مشاوران برای القای حس امید به مراجعانمان چه کار کنیم؟ بسیاری از این مراجعان وقتی پای در جلسه درمان می‌گذارند شدیداً این احساس را دارند که قادر نیستند موفق شوند یا بهبود یابند، اما ما به عنوان مشاوران لازم است امید و این عقیده را برایشان مدلسازی کنیم که همه افراد شانس بهبود و تغییر دارند.

با این حال، نایستی مراجعانمان را به جلو سوق دهیم. برخی از مشاوران مداخلاتی را تحمیل می‌کنند یا در زمانی اقدام به مداخلات درمانی می‌کنند که هنوز مراجع آماده آن نیست. این امر اغلب به دلیل اضطراب خودمان درباره پیشرفت درمان یا به‌زیستی مراجع اتفاق می‌افتد. زمانی که مراجعان سعی می‌کنند فرآیند درمان را کندتر کنند یا از درمان کناره بگیرند، برخی بالینگران این پاسخ را به‌عنوان «مقاومت» در برابر درمان قلمداد می‌کنند. با این حال، ممکن است مقاومتی در کار نباشد، بلکه در بسیاری از موارد حاکی از قضاوت خوب مراجع است. مراجعان ما می‌توانند اضطراب را در ما احساس کنند یا متوجه شوند که چه زمانی تصمیماتی نامتناسب درباره آنها اتخاذ می‌کنیم. بسیاری از این مراجعان فقط به این دلیل در درمان می‌مانند که واقعاً خواهان بهبود هستند. آن‌ها ممکن است حرکت رو به پیشرفتی داشته باشند اما محتاط باقی می‌مانند. ما به‌عنوان بالینگر از مراجعانمان می‌خواهیم که رفتارهای دفاعی‌شان را به حداقل

فهرست انتظار مثبت:

- یک معنا یا ارزش مثبت را می‌توان حتی در بدترین شرایط پیدا کرد.
- هر مراجعی باید امید داشته باشد یا خوش‌بین باشد که می‌تواند «بهبود یابد». ما به‌عنوان بالینگران این امید را برای مراجعان مدل‌سازی می‌کنیم.
- یک بخش مهم از نتایج موفقیت‌آمیز درمانی از انتظار مثبت حاصل می‌شود.

برسانند، آینده امیدوارکننده جدیدی را در ذهن خود مجسم کنند و فعالانه به دنبال دستیابی به آن باشند؛ به یاد داشته باشیم که ما مشاوران، ممکن است شاهد تأثیر سریع درمان بر روی برخی مراجعانمان نباشیم، اما اگر به آنان کمک کرده باشیم انتظار مثبت را در خود تقویت کنند، در واقع بذر تغییر آتی را در آن‌ها کاشته‌ایم و این باور را به آنها القا کرده‌ایم که تغییر ممکن است.

باید به این نکته توجه داشته باشیم که بسیاری از مراجعان ما به‌خاطر تجربه تروماتیک قبلی‌شان در اکثر اوقات در حال واکنش نشان دادن به محرک‌ها

هستند. چنانچه افراد به‌طور پیوسته در حال واکنش به این محرک‌ها باشند، ممکن است توانایی تفکر در مورد افکارشان و موقعیت‌ها را نداشته باشند.

زمانی که امید را ایجاد می‌کنیم، در واقع کمی فاصله میان محرک و پاسخ ایجاد کرده‌ایم: در این فاصله فرد می‌تواند به‌جای واکنش نشان دادن، بر اساس تفکرش تصمیم بگیرد چه کاری می‌خواهد انجام دهد. در کتاب‌ها و مقالات آمده است که درمان‌های متمرکز بر تروما بیش از ۸۶ درصد نسبت به عدم درمان یا نسبت به درمان‌های حمایتی مختلف مؤثرتر هستند (بیسون و آندرو، ۲۰۰۵). به‌نظر می‌رسد صرفاً شروع به درمان تروما گام مهمی در کمک به قربانی تروما باشد. با وجود این، بین محققان اختلاف نظر وجود دارد که آیا درمان‌های دارای دستورالعمل مشخص مهم‌ترین عامل در درمان هستند یا اینکه شخصیت درمانگر مهم‌ترین مؤلفه درمان مؤثر به‌شمار می‌رود. برخی پژوهشگران مدعی‌اند که درمان‌های مختلف از نظر نتیجه تفاوت کمی با هم دارند. در سال ۲۰۱۰، یک مطالعه در اداره امور کهنه سربازان^۱ درمان‌ها را براساس میزان تأثیرگذاری‌شان رتبه‌بندی کرد (مدیریت کارگروه استرس پس‌از سانحه، ۲۰۱۰). محققان تمام طیف درمان‌ها را بررسی کردند تا بهترین درمان‌ها را برای رهایی افراد از اختلال استرس پس‌از سانحه با دلیل و مدرک فهرست کنند.

توصیه‌های اداره امور کهنه‌سربازان

- بایستی هرچه سریع‌تر نوعی رابطه درمانی همکارانه و حمایت‌گرانه یا ائتلاف درمانی با مراجعان دچار PTSD ایجاد و حفظ شود. همچنین مشاوران باید نوعی سیستم بازخورد ایجاد کنند که این امکان را برای مراجعان به وجود بیاورد تا بتوانند نظرات و توصیه‌هایشان درباره رابطه درمانی یا خود درمان را ارائه نمایند.
- روان‌درمانی مبتنی بر شواهد و/ یا دارودرمانی مبتنی بر شواهد به‌عنوان گزینه‌های درمانی خط اول توصیه می‌شوند.
- خدمات و روش‌های مسئله‌محور بر دارودرمانی می‌توانند به روان‌درمانی‌های تخصصی PTSD اضافه شوند.
- مشاوران باید روش‌های مراقبتی جایگزین (طب سوزنی، یوگا، ماساژ و نظایر اینها) را جهت تخفیف نشانه‌های بیماران با توجه به منابع در دسترس و هماهنگ با سیستم باورهای بیمار برای آنها در نظر داشته باشند.
- مراجعان دچار PTSD که در حال تجربه نشانه‌های بالینی معنادار هستند (شامل درد مزمن، بی‌خوابی و اضطراب) بهتر است مداخلات مدیریت متمرکز بر نشانه‌ها را دریافت کنند.
- مدیریت PTSD یا نشانه‌ها مرتبط با آن می‌تواند با یک تشخیص جسورانه PTSD آغاز شود. دارودرمانی طولانی‌مدت باید با سایر مداخلات همسو و هماهنگ باشد.

محققان همچنین درمان‌های مختلف را به پنج طبقه تقسیم‌بندی کردند. درمان‌های ذکر شده در سطح A را شواهد قوی حمایت کرده‌اند. این درمان‌ها مداخلات توصیه‌شده برای PTSD هستند. درمان‌های سطح C رویکردهای توصیه‌شده برای نشانه‌ها خاص هستند. این درمان‌ها همچنین می‌توانند در تلافی با درمان‌های سطح A مورد استفاده قرار بگیرند. مشاورانی که به درمان مراجعان دچار PTSD پیچیده می‌پردازند (PTSD ای که از تروماهای بلندمدت و مزمن حاصل می‌شود مانند سوء استفاده‌های جنسی یا هیجانی) از اکثر درمان‌های سطح C بهره می‌برند. پژوهش‌های حمایت‌کننده از درمان‌های سطح I غیرقطعی هستند. شواهد کافی برای تضمین تاثیرگذاری درمان‌های سطح I وجود ندارد.

جدول شامل سطح‌بندی درمان‌های PTSD در زیر آمده‌است.

سطح	درمان‌ها
A	شواهد قوی + توصیه‌های خط اول درمان‌های شناختی-رفتاری (مواجهه ممتد، مواجهه درمانی مستقیم، درمان پردازش شناختی و تمرین مایه‌کوبی استرس ^۱) و حساسیت‌زدایی و باز پردازش حرکت چشم ^۲ (EMDR)
B	شواهد خوب = توصیه‌های خط دوم فایده درمان
C	شواهد نسبتاً خوب + بدون توصیه کلاس‌های آموزش بیمار، درمان تمرین تصویرسازی، درمان روان‌پویایی، هیپنوتیزم، تکنیک‌های تن‌آرامی ^۳ ، گروه درمانی، خانواده درمانی و درمان حمایتی متمرکز بر تروما
D	بدون شواهد حمایت‌کننده فایده درمان
I	بدون شواهد قطعی درمان شناختی رفتاری وب‌محور، درمان رفتاری دیالکتیک، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همراه با رویکردهای جایگزین و مکملی مانند یوگا، طب سوزنی، ذهن‌آگاهی، ماساژ

جدول برگرفته از مدیریت کارگروه استرس پس از سانحه

مطالعه VA (امور کهنه‌سربازان) در سال ۲۰۱۰ منتشر شد. با وجود این، پژوهش‌های دیگری نیز انجام شده است. برای مثال، درمان مبتنی بر بازخورد (FIT)، موضوعی که بعداً در همین فصل به آن می‌پردازیم، هم‌اکنون به‌عنوان درمان سطح A در نظر گرفته می‌شود. برای آنکه تاثیرگذاری این درمان به بیشترین حد برسد باید آن را در هر یک از طرح‌های درمانی ادغام کنیم.

- 1- Stress Inoculation
- 2- Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- 3- Relaxation Techniques

رابطه بین PTSD بزرگسالی و ترومای کودکی



در سال ۲۰۱۱ با فردی به نام تام کار می‌کردم، یک کهنه سرباز که ۷ سفر جنگی به عراق و افغانستان داشت. برای او تشخیص PTSD داده شد و به اصرار همسرش که او را تهدید کرده بود اگر برای درمان مراجعه نکند او را ترک خواهد کرد، به دیدن من آمده بود. او موافقت کرده بود که مرا ملاقات کند اما همچنین مستعد نفرت از من و از درمان بود. به محض اینکه وارد دفترم شد و با همدیگر دست دادیم شروع به خندیدن کرد و گفت که من شبیه پدر بزرگش هستم، یعنی تنها عضوی از خانواده که او دوستش می‌داشت و من با خودم فکر کردم که شبیه به پدر بزرگ بودن می‌تواند یک تکنیک روان‌درمانی جالب باشد. او دربارهٔ تجارب جنگی‌اش صحبت کرد و گفت این تجارب چقدر تأثیرگذار بوده‌اند. اما همان‌طور که به صحبت‌های او گوش می‌دادم به این فکر می‌کردم که شواهد واقعی اندکی از نشانه‌های تجاوز، اجتناب، برانگیختگی یا تغییر منفی که خوشه‌های نشانه‌ای اصلی PTSD هستند در گفته‌هایش یافت می‌شود و با اینکه هر دوی ما گاهی که او حوادث رخ داده برایش را تعریف می‌کرد کمی چشمانمان اشک‌آلود شد من هنوز گیج بودم که تشخیص اولیه PTSD چگونه بر او گذاشته شده بود تا اینکه او شروع به صحبت دربارهٔ دوران کودکی‌اش کرد، به‌ویژه دربارهٔ رابطه‌اش با پدرخوانده‌اش.

پدر خود تام وقتی که او فقط ۳ ساله بود غیبش زد و مادرش عکس‌ها و تمام شواهد مربوط به پدرش را از بین برد. مادرش نام خانوادگی خودش را روی تام گذاشت. وقتی او ۷ ساله بود مادرش با مردی ازدواج کرد که رفتار وحشیانه‌ای با تام داشت. برای مثال او بارها بدون دلیل خاص توی سر تام می‌زد. یک‌بار وقتی تام در حال تماشای تلویزیون بود این پدرخوانده آن چنان محکم او را زد که تام از روی صندلی به روی زمین پرتاب شد. هر وقت که نمرات کارنامه تام بد می‌شد (که معمولاً این‌گونه بود)، او به شدت تنبیه می‌شد. بدین‌صورت که پدرخوانده تام او را روی صندلی روبه‌روی خودش می‌نشاند و آن‌قدر با قاشق به سرش ضربه می‌زد تا خون از سر و صورتش جاری می‌شد. زمانی که این پدرخوانده تام را با قاشق می‌زد، تام مشاهده می‌کرد که او به تدریج از لحاظ جنسی برانگیخته می‌شد؛ ما اغلب مردهای شبیه به پدرخوانده تام را افرادی سادیستیک (آزارگر) می‌نامیم. این مردها اغلب با زنان خاصی ازدواج می‌کنند تا به کودکان آن‌ها دسترسی پیدا کنند. این سوء استفاده جنسی تا زمانی که تام ۱۱ ساله شد ادامه داشت و آن‌وقت بود که پدرخوانده تام خانواده را ترک کرد.

حجم وسیعی از ادبیات روان‌شناسی به رابطه بین سوء استفاده جنسی کودکان و اختلال استرس پس از سانحه بزرگسالی اختصاص یافته است و ما بخش عمده‌ای از جلسات باقی‌ماندهٔ درمان تام را به کار بر روی این سوء استفاده دوران کودکی اختصاص دادیم. به‌ویژه ما از درمان PTSD که اساساً برای کاهش آشفتگی ناشی از خاطرات تروماتیک تدوین شده است استفاده کردیم. با پردازش، به سطح آوردن و حساسیت‌زدایی نسبت به این خاطرات، این بدنتظیمی و آشفتگی تخفیف می‌یابد. پیش از پایان دادن درمان تام ما ۱۴ جلسه را به PTSD اختصاص دادیم.

— مایک دیوبی