

هو القادر

موضوع:

بررسی، علل و درمان اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)
و استرس حاد (ASD) با رویکرد ترومای جنگ

نویسندگان :

محمد حسن اعتصام _ فرحان سامی وش

چکیده:

اختلال استرس پس از سانحه و استرس حاد از مهم‌ترین پیامدهای تجربه رویدادهای آسیب‌زا هستند و شناخت بهتر آن‌ها یک نیاز اساسی در حوزه سلامت روان محسوب می‌شود. بسیاری از افراد به دلیل دریافت نکردن درمان مناسب، دچار مشکلات پایدار عاطفی و رفتاری می‌شوند؛ به همین دلیل بررسی علل این اختلالات و روش‌های درمانی آن‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد. این مقاله به‌طور خلاصه به عوامل شکل‌گیری این مشکلات از جنبه‌های زیستی، روان‌شناختی و محیطی می‌پردازد و همچنین رایج‌ترین شیوه‌های درمانی مانند درمان‌های شناختی-رفتاری و مداخلات مبتنی بر آرام‌سازی و دارودرمانی را معرفی می‌کند. هدف از این بررسی، فراهم‌کردن توضیحی روشن و قابل‌فهم از چرایی بروز این اختلالات و راه‌های علمی و قابل‌اتکا برای کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی افراد درگیر است.

کلید واژه:

تروما – حنگ – استرس – سانحه

مقدمه:

تجربه کردن رویدادهای آسیب‌زا (تروماتیک) بخش اجتناب‌ناپذیری از زندگی برخی افراد است و این تجربه‌ها می‌توانند تأثیرات عمیق و گاه طولانی‌مدتی بر سلامت روان داشته باشند. در روان‌شناسی، واکنش به چنین موقعیت‌هایی همیشه یکسان نیست و افراد ممکن است به شکل‌های متفاوتی به تروما پاسخ دهند. در این میان، دو اختلال مهم یعنی Acute Stress Disorder (ASD) و Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) به‌عنوان واکنش‌های شناخته‌شده به رویدادهای شدید و تهدیدکننده مطرح می‌شوند.

اختلال استرس حاد معمولاً در مدت کوتاهی پس از وقوع حادثه ظاهر می‌شود و بیشتر به‌عنوان واکنش اولیه به تروما در نظر گرفته می‌شود، در حالی که اختلال استرس پس از سانحه زمانی مطرح می‌شود که علائم برای مدت طولانی‌تری ادامه پیدا کنند و زندگی فرد را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار دهند. با این حال، همه افرادی که یک رویداد آسیب‌زا را تجربه می‌کنند، لزوماً دچار این اختلالات نمی‌شوند و عوامل مختلفی در بروز یا عدم بروز آن‌ها نقش دارند.

با توجه به اهمیت این موضوع و تأثیر آن بر کیفیت زندگی افراد، بررسی دقیق این دو اختلال از نظر تعریف، علائم، تفاوت‌ها و روش‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد. هدف از این مقاله، آشنایی بیشتر با ASD و PTSD و درک بهتر شباهت‌ها و تفاوت‌های آن‌ها است.

Trauma

تاریخچه:

ریشه این کلمه یونانی است و در معنای لغوی زخم با جراحت معنی میشود اما در روانشناسی این معنی گسترده تر است و هم به معنای خود رویداد ناگوار و هم پیامد و تأثیرات آن رویداد ناگوار می باشد.

تعریف

تروما ۴ مؤلفه اساسی دارد :

۱. رویدادی به شدت از پای درآورنده ، زمین گیر کننده استرس امیز است و تفاوتی نمی کند بزرگ باشد یا کوچک.

میزان رنج مهم است نه بزرگی ان بنابراین هر چیزی از یک بیماری جدی گرفته شده تا فاجعه ای طبیعی می تواند باعث ایجاد تروما باشد.

۲. تروما زندگی را به خطر می اندازد.

یه استثنا وجود دارد در ترومای ثانویه که می توان در افرادی که شغل هایی در ارتباط با رویداد های ناگوار دارند مثل مامورین پلیس با کادر درمان.

۳. تروما غیر منتظره است.

معمولا تروما درست زمانی روی می دهند که اصلا انتظار و آمادگی ندارید.

۴. رویدادی است که باعث ایجاد ترس، درماندگی یا وحشت می شود.

بسیاری از رویداد های فاجعه امیز به خودی خود نمی توانند فرد را تروماتیزه کند .

نوع واکنش به تروما بستگی به ظرفیت روانی فرد ، شرایط اجتماعی فرد و شرایط محیط می باشد که منجر به ۳ واکنش (۱) استرسی نرمال (۲) اختلال استرس حاد و (۳) PTSD می شود.

اختلال استرس پس از تروما PTSD

تاریخچه:

اختلال استرس پس از تروما ، اولین بار در DSM مطرح شد اما قبل از آن چندین اسم داشت:

۱. Soldier's heart.

در جنگ داخلی آمریکا، ۱۸۶۱_۱۸۶۵ که به ترومای مرتبط با جنگ در جبهه ها مطرح شد.

۲. shell shock.

در جنگ جهانی اول به علت عارضه روانی حاصل از تغییرات در فشار هوا بعد از منفجر شدن خمپاره مطرح شد ؛ حتی در جنگ ایران و عراق به سربازان ایرانی PTSD موجهی می‌گفتند.

۳. Battle fatigue.

در جنگ جهانی دوم پزشکان وضعیت جدیدی به اسم خستگی جنگی برای بعضی از سربازان مطرح کردند که علت آن را ضعیف بودن یا ترسو بودن بعضی سربازان می‌دانستند.

۴. Gross stress reaction.

در آغاز جنگ کره، ۱۹۵۰_۱۹۵۳ ، روانشناسان به تدریج متوجه شدند که PTSD یک اختلال روانی است و نامش را واکنش استرسی درشت یا کلی گذاشتند.

اصولا در زنان ، فراوان ترین عامل ایجاد کننده PTSD ، **تعدی جسمی یا تهاجم فیزیکی** است و اما در مردان، فراوان ترین عامل ایجاد کننده PTSD، تجربه کردن **میادین جنگی** است.

در مورد بسیار افراد، PTSD **مزمن** است اما سمپتوم های آن می‌توانند نوسان شدت داشته باشند.

معیار های تشخیصی اختلال استرس پس از تروما PTSD (افراد بزرگتر از ۶ سال)

A

۱. تجربه مستقیم رویداد تروماتیک
۲. شخصا شاهد وقوع رویداد تروماتیک برای دیگران
۳. باخبری از وقوع رویداد تروماتیک برای خانواده یا دوستان
۴. در معرض جزئیات رویداد تروماتیک به طور مکرر یا به طرز شدید (شغل فرد) اگر جزئیات از طریق رسانه باشد جزو معیار A4 نیست.

B سمپتوم مزاحمت

۱. خاطرات تکراری و غیر ارادی و مزاحم از رویداد به طور خود به خود یا به علت بعضی محرک ها یادآوری می‌شوند. کودکان بزرگتر از ۵ سال به طور مکرر بازی‌هایی با موضوع رویداد تروما می‌کنند.
۲. کابوس‌های تکراری و ناراحت کننده که مرتبط با رویداد است؛ کابوس‌های غیر قابل تشخیص ببینند.
۳. واکنش گسستگی (مثل فلش بک): کودکان در بازی‌های خود رویداد تروماتیک را شبیه سازی می‌کنند.
۴. فردی که در معرض محرک‌های درونی یا بیرونی قرار می‌گیرد دچار دیتسترس پسیکولوژیک شدید یا طولانی مدت می‌شوند.
۵. فرد به محرک های یادآور رویداد تروماتیک، واکنش فیزیولوژیک نشان می‌دهد.

C سمپتوم اجتناب

۱. از خاطرات، افکار و احساسات که مستقیم یا غیر مستقیم یادآور رویداد تروماتیک است اجتناب می‌کند.
۲. از محرک‌های یادآور بیرونی (افراد، مکان، فعالیت‌ها...) مرتبط با رویداد تروماتیک، اجتناب می‌کند.

D سمپتوم شناختی

۱. ناتوانی در یادآوری رویداد تروماتیک (فراموشی گسسته)
۲. باور یا انتظارات منفی دائمی و اغراق آمیز در مورد خود، دیگران و دنیا.
۳. قرار گرفتن در حالت هیجانی منفی به طور مداوم.
۴. کم شدن شدید علاقه فرد به شرکت در فعالیت های مهم زندگی.
۵. احساس غریبی با دیگران و عدم علاقه برای ارتباط با آنها.

۶. افکار منفی مداوم درباره علت یا پیامد رویداد تروماییک که باعث مقصر دانستن خود یا دیگران درباره ان اتفاق.

۷. عدم تجربه هیجان مثبت به طور دائم.

E سمپتوم برانگیختگی

۱. زودرنج است و ناگهان از خشم منفجر می‌شود.

۲. بی احتیاط بودن، انجام رفتار خطرناک و یا رفتار خود تخریبی.

۳. گوش به زنگی دائم و توجه بیش از حد به اطراف.

۴. واکنش های از جاپریدگی بیش از حد زیاد و افراطی .

۵. ناتوانی در تمرکز به آسانی.

۶. اختلال خواب.

F

مدت معیارهای B، C، D و E بیشتر از یک ماه است.

G

باعث Disfunction در موقعیت های زندگی فرد می‌شود.

H

علت این اختلال ناشی از تاثیر فیزیولوژیک یا مستقیم یک ماده و یا عارضه پزشکی دیگر نیست.

سمپتوم های گسستگی:

سمپتوم های فرد معیارهای لازم برای تشخیص دارند و در واکنش به استرس زا ها فرد برخی سمپتوم های دیگر را نشان دهد:

۱. شخص زدایی

فرد حس می‌کند از خود جدا شده و گویی فرد دیگری می‌باشد که از بیرون به بدن خود و یا فرایند های ذهنی و احساسات خود ناظر است.

۲. واقعیت زدایی

فرد حس می‌کند که محیط اطراف و اشیای دور و بر او غیر واقعی هستند.

معیار های تشخیصی اختلال استرس پس از تروما PTSD (کودکان ۶ سال و کوچک تر)

A

۱. رویداد های تروماتیک را به طور مستقیم تجربه کند.
۲. شخصا شاهد وقوع رویداد تروماتیک برای دیگران باشد. (مخصوصا برای والدین)
۳. کودک می شنود که برای یکی از والدین یا مراقبانش رویداد تروماتیک پیش آمده.

B

۱. خاطرات تکراری، غیرارادی و مزاحم از رویداد تروماتیک خودبه خود یا به علت بعضی محرک ها به یاد می آیند.
۲. کودک به طور مکرر خواب های بدی می بیند که محتوای و یا احساس تجربه شده در درون آنها یا رویداد تروماتیک مرتبط هستند.
۳. واکنش های گسسته (فلش بک)
۴. وقتی کودک در معرض محرک های درونی یا بیرونی قرار می گیرد، به استرس روانی شدید یا طولانی مدت دچار می شود.
۵. کودک به محرک هایی که او را به یاد رویداد تروماتیک می اندازد واکنش های فیزیولوژیک شدید نشان می دهد.

C

۱. اجتناب از فعالیت ها، مکان ها یا یادآورنده های فیزیکی که باعث به یادآوردن رویداد تروماتیک می شود.
۲. اجتناب از مردم، صحبت ها یا موقعیت های میان فردی که باعث به یادآوردن رویداد تروماتیک می شود.
۳. افزایش چشمگیر فراوانی حالات هیجانی منفی.
۴. کودک به فعالیت های مهم زندگی خود به شدت بی علاقه شده یا زیاد در آنها شرکت نمی کند.
۵. از دیگران دوری می جوید و گوشه گیر شده است.
۶. در اکثر مواقع، هیجان های مثبت خود را ابراز نمی کند.

D

۱. کودک زودرنج است و ناگهان از خشم منفجر می‌شود.
۲. به طور دائم گوش به زنگ و بیش از حد به اطراف توجه می‌کند.
۳. واکنش‌های از جا پریدن کودک بیش از حد زیاد و افراطی است.
۴. نمی‌تواند به آسانی تمرکز حواس داشته باشد.
۵. اختلال در خواب.

E

مدت این اختلال بیش از ۱ ماه است.

F

باعث Disfunction در موقعیت‌های زندگی کودک و روابطش می‌شود.

G

علت این اختلال ناشی از تاثیر فیزیولوژیک یا مستقیم یک ماده و یا عارضه پزشکی دیگر نیست.

جنبه‌های بیولوژیک PTSD

۱. در بعضی تحقیقات پپتیدی اوپیویدی آندروژن ممکن است به تداوم PTSD مزمن کمک کند. (زنجیره‌هایی آمینو اسیدی که به گیرنده‌های اوپیوید در مغز می‌چسبند).

قرار گرفتن مجدد در معرض رویداد‌های شبه_تروما باعث برانگیختگی فیزیولوژیک می‌شود و آن تولید پپتید‌های اوپیویدی آندروژن را تقویت می‌کند. وقتی استرسور پایان می‌یابد، فرد ممکن است سندروم ترک اوپیوید را تجربه کند. سمپتوم‌های قطع مصرف اوپیوید شباهت بسیار زیادی به سمپتوم‌های PTSD دارند.

۲. بعضی از سایر واکنش‌های فیزیولوژیک به استرس در افراد PTSD شدیدتر از سایر افراد است. در افراد PTSD، عناصر مختلف واکنش جنگ و گریز ممکن است با یکدیگر هماهنگ عمل نکنند.

محور HPA (هیپوتالاموس_هیپوفیز_آدرنال) ممکن است قادر نباشد پاسخ دستگاه عصبی سمپاتیک را از طریق آزادسازی مقدار کافی از کورتیزول خاموش کند و در نتیجه، مغز فرد در معرض مقادیر زیادی

از اپی نفرین و نوراپی نفرین و... قرار می‌گیرد که ممکن است باعث شود خاطرات رویداد تروماتیک بیش از حد تحکیم شوند.

۳. تحقیقات دیگری می‌گویند PTSD زمانی به وجود می‌آید که آمیگدالا، اطلاعات ورودی با بار به شدت هیجانی را دریافت می‌کند، دچار پنیک می‌شود و قادر نیست این اطلاعات را به هیپوکامپ برساند. پس رویداد تروماتیک در داخل آمیگدالا گیر می‌کند و هیپوکامپ قادر نیست خاطره را با نئوکورتکس بفرستد تا در آنجا ارزیابی شود و مغز قادر نیست از اتفاق افتاده سر در آورد. در بعضی تحقیقات دیگر اشاره دارند در هیپوکامپ و کورتکس پری‌فراکتال افراد PTSD در مقایسه با افراد دیگر تفاوت‌هایی وجود دارد. آمیگدالا در افراد PTSD فعال‌تر است. بخش میانی کورتکس پری‌فراکتال، که فعالیت آمیگدالا در واکنش به محرک‌های هیجانی را تنظیم می‌کند، در افراد مبتلا به سمپتوم شدید PTSD از فعالیت کمتری برخوردار است.

۴. بعضی از مطالعات همچنین نشان داده است که هیپوکامپ افراد PTSD اندکی کوچک شده که شاید علت آن قرار گرفتن بیش از حد در معرض نوروترنسمیترها و هورمون‌های آزاد شده در هنگام مواجهه با استرس باشد.

۵. سطح کورتیزول در افراد PTSD در مقایسه با سایر افراد، معمولاً پایین‌تر است. پایین بودن سطح این هورمون باعث می‌شود بعد از وقوع استرس دستگاه عصبی سمپاتیک به مدت طولانی‌تری فعال بماند. در نتیجه، ایجاد شدن یک ترس شرطی از محرک‌های مرتبط با ترومای تجربه شده ممکن است در این افراد آسان‌تر باشد و در نتیجه این افراد، ساده‌تر مبتلا به PTSD می‌شوند.

۶. شواهد زیادی نشان می‌دهد که قرار گرفتن در معرض استرس شدید یا طولانی مدت در کودکان می‌تواند واکنش بیولوژیک کودکان به استرس را برای همیشه تغییر دهد و آنها را در مقابل PTSD و نیز سایر اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی در سراسر عمر آسیب پذیرتر کند.

جنبه های ژنتیک PTSD

آسیب‌پذیری به PTSD ممکن است به ارث برسد. پایین بودن غیر عادی سطح کورتیزول ممکن است یک ریسک فاکتور پذیر برای PTSD باشد.

همچنین در برخی مطالعات نشان داده شده ناهنجاری‌ها در واکنش‌های مغز به محرک‌های هیجانی نیز احتمالاً مبنای ژنتیک دارند.

نظریه های مرتبط با ptsd

1. نظریه باور های درهم گسیخته

اکثر انسان ها جهان را مکانی امن و خوب میدانند و دید آنها نسبت به این جهان دیدی مثبت است اما زمانی که با واقعه تروماتیک مواجه میشوند دچار شوک ، تعارض قرار میگیرند. به طور مثال شخصی که همواره قوانین راهنمایی و رانندگی را به خوبی رعایت می کرده و بعد از یک تصادف وحشتناک دیدی منفی پیدا میکند به طوری که باور های آن به کلی تغییر میکند . این نظریه به خوبی بیان میکند که چرا بعد از یک واقعه تروما انسان ها ناامن بودن را تجربه میکنند.

2. نظریه شرطی سازی

در زمان یک واقعه تروماتیک افراد در زمان مواجهه با محرک های محیطی موقعیتی و لحظه ای ذهنشان تداعی کننده همان اتفاق تلخ میشود؛ به طوری که وقتی با محرک مشابه مواجه میشود همان ترس و برانگیختگی را تجربه میکند که در زمان بروز حادثه با آن مواجه داشته است . به طور مثال شخصی که دچار حادثه زمین لرزه شده با دیدن یک آجر دچار افکار تروما میشود . این نظریه بیان میکند که اینگونه ترس ها خاموش نمیشود بلکه با کوچک ترین محرک دوباره ملاک های تروما تکرار میشود و اجتناب از این ترس ها باعث تداوم سمپتوم PTSD میشود.

۳. نظریه پردازش هیجانی

در حقیقت بعد از یک واقعه تروماتیک تصویری واقعه وحشتناک با تمامی جزئیات تداعی میشود ، این نظریه با نظریه شرطی سازی دارای شراکت و همپوشی بسیاری است .

با چند تفاوت :

۱- در این نظریه بیان می شود که آنقدر تجربه تروماتیک در ذهن تاثیر میگذارد که ذهن او یک سری تصاویری را تداعی میکند که با تصاویر و تداعی های حاصل از زندگی روزمره تفاوت دارد.

۲- تروما نه تنها باعث ایجاد محرک های برای واکنش مجدد میشود بلکه باور آن را در مورد امن بودن دنیا از بین می برد در نتیجه با محرک های دیگر واکنش ترس نشان می دهد از جمله پریدن و گوش به زنگ بودن.

۴. نظریه شکست روانی

یک عامل خاص وجود دارد که در آن شکست پذیری افراد در مقابل PTSD را ایفا می کند. در این نظریه افراد خود را به چشم یک قربانی می بینند آنها همه اطلاعات تروما را به صورت منفی واپایش می کن د و توانایی کنار آمدن (کویپنگ) را ندارند. این افراد اعتقاد دارند که نمی توانند بر سرنوشت خود تأثیر بگذارند و برای محافظت از خود در برابر تروماهای آینده مهارت ندارند. همچنین خاطرات تروما را به صورت نصفه پردازش می کنند چون حس میکنند مهارت لازم را بر آن ندارند.

در کل در این نظریه ، بیان می شود که افراد تروماتیک درباره خود و دنیا و حتی واکنش دیگران تصور منفی دارند.

۵. نظریه کد گذاری دوگانه

تروما عامل ایجاد دو نوع خاطره محسوب می شود. نوع اول حافظه قابل دسترس کلامی VAM که خاطرات مربوط به تروما را در زمان وقوع آن به طور خودآگاه در حافظه فعال پردازش میکند. این خاطرات ماهیت روایتی دارد و به آسانی میشه آن را بازیابی کرد و عمدتاً با اراده و به صورت امن از حافظه بیرون آورده شده و پردازش کرد. نوع دوم حافظه قابل دسترس موقعیتی SAM است که غیر ارادی است و اطلاعات درباره تراما را بیش ازت کوتاه و نا آگاهانه به ثبت میرساند. در SAM اطلاعات بیشتر راجع به صداها، تصویر واکنش های بسیار شدید بدنی در رابطه با تراما می باشد. در این سیستم از کد کلامی استفاده نمیشه، ماهیت روایتی ندارد و به خاطر همین بازگویی خاطرات آن به دیگران بسیار مشکله. یادآوری خاطرات در اثر تجربه محرک های مشابه در محیط یا موقعیت آغاز میشه. این سیستم از کد کلامی استفاده نمیشه. اطلاعات بیشتر راجع به صداها تصویر واکنش های بسیار شدید بدنی در رابطه با تراما هست. در این سیستم از کد کلامی استفاده نمیشه، ماهیت روایتی ندارد و به خاطر همین بازگویی خاطرات آن چون این خاطرات بسیار دقیق و انباشت از هیجان هستش، فرد متوجه نمیشه که این خاطرات رویدادهایی هستند که قبلاً برای اون پیش آمده. بازیابی اونها میتونه ناگهان به فرد این احساس رو بده که در حال تجربه کردن مجدد اون رویداده. گفته میشه که فلش بک ها و کابوس های مربوط به تروما محصول سیستم SAM هستند.

درمان PTSD

درمان در PTSD دو هدف دارد:

۱. هدف پیشگیرانه

که پس از تجربه یک رویداد تروماتیک، تلاش می‌شود از ایجاد PTSD در فرد پیشگیری شود.

۲. هدف درمانی

در صورت ایجاد PTSD، سمپتوم‌های آن درمان شوند.

بعد از بروز سمپتوم‌های PTSD، اکثر روان‌درمانی‌ها روی نوعی مواجهه درمانی تاکید می‌کنند تا سمپتوم‌های ترس را از بین ببرند. (این درمان‌ها معمولاً از درمانجویان می‌خواهند رویداد اتفاق افتاده در طول تروما را به یاد بیاورند.)

درمان‌هایی که از مواجهه درمانی استفاده می‌کنند عبارتند از:

غرق‌سازی تجسمی، حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش دوباره (EMDR)، بازسازی شناختی.

در گذشته این تفکر بود که Psychological Debriefing (گزارش سریع قربانیان تروما درباره تروما) در ۲۴ تا ۷۲ ساعت بعد از رویداد تروماتیک می‌تواند از ایجاد PTSD جلوگیری کند. نحوه دقیق نوع مداخله نسبت به انتخاب رویکرد متفاوت بوده اما رایج‌ترین تکنیک مورد استفاده، روشی هست که آن را مداخله بحران یا مدیریت استرس حوادث حاد CISM می‌دانند. هدف از مداخله بحران این است که به افراد صدمه دیده اطمینان می‌دهند که آنها انسان‌هایی معمولی و عادی هستند که فقط رویدادی غیرعادی را تجربه می‌کنند.

مواجهه درمانی

مؤثرترین درمان برای PTSD که معمولاً در قالب CBT صورت می‌گیرد. (به همراه آموزش ریلکسیشن و بازسازی شناختی)

در این درمان، درمانجو به همراه درمانگر باید رویداد و محرک‌های مربوط به تروما و سمپتوم‌های آن روبه‌رو می‌شوند و آنها را تجربه می‌کنند.

این درمان مبتنی بر ۲ اصل و اساس است:

۱. باعث از بین رفتن تداعی‌های بین محرک‌های تروماتیک و واکنش‌های ترس کمک می‌کند.

۲. این کمک را به افراد PTSD می‌کند تا آن دسته از باورهای غلط و ناشی از تروما را که باعث تداوم سمپتوم‌ها می‌شوند را بی ارزش و بی اعتبار کند.

اصولاً برای افراد مواجهه با محرک‌هایی که مربوط به رویداد تراوما یا شبیه آن هستند بسیار دشوار است و برای این درمان، سه فعالیت انجام می‌دهند:

۱. غرقه سازی تجسمی Imaginak Flooding

می‌توان از درمان‌های این را خواست که صحنه‌های ترسناک و مرتبط با تروما یا به عبارتی دیگر صحنه‌هایی که منجر به ایجاد این تروما شده‌اند را برای یک مدت طولانی تجسم کرده و بعد از این مراحل به عنوان مکمل، معمولاً مواجهه زنده انجام می‌شود تا درمانگر به تدریج، درمانجو را، با محرک‌های تراماتیک واقعی مواجه کند.

۲. مواجهه درمانی با واقعیت مجازی VRET

یکی دیگر از روش‌های در مواجهه درمانی این است که از درمانجو درخواست می‌شود با کمک گرفتن از تکنولوژی (واقعیت مجازی) و استفاده از تصاویر کامپیوتری یا تصاویر چاپی به تدریج خود را در معرض محرک‌های مربوط به حادثه تروما قرار بدهد یکی از جدیدترین ورژن‌های آن، مواجهه درمانی با واقعیت مجازی VRET می‌باشد.

۳. EMDR

یکی دیگر از انواع مواجهه درمانی نسبتاً جدید برای PTSD، می‌توان به حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش دوباره (EMDR) اشاره کرد که خیلی مجادله برانگیز بوده. در این نوع درمان درمانگر از درمانجون رو می‌خواهد که توجه خودش رو روی یک تصویر ذهنی یا یک خاطره مربوط به رویداد تراماتیک یا شبه رویداد تراماتیک متمرکز کند و همزمان انگشت یا خودکار درمانگر رو که در جلوی چشم ان عقب و جلو می‌رود را با نگاهش ترغیب کند آنقدر این پروسه ادامه پیدا میکنه تا درمانجو اعلام کند که از اضطراب او نسبت به آن تصویر و نسبت به آن خاطره کم شده باشد؛ مثل این می‌باشد که یک بازسازی مثبت برای اون خاطره یا برای اون رویداد اتفاق افتاده.

بازسازی شناختی

در خصوص افراد PTSD، شیوه‌های مختلفی از درمان‌های مبتنی بر بازسازی شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد اما اکثر این شیوه‌ها به درمانجو کمک می‌کند برای :

۱. ارزیابی و جایگزینی افکار اتوماتیک مزاحم و منفی

۲. ارزیابی و تغییر باورهای غلط درباره دنیا، خود و آینده، که در اثر تروما به وجود آمده اند.

اما مطالعات مربوط به درمان‌هایی که هم عناصر مواجهه‌درمانی و هم عناصر بازسازی شناختی دارند نشان می‌دهند که این درمان‌ها در تغییر دادن شناخت‌های غلط مختل‌کننده، بازسازی شناختی کمک‌چندانی به مواجهه نمی‌کند.

واکسیناسیون استرس یا واکسن زدن در مقابل استرس (SIT)

کانسپتی که برای مقابله کردن با موقعیت‌های بالقوه استرس‌آمیز که می‌توانند منجر به اضطراب شوند ارائه شده. این رویکرد سه مرحله اصلی دارد:

۱. آماده‌سازی شناختی یا مفهوم‌پردازی (سنجش)

Cognitive Preparation

در این مرحله درمانگر و درمانجو به تلاش و کندوکاو در راه‌ها روش‌ها و شیوه‌های مختلف تفکر درباره موقعیت استرس‌آمیزی که منجر به تروما شده می‌پردازند؛ درمانگر باید درباره ماهیت آن مشکل که منجر به تروما شده صحبت کند و به فکری که درمانجو، در خصوص نحوه‌ای از بین بردن استرس دارد، بپردازد.

۲. کسب مهارت و تمرین

Skill Acquisition and rehearsal

درمانجو انواع فنون، شیوه‌ها و تکنیک‌هایی را که برای کاهش استرس نیاز است، یاد می‌گیرد؛ از جمله ریلکسیشن و خود-رهنمودی. (خودرهنمودی یعنی اینکه درمانجو چند جمله خبری در مورد خود یا چند خود-گزاره را تمرین کند.)

این خود-گزاره‌ها بسته به مراحل مختلف رویدادی و موقعیت استرس‌آمیز با هم تفاوت دارد:

۱. آماده شدن برای استرسور

۲. مواجه شدن با استرسور و مدیریت کردن آن ۳. مقابله کردن با احساس کلافگی یا از پای درآمدگی.

۳. به کار بردن و اجرا

Application

درمانجو در ذهن خود تجسم می‌کند که در حال استفاده از تکنیک‌های کاهش استرس در موقعیت‌های دشوار یا رویدادهای تروماتیک هست و یا همراه درمانگر به ایفای نقش و شبیه‌سازی موقعیت و استفاده از تکنیک‌ها می‌پردازد تا در نهایت این تکنیک‌ها در موقعیت‌های واقعی و در زندگی واقعی (رویدادهای تروماتیک) به کار برده شود.

واکسن زدن در مقابل استرس می‌تواند در کمک به قربانیان تراوما برای مدیت کردن رنج شدید کمک کند.

TIC

یه راهنمای درمانی برای روانشناسانی که با افراد PTSD کار می‌کنند تهیه شده که بر اساس رویکرد TIC (رسیدگی بالینی به همراه ارائه اطلاعات درباره تراوما) می‌باشد. این رویکرد روی درک تراوما، آگاهی یافتن از اون و کسب اطلاعات راجع به تراوما از سوی درمانگران تاکید می‌کند. ایده اصلی از مفهوم تاب‌آوری (Resilience) هست که به درمانجو کمک می‌کند نقاط قوت و توانمندی‌های درونی خودش رو تقویت کنه و در خودش احساس کفایت و توانا بودن رو ایجاد و حس کند.

این رویکرد به درمانگر توصیه می‌کند از تروماتیزه کردن مجدد (Retraumatization) بیمارانی که سابقه تروماتیزیشن دارند خودداری کنند.

زوج درمانی

یک روش دیگر برای کاهش سمیتوم‌های در فرد بین اختلال و در کاهش استرس هم در فرد هم در همسرش مفید است این رویکرد می‌تواند از استرسی که فرد در جست شدن مجدد در خانواده دارند منجر به کاهششان شود و کیفیت بحث و تبادل نظر بین زوج این را افزایش دهد و به آنها کمک کند بشیوه‌ای بهتر و سیگتر به یکدیگر ابراز صمیمیت کنند.

شیوه های مصاحبه:

در تکنیک مصاحبه باید به دو چیز توجه خاص داشته باشیم :

اول اینکه مراجع ما قادر به تخلیه هیجانات تروماتیک خود نیست از جمله ترس و اقدام به فرار ، پرخاشگری به دلیل تخلیه هیجانات و سوگ خویش از طریق گریه .

دوم آنکه هیجانی که تخلیه نشده است پابرجا میماند و از بین نمی‌رود این میتواند رفته رفته در ناخودآگاه فرد تاثیر گذاشته و به کلی پاک نشود.

در حقیقت تکنیک مصاحبه شما باید بتواند مراجع را از حالت تدافعی و رفتار های اجتنابی و کناره گیری از تخلیه هیجانات به احساس نیاز و یادآوری اتفاقات تروماتیک و بیرون ریختن هیجانات جا به جا شود.

تکنیک تخلیه هیجان

۱. تجسم

تجسم بیمار را به موقعیت قبلی بازگردانده و به او کمک می‌کند تا احساسات خود را به خوبی بروز دهد
برای تجسم باید چهار مرحله طی شود :

الف - پس رفتی زمانی

از بیمار بخواهید تا از نظر زمانی به نقطه وقوع تروما برگردد این برگشت می‌تواند آنقدر قوی باشد که
بیمار را به حرف وا دارد.

ب - یادآوری حسی

سپس از مراجع بخواهید تمام جزئیات آن صحنه را به صورت فیلم وار از پس چشم او گذر کند و
صداهایی که در آن زمان شنیده را مجددا بشنود و تمام حس هایی که تجربه کرده از جمله بینایی ،
دیداری ، چشایی جنبشی بوده را تجربه کند.

ج - تجربه مجدد

بعد از برگشت به زمان و تجربه حسی آن از مراجع بخواهید تمام هیجانات را در غالب کلمه ، حالت
چهره و ژست بیان کند.

د - توالی موقعیت

سه جزء فوق بیمار را قادر به سکون واقعه تروماتیک در گذشته مینماید حال از او بخواهید قدم به واقعه
بگذارد و در مورد احساسات خود صحبت کند به طور مثال (کاش اینجوری نمیشد).

۲. گوش دادن فعال

گوش دادن فعالی به خلاف تجسم مراجع نیاز نیست که به زمان واقعه برگردد بلکه در زمان حال باقی میماند در گوش دادن فعال پردازش در نیمکره چپ و در تجسم پردازش در نیم کره راست است.

در حقیقت با گوش دادن فعال بیمار را وسوسه میکنید تا حادثه تروماتیک را بازسازی کنند بدین ترتیب مراجع کلماتی را به زبان میآورد که با حالات درونی خود مناسبت دارد.

الف - انعکاس آینه وار

شما به عنوان مصاحبه گر موقعیت بدن ، ژست ، چهره و الگوی تنفس و لحن فرد را تقلید کرده تا مراجع متوجه پذیرش افکار و احساسات خود گردد . شما با ماجرای شخصی فرد شریک میشوید البته باید. گفت این کار نباید به منزله تمسخر دیده شود.

ب - پیش بینی

پس از آنکه با مراجع احساس همدردی کردید و حالات عاطفی او برای شما درک شد . هیجانانگ او را پیش بینی کنید برای مثال زمانی که شروع به حادثه تلخ کرد در چهره خود حالت دردناک بگیرید این امر به بیمار کمک می کند تا برون ریزی کند.

ج - همگام شدن

وضعیت بدن خود را با بیمار تنظیم کنید و با همان سرعتی که بیمار پیش می رود همگام شوید.

د - تنظیم زمانی موارد فوق

وقتی شروع به انعکاس آینه وار کردید وضعیت بدن خود را منطبق سازید و حرکات مراجع را ردیابی کنید سپس شروع به هماهنگ کردن حرکات خود با بدن بیمار نمایید به طوری که ژست شما مشابه بدن بیمار باید .

باید توجه داشت شما پذیرش و تایید را به وجود می آورید نه تقلید بیمار را ، پس حالات عاطفی فرد را انعکاس میدهید

او ممکن است به بحث خود خاتمه دهد با پیش بینی هیجانی و حرمتی بیمار او را وادار به ناگفته های خود کنید (آهان ، بعدش چی شد ؟)

از دیدگاه متخصص::

از نظر کتاب و به عقیده روانشناسان گوش دادن فعال را ارجح تر از تجسم میداند و دلیل آن این است که بیمارانی که در تجربه خود احساس جنبشی یا مقاومتی دارند به روش گوش دادن فعال بهتر از روش تجسم جواب میدهد.

از نظر من بیمارانی که دارای یک واقعه تروماتیک هستند همانجوری که بیان شد از مکانیسم های دفاعی و بیان نکردن هیجانها استفاده میکنند بدین منظور ما نمی توانیم در ابتدا توقع بیان از فرد داشته باشیم بلکه باید ابتدا توقع یادآوری و خلاص کردن افکار از زنجیر مقاومت بیان را داشته باشیم. به همین ترتیب از نگاه بنده فرد باید در مرحله اول واقعه را به خوبی یادآوری کند تا بتواند به خوبی در مورد آن حادثه با جزئیات سخن بگوید.

لذا تجسم نسبت به گوش دادن فعال در اولویت است. ممکن است از گوش دادن فعال نتیجه خوبی گرفته شود اما مقاومت در بیان یا خاتمه دادن به بحث از طرف مراجع در پی آن خواهد بود. البته لازم به ذکر است این دو تکنیک در عرض همدیگر نیستند و هر دو به صورت تکمیل کننده باید در کنار هم قرار بگیرد.

تکنیک تقویتی

به منظور تقویت تجسم و تأثیرگذاری گوش دادن فعال مصاحبه گران از چند تکنیک تقویتی استفاده میکنند:

۱- بیوشیمیایی

از یک داروی مسکن خواب آور مثل آموباربیتال یا لورازپام می توانند استفاده کنند.

۲- آرام سازی

به منظور تأثیر درست گوش دادن فعال و تجسم از تکنیک های آرام سازی استفاده میکنند.

۳- هیپنوتیزم

متخصصان به جهت پس رفت زمانی در گوش دادن فعال یا تجسم از تکنیک هیپنوتیزم استفاده میکنند که در حالت نیمه خلسه قرار گیرند.

۴- تداعی آزاد

بیان گر تشویق مراجع به بیان هر آنچه در ذهن و افکار او میگذرد . در این رویکرد هر تصویر ، صدا و اتفاقات از زبان مراجع بیان می‌شود. (دی پرفینگ سایکولوژیک)

این روش به روند درمان تاثیر بسزایی دارد.

۵- تحلیل مقاومت

در این رویکرد مصاحبه گر میتواند رفتار های اجتنابی و مقاومتی که مراجع برای عدم بیان اتفاق تروماتیک پردازد.

۶- چشم انداز

از مراجع خواسته میشود که اتفاق تروما و حادثه را از دید یک ناظر و نه یک قربانی بررسی کند .

۷- پالایش روانی

در این رویکرد از مراجع خواسته میشود که تمام هیجانان خود را بروز دهد برخی از روانشناسان بر این باورند که در امر درمان نیاز به تخلیه هیجانی دارد به طوری که بیمار عصبانیت خود را بروز دهد بر سوگ گریه کند و ترس خود را آشکار کند.

از نظر متخصص::

۱. از بین همه این رویکرد های فوق برای تسهیل تکنیک تجسم و گوش دادن فعال:

ارام سازی ، تداعی آزاد و پالایش روانی میتواند بسیار اثربخش تر از رویکرد های دیگر باشد؛ به این دلیل است که تمام مراجع تروماتیک بخش بزرگ مشکلی که دارند در این می باشد که قادر به بیان و کنار آمدن و گاهی پذیرفتن اتفاق و حادثه تروما نیستند و به همین دلیل میتواند روند درمان را مختل کند.

به طور مثال زمانی که جنگی اتفاق می افتد بخش اعظم مردم از مواجهه با این اتفاق دوری میکنند یا ترس از بیان آن اتفاق دارند و در زمان درمان هم همواره ترس و بی قرار هستند.

لذا بهتر است این تکنیک ها را بر تکنیک های دیگر مقدم کرد.

۲. از نظر بنده رویکردی باید به این رویکرد ها اضافه شود و آن هم منطقی جلوه دادن حادثه تروماتیک هست که میتوان با عنوان (منطقی سازی) بیان کرد.

این تکنیک بیانگر این است که تقریباً همه مراجعین تروماتیک در مقابله با حوادث یک دید تک بعدی دارند و احساس می کند که فقط این حادثه برای او اتفاق افتاده و او در دام حادثه و زخم افتاده است درحالی که وقتی مصاحبه گر آن حادثه را منطقی جلوه دهد و به او القاء کند که او تنها قربانی آن نبوده و به قولی اولی و آخری این اتفاقات نیست.

به طور مثال وقتی فردی بر اثر حادثه تصادف دچار استرس پس از سانحه شده ، احساس میکنم که یک تصادف فقط در دنیا وجود دارد و او هم قربانی آن در طول تاریخ خواهد بود.

درحالی که اگر مصاحبه گر برای او واضح کند که سالانه چند میلیون تصادف در سراسر جهان رخ میدهد و هزاران انسان دچار این اتفاق میشوند بخش اعظم استرس های آن کاهش پیدا می کند.

این رویکرد شباهت های زیادی با تکنیک چشم انداز دارد با این تفاوت که تکنیک چشم انداز بر رفع توهم قربانی مراجع میپردازد ولی این تکنیک بر رفع توهم آن اتفاق و منطقی کردن حادثه میپردازد.

نکته مهمی وجود دارد که این تکنیک باید در زمانی انجام شود که مصاحبه گر کاملاً احساس فرد را درک کند و انعکاس احساسات انجام دهد تا مراجع احساس نکند که احساسات و هیجانات او درک نمیشود و فقط با بعد منطقی به آن پرداخته میشود.

دارو درمانی

سه SSRI به نام Sertraline، paroxetine، Fluoxetine و همچنین یک SNRI به نام Venlafaxine برای افراد PTSD توصیه میشود.

اما از سوی FDA فقط Sertraline و paroxetine مورد تایید هستند.

آنتی دپرسانت‌هایی که در تعادل سروتونین و نوراپی نفرین تأثیر می‌گذارد هم می‌تواند در درمان PTSD مفید واقع شود.

توپیرامات (Topiramate)

در طبقه آنتی-لیپتیک قرار دارد و به نظر می‌رسد در نوروترنسمیشن گلوتامات تأثیر دارد اخیراً به مصرف آن برای درمان PTSD توجه شده.

آنتی سایکوتیک Antipsychotic

بعضی تحقیقات نشان می‌دهد که دارو های آنتی‌سایکوتیک (ضد روان‌پریشی) مثل رسپریدون می‌توانند به درمان PTSD کمک کنند.

اختلالات استرس بعد از ترومای پیچیده PTSD_C

در این اختلال فرد بعضی از سمپتوم‌های به اضافه چند سمپتوم اضافه را تجربه می‌کند از جمله :

مشکل در کنترل کردن هیجان خود، خشم نسبت به عالم و آدم، عدم اعتماد نسبت به افراد، احساس مداوم در خصوص خالی بودن یا ناامیدی، احساس عیب و نقص، احساس بی‌ارزشی، این احساس که انگار با سایر مردم کاملاً متفاوت است، احساس می‌کنند هیچکس نمی‌تواند آنچه را که بر سر او آمده درک کند، از دوستی‌ها و روابط میان فردی اجتناب می‌کند یا آنها را بسیار دشوار می‌یابد و گاهی اوقات سمپتومای گسستگی مثل شخص زدایی بدن زدایی و واقعیت زدایی را تجربه می‌کند؛ سمپتومای جسمی مثل سردرد، سرگیجه، درد در قفسه سینه و درد در معده را گاهی تجربه میکند؛ این پروسه حاوی افکار خودکشی در ذهن فرد PTSD هست. بسیاری از مبتلایان دچار فلش بک ایموشنال یا فلش بک هیجانی یا احساسی میشوند که نوعی فلش بک به گذشته که در آن فرد هیجان و احساسات بسیار قوی را در طول ترامای اورجینال (ترامای اول و اصلی) تجربه کرده و دوباره تجربه می‌کند.

* تفاوت بین PTSD و C_PTSD

۱. تفاوت اصلی بین فراوانی و تکرر تروماست.
۲. در PTSD گاهی یه فرد مجرم وجود دارد اما در C_PTSD بسیاری موارد یک فرد مجرد وجود ندارد و تروما بدون دخالت یک عامل انسانی روی می‌دهد.
۳. با اینکه سمپتوم‌های C_PTSD شبیه سمپتوم‌های PTSD هستند اما از لحاظ قدرت، فراوانی و مدت در سطح بالاتری از سمپتوم‌های PTSD قرار دارند.

اختلال استرس حاد ASD

تاریخچه:

نوعی اختلال روانی که در واکنش به یک رویداد وحشتناک یا تروماتیک به وجود می‌آید. این واکنش را اولین بار والتر کنون مطرح کرد. واکنش استرسی حاد با عملیات فیزیولوژیک خاصی در سیستم عصبی سمپاتیک همراه است که ادرنالین و نورادرنالین، دو هورمون غده‌های ادرنال، باعث آغاز آن می‌شود.

تعریف:

اختلال استرس حاد در نتیجه یک رویداد تروماتیک وجود می‌آید که در آن، فرد به عنوان قربانی یک رویداد یا شاهد قربانی یک رویداد، ترس، استرس، درد بسیار شدید، ناراحت کننده یا غیر منتظره‌ای را تجربه می‌کند، یا اینکه شدیدا مجروح شود.

معیار های اختلال استرس حاد ASD

A

۱. تجربه مستقیم رویداد تروماتیک
۲. شخصا شاهد وقوع رویداد تروماتیک برای دیگران
۳. باخبری از وقوع رویداد تروماتیک برای خانواده یا دوستان
۴. در معرض جزئیات رویداد تروماتیک به طور مکرر یا به طرز شدید (شغل فرد) -> اگر جزئیات از طریق رسانه باشد جزو معیار A4 نیست.

B (حداقل ۹ مورد)

سمپتوم مزاحمت

۱. خاطرات تکراری و غیر ارادی و مزاحم از رویداد به طور خود به خود یا به علت بعضی محرک ها یادآوری می‌شوند.
۲. کابوس های تکراری و ناراحت کننده که در آنها رویا مربوط با رویداد.
۳. واکنش گسستگی (مثل فلش بک)
۴. فردی که در معرض محرک‌های درونی یا بیرونی قرار می‌گیرد دچار دیتسترس پسیکولوژیک شدید یا طولانی مدت می‌شوند.
۵. فرد به محرک های یادآور رویداد تروماتیک، واکنش فیزیولوژیک نشان می‌دهد.

سمپتوم گسستگی

۶. شخص زدایی.
۷. آمنزیای گسستگی.

سمپتوم اجتناب

۸. از خاطرات، افکار و احساسات که به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم یادآور رویداد تروماتیک است اجتناب می‌کند.
۹. از محرک های یادآور بیرونی مثل افراد، موقعیت، فعالیت ها، صحبت ها و... که مرتبط با رویداد های تروماتیک است اجتناب می‌کند.

سمپتوم برانگیختگی

۱۰. زودرنج و زودخشم است و رفتار پرخاشگرانه دارد.
۱۱. گوش به زنگی و توجه بیش از حد به اطراف.
۱۲. واکنش های از جابریدگی بیش از حد زیاد .
۱۳. مشکل در تمرکز حواس و دقت و توجه کامل.
۱۴. اختلال خواب.

C

مدت ناراحتی(سمپتوم‌های معیار B) ۳ روز تا ۱ ماه بعد از قرار گرفتن در معرض تروما است.

D

باعث Disfunction در موقعیت های زندگی فرد می شود.

E

علت این اختلال ناشی از تاثیر فیزیولوژیک یا مستقیم یک ماده و یا عارضه پزشکی دیگر نیست.

درمان:

روش های درمانی اختلال استرس حاد تقریباً همان روش های درمانی PTSD هستند. برای مثال شناخت درمانی، مواجهه درمانی بلند مدت، گروه درمانی، EMDR، خانواده درمانی و دارو درمانی در مورد هر دو به کار می رود.

زبان بدن مراجع تروماتیک:

معمولاً میزان استفاده از اشارات دستی و چهره ای کاهش یافته و در صورت وجود نیز اغلب به او در خودداری از صحبت کمک می کنند. برای نمونه اگر به او بگویید که رنج زیادی را تحمل کرده، ممکن است ساکت مانده و تنها سرش را به آرامی تکان داده یا چشمانش را ببندد و یا در هنگام مخالفت با موضوعی، تنها سرش را تکان دهد.

معمولاً حرکات هدفمند، آرام و کنده است. او از فعالیت خودداری کرده و یا به آرامی آن را آغاز می کند. برای نمونه، اگر مصاحبه گر در ابتدای مصاحبه نشسته یا در انتهای آن بایستد، بیمار ممکن است با ۲ تا ۳ ثانیه تاخیر عمل کند. از کرختی روانی، بی حسی هیجانی، کرختی پاسخ دهی کلی و تغییرات منفی در شناخت و خلق برای توصیف این پدیده استفاده می کنند.

طبق DSM_5، حرکت واکنشی بیمار اغلب به طور قابل توجهی افزایش یافته است. مثلاً به هنگام بسته شدن درب یا زنگ زدن تلفن ناگهان از جا می پرد؛ ممکن است در تمرکز، به خواب رفتن یا ادامه خواب مشکل پیدا کند. از تکان دادن پا یا خیس کردن لب های خشک به عنوان مکانیسم تسکینی استفاده می کند.

رفتار روانی_حرکتی

ژست های بیمار کمک و پراکنده هستند، اغلب دست ها در حال استراحت در دامان بیمار قرار دارند. او آنها را وقتی به کار می گیرد که می خواهد نحوه دور نگه داشتن و یا پرتاب چیزهایی را شرح می دهد. او اغلب در زمانی که درباره تروما حرف می زند حرکتی از خود نشان نمی دهد.

جنبه‌های دیگر فرد تروماتیک:

خلق

خلق بیمار کاملاً پایین است اعضای خانواده احساس گرمی و محبت نمی‌کنند ، از سرگرمی های سابق احساس لذتی ندارد ، شوق و انگیزه کاملاً کاهش می یابد ، و خبر از نداشتن غریزه جنسی می‌دهد.

تکلم

در مقابل کار ها و روتین های زندگی کاملاً سلیس و نرمال صحبت میکند ولی در مورد حادثه که تجربه کرده به مین مین کردن می افتد (تعبیر کتاب) مضطرب می شود عرق میکند و حرکات افسردگی به او دست میدهد، ضمناً از سوالات سر باز می‌زند و سکوت میکند؛ همچنین تن صدای وی بم و زیر با صدای آرام است و فاقد سلاست خاصی است.

حافظه

حافظه فرد کاهش می یابد و خاطرات سایر نقاط و مواقع مختلف از ذهن او موقتا پاک یا ناقص می‌شود؛ علت این اتفاقات درگیر بودن شدید نکات مغز از لحاظ عصبی شناختی و هورمونی در مغز است که این درگیری های تروماتیک منجر به اختلال در سیستم حافظه فرد می‌شود.

نکته مهم :

ممکن است افرادی که دچار حوادث تروماتیک شده اند دچار فلاش بک ها مختلف (ری تروماتیزیشن) بشوند و این فلاش بک ها ممکن است به ایلوژن یا توهم تبدیل شود زیرا این خاطرات تروماتیک رو در ذهن خود تداعی و بازسازی میکند لذا این حالات با تجربه های سایکوز و سایکوتیک گاهها قرابت دارد و به نظر برسد که علائم اسکیزو را تجربه کرده است.

ترومای جنگ

یکی از گسترده‌ترین پیامدهای روان‌شناختی در جوامعی است که تجربه درگیری‌های مسلحانه، آوارگی و تهدید مستمر امنیت را پشت سر گذاشته‌اند. مواجهه با مرگ، نابودی اموال، از دست‌دادن عزیزان و در معرض خطر بودن مداوم، موجب بروز واکنش‌های شدید استرسی و افزایش احتمال ابتلا به اختلالات روان‌شناختی به‌ویژه اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلال استرس حاد می‌شود. پژوهش‌های انجام‌شده در ایران پس از جنگ تحمیلی نشان داده‌اند که درصد قابل‌توجهی از رزمندگان و خانواده‌های آن‌ها سال‌ها پس از پایان جنگ همچنان علائم پایدار تروما را تجربه می‌کنند.

ویژگی مهم تروماهای ناشی از جنگ، ماهیت مزمن و ماندگار تهدید است. شرایط جنگی با فعال‌سازی بیش از حد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، سطح هورمون‌های استرس را افزایش داده و زمینه را برای تثبیت خاطرات آسیب‌زا فراهم می‌کند. نتایج تحقیقات داخلی نیز ارتباط میان برانگیختگی شدید فیزیولوژیک و دوام علائم PTSD را تأیید کرده‌اند. این آشفتگی سبب می‌شود فرد در برابر محرک‌های یادآور جنگ واکنش‌هایی مانند کابوس، فلش‌بک، تحریک‌پذیری و گریز از موقعیت‌های مشابه نشان دهد.

در کنار عوامل زیستی، عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی نیز در شدت تروماهای جنگ نقش اساسی دارند. مطالعات انجام‌شده در مناطق جنگ‌زده غرب و جنوب کشور نشان داده‌اند که حمایت خانواده، انسجام اجتماعی، باورهای مذهبی و معنادهی به تجربه جنگ، نقش محافظتی در برابر علائم شدید PTSD دارند. در مقابل، آوارگی طولانی‌مدت، ناامنی اقتصادی، فقدان حمایت اجتماعی و تنش‌های پساجنگ از عوامل افزایش‌دهنده علائم اختلالات مرتبط با تروما هستند.

در مورد کودکان و نوجوانان جنگ‌زده، آثار روانی جنگ ماندگارتر و پیچیده‌تر است. کودکانی که تجربه بمباران، آوارگی یا مشاهده صحنه‌های خشونت‌آمیز را دارند، بیشتر دچار مشکلات هیجانی، اضطراب، اختلالات خواب، مشکلات تحصیلی و رفتارهای پرخطر می‌شوند. پژوهش‌ها در میان کودکان مناطق جنگ‌زده خوزستان نشان داده‌اند که قرارگیری مکرر در معرض تهدیدهای جنگی می‌تواند عملکرد شناختی و هیجانی آنان را تحت‌تأثیر قرار دهد.

در حوزه درمان، مطالعات ایرانی شواهدی مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما ارائه داده‌اند. به‌عنوان نمونه، اجرای مداخلات CBT بر رزمندگان دارای علائم PTSD موجب کاهش چشمگیر در بازگشت خاطرات مزاحم و برانگیختگی بدنی شده است. همچنین روش EMDR در چند پژوهش داخلی بر روی جانبازان و کودکان جنگ‌زده نتایج مثبت و پایداری داشته است. برخی مطالعات داخلی نیز نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر معنویت و ذهن‌آگاهی در کاهش اضطراب و ترس مزمن مرتبط با جنگ مؤثرند. در کنار درمان‌های فردی، دارودرمانی با استفاده از داروهای ضدافسردگی نسل جدید نیز در مدیریت بخشی از علائم مؤثر گزارش شده است، هرچند اثر آن بدون درمان روان‌شناختی کامل نیست.

در سطح اجتماعی، تأکید پژوهش‌های ایرانی بر اهمیت مداخلات جامعه‌محور و بازسازی روانی-اجتماعی در مناطق جنگ‌زده است. ایجاد فرصت‌های شغلی، فراهم‌کردن حمایت‌های آموزشی برای کودکان، تقویت خدمات سلامت روان و بازسازی شبکه‌های حمایتی محلی از راهبردهای مؤثر در کاهش اثرات بلندمدت تروما معرفی شده‌اند.

در مجموع، بررسی پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهد که ترومای جنگ پدیده‌ای چندلایه است که تعامل میان منابع زیستی، شناختی و اجتماعی در شکل‌گیری و تداوم آن نقش دارند. برای کاهش پیامدهای گسترده آن، استفاده از مداخلات چندسطحی و سازگار با زمینه فرهنگی و اجتماعی جامعه ضروری است. توجه به درمان فردی، حمایت اجتماعی و بازسازی ساختارهای روانی-اجتماعی در مناطق جنگ‌زده می‌تواند راهکار مؤثری برای کمک به بازگشت بهزیستی روانی افراد آسیب‌دیده باشد.

در دوران جنگ ویتنام (۱۹۵۵-۱۹۷۵)، مواجهه گسترده و وحشتناک نیروهای آمریکایی با خشونت بی‌سابقه، کشته شدن گسترده، و شرایط روانی طاقت‌فرسا، منجر به بروز طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی شد که در ابتدا با نام‌های متفاوتی شناخته می‌شدند.

در جنگ جهانی اول، این اختلالات بیشتر با عنوان "Shell Shock" (شوک خمپاره) شناخته می‌شدند. این اصطلاح، که بیشتر به اثرات مستقیم انفجار و وحشت ناشی از آن اشاره داشت، طیف وسیعی از علائم جسمی و روانی را در بر می‌گرفت؛ از جمله لرزش، فلج، کری، کوری، و اختلالات خلقی و شناختی. اما با ورود به دوران جنگ ویتنام، درک ما از ماهیت این آسیب‌ها تکامل یافت و نام‌های جدیدتری مطرح شد.

به‌عنوان مثال، بسیاری از سربازان در جنگ ویتنام، نشانه‌هایی از "Soldier's Heart" (قلب سرباز) را تجربه می‌کردند (یکی از اسم‌های توصیف علائم PTSD) که به علائم قلبی-عروقی مانند تپش قلب، درد قفسه سینه، و تنگی نفس اشاره داشت، اما ریشه در اضطراب شدید و واکنش‌های استرس داشت. این نام‌ها نشان‌دهنده تلاش اولیه برای توصیف پدیده‌های پیچیده روانی از طریق علائم قابل مشاهده بود، پیش از آنکه درک علمی دقیق‌تری از مکانیسم‌های عصبی و روان‌شناختی PTSD شکل گیرد.

جنگ ویتنام نقطه عطفی در تاریخ مطالعات تروما بود. سربازان بازگشته از ویتنام، اغلب با مشکلاتی دست و پنجه نرم می‌کردند که به آن "Vietnamese Syndrome" یا "Post-Vietnam Syndrome" گفته می‌شد. این شرایط شامل علائمی بود که بعدها در چارچوب اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) تعریف شد؛ از جمله:

مواجهه مجدد با تروما: کابوس‌ها، فلش‌بک‌ها و واکنش‌های شدید به محرک‌های یادآور جنگ.

اجتناب: پرهیز از هرگونه فکر، احساس، یا موقعیتی که یادآور تروما باشد.

برانگیختگی روانی و جسمی: تحریک‌پذیری، مشکل در تمرکز، بی‌خوابی، و واکنش‌های ناگهانی.

تغییرات منفی در خلق و شناخت: احساس گناه، انزوا، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های لذت‌بخش، و دیدگاه منفی نسبت به خود و جهان.

مفهوم PTSD به‌طور رسمی در سال ۱۹۸۰ در ویرایش سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) معرفی شد و بسیاری از تجربیات سربازان جنگ ویتنام را در قالب یک سندرم تشخیصی واحد جای داد.

مواجهه با ترومای جنگ ویتنام، به‌ویژه خشونت‌های گسترده، دیدن مرگ و میر روزانه، و همچنین مواجهه با احساس گناه ناشی از اقدامات خود یا عدم موفقیت در جنگ، باعث شد تا بسیاری از سربازان با مشکلات روانی عمیقی بازگردند. تجربیات تکان‌دهنده‌ای مانند قتل عام مای لی، استفاده از سلاح‌های شیمیایی، و مشاهده وضعیت اسفبار غیرنظامیان، بار روانی سنگینی را بر دوش این افراد گذاشت.

درمان‌های اولیه برای این سربازان اغلب ناکافی بود، چرا که دانش علمی در مورد PTSD هنوز در مراحل ابتدایی خود قرار داشت. بسیاری از سربازان با مشکلات مزمن در روابط فردی، شغلی، و سلامت جسمی مواجه شدند. تأثیرات بلندمدت ترومای جنگ ویتنام، از جمله افزایش نرخ خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر و الکل، و مشکلات خانوادگی، تا دهه‌ها پس از پایان جنگ ادامه یافت.

منابع:

۱. گنجی، ح. (۱۳۹۱). آسیب‌شناسی روانی (جلد ۱). تهران: نشر ساوالان.
۲. عسگری، م.، حسینی، ف.، و کریمی، ن. (۱۳۹۱). بررسی میزان اختلال استرس پس از سانحه در رزمندگان جنگ تحمیلی. مجله پژوهش‌های روان‌شناختی.
۳. حاجی‌زاده، ر.، زارعی، س.، و مؤمنی، ن. (۱۳۹۴). رابطه واکنش‌های فیزیولوژیک استرس با شدت علائم PTSD در افراد دارای سابقه جنگ. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی ایران.
۴. خسروی، ش.، احمدی، غ.، و سلیمانی، ک. (۱۳۹۲). نقش حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در شدت علائم PTSD در خانواده‌های جنگ‌زده. مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی.
۵. موسوی، پ.، محمدی، ف.، و حق‌طلب، ع. (۱۳۹۰). پیامدهای روان‌شناختی جنگ بر کودکان مناطق جنگ‌زده خوزستان. مجله روان‌شناسی مدرسه.
۶. نعمتی، ع.، و عباسی، م. (۱۳۹۷). پیامدهای روانی-اجتماعی جنگ و آوارگی در مناطق مرزی. مجله علوم رفتاری.
۷. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
۸. Ford, J. D. (1997). The impact of military service and combat exposure on the mental health of veterans. American Journal of Orthopsychiatry.