

## فهرست مطالب

---

پیشگفتار مترجم.....	۹
دربارهٔ Treatments That Work™.....	۱۵
فصل ۱- مقدمه.....	۱۷
فصل ۲- آیا این روش مناسب شما است؟.....	۳۱
فصل ۳- جلسه ۱.....	۳۹
فصل ۴- جلسه ۲.....	۵۱
فصل ۵- جلسه ۳.....	۷۹
فصل ۶- پیش‌بینی‌ها و راه‌حل‌ها.....	۹۵
فصل ۷- جلسات میانی (جلسه ۴ تا انتهای درمان).....	۱۰۷
فصل ۸- جلسه آخر.....	۱۱۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۱۲۳
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۱۲۵
درباره نویسندگان.....	۱۲۷



## پیشگفتار مترجم

ضربه روحی (تروما) یکی از مهم‌ترین عوامل آسیب‌پذیری نسبت به بیشتر اختلالات روانی (از جمله اختلالات خلقی، شخصیت، گسستی و ...) است. اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) در بین قربانیان تجاوز جنسی، جنگ‌های نظامی، اسارت، زندانیان سیاسی یا قتل عام‌های قومی، بیشترین فراوانی را دارد (از یک سوم افراد قربانی تا بیش از نیمی از آنها). پرداختن به PTSD در کشور ما به علت تجربه ۸ سال دفاع مقدس، سابقه بلایای طبیعی (مثل زلزله)، آمار بالای سوانح جاده‌ای و وجود غیر قابل انکار جرائم خشونت‌باری چون زورگیری و تجاوز، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

اختلال استرس پس از ضربه، اولین بار در DSM-III مطرح شد. اما قبل از آن به‌عنوان موج انفجار یا روان‌رنجوری جنگ شناخته می‌شد، زیرا بیشتر مواقع در سربازانی مشاهده می‌شد که در جبهه‌های جنگ حضور داشتند. اختلال استرس پس از ضربه شایع است و در هر سنی رخ می‌دهد، حتی در کودکان خردسال. معمولاً با فاصله زمانی اندکی از رویداد آسیب‌زا روی می‌دهد، اما آغاز آن ممکن است همراه با تأخیر نیز باشد. در DSM-IV اختلال استرس پس از ضربه در طبقه اختلالات اضطرابی قرار داشت اما در DSM-5

در طبقه تشخیصی مجزا و مستقلی به نام اختلالات مرتبط با ضربه روحی و استرس جای می‌گیرد. ملاک‌های این اختلال در DSM-5 نسبت به سن حساس شده‌اند، یعنی آستانه‌های تشخیصی پائین آورده شده‌اند تا کودکان بالای ۶ سال را شامل شوند و برای کودکان ۶ ساله و کمتر نیز یک مجموعه معیارهای مجزا در نظر گرفته شده است. وجه تمایز اصلی در مورد کودکان خردسال این است که فقط یکی از علائم اجتناب رفتاری یا تغییرات منفی در شناخت و خلق برای تشخیص کافی است. اضافه شدن چند معیار متناسب با مرحله رشدی می‌تواند باعث آغاز زودتر درمان شود و از شدت و تعداد سمپتوم‌های فرد در سراسر زندگی بکاهد. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در بزرگسالان بر اساس معیارهای DSM-IV حدود ۳/۵٪ است. در سربازان بازگشته از جنگ و سایر افرادی که شغل‌شان آنها را بیشتر در معرض رویدادهای آسیب‌زا قرار می‌دهد (مثلاً افسران پلیس، آتش‌نشان‌ها، کارکنان فوریت‌های پزشکی) فراوانی بیشتری دارد.

بر اساس تحقیقات هلندر و سیمئون (۲۰۰۸)، به نقل از گنجی، (۱۳۹۵) پتیدهای اویپوئیدی درون‌زاد ممکن است به تداوم PTSD کمک کنند. طبق این فرضیه مردم به ضربه روحی اعتیاد پیدا می‌کنند. اویپوئیدها (از جمله پتیدهای اویپوئیدی درون‌زاد) خاصیت آرام‌بخشی دارند و خشم، پرخاشگری، سوءظن، احساس بی‌کفایتی و افسردگی را کاهش می‌دهند. تکرار قرار گرفتن در معرض رویدادهای شبه‌ضربه روحی باعث برانگیختگی فیزیولوژیک می‌شود و آن نیز به نوبه خود، تولید پتیدهای اویپوئیدی درون‌زاد را افزایش داده و به احساس راحتی و کنترل بر اوضاع منجر می‌شود. وقتی عامل استرس‌زا پایان یافت، فرد ممکن است نشانگان ترک اویپوئید را تجربه کند. همچنین شواهد نشان می‌دهد عدم تنظیم گذرگاه‌های گلوتاماترژیک، نوآدرنرژیک و نورواندوکرین در پاتوفیزیولوژی PTSD نقش دارند.

رویکرد نظری نویسندگان این کتاب در تبیین PTSD، پردازش هیجانی است. در این نظریه اعتقاد بر این است که ماهیت افراطی و قوی رویداد آسیب‌زا، تصویری از واقعه وحشتناک در حافظه فرد ایجاد می‌کند که شدیداً با سایر جزئیات موقعیتی مربوط به آن تداعی می‌شود (مثلاً، اگر فرد در تصادف رانندگی به شدت مجروح شده باشد، محرک‌هایی مثل جاده، اتومبیل، بیمارستان و حتی خود مسافرت، شبکه ترس در حافظه را فعال می‌کنند). اجتناب از هر محیطی که شبکه ترس را فعال می‌کند باعث می‌شود فرد مبتلا به PTSD برای تضعیف تداعی‌های بین ترس و محرک‌های عادی فرصتی نیابد. این نظریه اشتراکاتی با نظریه شرطی‌سازی دارد، اما دو تفاوت عمده هم با آن دارد. نخست اینکه، نظریه پردازش هیجانی بیان می‌کند که تجربه‌های شدیداً آسیب‌زا آنقدر در فرد تأثیر می‌گذارند که باعث می‌شوند در ذهن او تداعی‌هایی ایجاد شود که با تجربه‌های زندگی روزمره بسیار تفاوت دارد و این تجربه، همه تداعی‌های مثبت حاصل از تجربه‌های پیشین با آن محرک را از بین می‌برد. در ثانی، ضربه روحی نه تنها باعث ایجاد محرک‌هایی می‌شود که واکنش‌های شدید به وجود می‌آورند، بلکه باورهای قبلی فرد درباره امن بودن دنیا را نیز نابود می‌کند. نظریه پردازش هیجانی تلاش می‌کند که نشان دهد واکنش‌های ترس چگونه آموخته، ذخیره و آغاز می‌شوند و رویدادهای آسیب‌زا چگونه باورهای افراد درباره خود و دنیا را تغییر می‌دهند. این گونه نظریه‌ها به نظریه‌های پردازش اطلاعات تعلق دارند. این نظریه به خوبی توضیح می‌دهد که چرا افرادی که قبل از وقوع تراوما درباره دنیا عقایدی نسبتاً پایدار و بی‌انعطاف دارند، در مقابل PTSD آسیب‌پذیرترند.

مواجهه درمانی مداوم که به‌عنوان رویکرد درمانی منتخب در سراسر کتاب دیده می‌شود، شکلی از رفتاردرمانی و رفتاردرمانی شناختی است که برای اختلال استرس پس از ضربه طراحی شده و با رویارویی مجدد با رویداد آسیب‌زا از طریق یادآوری آن و درگیر شدن با آن، به جای اجتناب از یادآورها یا راه‌اندازهای ضربه روحی مشخص می‌شود. مواجهه‌درمانی مداوم

توانسته بهبودی قابل ملاحظه‌ای در حدود ۸۰٪ از مبتلایان ایجاد کند و در یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی که روی زنان قربانی تجاوز جنسی انجام شد از درمان حمایتی مؤثرتر شناخته شود (فوا، مک‌لین و کاپالیدی، ۲۰۱۳). این رویکرد درمانی توسط دکتر ادنا بی فوا، یکی از نویسندگان این کتاب و مدیر مرکز مطالعه و درمان اضطراب توسعه پیدا کرده است. روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی بسیاری از کشورها، از آن به‌طور موفقیت‌آمیزی برای کمک به بازماندگان ضربه روحی ناشی از تجاوز، ضرب و شتم، کودک‌آزاری، درگیری‌های نظامی، بلایای طبیعی (مثل زلزله) و تصادفات جاده‌ای استفاده می‌کنند.

نویسندگان این کتاب از متخصصان به‌نام و پیشرو در توصیف و درمان PTSD هستند. جوایز بین‌المللی بسیاری دریافت کرده و سمت‌های اجرایی مهمی داشته‌اند. همچنین تحقیقات، تألیفات و سخنرانی‌های بی‌شماری داشته و درمانگران سراسر دنیا را آموزش داده‌اند.

این کتاب یکی از کتاب‌های مجموعه Treatments that work TM از انتشارات آکسفورد است که تلاش کرده مشکل تنوع و در مواردی تناقض اقدامات درمانی را با معرفی «شیوه مبتنی بر شواهد علمی» حل کند. به این معنا که مؤثرترین و به‌روزترین مداخله را در هر اختلال، به زبان غیر تخصصی برای استفاده عموم توصیف کند تا درمان‌جویان از سردرگمی نجات پیدا کرده و تنها به درمانگر ماهری اعتماد کنند که چنین مداخلاتی را در پیش می‌گیرد. در این کتاب فرم‌ها و کاربرگ‌هایی وجود دارد که اقدامات درمانی و تمرینات را هدایت کرده و کار را برای درمانجو و درمانگر آسان می‌سازد. توصیه می‌شود برای کسب نتایج بهتر، تمرینات این کتاب را تحت نظارت یک روان‌درمانگر انجام دهید. فنون توصیف شده در این کتاب بسیار دقیق و با جزئیات تشریح شده و اثری بسیار مفید برای روان‌درمانگرانی است که می‌خواهند برای لحظه‌به‌لحظه جلسه روان‌درمانی برنامه داشته باشند.

در ترجمه این کتاب تلاش شده است ضمن پایبندی به متن اصلی، معادله‌های درستی از نظر تخصصی انتخاب شود و ترجمه‌ای روان ارائه گردد. این تلاش با حساسیت‌های انتشارات وزین ارجمند دو چندان شده است. با این وجود از اساتید، همکاران، دانشجویان و خوانندگان گرامی تقاضا دارم که مرا از نظرات و انتقادات ارزشمند خود بی‌بهره نگذارند. همچنین از جناب آقای دکتر محسن ارجمند که زحمت انتشار این کتاب را به عهده گرفتند و از ویراستاران وقت انتشارات که با انتقادهای خود باعث بهبود کیفیت ترجمه این اثر شدند قدردان و سپاسگزارم.

امیر لشکری

پائیز ۹۶

Amirlashkari.psy@gmail.com

## منابع

گنجی، مهدی (۱۳۹۵). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5 (ویراست دوم)، جلد دوم. تهران: انتشارات ساوالان

گنجی، مهدی (۱۳۹۴). راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-5. تهران: انتشارات ساوالان

Foa, E. B., Mclean, C. P., Capaldi, S., & Rosenfield, D (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: a randomized clinical trial. JAMA, 310(24), 2650-2657





## دربارهٔ Treatments That Work™

یکی از بغرنج‌ترین مسائل پیش روی بیماران مبتلا به اختلالات و بیماری‌های مختلف، یافتن راهی است که بیشترین کمک را به آنها کند. همهٔ ما دوستان یا عضو خانواده‌ای داشته‌ایم که برای درمان به درمانگری به‌ظاهر خوش‌نام پناه برده، اما بعدها فقط از دکتر دیگری شنیده که تشخیص اول غلط یا درمان توصیه‌شده نامناسب و شاید حتی آسیب‌زننده بوده است. بیشتر بیماران یا اعضاء خانوادهٔ آنها سعی می‌کنند برای حل این مسئله هر قدر که می‌توانند دربارهٔ علایم‌شان مطالعه کنند، اطلاعاتی از اینترنت بگیرند و یا با پافشاری دست به دامان دانسته‌های دوستان و آشنایان شوند. دولت‌ها و سیاست‌گذاران امر بهداشت آگاه‌اند که مردم همیشه بهترین درمانی که نیاز دارند را دریافت نمی‌کنند و این به‌خاطر تنوع اقدامات درمانی است.

در حال حاضر، نظام‌های مراقبت از سلامت در سراسر دنیا در تلاش‌اند این تنوع را با معرفی «شیوهٔ مبتنی بر شواهد» حل کنند. این راه‌حل به‌وضوح به این معنا است که علاقه‌مندان بیماران مؤثرترین و به‌روزترین مراقبت را برای مشکل خاص خود دریافت کنند. سیاست‌گذاران امر سلامت همچنین می‌دانند که بسیار سودمند است که مشتریان خدمات سلامتی هر چه ممکن

است اطلاعات بیشتری دریافت کنند تا بتوانند در یک تلاش توأم با همکاری، تصمیم هوشمندانه‌تری برای بهبود سلامت جسمی و روانی خود بگیرند. این مجموعه (Treatments That Work™) دقیقاً به همین منظور طراحی شده که فقط آخرین و مؤثرترین مداخلات را برای مسائل خاص به زبان ساده توصیف کند. این کتاب یکی از آن مجموعه است. هر برنامه درمانی باید بالاترین استانداردهای شواهد موجود را پشت سر بگذارد. این استانداردها توسط هیئت مشورتی علمی تعیین می‌شوند. بنابراین، اگر فردی خود یا یکی از اعضای خانواده‌اش از این مشکلات رنج ببرد و در جستجوی درمانگری خبره باشد، وقتی کسی را پیدا کند که شبیه این مداخلات را درپیش می‌گیرد یا آنها را مناسب می‌داند، مطمئن می‌شود که بهترین مراقبت موجود را دریافت خواهد کرد. البته، به‌خاطر داشته باشید که فقط متخصص مراقبت از سلامت شما می‌تواند بهترین تصمیم را برای ترکیب درست درمان‌ها برای شما اتخاذ کند.

اگر شما ضربه روحی‌ای را تجربه کرده‌اید و نمی‌توانید به شکل اثربخشی خودتان را بازیابی کنید، این کتاب می‌تواند به شما کمک کند. اگر علائم اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) در شما دیده می‌شود، ابزارها و راهبردهای موجود در این کتاب کمک خواهد کرد ترس و اضطراب و به همان اندازه هر مشکل دیگر ممکن و مرتبط با ضربه روحی را کم کنید. از طریق تمرینات مواجهه و پردازش هیجانی می‌آموزید که می‌توانید بدون اینکه به شما آسیبی برسد ضربه روحی و رویدادهای پیرامونش را به خاطر آورید. فنون تنفس کمک می‌کند اضطراب خود را تحمل کنید و از احساس پریشانی خود بکاهید. اثربخشی این برنامه وقتی به بالاترین حد خود می‌رسد که با همراهی یک درمانگر اجرا شود.

دیوید ج. بارلو سردبیر  
**Treatments That Work™**  
بوستون، ماساچوست

# فصل ۱

## مقدمه

---

### اهداف

---

- درک ویژگی‌های اختلال استرس پس از ضربه
- آموختن دربارهٔ مواجهه‌درمانی مداوم
- آموختن مطالبی دربارهٔ نحوهٔ پدید آمدن این روش
- درک مواردی که شامل این برنامه می‌شوند

### اختلال استرس پس از ضربه چیست؟

---

اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) اختلالی اضطرابی است که ممکن است پس از تجربه و یا مشاهدهٔ وضعیتی که تهدیدکننده (واقعی یا ادراک‌شده) زندگی یا تمامیت جسمانی فرد است، به وجود آید. واکنش هیجانی فرد به این رویداد، ترس، وحشت و یا درماندگی است. همان‌طور که در جدول ۱-۱ نشان داده شده است، در مبتلایان به PTSD سه نوع علامت کلی وجود دارد که معمولاً مرتبط است با:

- تجربه مجدد ضربه روحی
- اجتناب از یادآورهای ضربه روحی
- برانگیختگی مفرط

معمولاً علائم PTSD، بلافاصله بعد از وقوع رویدادهای ضربه‌ای رخ می‌دهند. اما در بیشتر بازماندگان ضربه روحی، این علائم به‌مرور زمان و طی یک بهبودی طبیعی کاهش می‌یابد. با این وجود، این علائم در برخی افراد ماندگار و مزمن شده و با کارکردهای روزمره‌شان تداخل پیدا می‌کند. اگر این مورد در مورد شما صادق است، مواجهه درمانی مداوم می‌تواند برای شما یاری‌بخش باشد.

جدول ۱-۱

علائم اختلال استرس پس از ضربه

علائم تجربه مجدد	علائم اجتناب	علائم برانگیختگی مفرط
یادآوری مکرر و ناخواسته رویداد آزرده‌ساز، شامل تصاویر ذهنی، افکار یا ادراکات.	تلاش برای اجتناب از افکار، احساسات یا صحبت کردن درباره ضربه.	مشکل در به خواب رفتن یا تداوم خواب.
خواب‌های پریشان‌کننده تکراری درباره رویداد.	تلاش برای اجتناب از فعالیت‌ها، مکان‌ها یا افرادی که موجب تجدید خاطره ضربه روحی می‌شوند.	تحریک‌پذیری یا انفجارهای خشم.
فعالیت یا احساس به‌گونه‌ای که گویی رویداد ضربه‌ای دوباره در حال رخدادن است (شامل تجربه مجدد رویداد، خطاهای حسّی و توهمات و وقوع فلاش‌بک‌های گسستی شامل آنهایی که در بیداری و آنهایی که در زمان ناهشیاری رخ می‌دهند).	ناتوانی در به خاطر آوردن جنبه مهمی از ضربه روحی.	مشکل در تمرکز
پریشانی روانشناختی شدید در مواجهه با اشارات درونی یا بیرونی‌ای که نماد و یا شبیه جنبه‌ای از رویداد ضربه‌ای هستند.	از بین رفتن محسوس علاقه به فعالیت‌های مهم یا مشارکت در آنها.	گوش‌به‌زنگی مفرط
واکنش فیزیولوژیکی شدید در مواجهه با علائم درونی و بیرونی‌ای که نماد جنبه‌ای از رویداد ضربه‌ای هستند.	احساس جدائی یا غریبگی با دیگران، دامنه محدود عاطفه (برای مثال، ناتوانی در تجربه احساس عشق)، حس کوتاه شدن آینده (برای مثال، فقدان امید برای شاغل شدن، ازدواج، بچه‌دار شدن یا طول عمر معمول داشتن).	از جا پریدن اغراق‌آمیز در پاسخ به محرک‌ها

منبع: انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم - متن بازنگری شده. واشینگتن دی سی: تألیف

مواجهه‌درمانی مداوم چیست؟

مواجهه‌درمانی مداوم روشی است که کمک می‌کند بازماندگان ضربه روحی تجربه ضربه‌ای خود را از نظر هیجانی پردازش کنند. مواجه‌شدن‌های مداوم، PTSD و دیگر مشکلات مرتبط با ضربه روحی را تسکین می‌دهد.

نام مواجهه مداوم (PE)<sup>۱</sup> از سنت دیرین مواجهه‌درمانی برای اختلالات اضطرابی اقتباس شده است. در مواجهه‌درمانی به مراجع کمک می‌شود برای کاهش ترس مفرط و اضطرابش با موقعیت‌های امن اما اضطراب‌زا روبرو شود. همه ما با اصول کلی مواجهه‌درمانی آشنا هستیم. توصیه «سوار اسب شدن» به سوارکار بعد از زمین خوردن مثالی کلاسیک از آن است. با انجام این کار، سوارکار بر ترسش از زمین خوردن دوباره غلبه کرده و مانع رشد ابعاد افراطی ترسش می‌شود.

درعین حال، مواجهه مداوم برگرفته از نظریه پردازش هیجانی نیز هست. این نظریه تأکید می‌کند که باید پردازش ویژه رویداد ضربه‌ای رخ دهد تا به کاهش علائم PTSD کمک شود. درسراسر این کتاب کار تأکیدمان روی پردازش هیجانی خواهد بود، چراکه معتقدیم علائم PTSD را به‌طور موفقیت‌آمیزی کاهش می‌دهد. در مورد نظریه پردازش هیجانی در بخش بعدی با جزئیات بیشتری صحبت خواهیم کرد.

روش مواجهه‌درمانی مداوم شامل اقدامات زیر است:

- آموزش درباره واکنش‌های رایج به ضربه روحی: شما و درمانگرتان درباره واکنش‌های رایجی که بیشتر افراد در پاسخ به ضربه روحی نشان می‌دهند و همین‌طور واکنش خاص شما به ضربه روحی صحبت می‌کنید.
- بازآموزی تنفس. برای مثال، آموزش نحوه آرام نفس کشیدن.
- مواجهه مکرر واقعی (در زندگی واقعی) با موقعیت‌ها یا فعالیت‌هایی که از آنها فقط به این دلیل اجتناب می‌کنید که شما را به یاد تجربه ضربه‌ای‌تان انداخته و مضطرب و پریشان‌تان می‌کنند.

■ مواجهه تصویری مداوم و مکرر با خاطرات ضربه روحی (برای مثال، بازمشاهده ضربه روحی در تصویرتان).

مواجهه واقعی و مواجهه تصویری هسته‌های اصلی درمان‌اند. این فنون به این خاطر انتخاب شده‌اند که شواهد زیادی نشان داده‌اند که آنها به طرز اثربخشی اضطراب و پریشانی افرادی که از اختلالات اضطرابی‌ای چون هراس‌های خاص، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال وسواسی- اجباری رنج می‌برند را کاهش می‌دهند. همین‌طور در فصل بعدی، در مورد ۲۰ سال پژوهشی صحبت خواهیم کرد که نشان داده مواجهه مداوم در کاهش PTSD و دیگر مشکلات مرتبط با ضربه روحی مثل افسردگی، اضطراب فراگیر و خشم مؤثر است. مسلّم است که تضمینی برای مقدار اثربخشی آن وجود ندارد، اما از آنجایی که به بسیاری از افراد کمک کرده است، امیدواریم به شما نیز کمک کند.

هدف مواجهه واقعی و تصویری این است که در روبرو شدن با خاطرات ضربه روحی و موقعیت‌هایی که با این خاطرات تداعی می‌شوند به شما کمک کند. این کار پردازش هیجانی رویدادهای ضربه‌ای را تسهیل می‌کند. این روش راه نیرومندی است تا یاد بگیرید که خاطرات ضربه روحی و موقعیت‌ها یا فعالیت‌هایی که با آنها تداعی می‌شوند، همان ضربه روحی نیستند. می‌آموزید که می‌توانید با امنیت ضربه روحی را به یاد آورید و یادآورهای آن را تجربه کنید. اضطراب و پریشانی‌ای که حس می‌کنید به مرور زمان فروکش می‌کند و شما می‌توانید این اضطراب را تحمل کنید. درنهایت، این درمان کمک خواهد کرد زندگی خود را از چنگال PTSD نجات دهید.

## نظریه پردازش هیجانی چیست؟

اساس مواجهه‌درمانی مداوم نظریه پردازش هیجانی است و ادنا فوآ و ام جی کوزاک (۱۹۸۵-۱۹۸۶) آن را به‌عنوان راهی برای درک اختلالات اضطرابی و نحوه‌ای که مواجهه‌درمانی باعث کاهش علائم می‌شود پدید آورده‌اند. این ایده که ترس در حافظه به‌عنوان روش فرار از خطر بازنمایی شده است، اساس نظریه پردازش هیجانی است. ساختار ترس اطلاعات مختلفی در خود دارد که شامل اطلاعاتی درباره چیزی که ما را ترسانده یا همان محرک ترس (به‌عنوان مثال، خرس)، پاسخ‌های ترس (به‌عنوان مثال، افزایش ضربان قلب)، معنای پیوندخورده با آن محرک (برای مثال، خرس‌ها خطرناک هستند) و پاسخ‌های آنها (برای مثال، تپش قلب به این معنا است که من ترسیده‌ام) می‌شود. ما به ترسی بهنجار می‌گوییم که واقع‌بینانه است. در این حالت ساختار ترس حاوی اطلاعاتی درمورد چگونگی بهترین پاسخ ما به تهدید واقعی است. بنابراین، احساس ترس یا وحشت در صورت دیدن خرس و عمل فرار پاسخ‌های مناسبی هستند و می‌توانند به‌عنوان واکنش ترس بهنجار و مفید تلقی شوند.

به عقیده فوآ و کوزاک (۱۹۸۶)، ساختار ترس وقتی مشکل محسوب می‌شود که (۱) اطلاعات موجود در این ساختار جهان پیرامون را به‌درستی بازنمایی (معرفی) نکند. (۲) پاسخ‌های جسمانی گریز یا اجتناب، با محرک بی‌خطر راه‌اندازی شوند. (۳) پاسخ ترس با عملکرد روزمره تداخل کند و (۴) محرک بی‌خطر و پاسخ‌هایش خطرناک تلقی شوند. به اعتقاد فوآ و کوزاک دو حالت وجود دارد که برای تغییر ساختار ترس غیرواقعی‌بینانه و نابهنجار و به‌موجب آن کاهش علائم اضطراب ضروری است. حالت اول این است که ترس و اضطراب فرد نیاز به راه‌اندازی یا فعال شدن داشته باشد (در غیر اینصورت ساختار ترس را نمی‌تواند تغییر داد). در حالت دوم، نیاز است در



ساختار ترس فرد، اطلاعاتِ واقع‌بینانه (برای مثال، صحبت در مورد تجربهٔ ضربه‌ای و به‌خاطر آوردن آن باعث از دست رفتن سلامتی‌ام نمی‌شود) جای اطلاعاتِ اولیه و غیرواقعی (به‌عنوان مثال، اگر به خود اجازه دهم در مورد ضربهٔ روحی صحبت یا فکر کنم، کنترل هیجانی‌ام را از دست خواهم داد) را بگیرد. مواجهه‌درمانی با این دو حالت سروکار دارد.

بعضی مواقع افراد این فکر را هم دارند که اگر با آنچه از آن ترسیده‌اند روبرو شوند، اضطراب‌شان به‌قدری زیاد می‌شود که «کنترل‌شان را از دست می‌دهند» یا «دیوانه» می‌شوند. اما تحقیقات نشان داده‌اند که روبرو شدن با ترس «به شیوهٔ درمانی»، می‌تواند کمک کند این افکار به‌خوبی از ذهن دور شوند. دکتر فوآ و همکارانش تعدادی مقالهٔ توصیفی منتشر کرده‌اند که در آن نحوهٔ کمک به بیماران PTSD، ذکر شده است.

اینکه چرا برخی بازماندگان ضربهٔ روحی PTSD می‌شوند و برخی دیگر نمی‌شوند می‌تواند جالب باشد. درچارچوب نظریهٔ پردازش هیجانی، پدیدآیی PTSD مزمن با شکست در پردازش کامل خاطرهٔ ضربه‌ای تبیین می‌شود. بنابراین، هدف در درمان PTSD، بالا بردن پردازش هیجانی است. مواجهه با محرک ترس باعث فعال‌سازی (به ذهن آمدن) ساختار ترس آشکار و درعین‌حال، تولید اطلاعاتِ واقع‌بینانه دربارهٔ احتمال وقوع و تبعاتی است که شما را می‌ترساند. به‌علاوه، در ترس از تهدید بیرونی (برای مثال، حملهٔ دوباره)، شخص ممکن است عقاید نادرست یا مضرّی دربارهٔ اضطرابش داشته باشد که حین مواجهه مردود شناخته شود. مثل این باور که تا از موقعیت دور نشود اضطرابش هرگز تمام نخواهد شد یا اینکه اضطراب باعث می‌شود کنترلش را از دست بدهد یا دیوانه شود. این اطلاعات جدیدی که ضمن جلسهٔ مواجهه‌درمانی آموخته می‌شود، ساختار ترس را تغییر داده و باعث می‌شود آن فرد بارِ دیگری که با این موقعیت روبرو شد کمتر بترسد و به‌این‌ترتیب علایم اختلالش کاهش یابد.

مواجهه‌درمانی مداوم PTSD، از طریق به ذهن آوردن ساختار ترس، رویارویی عمدی با افکار و تصاویر مرتبط با ضربه روحی، مواجهه واقعی و تصویری و آموختن اینکه چیزی که از آن می‌ترسید احتمال خیلی کمی دارد که رخ دهد عمل می‌کند.

با مواجه شدن با خاطرات و یادآورهای ضربه روحی افراد یاد می‌گیرند که می‌توانند این موقعیت‌ها را تحمل کنند و هیچ اتفاق بدی برای آنها نخواهد افتاد. آنها همچنین می‌آموزند که اضطرابشان فروکش می‌کند، حتی وقتی آنها در حال رویارو شدن با عامل ترس‌شان باشند. یاد می‌گیرند که دیوانه نخواهند شد و کنترلشان را از دست نمی‌دهند. تمرینات مواجهه تصویری و واقعی به شما کمک می‌کند تفاوت‌های رویداد ضربه‌ای و موقعیت‌های مشابه، اما بی‌خطر را تشخیص دهید. اجازه می‌دهد ضربه روحی را به‌عنوان رویدادی ببینید که در فضا و زمان خاصی رخ داده است و به‌این‌ترتیب کمک می‌کند احساسات و افکارشان را در مورد بسیار خطرناک بودن موقعیت و اینکه شما کاملاً در مقابله با آن بی‌کفایت‌اید را کنار بگذارید. افراد مبتلا به PTSD اغلب گزارش می‌کنند که با فکر کردن درباره رویداد ضربه‌ای احساس می‌کنند همه حادثه دوباره در حال رخ دادن است. مواجهه تصویری مکرر با خاطره ضربه روحی به افراد کمک می‌کند بین حال و گذشته تفاوت قائل شوند. کمک می‌کند دریابند با اینکه یادآوری ضربه روحی می‌تواند به لحاظ هیجانی آشفته‌ساز باشد، در حال روی دادن دوباره نیست. بنابراین، فکر کردن درباره آن رویداد نمی‌تواند خطرناک باشد. مواجهه تصویری مکرر همچنین کمک می‌کند افراد درباره آنچه برایشان رخ داده است فکر کنند. برای مثال، افرادی که از بیشتر مقاومت نکردن در مقابل ضارب احساس گناه می‌کنند ممکن است خیلی زود به این نتیجه برسند که اگر مقاومتی صورت می‌گرفت می‌توانست ضرب و شتم سخت‌تری اتفاق بیفتد. همه این تغییرات علایم PTSD را کاهش می‌دهد و در فرد احساس تسلط و کفایت به وجود می‌آورد.

در طول هر جلسه مواجهه تصویری با درمانگرتان درباره تجربه و نحوه فکر و احساس درباره آن و کیفیت تغییراتی که به مرور زمان در شما ایجاد می‌شود صحبت می‌کنید. این «فرآیند» به تغییر ساختار ترس‌تان کمک می‌کند.

## این روش چگونه به وجود آمد؟

برنامه درمانی مواجهه مداوم را مؤلفان مرکز درمان و مطالعه اضطراب (CTSA) در دانشگاه پنسیلوانیا پدید آورده‌اند. طی ۲۰ سال گذشته، مطالعات خوب کنترل‌شده‌ای از درمان هزاران مراجع فراهم شده است. ضمن اینکه ما درمانگران زیادی را در موقعیت‌ها و کشورهای مختلف برای استفاده از این روش آموزش داده‌ایم. تجربه بالینی و نتایج مطالعاتمان، ما را به تکامل مواجهه مداوم تا رسیدن به شکل کنونی آن رهنمون ساخت. این روش با جزئیات در فصول بعدی خواهد آمد. مواجهه مداوم در مطالعات انجام‌شده در دانشگاه‌ها و وقتی توسط سازمان‌های اجتماعی در ایالات متحده و سایر نقاط دنیا (مثل رژیم اشغالگر قدس، ژاپن، استرالیا و اروپا) اجرا شده اثر خوبی داشته است. دکتر فوآ درمانگران سراسر دنیا را برای استفاده از این درمان آموزش داد و آموزش درمانگران بیشتر هنوز ادامه دارد.

در نتیجه حمایت بخش عمده تحقیقات از اثربخشی مواجهه مداوم، این برنامه درمانی جایزه روش نمونه پیش‌گیری از سوءمصرف مواد را از دپارتمان سلامت و خدمات بشردوستانه ایالات متحده و اداره خدمات بهداشت روانی و سوءمصرف مواد (SAMHSA) دریافت کرد و به‌عنوان روش الگو برای اشاعه در سرتاسر کشور در نظر گرفته شد. ما از اینکه مواجهه مداوم تا این اندازه به مردم کمک کرده هیجان‌زده‌ایم و بخشی از دلیل نوشتن کتاب‌مان این است که کمک کند افراد بیشتری از آن بهره‌مند شوند.

## خطرات و مزایای این روش

### مزایا

طی ۲۰ سال مطالعه روی مواجهه مداوم، یافته‌هایی به دست آمده که به روشنی از اثربخشی آن در درمان PTSD حمایت می‌کنند. تقریباً همه مطالعات دریافته‌اند که نه تنها مواجهه مداوم، نشانگان PTSD را کاهش می‌دهد، بلکه دیگر مشکلات مرتبط با ضربه روحی، مثل افسردگی و اضطراب فراگیر را نیز التیام می‌بخشد. مواجهه مداوم کمک می‌کند افراد زندگی‌شان را نجات دهند.

### خطرات

مخاطره اصلی درمان با مواجهه مداوم ناراحت‌کنندگی و پریشانی هیجانی آن است، به‌ویژه وقتی افراد در طول درمان با تصاویر، خاطرات و موقعیت‌های اضطراب‌زا روبرو می‌شوند. مواجهه مداوم برای در تماس قرار دادن شما با این هیجان‌ات و واکنش‌ها طراحی شده است. می‌دانیم که اغلب دردناک است. به‌ویژه در ابتدا. دقیقاً به همین خاطر است که بهتر است برای انجام آن از درمانگری کمک بگیرید که این روش را آموزش دیده است. ممکن است قبل از اینکه احساس بهتر شدن کنید، احساس بدتری داشته باشید. اما، اگر تحمل داشته باشید در درازمدت شانس زیادی دارید که احساس بسیار بهتری را تجربه کنید. ارزشش را دارد!

## درمان‌های جایگزین

علاوه بر مواجهه مداوم و نسخه‌های دیگر مواجهه درمانی و CBT (رفتاردرمانی شناختی)، آموزش واکسینه شدن در برابر استرس (SIT)، درمان مبتنی بر پردازش شناختی (CPT)، شناخت‌درمانی (CT) و حساسیت‌زدایی و