

باورهای غلط دربارهٔ تروما

چرا حوادث نامطلوب لزوماً ما را بیمار نمی‌کنند؟

تألیف

دکتر جوئل پاریس

ترجمه

ستاره صحبتی

سارا حبیبی

دکتر زهرا زنجانی

ویراستار

دکتر زهرا زنجانی

دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی کاشان

فهرست

پیشگفتار.....	۷
مقدمه.....	۹
فصل ۱: آیا تروما باعث اختلال استرس پس از سانحه می‌شود؟.....	۲۱
فصل ۲: تفاوت‌های فردی در پاسخ به تروما.....	۳۷
فصل ۳: تروما از دیدگاه تاریخی و اجتماعی.....	۵۶
فصل ۴: ریسک، تاب‌آوری و تروما.....	۷۱
فصل ۵: ترومای دوران کودکی و اختلال استرس پس از سانحه.....	۸۷
فصل ۶: تروما و علم حافظه.....	۱۰۲
فصل ۷: اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات شخصیت و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده.....	۱۱۶
فصل ۸: درمان اختلال استرس پس از سانحه.....	۱۳۰
فصل ۹: خلاصه و نتیجه‌گیری.....	۱۴۶
منابع.....	۱۵۳
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۱۷۳
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۱۷۵

پیشگفتار

به رسمیت شناختن اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD) در ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ (DSM-III) باعث ایجاد «تروماتولوژی»^۳ شد- حوزه‌ای شامل متخصصان سلامت روان که دربارهٔ بازماندگان استرس تروماتیک مطالعه و آنها را درمان می‌کردند. طی توسعهٔ DSM-III کهنه‌سربازان ویتنام و روان‌پزشکان ضد جنگ تلاش کردند سندرم ویتنام را در قالب یک طبقهٔ تشخیصی در DSM-III بگنجانند و خاطر نشان کردند که هیچ تشخیصی وجود ندارد که ظهور دیر هنگام علائم و نشانه‌های مزمن ناشی از جنگ را نشان دهد. گرچه کمیتهٔ DSM-III وجود سندرمی مرتبط با یک رویداد تاریخی را رد کرد، اما پس از اینکه درمان‌گران، قربانیان تجاوز جنسی و بلایای طبیعی را درمان کردند با تشخیص جدیدی به نام PTSD موافقت کردند، هولوکاست بر این تأکید کرد که بیمارانش نشانه‌هایی مشابه بازماندگان جنگ ویتنام تجربه کردند. تأیید رسمی PTSD در سال ۱۹۸۰ باعث شروع تحقیقات گسترده‌ای شد که تا به امروز ادامه دارد. در واقع، مطالعهٔ جدید کتاب‌سنجی نشان داد که میزان تحقیقات منتشر شده در مورد PTSD در قرن ۲۱ به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است، درحالی‌که این نرخ برای سایر سندرم‌ها (مانند اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب اجتماعی) ثابت مانده است.

PTSD به مراتب شور اخلاقی بیشتری را نسبت به سایر سندرم‌ها برمی‌انگیزد. اگر کسی به اختلال دوقطبی مبتلا شود تقصیر فرد دیگری نیست ولی وقتی شخص قربانی تروما، به PTSD مبتلا شود به‌طور معمول فرد دیگری مقصر است. این امر می‌تواند به‌گونه‌ای منجر به فوران مناقشات علمی معمولی شود. برای مثال، افرادی که نسبت به ادعاهای مرتبط با «خاطرات» بازیابی‌شده از طریق هیپنوتیزم در رابطه با خاطرات

1. Posttraumatic stress disorder (PTSD)

2. American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)

3. Traumatology

سرکوب‌شده سوءاستفاده جنسی دوران کودکی شک دارند، گاهی به خاموش کردن صدای بازماندگان یا متحد شدن با عاملان آسیب‌های جنسی متهم شده‌اند. تروماولوژی از این دست مجادلات کم نداشته است.

آخرین کتاب جول پاریس، *باورهای غلط درباره تروما*، مقدمه‌ای عالی برای این مناقشات است. وی که روان‌پزشکی مجرب و متخصص در درمان اختلال شخصیت مرزی و همچنین، فردی برجسته در ادبیات علمی آسیب‌شناسی روانی شخصیت است، به‌طور کامل آماده است تا سوء تفاهم‌های رایج - «باورهای غلط» - در مورد تروما و پیامدهای آن را برطرف کند. پاریس تأیید می‌کند که تروما علاوه بر PTSD پیش‌بیند رایجی برای سایر سندرم‌ها هم هست. او نشان می‌دهد که چگونه اثر بیماری‌زایی تروما همیشه تحت تأثیر اثرات تعدیل‌گرایانه شخصیت، خلق‌وخو و بافت اجتماعی قرار می‌گیرد. نکته قابل توجه درباره عوامل استرس‌زای جدی این است که گاهی اوقات آنها می‌توانند متغیرهای دیگری را تحت‌الشعاع قرار دهند که احتمال ابتلای بازماندگان به آسیب روانی یا مقاوم ماندن در برابر آن را تقویت یا تضعیف کنند. اگرچه بسیاری از افراد بلافاصله بعد از تروما علائم حاد را تجربه می‌کنند اما اکثر آنها بهبود می‌یابند. PTSD عمدتاً نوعی شکست در این بهبودی است.

پاریس، سردرگمی‌های مربوط به اختلال هویت تجزیه‌ای (اختلال چندشخصیتی)، شخصیت مرزی، خاطرات سرکوب‌شده (یا جداشده) مرتبط با تروما و اشتیاق زود هنگام بالینگران را برای درمان‌های جدیدی که فاقد حمایت تجربی برای بازماندگان تروما هستند، برطرف می‌کند و مفهوم تروما را فراتر از مرزهای اصلی آن گسترش می‌دهد. علاوه بر این موارد، او با تکیه بر تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی یافته‌های کلیدی همه‌گیرشناسی، تاریخچه، ژنتیک، روان‌شناسی شناختی و علوم اعصاب را مطرح می‌کند.

به‌طور خلاصه، پاریس نویسنده‌ای فوق‌العاده و دارای استعدادی باورنکردنی در نوشتن مختصر و واضح درباره موضوعات پیچیده است. کتاب «باورهای غلط درباره تروما» منبعی ایده‌آل برای بالینگران پرمشغله و برای شفاف شدن دگرگونی‌های تروما و پیامدهای آن است.

دکتر ریچارد جی مک نالی

دانشگاه هاروارد

کمبریج، ماساچوست

جولای ۲۰۲۲

این کتاب درباره چیست؟

تروما، اصطلاحی است که آسیب به روان در اثر رویدادی پریشان‌کننده در زندگی را توصیف می‌کند. رویدادهای استرس‌زا، به خودی خود باور غلطی^۱ نیستند. به‌خصوص که برخی رویدادها مانند تیراندازی و تجاوز جنسی احتمال دارد باعث ایجاد نشانه‌های پس از سانحه شوند و ما نباید از این واقعیت غافل شویم که رویدادهای بسیار نامطلوب زندگی می‌توانند آسیب روانی جدی ایجاد کنند.

در هر صورت زندگی انسان‌ها پر از اتفاقات نامطلوب است اما این کتاب بر این سؤال تمرکز دارد که چرا بعضی از افراد در برابر این اتفاقات نامطلوب بیمار می‌شوند و برخی تاب‌آوری نشان می‌دهند. علت اینکه نام این کتاب «باورهای غلط درباره تروما» گذاشته شده این است که باور عمومی درباره تروما حاکی از این است که مواجهه به‌تنهایی برای پیش‌بینی پاسخ‌های بیمارگون کافی است. حجم وسیعی از تحقیقات مورد بررسی در این کتاب نشان می‌دهد که این طور نیست.

علاوه بر این، اکثر افراد در چندین مقطع از زندگی خود با انواعی از رویدادهای تروماتیک روبه‌رو می‌شوند. برخی از آنها ممکن است بعد از مواجهه با تروما دچار اختلال استرس پس از سانحه شوند، که اختلال روانی جدی و ناتوان‌کننده‌ای است. این اختلال یکی از معدود طبقه‌های اختلال‌های روانی است که علت آن، ملاکی برای تشخیص‌گذاری‌اش است. با این وجود تنها یک نفر از هر ده نفر در مواجهه با انواع تروما به PTSD مبتلا می‌شود. این مشاهدات به خوبی در پیشینه علمی تأیید شده است (برمت و همکاران، ۲۰۱۸). تحقیقات نشان داده‌اند که تروما با اینکه محرک علائم PTSD است اما به‌تنهایی نمی‌تواند دلیل شروع PTSD باشد. بنابراین، برای این آسیب

1. Myth

روانی رویداد راه انداز (تروماتیک) لازم اما ناکافی است. این کتاب سعی می کند چرایی این مطلب را توضیح دهد و کاربردهایی را برای کار بالینی ترسیم کند. باور به اینکه PTSD تقریباً همیشه نتیجه مواجهه با رویدادهای نامطلوب زندگی است، مشکل دیگری را هم ایجاد می کند. اینکه منجر به روش های درمانی خوش نیتی می شود که با افراد رنج کشیده همدردی می کنند، اما مسیرهای پیچیده ای را که منجر به علائم می شوند، ساده سازی می کنند. این مورد به خصوص برای ترومای دوران کودکی صدق می کند. شواهد نشان می دهد که تروما تنها یک عامل خطر غیر اختصاصی برای دامنه وسیعی از آسیب های روانی است. در واقع، پیشینه تروماتیک معمولاً با پیامدهای شدیدتری همراه است. با این وجود تروما به تنهایی پیش بینی کننده خوبی برای اختلال های مرتبط با رویدادهای نامطلوب زندگی نیست.

بنابراین، درحالی که رویدادهای تروماتیک زندگی عامل خطر اثبات شده ای برای بسیاری از اختلالات روانی هستند، ولی به خودی خود نمی توانند دلیلی برای PTSD باشند. در عوض، PTSD مانند اکثر اختلالات روانی نتیجه تعامل عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است. بنابراین، PTSD هم مانند سایر اختلال ها منشأ زیستی- روانی- اجتماعی دارد. این تعامل پیچیده می تواند توضیح دهد که چرا اکثر افراد در برابر انواع رویدادهای نامطلوب زندگی تاب آوری دارند.

این یافته کلیدی از تحقیقات جهانی به دست می آید: اکثر افراد در مقطعی از زندگی خود رویدادهای آسیب زای معناداری را تجربه می کنند. شیوع طول عمر این رویدادهای نامطلوب حداقل ۷۵ درصد است (برسلا و همکاران، ۱۹۸۸). آمار دقیق تر بستگی به این دارد که چه تجربه ای را تروماتیک در نظر بگیریم و با توجه به نوسانات حافظه انسان، حتی دفعات مواجهه احتمال دارد که بیشتر باشد. تعداد کمی از افراد خوش شانس هرگز با تروما مواجه نشده اند. با این وجود اکثریت افرادی که تجربه تروما دارند ولی از نتایج جدی آن رنج نمی برند، می توانند ناملایمات را پشت سر بگذارند و زندگی خود را ادامه دهند.

نکته اینجاست که تفاوت زیادی بین دفعات مواجهه و شیوع PTSD وجود دارد. ۹۰ درصد افراد بعد از مواجهه با تروما به این اختلال مبتلا نمی شوند (سارین، ۲۰۱۴). این دوباره به این معنی است که نسبت مواجهه با تروما و ابتلا به PTSD به طور کلی

۱۰ درصد است. این فراوانی می‌تواند در جمعیت پرخطر تا ۲۰ درصد افزایش یابد (برمت و همکاران، ۲۰۱۸). با این وجود، باز هم اکثریت افراد دچار PTSD نمی‌شوند. می‌توان چنین نتیجه گرفت که برای توضیح اینکه رویدادهای زندگی چگونه می‌توانند منجر به نشانه‌های اختلال شوند، عوامل خطر دیگری به غیر از تروما هم نیاز است. بنابراین، روش‌های درمانی که تنها بر پردازش تجربیات تروماتیک تمرکز می‌کنند و به دیگر عوامل خطر همراه با رویداد توجه نمی‌کنند ممکن است کمتر مؤثر باشند.

با توجه به مشخصات بالینی و عمومی PTSD مهم است بدانیم که تروما علاوه بر اینکه موضوع علمی مهمی است، بسیار هیجان‌برانگیز نیز هست. بیشتر ما به شدت با قربانیان همدردی می‌کنیم. به همین دلیل باید توضیح بدهم که بحث من این نیست که رویدادهای تروماتیک مهم نیستند یا روی علائم تأثیری نمی‌گذارند؛ البته که تأثیر گذار هستند. چیزی که من می‌گویم این است که برای فهمیدن بهتر تروما نیاز است که به دلایل و پیامدهای آن در بافتاری چندبعدی و پیچیده نگاه کنیم. بنابراین، تروما عامل خطر غیر اختصاصی است که با بسیاری از عوامل خطر دیگر تعامل می‌کند و می‌توان آن را در مدل زیستی-روانی-اجتماعی^۱ به بهترین نحو درک کرد. باید PTSD را مانند سایر اختلالات روانی نتیجه تعامل بین عوامل خطر زیستی، روانی و اجتماعی بدانیم و آن را به بهترین وجه در این مدل درک کنیم.

چرا من این کتاب را نوشتم؟

من محقق در حیطه PTSD نیستم. من بیشتر روی اختلالات شخصیت به‌خصوص اختلال شخصیت مرزی^۲ (BPD) تمرکز داشته‌ام. اما نظریه‌های مهمی در رابطه با BPD وجود دارند که متمرکز بر نقش ترومای دوران کودکی هستند و حتی برخی فکر می‌کنند که BPD گونه دیگری از PTSD است. تجربه بالینی و مطالعات علمی من در این حوزه باعث شدند که من این نتیجه را نپذیرم و مدل چندبعدی را برای BPD تنظیم کنم که که بر تعامل ژن و محیط تمرکز دارد (پاریس، ۲۰۲۰، d۲۰۲۰).

پژوهش‌ها درباره علت BPD مدت‌هاست تحت تأثیر نظریات ساده‌انگارانه‌ای قرار دارند که مشکلات پیچیده مبتلایان را به تنظیم خلق، هویت، تکانشگری و خشونت

1. Biopsychosocial model

2. Borderline personality disorder (BPD)

بین فردی در دوران کودکی، بدون در نظر گرفتن طیف وسیع‌تری از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی نسبت می‌دادند. این گرایش «تروما محور» در درمان و تعریف دوبارهٔ BPD تحت عنوان «PTSD پیچیده» مشکل‌زا است و می‌تواند در کار بالینی اثرات منفی داشته باشد. این تحول نگران‌کننده باعث شد که من پیشینهٔ گسترده‌ای را دربارهٔ تأثیر رویدادهای تروماتیک و سایر علل PTSD (به جز مواجهه با تروما) مرور کنم.

همچنین، دلیل دیگر من برای نوشتن این کتاب نگرانی من از این موضوع بود که بالینگرانی که مبتلایان به PTSD یا علائم مرتبط به آن را درمان می‌کنند، پیچیدگی‌های پیامدهای پس از سانحه را در نظر نمی‌گیرند. اگر رویداد نامطلوبی در گذشته بیمار باشد ممکن است درمانگر وسوسه شود که تمام مشکلات را به تأثیر آن رویداد نسبت دهد. این عجله برای قضاوت، مسیر پیچیدهٔ اختلالات را بسیار ساده‌سازی می‌کند و یکی از باورهای غلط دربارهٔ تروما است.

از آنجایی که کلمهٔ «باورهای غلط» در عنوان این کتاب هست اجازه بدهید تا منظورم را از آن توضیح دهم. تقریباً ۲۰ سال پیش کتابی تحت عنوان *باورهای غلط دربارهٔ کودکی* نوشتم (پاریس، ۲۰۰۰a). در آن کتاب من از این کلمه استفاده کردم تا باورهای بالینگران (و عموم مردم) را دربارهٔ اینکه علل احتمالی اختلالات روانی ریشه در دوران کودکی دارد، توصیف کنم درحالی که شواهد علمی آنها را تأیید نمی‌کند. یکی از این باورهای غلط این است که رویدادهای تروماتیک به‌خصوص اگر در اوایل زندگی اتفاق بیفتند، همهٔ افراد را به‌صورت یکسان تحت تأثیر قرار می‌دهند و دلیل عمده و پیش‌بینی‌کنندهٔ آسیب روانی در بزرگسالی هستند. این کتاب نشان خواهد داد که پیامدهای پاتولوژیک تنها به‌وسیلهٔ مواجهه با تروما پیش‌بینی نمی‌شوند بلکه تحت تأثیر ویژگی‌های درونی افراد هستند که با آسیب‌پذیری در برابر اختلالات روانی مرتبط می‌شوند.

این مسائل پیامدهای عمیقی برای کار بالینی دارد. به این دلیل که من افراد مبتلا به BPD را درمان می‌کنم، فعالانه روان‌درمانی^۱ را انجام می‌دهم و دهه‌های زیادی را صرف درمان بیماران با سابقهٔ ترومای دوران کودکی کرده‌ام. من همیشه با بیماران کار می‌کنم تا بتوانم این تجربیات را درک کنم. اما تحقیقات من دربارهٔ علل BPD از جمله نقش کودک‌آزاری و اختلال در عملکرد خانواده، باعث شد که به این مشکل از دیدگاه متفاوتی بپردازم و به نتیجه‌گیری‌های متفاوتی سوق پیدا کنم.

برای مثال، تیم تحقیقاتی ما (لاپورت و همکاران، ۲۰۱۲) ۵۶ زن مبتلا به BPD را همراه با خواهرهای آنها مورد مطالعه قرار دادند. با اینکه این خواهرها در خانواده مشابهی بزرگ شده بودند و رویدادهای نامطلوب مشابهی را تجربه کرده بودند، ولی فقط سه جفت از آنها در رابطه با BPD همخوانی داشتند، درحالی که ۵۳ جفت دیگر چنین همخوانی نداشتند. این نکته کلیدی که خواهران تفاوت‌های زیادی در ویژگی‌های شخصیتی دارند، این دیدگاه را تأیید می‌کند که آسیب‌پذیری در برابر تروما هم به عوامل ژنتیکی و هم به عوامل محیطی غیر تروماتیک بستگی دارد و این عوامل نقش عمده‌ای در ابتلا به BPD دارد.

به همان اندازه مهم است که ناملایمات دوران کودکی، موضوع اصلی یا تنها موضوع بحث روان‌درمانی BPD نباشد. همچنین، نباید یک اختلال شخصیت که تأثیرات گسترده‌ای بر تنظیم هیجان و تکانشگری دارد، نوعی از PTSD طبقه‌بندی شود. در عوض، باید تأثیر رویدادهای زندگی را در دو حوزه گسترده‌تر بفهمیم. اولین مسئله این است که تروما تأثیر مرضی شدیدتری بر افرادی دارد که ویژگی‌های شخصیتی‌شان آنها را آسیب‌پذیرتر می‌کند. موضوع دیگر این است که ناملایمات دوران کودکی با مشکلات گسترده‌تری در اختلال عملکرد خانواده و غفلت هیجانی همراه است که خودشان منبع اصلی برای آسیب‌پذیری هستند و این کودکان از حمایت برای گذر از سختی‌ها محروم می‌شوند.

این کتاب رویکرد مشابهی را برای فهمیدن PTSD در بزرگسالان پیشنهاد می‌دهد. چیزی که باید دوباره توضیح بدهیم این است که چرا تنها تعداد کمی از افراد مواجهه‌شده با رویدادهای بسیار نامطلوب به نشانه‌های پس از سانحه مبتلا می‌شوند. من شواهدی را بررسی خواهم کرد که نشان می‌دهد تأثیر تروما بر افرادی که آسیب‌پذیری سرشتی، سابقه قبلی تروما و حمایت اجتماعی ضعیف دارند بسیار افزایش می‌یابد.

به‌طور خلاصه، با اینکه تروما عامل مهمی برای هرگونه آسیب روانی است اما به تنهایی نمی‌تواند هیچ اختلال روانی را پیش‌بینی کند. باید رویدادهای نامطلوب زندگی فرد به رسمیت شناخته و کشف شوند ولی نباید آنها را هسته اصلی درمان‌های روان‌شناختی بدانیم. این کتاب راه متفاوتی را برای پرداختن به این مشکلات پیشنهاد می‌کند، راهی که شخصیت و سیر زندگی را هم در نظر می‌گیرد.

ریشه‌های تاب‌آوری

ظرفیت مبتلا نشدن به اختلالات روانی بعد از تروما، تاب‌آوری^۱ نامیده می‌شود (توانایی فراتر رفتن از سختی‌ها). بدون شک هنگامی که نیچه بیان کرد، آنچه ما را نمی‌کشد ما را قوی‌تر می‌کند، اغراق کرده است. با این حال در این شرایط نتایج مثبت، یا آنچه راتر آن را «مقاوم‌سازی»^۲ می‌نامد، رخ می‌دهد. این افزایش تاب‌آوری پس از تروما را رشد پس‌از سانحه^۳ می‌نامند (تدسچی و همکاران، ۲۰۱۸). با این حال اکثر نتایج مواجهه با تروما، در طیفی از واکنش پایدار و قوی تا واکنش موقت و ضعیف قرار می‌گیرند. اکثر افرادی که نسبت به ناملایمات آسیب‌پذیری دارند تبدیل به بیمارانی می‌شوند که متخصصان در درمان مشاهده می‌کنند. با این حال، این درمانگران اکثریت افرادی را که تجربه رویدادهای آسیب‌زا داشته‌اند نمی‌بینند، زیرا آنها در حدی اذیت نمی‌شوند که به کلینیک‌ها مراجعه کنند و راهی برای ادامه زندگی خود پیدا می‌کنند.

با وجود اینکه ارزیابی تأثیر رویدادهای آسیب‌زا با توجه به شدت آنها مهم است اما می‌توانیم آنها را در بافت زیستی-روانی-اجتماعی بزرگتری قرار دهیم. این امر به ما اجازه می‌دهد که نقش حیاتی تاب‌آوری را در محافظت از افراد در برابر آسیب روانی بررسی کنیم. این کتاب بر استعدادها و تغییرات ژنتیکی تأکید دارد که بر نحوه پردازش وقایع زندگی افراد تأثیر می‌گذارند (پلامین، ۲۰۱۸). در این راستا ما مفهوم حساسیت/افتراقی نسبت به محیط^۴ را بررسی خواهیم کرد (بلسکی و پلاس، ۲۰۰۹). همان‌طور که خواهیم دید این حساسیت، ساختاری مشابه ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخوبی است (کاستا و ویدیجا، ۲۰۱۸). بدین صورت که کسانی که در برابر محیط‌شان حساس‌تر هستند، احتمال بیشتری دارد که به اختلالات روانی از جمله PTSD مبتلا شوند (بومن و یهودا، ۲۰۰۴).

حساسیت افتراقی به زبان ساده یعنی برخی از مردم نازک‌نارنجی هستند، درحالی‌که برخی دیگر پوست‌کلفت هستند (اکثر افراد بین این دو قرار دارند). کسانی که حساسیت کمتری دارند به‌طور معمول علائمی گذرا دارند یا اصلاً هیچ علائمی ندارند، درحالی‌که کسانی که نازک‌نارنجی هستند بیشتر تحت تأثیر ناملایمات قرار می‌گیرند،

1. Resilience

2. Steeling

3. Posttraumatic growth

4. Differential susceptibility to the environment

این گروه به دلیل حساسیت بالاتر، بیشتر احتمال دارد که از محیطی مثبت بهره‌مند شوند. این یافته، حساسیت افتراقی را در بافت تکاملی قرار می‌دهد و به توضیح اینکه چرا این ویژگی‌ها در خزانه ژنی باقی می‌مانند، کمک می‌کند.

اجازه بدهید چند تا مثال را بررسی کنیم. تحقیقات همگی نشان می‌دهند که تروما لزوماً رویدادی غیر منتظره نیست. برای مثال، کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی یا جسمی قرار می‌گیرند اغلب عشق و محبت کافی از سوی خانواده‌شان دریافت نکرده‌اند؛ غفلت هیجانی باعث می‌شود که آنها به احتمال بیشتری در معرض اتفاقات تروماتیک قرار گیرند و نسبت به آنها آسیب‌پذیرتر باشند (جانسون و همکاران، ۲۰۰۰). از آنجایی که وجود همزمان عوامل خطر روان‌شناختی بر پاسخ افراد نسبت به ناملایمات تأثیر می‌گذارد، باید احتمال ابتلا به اختلال در افراد دچار تروما را منعکس‌کننده مسیرهای تعاملی بدانیم (کرامر و همکاران، ۲۰۰۱).

ما در بزرگسالانی که پس از مواجهه با رویداد تروماتیک به PTSD مبتلا می‌شوند، شاهد عوامل مستعدکننده مشابهی هستیم. آسیب‌پذیری ژنتیکی و نیم‌رخ‌های شخصیتی، همچنین سابقه عوامل استرس‌زای متعدد با اثرات تجمعی، دوباره به توضیح اینکه چرا از هر ۱۰ نفری که در معرض تروما قرار می‌گیرند، تنها یک نفر به PTSD مبتلا می‌شود کمک می‌کند. بنابراین، حتی زمانی که تروما در علت‌شناسی یک اختلال روانی دخیل باشد، باز هم به‌ندرت سهم زیادی از واریانس نتیجه را به خود اختصاص می‌دهد (هرویتز، ۲۰۱۸؛ مک‌نالی، ۲۰۰۳).

همه این یافته‌های تحقیقاتی به ما می‌آموزد که از در نظر گرفتن تروما به تنهایی اجتناب کنیم، آنها همچنین نشان می‌دهند که چرا ما نباید تروما را پدیده‌ای واحد در نظر بگیریم و در عوض آن را به‌صورت جمعی از پدیده‌های مختلف بدانیم. این جزئیات را می‌توان در قالب پارامترهای تروما توصیف کرد. در ترومای دوران کودکی، پارامترهای اصلی شامل: ماهیت رویداد، طول مدت مواجهه و هویت عاملان می‌شود (برون و فینکلهر، ۱۹۸۶). در ترومای دوران بزرگسالی، مهم‌ترین پارامترها این است که آیا حوادث نامطلوب شامل خشونت بین فردی، تجاوز جنسی و یا تهدید زندگی می‌شود یا خیر (سارین، ۲۰۱۴). هرچه این پارامترها شدیدتر باشند، احتمال ابتلا به PTSD بیشتر خواهد شد.

کاربردهایی برای کار بالینی

هدف این کتاب هشدار دادن به متخصصان در مورد تمایل به تشخیص گذاری بیش از حد PTSD و یا توجیه این اختلال با استفاده از رویدادهای تروماتیک در تاریخچه زندگی بیماران است (پاریس، ۲۰۲۰d). این خطا زمانی محتمل تر می شود که متخصصان، تروما را نیروی قدرتمندی ببینند که نسبت به تاب آوری غلبه و برتری بیشتری دارد. این مسئله همچنین می تواند به مداخلات درمانی منجر شود که به جای تمرکز بر مشکلات کنونی، به دنبال کاوش گذشته هستند و متخصصان و بیماران را از وظایف اولیه درمان منحرف می کند.

چه چیزی باعث می شود که اغلب رویدادهای آسیب زا را بیش از حد مهم بدانیم؟ اولین مسئله این است که متخصصان و محققانی که تجربیات نامطلوب را مشاهده و اندازه گیری می کنند، به طور معمول این کار را در جمعیت های بالینی انجام می دهند. نتیجه گیری گسترده از بیماران در درمان، مشاهدات را به نفع پیامدهای منفی سوق می دهد و نقش عوامل خطر را بیش از حد ساده می کند. برای جلوگیری از این خطا، ما نباید به طور کامل به نمونه های بالینی تکیه کنیم، بلکه باید داده هایی مرتبط با تروما را در جمعیت عمومی به دست آوریم.

مسئله دوم این است که تحقیقات اغلب رخداد های زندگی را با پرسشنامه یا مصاحبه هایی می سنجند که مقطعی بوده و بر یادآوری دقیق وقایع گذشته مبتنی هستند. به همین دلیل ما به مطالعات طولی بیشتری در مورد افراد مواجه شده با تروما احتیاج داریم. همان طور که این کتاب نشان خواهد داد، مطالعات موجود از این نوع نشان می دهند که حافظه مربوط به این وقایع می تواند در طول زمان تغییر کند و آن نتایج چندان قابل پیش بینی نیستند.

سومین مسئله این است که حتی زمانی که تحقیقات در سطح جامعه انجام می شود، اغلب نمی تواند بافت روانی - اجتماعی رویدادهای زندگی یا عوامل خطر همراه با آنها را اندازه گیری کند. در نتیجه، محققان در نهایت تفاوت های مربوط به حساسیت نسبت به محیط را به اندازه کافی در نظر نمی گیرند.

چهارمین مسئله از نیروهای سیاسی و اجتماعی ناشی می شود که بر دیدگاه ما نسبت به PTSD تأثیر می گذارد، که «فرهنگ تروما» را ایجاد می کند (هرویتز، ۲۰۱۸). در دوران

اوج روانکاوی، بسیاری از درمانگران این مسئله را بدیهی می‌دانستند که ترومای دوران کودکی مهم‌ترین عامل خطر برای آسیب روانی در دوران بزرگسالی است. این ایده‌ها همچنان تأثیرگذار هستند و به سایر رشته‌های آکادمیک سرایت کرده‌اند (مانند تاریخ و بیوگرافی). درحالی‌که نظریات فعلی در مورد رشد کودک بیشتر بر خطر ژنتیکی تمرکز دارند، اما هنوز ناقص هستند و در بررسی تعامل بین ژن‌ها و محیط که به بهترین شکل ایجاد و پیشرفت علائم روانی را پیش‌بینی می‌کنند ناکام مانده‌اند (راتر، ۲۰۰۶). در نهایت، جنبش‌های سیاسی که هدفشان ترویج عدالت اجتماعی است ممکن است تحت تأثیر تمایل به تأیید تجربیات نامطلوب زندگی باشند.

باورهای غلط درباره تروما را می‌توان تا حدی بازتاب دورانی دانست که در آن تفکر مبتنی بر اخلاق بر رنج تمام کسانی تمرکز داشت که مورد بدرفتاری و یا کم‌توجهی قرار گرفته بودند. البته این به آن معنا نیست که بگوئیم بدرفتاری یا کم‌توجهی دردناک نیست - به‌طور معمول آنها دردناک هستند. رویدادهای نامطلوب زندگی باید در درمان بررسی شوند. اما سؤال این است که آیا در نظر گرفتن تروما مستقل از سایر عوامل خطر و یا ورای بافت بزرگ‌تری از رویدادهای نامطلوب که در درازمدت اثرات تجمعی دارند، منطقی است؟ در این بافتار، لازم نیست درمان «متمرکز بر تروما» باشد بلکه باید به کل تاریخچه زندگی بپردازد. به این ترتیب، درمان باید به زمان حال و آینده اولویت بدهد، نه فقط به گذشته.

متأسفانه، تأثیرات تروما توسط باورهای غلطی احاطه شده است که اثرات هیجانی قوی دارند و رگه‌ای از نمایش هیجانی^۱ را وارد کار معمول روان‌درمانی می‌کنند. بنابراین، روی‌تی حول محور تروما شکل می‌گیرد (یانگ، ۱۹۹۵). نتیجه می‌تواند ناکامی بیمارانی باشد که برای مشکلات فعلی خود به دنبال کمک هستند؛ در عوض برای آنها درمانی خیرخواهانه اما نادرست ارائه می‌شود. من جایگزین‌هایی را برای روان‌درمانی پیشنهاد خواهم کرد که مبتنی بر شواهد تجربی بهتری باشند.

به‌طور خلاصه، مضامین اصلی این کتاب را می‌توان به‌صورت زیر خلاصه کرد:

۱. تروما تبدیل به کلمه‌ای کلیدی برای بسیاری از انواع تجربیات نامطلوب شده است؛ این ساختاری است که باید دقیق‌تر و گسترده‌تر تعریف شود.

۲. حوادث آسیب‌زا همیشه بخشی از زندگی بشر بوده است و اکثر مردم به‌طور قابل‌توجهی در برابر ناملایمات مقاوم هستند.
۳. مواجهه با تروما تنها یکی از عوامل خطر برای PTSD است و همیشه مهم‌ترین عامل نیست. این اختلال را فقط می‌توان در مدل زیستی-روانی-اجتماعی و با در نظر گرفتن آسیب‌پذیری ژنتیکی، نیم‌رخ ویژگی‌های شخصیتی، ناملایمات قبلی و سطوح حمایت اجتماعی درک کرد.
۴. تروما به موضوعی سیاسی تبدیل شده است که مانع از مطالعه علمی و بی‌طرفانه اثرات آن می‌شود.
۵. مفهوم خاطرات سرکوب‌شده و بازیابی‌شده مرتبط با رویدادهای آسیب‌زا از نظر علمی نامعتبر است.
۶. همبودی گسترده PTSD به‌ویژه زمانی که نشانه‌ها مزمن هستند، به این معنا است که نمی‌توان آن را یک طبقه تشخیصی خاص و با درمانی خاص در نظر گرفت و درمان بیماران باید به‌طور گسترده‌ای زیستی-روانی-اجتماعی باشد.
۷. PTSD پیچیده، تشخیصی جدید اما مشکل‌ساز است و اکثر ویژگی‌های آن را می‌توان با اختلالات شخصیت بهتر توضیح داد.
۸. چندین روش درمانی مبتنی بر شواهد برای PTSD به‌وجود آمده است، اما اثربخشی آنها بیشتر از درمان شناختی-رفتاری استاندارد نبوده است.
۹. فهم تجربه‌های مرتبط با تروما جایگاه ویژه‌ای در درمان PTSD دارد، اما تمرکز بیش از حد بر پردازش خاطرات می‌تواند اشتباه باشد.
۱۰. تمرکز بر بیان داستان‌های تروماتیک می‌تواند با تشویق احساس قربانی شدن به جای احساس شایستگی و عاملیت، برخلاف منافع بیماران عمل کند.
- بنابراین، براساس ادبیات پژوهشی گسترده، دیدگاهی ارائه خواهیم کرد که بیان می‌کند چگونه نظریه و کار بالینی معاصر در حیطه سلامت روان باید گسترش یابد تا اثرات واقعی رویدادهای تروماتیک در زندگی بزرگسالی مشخص شود. این کتاب

دیدگاه پیچیده‌تر و چندبعدی‌تری درباره PTSD نسبت به آنچه در حال حاضر توسط متخصصان، بیماران یا افراد تحصیل کرده وجود دارد، ارائه می‌کند.

قدردانی

با تشکر از لیز لاپورت که نسخه قبلی این کتاب را خواند و بازخورد دقیق و روشن‌گرایی‌ای ارائه کرد. همچنین، آلن یانگ که چندین فصل از پیش‌نویس را خواند و نظرات مفیدی ارائه کرد.

فصل ۱

آیا تروما باعث اختلال استرس پس از سانحه می‌شود؟

مشکلات تعریف ملاک‌های اختلال استرس پس از سانحه

اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD) چهل سال پیش به طبقه‌بندی تشخیصی استاندارد، ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (DSM-III؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰)، معرفی شد. درحالی‌که پیشایندهایی برای این سازه وجود داشت، ولی فشارهای تاریخی، به‌ویژه جنگ ویتنام و پیامدهای آن، عامل اصلی پذیرش آن بود.

PTSD بر خلاف اکثر طبقه‌بندی‌ها در سیستم DSM، علت خاصی دارد. با توجه به تعریف، مواجهه شدن با استرس تروماتیک شرط لازم برای PTSD است. اما در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری بر اینکه مواجهه به تنهایی کافی نیست به خوبی تأکید نشده است. تحقیقات به‌طور مکرر نشان می‌دهند فقط در زیرگروهی از افراد مواجهه‌شده با رویدادهای نامطلوب مشابه، نشانه‌های اختلال پس از سانحه ایجاد خواهد شد (بریانت، ۲۰۱۹). در DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، برای تشخیص‌گذاری PTSD تمام ملاک‌های زیر لازم است:

ملاک A: تعیین عامل استرس‌زا (مواجهه با مرگ، تهدید به مرگ، آسیب واقعی یا تهدید به آسیب یا خشونت جنسی؛ از طریق مواجهه مستقیم، شاهد بودن یا مطلع شدن از تروما، یا مواجهه غیر مستقیم در طول وظایف حرفه‌ای)

1. Posttraumatic stress disorder

2. Third edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ملاک B: علائم مزاحمت (حداقل یکی از این موارد: خاطرات ناراحت‌کننده، کابوس، فلش‌بک‌ها، پریشانی یا واکنش جسمی بعد از مواجهه با یادآورها)

ملاک C: علائم اجتناب^۱ (حداقل یکی از این موارد: افکار و احساسات مرتبط با تروما یا یادآورهای بیرونی)

ملاک D: تغییرات منفی در شناخت و خلق (حداقل دو تا از این موارد: مشکلات در حافظه، افکار منفی، خود سرزنشی، خلق منفی، کاهش علاقه به فعالیت‌ها، انزوا، از دست دادن عاطفه مثبت)

ملاک E: تغییرات در برانگیختگی و واکنش‌پذیری (تحریک‌پذیری، رفتارهای پرخطر، بیش‌برانگیختگی، واکنش یکه خوردن، مشکلات تمرکز، مشکلات خواب)

ملاک F: مدت زمان (حداقل یک ماه)

ملاک G: مشخصه عملکرد (پریشانی یا نقص)

ملاک H: خروج (به دلیل اختلال دیگری نباشد)

همچنین، DSM-5 دو اسپسیفایر ممکن را برای زیرگروه‌ها بیان می‌کند: (۱) وجود علائم تجزیه‌ای قابل توجه و (۲) تأخیر در شروع کامل علائم.

پشت این تعریف PTSD سابقه طولانی وجود دارد و این ساختار از جهاتی در طول زمان گسترده‌تر شده است. مهم‌ترین مسئله، گسترش تدریجی ملاک A بوده است. DSM-5 تلاش کرد تا حدودی آن را محدود کند، اما مشکل همچنان باقی است.

اختلال استرس پس از سانحه و گسترش مفهومی

تعریف عامل استرس‌زا در DSM-III (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) شامل رویدادی می‌شد که «تقریباً در همهٔ افراد، علائم پریشانی قابل توجهی را برمی‌انگیزد» و «به‌طور کلی خارج از حیطهٔ تجارب معمولی انسان است». در نسخهٔ تجدید نظر شده

1. Avoidance symptoms

(DSM-III-R؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷)، این تعریف مستلزم مواجهه با مرگ، تهدید به مرگ، آسیب واقعی یا تهدید به آسیب جدی یا خشونت بود. در DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) این ملاک تشخیصی گسترش پیدا کرد تا مواجهه غیر مستقیم را نیز شامل شود؛ برای مثال، شاهد تروما بودن، اطلاع از وقوع تروما برای یکی از اعضای خانواده یا یک دوست نزدیک، یا شاغل بودن در حوزه‌ای که تروما در آن شایع است.

در DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) تعریف عامل استرس‌زا بیش از حد گسترده باقی ماند. همان‌طور که در ملاک A تعریف شده است، عامل استرس‌زا مستلزم مواجهه واقعی با مرگ یا تهدید به مرگ، آسیب جدی، خشونت جنسی به یکی (یا بیشتر) از این روش‌ها است: تجربه مستقیم رویداد تروماتیک، مشاهده حضوری رویدادی که برای دیگران رخ داده است، مطلع شدن از اینکه رویدادی خشونت‌آمیز یا غیر مترقبه برای یکی از اقوام نزدیک یا یکی از دوستان نزدیک رخ داده است، یا مواجهه مکرر با جزئیات ناخوشایند رویدادهای تروماتیک (برای مثال اولین امدادگرانی که در حوادث، اجساد را جمع‌آوری می‌کنند، یا افسران پلیسی که دربارهٔ کودک‌آزاری تحقیق می‌کنند). این ملاک تشخیصی، مواجهه را محدود کرده است و مواجهه با رویداد آسیب‌زا در تلویزیون، دیگر ملاک‌های عامل استرس‌زا را برآورده نمی‌کند.

بنابراین، تعریف عامل استرس‌زای ملاک A کتاب راهنما در ویراست‌های متوالی تغییر کرده است: تعریف آن با رویداد تهدیدکنندهٔ زندگی آغاز شد و به تدریج گسترش پیدا کرد تا انواع رویدادهای نامطلوب را در برگیرد، حتی گاهی شامل شنیدن در مورد آنها هم می‌شود. این گسترش مفهومی که چه رویدادی «تروماتیک» به حساب می‌آید مثال خوبی برای گسترش مفهومی است (هسلام، ۲۰۱۶؛ مک‌نالی، ۲۰۱۶). به عبارت دیگر، با تعریفی محدود شروع می‌شود و به تدریج گسترش می‌یابد. گسترش مفهومی یکی از اصلی‌ترین دلایل بیش تشخیصی تمام اختلالات روان‌پزشکی است (پاریس، ۲۰۲۰c).

تعریف PTSD در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۱ (ICD-11؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۹)، کوتاه‌تر و همراه با محافظه‌کاری بیشتری است:

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلالی است که به دنبال مواجهه با رویدادی تهدیدکننده یا ناگوار یا مجموعه‌ای از رویدادها رخ می‌دهد. این اختلال با تمام موارد زیر مشخص می‌شود: (۱) تجربهٔ مجدد رویداد یا رویدادهای تروماتیک در زمان حال به صورت خاطرات واضح ناکهانی، فلش‌بک‌ها، یا کابوس‌ها. این موارد به طور معمول همراه با هیجانات قوی به خصوص ترس یا وحشت و احساسات جسمانی شدید می‌شود؛ (۲) اجتناب از افکار و خاطرات رویداد(ها)، یا اجتناب از فعالیت‌ها، موقعیت‌ها، یا افرادی که یادآور رویداد(ها) هستند؛ و (۳) ادراک مداوم وجود تهدید کنونی، برای مثال نشان دادن گوش‌به‌زنگی یا افزایش واکنش یک‌ه خوردن در برابر محرک‌هایی مانند صدای غیر منتظره. نشانه‌ها باید حداقل برای هفته‌های متعدد وجود داشته باشد و باعث ایجاد آسیب قابل توجه در حوزه‌های شخصی، خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی، شغلی یا دیگر حوزه‌های مهم عملکردی شود.

محور اصلی این تعریف این است که یکی از اجزای مهم PTSD تجربهٔ مجدد خاطرات رویدادهای تروماتیک، در زمان حال است. بر خلاف DSM-5، ICD-11 بر نشانه‌هایی تمرکز نمی‌کند که خاص PTSD نیستند و می‌توانند به همان اندازه منجر به اختلال خلقی و اضطرابی شوند. این تغییر، هدف اختصاصی کردن PTSD (بروین و همکاران، ۲۰۱۴) و کاهش فراوانی تشخیص (کلایتر و همکاران، ۲۰۱۴) را نشان می‌دهد.

تا به امروز، با توجه به اینکه بسیاری از تحقیقات از آمریکای شمالی است، تعریف DSM در مورد PTSD غالب است. بنابراین، از آنجایی که از نقاط برش مختلف برای تعیین «بیمار بودن» استفاده می‌شود، بسط مفهومی باعث گسترش کلی آنچه می‌توان «تروماتیک» در نظر گرفت، شده است (نرث و همکاران، ۲۰۰۹). در برخی از مطالعات اجتماع‌پژوهی (برای مثال برسلا و همکاران، ۱۹۹۱) حتی رویدادهای شایعی مانند طلاق و از دست دادن شغل هم راه‌اندازی برای PTSD در نظر گرفته می‌شد. در مورد اینکه جنگ، تجاوز جنسی، خشونت و سایر تروماهای شدید باید عامل استرس‌زا در نظر گرفته شوند یا نه، اختلاف نظر کمتری وجود دارد.

این مشکلات تشخیصی، اندازه‌گیری دقیق شیوع PTSD را سخت می‌کند. با این وجود، برای تعیین شیوع اختلالات روانی که به‌طور معمول در محیط‌های بالینی دیده می‌شود، مطالعات شیوع‌شناسی وسیعی در جامعه انجام شده است. بر اساس گزارش‌های مبتنی بر مطالعه شیوع‌شناسی که در دهه ۱۹۸۰ بر اساس تعریف DSM-III از PTSD در منطقه تحت پوشش انجام شد (رابین و رژیرو، ۱۹۹۱) شیوع مادام‌العمر این اختلال ۱ درصد تخمین زده شده است. با این حال، بر اساس مطالعه ملی همبودی (کسلر و همکاران، ۱۹۹۵)، شیوع مادام‌العمر ۷/۶ درصد گزارش شد (افزایش خیلی زیادی داشته است). تکرار بررسی ملی همبودی در اوایل دهه ۲۰۰۰ (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵، a) بر اساس DSM-IV هم میزان مشابهی را یافت: ۶/۸ درصد (۱۰/۴ درصد در زنان، اما فقط ۵ درصد در مردان). دیگر مطالعات وسیع و گسترده، نرخ ۸ تا ۹ درصد را گزارش داده‌اند (برسلا و همکاران، ۱۹۹۱، ۱۹۹۸؛ کیلپاتریک و همکاران، ۲۰۱۳). این نرخ‌ها به‌طور قابل توجهی بالا هستند اما از نرخ بالای مواجهه با تروما در طول زندگی کمتر هستند. این روند می‌تواند منجر به تشخیص بیش از حد این اختلال و استفاده زیاد از درمان‌های متمرکز بر تروما شود.

تشخیص‌های نزدیک به اختلال استرس پس از سانحه اختلال استرس حاد^۱

DSM-5 علاوه بر PTSD تشخیص اختلال استرس حاد را نیز مطرح می‌کند که واکنش فوری به تروما را پس از مواجهه با آن توصیف می‌کند که به‌مدت کمتر از یک ماه ادامه می‌یابد. این تشخیص در DSM-IV برای توصیف افراد آشفتگی معرفتی شد که در مراحل اولیه تشخیص PTSD را دریافت نمی‌کنند، اما ممکن است همچنان در معرض خطر PTSD کامل باشند. هرچند، مطالعات طولی بعدی نشان دادند که این تشخیص فقط تا حدودی پیش‌بینی‌کننده PTSD است؛ ولی در نمونه‌ای، حداقل نیمی از افرادی که در نهایت به PTSD مبتلا شدند هرگز در ابتدا ملاک‌های اختلال استرس حاد را برآورده نکرده بودند (بریانت و هاروی، ۱۹۹۸). همچنین، افرادی که به PTSD مبتلا می‌شوند، ویژگی‌هایی را که بعداً در PTSD نشان می‌دهند لزوماً مشابه ویژگی‌هایشان