

راهنمای مداخله مختصر برای اختلال

استرس پس از سانحه

ویژه کارشناسان سلامت روان

تدوین: کمیل زاهدی

ویراستار: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

بخش نخست

کلیات اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

- تعریف و علائم PTSD
- انواع PTSD
- اختلالات و بیماری‌های همراه با PTSD
- علل و عوامل ایجادکننده PTSD
- درمان‌های PTSD

بخش دوم

راهنمای مداخله مختصر برای PTSD

- جلسه اول: برقراری ارتباط، ارزیابی و آموزش بیمار
- جلسه دوم: آشنایی با مدیریت اضطراب و مدل درمانی
- جلسه سوم: مواجهه با رویداد آسیب‌زا
- جلسه چهارم: بازسازی شناختی
- جلسه پنجم: مواجهه و بازسازی شناختی
- جلسه ششم: پی‌گیری

مقدمه

برآورد می شود سالانه حدود ۲.۵ میلیون نفر در نتیجه صدمات حاصل از رویدادهای آسیب‌زا بستری می‌شوند. اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) اختلال پیچیده و گاه مزمنی است که معمولاً همراه با سایر اختلالات بروز می‌کند. در حالی که در معرض رویدادهای آسیب‌زا قرار گرفتن پدیده رایجیبه شمار می‌رود، ولی تنها شماری از افرادی که این شرایط را تجربه می‌کنند، یعنی بین ۱۴-۲۴ درصد، دچار PTSD می‌شوند. به عبارت دیگر، علائم PTSD را می‌توان نتیجه نقص در ظرفیت طبیعی فرد برای پاسخدهی شناختی و هیجانی به رویدادهای آسیب‌زا دانست.

به دلیل ماهیت PTSD، مداخله سریع در این اختلال نسبت به سایر اختلالات روانی از اهمیت بیشتری برخوردار است. بنابراین، کتابچه حاضر سعی دارد تا راهنمای مختصری برای مدیریت PTSD را به صورت جلسه به جلسه فراهم آورد. کتابچه حاضر شامل دو بخش کلی است. در بخش اول کلیاتی راجع به PTSD مانند ملاک‌های تشخیصی، انواع آن، علل و درمان‌های رایج ارائه می‌شود.

در بخش دوم یا اصلی کتابچه، راهنمای گام به گام مدیریت PTSD در جلسات مختلف ارائه شده است. تمرکز جلسات روی آموزش روانی بیمار، مواجهه و بازسازی شناختی است. از آنجایی که این درمان کوتاه مدت است، تا حد امکان باید مهارت‌هایی به بیمار آموزش داده شود که بتواند پس از پایان درمان آن‌را به تنهایی به کار برد.

بخش اول - کلیات اختلال PTSD

از زمانی که تشخیص PTSD برای اولین بار مطرح شد، اطلاعات ما در مورد آن روز به روز در حال افزایش است. جدیدترین مطالعات همه‌گیرشناسی حاکی از شیوع ۸ درصدی آن در بزرگسالان بوده و میزان آن در زنان بالاتر از مردان است. همچنین، این مطالعات نشان می‌دهند که قرار گرفتن در معرض رویدادهای آسیب‌زا امری است شایع و ۶۰-۸۰ درصد افراد در طول زندگی خود در معرض آن قرار می‌گیرند. زمانی که افراد در چنین موقعیتی قرار می‌گیرند، امکان ایجاد بحران روانی بسیار بالاست. بحران را می‌توان حالت موقتی آشفتگی و درهم‌ریختگی دانست که در جریان آن فرد نمی‌تواند با موقعیت یا محرک خاصی با روش‌های معمول مقابله کند.

افراد عموماً ظرف چند روز پس از تجربه رویداد آسیب‌زا دچار علائم ناشی از آن می‌شوند. البته بیش از ۵۰ درصد افرادی که واکنش آنان از لحاظ شدت و مدت با ملاک‌های PTSD همخوانی دارد، با گذشت سه ماه از شروع علائم بدون درمان بهبود می‌یابند. نکته قابل توجه این است که افرادی که تشخیص PTSD را دریافت کرده‌اند، وقتی دوباره در معرض رویدادهای آسیب‌زا قرار می‌گیرند، سه برابر افراد عادی در معرض خطر ابتلای مجدد به این اختلال قرار دارند. بنابراین، PTSD را می‌توان یک اختلال عودکننده در نظر گرفت.

تعریف و علائم PTSD

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مجموعه‌ای از علائم است که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی ایجاد می‌شوند و فرد به صورت ترس، درماندگی و وحشت شدید به این تجربه پاسخ می‌دهد، حادثه را دائماً در ذهن خود مجسم می‌کند و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند. برای تشخیص این اختلال، علائم آن باید حداقل به مدت یک ماه طول کشیده باشد و بر حوزه‌های مهم زندگی فرد (حوزه‌های خانوادگی، شغلی، تحصیلی و ...) تأثیر چشمگیری گذاشته باشند. علائم بیماری در سه طبقه کلی تقسیم‌بندی می‌شوند:

۱. علائم تجربه مجدد: یادآوری‌های عذاب‌آور، مکرر و مزاحم؛ دیدن مکرر واقعه در رویا؛ عمل و احساس کردن به گونه‌ای که انگار واقعه دارد تکرار می‌شود؛ رنج و عذاب روانی شدید در مواجهه با سرنخ‌های درونی یا بیرونی مرتبط با واقعه؛ پیدایش واکنش‌های جسمی در مواجهه با سرنخ‌های درونی یا بیرونی مرتبط با واقعه.

۲. علائم اجتناب: کوشش برای اجتناب از افکار، احساسات، یا گفت‌وگوهای مرتبط با آسیب مذکور؛ کوشش برای اجتناب از فعالیت‌ها، مکان‌ها، یا اشخاصی که یادآور آسیب مذکورند؛ ناتوانی از به‌یادآوردن جنبه مهمی از آسیب مذکور؛ کم‌علاقگی شدید در پرداختن به امور مهم؛ احساس دل‌گسستگی یا غریبگی در میان دیگران؛ محدود شدن طیف حالات عاطفی؛ احساس بعید دانستن اتفاق افتادن وقایع خوشایند

۳. علائم افزایش‌انگیختگی: اشکال در به خواب رفتن یا تداوم خواب؛ تحریک پذیری یا انفجار خشم؛ دشواری تمرکز؛ گوش به زنگی مفرط؛ واکنش شدید از جا پریدن.

PTSD بر اساس مدت زمانی که علائم ادامه می‌یابند به دو طبقه کلی حاد و مزمن تقسیم می‌شود. در نوع حاد، علائم تا سه ماه طول می‌کشد و در نوع مزمن علائم بیش از سه ماه طول می‌کشد.

اختلالات و بیماری‌های همراه با PTSD

میزان شیوع بیماری‌های همراه با اختلال PTSD زیاد است، به گونه‌ای که حدود دو سوم این بیماران لااقل به دو اختلال دیگر نیز مبتلا هستند. مشکلات و بیماری‌های جسمی مانند اختلالات قلبی یا نورولوژیک در PTSD شایع هستند. علاوه بر این، اختلالات روانپزشکی مانند اختلال جسمانی‌سازی، افسردگی، دوقطبی، اضطراب، اختلال مصرف مواد، اختلالات تجزیه‌ای، اختلالات شخصیت و خطر خودکشی بالا در این بیماران به وفور به چشم می‌خورد.

وجود همزمان اختلالات طبی و روانپزشکی ممکن است تشخیص علائم PTSD را دشوار سازند و یا شدت علائم و مزمن بودن آن‌ها را افزایش دهند و منجر به ناتوان‌سازی بیشتر فرد شوند که خود مستلزم افزایش سطوح مراقبت‌های لازم است.

علل PTSD

این اختلال نیز مانند سایر اختلالات روانی دارای علت واحدی نیست و یک پدیده زیستی، روانی و اجتماعی است. مهمترین عواملی که در ظهور این اختلال نقش دارند شامل عوامل ژنتیک و زیست‌شناختی، سابقه مورد بدرفتاری فیزیکی، جنسی و روانی قرار گرفتن در دوران کودکی تغییرات پراسترس اخیر در زندگی می‌باشند.

درمان PTSD

- مانند سایر اختلالات روانپزشکی برای PTSD نیز دو استراتژی کلی برای درمان وجود دارد: دارودرمانی و رواندرمانی.
- **دارودرمانی:** داروهای بازدارنده بازجذب سروتونین (SSRIs) مانند سرتالین و پاروکستین خط مقدم درمان PTSD هستند. این داروها هم به خوبی تحمل می‌شوند و هم علائم متعدد و متفاوت این اختلال را کاهش می‌دهند. علاوه بر آن، روی علائم اختلالات همراه مانند افسردگی و اضطراب نیز تأثیر می‌گذارد. داروهای سه حلقه‌ای (مانند ایمی‌پرامین و آمی‌تریپ‌تیلین) و مهارکننده‌های منوآمین‌اکسیداز نیز دارای اثرات تأیید شده‌ای روی PTSD هستند.
 - **رواندرمانی:** انواع مختلفی از رواندرمانی شامل رواندرمانی روانپوشی، رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری، هیپنوتیزم و حساسیت‌زدایی منظم با حرکات چشم دارای اثرات درمانی روی PTSD هستند. رواندرمانی شناختی-رفتاری و

درمان حمایتی بیش از سایر انواع روان درمانی در PTSD مورد استفاده قرار می گیرد. در درمان حمایتی سعی می شود تا حمایت لازم از بیمار صورت گیرد و تشویق می شود تا درباره واقعه آسیب زا صحبت کند و یا آن را تجسم نماید. د درمان شناختی رفتاری افکار منفی و باورهای غیرواقع بینانه بیمار درباره رویداد آسیب زا اصلاح می شود و سعی می شود تا انواع و اقسام مکانیسم های مقابله ای کارآمد به وی آموخته شود.

بخش دوم - راهنمای مداخله مختصر برای PTSD

در این بخش راهنمای مداخله مختصر برای PTSD به صورت گام به گام و به تفکیک هر جلسه آمده است. این راهنما برای چهار جلسه طراحی شده است. سه جلسه ۳۵ دقیقه‌ای و یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (جلسه سوم). جلسه اول به برقراری ارتباط، ارزیابی و آموزش بیمار اختصاص دارد. در این جلسه علاوه بر آشنا شدن بیشتر با مشکل بیمار، اطلاعاتی راجع به PTSD و درمان آن به وی داده می‌شود تا در جریان روال جلسات قرار گیرد. در جلسه دوم به آموزش راهکارهای مدیریت اضطراب پرداخته می‌شود و بیمار با مدل درمانی نیز آشنا می‌شود. در جلسه سوم، مواجهه با رویداد آسیب‌زا صورت می‌گیرد تا زنجیره اجتناب‌های بیمار شکسته شود. در جلسه چهارم نیز که آخرین جلسه درمان است، بازسازی شناختی صورت می‌پذیرد و به بیمار نیز آموزش داده می‌شود تا این مهارت را که نیاز به تمرین زیادی دارد، در زندگی روزمره‌اش به کار گیرد.

جلسه اول - برقراری ارتباط، ارزیابی و آموزش بیمار

اهداف:

۱. برقراری ارتباط درمانی
۲. ارزیابی ابعاد مختلف مشکل و شدت آن
۳. آموزش بیمار
۴. پاسخ به سوالات مراجع و عقد قرارداد درمانی

وسایل مورد نیاز:

۱. راهنمای مداخله مختصر برای PTSD (راهنمای حاضر)
۲. چک‌لیست PTSD (به پیوست الف مراجعه کنید)
۳. فرم قرارداد درمانی (در صورت نیاز)

مروری بر جلسه

جلسه اول با تلاش برای برقراری ارتباط با بیمار شروع می‌شود و با ارزیابی و آموزش روانی وی ادامه می‌یابد. در پایان جلسه نیز قرارداد درمانی با بیمار بسته می‌شود. برقراری ارتباط خوب با بیمار اهمیت زیادی دارد، زیرا در غیراینصورت ممکن است بیمار به درمان خاتمه دهد.

۱. برقراری ارتباط درمانی

برخورد اولیه شما با یک بیمار مبتلا به PTSD بسیار با اهمیت است. اگر بتوانید ارتباطی توأم با مهربانی و احترام با بیمار برقرار کنید، در واقع پایه‌های یک رابطه درمانی کمک کننده را فراهم کرده‌اید و این مسئله با پیامد درمانی بهتر ارتباط دارد.

برقراری ارتباط با بیماران مبتلا به PTSD از اهمیت خیلی زیادی برخوردار است. این بیماران معمولاً بسیار پریشان، مضطرب، به هم ریخته و وحشت زده هستند و بنابراین اعتماد کردن به دیگران و برقراری ارتباط با آنها برایشان سخت است، این موضوع بویژه در خصوص بیمارانی که مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند، بیشتر صادق است. برای برقراری ارتباط، درمانگر باید کاملاً آرام باشد و روشن، واضح و با اطمینان صحبت کند. این مسئله باعث خواهد شد که بیماران بتوانند به شما اعتماد کنند و به مهارت شما در این زمینه پی ببرند.

نکته حائز اهمیت در برقراری ارتباط، توجه به مسائل فرهنگی و هنجارهای اجتماعی است. در مسائلی مانند فاصله نشستن از بیمار، برقراری ارتباط چشمی و ارتباط جسمی مانند گرفتن دست یا گذاشتن دست روی شانه بیمار باید حتماً به مسائل فرهنگی توجه داشته باشید. احترام قائل شدن برای فضای خصوصی بیمار می‌تواند در ابتدای درمان بسیار کمک کننده باشد. هیچگاه به فضای خصوصی مراجع تجاوز نکنید زیرا احتمالاً همین مسئله باعث قطع درمان از جانب بیمار خواهد شد.

بهتر است پس از خوشامدگویی به مراجع، جلسه را با معرفی خود شروع کنید. برای معرفی باید نام خانوادگی خود، رشته تحصیلی و درجه علمی‌تان را مطرح کنید و از مراجع نیز بخواهید خود را معرفی کند و علت مراجعه خود را مطرح کند. یک سوال خوب برای پرسیدن علت حضور مراجع این است: «چی شد که الان به اینجا مراجعه کرده‌اید؟». سعی کنید از ابتدای جلسه، تمامی توجه خود را به بیمار اختصاص دهید و تلاش کنید تا مشکل وی را درک کنید. توجه به کلام بیمار، حالت چهره و حرکات بدنی او (مانند تکان دادن پاها، گره کردن دست‌ها در هم، جویدن ناخن‌ها و ...) بسیار حائز اهمیت است.

نکته بسیار مهم دیگر در این قسمت، صحبت با بیمار درباره اصل اخلاقی رازداری و موارد استثناء آن است. صحبت درباره رازداری به بیمار این امکان را می‌دهد که راحت‌تر به درمانگر اعتماد کند (به خصوص در مورد نوجوانان و یا بیمارانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند) و بتواند مسائلی را که تا به حال با کسی مطرح نکرده است با شما درمیان بگذارد. البته بخاطر داشته باشید که موارد استثناء رازداری (قصد اقدام به خودکشی و یا دیگر کشی) را نیز مورد تاکید قرار دهید. زیرا وقتی چنین مواردی پیش می‌آید و شما قانون رازداری را زیر پا می‌گذارید، ارتباط درمانی از بین خواهد رفت و رابطه درمانی نیز برای بیمار به یک رابطه ناخوشایند تبدیل می‌شود.

اقدامات مفید در برقراری رابطه

- به عنوان الگویی برای ارتباط سالم عمل کنید: آرام، مؤدب، سازمان‌یافته و حمایت‌کننده باشید
- در شرایطی که امکان‌پذیر و مناسب است، رازدار باشید
- نسبت به مسائل و تفاوت‌های فرهنگی حساس باشید
- به واکنش‌های هیجانی و جسمانی خود دقت کنید و مراقب آن‌ها باشید
- در دسترس باشید

۲. جمع‌آوری اطلاعات درباره ابعاد مختلف مشکل و شدت آن

پس از شروع جلسه درمانی و برقراری ارتباط اولیه، گام بعدی جمع‌آوری اطلاعات در مورد ابعاد مختلف مشکل از زبان مراجع است. البته امکان دارد در پرونده ارجاعی، مسائلی درباره مشکل بیمار نوشته شده باشد ولی بهتر است به بیمار بگویید که پرونده او را مطالعه کرده‌اید ولی دوست دارید و ترجیح می‌دهید مشکل را از زبان خود او بشنوید.

اگرچه مسئله ارزیابی در تمامی طول جلسات درمانی ادامه می‌یابد ولی ارزیابی اولیه به دلیل اینکه به سیر جلسات جهت می‌دهد از اهمیت زیادی برخوردار است. برای مثال، بیمارانی که مستقیماً حوادث تهدیدکننده را تجربه کرده‌اند و یا به شدت ترسیده‌اند و احساس درماندگی می‌کنند احتمالاً درمان سخت‌تری خواهند داشت. در ارزیابی اولیه، از چک لیست PTSQ (به پیوست الف مراجعه کنید) استفاده کنید که شامل حوزه‌های زیر است:

- **ماهیت و شدت تجربه بیمار در حین رویداد آسیب‌زا:** در این قسمت باید بیمارانی را که از صحبت در مورد واقعه آسیب‌زا خودداری می‌کنند تشویق کنید تا در مورد تجربه خود صحبت کند و فواید داشتن اطلاعات دقیق در این زمینه را برای درمان بهتر خاطرنشان کنید. به یاد داشته باشید که هرگز از بیمار نخواهید جزئیات بسیار ریز رویداد را برای شما بازگو کند، زیرا این کار به احتمال بسیار زیاد باعث تشدید هیجانات دردناک وی در جلسه خواهد شد و روال جلسه را بر هم می‌زند
- **بررسی از دست دادن فرد مورد علاقه:** با توجه با ماهیت رویداد از بیمار بپرسید «آیا فرد مورد علاقه‌ای را در این رویداد از دست داده‌اید؟».
- **بررسی احساس گناه و شرمساری شدید:** این احساسات بسیار دردناک هستند و صحبت راجع به آن‌ها نیز برای بیمار دشوار است. در این قسمت سعی کنید با این احساسات همدلی کنید.
- **بررسی افکار آسیب‌زدن به خود یا دیگران:** برای بررسی این حوزه بهتر است اینگونه سوال بپرسید: «گاهی اوقات تجربه چنین وقایعی به قدری دردناک و خارج از تحمل است که بعضی از افراد به فکر آسیب‌زدن به خود یا دیگران می‌افتند. آیا شما تا بحال چنین افکاری داشته‌اید؟»

- **بررسی مصرف الکل و مواد:** قرارگیری در معرض رویدادهای آسیب‌زا می‌تواند امکان بازگشت به مصرف مواد و یا ایجاد وابستگی جدید را تسهیل نماید. در این زمینه به صورت شفاف و کاملاً خنثی این موضوع را بررسی کنید.
- **سابقه تجربه رویدادهای آسیب‌رسان قبلی:** افرادی که قبلاً تجربه وقایع مشابه را داشته‌اند به احتمال زیادتری واکنش‌های شدید و طولانی به رویداد آسیب‌رسان نشان می‌دهند. از بیمار سوال کنید: «آیا این رویداد شما را به یاد رویدادهای مشابهی که قبلاً تجربه کرده‌اید می‌اندازد؟ آن‌ها چگونه بودند؟».
- **بررسی نظام‌های حمایتی بیمار:** برخورداری از خانواده، دوستان و یا شبکه حمایت اجتماعی که در این شرایط بتوانند به فرد کمک کنند در درمان PTSD بسیار حائز اهمیت است. در غیر اینصورت درمانگر باید فکری برای این زمینه کند.

افکار، طرح و نقشه و یا اقدام به خودکشی جزء فوریت‌های روانپزشکی هستند. هرگز بررسی آن‌ها فراموش نکنید و در صورت وجود هر یک از آن‌ها اقدامات لازم را (مانند ارجاع، بستری، اطلاع به خانواده و ...) سریعاً انجام دهید.

۳. آموزش روانی بیمار

آموزش روانی بیمار در تمامی مراحل و جلسات درمان انجام می‌شود ولی در جلسه اول قسمت عمده جلسه را تشکیل می‌دهد. آموزش روانی باعث افزایش آگاهی، روشن‌سازی ذهن مراجع و توانمندسازی او در برخورد با مشکلات فعلی و آتی می‌شود. این آموزش‌ها باعث می‌شود که بیمار احساس سردرگمی کمتری در درمان کند و مشارکت وی در درمان بیشتر شود. به یاد داشته باشید که هرچقدر اطلاعات بیمار راجع به مشکلیش بیشتر شود، کنترل او روی مشکل بیشتر خواهد شد. آموزش روانی در حیطه‌های زیر انجام می‌شود:

✓ توصیف PTSD، علائم و نشانه‌های آن

زمانی که بیمار به شما مراجعه می‌کند، انواع مختلفی از علائم را مطرح می‌کند و هر یک را مشکل جداگانه‌ای می‌پندارد. علائم مربوط به حوزه‌های مختلف را جمع‌بندی کنید و به مراجع بگویید که تمامی این علائم و نشانه‌ها به مشکل واحدی به نام اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مربوط می‌شوند. سپس اطلاعاتی که راجع به این اختلال در اختیار دارید با توجه به سطح سواد مراجع در اختیار او قرار دهید. این مسئله باعث می‌شود که مراجع احساس آرامش بیشتری بکند و از طرفی دیگر به توانایی و اقتدار درمانی شما نیز پی برد.

✓ شیوع PTSD

بسیاری از بیمارانی که برای درمان مراجعه می‌کنند این باور اشتباه را دارند که فقط آنها هستند که این مشکل را دارند. زمانی که اطلاعاتی را راجع به شیوع اختلال در اختیار آن‌ها قرار می‌دهید متوجه می‌شوند که در این رابطه تنها نیستند و احساس آرامش بیشتری می‌کنند.

همانطور که قبلاً ذکر شد شیوع PTSD در جمعیت‌های مختلف متفاوت است ولی در مجموع شیوع طول عمر آن‌را تقریباً ۸ درصد اعلام کرده‌اند. البته باید بخاطر داشت که شیوع این اختلال بعد از سوانح خاصی مانند زلزله یا سیل به چندین برابر افزایش می‌یابد.

✓ علل PTSD

در این قسمت از اطلاعاتی که در بخش کلیات این راهنما آمده است استفاده نمایید. به یاد داشته باشید که وقتی می‌خواهید دلایل ایجاد این اختلال را توضیح دهید به عوامل مختلف اشاره کنید. برای مثال عوامل زیست‌شیمیایی، ژنتیک، تجارب کودکی، مکانیسم‌های مقابله‌ای، باورها و ... را در تبیین این اختلال بیان کنید. البته باید تمامی این توضیحات را با زبانی ساده و متناسب با فهم بیمار ارائه کنید.

✓ درمان PTSD

در این قسمت درمان‌های موجود برای PTSD را توضیح دهید. لازم است که اشاره کنید برای این اختلال هم دارودرمانی وجود دارد و هم رواندرمانی و البته در اغلب موارد، ترکیب این دو نوع درمان از هر کدام به تنهایی مؤثرتر خواهد بود

توضیح دهید که درمان دارویی برای تنظیم عوامل زیست‌شیمیایی مغزی هستند و با توجه به نوع دارویی که مصرف می‌کند زمان مورد نیاز برای اثر گذاشتن دارو را نیز ذکر کنید. در این قسمت جا دارد تا اطلاعاتی به بیمار بدهید که احتمال تبعیت درمانی او را افزایش می‌دهد. برای مثال ذکر کنید که این داروها اعتیادآور نیستند و باید دقیقاً مطابق با نظر پزشک استفاده شوند. در صورتی که بیمار می‌گوید علاقه‌ای به مصرف دارو ندارد، بهتر است دلایل و باورهای او را در این زمینه بررسی کنید و بر فواید مصرف دارو در کنار رواندرمانی تأکید کنید.

در قسمت توضیح رواندرمانی بگویید که شما از نسخه مختصر درمان شناختی رفتاری برای PTSD استفاده می‌کنید. توضیح دهید که نتیجه تحقیقات متعدد نشان داده است که درمان شناختی رفتاری در درمان PTSD اثربخشی بالایی دارد و به عنوان اولین انتخاب درمانی مطرح شده است. در ادامه توضیح دهید که این درمان دارای ماهیت مشارکتی است و نیاز زیادی به همکاری بیمار دارد.

در ادامه توضیح دهید در این درمان، روی افکار و رفتارهای فرد کار می‌شود. به عبارت دیگر، این درمان معتقد است که افکار و باورهای ما باعث ایجاد و ادامه یافتن مشکلات می‌شود. البته در کنار کار روی افکار، مهارت‌هایی نیز به بیمار آموزش داده می‌شود تا

در شرایط فعلی و آینده بتواند از آن‌ها استفاده کند. در صورتی که بیمار نیاز به اطلاعات بیشتری در این زمینه داشت می‌توانید کتاب‌ها و یا منابع موجود در این زمینه را به وی معرفی نمایید.

۴. پاسخ به سوالات مراجع و عقد قرارداد درمانی

در پایان این جلسه مهم است که به سوالاتی که برای بیمار ایجاد شده است پاسخ دهید. شاید نیاز باشد شما پیشقدم شوید و از او پرسید در صورتی که سوالی دارد و یا قسمتی از توضیحات شما را متوجه نشده است، سوال کند و یا از او بخواهید تا خلاصه‌ای از آنچه در این جلسه مطرح شد را بازگو نماید و در صورت نیاز آن‌را اصلاح یا تکمیل کنید. سعی کنید در این قسمت، انگیزه بیمار و انتظارات مثبت او را به صورت واقع‌بینانه افزایش دهید تا به درمان ادامه دهد.

پس از این مرحله و برای شروع فرآیند درمانی باید قرارداد درمانی با بیمار بسته شود. بهتر است این قرارداد به صورت کتبی و در دو نسخه باشد. نکاتی مانند طول جلسات، تعداد جلسات، زمان جلسات، هزینه جلسات، و شرایط خاتمه درمان باید در قرارداد گنجانده شوند.

۵. تکلیف منزل

در این جلسه از مراجع بخواهید تا لیست مشکلاتی که در حال حاضر بیشترین اهمیت را برای وی دارد و میخواهد روی آنها کار شود، یادداشت کرده، الویت‌بندی نماید و جلسه بعد همراه خود بیاورد.

جلسه دوم- آموزش آرام سازی و آشنایی با مدل درمانی

اهداف جلسه:

۱. آموزش تنفس آرامی و تن آرامی ماهیچه‌ای پیشرونده

۲. آشنایی با مدل A-B-C

وسایل مورد نیاز:

۱. راهنمای مداخله مختصر برای PTSD (راهنمای حاضر)

۲. برگه ثبت A-B-C (به پیوست ب مراجعه کنید)

مروری بر جلسه:

در این جلسه پس از مرور جلسه قبلی و اتفاقات هفته گذشته، ابتدا دو روش مدیریت اضطراب را به بیمار آموزش می‌دهید و سپس او را با الگوی A-B-C آشنا می‌کنید، الگویی که پایه کار درمانی در جلسات بعدی خواهد بود. در پایان نیز تکلیف خانگی را برای بیمار تعیین می‌کنید.

۱. بررسی اتفاقات هفته قبل و خلاصه جلسه پیشین

در ابتدای هر یک از جلسات باقی‌مانده باید از بیمار بپرسید آیا اتفاق جدیدی در هفته گذشته پیش آمده است؟ و یا آیا موضوع جدیدی هست که بخواهد درباره آن صحبت کند؟ شاید اتفاق یا تغییر مهمی در طول هفته گذشته به وجود آمده باشد که نیازمند توجه ویژه شما باشد.

علاوه بر این، بسیار مهم است که از بیمار بخواهید خلاصه‌ای از جلسه پیشین را برای شما مطرح کند. این مسئله هم موجب می‌شود که بیمار در طول هفته به جلساتی که با شما داشته است فکر کند و هم باعث می‌شود بتواند بین جلسه قبلی و فعلی ارتباط برقرار کند.

۲. بررسی تکلیف منزل

تکلیف هفته پیش را که مربوط به فهرست مشکلات مراجع بود، بررسی کرده و مواردی را که مرتبط با اختلال PTSD است، شناسایی و اولویت‌بندی نمایید. با توجه با کوتاه بودن جلسات با مراجع بر روی یک یا دو مشکل اصلی توافق کنید.

بخاطر داشته باشید تکلیف خانگی، یکی از مهمترین اجزای مدل درمانی است و لذا در ابتدای هر جلسه باید مورد بررسی دقیق قرار گیرد. در صورتی که این کار را فراموش کنید و یا عمداً از انجام آن خودداری نمایید، مراجعان متوجه جدی نبودن این مسئله برای شما می شوند و هم احساس بدی از اینکه وقتشان را تلف کرده‌اند پیدا می‌کنند و هم به احتمال زیاد تکلیف بعدی را انجام نخواهند داد.

در بررسی تکلیف، ابتدا بیمار را بخاطر انجام تکلیفش تشویق نمایید و بیان کنید که این کار به سرعت شدن روال درمان کمک زیادی خواهد کرد. در گام بعدی محتوای تکلیف را بررسی نمایید و مواردی که را که برای این جلسه نیاز دارید استخراج نمایید. به یاد داشته باشید که حتماً از بیمار بپرسید آیا در انجام این تکلیف مشکلی داشته است؟ در صورتی که پاسخ وی مثبت بود، باید برای این مشکلات راه حلی بیندیشید تا در موارد بعدی، تکلیف آسانتر انجام شود.

در مورد بیمارانی که تکلیف خود را به همراه نمی‌آورند و یا آن‌ها را انجام نمی‌دهند هرگز برخورد تندی نشان ندهید. بهترین کار در چنین مواردی، بررسی مجدد فواید انجام تکلیف خانگی، علت انجام ندادن آن و تأکید بر این مسئله است که انجام ندادن تکلیف باعث طولانی‌تر شدن درمان می‌شود.

۳. آموزش تنفس عمیق و تن آرامی ماهیچه‌ای پیشرونده

هدف از آموزش تن آرامی به بیمار، آموزش روشی برای مقابله با برانگیختگی زیاد، واکنش‌های فیزیولوژیک و دیگر هیجانات ناخوشایندی است که بیمار هنگام تجربه مجدد واقعه آسیب‌رسان تجربه می‌کند. استفاده از این تکنیک باعث می‌شود تا بیمار احساس آرامش کند، احساس کفایت وی افزایش یابد، و توانایی اش برای تحمل برانگیختگی در طول جلسات بیشتر شود.

✓ تنفس عمیق

تمرینات تنفس آرام بسیار کوتاه‌اند. پس از اینکه آن را در جلسه به بیمار آموزش دادید از او بخواهید تا آن را در منزل به صورت روزانه تمرین کند. هدف از این آموزش، اصلاح سبک تنفسی بیمارانی مبتلا به PTSD است. اغلب این بیماران عادت دارند هوا را در قسمت بالایی سینه‌شان فرو برند و همین مسئله باعث تنفس سریع‌تر می‌شود که در تشدید اضطراب نقش زیادی دارد.

در این جلسه، باید تنفس دیافراگمی یا شکمی را به بیمار آموزش دهید. در این نوع تنفس، دیافراگم در زیر شش‌ها منبسط می‌شود و هوا در شش‌های پایینی ذخیره می‌شود که منجر به بالا آمدن شکم خواهد شد. برای آموزش این نوع تنفس، در ابتدا دست خود را روی شکمتان قرار دهید و از بیمار بخواهید آن‌را مشاهده کند. سپس هنگامی که نفس می‌کشید و در هنگام دم، شکم شما

بالا می آید و هنگام بازدم به سمت داخل بازمی‌گردد. بعد از این مرحله از بیمار بخواهید تا او نیز همین کار را انجام دهد و به دم و بازدم به مدت دو دقیقه ادامه دهد. هر جا که لازم است به او راهنمایی لازم را بدهید تا در نهایت این کار را فراگیرد.

تاکید کنید این مهارت نیاز به تمرین دارد و گاهی بعضی از بیماران نیاز به تمرین یک هفته‌ای دارند تا آن را بیاموزند. بنابراین از بیمار بخواهید که به صورت روزانه آن را در منزل تمرین کند.

۷ تن‌آرامی ماهیچه‌ای پیشرونده

بعد از آموزش تنفس دیافراگمی می‌توانید مهارت پیشرفته‌تری را که اثرات خیلی خوب و اثبات‌شده‌ای در کاهش اضطراب و برانگیختگی دارد به بیمار آموزش دهید. این تمرین تن‌آرامی ماهیچه‌ای پیشرونده نام دارد. در شروع این تمرین از مراجع بخواهید تا راحت روی صندلی بنشینند و به پشتی آن تکیه دهد. سپس موارد زیر را به ترتیب به مراجع بگویید:

۱. چشمانتان را ببندید و ۳ بار نفس عمیق (تنفس دیافراگمی) بکشید.
۲. دست چپ‌تان را مشت کنید و به تنشی که در این حالت ایجاد می‌شود توجه کنید. بعد از ۱۰ ثانیه آن‌را شل و به محو شدن تنش از انگشتانتان دقت کنید.
۳. حالا دست راست‌تان را مشت کنید و تا آنجایی که می‌توانید انگشتانتان را فشار دهید. به تنشی که در انگشتان دست و ساعدتان ایجاد می‌شود توجه کنید. بعد از ۱۰ ثانیه آن‌را شل کنید.
۴. دست چپ‌تان را محکم مشت کنید، پس از آن آرنج‌خود را خم کنید تا ماهیچه‌های بازوی‌تان سفت شود. پس از ۱۰ ثانیه آن را شل کنید. گرمایی را که در ماهیچه‌های آن قسمت تولید و از طریق انگشتان‌تان خارج می‌شود را احساس کنید.
۵. مرحله قبل را این بار برای دست راست‌تان تکرار کنید.
۶. حال هر دو دست‌تان را با هم مشت کنید و هر دو را با هم خم کنید تا کاملاً سفت شوند. در همان حالت، آن‌ها را نگه دارید و تنش بوجود آمده را حس کنید. پس از ۱۰ ثانیه آن‌ها را شل کنید و گرما و آرمیدگی را که در سراسر عضلات آن قسمت جریان یافته، احساس کنید.
۷. حالا پیشانی‌تان را منقبض (چروک) کنید و چشمان‌تان را محکم ببندید. تنش موجود در پیشانی و چشمان خود را حس کنید. پس از ۱۰ ثانیه آن‌ها را شل کنید.
۸. این بار پیشانی‌تان را منقبض (چروک کنید) و چشمانتان را سفت ببندید. سرتان را به عقب برده و گردن‌تان را سفت کنید، لب‌های خود را بر روی هم فشار دهید و بعد از ۱۰ ثانیه آن‌ها را شل کنید.
۹. حالا شانه‌هایتان را تا حد امکان به طرف جلو فشار دهید و بعد از ۱۰ ثانیه آن‌ها را رها کنید.
۱۰. حالا یکبار دیگر شانه‌هایتان را به طرف جلو فشار دهید و همزمان با آن، ماهیچه‌های شکم‌تان را به داخل دهید و بعد از ۱۰ ثانیه آن‌ها را رها کنید.
۱۱. حالا به سراغ پاها می‌رویم، انگشتان پای چپ‌تان را به طرف بالا بیاورید و پاشنه آن را محکم به سمت پایین فشار دهید. بعد از ۱۰ ثانیه آن‌ها را رها کنید.
۱۲. همین کار را برای پای راست نیز تکرار کنید.

۱۳. در گام آخر، کف هر دو پای‌تان را بر زمین فشار دهید و پس از ۱۰ ثانیه آن‌ها را رها کنید. اکنون پنج نفس عمیق بکشید و به تمرین خاتمه دهید.

۴. آشنایی با درمان شناختی-مدل A-B-C

فرض اساسی رویکرد شناختی رفتاری این است که افکار و تفسیر فرد از یک رویداد، رفتار و نوع احساس وی را تعیین می‌کند. به عبارت دیگر، برای کاهش پریشانی و هیجانات منفی نیازی به تغییر رویداد نیست بلکه با تغییر افکار ناکارآمد می‌توان واکنش‌های بعدی را تغییر داد.

برای آشنا کردن بیمار با این الگو، در ابتدا باید تمایز افکار، احساسات و رفتارها را به وی آموزش دهید. در آموزش مدل A-B-C بیمار فرصت پیدا می‌کند تا میان رویداد فعال‌کننده، افکار و پیامدهای احساسی و رفتاری آن تمایز قائل شود. بسیاری از این بیماران معتقدند که افکار آن‌ها عین واقعیت است و شما باید این افکار را ثبت و در مراحل بعدی درمان با آن‌ها چالش کنید.

برای آموزش این مدل برگه ثبت A-B-C (به پیوست ب مراجعه کنید) را در اختیار مراجع قرار دهید و یک مثال فرضی برای او مطرح کنید. دقت کنید که مثال اول خنثی باشد و از افکار خود مراجع گرفته نشده باشد. برای مثال می‌توانید مورد زیر را مطرح کنید:

«فردی که در خانه تنها است صدای باز شدن پنجره را می‌شنود. چه افکاری ممکن است به ذهن او بیاید؟». در این قسمت به مراجع کمک کنید افکار مختلف را مطرح کند مثلاً اینکه دزد آمده است و یا صدای باد بوده است. سپس با توجه به این افکار، ستون‌های احساس و رفتار را پر کنید. برای مثال، اگر فکر کند دزد آمده است احتمالاً می‌ترسد (هیجان) و فرار می‌کند یا برای مقابله آماده می‌شود (رفتار). ولی اگر فکر کند باد بوده هیجان خاصی پیدا نمی‌کند و احتمالاً بلند می‌شود تا پنجره را ببندد.

با اشاره به تفاوت این دو نوع مختلف واکنش، به بیمار آموزش دهید که تفاوت افکار و باورها باعث تغییر احساسات و رفتار ما خواهند شد و از او بخواهید مثالی را اضافه کند و فرم را با توجه به آن پر نماید. توجه داشته باشید مراجع را در این بحث مشارکت دهید و سعی کنید کاری کنید تا او خود به این نتیجه برسد.

۵. تکلیف منزل

در پایان این جلسه، تکلیفی را برای بیمار تعیین کنید تا با توجه به کوتاه مدت بودن درمان در خانه انجام دهد و بتواند آموزش‌های انجام شده در جلسات را تقویت کند. برای این جلسه دو تکلیف اصلی وجود دارد: تمرین تن‌آرامی پیشرونده به صورت روزانه و کامل کردن فرم A-B-C با توجه به رویدادهایی که در طول هفته جاری برای وی اتفاق خواهد افتاد.

جلسه سوم - مواجهه

اهداف جلسه:

۱. آموزش مواجهه تصویری با رویداد آسیب‌زا

وسایل مورد نیاز:

۱. راهنمای مداخله مختصر برای PTSD (راهنمای حاضر)

مروری بر جلسه:

این جلسه باید حدود یک ساعت باشد. در این جلسه علاوه بر مرور اتفاقات هفته پیش و بررسی تکلیف جلسه قبل، سلسله مراتب اضطراب تنظیم می‌شود و مواجهه تصویری صورت می‌گیرد. در پایان هم تکلیف خانگی تنظیم می‌گردد.

۱. بررسی اتفاقات هفته قبل و تکلیف منزل و خلاصه جلسه پیشین

در ابتدای جلسه، اتفاقات هفته قبل و خلق بیمار را در فاصله بین جلسات مورد بررسی قرار دهید. مانند جلسات پیش سعی کنید تا با کمک بیمار خلاصه‌ای از جلسه قبل را مطرح کنید و آن را به جلسه امروز مرتبط گردانید. سپس تکالیف تمرین تن آرامی و پرکردن فرم A_B_C را بررسی کنید و در صورت‌که بیمار مشکلی در انجام آن داشته، با روش حل مساله آن را حل کنید

۲. مواجهه تصویری با رویداد آسیب‌زا

مواجهه دارای مراحل زیر است:

گام اول - آمادگی

پیش از شروع مواجهه باید منطق این تکنیک را برای بیمار توضیح دهید. به این نکته اشاره کنید که در بسیاری از موارد، ترس و اضطراب زیاد باعث می‌شود که شما از موقعیت‌ها اجتناب کنید و همین مسئله مشکل را شدیدتر و با دوام‌تر می‌سازد. وقتی از این موقعیت‌ها اجتناب می‌کنید، احساس بهتری پیدا می‌کنید و همین مسئله این باور ناکارآمد (یا باورهای مشابه) را تقویت می‌کند که "اگر در این موقعیت‌ها قرار بگیرم، اتفاق ناگواری می‌افتد". هدف از مواجهه، ایجاد فرصتی است تا بیمار بتواند درستی آن باورها و افکار را ارزیابی کند زیرا با اجتناب هرگز فرصت ارزیابی آن‌ها را پیدا نمی‌کند.

علاوه بر این به بیمار یادآوری کنید که تمامی مراحل مواجهه با اجازه و موافقت او پیش می‌رود و شما هیچ کاری را بدون هماهنگی با وی انجام نخواهید داد. به او بگویید که در جریان مواجهه، اضطراب او قدری بالا خواهد رفت ولی این مسئله تحت کنترل شما قرار دارد و برای همین، دلیلی برای نگرانی وجود ندارد. می‌توانید با تاکید بر فواید درمانی مواجهه، انگیزه بیمار را برای شرکت در این فرایند، تقویت کنید.

گام دوم - ایجاد سلسله مراتب مواجهه

برای شروع فرآیند مواجهه، باید سلسله مراتب اضطراب و ترس بیمار را طراحی کنید. به این منظور به بیمار کمک کنید تا موقعیت‌هایی را که در وی ترس و اضطراب ایجاد می‌کنند بر حسب شدت به ترتیب مشخص کند و به هر کدام عددی از یک تا ده بدهد. این موارد را یادداشت کنید زیرا مبنای کار مواجهه را در مرحله بعد تشکیل می‌دهد. با توجه به کوتاه بودن درمان و متمرکز بودن علائم PTSD بر روی یک موقعیت خاص، بهتر است سلسله مراتب گام به گام را درباره این موقعیت خاص طراحی کنید.

به یاد داشته باشید که بیماران مبتلا به PTSD از موقعیت‌های بسیاری اجتناب می‌کنند. در تهیه سلسله مراتب، لازم است به این اجتناب‌های بیمار نیز توجه شود، زیرا بسیاری از این موارد جزء سطوح بالای اضطراب هستند و به همین علت بیمار از قرارگرفتن در آن‌ها و یا حتی تصور آن‌ها خودداری می‌کند. برای سنجش میزان ترس و اضطراب، از مراجع بخواهید تصور کند با آن موضوع یا موقعیتی که از آن اجتناب می‌کند روبرو شده است و سپس میزان ترس یا اضطراب خود را درجه‌بندی کند.

گام سوم - مواجهه اولیه

مواجهه را باید با مواردی شروع کنید که حداقل نمره ۵ را در سلسله مراتب مواجهه، گرفته است. مواردی که نمره پایین‌تر از ۵ می‌گیرند خیلی مناسب نیستند، چون اضطراب لازم را ایجاد نمی‌کنند. مواجهه باید تا جایی ادامه پیدا کند که میزان اضطراب بیمار حداقل به نصف کاهش یابد. هرگز مواجهه را پیش از کاهش اضطراب بیمار قطع نکنید زیرا این کار به جای تضعیف علامت و واکنش اضطرابی، آن را مستحکم‌تر خواهد کرد.

بهتر است در جریان مواجهه از بیمار بخواهید چشمانش را بسته نگاه دارد تا فرآیند تصور بهتر اتفاق بیفتد. در جریان مواجهه از بیمار بخواهید تا کاملاً روی جزئیات (دیدنی‌ها، صداها، بوهای خاص و ...) موضوع تمرکز کند تا هیچ‌گونه اجتنابی صورت نگیرد.

در جریان مواجهه هر ۵ دقیقه یکبار از بیمار بخواهید تا میزان ترس یا اضطراب خود را بر مبنای صفر تا ده اعلام نماید. معمولاً در ابتدای مواجهه اضطراب بالا می‌رود و ثابت می‌ماند و سپس شروع به پایین آمدن می‌کند.

به یاد داشته باشید مراحل مواجهه را ضبط کنید و در اختیار بیمار قرار دهید تا در منزل بتواند مواجهه را خودش تکرار کند. در صورتی که اضطراب بیمار کاهش نیافت، جلسه را ادامه دهید تا اضطراب وی کاملاً کاهش یابد (در صورت لزوم می‌توانید از آرام‌سازی استفاده کنید).

۴. تکلیف منزل

تکلیف منزل این هفته باید تکرار مواجهه در منزل باشد. از بیمار بخواهید از روی سلسله مراتب ترس و اضطراب، موردی را که بلافاصله بعد از موقعیتی که در جلسه مواجهه با آن انجام شد، انتخاب کند و سپس مواجهه را شروع و ادامه دهد تا درجه اضطرابش به نصف کاهش یابد. وقتی در یک مورد اضطرابش به نصف کاهش یافت باید به مورد بعدی برود و این کار را برای تمامی موقعیت هایی که در سلسله مراتب آمده انجام دهد.

مراجع را راهنمایی کنید تا مواجهه را با کمک صدایی که در جلسه ضبط شده ادامه دهد و در صورتی که مشکلی در این زمینه داشت می تواند جلسه بعد با شما مطرح سازد. اثرات درمانی تکرار مواجهه را توضیح دهید و تأکید کنید که مواجهه را به صورت روزانه انجام دهد

جلسه چهارم - بازسازی شناختی

اهداف جلسه:

۱. شناسایی افکار ناکارآمد
۴. به چالش کشیدن افکار ناکارآمد

وسایل مورد نیاز:

۱. راهنمای مداخله مختصر برای PTSD (راهنمای حاضر)
۲. فهرست افکار ناکارآمد رایج در PTSD (پیوست را ملاحظه کنید)

مروری بر جلسه:

در این جلسه ابتدا، رئیس مطالب جلسه هفته پیش و تکلیف آن مرور می‌شود. سپس وارد یکی از مهمترین قسمت‌های این درمان می‌شوید که شناسایی افکار منفی بیمار و آموزش شیوه چالش با این افکار است. در پایان نیز تکلیف خانگی مناسب با این جلسه تنظیم می‌شود.

۱. بررسی اتفاقات هفته قبل، تکلیف منزل و خلاصه جلسه پیشین

همانطور که پیشتر نیز اشاره شد، در آغاز هر یک از جلسات درمان باید درباره اتفاقاتی که در فاصله بین جلسات برای بیمار افتاده است سوال کرده و وضعیت خلقی او را بررسی نمایید. گاهی اوقات بیمار اشاره می‌کند که در فاصله بین این دو جلسه احساس بهتر یا بدتری داشته است. در این شرایط سریعاً بررسی کنید که این تغییر خلق به چه علت بوده است. آیا اتفاقی در خارج از جلسه درمانی علت آن بوده و یا جلسه درمانی قبل باعث آن شده است. شما باید مواردی که باعث شده بیمار احساس بهتری داشته باشد را شناسایی کنید و سعی کنید آن‌ها را تقویت نمایید. علاوه بر این، تکلیف منزل جلسه قبل را که تکرار مواجهه بوده بررسی نمایید و در صورتی که مشکلی وجود داشت آن را بررسی و برطرف نمایید. بخاطر داشته باشید بیمار را برای انجام تکالیفش تشویق نمایید.

۳. شناسایی افکار ناکارآمد

همانطور که پیشتر نیز اشاره شد، فرض اصلی مدلی شناختی رفتاری این است که تفسیر یک موقعیت به شکل یک فکر اتوماتیک در می آید و روی هیجانها، رفتارها و واکنشهای روانشناختی فرد اثر می گذارند. اغلب بیماران شرایط منفی و حتی مثبت را سوء تعبیر می کنند و در نتیجه افکار اتوماتیک آنها دچار سوگیری می شود. این افراد با آزمودن نقادانه افکارشان و تصحیح خطاهای شناختی شان بهتر می شوند.

افکار ناکارآمد که افکار اتوماتیک منفی نیز نامیده می شوند معمولاً به سرعت و مختصر و کوتاه به ذهن می آیند و بیمار صرفاً از طریق تغییر هیجان ناشی از این افکار می تواند به آنها پی ببرد. اغلب بیماران این افکار را به عنوان واقعیت می پذیرند و هدف از این قسمت درمان، آشنا کردن بیمار با این افکار تحریف شده است تا در مرحله بعدی بتواند آنها را به چالش بکشد.

افکار اتوماتیک تحریف شده معمولاً به شکل الگوهای مشخصی اتفاق می افتند که رایجترین آنها در بیماران PTSD عبارتند از:

- **شخصی سازی:** بیمار برای رویدادهای منفی به میزان زیادی خود را مقصر می داند و به نقشی که دیگران ممکن است در بروز اتفاق داشته اند، توجه نمی کند: «مثلاً مرگ دیگران در سانحه تصادف به خاطر من بود».
- **تفکر همه یا هیچ:** بیمار رویدادها یا افراد را به صورت همه یا هیچ می بیند و حد وسطی برای آن قائل نیست. «برای مثال آن اتفاق وحشتناک بود و هیچ چیز خوبی نداشت»
- **تعمیم افراطی:** بیمار یک الگوی کلی منفی را بر اساس تجربه یک رویداد، به سایر موارد نیز تعمیم می دهد. «مثلاً همیشه بدترین اتفاق برای من می افتد مثل آن تصادف»
- **جهت گیری تأسف:** این بیماران اغلب روی این موضوع تمرکز می کنند که در گذشته چطور می توانستند بهتر عمل کنند تا اینکه حالا چه کار می توانند انجام دهند تا اوضاع بهتر شود «مثلاً ای کاش به آن مسافرت نمی رفتیم تا آن حادثه اتفاق نمی افتاد».
- **فاجعه آمیز کردن:** این بیماران معتقدند که آنچه اتفاق افتاده است یا می افتد آنقدر وحشتناک و غیرقابل تحمل است که نمی توانند آن را تحمل کنند. «برای مثال، تکرار آن حادثه در ذهنم وحشتناک و کشنده است».
- **پیشگویی:** این بیماران معمولاً آینده را به صورت منفی پیش بینی می کنند. آنها معتقدند اتفاقات بد یا خطری در پیش است. «مثلاً مطمئنم دوباره حادثه بدی برایم اتفاق می افتد».

- **فیلتر ذهنی:** این بیماران معمولاً صرفاً به جنبه‌های منفی اتفاقات و زندگی نگاه می‌کنند و از دیدن اتفاقات مثبت آن ناتوانند. "برای مثال اگر در یک حادثه یک نفر از اعضای خانواده را از دست داده‌اند به نجات یافتن بقیه آن‌ها هیچ توجهی ندارند".

برای شناسایی رایجترین افکار خودآیند بیمار از تکلیف خانگی هفته دوم استفاده کنید. از ستون افکار استفاده کنید و سعی کنید رایجترین خطاهای فکری بیمار را پیدا کنید. برای توضیح این افکار به بیمار بهتر است ابتدا فهرست تحریف افکار رایج را در اختیار او قرار دهید و هر یک از موارد را برای او توضیح دهید و سپس از مثال‌های خود او استفاده کنید. مثلاً اگر بیمار در ستون افکار نوشته باشد «به این فکر می‌کردم که ای کاش هرگز به آنجا نمی‌رفتم تا آن اتفاق بد نمی‌افتاد» از او بپرسید که این با کدام یک از الگوهای تحریف افکار مطابقت دارد؟ سعی کنید تا به او کمک کنید تا خودش نوع خطا را تشخیص دهد.

پس از شناسایی این افکار به بیمار بگویید که کار ما این است که شما یاد بگیرید افکار اتوماتیک منفی خود را پیدا کنید و آن‌ها را ارزیابی نمایید تا بفهمید چقدر دقیق هستند. حتماً خاطر نشان سازید که هدف ما صرفاً مثبت‌نگری و دیدن نیمه پر لیوان نیست بلکه می‌خواهیم واقعیت را ببینیم. یعنی هم نیمه پر لیوان و هم نیمه خالی آن.

۴. چالش با افکار ناکارآمد

پس از شناسایی افکار ناکارآمد و معرفی آن‌ها به بیمار حالا نوبت چالش با آن‌ها است. به یاد داشته باشید که در چالش با افکار ناکارآمد، باید بیمار را هدایت کنید تا خودش بتواند دقت و صحت این افکار را زیر سوال ببرد نه اینکه شما مانند یک آموزگار این مسئله را به او گوشزد کنید.

سوال‌های متعددی هستند که با استفاده از آن‌ها می‌توانید درستی این افکار را ارزیابی کنید. ابتدا با استفاده از این سوالات، یک یا دو نمونه از افکار بیمار را در جلسه به چالش بکشید و سپس از بیمار بخواهید تا آن‌ها را یادداشت کند و به چالش با افکارش بر اساس این سوالات بپردازد:

۱. چه شواهدی وجود دارد؟
- شواهدی که دال بر صحت این عقیده باشد کدامند؟
- چه شواهدی بر خلاف این عقیده وجود دارد؟
۲. آیا توضیح جایگزینی وجود دارد؟ آیا می‌توان از زاویه دیگری به این اتفاق یا موقعیت نگریست؟ آیا فکر واقع‌بینانه‌تر و مفیدتری در مورد این موقعیت وجود دارد؟
۳. بدترین حالتی که می‌تواند (می‌توانست) رخ دهد چیست؟ آیا می‌توانم آن‌را تحمل کنم؟
۴. این فکر باعث چه هیجانات و رفتارهایی در من خواهد شد؟
- تغییر طرز فکر من چه تأثیری می‌تواند داشته باشد؟

۵. چه کاری باید در این باره انجام دهم؟ آیا می‌خواهم این فکر را نگه دارم یا اینکه می‌خواهم آن را کنار بگذارم و فکر واقع‌بینانه‌تری را جایگزین نمایم؟

۶. اگر دوستی در موقعیت مشابه بود، به او چه می‌گفتم؟ آیا همین گونه که الان فکر می‌کنم با او نیز برخورد می‌کردم؟

به بیمار یادآوری کنید که یادگیری ارزیابی یک فکر اتوماتیک یک مهارت است. بعضی افراد سریع آن‌را می‌گیرند و برخی دیگر نیاز به تکرار بیشتر و تمرینات هدایت شده دارند.

۵. تکلیف منزل

در پایان جلسه، ابتدا جلسه را جمع‌بندی نمایید و سپس تکلیف منزل را تنظیم کنید. برای این جلسه ابتدا از مراجع بخواهید که برگه A-B-C را که هفته دوم پر کرده بود همچنان ادامه دهد و علاوه بر آن خطاهای شناختی خود را با توجه به آموزش‌های این جلسه، شناسایی و در کنار ستون افکار بنویسد. سپس بر اساس سوالات مطرح شده در این جلسه به چالش با این افکار بپردازد و فکر واقع‌بینانه‌تری را جایگزین نماید. علاوه بر این، در صورتی که همچنان اضطراب بیمار در تصور موقعیت‌های آسیب‌زا پایین نیامده است، مواجهه تصویری را نیز به صورت روزانه ادامه دهد.

جلسه پنجم – مواجهه و بازسازی شناختی

اهداف:

۱. مواجهه
۲. بازسازی شناختی

وسایل مورد نیاز:

۱. سلسله مراتب اضطراب و ترس
۲. راهنمای حاضر

مروری بر جلسه

هدف این جلسه ترکیب مواجهه با بازسازی شناختی است. به این منظور به بیمار آموزش داده می شود تا قبل از مواجهه با موقعیت هایی که موجب ترس و یا اجتناب در وی می شود، فرایند بازسازی شناختی را انجام داده و سپس با موقعیت مورد نظر مواجه شوند. این کار میزان موفقیت تکنیک مواجهه را افزایش می دهد.

۱. معرفی موضوع و هدف جلسه

برای بیمار توضیح دهید در این جلسه نیز می خواهید مواجهه با موقعیت های اضطراب و ترس را تمرین کنید ولی این بار قبل از مواجهه، کار مقابله با افکار خودآیند منفی را نیز انجام می دهید زیرا این کار اثر درمانی مواجهه را افزایش می دهد. بنابراین، آنها باید قبل از تصور موقعیت مورد نظر، به افکار خودآیندی که در باره آن موقعیت در ذهنشان می گذرد، خوب فکر کنند، آنها را بازگو کنند و سپس با استفاده از سوالاتی که در جلسه بازسازی شناختی یادگرفتند، به چالش کشیده و نهایتاً پاسخ منطقی تر و مفیدتری را جایگزین آن کنند. سپس از این پاسخ جایگزین منطقی می توانند در طی مواجهه استفاده کنند، بدین ترتیب که هر گاه متوجه شدند اضطراب آنان در حال افزایش است این جملات را با خود تکرار کنند.

۲. بازسازی شناختی و مواجهه

در این جلسه، با استفاده از راهنمای جلسه سوم و چهارم، موقعیت دیگری را از روی برگه سلسله مراتب موقعیت های ترس و اضطراب را انتخاب کرده و سپس با استفاده از راهنمای جلسه سوم، به بیمار کمک کنید تا افکار ناکارآمد خود را درباره موقعیت مورد نظر را شناسایی و به چالش بکشند و سپس افکار منطقی تری را جایگزین آن کنند. سپس با استفاده از راهنمای جلسه چهارم،

تمرین مواجهه را انجام داده و به بیمار تاکید کنید هر وقت احساس کرد سطح اضطرابش در حال افزایش است، افکار جایگزین را باخود تکرار کند.

۳. تکلیف منزل

از بیمار بخواهید به عنوان تکلیف منزل، از روی سلسله مراتب موقعیت های ترس و اضطراب ، موقعیت دیگری را انتخاب کرده تا تمرین مواجهه همراه با بازسازی شناختی را انجام دهد. در انتها نیز پرسشنامه اضطراب را پر کنند تا اثر ترکیب مواجهه و بازسازی شناختی را روی کاهش اضطراب بررسی کنند.

جلسه ششم - پی گیری

اهداف جلسه:

۱. مرور آموزش‌ها و تکالیف
۲. شناسایی پیشرفت‌ها
۳. تشویق و تقویت بیمار

وسایل مورد نیاز:

پرسشنامه اضطراب بک

مروری بر جلسه

این جلسه دو تا چهار هفته بعد از آخرین جلسه مداخله تشکیل می‌شود. در واقع، در این جلسه هیچ مداخله‌ای اجرا نمی‌شود بلکه هدف از آن این است که درمانگر انگیزه بیمار را در حد مناسبی حفظ کند، از فراموشی احتمالی آموزش‌ها و تمرین‌ها جلوگیری نماید و از اجرای درست تکالیف و درک درست مفاهیم اطمینان پیدا کند. همچنین طول مدت این جلسه بهتر است متناسب با میزان علاقه بیمار برای مرور مطالب تکراری تنظیم شود.

۱. مرور آموزش‌ها

برای بیمار توضیح دهید "هدف این جلسه این است که ببینیم تا حالا درباره پانیک چه چیزهایی را یاد گرفته‌اید، چه کارهایی انجام داده‌اید و در آینده قرار است چه کار بکنید تا این مشکل دوباره اسباب درد سر نشود." در ادامه از او بخواهید مطالب مهمی را که در چهار جلسه قبل آموخته است به زبان خودش بیان کند. به او بگویید که می‌خواهید بدانید چه نکاتی در ذهن بیمار برجسته‌تر از همه است. برای این که بیمار احساس راحتی کند می‌توانید خودتان رئوس مطالب را عنوان کنید:

الف) اختلال استرس پس از سانحه چه نوع بیماری است؟

ب) افکار چه نقشی در آن دارند؟

ج) آرام‌سازی و بازآموزی تنفس برای چیست؟

د) چرا با موقعیت‌های ترسناک مواجه می‌شوید؟

پس از آن که بیمار نکاتی را که یاد دارد، بیان کرد شما مطالب او را تکمیل کرده و خلاصه‌ای از جلسات قبل را ارائه کنید. تحقیقات نشان دادند که بیماران بخش زیادی از مطالب جلسات را فراموش می‌کنند. بنابراین هر چقدر آنها را بیشتر مرور کنید بهتر خواهد بود.

۲. مرور تکالیف و تمرین‌ها

در چهار جلسه قبل تکالیف و تمرین‌های زیادی به بیمار داده‌اید چون بدون تمرین آموزش‌های ارائه شده، پیشرفتی اتفاق نمی‌افتد. برخی از بیماران گمان می‌کنند این تمرین‌ها برای چند روز یا چند هفته است، بنابراین، بلافاصله آنها را کنار می‌گذارند. تاکید کنید که تمرین‌ها باید تا مدتی به صورت فشرده انجام گیرند و پس از آن گهگاه آن را انجام دهند. اما هیچ وقت نباید آن را کنار بگذارند. در ادامه از بیمار بخواهید تمرین‌هایی را که انجام می‌دهد خلاصه‌وار مرور کند و شما راهنمایی‌های لازم را برای بهبود کار انجام دهید.

۳. مرور پیشرفت‌ها

از بیمار بخواهید پیشرفت‌هایی را که در طی این مدت داشته است بیان کند. به عبارت دیگر توضیح دهد چه تغییرات شناختی، رفتاری، احساسی و بدنی را تجربه کرده است. در ادامه، چک لیست PTSD را تکمیل کند و سپس نمره بیمار را در این جلسه با چهار جلسه قبل و بویژه جلسه اول مقایسه کنید. به بیمار بگویید که نمرات این چک لیست می‌تواند به آنها نشان دهد که چقدر در درمان پیشرفت کرده‌اند.

۴. تشویق و تقویت بیمار

به لحاظ درمانی، بیمار کار بزرگی انجام داده است لذا شایسته تقدیر است. از او به خاطر همراهی و مشارکت در درمان قدردانی کنید. هر کسی که کار مثبتی می‌کند دوست دارد تأیید شود و بیمار از این مقوله مستثنا نیست. همچنین بیمار را ترغیب کنید فرایند درمان را تا هر زمان که احساس نیاز می‌کند، ادامه دهد. از او بخواهید در صورت نیاز فوری برای مشاوره، نزد شما بیاید. همچنین بهتر است کتاب‌های خودیاری موجود را به بیمار پیشنهاد کنید.

پیوست

پرسشنامه استرس پس از ضربه (PTSQ) برای بیماران

نام بیمار: تاریخ:

در زیر فهرست علائمی که مردم اغلب بعد از تجربه یک واقعه و یا وقایع تروماتیک تجربه می کنند، آمده است. لطفاً آن را بخوانید و مشخص کنید آیا در ماه گذشته این علائم را داشتید یا خیر و شدت آن چقدر بوده است.

بسیار زیاد (۳)	متوسط (۲)	کم (۱)	اصلاً (۰)	علائم
				احساس اضطراب با بیاد آوردن اتفاق ناگوار
				کابوسدرباره وقایع
				احساسی مانند اینکه دوباره در حال تجربه آن وقایع هستید
				اضطراب یا ناراحتی وقتی که چیزی را می بینید یا می شنوید که آن حادثه را به یاد شما می آورد.
				عدم علاقه به کار و / یا انجام فعالیت های مستمر
				دشواری در ارتباط با مردم
				احساس کرختی هیجانی
				احساس ناتوانی در تصور کردن آینده
				دشواری در خواب
				احساس تحریک پذیری یا خشم
				مشکل در تمرکز
				احساس بی صبری یا ناتوانی در آرامش

فرم A-B-C

پیامد: رفتارها	پیامد: احساسها	باور (فکر)	رویدادهای فعال ساز/آماده ساز

برگه اطلاعات تحریف های شناختی

- **شخصی سازی:** شما برای اتفاقات منفی به مقدار زیادی خود را مقصر می دانید و به نقشی که دیگران ممکن است در بروز اتفاق داشته باشند، توجه نمی کنید: «مثلاً مرگ دیگران در سانحه تصادف به خاطر من بود».
- **تفکر همه یا هیچ:** شما اتفاقات یا افراد را به صورت همه یا هیچ می بینید و حد وسطی برای آن قائل نیستید. «برای مثال آن اتفاق وحشتناک بود و هیچ چیز خوبی نداشت»
- **تعمیم افراطی:** شما بر اساس یک رویداد، یک الگوی کلی منفی را به سایر موارد تعمیم می دهید. «مثلاً همیشه بدترین اتفاق برای من می افتد مثل آن تصادف».
- **جهت گیری تأسف:** شما اغلب به این فکر می کنید که در گذشته چطور می توانستید بهتر عمل کنید تا اینکه روی چیزی که حالا می توانید بهتر انجام دهید. «مثلاً ای کاش به آن مسافرت نمی رفتیم تا آن حادثه اتفاق نمی افتاد».
- **فاجعه آمیز کردن:** شما معتقدید آن چه که اتفاق افتاده است یا می افتد آنقدر وحشتناک است که نمی توانید آن را تحمل کنید. «برای مثال، تکرار آن حادثه در ذهنم وحشتناک و کشنده است».
- **پیشگویی:** شما معمولاً آینده را به صورت منفی پیش بینی می کنید و معتقدید اتفاقات بد یا خطری در پیش است. «مثلاً مطمئنم دوباره حادثه بدی برایم اتفاق می افتد».
- **فیلتر ذهنی:** شما معمولاً فقط به جنبه های منفی اتفاقات و زندگی نگاه می کنید و جنبه های مثبت را نادیده می گیرید. "برای مثال اگر در یک حادثه یک نفر از اعضای خانواده را از دست داده اند به نجات یافتن بقیه آنها هیچ توجهی ندارند".

