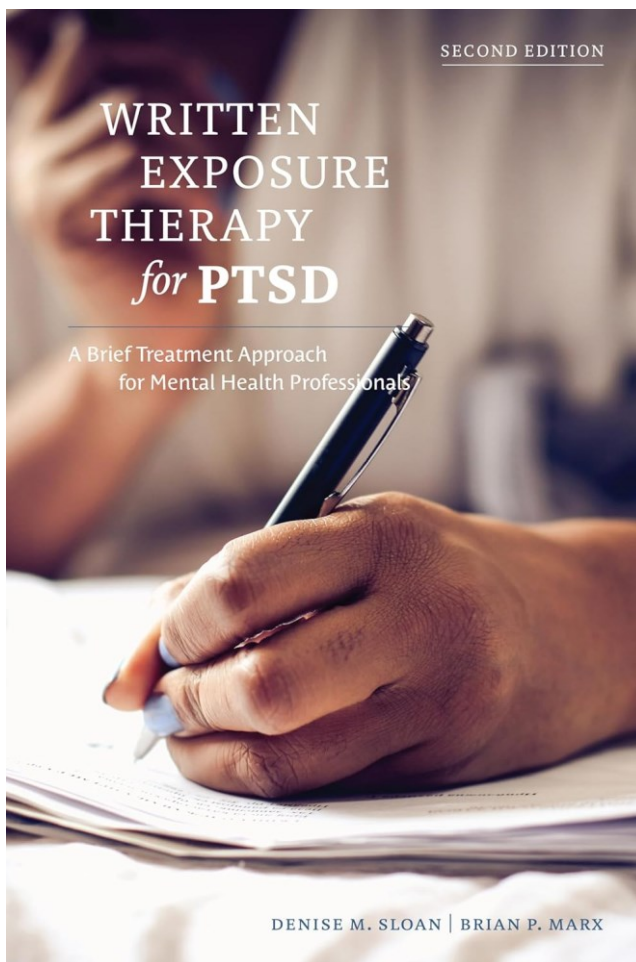


مواجهه درمانی نوشتاری برای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

رویکردی درمانی مختصر برای متخصصان سلامت روان
(ویرایش دوم)

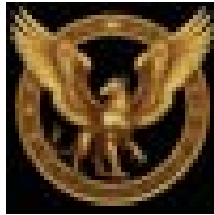
انجمن روانشناسی آمریکا (APA)



Denise M. Sloan & Brian P. Marx

مؤلفین: دنزیو سلون و برایان مارکس

مترجم: مهندس علیرضا صالحین



نشر علمی صالحین

نام کتاب: مواجهه درمانی نوشتاری برای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) رویکردی درمانی

مختصر برای متخصصان سلامت روان (ویرایش دوم)

مؤلفین: دنزیو سلون و برایان مارکس

مترجم: مهندس علیرضا صالحین

سال چاپ: ۱۴۰۴

نوبت چاپ: اول

شمارگان: ۱۰۰

بها: ۲۵۰۰۰۰ تومان

شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۸۸۹۸۹-۱-۹

حق چاپ برای نشر علمی صال حق حق چاپ برای نشر علمی صالحین محفوظ می‌باشد.

نشانی: تهران، خیابان آزادی، بعد از خیابان شادمهر، ساختمان اداری شادمان، پلاک ۳۹۹، طبقه چهارم، واحد ۲۳

مقدمه	۱
چگونه و چرا می‌خوانیم	۲
مقدمه‌های علمی	۳
مقدمه‌های تاریخی	۴
مقدمه‌های فرهنگی	۵
مقدمه‌های اجتماعی	۶
مقدمه‌های اقتصادی	۷
مقدمه‌های سیاسی	۸
مقدمه‌های فرهنگی	۹
مقدمه‌های اجتماعی	۱۰
مقدمه‌های اقتصادی	۱۱
مقدمه‌های سیاسی	۱۲
مقدمه‌های فرهنگی	۱۳
مقدمه‌های اجتماعی	۱۴
مقدمه‌های اقتصادی	۱۵
مقدمه‌های سیاسی	۱۶
مقدمه‌های فرهنگی	۱۷
مقدمه‌های اجتماعی	۱۸
مقدمه‌های اقتصادی	۱۹
مقدمه‌های سیاسی	۲۰
مقدمه‌های فرهنگی	۲۱
مقدمه‌های اجتماعی	۲۲
مقدمه‌های اقتصادی	۲۳
مقدمه‌های سیاسی	۲۴
مقدمه‌های فرهنگی	۲۵
مقدمه‌های اجتماعی	۲۶
مقدمه‌های اقتصادی	۲۷
مقدمه‌های سیاسی	۲۸
مقدمه‌های فرهنگی	۲۹
مقدمه‌های اجتماعی	۳۰
مقدمه‌های اقتصادی	۳۱
مقدمه‌های سیاسی	۳۲
مقدمه‌های فرهنگی	۳۳
مقدمه‌های اجتماعی	۳۴
مقدمه‌های اقتصادی	۳۵
مقدمه‌های سیاسی	۳۶
مقدمه‌های فرهنگی	۳۷
مقدمه‌های اجتماعی	۳۸
مقدمه‌های اقتصادی	۳۹
مقدمه‌های سیاسی	۴۰
مقدمه‌های فرهنگی	۴۱
مقدمه‌های اجتماعی	۴۲
مقدمه‌های اقتصادی	۴۳
مقدمه‌های سیاسی	۴۴
مقدمه‌های فرهنگی	۴۵
مقدمه‌های اجتماعی	۴۶
مقدمه‌های اقتصادی	۴۷
مقدمه‌های سیاسی	۴۸
مقدمه‌های فرهنگی	۴۹
مقدمه‌های اجتماعی	۵۰
مقدمه‌های اقتصادی	۵۱
مقدمه‌های سیاسی	۵۲
مقدمه‌های فرهنگی	۵۳
مقدمه‌های اجتماعی	۵۴
مقدمه‌های اقتصادی	۵۵
مقدمه‌های سیاسی	۵۶
مقدمه‌های فرهنگی	۵۷
مقدمه‌های اجتماعی	۵۸
مقدمه‌های اقتصادی	۵۹
مقدمه‌های سیاسی	۶۰
مقدمه‌های فرهنگی	۶۱
مقدمه‌های اجتماعی	۶۲
مقدمه‌های اقتصادی	۶۳
مقدمه‌های سیاسی	۶۴
مقدمه‌های فرهنگی	۶۵
مقدمه‌های اجتماعی	۶۶
مقدمه‌های اقتصادی	۶۷
مقدمه‌های سیاسی	۶۸
مقدمه‌های فرهنگی	۶۹
مقدمه‌های اجتماعی	۷۰
مقدمه‌های اقتصادی	۷۱
مقدمه‌های سیاسی	۷۲
مقدمه‌های فرهنگی	۷۳
مقدمه‌های اجتماعی	۷۴
مقدمه‌های اقتصادی	۷۵
مقدمه‌های سیاسی	۷۶
مقدمه‌های فرهنگی	۷۷
مقدمه‌های اجتماعی	۷۸
مقدمه‌های اقتصادی	۷۹
مقدمه‌های سیاسی	۸۰
مقدمه‌های فرهنگی	۸۱
مقدمه‌های اجتماعی	۸۲
مقدمه‌های اقتصادی	۸۳
مقدمه‌های سیاسی	۸۴
مقدمه‌های فرهنگی	۸۵
مقدمه‌های اجتماعی	۸۶
مقدمه‌های اقتصادی	۸۷
مقدمه‌های سیاسی	۸۸
مقدمه‌های فرهنگی	۸۹
مقدمه‌های اجتماعی	۹۰
مقدمه‌های اقتصادی	۹۱
مقدمه‌های سیاسی	۹۲
مقدمه‌های فرهنگی	۹۳
مقدمه‌های اجتماعی	۹۴
مقدمه‌های اقتصادی	۹۵
مقدمه‌های سیاسی	۹۶
مقدمه‌های فرهنگی	۹۷
مقدمه‌های اجتماعی	۹۸
مقدمه‌های اقتصادی	۹۹
مقدمه‌های سیاسی	۱۰۰

ميثاق نامه حقوقی مالکيت فکری و شرايط بهره‌برداري انتشارات علمی صالحين (حق نشر) (Copyright) ۱۴۰۴ ©

ماده ۱: تعاریف و دامنه شمول اثر

۱-۱. تعریف اثر: این اثر شامل، اما نه محدود به، کلیه متون، نگاره‌ها، تصاویر، نمودارها، جداول، داده‌نماها (اینفوگرافیک)، طرح جلد، صفحه‌آرایی (Layout)، تایپوگرافی، کدهای منبع (در نسخه‌های دیجیتال)، فراداده‌ها (Metadata) و ساختار سازماندهی محتوا می‌باشد.

۲-۱. دامنه حقوق: کلیه حقوق مادی (Economic Rights) ناشی از پدیدآوردن این اثر، شامل حق تکثیر، نشر، پخش، عرضه، اجرا، ترجمه، اقتباس و بهره‌برداري در هر فرمت (چاپی، صوتی، تصویری، الکترونیکی) و در هر بستر (فیزیکی، سایبری، متاورس) که اکنون موجود است یا در آینده ابداع گردد، به موجب قراردادهای معتبر قانونی، به صورت انحصاری، مطلق و غیرقابل رجوع به «انتشارات علمی صالحين» (که از این پس «ناشر» نامیده می‌شود) تعلق دارد.

۳-۱. حقوق معنوی: حقوق معنوی اثر، طبق ماده ۴ «قانون حمایت حقوق مؤلفان، مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸»، برای پدیدآورندگان محفوظ است؛ لکن حق انحصاری صیانت از این حقوق و پیگرد قانونی هرگونه تحریف، تغییر یا آسیب به تمامیت اثر، به ناشر تفویض گردیده است.

ماده ۲: ماهیت حقوقی تملک و بهره‌برداري

۱-۲. تفکیک مالکیت (در نسخ چاپی): خرید نسخه فیزیکی این اثر، صرفاً موجب انتقال مالکیت بر «عین کالا» (صفحات و جلد) مطابق با عقد بیع در قانون مدنی می‌گردد. این خرید، هیچ‌گونه حقی نسبت به مالکیت محتوا، حق تکثیر، یا بهره‌برداري تجاری از آن برای خریدار ایجاد نمی‌نماید. قاعده «استفاده منصفانه» یا «مالکیت نسخه» مجوزی برای اسکن، فتوکپی یا تبدیل نسخه فیزیکی به دیجیتال نیست.

۲-۲. پروانه بهره‌برداري (در نسخ دیجیتال): دریافت، دانلود یا دسترسی به نسخه الکترونیکی این اثر، به منزله «بیع» نیست؛ بلکه اعطای یک «پروانه بهره‌برداري» (License Agreement) با ویژگی‌های زیر است:

الف) شخصی: فقط مختص شخصی است که هزینه را پرداخت کرده یا حساب کاربری به نام اوست.

ب) محدود: محدود به مطالعه و استفاده متعارف.

ج) غیرانحصاری و غیرقابل انتقال: کاربر حق فروش، اجاره، هدیه، واگذاری لایسنس یا اشتراک‌گذاری حساب کاربری خود با اشخاص ثالث را ندارد.

ماده ۳: ممنوعیت‌های صریح و نقض کپی‌رایت

هرگونه فعل یا ترک فعلی که منجر به نقض حقوق انحصاری ناشر گردد، مستند به مواد ۲۳، ۲۴ و ۲۵ «قانون حمایت حقوق مؤلفان» و مواد ۶۱، ۷۴ و ۷۵ «قانون تجارت الکترونیکی»، جرم تلقی شده و علاوه بر جبران کامل خسارات وارده (اعم از مادی و معنوی و افت منافع)، موجب پیگرد کیفری (حبس و جزای نقدی) خواهد بود. مصادیق نقض شامل موارد زیر است (حصری نیست):

۱-۳. بازتولید غیرمجاز: هرگونه عکس‌برداری، اسکن، فتوکپی، ضبط صوتی (روخوانی متن)، بازنویسی دستی یا تایپی، و ذخیره‌سازی در پایگاه‌های داده.

۲-۳. توزیع شبکه: بارگذاری (Upload) اثر در وب‌سایت‌ها، فضای ابری (Cloud)، شبکه‌های اجتماعی (تلگرام، اینستاگرام و...)، سامانه‌های اشتراک فایل (Torrent/P2P) و اینترنت‌های سازمانی.

۳-۳. آثار اشتقاقی و تبدیلی: هرگونه ترجمه، تلخیص، خلاصه‌نویسی، تبدیل به نمایشنامه، فیلم‌نامه، محتوای آموزشی ویدیویی، یا تولید آثار جدید بر پایه این اثر بدون مجوز کتبی ناشر.

۳-۴. بهره‌برداری تجاری ثانویه: فروش مجدد نسخه‌های دیجیتال، اجاره دادن نسخه‌های چاپی در مقیاس تجاری (غیر از کتابخانه‌های عمومی دارای مجوز)، یا استفاده از اثر در بسته‌های آموزشی انتفاعی.

ماده ۴: هوش مصنوعی، داده‌کاوی و فناوری‌های نوین

با توجه به پیشرفت فناوری، موارد زیر صراحتاً ممنوع اعلام می‌گردد و نقض آن به منزله سرقت محتوای علمی/ادبی تلقی می‌شود:

۱-۴. داده‌کاوی (Text & Data Mining): هرگونه استخراج ماشینی متن، تحلیل خودکار داده‌ها، خزش (Crawling) و اسکرپینگ (Scraping) محتوای اثر.

۲-۴. تغذیه هوش مصنوعی: استفاده از تمام یا بخشی از این اثر به‌عنوان «داده ورودی» (Input Data)، «داده آموزشی» (Training Set) یا جهت «تنظیم دقیق» (Fine-tuning) هرگونه سامانه هوش مصنوعی، مدل‌های زبانی بزرگ (LLMs)، هوش مصنوعی مولد (Generative AI) و الگوریتم‌های یادگیری ماشین.

ماده ۵: استثنائات قانونی

صرفاً استفاده‌هایی که مشمول ماده ۷ «قانون حمایت حقوق مؤلفان» باشد مجاز است: نقل‌قول مستقیم یا غیرمستقیم از بخش‌های مختصر اثر، منحصرأ برای اهداف نقد، تحلیل، آموزش و پژوهش علمی. شرط الزامی: در تمامی موارد فوق، ذکر کامل منبع (عنوان اثر، نام مؤلف، نام ناشر) الزامی است. عدم ذکر منبع، حتی در استفاده جزئی، سرقت علمی (Plagiarism) محسوب می‌شود.

ماده ۶: تدابیر فنی حفاظتی (DRM) و مهندسی معکوس

در صورتی که اثر (فیزیکی یا دیجیتال) حاوی قفل‌های نرم‌افزاری، واترمارک (Watermark)، هولوگرام یا هرگونه تدابیر حفاظتی فنی باشد:

هرگونه اقدام جهت خنثی‌سازی، شکستن قفل، کرک کردن (Crack)، مهندسی معکوس، دی‌کامپایل (Decompile) یا دور زدن این تدابیر، طبق مواد ۷۱ تا ۷۳ قانون تجارت الکترونیکی و مواد ۲۵ تا ۲۷ قانون جرایم رایانه‌ای، جرم مستقل محسوب شده و مستوجب مجازات حبس و جریمه سنگین است.

ماده ۷: سلب مسئولیت (Disclaimer) و حدود ضمانت

۱-۷. ماهیت محتوا: ناشر و پدیدآورندگان نهایت تلاش خود را برای صحت و دقت محتوا به کار بسته‌اند، اما هیچ‌گونه ضمانتی (صریح یا ضمنی) مبنی بر بی‌عیب بودن، به‌روز بودن، یا تناسب محتوا برای یک هدف خاص (Fitness for a Particular Purpose) ارائه نمی‌دهند.

۲-۷. محدودیت مسئولیت: مسئولیت هرگونه استفاده از اطلاعات، دستورالعمل‌ها یا داده‌های موجود در این اثر و عواقب ناشی از آن (اعم از خسارات مستقیم، غیرمستقیم، تبعی، جانی یا مالی) تماماً بر عهده کاربر است. سقف مسئولیت مالی ناشر در برابر کاربر در هر شرایطی، محدود به «مبلغ پرداختی برای خرید اثر» خواهد بود.

ماده ۸: حل اختلاف و قانون حاکم

این توافق‌نامه تابع قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران است. در صورت بروز هرگونه اختلاف، ناشر حق دارد حسب صلاح‌دید خود، موضوع را از طریق مراجع قضایی صالح در شهر تهران (یا محل اقامتگاه قانونی ناشر) یا از طریق داوری

پیگیری نماید. کاربر با تهیه این اثر، صلاحیت محلی دادگاه‌های تهران را پذیرفته و حق اعتراض به صلاحیت را از خود سلب می‌نماید.

ماده ۹: ضمانت اجرا و جبران خسارت

کاربر متعهد می‌گردد در صورت نقض هر یک از مفاد این توافق‌نامه، کلیه خسارات وارده به ناشر (شامل زیان‌های مالی، از دست رفتن سود، لطمه به شهرت تجاری) و تمامی هزینه‌های دادرسی و حق‌الوکاله وکیل انتخابی ناشر را بدون هیچ‌گونه قید و شرطی جبران نماید.

تقدیم نامه:

تقدیم به رفیق عزیزم، دوست نازنینم، پشتیبان این همه سال های پر فراز و نشیب نشر... جناب آقای علیرضا
فرهمندزادگان (مدیر محترم نشر دانشگاهی فرهمند)



سعدیا مرد نكونام نمیرد هرگز، مرده آن است كه نامش به نكویی نبرند

مهندس علیرضا صالحین

پاییز ۱۴۰۴

مقدمه مترجم:

درآمدی بر درمان نوشتاری مواجهه‌ای: پارادایمی نوین در مدیریت اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، یکی از پیچیده‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین پیامدهای روان‌شناختی مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا، سال‌هاست که پژوهشگران و درمانگران را در سراسر جهان به چالش کشیده است. در حالی که رویکردهای درمانی متعددی برای این اختلال توسعه یافته‌اند، بسیاری از آن‌ها با موانعی همچون طولانی بودن دوره درمان، هزینه‌های بالا، نرخ بالای ترک درمان از سوی مراجعان و نیاز به آموزش‌های تخصصی و پیچیده برای درمانگران همراه بوده‌اند. این موانع، دسترسی به مراقبت‌های مؤثر را برای بخش بزرگی از جمعیت نیازمند، محدود ساخته و ضرورت نوآوری در این حوزه را بیش از پیش آشکار کرده است.

کتاب حاضر، «درمان نوشتاری مواجهه‌ای برای PTSD: یک رویکرد درمانی مختصر برای متخصصان سلامت روان»، اثر برجسته دکتر دنیس ام. اسلون و دکتر برایان پی. مارکس، پاسخی درخشان و مبتنی بر شواهد به همین نیاز مبرم است. این اثر که اکنون ویرایش دوم و توسعه‌یافته آن پیش روی شماست، یک روش درمانی نوین، مختصر و قدرتمند را معرفی می‌کند که چشم‌انداز درمان PTSD را متحول ساخته است. «درمان نوشتاری مواجهه‌ای» (Written Exposure Therapy - WET) یک پروتکل درمانی ساختاریافته و کوتاه (تنها در پنج جلسه) است که با تمرکز بر پردازش هیجانی و شناختی تروما از طریق نوشتن، به مراجعان کمک می‌کند تا بر علائم ناتوان‌کننده PTSD غلبه کنند.

نویسندگان این کتاب، که خود از پیشگامان و چهره‌های برجسته در پژوهش و درمان تروما به شمار می‌روند، با تکیه بر سال‌ها تحقیق بالینی دقیق، مدلی را ارائه می‌دهند که نه تنها از نظر اثربخشی با «استانداردهای طلایی» درمان تروما مانند درمان پردازش شناختی (CPT) و مواجهه‌سازی طولانی‌مدت (PE) برابری می‌کند، بلکه به دلیل سادگی در اجرا، مختصر بودن و تحمل‌پذیری بالا برای مراجعان، به شکل چشمگیری برتری دارد. این ویژگی‌ها، WET را به یک ابزار درمانی ایده‌آل برای استفاده در محیط‌های بالینی مختلف، از جمله مراکز بهداشت روان، بیمارستان‌ها، کلینیک‌های خصوصی و حتی مراکز مراقبت‌های اولیه بدل کرده است.

ساختار و محتوای کتاب: از نظریه تا عمل

یکی از نقاط قوت اصلی این کتاب، ساختار منسجم و کاربردی آن است که به زیبایی پلی میان مبانی نظری، شواهد پژوهشی و راهنمای عملی برای اجرای درمان ایجاد می‌کند. کتاب با مروری جامع بر اختلال استرس پس از سانحه و مداخلات متمرکز بر تروما آغاز می‌شود و زمینه را برای درک جایگاه منحصربه‌فرد WET فراهم می‌آورد. در ادامه، نویسندگان به تفصیل به روند توسعه و شواهد تجربی پشتیبان این رویکرد درمانی می‌پردازند و مبانی علمی استحکام آن را برای خواننده روشن می‌سازند.

فصول بعدی کتاب به شکل یک راهنمای عملی دقیق (Manual)، درمانگران را گام به گام در فرآیند درمان هدایت می‌کنند. از نحوه ارزیابی مراجعان قبل، حین و پس از درمان گرفته تا پروتکل دقیق اجرای جلسات، ملاحظات ویژه بالینی و مدیریت موقعیت‌های دشوار، همه و همه با جزئیات کامل تشریح شده‌اند. ویرایش دوم کتاب با افزودن فصلی جدید در مورد انطباق‌سازی WET برای استفاده در بسترها و قالب‌های متفاوت مانند **تله‌هلت (درمان از راه دور)**،

گروه درمانی و مراکز مراقبت‌های اولیه، غنای آن را دوچندان کرده و کاربردپذیری آن را در دنیای مدرن سلامت روان به حداکثر رسانده است.

ارائه مثال‌های موردی (Case Illustrations) و متن کامل اسکریپت جلسات در فصول پایانی، به درمانگران کمک می‌کند تا درک عمیق‌تری از نحوه پیاده‌سازی عملی این پروتکل درمانی در دنیای واقعی پیدا کنند و با اطمینان خاطر بیشتری از آن بهره ببرند.

چرا این کتاب برای جامعه روان‌شناسی ایران اهمیت دارد؟

ترجمه این اثر در شرایط کنونی جامعه ما از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به چالش‌های موجود در سیستم بهداشت روان کشور، از جمله کمبود منابع، محدودیت دسترسی به خدمات تخصصی و نیاز روزافزون به درمان‌های مؤثر و کم‌هزینه، معرفی رویکردی مانند WET می‌تواند گامی بزرگ در جهت بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به افراد آسیب‌دیده از تروما باشد. این کتاب نه تنها یک منبع آموزشی ارزشمند برای دانشجویان و متخصصان سلامت روان (روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران) است، بلکه ابزاری قدرتمند برای توانمندسازی درمانگران جهت ارائه یک مداخله مبتنی بر شواهد، کارآمد و قابل دسترس به مراجعانشان فراهم می‌آورد.

امید است ترجمه این اثر گامی مؤثر در جهت ارتقاء دانش و مهارت بالینی متخصصان ایرانی و در نهایت، التیام آلام آن دسته از هم‌وطنانمان باشد که در سکوت، بار سنگین زخم‌های نادیدنی تروما را به دوش می‌کشند.

در ضمن مترجم پیشاپیش بابت خطاهای سهوی از محضر خوانندگان محترم و عزیز کمال عذر خواهی را داشته، چرا که رشته اصلی بنده روانشناسی نبوده است و حتماً خطاهایی در طول کار مشاهده خواهید نمود، بنابراین لطفاً عذرخواهی بنده را پذیرا باشید و به منظور ارتباط با اینجانب یا انعکاس نظرات و پیشنهادات خویش با شماره های ۰۲۱-۸۸۲۸۳۶۹۸، ۰۹۱۲۴۸۸۶۴۹۸ یا ایمیل AlirezaSalehin@Gmail.com (نشر عملی صالحین) ارتباط برقرار نمایید.

با تشکر

مهندس علیرضا صالحین

پاییز ۱۴۰۴

فهرست مطالب:

سیاسگزاری ix

پیشگفتار — موری بی. استاین xi

مقدمه ۳

فصل ۱. مروری بر اختلال استرس پس از سانحه و

مداخلات متمرکز بر تروما ۹

فصل ۲. توسعه و شواهد تجربی حمایت‌کننده از

درمان نوشتاری مبتنی بر مواجهه ۲۷

فصل ۳. ارزیابی پیش از درمان، حین درمان و پس از آن ۴۱

فصل ۴. ارائه درمان نوشتاری مبتنی بر مواجهه و ملاحظات

ویژه ۵۷

فصل ۵. انطباق درمان نوشتاری مبتنی بر مواجهه برای استفاده در موقعیت‌های

مختلف و قالب‌های گوناگون ۸۹

فصل ۶. مدیریت موقعیت‌های دشوار ۹۷

فصل ۷. نمونه‌های موردی ۱۰۷

فصل ۸. متن راهنمای درمان نوشتاری مبتنی بر مواجهه ۱۲۷

منابع ۱۳۳

درباره نویسندگان ۱۵۷

پیشگفتار

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، یکی از دلایل عمده رنج و ناتوانی، تخمین زده می‌شود که تقریباً یک نفر از هر ۱۲ نفر را در طول زندگی‌شان تحت تأثیر قرار دهد (Kilpatrick et al., ۲۰۱۳). این اختلال منشأ اختلال عملکردی است و با هزینه‌های هنگفتی برای جامعه همراه است (Davis et al., ۲۰۲۲). ناشی از مواجهه با رویدادهای تروماتیک تهدیدکننده زندگی است، که افراد در مشاغل خاص (مانند نیروهای امدادی اولیه از جمله پلیس، آتش‌نشانان، امدادگران) — شامل سربازان و غیرنظامیان در معرض جنگ و دیگر اشکال نبرد — بیش از دیگران در معرض آن قرار دارند. اما PTSD می‌تواند هر کسی را از هر کجا و هر قشری از زندگی تحت تأثیر قرار دهد، زیرا به طور فزاینده‌ای درک می‌شود که مواجهه با رویدادهای تروماتیک برای بسیاری از مردم (اگر نگوییم اکثر مردم) یک واقعیت زندگی است. PTSD همچنین به ندرت در یک خلأ علامتی رخ می‌دهد و بسیاری از بیماران افسردگی اساسی، مشکلات مصرف مواد و سایر اشکال همبودی را نیز تجربه می‌کنند. PTSD همچنین به شدت با مرگ‌های ناشی از خودکشی مرتبط است (Forehand et al., ۲۰۲۲).

با این حال، همه افرادی که ترومای جدی را تجربه می‌کنند به PTSD مبتلا نمی‌شوند، که این امر به این مشاهده منجر می‌شود که عوامل خطر خاصی — از جمله عوامل خطر ژنتیکی (Gelernter et al., ۲۰۱۹) — وجود دارند که بر بروز PTSD پس از مواجهه تأثیر می‌گذارند. این مشاهدات همچنین بر این واقعیت تأکید می‌کنند که PTSD در علائم خود ناهمگن است (حداقل طبق تعریف ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، که با این نقل‌قول مکرر تأیید می‌شود که می‌توان با صدها هزار ترکیب علامتی، معیارهای PTSD را برآورده کرد (Galatzer-Levy, ۲۰۲۳; Bryant et al., ۲۰۱۳ & Bryant, ۲۰۱۳). علی‌رغم این ناهمگونی فوق‌العاده، چندین درمان مؤثر برای PTSD توسعه یافته و در تئوری، در دسترس بیماران نیازمند قرار دارد. این درمان‌ها شامل چندین شکل از روان‌درمانی متمرکز بر تروما (که همگی در این کتاب به آنها اشاره شده است) و چندین گزینه دارودرمانی (از جمله چندین دارو که بازجذب سروتونین را مهار می‌کنند، مانند سرتالین و پاروکستین) می‌شود. با وجود تمام این گزینه‌های درمانی در دسترس بیماران، چه نیازی به چیزی جدید وجود دارد؟

همانطور که دکتر اسلون و دکتر مارکس در این کتاب توضیح می‌دهند، اگرچه درمان‌های خوبی برای PTSD وجود دارد، اما یک روش برای همه مناسب نیست. بیماران در باورها و ترس‌های پیش از درمان، در تجربیات درمانی گذشته خود، و در توانایی عملی خود برای دسترسی به درمان‌های مبتنی بر شواهد به دلیل هزینه، در دسترس بودن محلی، و زمان، با یکدیگر تفاوت دارند. به عنوان مثال، اگرچه یکی از این درمان‌های مبتنی بر شواهد، یعنی مواجهه‌درمانی طولانی‌مدت (PE)، به طور گسترده به عنوان یکی از مؤثرترین درمان‌ها برای PTSD شناخته می‌شود، اما زمان‌بر است، می‌تواند برای بیمارانی که ممکن است سال‌ها از داشتن افکار و احساسات در مورد تروما اجتناب کرده باشند، ترسناک و غیرقابل دسترس باشد، و بار آموزشی برای دستیابی به مهارت برای درمانگران می‌تواند سنگین باشد. برای برخی از بیماران، PE یا سایر درمان‌های مبتنی بر شواهد PTSD مانند درمان پردازش شناختی (CPT)، یا حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم (EMDR)، یک موهبت الهی است و بسیاری از بیماران تسکین قابل توجهی در علائم و حتی برخی بهبودی کامل علائم را تجربه می‌کنند. اما این درمان‌ها برای همه مناسب نیستند — یا به این دلیل که برای همه کارساز نیستند، یا همه نمی‌توانند به آنها دسترسی داشته باشند.

و سپس درمان نوشتاری مبتنی بر مواجهه (WET) از راه می‌رسد. یک درمان ساختاریافته و مبتنی بر مواجهه که به مقدار متوسطی آموزش برای درمانگر نیاز دارد (اگرچه در نظر گرفته شده است که توسط متخصصان بهداشت روان دارای

مجوز که احتمالاً دارای مهارت‌های تشخیصی و روان‌درمانی عمومی خوبی هستند، اجرا شود)، جلسات نسبتاً کوتاه و تعداد کمی دارد، و نیازی به تمرین بیماران در خارج از جلسات (یعنی بدون تکلیف خانگی) ندارد. باید اعتراف کنم که وقتی برای اولین بار در مورد WET شنیدم، شک داشتم که درمانی با چنین «لمس سبکی» بتواند تغییر معناداری در اختلالی به سرسختی PTSD ایجاد کند. چگونه نوشتن در مورد ترومای خود (و بعداً نوشتن در مورد تأثیر آن بر زندگی فرد) می‌تواند سال‌ها و برای برخی افراد، یک عمر ترس و اجتناب مبتنی بر تروما را از بین ببرد؟

شکاکیت من معمولاً در حرفه‌ام به من خدمت کرده است و قصد دارم به پرورش آن ادامه دهم، اما در این مورد، نگرانی‌های من بی‌اساس بود. فکر می‌کنم این سؤال که چگونه (یعنی WET از طریق چه مکانیسم‌هایی به کاهش علائم PTSD منجر می‌شود) هنوز حل نشده است، هرچند نویسندگان این کتاب کار خوبی در بحث در مورد چندین نظریه قابل قبول در این زمینه انجام داده‌اند. اما این سؤال که آیا WET مؤثر است یا نه، به طور معتبری توسط مجموعه‌ای از کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی شده پاسخ داده شده است، که بیشتر آنها پس از چاپ ویرایش اول این کتاب در دسترس قرار گرفته‌اند و همگی در این ویرایش دوم به تفصیل شرح داده شده‌اند. نشان داده شده است که WET نسبت به دو مورد از بهترین روان‌درمانی‌های متمرکز بر تروما که به طور گسترده مورد مطالعه و ترویج قرار گرفته‌اند، یعنی PE (Sloan et al., ۲۰۲۳) و CPT (Sloan et al., ۲۰۱۸)، ضعیف‌تر نیست (non-inferior). علاوه بر این، WET در کارهای اولیه ثابت کرده است که قابل انتقال به محیط‌های درمانی بالینی فراتر از محدوده‌های درمان تخصصی در مراکز خود توسعه‌دهندگان است و در نحوه اجرای خود انعطاف‌پذیری ارائه می‌دهد. به طور خاص، سیستم مراقبت‌های بهداشتی کهنه‌سربازان ایالات متحده اخیراً آموزش و اجرای WET برای درمانگران را آغاز کرده است که نتایج اولیه آن امیدوارکننده بوده است (LoSavio et al., ۲۰۲۳). و در راستای حرکت گسترده به سمت فعال کردن درمان آنلاین به عنوان وسیله‌ای برای بهبود دسترسی، یک مطالعه آزمایشی از WET آنلاین انجام شد که نشان می‌دهد اجرای از راه دور باید امکان‌پذیر باشد. منتظر خبرهای بعدی باشید.

بنابراین از زمان انتشار ویرایش اول این کتاب در سال ۲۰۱۹ اتفاقات زیادی افتاده است. جنگ‌ها به پایان رسیده‌اند و درگیری‌های جدیدی آغاز شده‌اند، تغییرات اقلیمی پیشرفت کرده است، و جهان از یک همه‌گیری خارج شده و آن ترس (فعلاً) کنار گذاشته شده اما ترس‌های جدید فراوانی وجود دارد. نمی‌دانم آیا مواجهه با رویدادهای تروماتیک در سراسر جهان افزایش یافته است، اما شک دارم که کاهش یافته باشد. PTSD در آینده قابل پیش‌بینی با ما خواهد بود و این مایه دلگرمی است که درمان‌های جدید و قابل دسترسی مانند WET در دسترس خواهند بود.

در این راستا، آینده‌های ممکن برای WET چیست؟ همانطور که نویسندگان اذعان می‌کنند، کارهای بیشتری باید انجام شود تا مشخص شود WET برای چه کسانی احتمالاً مؤثرتر خواهد بود. تحقیقات بیشتر در مورد زمان‌بندی و مدت بهینه درمان مهم خواهد بود. به عنوان مثال، آیا می‌توان از WET (یا گونه‌ای از WET) در نزدیکی عامل استرس‌زای تروماتیک استفاده کرد و در نتیجه از PTSD جلوگیری نمود؟ آیا ممکن است در زمینه پیشگیری، جلسات کوتاه‌تر یا کمتری مفید واقع شوند؟ در حالی که دارودرمانی در دوره حاد پس از استرس تروماتیک هنوز در پیشگیری از PTSD موفق نبوده است (Bertolini et al., ۲۰۲۴)، درمان‌های روان‌شناختی تا حدودی امیدوارکننده‌تر بوده‌اند (Bisson et al., ۲۰۲۱)، هرچند هنوز قطعی نیستند و قطعاً کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرند. آیا این می‌تواند جایگاهی باشد که WET بتواند آن را پر کند؟

و در مورد استفاده از WET در ترکیب با دارودرمانی برای درمان PTSD چه؟ اکثر مطالعات دارودرمانی برای PTSD از ارائه هر نوع روان‌درمانی مبتنی بر شواهد در کنار دارو خودداری کرده‌اند، اغلب از ترس اینکه درمان آنقدر مؤثر باشد که

هیچ اثر دارویی قابل تشخیص نباشد. در مواردی که پیش‌بینی می‌شود یک دارو از طریق توانایی خود در تقویت خاموشی ترس مؤثر باشد، اطمینان حاصل نکردن از وقوع مواجهه، غیرمنطقی به نظر می‌رسد. در چند مطالعه‌ای که یک دارو و یک درمان را ترکیب کرده‌اند (مثلاً سرتالین به علاوه PE [Rauch et al., ۲۰۱۹] یا MDMA به علاوه روان‌درمانی منحصر به فرد همراه آن [Mitchell et al., ۲۰۲۳])، درمان انتخاب شده به آموزش قابل توجهی برای درمانگر نیاز داشت و ممکن است به راحتی در یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی چند مرکزی، و به مراتب کمتر در دنیای واقعی *практику* روانپزشکی در صورت تأیید دارو به عنوان یک بسته با یک روان‌درمانی خاص، قابل اجرا نباشد. از سوی دیگر، WET با توجه به ماهیت بسیار ساختاریافته و تعهد زمانی کم، می‌تواند یک روان‌درمانی ایده‌آل برای اجرا در کارآزمایی‌های دارویی PTSD باشد. من می‌توانم طرح کارآزمایی را تصور کنم: شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به دارو یا دارونما (یا دو دوز دارو یا دارونما و غیره) تقسیم می‌شوند و همه شرکت‌کنندگان WET دریافت می‌کنند. اینکه دقیقاً چه زمانی WET باید اجرا شود — در هفته‌های قبل از تجویز دارو/دارونما، به موازات/همراه با دارو/دارونما، یا با آهنگ دیگری — یک سؤال تجربی است. اما ایده این است که WET آن موحی خواهد بود که همه قایق‌ها را به حرکت در می‌آورد. همه شرکت‌کنندگان به طور بالقوه از آن بهره‌مند می‌شوند و تحلیل بر این متمرکز خواهد بود که آیا درمان دارویی کمکی در مقایسه با دارونما، پاسخ را افزایش می‌دهد یا خیر. بله، ممکن است WET آنقدر خوب عمل کند که تأثیر آن، اثر مقایسه دارو با دارونما را تحت‌الشعاع قرار دهد. اما اگر چنین باشد، آیا این دارویی است که ما می‌خواهیم برای PTSD تجویز کنیم؟ یا فقط می‌خواهیم WET را تجویز کنیم؟

• موری بی. استاین، MD, MPH, FRCPC

استاد برجسته روانپزشکی و بهداشت عمومی،

دانشگاه کالیفرنیا سن دیگو؛

سن دیگو VA روانپزشک، سیستم مراقبت‌های بهداشتی

REFERENCES

- American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (۵th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bertolini, F., Robertson, L., Bisson, J. I., Meader, N., Churchill, R., Ostuzzi, G., Stein, D. J., Williams, T., & Barbui, C. (۲۰۲۴). Early pharmacological interventions for prevention of post-traumatic stress disorder (PTSD) in individuals experiencing acute traumatic stress symptoms. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, ۴(۵), CD۰۱۳۶۱۳. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013613.pub2>
- Bisson, J. I., Wright, L. A., Jones, K. A., Lewis, C., Phelps, A. J., Sijbrandij, M., Varker, T., & Roberts, N. P. (۲۰۲۱). Preventing the onset of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, ۸۶, ۱۰۲۰۰۴. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102004>
- Bryant, R. A., Galatzer-Levy, I., & Hadzi-Pavlovic, D. (۲۰۲۳). The heterogeneity of posttraumatic stress disorder in *DSM-۵*. *JAMA Psychiatry*, ۸۰(۲), ۱۸۹–۱۹۱. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.4092>

- Davis, L. L., Schein, J., Cloutier, M., Gagnon-Sanschagrin, P., Maitland, J., Urganus, A., Guerin, ., Lefebvre, P., & Houle, C. R. (۲۰۲۲). The economic burden of posttraumatic stress disorder in the United States from a societal perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, ۸۳(۳), ۲۱m۱۴۱۱۶. <https://doi.org/۱۰,۴۰۸۸/JCP.۲۱m۱۴۱۱۶>
- Forehand, J. A., Dufort, V., Gradus, J. L., Maguen, S., Watts, B. V., Jiang, T., Holder, N., & Shiner, B. (۲۰۲۲). Association between post-traumatic stress disorder severity and death by suicide in US military veterans: Retrospective cohort study. *British Journal of Psychiatry*, ۲۲۱(۵), ۶۷۶-۶۸۲. <https://doi.org/۱۰,۱۱۹۶/bjp.۲۰۲۲,۱۱۰>
- Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (۲۰۱۳). ۶۳۶,۱۲۰ ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science*, ۸(۶), ۶۵۱-۶۶۲. <https://doi.org/۱۰,۱۱۷۷/۱۷۴۵۶۹۱۶۱۳۵۰۴۱۱۵>
- Gelernter, J., Sun, N., Polimanti, R., Pietrzak, R., Levey, D. F., Bryois, J., Lu, Q., Hu, Y., Li, B., Radhakrishnan, K., Aslan, M., Cheung, K., Li, Y., Rajeevan, N., Sayward, F., Harrington, K., Chen, Q., Cho, K., Pyarajan, S., . . . Million Veteran Program. (۲۰۱۹). Genome-wide association study of post-traumatic stress disorder reexperiencing symptoms in >۱۶۵,۰۰۰ US veterans. *Nature Neuroscience*, ۲۲, ۱۳۹۴-۱۴۰۱. <https://doi.org/۱۰,۱۰۳۸/s۴۱۵۹۳-۰۱۹-۰۴۴۷-۷>
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (۲۰۱۳). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using *DSM-IV* and *DSM-۵* criteria. *Journal of Traumatic Stress*, ۲۶(۵), ۵۳۷-۵۴۷. <https://doi.org/۱۰,۱۰۰۲/jts.۲۱۸۴۸>
- LoSavio, S. T., Worley, C. B., Aajmain, S. T., Rosen, C. S., Wiltsey Stirman, S., & Sloan, D. M. (۲۰۲۳). Effectiveness of written exposure therapy for posttraumatic stress disorder in the Department of Veterans Affairs Healthcare System. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, ۱۴(۵), ۷۴۸-۷۵۶. <https://doi.org/۱۰,۱۰۳۷/tra۰۰۰۱۱۴۸>
- Mitchell, J. M., Ot'alora, G. M., van der Kolk, B., Shannon, S., Bogenschutz, M., Gelfand, Y., Paleos, C., Nicholas, C. R., Quevedo, S., Balliett, B., Hamilton, S., Mithoefer, M., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., Tzarfaty, K., Harrison, C., de Boer, A., Doblin, R., Yazar-Klosinski, B., & MAPPy Study Collaborator Group. (۲۰۲۳). MDMA-assisted therapy for moderate to severe PTSD: A randomized, placebo-controlled phase ۳ trial. *Nature Medicine*, ۲۹(۱۰), ۲۴۷۳-۲۴۸۰. <https://doi.org/۱۰,۱۰۳۸/s۴۱۵۹۱-۰۲۳-۰۲۵۶۵-۴>
- Rauch, S. A. M., Kim, H. M., Powell, C., Tuerk, P. W., Simon, N. M., Acierno, R., Allard, C. B., Norman, S. B., Venners, M. R., Rothbaum, B. O., Stein, M. B., Porter, K., Martis, B., King, A. P., Liberzon, I., Phan, K. L., & Hoge, C. W. (۲۰۱۹). Efficacy of prolonged exposure therapy, sertraline hydrochloride, and

their combination among combat veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, ۷۶(۲), ۱۱۷-۱۲۶.

<https://doi.org/۱۰,۱۰۰/۱/jamapsychiatry>. ۲۰۱۸, ۳۴۱۲

Sloan, D. M., Marx, B. P., Acierno, R., Messina, M., Muzzy, W., Gallagher, M. W., Litwack, S., & Sloan, C. (۲۰۲۳). Written exposure therapy vs prolonged exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, ۸۰(۱۱), ۱۰۹۳-۱۱۰۰.

<https://doi.org/۱۰,۱۰۰/۱/jamapsychiatry>. ۲۰۲۳, ۲۸۱۰.

Sloan, D. M., Marx, B. P., Lee, D. J., & Resick, P. A. (۲۰۱۸). A brief exposure-based treatment vs cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority clinical trial. *JAMA Psychiatry*, ۷۹(۳), ۲۳۳-۲۳۹. <https://doi.org/۱۰,۱۰۰/۱/jamapsychiatry>. ۲۰۱۷, ۴۲۴۹

مقدمه

هر ساله میلیون‌ها نفر در معرض استرس تروماتیک قرار می‌گیرند و از پیامدهای آن رنج می‌برند. اگرچه درمان‌های مؤثری برای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) وجود دارد، از جمله درمان مواجهه طولانی‌مدت (prolonged exposure)، درمان پردازش شناختی (cognitive processing therapy) و حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم (eye movement desensitization and reprocessing)، بسیاری از افراد قادر به دسترسی به آن‌ها نیستند؛ زیرا یا درمانگرانی که این درمان‌ها را ارائه می‌دهند پیدا نمی‌کنند، یا در نزدیکی محل زندگی‌شان چنین درمانگری وجود ندارد، یا به سادگی نمی‌توانند برای ۱۰ تا ۱۵ جلسه درمانی از کار مرخصی بگیرند، از دیگر تعهدات خود دست بکشند، یا هزینه آن را بپردازند. درمانگران نیز با موانعی روبرو هستند که توانایی آن‌ها را برای ارائه این درمان‌ها به مراجعان خود به شکل شایسته، مختل می‌کند. به عنوان مثال، درمان‌های فوق‌الذکر برای PTSD نیازمند آموزش قابل توجهی برای یادگیری نحوه ارائه مؤثر آن‌ها هستند (مثلاً، شرکت در کارگاه‌های چند روزه و به دنبال آن نظارت دقیق تا زمانی که درمانگر در اجرای درمان مهارت لازم را کسب کند). حتی اگر درمانگران موفق به کسب آموزش و گواهینامه مورد نیاز شوند، اغلب به دلیل تقاضاهای بالینی متعدد و منابع محدود پرسنل، قادر به ارائه این درمان‌ها نیستند. درمانگرانی که در مراکز مراقبت‌های اولیه و بخش‌های بستری حاد کار می‌کنند، معمولاً نمی‌توانند روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد را که به ۸ تا ۱۵ جلسه نیاز دارند، ارائه دهند، حتی اگر به صورت فشرده ارائه شوند. این موانع، هم برای مراجعان و هم برای درمانگران، بر نیاز به شناسایی درمان‌هایی برای PTSD تأکید می‌کند که مؤثر و در عین حال کوتاه باشند و به آموزش گسترده درمانگر نیاز نداشته باشند. به عبارت دیگر، متخصصان سلامت روان به درمانی چندمنظوره، کوتاه، مقرون‌به‌صرفه و مبتنی بر شواهد نیاز دارند که بتوان آن را به راحتی برای بازماندگان تروما با PTSD در محیط‌های بالینی مختلف به کار برد.

درمان نوشتاری مبتنی بر مواجهه (Written exposure therapy - WET) روان‌درمانی‌ای است که ما برای پاسخ به همین نیاز توسعه دادیم. همانطور که بحث خواهیم کرد، WET مبتنی بر شواهد و مقرون‌به‌صرفه است و در مقایسه با سایر روان‌درمانی‌ها، برای اجرای موفقیت‌آمیز به آموزش کمتری نیاز دارد. در پاسخ به تعداد زیاد درخواست‌هایی که از متخصصان سلامت روان که مایل به استفاده از WET در کار بالینی یا تحقیقات خود هستند دریافت کرده‌ایم، این راهنمای جامع را نوشته‌ایم که در آن نحوه ارائه WET را تشریح می‌کنیم.

مروری بر درمان نوشتاری مبتنی بر مواجهه (WET)

جلسه اول WET تقریباً به ۱ ساعت زمان نیاز دارد و چهار جلسه بعدی هر کدام تقریباً ۴۰ دقیقه طول می‌کشند. همانطور که از نامش پیداست، ویژگی اصلی WET، روایت‌های مکتوبی است که مراجعان در طول هر یک از پنج جلسه می‌نویسند. جلسه اول پروتکل WET طولانی‌تر از جلسات دیگر است زیرا درمانگر زمانی را صرف ارائه درکی از PTSD به مراجع و توضیح چگونگی شکل‌گیری آن و چرایی مفید بودن نوشتن مکرر در مورد یک تجربه تروماتیک به شیوه‌ای خاص می‌کند. دستورالعمل‌های نوشتن به طور کامل متن‌بندی شده‌اند تا اطمینان حاصل شود که مراجعان درمان را به شیوه‌ای بسیار سازگار دریافت می‌کنند. این دستورالعمل‌ها در طول جلسات درمانی تغییر می‌کنند. در جلسات اولیه، مراجعان با نوشتن یک گزارش دقیق از تجربه تروماتیک خود و همچنین شناخت‌ها و عواطفی که در طول آن تجربه کرده‌اند، شروع می‌کنند. در جلسات بعدی، مراجعان به توصیف تأثیری که آن رویداد بر زندگی‌شان داشته است، می‌پردازند. مراجعان در هر جلسه به مدت ۳۰ دقیقه در مورد تجربه تروماتیک خود می‌نویسند. سپس، قبل از پایان جلسه، درمانگر به طور خلاصه با مراجع صحبت می‌کند تا از تجربه او در مورد نوشتن درباره رویداد تروماتیک - و نه در مورد خود رویداد تروماتیک -

مطلع شود. ذکر این نکته حائز اهمیت است که WET به هیچ تکلیف بین‌جلسه‌ای نیاز ندارد. کوتاهی درمان، هم از نظر تعداد جلسات و هم از نظر مدت زمان جلسات، در ترکیب با عدم وجود تکالیف بین‌جلسه‌ای، منجر به درمانی کارآمد می‌شود که توسط مراجعان به خوبی تحمل شده و اجرای آن برای درمانگران آسان است.

همانطور که در فصل ۲ شرح داده شده است، ما چندین مطالعه انجام داده‌ایم که نشان می‌دهد WET یک درمان مؤثر برای انواع بازماندگان ترومای بزرگسال (مانند تجاوز جنسی، حمله فیزیکی، سوءاستفاده در دوران کودکی، جنگ) مبتلا به PTSD است. حتی اگر مراجعان در طول درمان در مورد یک رویداد خاص بنویسند، کسانی که تروماهای متعدد یا مزمن (مانند سوءاستفاده در دوران کودکی، نبردهای نظامی) را تجربه کرده‌اند نیز می‌توانند با WET با موفقیت درمان شوند. ما می‌خواهیم تأکید کنیم که در تمام کارآزمایی‌های بالینی انجام شده با WET تا به امروز، درمانگران حداقل دارای مدرک کارشناسی ارشد و مقداری آموزش در سطح دکترا در روانشناسی بالینی، و همچنین آموزش و تجربه در ارائه سایر روان‌درمانی‌های متمرکز بر تروما بوده‌اند. سؤالی که به طور مکرر از ما پرسیده می‌شود این است که آیا WET می‌تواند توسط افرادی با آموزش و تجربه کمتر در حوزه مراقبت‌های سلامت روان نسبت به درمانگران مطالعات ما، به طور مؤثر ارائه شود؟ پاسخ ما به این سؤال این است که ما هنوز به سادگی نمی‌دانیم و تحقیقات بیشتری مورد نیاز است.

چگونه از این کتاب استفاده کنیم

اگرچه ما معتقدیم این کتاب برای متخصصان سلامت روانی که از قبل دارای مقداری آموزش و تجربه در استفاده از درمان‌های تروما مبتنی بر مواجهه برای PTSD هستند، بیشترین کاربرد را خواهد داشت، اما می‌دانیم که متخصصان مراقبت‌های سلامت روان با سوابق تحصیلی و آموزشی گوناگون ممکن است به WET علاقه‌مند باشند و بخواهند آن را با مراجعان خود امتحان کنند. بر این اساس، ما در ابتدای کتاب فصل‌هایی را گنجانده‌ایم که مروری بر تشخیص PTSD و راهنمایی مختصر برای شیوه‌های ارزیابی مبتنی بر شواهد ارائه می‌دهند. در فصل ۱، ما به طور خلاصه نظریه‌های معاصر زیربنای روان‌درمانی‌های موجود مبتنی بر شواهد برای PTSD را شرح می‌دهیم، عناصر مشترک این رویکردها را برجسته می‌کنیم و توضیح می‌دهیم که این نظریه‌ها چگونه در مورد WET صدق می‌کنند. در این فصل، ما همچنین به نگرانی‌های رایجی که مراجعان و درمانگران در مورد انجام درمان متمرکز بر تروما، از جمله WET، ابراز می‌کنند و پاسخ به این نگرانی‌ها می‌پردازیم. در فصل ۲، ما تحقیقاتی را که برای درک بهتر مؤلفه‌های ضروری و کافی درمان PTSD انجام داده‌ایم و چگونگی به اوج رسیدن این کار در توسعه پروتکل WET را شرح می‌دهیم. ما معتقدیم که این اطلاعات پیش‌زمینه به خوانندگان کمک می‌کند تا بهتر درک کنند چرا برخی از ویژگی‌های این درمان نباید تغییر کنند. در این فصل، ما همچنین یافته‌های تحقیقاتی تا به امروز را که از WET به عنوان یک درمان کارا و مؤثر برای مراجعان مختلف مبتلا به PTSD (مانند نوجوانان، مراجعانی که انگلیسی صحبت نمی‌کنند، آنهایی که از فرهنگ‌های غیرغربی هستند) در انواع محیط‌های بالینی (مانند برنامه‌های درمانی اقامتی، بخش‌های روانپزشکی بستری) و قالب‌های مختلف ارائه (گروهی، تله‌هلت) پشتیبانی می‌کنند، مرور می‌کنیم. از زمان انتشار ویرایش اول این کتاب، شواهد حمایت‌کننده از WET به سرعت گسترش یافته است و این فصل مطالعات اضافی انجام شده را ارائه می‌دهد. فصل ۳ بر ارزیابی صحیح PTSD و بیماری‌های همزمان مرتبط و تعیین اینکه آیا WET درمان مناسبی برای مراجعان فعلی است، تمرکز دارد. ما همچنین استفاده از WET را با مراجعانی که علائم PTSD دارند اما معیارهای تشخیصی کامل این اختلال را ندارند، مورد بحث قرار می‌دهیم. ما بیشتر توضیح می‌دهیم که چگونه ارزیابی باید به طور کامل در درمان ادغام شود تا مشخص شود آیا مراجعانی که WET دریافت می‌کنند، کاهش مطلوب در علائم PTSD را تجربه می‌کنند

و آیا پس از اتمام پروتکل WET به خدمات بالینی اضافی نیاز است یا خیر. در آخر، ما توضیح می‌دهیم که چگونه مراجعان را به بهترین شکل برای WET آماده کنیم.

فصل ۴ شرح جامعی از پروتکل WET ارائه می‌دهد و نحوه ارائه آن را توضیح می‌دهد. این فصل شامل دستورالعمل‌های جلسه به جلسه است که باید کلمه به کلمه برای مراجعان خوانده شود. برای راحتی، این دستورالعمل‌ها به صورت پیوسته در فصل ۸ نیز ارائه شده‌اند، تا درمانگران بتوانند به راحتی برگه‌هایی از دستورالعمل‌ها را برای ارائه به مراجعان تهیه کنند. در سراسر فصل ۴، ما بحث می‌کنیم که درمانگران چگونه باید انواع مسائلی را که ممکن است هنگام استفاده از این درمان پیش بیاید، مدیریت کنند. علاوه بر این، ما نمونه‌هایی از نحوه برخورد درمانگران با فرآیند بررسی وضعیت (check-in) در پایان جلسات درمانی ارائه می‌دهیم و نمونه‌هایی از روایت‌های تروما را برای نشان دادن نحوه ارائه بازخورد به منظور کمک به مراجعان برای کسب حداکثر سود از درمان، فراهم می‌کنیم.

فصل ۵ یک فصل جدید در این ویرایش دوم است؛ در آن، ما نحوه ارائه WET هنگام استفاده از قالب‌های مختلف را شرح می‌دهیم. این شامل ارائه درمان از طریق تله‌هلت، استفاده از قالب گروهی، تغییر قالب WET برای استفاده در یک مرکز مراقبت‌های اولیه که معمولاً فقط جلسات ۳۰ دقیقه‌ای را مجاز می‌داند، و استفاده از مترجم برای ارائه درمان به مراجعانی است که به زبانی متفاوت از زبان درمانگر صحبت می‌کنند.

ما فصل ۶ را به طور قابل توجهی بازنگری کرده‌ایم تا نحوه مدیریت انواع موقعیت‌های دشواری را که می‌تواند هنگام ارائه WET به وجود آید، شرح دهیم و در فصل ۷ انواع نمونه‌های موردی را ارائه می‌دهیم که اصول مختلف و نتایج بالقوه پروتکل WET را نشان می‌دهند. این نمونه‌های موردی با برخی از متداول‌ترین سوالاتی که از سوی درمانگران در مورد نحوه مدیریت سناریوهای خاص مراجعان دریافت می‌کنیم (مانند، چه کاری با مراجعانی که تروماهای متعدد را تجربه کرده‌اند، مراجعانی که دچار گسستگی (dissociate) می‌شوند، و مراجعانی که به شدت از رویارویی با خاطره ترومای خود اکراه دارند، انجام دهیم) مطابقت دارند، و همچنین نمونه‌های موردی برای نشان دادن ارائه WET در محیط‌ها و قالب‌های مختلف (مانند نحوه انطباق درمان برای استفاده در مراقبت‌های اولیه و نحوه ارائه آن از طریق قالب تله‌هلت) ارائه شده است. مطالب بالینی استفاده شده در این کتاب برای حفاظت از محرمانگی مراجع، به اندازه کافی تغییر داده شده است. همانطور که قبلاً ذکر شد، فصل ۸ حاوی متن کامل درمان است. ما همچنین این متن را به عنوان یک منبع آنلاین گنجانده‌ایم تا بتوان آن را دانلود و چاپ کرد. این منبع به صورت آنلاین قابل دسترسی است <https://www.apa.org/pubs/books/written-exposure-therapy-ptsd-second-edition>

[edition](#) به زبانه Resources مراجعه کنید).

اگرچه این کتاب به عنوان راهنمایی برای WET برای متخصصان درمان سلامت روان نوشته شده است، اما می‌تواند به عنوان منبعی برای دانشجویان تحصیلات تکمیلی در رشته‌های مرتبط با سلامت روان، مانند روانشناسی بالینی، مشاوره و مددکاری اجتماعی که علاقه‌مند به یادگیری بیشتر در مورد درمان‌های بازماندگان تروما هستند، نیز مورد استفاده قرار گیرد. این کتاب برای استفاده به عنوان یک منبع خودیاری برای بازماندگان تروما در نظر گرفته نشده است، و همچنین به عنوان یک راهنمای درمانی برای شبه‌متخصصان (paraprofessionals) در نظر گرفته نشده است، زیرا شواهد محدودی وجود دارد که نشان دهد WET می‌تواند توسط کسانی با آموزش و تجربه بالینی بسیار محدود با موفقیت ارائه شود. مطابق با بخش ۲ اصول اخلاقی روانشناسان و آیین‌نامه رفتار (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۷b)، فقط درمانگران دارای مجوز با تجربه و آموزش مناسب، یا کسانی که در حال آموزش تحت نظارت چنین درمانگرانی هستند، باید از WET استفاده کنند.

ما امیدواریم که خوانندگان این کتاب و ابزارهای ارائه شده در آن را در کار بالینی خود با بازماندگان تروما مبتلا به PTSD مفید ببینند. ما همچنین امیدواریم که این کتاب به افزایش انتشار و دسترسی مراجعان به یک درمان کارآمد برای PTSD کمک کند که به بسیاری از بازماندگان تروما مبتلا به PTSD که خواهان درمان هستند اما ممکن است در به دست آوردن آن با مشکل مواجه باشند، یاری رساند.

فصل ۱: مروری بر اختلال استرس پس از سانحه و مداخلات متمرکز بر تروما

مقدمه

بسیاری از افراد در طول عمر خود حداقل یک بار در معرض یک عامل استرس‌زای تروماتیک قرار می‌گیرند، اما تنها اقلیتی از آن‌ها به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مبتلا می‌شوند. در واقع، در حالی که بیش از ۷۰٪ از جمعیت عمومی ایالات متحده گزارش می‌دهند که حداقل یک بار در طول عمر خود در معرض یک رویداد تروماتیک قرار گرفته‌اند، نرخ شیوع PTSD در طول عمر در ایالات متحده تنها حدود ۶٫۸٪ است. با این حال، گروه‌های خاصی از افراد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به PTSD قرار دارند. به عنوان مثال، قرار گرفتن مکرر در معرض رویدادهای تروماتیک با افزایش خطر ابتلا به PTSD مرتبط است و زنان بیش از دو برابر مردان در طول عمر به PTSD مبتلا می‌شوند (۹٫۷٪ در مقابل ۳٫۶٪). علاوه بر این، شیوع PTSD در میان گروه‌هایی که در معرض تروماهای مرتبط با خشونت بین فردی قرار دارند و همچنین در میان سربازان فعال و کهنه‌سربازان نظامی به طور قابل توجهی بالاتر است. در حالی که اکثر افرادی که در معرض استرس تروماتیک قرار می‌گیرند، به PTSD مزمن مبتلا نمی‌شوند، آن‌هایی که مبتلا می‌شوند اغلب بیماری‌های جسمی ناتوان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند. به طور خاص، PTSD با نرخ بالاتر بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت نوع ۲ و اختلالات گوارشی همراه است. در واقع، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که PTSD با تسریع سن میتایسیون DNA مرتبط است، که خود با التهاب مزمن، سندرم متابولیک، کاهش یکپارچگی عصبی و کوتاه شدن طول عمر همراه است. به دلیل این بیماری‌های جسمی همراه، جای تعجب نیست که افراد مبتلا به PTSD مراجعات مکررتری به مراکز مراقبت‌های بهداشتی دارند.

PTSD همچنین با اختلالات روانی دیگر همبستگی بالایی دارد، به ویژه اختلالات خلقی، اضطرابی، گسستگی (dissociative) و مصرف مواد. به طور خاص، حدود ۸۰٪ از افراد مبتلا به PTSD حداقل یک اختلال روانی همبود دیگر دارند. اختلالات شخصیت، به ویژه اختلال شخصیت مرزی (BPD)، نیز به شدت با PTSD همبودی دارند. افکار و رفتارهای خودکشی در افراد مبتلا به PTSD به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. به عنوان مثال، مطالعات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به PTSD شش برابر بیشتر از افراد مبتلا به سایر اختلالات روانی، در معرض مرگ ناشی از خودکشی هستند. به نظر می‌رسد شدت علائم PTSD به طور مستقیم با نرخ خودکشی در این گروه مرتبط است. در نهایت، PTSD با بدتر شدن قابل توجه عملکرد روزانه در حوزه‌های مختلف همراه است. افراد مبتلا به PTSD ممکن است به دلیل علائم تکرار تجربه (reexperiencing)، مشکلات خواب و تمرکز که عملکرد شغلی را مختل می‌کند، شغل خود را از دست بدهند. آن‌ها همچنین ممکن است با مشکلات مالی، انزوای اجتماعی و مشکلات خانوادگی دست و پنجه نرم کنند.

معیارهای تشخیصی برای PTSD

در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵) و نسخه بازنگری شده آن (DSM-۵-TR)، PTSD از دسته اختلالات اضطرابی به دسته جدیدی با عنوان "اختلالات مرتبط با تروما و استرسور" (Trauma- and Stressor-Related Disorders) منتقل شد. تشخیص PTSD نیازمند برآورده شدن هشت معیار (A تا H) است. معیار A، که به عنوان معیار محرک (stimulus) شناخته می‌شود، مستلزم قرار گرفتن در معرض مرگ یا تهدید مرگ، آسیب جدی واقعی یا تهدید شده، یا خشونت جنسی واقعی یا تهدید شده است. این قرار گرفتن می‌تواند به صورت مستقیم (یعنی تجربه شخصی رویداد) یا غیرمستقیم (مانند مشاهده رویداد، اطلاع از وقوع آن برای یکی از بستگان نزدیک یا دوستان، یا قرار گرفتن مکرر در معرض جزئیات ناخوشایند رویداد) رخ دهد.

معیار B، یا خوشه افکار مزاحم (intrusion cluster)، شامل پنج علامت است، مانند خاطرات ناخواسته مکرر، کابوس، واکنش‌های گسستگی (dissociative reactions) (به عنوان مثال، فلش‌بک)، و پریشانی فیزیولوژیکی و روانی شدید هنگام مواجهه با یادآورهای استرسور تروماتیک. معیار C، یا خوشه اجتناب (avoidance cluster)، شامل اجتناب از یادآورهای درونی (مانند شناخت‌ها) و بیرونی (مانند افراد، مکان‌ها) استرسور تروماتیک است. معیار D، یا خوشه تغییرات منفی در شناخت و خلق (negative alterations in cognitions and mood cluster)، شامل هفت علامت است، مانند باورهای منفی پایدار و اغراق‌آمیز درباره خود، دیگران یا جهان؛ شناخت‌های تحریف شده در مورد علت یا پیامدهای رویداد تروماتیک؛ حالت عاطفی منفی پایدار؛ از دست دادن علاقه یا مشارکت در فعالیت‌های مهم؛ و احساس جداسازی یا بیگانگی از دیگران. در نهایت، معیار E، یا خوشه تغییرات مشخص در برانگیختگی و واکنش‌پذیری (marked alterations in arousal and reactivity cluster)، شامل شش علامت است، مانند رفتار تحریک‌پذیر یا پرخاشگرانه، اختلال در تمرکز، مشکل در خواب، پاسخ استارتل (startle) اغراق‌آمیز و هوشیاری بیش از حد (hypervigilance).

برای تشخیص PTSD بر اساس DSM-5-TR، فرد باید رویداد معیار A را تجربه کرده باشد، حداقل یک علامت از معیار B، حداقل یک علامت از معیار C، حداقل دو علامت از معیار D، و حداقل دو علامت از معیار E را داشته باشد. علائم باید حداقل ۱ ماه وجود داشته باشند (معیار F)، منجر به پریشانی بالینی قابل توجه یا اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم عملکردی شوند (معیار G)، و نباید ناشی از اثرات فیزیولوژیکی یک دارو، مصرف مواد یا وضعیت پزشکی دیگر باشند (معیار H). DSM-5 همچنین دو مشخصه (specifier) را معرفی کرد: (الف) مشخصه گسستگی (dissociative specifier)، که برای افرادی است که سطوح بالایی از مسخ شخصیت (depersonalization) یا مسخ واقعیت (derealization) را تجربه می‌کنند، و (ب) مشخصه تأخیر در بروز (delayed-onset specifier)، که برای افرادی است که معیارهای کامل تشخیصی را تا حداقل ۶ ماه پس از قرار گرفتن در معرض استرسور تروماتیک برآورده نمی‌کنند.

در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، ویرایش یازدهم (ICD-11)، معیارهای PTSD با معیارهای DSM-5 متفاوت است. به طور خاص، ICD-11 تنها شامل سه خوشه اصلی علامت است: (الف) بازتجربه (reexperiencing) رویداد تروماتیک در زمان حال به شکل خاطرات مزاحم، فلش‌بک یا کابوس؛ (ب) اجتناب (avoidance) از یادآورهای تروماتیک؛ و (ج) احساس تهدید پایدار (a sense of persistent threat) که با هوشیاری بیش از حد و پاسخ استارتل تشدید شده مشخص می‌شود. تنها یک علامت از هر دسته مورد نیاز است و علائم باید برای چندین هفته ادامه داشته و باعث اختلال قابل توجهی در عملکرد شوند. ICD-11 در مجموع هفت علامت PTSD را شامل می‌شود که حداقل سه علامت برای رسیدن به معیارهای تشخیصی لازم است (در مقایسه با شش علامت در DSM-5).

ICD-11 همچنین تشخیص خواهر آن، PTSD پیچیده (CPTSD) را شامل می‌شود. اعتقاد بر این است که CPTSD پس از قرار گرفتن در معرض رویدادهایی با ماهیت بسیار تهدیدکننده یا وحشتناک، به ویژه رویدادهای طولانی یا تکراری که فرار از آن‌ها دشوار یا غیرممکن است (مانند شکنجه، بردگی، کمپین‌های نسل‌کشی، خشونت خانگی طولانی‌مدت، سوءاستفاده جنسی یا جسمی مکرر در دوران کودکی) ایجاد می‌شود. CPTSD علاوه بر معیارهای اصلی PTSD، نیازمند سه ویژگی اضافی است: (الف) مشکلات شدید و فراگیر در تنظیم هیجانی، (ب) خودپنداره منفی (به عنوان مثال، احساس بی‌ارزشی)، و (ج) مشکلات پایدار در روابط و احساس نزدیکی به دیگران.

تحقیقاتی که به مقایسه دو سیستم تشخیصی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که PTSD در ICD-۱۱ نسبت به مفهوم‌سازی DSM-۵ کمتر شایع است و همپوشانی کمی بین تشخیص‌ها وجود دارد. شیوع PTSD نیز بسته به نمونه مورد مطالعه متفاوت است.

روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد برای PTSD و اجزای حیاتی درمان

سه راهنمای عمل (practice guidelines) برجسته برای مدیریت PTSD توسط انجمن بین‌المللی مطالعات استرس تروماتیک (ISTSS)، وزارت امور کهنه‌سربازان/وزارت دفاع (VA/DoD) و انجمن روانشناسی آمریکا (APA) منتشر شده‌اند. راهنمای ISTSS (۲۰۲۰) به شدت درمان پردازش شناختی (CPT)، درمان شناختی (CT)، حساسیت‌زدایی و پردازش مجدد از طریق حرکات چشم (EMDR)، درمان رفتاری شناختی فردی متمرکز بر تروما، و درمان مواجهه طولانی‌مدت (PE) را برای درمان بزرگسالان مبتلا به PTSD توصیه می‌کند. درمان مواجهه نوشتاری (WET) به عنوان یک مداخله با شواهد نوظهور شناسایی شده است.

جدیدترین راهنمای عمل بالینی (CPG) از VA/DoD (۲۰۲۳)، درمان‌های CPT، EMDR و PE را به عنوان خط اول درمان توصیه می‌کند. این راهنما همچنین CT برای PTSD، درمان متمرکز بر حضور (present-centered therapy) و WET را به عنوان خط بعدی درمان‌های PTSD توصیه می‌کند. قابل ذکر است که این اولین باری است که WET توسط یک CPG به عنوان یک خط دوم درمان معرفی شده است. راهنمای APA (۲۰۱۷) قویاً استفاده از درمان شناختی-رفتاری (CBT)، CT، CPT و PE را برای بزرگسالان مبتلا به PTSD توصیه می‌کند. همچنین استفاده از درمان روان‌درمانی کوتاه التقاطی (brief eclectic psychotherapy)، EMDR و درمان مواجهه روایی (narrative exposure therapy) را با قوت کمتری توصیه می‌کند.

هیچ یک از CPGها اطلاعات قطعی در مورد مکانیسم‌های اثر درمان‌های توصیه شده ارائه نمی‌دهند. با این حال، درمان‌هایی که بیشترین توصیه‌ها را دریافت کرده‌اند (یعنی CPT، PE، CT برای PTSD) دو ویژگی مشترک دارند که برای درمان موفقیت‌آمیز علائم PTSD ضروری تلقی می‌شوند: (الف) مواجهه درمانی (therapeutic exposure) و (ب) پردازش شناختی/بازسازی شناختی (cognitive processing/cognitive restructuring).

مواجهه درمانی

در مواجهه درمانی، مراجعان به طور مکرر هم با خاطره محرک تروماتیک خود (که به آن مواجهه خیالی یا imaginal exposure گفته می‌شود) و هم با یادآورهای خارجی (مانند افراد، مکان‌ها، موقعیت‌ها) محرک تروماتیک خود (که به آن مواجهه در عمل یا in vivo exposure گفته می‌شود) روبرو می‌شوند. نظریه پردازش هیجانی (Emotional processing theory) بیان می‌دارد که درمان مؤثر، ساختار ترس آسیب‌شناختی فرد را با فعال کردن ساختار ترس و سپس ارائه اطلاعاتی که با عناصر آن ساختار ناسازگار است، اصلاح می‌کند.

نظریه‌های جدیدتر پیشنهاد می‌کنند که مواجهه از طریق فرآیندی به نام یادگیری بازدارنده (inhibitory learning) به کاهش علائم PTSD کمک می‌کند. از دیدگاه یادگیری بازدارنده، هدف مواجهه، کاهش ترس نیست. در عوض، در طول مواجهه، فرد پاسخ‌های جدیدی به نشانه‌های تروما (trauma cues) می‌آموزد که با پاسخ‌های قدیمی رقابت کرده و آن‌ها را مهار می‌کنند. به این ترتیب، به جای کاهش ترس، فرد یاد می‌گیرد که می‌تواند ترس را تحمل کند. این تحمل آموخته شده با پاسخ‌های قدیمی به نشانه‌های تروما (یعنی ترس و اجتناب) رقابت کرده و آن‌ها را مهار می‌کند و فرد را در برابر عود مجدد علائم (relapse) محافظت می‌کند.

در مواجهه خیالی، که یک جزء اصلی WET است، از مراجعان خواسته می‌شود تا با ارائه جزئیات در مورد رویداد و توصیف افکار و احساسات خود در طول رویداد از طریق یک روایت مکتوب، به طور مکرر با خاطره تروماتیک خود روبرو شوند. برای اطمینان از مواجهه مکرر با خاطره تروما، به آن‌ها دستور داده می‌شود که یک خاطره تروماتیک واحد را به عنوان تمرکز روایت‌های خود انتخاب کنند.

پردازش شناختی/بازسازی شناختی

اغلب اوقات، مراجعان افکاری را در مورد تجربه تروماتیک خود پرورش می‌دهند که با نحوه وقوع رویداد یا سایر اطلاعات واقعی در مورد آن رویداد، ناسازگار است. به عنوان مثال، یک مراجع ممکن است معتقد باشد که می‌توانسته از وقوع رویداد تروماتیک جلوگیری کند، حتی اگر کار بسیار کمی، اگر نگوئیم هیچ، برای جلوگیری از آن می‌توانسته انجام دهد. درمانگران می‌توانند این برداشت‌ها و باورهای نادرست را به چالش بکشند و به مراجع کمک کنند تا با اطلاعات واقعی همسو شود. رویدادهای تروماتیک همچنین می‌توانند نحوه تفکر مراجع در مورد خود یا جهان را تغییر دهند. چنین شناخت‌هایی می‌توانند به حفظ علائم PTSD فرد کمک کنند. درمانگران می‌توانند مهارت‌های خاصی را به مراجعان آموزش دهند که به آن‌ها کمک می‌کند تصمیم بگیرند آیا راه‌های مفیدتری برای فکر کردن در مورد تروما، خودشان، و جهان به طور کلی وجود دارد یا خیر. چنین بازسازی شناختی (cognitive restructuring) به عنوان یک مکانیسم کلیدی در نظر گرفته می‌شود که منجر به نتیجه درمانی موفق در درمان‌هایی می‌شود که عمدتاً متمرکز بر شناخت هستند، مانند CPT.

شواهد همچنین نشان می‌دهند که این شناخت‌های اشتباه و ناکارآمد می‌توانند از طریق مواجهه مکرر با خاطره تروما اصلاح شوند (Foa et al., ۲۰۰۵; Bryant et al., ۲۰۰۳) و ممکن است در ایجاد موفقیت درمانی به اندازه یادگیری بازدارنده (inhibitory learning) اهمیت داشته باشند (McLean et al., ۲۰۱۵; Aderka et al., ۲۰۱۳; Zalta et al., ۲۰۱۴). همانطور که مراجع خاطره تروما را بازگو می‌کند، شروع به یادآوری اطلاعات خاص و واقعی رویداد می‌کند، که منجر به اصلاح باورهای اشتباه قبلی او می‌شود. به عنوان مثال، همانطور که قبلاً ذکر شد، یک مراجع ممکن است معتقد باشد که می‌توانسته جلوی رویداد را بگیرد، یا به طور کلی از وقوع آن جلوگیری کند، که این به نوبه خود باعث می‌شود معتقد باشد که مسئول آن حادثه است. همانطور که مراجع خاطره تروما را بازگو می‌کند، ممکن است اطلاعات خاصی را به یاد بیاورد که با این باورها ناسازگار است. در نتیجه، مراجع ممکن است متوجه شود که مقصر نیست. در نتیجه، این باور که او می‌توانسته از رویداد جلوگیری کند و ۱۰۰٪ مسئول وقوع آن است، به یک دیدگاه متعادل‌تر و دقیق‌تر تغییر می‌یابد.

بازسازی شناختی می‌تواند برای مراجعانی که WET دریافت می‌کنند، حین درگیر شدن با خاطره ترومای خود از طریق نوشتن، رخ دهد. از طریق بازگویی مکرر خاطره تروما، مراجعان شروع به اصلاح شناخت‌های ناکارآمد مرتبط با ترومای خود می‌کنند (مثلاً، «من باید می‌توانستم جلوی وقوع رویداد را بگیرم» به «هیچ کاری نبود که می‌توانستم انجام دهم که از وقوع رویداد جلوگیری کند» تغییر می‌کند). جلسات نوشتاری برای WET با این دستورالعمل شروع می‌شود که مراجعان در مورد جزئیات رویداد تروماتیک بنویسند، اما جلسات بعدی به مراجعان دستور می‌دهند که بررسی کنند چگونه رویداد تروماتیک بر زندگی آنها تأثیر گذاشته و برای آن معنایی بیابند. با انجام این کار، باورهای مراجعان در مورد خودشان، تروماهایشان و جهان ممکن است کمتر پریشان‌کننده، کمتر ناسازگار با افکار دیگری که دارند، و کمتر تحریف شده از واقعیت شوند. همچنین شایان ذکر است که وقتی مراجعان اعتبار باورهای ناکارآمد خود را بررسی و آزمایش

می‌کنند، در واقع به طور مکرر در معرض خاطره ترومای خود نیز قرار می‌گیرند. اینجاست که بازسازی شناختی و مواجهه درمانی با یکدیگر تلاقی پیدا می‌کنند.

چگونه WET می‌تواند به موانع رایج درمان PTSD رسیدگی کند

اگرچه چندین روان‌درمانی مؤثر برای PTSD وجود دارد، اما این درمان‌ها برای همه کسانی که آنها را دریافت می‌کنند به طور یکسان مؤثر نیستند. نتایج مطالعات پیامد درمان PTSD می‌تواند بسته به نمونه، طرح مطالعه، مداخله، فواصل پیگیری، پیامدهای مورد نظر و معیارهای مورد استفاده برای ارزیابی آنها متفاوت باشد. به طور معمول، بسیاری از مراجعانی که روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد برای PTSD دریافت می‌کنند، پس از پایان درمان همچنان معیارهای PTSD را دارند (به عنوان مثال، Cusack et al., ۲۰۱۶)، و بسیاری از مراجعان هرگز درمان را کامل نمی‌کنند (Imel et al., ۲۰۱۳). عواملی مرتبط با مراجع، درمانگر و زمینه‌هایی که درمان در آن انجام می‌شود، اغلب می‌توانند اثربخشی این درمان‌ها را کاهش داده یا منجر به ترک درمان شوند. با این حال، WET ممکن است به بسیاری از این عوامل رسیدگی کرده و نتایج درمان را بهبود بخشد.

عوامل مرتبط با مراجع

اجتناب از یادآورهای تروماتیک یک علامت اصلی PTSD است و به همین دلیل ماهیت این اختلال، درگیر شدن در بهترین درمان‌ها (که اتفاقاً متمرکز بر تروما هستند) را برای مبتلایان به آن، به طور خاص دشوار می‌سازد. اجتناب می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد (مصرف مواد، سایر رفتارهای اعتیادآور، حواس‌پرتی، انزوای اجتماعی)، که هر کدام چالش‌های منحصر به فرد خود را در درمان ایجاد می‌کنند. صرف نظر از شکل آن، تلاش برای اجتناب از یادآورهای تروما می‌تواند منجر به ترک زودهنگام درمان PTSD شود. مطالعات قبلی نرخ ترک درمان بین ۱۸٪ تا ۶۵٪ را برای CPT و PE بسته به محیط درمانی و نمونه، یافته‌اند (Hembree et al., ۲۰۰۳; Imel et al., ۲۰۱۳; Schnurr et al., ۲۰۲۲).

عموماً تصور می‌شود که دلیل اصلی عدم حضور مراجعان در جلسات درمانی (یعنی no-show) یا ترک زودهنگام درمان، پریشانی ناشی از مواجهه با مطالب مرتبط با تروما در بستر درمان است. این گمان توسط یافته‌های تحقیقاتی که نشان می‌دهد ریزش (attrition) معمولاً در اوایل دوره درمان رخ می‌دهد، پشتیبانی می‌شود (Gutner, ۲۰۱۶; Gallagher, et al., ۲۰۱۶; Kehle-Forbes et al., ۲۰۱۶)، یعنی زمانی که مراجعان در حال آماده شدن برای شروع، یا به تازگی شروع به انجام، تمرینات مواجهه درمانی کرده‌اند.

مانند سایر درمان‌های متمرکز بر تروما، مراجعانی که WET دریافت می‌کنند در معرض یادآورهای تروماهای خود قرار می‌گیرند، با این حال، همانطور که در فصل ۴ توضیح می‌دهیم، نرخ پایین ترک درمان به طور مداوم برای WET در مقایسه با سایر روان‌درمانی‌های متمرکز بر تروما مشاهده شده است (یعنی ۶٪ تا ۲۴٪). ممکن است دلایل متعددی برای این ریزش کمتر وجود داشته باشد. اول، برخلاف سایر درمان‌های متمرکز بر تروما، مواجهه‌های درمانی به صورت نوشتاری انجام می‌شود و نیازی به بازگویی تجربه تروماتیک برای درمانگر ندارد. این ترتیب ممکن است به مراجعان اجازه دهد احساس راحتی بیشتری کرده و مواجهه‌ها را بهتر تحمل کنند. دوم، برخلاف سایر درمان‌های متمرکز بر تروما که در آنها مواجهه تا پس از اتمام کارهای مقدماتی اولیه شروع نمی‌شود، WET مواجهه با خاطره تروما را در همان جلسه اول آغاز می‌کند. مراجعان در سایر روان‌درمانی‌ها ممکن است از اینکه مواجهه چقدر دشوار خواهد بود، بترسند و این ترس ممکن است آنها را به اجتناب (یعنی ترک) از جلسات درمانی آینده قبل از شروع تمرینات مواجهه سوق دهد. در مقابل، با انجام مواجهه در جلسه اول، مراجع یاد می‌گیرد که مواجهه خیالی آنقدرها که ممکن است از آن ترسیده

باشد، دشوار و ناخوشایند نیست و می‌تواند مواجهه را بهتر از آنچه انتظار داشت تحمل کند. برای تأکید بر این نکته، درمانگر جلسه اول را با برجسته کردن این موضوع به پایان می‌رساند که سخت‌ترین جلسه اکنون پشت سر گذاشته شده است. سوم، در تضاد با سایر درمان‌های متمرکز بر تروما، هیچ تکلیف بین جلسه‌ای وجود ندارد. سایر درمان‌های متمرکز بر تروما شامل تکالیف بین جلسه‌ای هستند، مانند نوشتن در مورد تجربه تروماتیک به تنهایی، گوش دادن به ضبط جلسه‌ای که در آن مراجع تجربه تروماتیک خود را با صدای بلند برای درمانگر بازگو کرده است، یا رویارویی در عمل (*in vivo*) با موقعیت‌های قبلاً اجتناب شده و ترسناک مرتبط با تروما. پایبندی به این تکالیف بین جلسه‌ای بسیار متغیر است و مراجعان از دشواری در تکمیل یا تلاش برای تکمیل آنها گزارش می‌دهند. بر این اساس، آنها ممکن است احساس شرم یا گناه مرتبط با تکالیف انجام نشده پیدا کنند. تکالیف انجام نشده همچنین ممکن است نشانه‌ای از اجتناب از یادآورهای تروما باشد. شرم یا گناه مرتبط با تکالیف انجام نشده ممکن است اجتناب از یادآورهای تروما را بیشتر تقویت کرده و منجر به از دست دادن جلسات درمانی یا حتی ترک کامل درمان شود. الگوی عدم تکمیل تکالیف بین جلسه‌ای، که با عدم حضور یا لغو جلسه درمانی دنبال می‌شود، از هرگونه پیشرفتی جلوگیری می‌کند و در نهایت با پیامد درمانی ضعیف‌تر مرتبط است (Gutner, Suvak, et al., ۲۰۱۶). از آنجا که در WET هیچ تکلیف بین جلسه‌ای وجود ندارد، فرصتی برای مراجعان برای تجربه شرم یا گناه مرتبط با آنها وجود ندارد. این شرایط، حضور مداوم در درمان و در نتیجه تکمیل درمان را در ۵ هفته بیشتر تقویت می‌کند (Sloan et al., ۲۰۱۸).

عوامل مرتبط با درمانگر

عوامل مرتبط با درمانگر نیز می‌توانند نقش مهمی در اثربخشی یک درمان معین ایفا کنند. یک عامل مهم، میزانی است که درمانگران برای استفاده از یک درمان خاص آموزش دیده‌اند. فرصت‌های یادگیری درمان‌های مبتنی بر شواهد ممکن است محدود باشد، اگرچه چنین فرصت‌هایی در سال‌های اخیر با استفاده بیشتر از پلتفرم‌های آموزش آنلاین افزایش یافته است. با این وجود، موانع متعددی برای آموزش درمانگران وجود دارد، که معمولاً باید خودشان به دنبال آموزش باشند و هزینه‌های مالی مربوطه را تحمل کنند. هزینه‌های فرصت اغلب قابل توجه است، با توجه به اینکه کارگاه‌های آموزشی معمولاً ۲ تا ۳ روز کامل طول می‌کشند و به دنبال آن تقریباً ۶ ماه جلسات مشاوره هفتگی برگزار می‌شود که در طی آن بازخورد توسط یک مربی متخصص ارائه می‌شود در حالی که درمانگر بیمارانی را می‌بیند که درمان برای آنها اجرا می‌شود. علاوه بر این موانع، درمانگران ممکن است به دلایل مختلف دیگری تمایلی به یادگیری درمان‌های مبتنی بر شواهد، به ویژه درمان‌های متمرکز بر تروما (خصوصاً آنهایی که مبتنی بر مواجهه هستند)، یا استفاده از آنها در عمل خود نداشته باشند. این دلایل شامل ترس از بدتر شدن علائم، ترس از اینکه مراجع ممکن است در طول جلسه دچار گسستگی شود، و نگرانی در مورد ترک درمان است (Cook et al., ۲۰۱۳).

برای روشن شدن موضوع، مانند هر درمان روانی-اجتماعی دیگری، برای ارائه موفقیت‌آمیز WET به آموزش نیاز است (Worley et al., ۲۰۲۳). با این حال، زمان و هزینه آموزش به طور قابل توجهی کمتر از آن چیزی است که برای سایر درمان‌های متمرکز بر تروما لازم است. کارگاه‌های WET معمولاً به ۶ ساعت زمان برای تکمیل نیاز دارند. مشاوره پیگیری برای ارائه موفقیت‌آمیز WET توصیه می‌شود، اما به دلیل کوتاه بودن مدت زمان درمان، به جلسات مشاوره کمتری (یعنی ۸ تا ۱۲ جلسه) نیاز است. نگرانی‌ها در مورد اجرای یک درمان مبتنی بر مواجهه و ترک درمان ممکن است با توجه به قالب روایت‌نویسی و شواهد مبنی بر وقوع ترک درمان کمتر با WET، کاهش یابد که این خود نیاز به مشاوره را بیشتر کاهش می‌دهد.

عوامل زمینه‌ای

مسائل گسترده‌تر در سطح سیستم نیز مطرح می‌شوند، به ویژه با توجه به هزینه‌ها، اول، آموزش صحیح درمانگران در درمان‌های مبتنی بر شواهد می‌تواند گران باشد (Herschell et al., ۲۰۱۰). همچنین ممکن است اطمینان از اینکه درمانگران به پروتکل‌های درمانی پایبند هستند یا اینکه به استفاده از این درمان‌ها، به ویژه پس از پایان دوره آموزشی معین، ادامه می‌دهند، چالش‌برانگیز باشد. WET ممکن است یک گزینه درمانی به ویژه جذاب برای سیستم‌های مراقبت بهداشتی باشد با توجه به زمان کاهش یافته مورد نیاز برای آموزش درمانگران. هزینه مرتبط با آموزش نیز کمتر است. علاوه بر این، سیستم‌های مراقبت بهداشتی احتمالاً تعداد کاهش یافته جلسات درمانی در WET را جذاب می‌دانند زیرا تعداد بیشتری از مراجعان را می‌توان در مدت زمان کوتاه‌تری درمان کرد. در آخر، پایبندی به درمان (treatment adherence) در WET به طور کلی بالا است زیرا جلسات درمانی دارای متن از پیش تعیین شده (scripted) هستند.

موانع اجرایی

با درک نیاز فزاینده به خدمات درمانی PTSD ناشی از درگیری‌های پس از ۱۱ سپتامبر، وزارت امور کهنه‌سربازان (VA) و وزارت دفاع (Eftekhari et al., ۲۰۱۳) (DoD) منابع قابل توجهی را به انتشار CPT و PE برای درمانگران سلامت روان در محیط‌های مربوطه خود اختصاص داده‌اند. این تلاش گسترده برای انتشار، یک اقدام بزرگ بود که سال‌ها به طول انجامید. درمانگرانی که علاقه‌مند به آموزش در این درمان‌ها بودند، ملزم به شرکت در کارگاه‌ها و به دنبال آن نظارت برای حداقل دو بیمار (که تا پایان درمان شوند) با استفاده از پروتکل دستی خاص در طی ۱ سال پس از شرکت در کارگاه بودند. با این حال، از آنجا که ترک درمان در میان مراجعان دریافت‌کننده PE و CPT می‌تواند بالا باشد، دوره نظارت می‌تواند تا ۶ ماه طول بکشد (Kehle-Forbes et al., ۲۰۱۶). پس از برآورده شدن این معیارها، درمانگران گواهینامه دریافت می‌کردند. بسیاری از درمانگران در هر دو درمان گواهینامه دریافت کردند، در حالی که برخی از درمانگران فقط در یک درمان گواهینامه گرفتند.

پس از چندین سال انتشار این درمان‌ها، مطالعات مختلفی اجرای این درمان‌ها را در مراکز درمانی VA و DoD بررسی کرده‌اند. یافته‌های این مطالعات نشان داد که درمانگران معتقدند PE و CPT درمان‌های مؤثری هستند اما آنها از مدل‌های مشاوره حمایتی بیشتر از PE یا CPT استفاده می‌کنند (Finley et al., ۲۰۱۵; Watts et al., ۲۰۱۴). علاوه بر این، درمانگران گزارش داده‌اند که از برخی، اما نه همه، اجزای درمانی برای هر دو رویکرد استفاده می‌کنند (Borah et al., ۲۰۱۳; Watts et al., ۲۰۱۴). که این مسئله‌ساز است زیرا این درمان‌ها زمانی که با وفاداری (fidelity) کامل ارائه نشوند، احتمالاً اثربخشی کمتری دارند. درمانگران گزارش داده‌اند که اگرچه معتقدند PE و CPT مؤثر هستند، اما به دلیل تقاضاهای مراقبت بالینی و منابع محدود کارکنان، این درمان‌ها را تغییر می‌دهند یا به جای آن از مراقبت حمایتی استفاده می‌کنند (Borah et al., ۲۰۱۳; Finley et al., ۲۰۱۵).

از آنجا که WET مختصر است، کمتر تحت تأثیر این موانع اجرایی قرار می‌گیرد و بنابراین می‌توان بیماران بیشتری را با منابع محدود کارکنان درمان کرد. علاوه بر این، از آنجا که پروتکل WET بسیار ساختاریافته و دارای متن از پیش تعیین شده است، احتمال انحراف درمانگران از پروتکل کمتر است، و در نتیجه به طور بالقوه موفقیت پیامد درمان را در میان مراجعان دریافت‌کننده درمان افزایش می‌دهد. در سال‌های اخیر، VA یک برنامه عرضه سراسری (rollout) WET را آغاز کرده است، که از طریق آن درمانگران مراقبت سلامت روان VA برای ارائه WET آموزش می‌بینند (Worley et al., ۲۰۲۳). همانطور که در فصل ۲ توضیح می‌دهیم، یافته‌های اولیه این برنامه اجرایی با کهنه‌سربازان

امیدوارکننده است (LoSavio et al., ۲۰۲۳). مهمتر از آن، این آموزش تعهد زمانی کمتری نسبت به PE و CPT دارد (۲۰۱۳، Eftekhari et al.)، و درمانگران اشتیاق خود را برای این درمان ابراز می‌کنند. همانطور که WET به انتشار خود ادامه می‌دهد، مهم است که ارزیابی شود آیا درمانگران پس از اتمام آموزش خود به استفاده از آن ادامه می‌دهند یا خیر، تا مشخص شود آیا این درمان در معرض همان موانعی قرار می‌گیرد که برای درمان‌های متمرکز بر ترومای زمان‌برتر ذکر شده است (۲۰۱۵، Finley et al.; ۲۰۱۳، Borah et al.). اگرچه WET مزایای واضحی دارد، از جمله اختصار مداخله و عدم وجود تکالیف بین جلس‌های، هم مراجعان و هم درمانگران ممکن است نگرانی‌هایی داشته باشند که می‌تواند به عنوان مانعی برای دسترسی به WET و سایر درمان‌های متمرکز بر تروما عمل کند.

نگرانی‌های رایج مراجعان در مورد درمان‌های متمرکز بر تروما

اکنون ما رایج‌ترین نگرانی‌هایی را که مراجعان در مورد درمان متمرکز بر تروما گزارش می‌دهند، مرور می‌کنیم و توضیح می‌دهیم که چگونه می‌توان با استفاده از WET به این نگرانی‌ها رسیدگی کرد. این بخش اطلاعاتی را در مورد پرتکرارترین نگرانی‌های مراجعان که هنگام ارائه WET به عنوان یک گزینه درمانی به آنها با آن مواجه شده‌ایم، ارائه می‌دهد.

نگرانی رایج شماره ۱: من نمی‌خواهم در مورد رویداد تروماتیک فکر کنم چون می‌ترسم کنترل خود را از دست بدهم یا بی‌وقفه گریه کنم

ویژگی اصلی روان‌درمانی‌های متمرکز بر تروما (و به طور خاص‌تر درمان‌های مبتنی بر مواجهه)، رویارویی با خاطره ترومای فرد است، اما تمرکز بر خاطره تروما دقیقاً همان کاری است که مراجعان مبتلا به PTSD هر روز سخت تلاش می‌کنند تا انجام ندهند. بنابراین، جای تعجب نیست که اکثر مراجعان برای انجام این کار مردد یا حتی بی‌میل هستند زیرا می‌ترسند که نتوانند احساسات منفی شدیدی را که خاطره برمی‌انگیزد، کنترل کنند. این نگرانی کاملاً اشتباه نیست، زیرا فکر کردن به تجربیات تروماتیک گذشته معمولاً منجر به افزایش احساسات منفی می‌شود. با این حال، برای مراجعان حیاتی است که تشخیص دهند هدف اصلی از رویارویی با خاطره تروما صرفاً این نیست که حال مراجع بد شود یا کنترل خود را از دست بدهد، بلکه این است که به آنها نشان دهد که می‌توانند (الف) آن حالات عاطفی را بهتر از آنچه فکر می‌کنند تحمل کنند، و (ب) پاسخ جدیدی به خاطره تروما یاد بگیرند (مانند پذیرش/تامیل به تجربه احساسات منفی شدید) که با پاسخ‌های قدیمی (یعنی اجتناب) رقابت کرده و آنها را مهار می‌کند و متعاقباً آنها را در برابر عود (relapse) در آینده مصون می‌سازد.

یک نگرانی مرتبط که ممکن است مراجعان توصیف کنند این است که ممکن است با بازنگری خاطره تروما، افزایش در علائم PTSD خود را تجربه کنند. باز هم، چنین نگرانی معقول است، زیرا غیرمعمول نیست که علائم PTSD پس از فکر کردن در مورد تروما افزایش یابد. با این حال، مراجعان باید درک کنند که هرگونه افزایش علائم موقتی است و لزوماً برای همه رخ نمی‌دهد (۲۰۲۰، Walker et al.). درمانگران باید مراجعان خود را آگاه سازند که هرگونه افزایش در احساسات منفی و علائم PTSD با ادامه حضور در جلسات، پیروی از دستورالعمل‌ها برای نوشتن در مورد رویداد تروماتیک خود در جلسه، و اجازه دادن به خود برای داشتن افکار و احساسات در مورد خاطره تروما هر زمان که ممکن است به وجود آیند (هم در داخل و هم در خارج از جلسات درمانی)، برطرف خواهد شد. علاوه بر این، آنها نیاز کمتری به کنترل خاطره تروما و پاسخ‌های خود به آن احساس خواهند کرد، و همچنین قادر خواهند بود زندگی‌ای را که آرزو دارند، داشته باشند. مهم است که به مراجعان اطلاع داده شود که احساس کردن هیجانات منفی در طول جلسات اولیه درمان

معقول است و این به عنوان یک نشانه خوب تلقی می‌شود زیرا به این معنی است که مراجع در درمان درگیر شده و مایل است احساسات خود را حس کند. علاوه بر این، هیجاناتی که آنها تجربه می‌کنند، پاسخی مناسب به ترومایی است که تجربه کرده‌اند.

پاسخ مفید دیگر به مقاومت مراجع در برابر رویارویی با خاطره تروما این است که به این نکته اشاره شود که، به احتمال زیاد، آنها در حال حاضر با خاطره تروما در حال دست و پنجه نرم کردن هستند و ناموفقانه در تلاشند تا پاسخ‌های خود را به آن با رفتارهای ناسازگارانه، مانند انزوای اجتماعی، طغیان‌های خشمگینانه یا خشونت‌آمیز به دیگران، و مصرف مواد، کنترل کنند. علاوه بر این، دقیقاً همین تلاش‌های ناسازگارانه برای کنترل پاسخ‌های هیجانی‌شان به خاطره تروما است که مشکلات آنها را در جنبه‌های مختلف زندگی‌شان (یعنی روابط ضعیف با شرکای صمیمی و فرزندان، عملکرد شغلی ضعیف) تشدید می‌کند. در WET، ما می‌خواهیم مراجعان تشخیص دهند که دیگر نیازی به مبارزه با خاطره ترومای خود ندارند و شیوه‌های قدیمی ارتباط آنها با آن، بیشتر از خود خاطره، مشکل‌ساز بوده است.

افزایش موقتی در احساسات منفی و/یا علائم PTSD در WET رخ می‌دهد، اما مراجعان ممکن است به دلیل کوتاه بودن درمان، نگرانی کمتری در مورد این موضوع داشته باشند. بنابراین، مفید است که به مراجعان تأکید شود که درمان متمرکز بر تروما می‌تواند از نظر احساسی طاقت‌فرسا باشد، اما فقط شامل پنج جلسه است و بنابراین در یک دوره زمانی کوتاه تکمیل خواهد شد. برای برخی از مراجعان، پیشنهاد جلسات دو بار در هفته ممکن است جذاب باشد زیرا میزان زمان مورد نیاز برای تکمیل درمان را کاهش می‌دهد و این ممکن است نگرانی‌هایی را که مراجع در مورد اختلالی که درمان در زندگی‌اش ایجاد خواهد کرد، کاهش دهد. برای مراجعانی که نمی‌توانند به طور مداوم در جلسات دو بار در هفته شرکت کنند، گزینه دیگر این است که در دو جلسه اول در یک هفته شرکت کنند، زیرا اینها معمولاً سخت‌ترین جلسات هستند و سپس جلسات باقیمانده را با نرخ یک بار در هفته تکمیل کنند. در فصل ۴، ما برخی از تشبیه‌های مفید را برای ارائه به مراجعان در مورد افزایش موقتی احساسات منفی و/یا علائم PTSD که ممکن است در جلسات ابتدایی درمان تجربه کنند، ارائه می‌دهیم. ما در مورد ارائه این تشبیه‌ها در پایان اولین جلسه درمانی بحث می‌کنیم. با این حال، این تشبیه‌ها همچنین می‌توانند در زمینه رسیدگی به نگرانی‌هایی که ممکن است مراجعان در مورد پیشبرد درمان داشته باشند، برای آنها توصیف شوند.

در یک نکته مرتبط، برخی از مراجعان ممکن است این نگرانی را ابراز کنند که اگر به خود اجازه دهند شروع به ابراز احساسات منفی (مانند گریه) کنند، قادر به متوقف کردن این احساسات نخواهند بود. این یک نگرانی قابل درک است با توجه به اینکه مراجعان معمولاً برای سال‌های متمادی از سرکوب احساسات منفی به عنوان راهی برای مقابله استفاده کرده‌اند. آنها با سرکوب احساسات منفی هنگام وقوع آنها، با آنها برخورد کرده‌اند، بنابراین هرگز فرصتی نداشته‌اند تا تجربه کنند که اجازه دادن به خود برای داشتن احساسات منفی چگونه است. اگرچه ترس آنها قابل درک است، اما از نظر فیزیولوژیکی ممکن نیست که احساسات یا گریه بدون پایان ادامه یابد. هنگامی که مراجعان ترس از اینکه احساسات منفی آنها پایانی نخواهد داشت را ابراز می‌کنند، ارائه اطلاعاتی در مورد نحوه عملکرد هیجانات به آنها مفید است. هیجانات مانند یک موج هستند؛ آنها به اوج می‌رسند و سپس فروکش می‌کنند. از آنجا که مراجعان احساسات منفی خود را سرکوب کرده‌اند، آنها آگاه نیستند که اگر به خود اجازه دهند با احساسات منفی بنشینند، این احساسات به خودی خود کاهش می‌یابند بدون اینکه مراجع نیازی به انجام کاری برای کاهش یا متوقف کردن آنها داشته باشد. همچنین مهم است که به این نکته اشاره شود که وقتی فردی احساسات منفی را سرکوب می‌کند، ناآگاهانه احساسات مثبت را نیز سرکوب می‌کند. هم احساسات مثبت و هم منفی بخشی از چیزی هستند که ما را انسان می‌سازد و بخشی از عملکرد

طبیعی هستند. وقتی مراجعان شروع به اجازه دادن به خود برای داشتن احساسات منفی هنگام بروز آنها می‌کنند، متوجه خواهند شد که شروع به تجربه احساسات مثبت بیشتری نیز خواهند کرد.

نگرانی شماره ۲: من نمی‌توانم به طور منظم در جلسات درمانی شرکت کنم چون خیلی سرم شلوغ است

برخی از مراجعان ممکن است بگویند که قادر به تعهد به درمان نیستند زیرا مسئولیت‌های جاری مختلف دیگری دارند (به عنوان مثال، تعهدات خانوادگی، مراقبت از کودک، تعهدات کاری). این نگرانی به ویژه برای درمان‌های متمرکز بر تروما که بار زمانی (و مالی) بیشتری بر دوش مراجع می‌گذارند، مرتبط است. حضور در جلسات مهم است و حضور در جلسات باید مداوم باشد (یعنی هفتگی). شواهد روشنی وجود دارد که مراجعان اگر به طور منظم و مداوم در جلسات شرکت نکنند، از درمان متمرکز بر تروما سودی نخواهند برد (به عنوان مثال، Gutner, Suvak, et al., ۲۰۱۶). بنابراین، درمان متمرکز بر تروما نیازمند تعهد از سوی مراجع است. اگرچه ما قاطعانه معتقدیم که با توجه به میزان اختلال و پریشانی که یک مراجع تجربه می‌کند، این تعهدی است که ارزش انجام آن را دارد، ما همچنین درک می‌کنیم که مراجعان خواسته‌های متضادی در زندگی خود دارند و گاهی اوقات باید بین چیزهای به همان اندازه مهم انتخاب‌های دشواری انجام دهند (یعنی مراقبت از خود در مقابل مراقبت از دیگرانی که به آنها وابسته هستند). نگرانی مربوط به تعهد با WET راحت‌تر برطرف می‌شود زیرا درمان کوتاه است و شامل تکالیف بین جلسه‌ای نمی‌شود. در واقع، برای مراجعانی که محدودیت زمانی دارند، WET ممکن است تنها گزینه قابل اجرا باشد. با این حال، مراجعان ممکن است همچنان در مورد توانایی شرکت در جلسات درمانی هفتگی ابراز نگرانی کنند.

اگر یک مراجع معتقد است که شرکت در پنج جلسه درمانی هفتگی چالش‌برانگیز خواهد بود، درمانگر و مراجع باید گزینه احتمالی دیگری را در نظر بگیرند، یعنی برنامه‌ریزی دو جلسه در هفته (یا حتی با فراوانی بیشتر)، تا به این نگرانی رسیدگی شود، زیرا این کار تعهد زمانی را کاهش می‌دهد. با این حال، اگر مراجع همچنان ابراز نگرانی کند که قادر به شرکت در پنج جلسه درمانی به صورت مداوم نیست، مهم است که بحث بزرگتری با مراجع در مورد آنچه می‌خواهد با درمان به دست آورد و چگونه WET می‌تواند به دستیابی به اهداف درمانی او کمک کند، داشته باشد. ایجاد تغییرات در زندگی فرد شامل سطحی از تلاش و تعهد زمانی خواهد بود. زمان مراجع ارزشمند است؛ بنابراین، درمانگر باید اطمینان حاصل کند که زمان مراجع با دستیابی به نتیجه‌ای که مراجع می‌خواهد، به خوبی صرف می‌شود.

به طور کلی، مراجعان دلایل معتبری برای احساس بی‌میلی نسبت به مشارکت در درمان متمرکز بر تروما دارند. مهم است که درمانگر نگرانی‌هایی را که مراجع دارد، تأیید کرده و به آنها رسیدگی کند. با این حال، دلیل پیشبرد درمان، رسیدگی به مسائلی است که در وهله اول مراجع را به درمان کشانده است. درمانگر از مراجع می‌خواهد که با درمان متمرکز بر تروما در راستای زندگی‌ای که مراجع مایل به داشتن آن است (مثلاً داشتن روابط معنادارتر، احساس آرامش و بهزیستی بیشتر) پیش برود. درمانگر اگر معتقد نبود که این یک رویکرد مفید خواهد بود، پیشنهاد نمی‌کرد که مراجع با WET پیش برود. در نهایت، درمانگر از مراجع می‌خواهد که یک جهش ایمانی (leap of faith) انجام دهد و با آنها برای مشارکت در درمان پیش برود. درمانگر باید هم یک مربی (coach) و هم یک مشوق (cheerleader) باشد، مراجع را هنگامی که بی‌میلی ابراز می‌کند به جلو هل دهد و در عین حال در طول فرآیند، تشویق‌کننده و حمایتگر باشد.

نگرانی‌های رایج درمانگران در مورد درمان‌های متمرکز بر تروما

درمانگران، به ویژه آنهایی که تجربه محدودی با درمان‌های متمرکز بر تروما دارند، نیز در مورد ارائه این درمان‌ها و تأثیر منفی که ممکن است شخصاً بر آنها داشته باشد، نگرانی‌هایی دارند.

نگرانی شماره ۱: برای من خیلی ناراحت‌کننده خواهد بود که از جزئیات رویداد تروماتیک مراجع خود مطلع شوم

برخی از درمانگران تمایلی به ارائه درمان‌های متمرکز بر تروما ندارند زیرا معتقدند که آگاهی از جزئیات تجربیات تروماتیک مراجعشان برای آنها از نظر عاطفی ناراحت‌کننده خواهد بود و بر عملکردشان تأثیر می‌گذارد. این نگرانی قابل درک است: شنیدن یا خواندن جزئیات تجربیات تروماتیک می‌تواند بسیار دشوار باشد، و حتی دشوارتر زمانی که درمانگر با مراجعی است که هنگام رویارویی با خاطره ترومای خود واکنش عاطفی بسیار شدیدی نشان می‌دهد و نسبت به آن مراجع احساس همدلی می‌کند. ممکن است برای درمانگرانی که خودشان سابقه تروما دارند، به ویژه هنگامی که آن سوابق تروما شبیه به سوابق مراجع حاضر است، شنیدن یا خواندن جزئیات تجربه تروماتیک یک مراجع حتی دشوارتر باشد. اگر این یک نگرانی برای درمانگران است، باید قبل از کار با مراجعان مبتلا به PTSD به آن رسیدگی شود تا درمانگر در موقعیت بهتری برای کمک باشد.

مهم است توجه داشته باشید که درمانگران باید درک کنند که برای کمک به بهترین شکل به مراجعی که در پی مواجهه با تروما رنج می‌برد، باید مایل به یادگیری جزئیات رویداد باشند و با نشستن در کنار مراجع در حالی که او احساسات منفی شدید مرتبط با تجربیات خود را ابراز می‌کند، از او حمایت کنند. در واقع، این احتمالاً اولین باری است که یک مراجع توانسته است افکار و احساسات خود را در مورد رویداد به طور آشکار بیان کند. فرصت برای مراجع برای اینکه بتواند احساسات خود را در مقابل درمانگر حس کند، اغلب منجر به این می‌شود که مراجع احساس کند بار سنگینی از دوشش برداشته شده است. برای درمانگر می‌تواند مفید باشد که در ذهن داشته باشد چقدر برای مراجع مهم است که بتواند احساسات خود را در مورد رویداد تروماتیکش آشکارا بیان کند. همچنین مفید است که در ذهن داشته باشید که هرگونه احساسات منفی که مراجع ممکن است احساس کند، تقریباً همیشه معقول است. از نظر جزئیات یک رویداد تروماتیک، درمانگران متوجه خواهند شد که با نوشتن مکرر مراجع در مورد رویداد، یاد می‌گیرند که قادر به تجربه احساسات قوی و ناخوشایند خود هستند و متوجه می‌شوند که نیازی به ترس و اجتناب از آنها نیست.

نگرانی شماره ۲: نمی‌خواهم مراجع من در طول جلسه احساس پریشانی کند یا جلسه را با حال ناراحت ترک کند چون نگرانم که ممکن است به خود آسیب برساند

برای درمانگران دشوار است که در جلسه کنار مراجعانی بنشینند که در پاسخ به یک تجربه تروماتیک گذشته، هیجانات منفی شدیدی را تجربه می‌کنند، و همچنین می‌تواند دشوار باشد که مراجعان با حال ناراحت جلسه را ترک کنند. در واقع، درمانگران ممکن است برای کمک به مردم وارد این حرفه شده باشند، بنابراین ممکن است باور داشته باشند که اگر مراجعشان در طول درمان دچار پریشانی شود، در رسیدن به آن هدف شکست خورده‌اند. در این لحظات، مهم است که به خاطر داشته باشید که برای بهره‌مندی از درمان متمرکز بر تروما، مراجع باید با خاطره ترومای خود درگیر شود، آن را با جزئیات کافی توصیف کند و افکار و احساسات مرتبط با آن تجربه را ابراز نماید. اگرچه شدت هیجانات منفی برانگیخته شده ممکن است تا پایان جلسه کاهش یابد، اما غیرمعمول نیست که مراجعان با مقداری پریشانی باقیمانده و موقتی، جلسه را ترک کنند. همانطور که قبلاً ذکر شد، درمانگران باید در نظر داشته باشند که هیجانات ابراز شده مناسب هستند و منجر به بهبود کیفیت زندگی مراجع خواهند شد. همچنین مهم است که به خاطر داشته باشید که هیجاناتی که مراجع تجربه می‌کند، پس از پایان جلسه نیز به کاهش شدت خود ادامه خواهند داد. اگرچه درمان می‌تواند چالش‌برانگیز باشد، اما هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهد مشارکت در درمان ترومای مبتنی بر مواجهه، افکار خودکشی یا رفتارهای خودآزاری را افزایش می‌دهد. در واقع، عکس آن صادق است: مشارکت در درمان ترومای مبتنی بر مواجهه، افکار و

رفتارهای خودکشی را کاهش می‌دهد (به عنوان مثال، Smith et al., ۲۰۲۳). به طور کلی، نگرانی‌های رایجی که درمانگران در مورد درمان متمرکز بر تروما دارند، معمولاً پس از اینکه این درمان‌ها، مانند WET، را ارائه کردند و بهبود مراجعان خود را مشاهده نمودند، برطرف می‌شوند.

مدیریت اجتناب مراجع

همانطور که اشاره کردیم، اجتناب از افکار، احساسات یا موقعیت‌هایی که تجربه تروماتیک را برای مراجع یادآوری می‌کند، یک علامت اصلی PTSD است و این رفتار اجتنابی، سایر علائم اصلی PTSD را حفظ می‌کند. بر این اساس، درمانگران باید انتظار داشته باشند که مراجعان در طول درمان متمرکز بر تروما، به روش‌های مختلفی رفتارهای اجتنابی از خود نشان دهند. به عنوان مثال، یک مراجع ممکن است مکرراً برای جلسات دیر حاضر شود، یا مکرراً جلسات را لغو کند، زمان آن را تغییر دهد، یا در آن غیبت کند. مراجع همچنین ممکن است در جلسه‌ای حاضر شود و بگوید که نیاز دارد بر روی یک موضوع فوری (مثلاً، مشاجره‌ای که در هفته گذشته با همسرش داشته) تمرکز کند تا خاطره تروما. اگرچه تلاش‌های مراجع برای اجتناب از رویارویی با خاطرات ترومای خود قابل درک است، اما مهم است که هم درمانگر و هم مراجع تشخیص دهند که اگرچه اجتناب ممکن است تسکین موقتی از خاطرات، عواطف و شناخت‌های ناخواسته فراهم کند، اما همچنین مراجع را در همان نقطه گیر می‌اندازد. رفتارهای اجتنابی به بهبود علائم PTSD منجر نمی‌شوند؛ در عوض، آنها را برای سال‌ها تداوم می‌بخشند.

توصیف تأثیر واقعی رفتار اجتنابی بخش مهمی از درمان متمرکز بر تروما است، و این بخشی از آن چیزی است که در جلسه اول WET اتفاق می‌افتد (به فصل ۴ مراجعه کنید). برای درمانگر مهم است که به مراجع اطلاع دهد که کاملاً پیش‌بینی می‌کند که مراجع در طول درمان، به ویژه در مرحله اولیه، درگیر نوعی رفتار اجتنابی خواهد شد، زیرا اکثر مراجعان مبتلا به PTSD این کار را می‌کنند. هنگامی که اجتناب به نمایش گذاشته می‌شود، درمانگر مراجع را آگاه خواهد کرد که در حال انجام این رفتار است، با هدف ارتقاء خودآگاهی از اجتناب و سایر رفتارهای ناسازگارانه که می‌توانند مانع از بهره‌مندی مراجع از درمان شوند. درمانگر می‌تواند به مراجع بگوید که آنها در طول درمان با هم کار خواهند کرد تا رفتارهای اجتنابی را در هنگام وقوع شناسایی و متوقف کنند. ما در فصل ۵ به مدیریت رفتار اجتنابی بازمی‌گردیم زیرا این یک جنبه حیاتی از ارائه مؤثر WET است.

خلاصه

در این فصل، ما روان‌درمانی‌های متمرکز بر ترومای مبتنی بر شواهد، از جمله WET، و ویژگی‌های اصلی آنها را که برای دستیابی به نتایج خوب حیاتی هستند، توصیف کردیم. ما همچنین موانع ارائه این درمان‌ها را در محیط‌های بالینی و اینکه چگونه ساختار و کارایی WET می‌تواند بسیاری از این موانع را برطرف کند، شرح دادیم. در آخر، ما نگرانی‌های رایج مراجعان در مورد درمان‌های متمرکز بر تروما و چگونگی رسیدگی به این نگرانی‌ها در چارچوب WET را توصیف کردیم. قبل از توضیح نحوه ارائه درمان، در فصل بعد، ما نحوه توسعه WET و یافته‌های مطالعاتی را که از استفاده از آن به عنوان یک رویکرد مؤثر برای درمان PTSD حمایت می‌کنند، شرح می‌دهیم.