

## اختلال استرس پس از آسیب

مهرناز کمیجانی / دکترای روان شناسی

### چکیده

اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)<sup>1</sup> یکی از شدیدترین و مخربترین اختلالات اضطرابی کودکان می باشد که ممکن است عوارض نامطلوب آن به آسانی قابل زدودن نباشد. سلب اعتماد کودک از تمام بزرگترهای قابل اعتماد، پس رفت عملکرد تحصیلی و اجتماعی، ازدواج های ناموفق و منجر به طلاق و بروز اختلالات روان-تنی در زندگی آتی کودک، تنها بخشی از پیامدهای این اختلال است. کودکانی که در معرض رویدادهای آسیب زا قرار می گیرند، اغلب با رفتارهای آشفتگی و حاکی از بیقراری واکنش نشان می دهند و مدام تلاش می کنند از یادآوری رویداد و حادثه خودداری کنند. تأثیر این وقایع روی کودکان به عوامل مختلفی از جمله نوع حادثه، شدت، محیطی که حادثه در آن رخ داده، تداوم و تسلسل حادثه و سنی که کودک در معرض آن قرار گرفته بستگی دارد. آگاه کردن والدین و کودکان از شرایط و موقعیت های خطرناک، بهترین پیشنهاد پیش گیرانه ای است که در تمام دنیا اجرا می شود و رسانه هایی چون صدا و سیما و مطبوعات نقش بسیار عمده ای در این زمینه دارند.

### اختلال استرس پس از آسیب

پیش از پرداختن به مفهوم PTSD، لازم است با مفهوم استرس یا فشار روانی آشنا شویم. اگرچه اصطلاح استرس معمولاً در یک زمینه منفی و برای اشاره به تجربه ای نامطلوب و منفی به کار برده می شود از نظر حرفه ای به

عنوان تغییر در تعادل حیاتی تعریف می شود. بنابراین، استرس به خودی خود، نه خوب است و نه بد، نه سودمند است و نه زیان آور. در حقیقت بسیاری از مسائل زندگی مانند ازدواج، گرفتن بورس تحصیلی و یا بچه دار شدن به عنوان وقایع مثبت در نظر گرفته می شوند. ولی علی رغم آن، استرس زا هستند (روت<sup>2</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

PTSD عبارت است از یک اختلال ناتوان کننده که به دنبال یک حادثه ای استرس زا، به وقوع می پیوندد. افراد دچار PTSD، اغلب، دارای افکار ترسناک یا برجا بوده و از نظر هیجانی کاملاً بی تفاوت و کرخت می باشند. آدم ربایی، تصادفات جدی، وقایع طبیعی، حملات خشنونت آمیز، شکنجه و اسارت می تواند از جمله مواردی باشد که منجر به PTSD می شوند.

افراد دچار PTSD، تمایل دارند که آسیب را به شکل کابوس های شبانه، خاطرات نگران کننده و مرور خاطرات گذشته در طی ساعات های بیداری نشان دهند. غرق شدن در خاطرات گذشته ممکن است موجب شود که ارتباط فرد با واقعیت برای ساعت ها و یا حتی روزها قطع شود. گاه در مرور خاطرات؛ تصاویر، صداها و بوها به قدری واقعی و طبیعی هستند که شخص احساس می کند که واقعه ای آسیب زا مجدداً در حال بروز است. در کودکان خردسال، رؤیاهای پریشان کننده ای مربوط به رویداد ممکن است ضمن چند هفته به کابوس های فراگیر مربوط به موجودات عجیب، نجات دادن دیگران، تهدید علیه خود و یا دیگران تبدیل شود. کودکان خردسال معمولاً متوجه نیستند که آنها در حال باز نواخت تجربه ای گذشته

دقیق این موضوع در مردان و زنان ناشناخته است. اما احتمالاً ناشی از عوامل کاراندام شناختی (فیزیولوژیک) و روان شناختی است. در مکان‌هایی که آسیب برای هر دو جنس به یک میزان اتفاق می‌افتد (مانند حوادث طبیعی)، در زنان به دلیل ناشناخته و یا کمتر شناخته، به طور معنی‌داری احتمال بروز علائم PTSD در سال‌های بعد افزایش می‌یابد.

علاوه بر جنسیت یکی دیگر از عواملی که فرد را مستعد PTSD می‌کند، طول مدت شرایط استرس می‌باشد. تجربه‌ی جنگ ویتنام نشان داد، سربازانی که در جنگ‌های طولانی‌تری حضور داشتند، گرایش بیشتری به نشان دادن علائم PTSD از خود نشان دادند و بالاخره یک تجربه‌ی قبلی از PTSD، شخص را نسبت به فشارهای روانی بعدی آسیب پذیرتر می‌نماید. در مجموع نشانه‌های PTSD، اگر توسط فرد دیگری اتفاق رخ می‌دهد، نظیر آنچه که در تجاوز جنسی اتفاق می‌افتد، به مراتب بدتر از زمانی است که در اثر یک حادثه‌ی طبیعی مانند سیل اتفاق می‌افتد (دیویدسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). در جدول زیر علائم PTSD ساده و PTSD پیچیده و شدید آمده است.

هستند. تا اندازه‌ای، زنده کردن رویداد ممکن است از راه بازی تکراری صورت بگیرد (برای مثال، کودکی که یک سانحه‌ی شدید اتومبیل را تجربه کرده است به طور مکرر تصادف‌های اتومبیل را با ماشین‌های بازی دوباره بازسازی می‌کند) چون ابراز کاهش علاقه به فعالیت‌های مهم و محدودیت عاطفه برای کودکان ممکن است دشوار باشد، از این رو نشانه‌ها باید به دقت و با گزارش از سوی والدین، آموزگاران و سایر مشاهده‌کنندگان تکمیل و ارزیابی شوند. در کودکان، حس کوتاه شدن آینده ممکن است با این عقیده ابراز شود که زندگی به اندازه‌ای کوتاه است که ممکن است انسان بزرگ نشود. به علاوه، احتمال دارد قدرت پیشگویی<sup>۳</sup> یعنی، اعتقاد به توانایی پیشگویی رویدادهای ناگوار آینده وجود داشته باشد. همچنین کودکان ممکن است نشانه‌های جسمانی گوناگونی مانند دردهای شکمی و سردرد داشته باشند. افراد دچار PTSD همچنین ممکن است مشکلات خواب، افسردگی، دل‌بستگی و حساسیت بیش از حد را تجربه کنند (جاکوبسی و دالبرگ، ۱۹۹۸).

میزان شیوع PTSD در زنان دو برابر مردان است. علت

PTSD پیچیده	PTSD ساده
درگیر چندین حادثه می‌باشد.	درگیر تنها یک حادثه است.
طول مدت حادثه طولانی است.	طول مدت حادثه بسیار کوتاه است.
در سنین پایین‌تر رشد اتفاق می‌افتد.	در سنین بالاتر رخ می‌دهد.
درگیر خشونت‌هایی است که به وسیله‌ی انسان به وجود آمده است.	مشمول بر خشونت‌هایی نیست که به وسیله‌ی انسان اعمال شده باشد.
در حادثه‌ی به وجود آمده فرد نمی‌تواند نقش فعالی داشته باشد.	در حادثه‌ی به وجود آمده، فرد می‌تواند نقش فعالی داشته باشد.
ناگهانی و بدون هیچ زمینه‌ی قبلی رخ می‌دهد.	همراه با هشدارهای قبلی است.
نشانه‌ها برای مدت طولانی‌تری ادامه می‌یابد و گاه موجب تغییر نوروفیزیولوژی می‌شود که ممکن است برگشت ناپذیر باشد.	نشانه‌های اختلال برای مدت کوتاهی وجود دارد.
برای بهبود به مداخلات حرفه‌ای نیاز است.	نشانه‌ها به طور خود به خودی و یا در یک محیط حمایت شده بهبود می‌یابد.

## علائم تشخیصی PTSD

- ✓ گوشه گیری و مشکلات در روابط بین فردی و به سختی انس گرفتن با دیگران (به ویژه وقتی کودک مورد استفاده جسمی یا جنسی قرار گرفته باشد)،
- ✓ احساس گناه و شرمندگی، بی‌احساسی فقر هیجانی که از راه جمع کردن خود و انقباض ماهیچه‌ها صورت می‌گیرد،
- ✓ واپس روی‌های رشدی (بازگشت به رفتارهای اولیه‌ی کودکی، شب‌اداری، مکیدن شست و ...)،
- ✓ رفتارهای تهیجی و برانگیختگی بیش از حد (حالت گوش به زنگ بودن که در آن به محض مواجه شدن با محرک تنش‌زا شوکه می‌شود)،
- ✓ اختلال خواب، کابوس و خواب‌های ترسناک (رؤیاهای هولناک بدون محتوای مشخص)،
- ✓ پرهیز از افکار و احساسات و حتی اماکنی که وقایع ناخوشایند را برای کودکان یادآوری می‌کنند،
- ✓ تکرار خاطره‌های آسیب‌زا از قبیل مزاحمت، تجاوز ... در ذهن کودکان،
- ✓ تمایل به بازی‌های تکراری پیرامون حادثه‌ای که تجربه کردند،
- ✓ مشکلات یادگیری، مشکلات در تمرکز و تکالیف درسی.

### پیش‌آگهی

پیش‌آگهی، زمانی خوب است که نشانه‌ها در فاصله‌ی حداکثر ۶ ماه پس از حادثه آغاز شود، بیمار پیش از حادثه از نظر روان‌شناختی سالم و از شبکه حمایتی خوبی برخوردار باشد. عدم اختلال‌های همراه، نظیر اختلالات پزشکی، روان‌پزشکی یا سوء استفاده از مواد همچنین در پیش‌بینی و سیر اختلال مؤثر است. همچنین افرادی که از نظر هیجانی در رویدادها پاسخ‌های درست و سالم بروز

اگر چه رویکرد تشخیصی به PTSD به طور ظاهری آسان است. اما این تشخیص، اغلب اوقات حتی به وسیله‌ی زبده‌ترین روان‌پزشکان نیز نادیده گرفته می‌شود. مطالعات نشان داده است در مجموع ۴۰ درصد مراجعه‌کنندگان به درمانگاه روان‌پزشکی، دچار اختلال PTSD بودند، اما از هر ۵ نفری که دارای اختلال PTSD هستند تنها یک نفر این تشخیص را می‌گیرند. چند دلیل برای این تفاوت بین شیوع و تشخیص وجود دارد از جمله، برجسب زدن، انکار و این حقیقت که به دست آوردن یک تاریخچه‌ی دقیق ممکن است فرایندی وقت‌گیر باشد.

علاوه بر آن، اغلب بیماران دچار PTSD، درخواست درمان‌های پزشکی برای دیگر عوارض جانبی این اختلال شامل افسردگی، اضطراب و وسواس دارند. برای مثال، برآورد می‌شود حدود ۸۵ درصد از اشخاص دارای PTSD، دچار اختلال‌های افسردگی و بالغ بر نیمی از آنها به اختلال سوء استفاده از مواد دچار باشند. اختلال وابستگی به مواد می‌تواند نمایانگر اختلالی جدی بوده و پیش‌آگهی PTSD را بدتر کند. فرضیه‌ی خود درمانی نیز مطمئناً در مورد PTSD مطرح است. از آنجا که برای بسیاری اشخاص دارای PTSD، الکل ماده‌ای نسبتاً آرزان و در دسترس و آرام‌بخشی مؤثر و دارویی ضد اضطراب است، این افراد ممکن است از الکل برای رسیدن به احساس آرامش و یا به خواب رفتن استفاده کنند که خود این مسأله پیامدهای بدتری دارد (بروم<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

در مجموع علائم PTSD در کودکان شامل موارد زیر است:

- ✓ نا آرامی و بی‌قراری، رفتارهای پرخاشگرانه، احساس بی‌زاری از دیگران،

اجتماعی طلبیدند که این به نوبه‌ی خود تجربه‌ی فشار روانی آنها را کاهش داد. خوش بینی باعث می‌شود که افراد از شیوه‌ی مقابله کردن مشکل مدارا به نحو مؤثرتری استفاده کنند که همین به کاهش فشار روانی کمک می‌کند (محمدی، ۱۳۸۳).

**غرق شدن در خاطرات گذشته  
ممکن است موجب شود که ارتباط فرد  
با واقعیت برای ساعت‌ها و  
یا حتی روزها قطع شود**

دیدگاه زیستی: پژوهشگران به طور روز افزون شواهدی را یافته‌اند که نشانه‌های آن را به ناهنجاری‌های زیستی مرتبط می‌کنند. چندین ناهنجاری زیستی در اشخاص دچار PTSD مورد توجه قرار گرفته است. سطح پایینی از کورتیزول، در پاسخ به فشار روانی آزاد می‌شود. پیشتر تصور بر این بود که کورتیزول پایین که پس از واکنش به عوامل استرس‌زا اتفاق می‌افتد، دستگاه دفاعی بدن را در هم می‌شکند اگر چه پژوهش‌های جدید نشان داده است که کورتیزول پایین ممکن است مقدم بر PTSD باشد.

مطالعاتی که روی افرادی که آسیب وسیله نقلیه یا سوء استفاده جنسی را تجربه کرده‌اند نشان می‌دهد اشخاصی که سطح کورتیزول پایین‌تری داشته باشند، بیشتر احتمال دارد علائم PTSD را از خود نشان دهند (رابین و گودمن، ۲۰۰۴).

همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند داشتن هیپوکامپ کوچک خطر ابتلا به PTSD را افزایش می‌دهد. هیپوکامپ بخشی از مغز است که وظیفه رمزگذاری اطلاعات حافظه را بر عهده دارد و درگیر پاسخ‌های هیجانی است. آنچه که ما نمی‌دانیم این است که آیا کاهش هیپوکامپ در

می‌دهند، پس از رو به رو شدن با آسیب کمتر دچار PTSD می‌شوند (رابین و گودمن، ۲۰۰۳).

### سبب شناسی

عوامل روان شناختی: بدیهی است که عوامل روان شناختی در ایجاد PTSD نقش مهمی ایفا می‌کنند. طبق رویکردهای رفتاری، فرض می‌شود که فرد دچار PTSD، نسبت به محرک‌هایی که در لحظه‌ی آسیب وجود داشته‌اند، دچار ترس شرطی می‌شود. به خاطر این تداعی آموخته شده، فرد هر وقت که این محرک‌ها یا محرک‌های مشابه وجود داشته باشند دچار اضطراب خواهد شد. گریختن از رویداد آسیب‌زا، دست کم در عالم خیال، در این فرد تقویت کننده می‌شود، و این تقویت از آن پس واکنش کناره‌گیری را که در قربانیان PTSD دیده می‌شود، تقویت می‌کند.

نظریه پردازان شناختی - رفتاری به این موضوع پرداخته‌اند که چگونه عقاید افراد در مورد رویداد آسیب‌زا بر نحوه‌ی مقابله‌ی آنها با این رویداد تأثیر می‌گذارد. از جمله مواردی که تأثیر زیان بخش دارند و در نهایت می‌توانند به PTSD منجر شوند. سرزنش کردن بیش از حد به خاطر اتفاقاتی که از کنترل فرد خارج هستند و نیز احساس گناه ناشی از پیامد این اتفاقات است.

یکی دیگر از عواملی که میانجی رابطه بین شدت آسیب و نشانه‌های PTSD است، حالت ذهنی فرد هنگام وقوع آسیب است. افرادی که هنگام وقوع رویداد آسیب‌زا، دچار یک دوره تجزیه بوده‌اند، به احتمال زیاد بعد از خاتمه یافتن آسیب دچار PTSD خواهد شد.

برعکس، نگرش خوش بینانه می‌تواند میانجی مفیدی برای پاسخ به آسیب باشد. پژوهشگران در پژوهش روی امدادگران سقوط هواپیما دریافته‌اند آنهایی که دارای صفات شخصیت خوش بینانه بودند، بیشتر حمایت

آسیب‌زا بیش از حد احساس گناه می‌کنند، باید توجه کنند که مسئولیت‌شان آن قدر که تصور می‌شود، سنگین نبوده است. برعکس، کسانی که احساس می‌کنند بر آنچه که برایشان رخ می‌دهد، کنترلی ندارند و بنابراین از ور به رویی با مشکلات پرهیز می‌کنند می‌توانند یاد بگیرند احساس تسلط بیشتری بر روند زندگی خود داشته باشند (فریدمن ۱، ۲۰۰۴).

### مطالعاتی که روی افرادی که

آسیب وسیله نقلیه یا سوء استفاده جنسی را تجربه

کرده اند نشان می‌دهد اشخاصی که سطح

کورتیزول پایین‌تری داشته باشند، بیشتر

احتمال دارد علائم PTSD را از

خود نشان دهند

پژوهشگران در چارچوب دیدگاه زیستی، از درمان موفقیت آمیز نشانه‌های PTSD با انواع داروها خبر داده‌اند به طوری که داروی ارجح عمدتاً به نشانه‌های درمان‌جو بستگی دارد. برای مثال، درمان‌جویان مبتلا به نشانه‌هایی که تهییج‌پذیری زیاد و واکنش‌های یکه خوردن را نشان می‌دهند، از داروهای ضد اضطراب مانند بنزودیازپین‌ها بهره‌مند می‌شوند. برای کسانی که دچار بی‌قراری، پرخاشگری، تکانشگری، یا بازگشت به گذشته هستند، داروهای ضد تشنج مانند کاربامازپین مفید است. داروهای ضد افسردگی، مانند باز دارنده‌های جذب مجدد گزینشی سروتونین و بازدارنده‌های منوآمین اکسیدازآمین معمولاً در درمان نشانه‌های کرحتی، مزاحمت و کناره‌گیری اجتماعی شفاف‌بخش هستند. گرچه داروها می‌توانند نشانه‌ها را مقداری کاهش دهند. اما ساده لوحانه است تصور کنیم دارو به تنهایی برای بهبود بخشیدن به مشکلات روانی و میان‌فردی که بر دوش مبتلایان به PTSD سنگینی می‌کند

اشخاص دچار PTSD، به علت آسیب مغزی به پی‌یافته نتیجه‌ی استرس شدید است یا مقدم بر آن بوده و به عنوان یک عامل بالابرنده برای بروز PTSD محسوب می‌شود (همان منبع).

### درمان

مطالعات نشان داده‌اند که درمان رفتاری-شناختی، گروه‌درمانی و درمان مواجهه‌سازی، به طوری که شخص کم‌کم و به صورت مداوم، تحت شرایط کنترل‌شده، با حادثه‌ی آسیب‌زا کنار آید، می‌تواند مفید باشند.

پژوهشگران دیگر، نتیجه گرفتند در افرادی که بلافاصله پس از حادثه، فرصت مناسبی برای صحبت کردن درباره‌ی تجربه‌هایشان به دست می‌آورند، ممکن است میزان علائم PTSD کاهش یابد.

مطالعه روی ۱۲۰۰۰ کودک دانش‌آموز در جریان توفان شدیدی در هاوایی، نشان داد آن دسته از کودکانی که زود از خدمات مشاوره‌ای بهره‌مند شدند در دو سال بعد وضعیت بهتری داشتند تا کسانی که این مشاوره را دریافت نکردند.

فنون دیگری که به تسکین آسیب‌کمک می‌کنند عبارتند از: درمان‌های رفتاری، غرقه‌سازی تجسمی و حساسیت‌زدایی منظم. رو به رو کردن فرد با محرک‌های PTSD که خاطرات رویداد آسیب‌زا را به صورت تدریجی زنده می‌کنند، یا موقعیتی که به طور همزمان به فرد آموخته می‌شود که خود را شل کند و آرامیده باشد، در نهایت می‌تواند به واکنش اضطراب‌شرطی خاتمه دهد.

قربانیان دچار PTSD همچنین می‌توانند یاد بگیرند با برخورد منطقی با شرایطشان و تجزیه کردن مشکلاتشان به واحدهای قابل کنترل، فشار روانی را کاهش دهند. آنها می‌توانند بین سرزنش خود و پرهیز کردن، تعادل بهتری برقرار کنند. افرادی که به خاطر نقش‌شان در واقعه‌ی

کافی است. در نتیجه، متخصصان بالینی نه تنها برای حل درمان‌های دارویی، روان‌درمانی را توصیه می‌کنند مسائل هیجانی، بلکه برای کنترل واکنش‌های فرد به (فریدمن، ۲۰۰۴).

### زیر نویس‌ها :

1. Posttraumatic Stress Disorder

2. Atrophy

### منابع:

هالچین، ریچارد پی. ویتبورن، سوزان (۲۰۰۳). آسیب‌شناسی روانی (ترجمه‌ی یحیی محمدی، ۱۳۸۵). تهران، نشر روان.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 th ed . Washington / DC: American psychiatric Assn. 424-9.

Brom. D. (1992). *The Prevalence of Post Traumatic Psychopathology in the General and the Clinical population* . 28: 53-63.

Davidson IR. (2000). *Trauma: the Impact of Post Traumatic Stress Disorder*. Journal of psychopharmacology. 14: 5-12.

Friedman HR. (2004). *Towards Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder*. Philadelphia: 465-81.

Jacobs, WJ & Dalenberg, C (1998). *Subtle presentations of Post Traumatic Stress disorder: Diagnostic Issues*. 21 (4): 835-45.

Roth , S; Newman, E; pelcovitz, D & Mandel, F (2003). *Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse*. 10: 539-555.

Robin , F& Goodman, D (2004). *Treatment of Post Traumatic Stress Disorder by Exposure and / or Cognitive restructuring : a Controlled Study*. Archiere of General Psychiatry. 48 (3): 216-22.