

نامه به سردبیر

روی آوردی جدید در تشخیص اختلال تنیدگی پس از ضربه (PTSD)*

دکتر فرامرز سهرابی*

اشاره

تجدید نظرهای مختلف در مجموعه آماری و تشخیصی اختلالات روانی توسط انجمن روانپزشکی آمریکا از سال ۱۹۵۲ تاکنون، بیانگر یافته‌های جدید و نگاه تیز بینانه محققان در اقصی نقاط جهان است. اخیراً آقای دکتر سهرابی با توجه به نتایجی که در پژوهشهای خود و دیگران بدست آورده اعتقاد به تغییر در ملاکهای تشخیصی اختلال تنیدگی پس از ضربه دارند، که طی مقاله‌ای به ارائه نقطه نظرات خویش پرداخته‌اند. بدینوسیله دیدگاه ایشان در معرض قضاوت خوانندگان عزیز و متخصصان محترم قرار می‌گیرد.

سردبیر



مقدمه

اختلال تنیدگی پس از ضربه^۱ مجموعه واکنشهایی است که فرد در مواجهه با تنیدگی‌هایی که خارج از قدرت تحمل اوست از خود بروز می‌دهد. این واکنشها از صدها سال پیش مورد توجه پزشکان و روانشناسان بوده و تحت عناوین مختلفی از جمله هیستری^۲، ضربه عصبی^۳، موج انفجار^۴، نوروژ جنک^۵، درد دوری یار و دیار^۶، سندرم تقلا^۷، نوروژ ناشی از ضربه و آسیب و اختلال

* استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی (تهران)

تئیدگی پس از ضربه از آنها یاد شده است (سلیمی، ۱۳۷۷).

اختلال تئیدگی پس از ضربه، به مثابه، زیر مجموعه اختلالات اضطرابی، اولین بار در ۱۹۸۰ در سومین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSMIII (۱۹۸۰)، مطرح شد. معیارهای تشخیص جاری این بیماری به صورتی که در سومین چاپ تجدید نظر شده این مجموعه DSMIII-R (۱۹۸۷)، تنظیم شده است عبارتند از:

الف) شخص یک تهدید جدی نسبت به زندگی و یا سلامت جسمی خود را تجربه کرده و یا شاهد آن باشد. به عبارت دیگر شخص یک رویداد آسیب‌زای شدید^۱ را که خارج از تحمل عادی انسان است تجربه نماید.

ب) تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا به صورتهای مختلف.

ج) اجتناب مداوم از محرکهایی که در رابطه با رویداد، آسیب‌زا است و یا بی تفاوتی کلی (عدم پاسخ دهی کلی).

د) تجربه مداوم علائم برانگیختگی فزاینده و افزایش تحریک‌پذیری.

ه) علائم محورهای ب، ج و د حداقل یک ماه طول بکشد.

لازم به ذکر است که برای تشخیص اختلال تئیدگی پس از ضربه براساس DSMIII و DSMIV وجود هر پنج معیار فوق ضروری است.

برخلاف سایر اختلالات روانی، اختلال تئیدگی پس از ضربه، بیماری منحصر به فردی است که رویداد آسیب‌زا علاوه بر نقش سبب شناختی که دارد جزء ملاکهای تشخیصی آن نیز می‌باشد. در مورد تعریف و شمول رویداد آسیب‌زای شدید نظرات و دیدگاههای مختلفی وجود دارد. انجمن روانپزشکی آمریکا در DSMIII-R (۱۹۸۷)، معیارهای مربوط به شدت عوامل تئیدگی‌زای روانی - اجتماعی^۴ در مورد کودکان و نوجوانان و بزرگسالان را مشخص کرده است که از هیچ^۵ تا فاجعه‌آمیز^{۱۱} درجه بندی شده‌اند.

مثلاً از دواج یا از دست دادن شغل برای بزرگسالان و اخراج از مدرسه برای کودکان و نوجوانان عامل تئیدگی‌زای در حد متوسط^{۱۲} است و طلاق برای هر دو گروه، عامل تئیدگی‌زای شدید^{۱۳}، مرگ همسر برای بزرگسالان و مرگ پدر و یا مادر برای کودکان و نوجوانان به عنوان عامل تئیدگی‌زای فوق‌العاده^{۱۴}، مرگ فرزند یا فاجعه طبیعی برای بزرگسالان و مرگ هر دو والدین برای کودکان و نوجوانان به مثابه عامل تئیدگی‌زای روانی - اجتماعی فاجعه‌آمیز

تلقی می‌شود. (APA، ۱۹۸۷).

از سوی دیگر همین منبع در تعریف رویداد آسیب‌زا در ارتباط با اختلال تنیدگی پس از ضربه رویدادهایی نظیر از دست دادن شغل، اختلافات زناشویی، از دست دادن فرد محبوب یا داغدیدگی ساده و بیماری مزمن را تجربیات معمولی می‌داند و آنها را از جرگه رویدادهای آسیب‌زا که منجر به این اختلال شود، مستثنی می‌داند.

هدف از مقاله حاضر پاسخ به این سوال اساسی است که آیا در غیاب یک رویداد آسیب‌زای شدید (طبق تعریف DSMIV و DSMIII-R) به عنوان اولین ملاک تشخیص اختلال تنیدگی پس از ضربه، علائم این اختلال نیز ظاهر می‌شوند یا خیر؟ به عبارت دیگر آیا بدون تجربه رویداد آسیب‌زای شدید که خارج از تحمل عادی انسان باشد امکان بروز علائم تشخیص اختلال تنیدگی پس از ضربه وجود دارد؟ این مقاله با نگاهی دیگر به ملاکهای تشخیصی این اختلال و عنایت به مبانی نظری پدیدآیی آن، نظرات مبتنی بر مطالعات و تجربیات بالینی جدید و نیز تحقیق خود نگارنده (سهرابی، ۱۳۷۸)، را مطرح و مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد.

روی‌آورد جدید

اخیراً دیدگاه جدیدی مطرح شده است که تداوم و استمرار رویدادهای قابل تحمل را هم آنقدر آسیب‌زا می‌داند که به علائم اختلال تنیدگی پس از ضربه منجر شوند. راوین و بوال (۱۹۸۹)، شش مورد بیمار با علائم اختلال تنیدگی پس از ضربه ناشی از ضربه‌های روانی مربوط به اشتغال را گزارش کردند. آنها در پنج مورد هیچگونه تجربه فاجعه‌آمیز مرتبط با اشتغال که تک ضربه و فراگیر باشد، پیدا نکردند و گزارش دادند آخرین حلقه رویدادهای تنیدگی‌زا عامل آشکار کننده بیماری اختلال تنیدگی پس از ضربه است. مثلاً فرد الف یادآورهای مکرر و مزاحم جریان تویخهایی را که اخیراً دریافت کرده بود تجربه می‌کرد، هیچکدام از آن تویخها معیار تشخیص DSMIII-R را که برای بوجود آمدن نشانگان اختلال تنیدگی پس از ضربه لازم بود، نداشتند. هر پنج بیمار فوق‌الذکر بسیاری از علائم این اختلال، شامل اشتغال فکری و تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا و رفتارهای اجتنابی و برانگیختگی فزاینده را تجربه کردند. مطالعات و تجربیات بالینی راوین و بوال، نشانگر این مطلب مهم است که علائم این اختلال می‌تواند در غیاب یک تک ضربه که فوق‌العاده، فاجعه‌آمیز، فراگیر و یا ناگهانی و یا به قول تر (۱۹۸۳)، تعجب برانگیز، غیرقابل پیش‌بینی،

شدید، نافذ و واقعی باشد و صرفاً در اثر تجربیات و رویدادهای نه چندان شدید ولی مداوم و مکرر نیز آشکار شود.

نگارنده در تحقیق خود (سهرابی ۱۳۷۸ و ۱۹۹۷)، بر روی نمونه‌ای از کودکان و نوجوانان، به تعداد ۱۴۴ نفر، که پدر و یا مادر و یا هر دو را از دست داده بودند به این نتیجه رسید که داغ‌دنگی ساده^{۱۵} با اینکه در DSMIII-R از حیطة رویدادهای آسیب‌زای منجر به اختلال تنیدگی پس از ضربه خارج شده است، اما در نمونه مورد مطالعه که والدین خود را با مرگ طبیعی و قابل انتظار (مثلاً مریضی طولانی مدت) از دست داده بودند (که قاعدتاً باید در قالب داغ‌دنگی ساده مطرح شود) علائم کامل این اختلال آشکار گشت. حتی آن دسته از کودکان و نوجوانانی که والدین خود را در اثر جدایی یا طلاق از دست داده بودند نیز معیارهای تشخیص علائم این اختلال را دارا شدند. نتایج این تحقیق نشان داد که به طور کلی ۲۰ درصد کودکان و نوجوانانی که والدین خود را (چه به سبب مرگ طبیعی و چه به دلیل جدایی و طلاق) از دست داده بودند دارای علائم و نشانه‌شناسی کامل اختلال تنیدگی پس از ضربه بودند. هر چند این نسبت در بین دو گروه متفاوت بود به این بیان که آن دسته از کودکان و نوجوانانی که والدین خود را به دنبال طلاق و یا جدایی والدین از دست داده بودند ۱۰/۴ درصدشان و افرادی که مرگ والدین خود را تجربه کرده بودند ۳۶/۵ درصدشان علائم مربوط به معیارهای تشخیص این اختلال را آشکار ساختند (سهرابی، ۱۳۷۸). داده‌های این تحقیق به وضوح نشان داد که تعریف و شمول رویداد آسیب‌زای شدید (معیار الف) برای تشخیص این اختلال فراتر از تعریف موجود در DSMIII-R و DSMIV است و اینکه آن رویداد آسیب‌زا خارج از حد تجربیات معمول انسان بوده و برای هر فرد انسانی ناراحت‌کننده و غیرقابل تحمل باشد و در عین حال تک، حاد، مفروط و فراگیر باشد لازم نیست و چنانکه رویدادی و یا رویدادهایی با شدت کمتر ولی به طور مداوم و مکرر تجربه شوند، ممکن است تراکم و تجمع رویدادهای مختلف روزمره زندگی مقاومت افراد را بشکنند و منجر به ظهور علائم اختلال تنیدگی پس از ضربه شود. نتایج تحقیق نگارنده با نتایج تحقیقات همکاران (۱۹۹۱)، که در مورد ارتباط داغ‌دنگی با این اختلال مطالعه نموده‌اند مطابقت دارد. این محققان که شیوع اختلال تنیدگی پس از ضربه را در همسران داغ‌دیده مطالعه نموده‌اند گزارش داده‌اند که ۵۰ درصد افرادی که همسران را از دست داده بودند معیارهای تشخیص این اختلال را آشکار ساختند، به طوری که در طول ۲ سال و در چهار مرحله جمع‌آوری اطلاعات، ۹

درصد آنان در هر چهار بار مطالعه، معیارهای این اختلال را نشان دادند. همچنین نتایج تحقیق نگارنده با نظر پارکینسن (۱۹۹۳)، که اظهار می‌دارد: «داغدیدگی به علائمی منجر می‌شود که شبیه اختلال تنیدگی پس از ضربه است»، همخوانی دارد و با نظر پای نوز (۱۹۹۰)، مبنی بر اینکه: «داغدیدگی و طلاق (حداقل) به طور نادر موجب اختلال استرس پس از ضربه می‌شود» نیز هماهنگ است.

هر چند معیارهای DSMIII-R براساس تجربیات و قضاوت‌های بالینی بوجود آمده‌اند (دوک ورت ۱۹۷۸)، ولی این معیارها باید در سایه تجربیات بالینی جدید اصلاح شده و بهبود یابند. مایکل جی. اسکات از دانشگاه لیورپول و استفن، جی. استرادلینگ از دانشگاه منچستر انگلستان دو محقق هستند که کارهای علمی مشترکی انجام می‌دهند. (نگارنده این مقاله با آقای دکتر استرادلینگ دوبار درباره این روی آورد جدید بحث و مذاکره علمی حضوری داشته است). این محققان در مقاله‌ای با عنوان «اختلال تنیدگی پس از ضربه بدون ضربه» تعدادی بیمار را معرفی می‌کنند که تحت درمان قرار گرفته‌اند. الگویی که در آن، بیماران تمام علائم غیر از معیار اول تشخیص این اختلال را داشته‌اند. (اسکات و استرادلینگ، ۱۹۹۴، ۹۹۴ و ۱۹۹۷). به منظور ارائه نمونه عملی تشخیص اختلال تنیدگی پس از ضربه در روی آورد جدید ما شرح حال مختصری از این مطالعات موردی را درباره دو بیمار می‌آوریم:

بیمار اول: آقای «س» مدیر متوسطی در سازمانی بزرگ بود. او به مدت ۱۸ ماه بار سنگینی که رئیس او بر دوشش گذاشته بود را تحمل کرد. این کار مداوم و فشرده به منظور رسیدن به سطح سازمانهای رقیب بود. رئیس سازمان با توجه به هوشمندی «س» همه اضافه‌کار را به «س» و همکاران او موکول می‌کرد. این امر (اضافه کاری) خارج از حدود تجربه معمولی انسان نیست و معیار اول اختلال تنیدگی پس از ضربه را که در DSMIII-R و DSMIV مطرح شده است، ندارد. آقای «س» بخاطر برجستگی خود به منزله یک مدیر به خود می‌بالید ولی منابعی که همکاران زیردست او را قادر به انجام با کفایت کار بکنند، منکر می‌شد. آقای «س» از کارش حالت تهوع و انزجار پیدا کرد و از آن اجتناب ورزید. او تعدادی از صحنه‌های مواجهه با رئیس خود را در طی ۱۸ ماه گذشته در ذهن خود تجدید می‌کرد، او در خانه به طور نامشخصی با اعضای خانواده خود توأم با عصبانیت رفتار می‌کرد، وقتی که پس از ۶ ماه بیکاری مورد ارزیابی قرار گرفت تمام علائم اختلال تنیدگی پس از ضربه را داشت - تک ضربه آسیب‌زا را به خاطر داشته باشید - و خیلی

شدید افسرده بود.

بیمار دوم: خانم «د» می‌باشد که به مدت ۱۲ سال افسر پلیس و در دایرة تجسس روی باندا قاچاق مواد مخدر کار کرده بود. او همچنین در گروه مبارزه با سوء استفاده کنندگان از کودکان به عنوان داوطلب مشغول خدمت بوده است. رویدادهای آسیب‌زای محوری (مهم) که خانم «د» قبل از گسترش علائم اختلال تنیدگی پس از ضربه تجربه کرده بود، واقعاً با آنچه که او به طور روزانه و منظم و طبق روال عادی در سرکارش تجربه می‌کرد (که خارج از حیطه تحمل تجربه عادی یک زن افسر پلیس وظیفه شناس نبود) تفاوتی نداشت. او زمانی به متخصص مراجعه کرد که حدود ۶ ماه از بیکار شدنش می‌گذشت. خانم «د» هیچ تک ضربه، یا رویداد آسیب‌زایی که موجب بروز علائم این اختلال می‌شود گزارش نکرد ولی تأثیر تراکمی (انباشت) مواجهه‌های او با تنیدگی‌های مختلف بود که او را ناتوان کرد. خانم «د» چهار رویداد آسیب‌زایی را که تجربه و تحمل کرده بود تشریح کرد که در زمان مراجعه آن رویدادها صرفاً به عنوان خاطره در ذهنش باقی مانده بود. یکبار او با شتاب مادری را با بچه‌اش به بیمارستان رساند و در درب ورودی بیمارستان متوجه شد که بچه مرده است هر دوی آنها روی نیمکت (در خارج از بیمارستان) نشستند و نیم ساعت بچه را روی دست خود گرفتند. رویداد دیگری که او تجربه کرده بود حضورش در کالبد شکافی یک مقتول بود که همسن خانم «د» بود. پس از هر رویدادی او قادر بود که در سرکارش حاضر شود و کارش را ادامه دهد ولی در نهایت همانگونه که خانم «د» می‌گوید: «شنها آنقدر جمع شدند که سطل سرریز شده» و رفتار اجتنابی قابل ملاحظه‌ای نشان می‌داد و برای پاسخ ندادن به تلفن همکاران (پلیس) و دوستان بهانه می‌آورد و از اینکه دوستان خود را با کج خلقی از خود دور می‌کرد ناراحت بود. او همچنین بسیار مضطرب و افسرده بود.

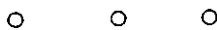
دو بیماری که شرح حال آنها گذشت مطابق تعریف جاری DSMIII-R و DSMIV از معیار اول تشخیصی اختلال تنیدگی پس از ضربه (ضرورت وجود رویداد فوق العاده آسیب‌زا) علیرغم نشان دادن تمام علائم برجسته آن (اشتغال فکری، رفتار اجتنابی و برانگیختگی فزاینده) یقیناً جزء این اختلال محسوب نمی‌شوند. ولی با عنایت به علائم آن در این بیماران می‌توان گفت که وجود ضربه یا رویداد آسیب‌زا با مشخصات و ویژگیهایی که در DSMIII-R و DSMIV آمده است، ملاک ضروری برای این اختلال محسوب نمی‌شود.

هرمن (۱۹۹۲)، یک طبقه تشخیصی اختلال تنیدگی پس از ضربه که به صورت آمیخته

(ترکیبی) ظاهر می شود، را مطرح کرده است. این اختلال آمیخته به منزله مشکل پایدار ویژه‌ای است که ممکن است در بازماندگان ضربه‌های آسیب‌زای طولانی و تکراری مثل افرادی که وضعیت اسارت را متحمل شده‌اند به عنوان یک طبقه تشخیصی آشکار می شود. اسکات و استرادلینگ (۱۹۹۴)، هم اعتقاد دارند که ممکن است وضعیت و حالات قابل تحمل روزمره زیادی وجود داشته باشد که به علامت‌شناسی این اختلال منجر شود. بنابراین تجربیات بالینی نشان می دهد که شیوع اختلال تنیدگی پس از ضربه بدون حضور یک رویداد آسیب‌زا کمتر نیست و وجود رویداد آسیب‌زانه تنها برای ظهور علائم این اختلال لازم نیست بلکه شواهد بالینی نشان می دهد که آن رویداد شرط کافی هم برای این اختلال نمی باشد.

دیدگاه نظرات رایج درباره معیارهای تشخیصی اختلال تنیدگی پس از ضربه بویژه معیار الف درباره تجربه رویداد آسیب‌زا با ویژگیهای گفته شده در DSM-III-R و DSM-IV مغایرت دارد.

این دیدگاه جدید، دیدگاههای کلاسیک و رایج به ویژه معیارهای مطرح شده در DSM-III-R و DSM-IV درباره معیار اول تشخیص اختلال تنیدگی پس از ضربه که رویداد آسیب‌زا را رویداد یا یک ضربه که حاد، مفرط، فراگیر و خارج از حد تجربیات معمول انسان باشد می داند، صریحاً مورد سؤال و انتقاد قرار می دهد و امکان آسیب‌زایی تجربیات، رویدادها و تنیدگیهای نه چندان شدید را که در زندگی روزمره اتفاق می افتد و در اثر تکرار و تراکم منجر به ظهور علائم این اختلال می شود مورد تأکید قرار می دهد و متخصصان روانپزشکی و روانشناسی و پژوهشگران را به مطالعه بیشتر در این خصوص دعوت می نماید و با عنایت به یافته‌های تازه و تجربیات بالینی جدید، مؤلفان مجموعه آماری و تشخیصی اختلالات روانی را نیز به تجدید نظر در تعریف و شمول رویدادهای آسیب‌زای منجر به این اختلال در تدوین DSMV فرامی خواند.



یادداشت‌ها

- | | |
|--|--------------------|
| 1- Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) | |
| 2- Hysteria | 3- Nervous shock |
| 4- Shell shock | 5- War neurosis |
| 6- Nostalgia | 7- Effort syndrome |

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| 8- Traumatic event | 9- Psychosocial stressors |
| 10- None | 11- Catastrophic |
| 12- Moderate | 13- Severe |
| 14- Extreme | 15- Simple bereavement |

منابع:

- سهرابی، فرامرزو و تاریخ، نیکولاس (۱۳۷۸). بررسی اختلال استرس پس از ضربه در کودکان و نوجوانانی که والدین خود را از دست داده‌اند. مجله روان‌شناسی (فصلنامه انجمن روانشناسی)، سال سوم، شماره ۹.
- ویلیامز، ب و سامر جی. اف (۱۳۷۷). درمان اختلال استرس پس از حادثه. ترجمه دکتر سیدحسین سلیمی. انتشارات علم نو.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition). Washington, APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition. Revised). Washington, APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington, APA.
- Duckworth, D. H. (1987). PTSD. *Stress Medicine*, 3: 175-183.
- Goenjian, A. K.; Pynoos, R. S.; Najarian, L. M.; Asarnow, J. R.; Karayan, I.; Ghurabi, M.; & Fairbanks, L. A. (1995). Psychiatric Co-morbidity in Children after 1988 Earthquake in Armenia. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 34: 1174-1184.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5: 377-392.
- Parkinson, F. (1993). *Post-Trauma Stress*. Great Britain, Sheldon Press.
- Pynoos, R. S. (1990). Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. In: B. D. Garlfinkel, G. A. Carlson, & E. B. Waller (eds.), *Psychiatric Disorder in Children and Adolescents* (pp. 48-63). Philadelphia, Saunders.
- Ravin, J, & Boal, C. K. (1989). Post-Traumatic Stress Disorder in the Work Setting: Psychic Injury, Medical Diagnosis, Treatment and Litigation. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 10: 5-23.
- Schut, H. A.; De-Keijser, J.; & Van-Den-Bout, J. (1991). Post-Traumatic Stress Symptoms in the First Years of Conjugal Bilevi, A. Hanninen, V. & Paronen, O. (1989). "Social support, life event and psychosomatic symptom among 14-16-year-old adolescents" *Social Science Medicine*,

Archive of SID

29: 1051-1026.

Scott, M. J. & Strading, S, G. (1992). *Counselling for Post-Traumatic Stress Disorder*. London, Sage.

Scott, M. J. & Stradling, S, G. (1994). Post-Traumatic Stress Disorder Without the Trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 33: 71-74.

Scott, M. J. & Stradling, S, G. (1997). *Prolonged Duress Stress Disorder (PDSD)*. Personal Communication.

Sohrabi, F. & TARRIER, N. (1997). *Post-Traumatic Stress Disorder in children & adolescents who have lost their parents*. A paper accepted by fifth Minnesota International Counseling Institute (MICI) to be presented at the conference.

Terr, L. C. (1983). Chowchilla Revisited: The Effects of Psychic Trauma Four Years After a School Bus Kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140: 1543-1550.

