

نامه به سردبیر

نگاهی بر مقاله «روی آورد جدید در تشخیص اختلال تنیدگی پس از ضربه (PTSD)»

دکتر محمدرضا شعیری*

اشاره

در شماره ۲۲ مجله روانشناسی (ص. ۱۹۴-۱۸۶) مقاله‌ای از آقای دکتر فرامرز سهرابی تحت عنوان: «روی آورد جدید در تشخیص اختلال تنیدگی پس از ضربه (PTSD)» و یافته‌های جدید ایشان به چاپ رسیده. این مقاله نقدی است بر مقاله آقای دکتر سهرابی توسط همکار عزیزمان آقای دکتر محمدرضا شعیری. آنچه مسلم است ارائه دیدگاههای مختلف در فضای یک مباحثه علمی، که در معرض قضاوت خوانندگان و متخصصان عزیز نیز قرار می‌گیرد فاصله گرفتن از ارائه یکسویه دیدگاهها است.

سر دبیر



● چکیده‌ای در جلوه مقدمه

مقاله «روی آوردی جدید در تشخیص اختلال تنیدگی پس از ضربه»^۱ (سهرابی، ۱۳۸۱) را هم از

* استادیار دانشگاه شاهد (تهران)

منظر ارائه و هم از منظر چاپ آن در مجله روانشناسی، باید به فال نیک گرفت: نویسنده می‌کوشد راهنمای معیارهای تشخیصی را در بُعدی خاص، دچار تنیدگی کند، اما سردبیر با چاپ آن در مجله روانشناسی، کوشیده است تنیدگی را به فضای مجله انتقال دهد، البته اگر چنین اقدامی، از هر دو جنبه بتواند نوعی ضربه تلقی شود، ما شاهد «پس ضربه‌ها» نیز باید باشیم، آنگاه امید آن است که نشانه‌های پس ضربه‌ای، در جلوه‌ای تازه، مجله را در برگیرد: بروز و تکرار رویداد ضربه‌زا در کسوت نوشتارهای نظرپردازانه، احساس نیاز به تکرار و یادآوری گونه‌های مشابه، اجتناب از سطحی‌سازی، گوش به زنگ بودن^۲ آرایش‌نو. اگر در هر حال شاهد تک ضربه جدی نیز نباشیم، حداقل، انباشتگی ضربه‌های محدود و نوسان‌دار، شاید بتواند نشانه‌شناسی پس ضربه‌ای را، به گونه‌ی زمانمند، در مجله نمایان سازد، آنگاه با نشانه‌های تأخیری مواجه خواهیم بود. بدین خاطر است که «روی آوردی جدید در تشخیص اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای» حتی اگر تک ضربه نباشد، اما جزء مجموع ضربه‌هایی باشد که باید انباشته شوند؛ باز هم مفید است. نقادان می‌باید با نقادی پویای خود مجله را در واکنش «گشایش» یاری دهند تا اجتناب، بر اساس یک عادت مرسوم، نهادینه نشود، حتی اگر تنیدگی مجله را در برگیرد.

● سرآغاز

شایسته است پیش از نقادی نوشتار سهرابی (۱۳۸۱)، فشرده‌ای از این مقاله را مورد اشاره قرار دهیم و سپس بحث درباره‌ی این روی آورد جدید را پی‌گیریم. بدین خاطر سعی نموده‌ایم محورهای اصلی آن نوشتار از قلم نیتند، تا امکان بررسی چندوجهی آن فراهم گردد.

● فشرده‌ی نظرگاه مطرح شده در روی آورد جدید

به شکل فشرده می‌توان گفت که سهرابی در «روی آوردی جدید در تشخیص اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای» کوشیده است این نکته را ترسیم نماید که آیا در غیاب یک رویداد آسیب‌زای شدید، امکان بروز نشانه‌های این اختلال وجود دارد؟ نویسنده متناسب با نظرگاه راوین^۳ و بوال^۴ (۱۹۸۹) به شش مورد بیمار با نشانه‌های اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای مربوط به اشتغال اشاره نموده، که در پنج مورد آن، شواهدی از تک ضربه فراگیر دیده نشده، بلکه آخرین حلقه رویداد تنیدگی‌زا عامل آشکارساز بیماری اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای بوده است. این افراد نشانه‌های اشتغال

فکری، تجربه مجدد، رفتارهای اجتنابی و برانگیختگی فزاینده را گزارش نموده‌اند^۵ (سهرابی ۱۳۸۱). همچنین به کودکان و نوجوانانی اشاره دارد که والدین خود را از دست داده بودند و نشانه‌های اختلال یادشده در آنها دیده شده است، درحالی که این رویداد «داغدیدگی ساده»^۶ محسوب می‌شود، و نه ضربه. البته در مجموع، در نمونه مورد بررسی، تنها ۲۰ درصد از آزمودنی‌هایی که والدین خود را به سبب مرگ طبیعی یا جدایی و طلاق از دست داده بودند، نشانه‌های اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای را نمایان ساخته‌اند.

سهرابی^۵ اشاره دارد که از ۳۹ کودکی که در زلزله، والدین خود را از دست داده‌اند، ۴۸/۷ درصد آنها دارای تشخیص PTSD بوده، و ۵۱/۳ درصد آنها فاقد معیارهای تشخیصی PTSD بوده‌اند. همچنین در کودکانی که والدین خود را به شکل طبیعی یا جدایی از دست داده‌اند، ۲۰ درصد آنها دارای تشخیص PTSD و ۸۰ درصد فاقد این تشخیص بوده‌اند. نویسنده به شواهدی از شات^۷ و همکاران (۱۹۹۱)، پارکینسن^۸ (۱۹۹۳) و پای نوز^۹ (۱۹۹۰)، در مورد تأثیر داغدیدگی و طلاق در بروز نشانه‌های «اختلال تنیدگی پس از ضربه» اشاره نموده است. سپس نویسنده به مقاله‌ای از اسکات^{۱۰} و استرادلینگ^{۱۱} (۱۹۹۴ و ۱۹۹۷) اشاره نموده که تحت عنوان «اختلال تنیدگی پس از ضربه بدون ضربه» منتشر شده، آنگاه به دو تک بررسی از این مطالعه اشاره نموده است:

الف) «بیمار (مرد) بعد از اینکه مدیر، کار سنگینی را بر عهده وی و همکارانش گذاشت، که خارج از تجربه معمول تلقی نمی‌شود. وی بعد از ۱۸ ماه، از کار خود، حالت تهوع و انزجار پیدا کرد و از آن اجتناب ورزید. او صحنه‌های مواجهه با رئیس را در این ۱۸ ماه در ذهن خود تجدید کرد و با اعضای خانواده خود با عصبانیت رفتار می‌کرد. پس از ۶ ماه بیکاری، علائم اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای را نشان داد و خیلی افسرده بود.»^{۱۲}

ب) «بیمار (زن) ۱۲ سال افسر پلیس و در دایره تجسس روی قاچاق مواد مخدر کار کرده است. او تجربه‌های آسیب‌زای مهمی را قبلاً تجربه کرده که دور از تجربه معمول یک زن پلیس و وظیفه‌شناس نبوده است. وی ۶ ماه بعد از بیکاری مراجعه کرده و هیچ ضربه‌ای را گزارش نکرده، بلکه بیمار اشاره نموده که چند رویداد مثل همراهی شتاب آلود با مادری برای انتقال بچه‌اش به بیمارستان و مرگ کودک مقابل درب، حضور در کالبد شکافی یک مقتول که همسن وی بوده را تجربه کرده است، اما گفته است که: «شنا گویی آنقدر جمع شده‌اند که سطل سرریز شده وی رفتار اجتنابی نشان می‌داده، و بسیار مضطرب و افسرده بوده است.»^{۱۳}

سهرابی نمونه‌های حاضر را به دلیل نبود ضربه شدید، مطابق تشخیص DSM-III-R و DSM-IV ندانسته است، درحالی که بیمار اشتغال فکری، رفتار اجتنابی و انگیزتگی فزاینده را داشته است. در نهایت نتیجه گرفته شده که ممکن است نشانه‌شناسی این اختلال بدون وجود ضربه شدید نمایان شود، ضربه‌ای که خارج از تجربه معمول انسان باشد. پس باید در مورد معیارهای تشخیصی اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای، بویژه معیار الف آن، در مورد تجربه آسیب‌زا، تجدید نظر صورت گیرد؛ نیز مجموعه آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV) ^{۱۴} انجمن روانپزشکی را به چالش در تجدیدنظر در معیارهای ارائه شده فرامی‌خواند.

● نقد و بررسی

○ نوشتار سهرابی مبنای استدلال خود را بر طبقه‌بندی سومین راهنمای تجدیدنظرشده تشخیصی و آماری اختلالات روانی در ۱۹۸۷ قرار داده، گرچه به DSM-IV هم گاهی اشاره شده است. از آنجا که در زمان انتشار این مقاله، چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مورد بازنگری قرار گرفته است ^{۱۵} مقایسه نشانه‌های مطرح شده در DSM-IV-TR نشان می‌دهد که چنین اختلالی دارای یک پیش فرض اساسی است که دارای دو جنبه می‌باشد: نخست تجربه رویداد، دوم واکنش شخص، که در برگیرنده ترس شدید، درماندگی و یا وحشت است. همانگونه که مشخص است مسأله رویداد فراتر از تجربه طبیعی انسان در جنبه نخست پیش فرض یادشده کمرنگ شده، در حالی که در جنبه دوم آن، بر شدت پاسخ فرد به رویداد پیش آمده، تأکید شده است. بنابراین براساس اشاره فوق می‌باید به دو نکته توجه کرد:

□ نخست اینکه در هنگام انتشار این مقاله، نویسنده می‌باید تأکید خود را بر آخرین تغییرات در DSMها قرار دهد و در این باره به تغییرات ظریف جنبه‌های مطرح شده در پیش فرض اساسی توجه نماید.

□ دیگر اینکه، اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای، مبتنی بر پیش فرضی است که در بالا بدان اشاره نمودیم، و این پیش فرض دارای دو جنبه است که باید مورد توجه قرار گیرد. وقتی شما پیش فرضها را بردارید و وجود برخی از نشانگان بعدی را ملاک قرار دهید، دیگر نمی‌توانید از اختلال مشابهی سخن بگویید. حقیقت اینست که پی‌گیری نشانگان اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای منوط به پیش فرض اصلی است، وگرنه در تاریخ روانشناسی، حداقل از فروید ^{۱۶} بدین سو، بر تأثیر

ضربه‌ها در تحول بعدی آدمی و متأثر ساختن شخصیت وی تأکید شده است، البته با نشانگان متنوع، که شاید بعضی از آنها نیز به برخی از نشانگان این اختلال نزدیک باشد. اشاره بدین امر نیز خالی از فایده نیست که تغییر ظریفی که در دو جنبه یاد شده در پیش فرض اساسی اختلال مطرح شده، متأثر از این نکته است که «تجربه‌های ضربه‌آمیز شدید در همه افراد، نشانگان مشابهی را بوجود نمی‌آورند»^{۱۷} چه توانمندی‌های روانشناختی فرد، متغیرهای شخصیتی، ماهیت ضربه، موقعیتی که ضربه به هر فرد فرود آمده، و نیز حمایت‌های اجتماعی، می‌توانند تبیین‌گر علت ابتلاء و عدم ابتلاء افراد باشد.

○ از طرف دیگر ما می‌توانیم اینگونه بیندیشیم که ضربه‌ای وجود داشته اما دارای ماهیتی افراطی نبوده است، ولی فرد دچار دیگر نشانگان مربوط به اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای شده؛ یا اینکه ضربه، دارای ماهیتی افراطی بوده، اما نشانگان فرد با نشانگان اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای مطابقت نمی‌کند، بدینسان می‌توان براساس DSM-IV و DSM-IV-TR از اختلال سازگاری سخن گفت. اما اگر بپذیریم که برای یک فرد، تجربه ضربه وجود داشته، ولی نشانگان اختلال براساس زمان کمتر از سه ماه تا بیشتر باشد می‌توان از وضعیت حاد یا مزمن سخن گفت. با اینحال نکته مهم اینجاست که اگر فردی ضربه‌ای را تجربه کند، اما نشانگان وی، شش ماه بعد از تجربه رویداد تنیدگی‌زا بروز کند، براساس DSM-II و DSM-II-TR می‌توان از اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای با بروز یا شروع با تأخیر سخن گفت. در این حالت یک دوران نهفته مورد نظر قرار گرفت که نشانگان اختلال نمایان نمی‌شود.^{۱۸}

○ اگر از سویی مطرح کنیم که پیش فرض اساسی اختلال در فرد، دیده نشده، اما برخی از نشانه‌های آن بروز نموده، نمی‌توان به سادگی به نشانگان اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای متوسل شد، چه وجود نشانگان ممکن است مثلاً به اختلال وسواس، یا هراس، مربوط بوده باشد، یا تشخیص‌های دیگری در کنار اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای مطرح شوند پس تشخیص اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای منوط به وجود پیش فرض اساسی آن است، و بدون در نظر گرفتن آن، نمی‌توان از این اختلال یاد کرد.

○ نویسنده برای پاسخ به سؤال خود، مبنی بر اینکه آیا در غیاب یک رویداد ضربه‌ای می‌توان شاهد نشانگان اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای بود، به تجربیاتی از دیگران و خود اشاره نموده است. مثلاً گفته است وقتی «رویدادهای قابل تحمل تداوم و استمرار» داشته باشند، به قول

راوین و بوال، شاهد نشانگان اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای هستیم، بنابراین تک ضربه تعیین کننده وجود نداشته است. پس طرح مسأله حاضر، نشانگان اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای را به چالش نمی‌طلبد، بلکه در صورت درست بودن، نوعی هشدار تازه تلقی می‌شود، چه وجود ضربه تعیین کننده، و نیز واکنش شدید، پیش فرض اصلی تشخیص اختلال است. در این حالت با انباشت ضربه‌ها روبرو هستیم، بدینسان تنیدگی‌های مکرر و نشانی دادن علائمی که شباهتی با اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای دارند، دور از ذهن نیست، چه برآستی بدون وجود تجربه تنیدگی‌ها، تا چه حد صحبت از رفتار نابهنجار میسور است؟

○ سهرابی به تحقیق خود در مورد کودکان و نوجوانانی اشاره نموده است که براساس «داغدیگی ساده» والدین خود را از دست داده بودند، و نشانگان اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای را آشکار ساخته‌اند. البته درصد این یافته قابل بحث است، اما از این امر می‌گذریم و می‌گوییم در مقابل مثالهای پیشین که به انباشت تنیدگی اشاره شده، در اینجا نویسنده خود تأیید می‌کند که ضربه‌ای وجود دارد، ولی ماهیت شدت آن در حد لازم نیست، در حالی که در گروهی که جدایی یا طلاق عامل ضربه بوده، ۱۰/۴ درصد آنها، نشانگان مذکور را نمایان ساخته‌اند؛ اما در گروهی که مرگ والدین خود را تجربه کرده‌اند، ۳۶/۵ درصد از آنها دارای نشانگان ابتلاء به اختلال بوده‌اند. آن وقت نویسنده از اینجا بلافاصله به مسأله انباشت تنیدگی اشاره کرده، در حالی که تحقیق وی مؤید چنین پی‌گیری نیست و با تحقیق قبلی که مسأله تراکم رویدادها را مطرح کرده، متفاوت است. از طرف دیگر و به دنبال این سخن، باید گفت که اتفاقاً نگارنده نیز به یک ضربه، و آن هم از دست دادن والدین اشاره دارد، پس، ضربه وجود دارد، اما نویسنده به جای نقادی ماهیت ضربه‌ها و نیز این نکته که در فرهنگهای مختلف، نیز سنین متفاوت، نوع ضربه‌ها می‌تواند، متفاوت باشد، به نکته‌ای که در ذهن خود ترسیم نموده اشاره می‌نماید و می‌کوشد این تحقیق را در راستای پژوهشهای دیگر مطرح نماید و از آن نتیجه بگیرد. در حالی که این امر می‌تواند نقادی مربوط به ضربه‌ها را سبب شود، و آن اینکه نمی‌توان رویدادهای خاصی را به عنوان ضربه مهم تلقی کرد و این امر را به تمامی فرهنگها سرایت داد. از طرف دیگر جالب اینجاست که خود نویسنده، در ابتدای نوشتار خود^{۱۱} تأیید می‌کند که «مرگ پدر یا مادر برای کودکان و نوجوانان به عنوان عامل تنیدگی‌زای فوق‌العاده»^{۱۲} مطرح شده است و در این باره به نظر گاه APA استناد می‌کند. همچنین تحقیق خود وی نیز آشکار می‌سازد که بین تجربه مرگ والدین

و از دست دادن آنها از طریق جدایی و طلاق، در بروز نشانگان، فاصله‌ای ملموس وجود دارد (۳۶/۵ درصد در مقابل ۱۰/۴ درصد) و این تفاوتی چشمگیر است، چه در یکی از آنها فقدان امری نسبی است، در حالی که در مرگ، فقدان، امری نسبی نیست. البته اگر ایشان بخواهند بگویند که «داغدیگی» باید براساس فرهنگها در رده رویدادهای ضربه آمیز قرار گیرد، این امر نقدی بر نشانگان به طور کلی نیست، بلکه بر نوع و ماهیت ضربه هاست. اما اگر بخواهند بگویند که در غیاب رویداد آسیب‌زا در این کودکان و نوجوانان شاهد نشانگان اختلال بوده‌ایم، آن وقت باید گفت که به راستی در فرهنگ ما، با دل‌بستگی‌های خاص خانوادگی، فقدان پدر یا مادر، آن هم برای کودک و نوجوان، آیا ضربه مهم تلقی نمی‌شود؟ و آنگاه این امر را، با سخن خود وی، در مورد اینکه چنین ضربه‌ای براساس نظر APA، تنیدگی زای فوق‌العاده محسوب می‌شود، چگونه باید سازگار دانست؟

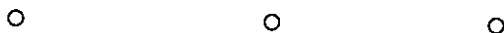
○ در قسمتی از مقاله، نویسنده به تلاشهای اسکات و استرادلینگ (۱۹۹۴، ۱۹۹۷) اشاره می‌کند که آنها از «اختلال تنیدگی پس از ضربه، بدون ضربه» سخن گفته‌اند. این در حالی است که اسکات و استرادلینگ خودشان به تنیدگی‌های مکرر اشاره داشته‌اند. این امری تازه نیست، چون تجربه‌های بالینی در مراجعان نمایانگر یک آستانه تحمل در ظرف زمان است که به حد غیر قابل تحمل می‌رسد و فرد را به واکنش وامی‌دارد، در حالی که ممکن است این واکنشها برای اطرافیان تعجب برانگیز باشد. آن وقت از این شواهد، اسکات و استرادلینگ نتیجه می‌گیرند که «وجود رویداد آسیب‌زانه تنها برای ظهور علائم این اختلال لازم نیست، بلکه شواهد بالینی نشان می‌دهد که آن رویداد شرط کافی هم برای این اختلال نمی‌باشد».

اسکات و استرادلینگ اگر در جمله خود (در صورتی که درست مطرح شده باشد) واژه‌های «نه تنها» را بردارند، به شواهد بالینی و پژوهشی خود تکیه کرده‌اند، وگرنه فراسوی آن سخن گفته‌اند، چون شواهد بالینی آنها به معنای نفی اختلال تنیدگی پس از ضربه‌ای نیست، بلکه مورد غیر ضربه‌ای آن را به زعم خودشان مطرح می‌کنند. آنگاه آنها در ادامه جمله خود نتیجه‌گیری می‌کنند که ضربه شرط کافی هم برای اختلال نیست. معلوم نیست که این جمله از کدام شواهد بالینی با پژوهشی گسترده استخراج شده است. چون شواهد پژوهشی و بالینی آنها، نفی وجود اختلال تنیدگی پس از ضربه‌ای را ترسیم نمی‌کند، بلکه موارد موازی آن، یعنی بدون وجود ضربه مهم را مطرح می‌سازد. این در حالی است که اختلال تنیدگی پس از ضربه، متکی به پیش فرض

اساسی خود است، وقتی پیش فرض برداشته شود، دلیلی وجود ندارد که باز هم از آن اختلال سخن گفته شود. بلکه می توان از اختلال تازه ای سخن گفت و یا پیشنهاد کرد که پیش فرض به گونه ای تغییر یابد که بتواند در برگیرنده دو نوع اختلال با ضربه مهم و انباشت ضربه ها نیز باشد.

● به عنوان نتیجه

نویسنده در پایان نوشتار خود مطرح می کند که تراکم و تکرار تنیدگی های نه چندان شدید هم می تواند باعث ظهور نشانه های اختلال تنیدگی پس ضربه ای شود، و مؤلفان DSM ها را به تجدید نظر در تعریف و شمول رویدادهای آسیب زا فرا می خواند. با این سخن در حقیقت نویسنده نیز می پذیرد که اگر پیش فرض تغییر کند، دیگر علائم مشکلی ندارد، در حالی که با تغییر پیش فرض اصلی، دیگر صحبت از این اختلال نخواهد بود، بلکه باید دید که آیا می توان گستره پیش فرض را به گونه ای تنظیم کرد که این امر را نیز در برگیرد، و یا باید از یک گستره تازه سخن گفت، به شرط اینکه پای اختلال دیگری در کار نباشد و با تذکر DSM ها در مورد اختلال سازگاری نیز تباینی نداشته باشد، و یا مسأله واکنش شدید فرد نیز در نظر گرفته شده باشد.



یادداشت ها

- ۱- سهرابی، فرامرز (۱۳۸۱) روی آوردی جدید در تشخیص اختلال تنیدگی پس از ضربه (PTSD). مجله روان شناسی ۲۲، سال ششم، شماره ۲، صص ۱۹۴-۱۸۶.
- ۲- ر.ک. به: ضوابط تشخیصی اختلال تنیدگی پس ضربه ای در DSM-IV و DSM-IV-TR، و نیز: سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۲۰۰۱) چکیده روان پزشکی بالینی. ترجمه نصرت الله پورافکاری (۱۳۸۰)، تهران: انتشارات آزاده.
- 3- Ravin, J.
- 4- Boal, D. K.
- ۵- سهرابی، فرامرز، پیشین. و نیز ر.ک. سهرابی، فرامرز و تاریرنیکولاس (۱۳۷۸) بررسی اختلال تنیدگی پس ضربه ای (PTSD) در کودکان و نوجوانانی که والدین خود را از دست داده اند. مجله روانشناسی ۹، سال سوم، شماره ۱، صص ۹۷-۷۲.
- 6- Simple breavement
- 7- Schut, H. A.
- 8- Parkinson, F.
- 9- Pynoos, R. S.
- 10- Scott, M. J.
- 11- Stradling, S. G.
- ۱۲- سهرابی، فرامرز، ۱۳۸۱، ص ۱۹۰.

۱۳- همان منبع، ص ۱۹۱.

14- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, APA.

۱۵- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (DSM-IV-TR). ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس (۱۳۸۱)، تهران: انتشارات سخن.

16- Freud, S.

۱۷- دادستان، پریرخ (۱۳۷۶) روانشناسی مرضی تحولی (از کودکی تا بزرگسالی)، جلد اول. تهران: انتشارات سمت.

۱۸- ر.ک. به: DSM-IV و DSM-IV-TR

۱۹- سهرابی، فرامرز، ۱۳۸۱، ص ۱۸۷

20- Extreme

