

آسیب‌های روانشناختی و سندروم‌های تروماتیک نگاهی نو به ارزیابی، تشخیص و درمان

تألیف:

دکتر محسن کیان‌پور

رامین عموچی

www.ketab.ir

سرشناسه: کیان پور، محسن، ۱۳۴۱-
عنوان و نام پدیدآور: آسیب‌های روانشناختی و سندروم‌های تروماتیک نگاهی نو به ارزیابی، تشخیص و درمان.
مشخصات نشر: مشهد: سخن گستر، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری: ۲۴۴ ص، مصور، جدول، نمودار.
شابک: 978-600-247-468-1
وضعیت فهرست‌نویسی: فیمای مختصر
یادداشت: واژه‌نامه.
یادداشت: کتابنامه.
شناسه افزوده: عموجی، رامین، ۱۳۴۳، Ramin Amochi، پدیدآورنده
شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۳۴۵۹۲



معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
زاهدان- میدان دکتر حسابی- بلوار جنت- پردیس دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
تلفن: ۳۳۲۹۵۷۸۹

ناشر: انتشارات سخن گستر
نام کتاب: آسیب‌های روانشناختی و سندروم‌های تروماتیک
تألیف: محسن کیان پور، رامین عموجی
صفحه‌آرایی: نفیسه اسماعیلی

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ: اول / ۱۳۹۴
چاپ: میثاق
قیمت: ۱۳۰۰۰ تومان
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۴۷-۴۶۸-۱

تلفن: ۳۸۴۳۹۹۵۵

مشهد - خیابان ابن‌سینا - مقابل ابن‌سینا ۱۲ - شماره ۱۹۱

مقدمه نویسنده

تجربه حضور دو ساله‌ام در جبهه‌های جنگ تحمیلی بعنوان مین‌یاب و مین‌گذار تأثیر عمیقی بر شخصیت و رویکردم نسبت به زندگی داشت. خدا را شاکرم که این فرصت را پیدا کردم شاهد صحنه‌هایی باشم که عظمت روح انسان را به تصویر می‌کشد. همیشه می‌گویم اینکه دو سال طوری زندگی کنی که نمی‌دانی قدم بعدی را روی زمین می‌گذاری یا روی مین تمرین عملی است برای اینکه بدانی چقدر این دو پدیده به هم نزدیک و لازم و ملزوم یکدیگرند. وقتی مرگ را می‌پذیری زندگی واقعی آغاز می‌شود و وقتی زندگی می‌کنی مرگ معنی پیدا می‌کند. در طی عملیات مختلف وقایعی را تجربه می‌کردم که برایم مطالعه در ذهن بشر این اشرف مخلوقات را جذاب کرد. اینکه ببینی انسان چنانچه بتواند از تواناییهایش به خوبی بهره‌برد چه قدرتی پیدا می‌کند و چه زیبا و عاشقانه از زندگی لذت می‌برد و حتی مرگ، مرا به فکر انداخت رشته‌ای را انتخاب کنم که به انسانها کمک کند خود را پیدا کنند و از تواناییهای روانی خود حداکثر بهره‌را ببرند و این بود که روانپزشک شدم.

روانپزشکی علمی است که با فرهنگ و جامعه عجین است و بدون در نظر گرفتن شرایط اجتماعی - فرهنگی نمی‌توان درک درستی از انسان داشت و به او در جهت ارتقای کیفیت زندگی کمک کرد. تمام کتب درسی روانپزشکی در نظر گرفتن مسائل فرهنگی و شرایط اجتماعی را لازمی درک درست از اختلالات روانپزشکی و برنامه‌ریزی صحیح در زمینه‌ی فعالیتهای بهداشت روانی دانسته‌اند. شرایط خاص کشور ما موجب شده است که اختلالات مرتبط با استرسهای روانشناختی شدید توجه ویژه‌ای را از طرف جامعه‌ی روانپزشکان و روانشناسان طلب کند هرچند متأسفانه عملاً آنطور که باید و شاید در این زمینه کار نشده است. آمار اعلام شده‌ی ۲۰ تا ۳۰ هزار کشته و ۳۰۰ هزار مصدوم در یکسال در حوادث رانندگی طی ده سال گذشته تلفاتی بالغ بر ۱۲۰ هزار کشته در اثر حوادث طبیعی در طی قرن اخیر و بیش از ۲۲۱ هزار کشته و افزون بر ۵۵۴ هزار جانباز در جنگ تحمیلی هشت ساله با عراق نشان می‌دهد که درصد زیادی از جمعیت کشور یا قربانی سوانح شدید بوده‌اند یا شاهد آن. در حالیکه در سوئد و انگلیس بترتیب ۲/۹ و ۳/۵۹ نفر در هر صد هزار نفر قربانی

سوانح رانندگی هستند این میزان در کشور ما رقم ۳۵/۸ نفر در هر صد هزار نفر را به خود اختصاص می‌دهد. در حالیکه در طول یکصد سال گذشته جمعیت ایران همواره حدود یک درصد جمعیت دنیا بوده است اما متأسفانه تلفات جانی ناشی از زلزله و سایر حوادث طبیعی در آن حدود ۶ درصد تلفات جانی دنیا بوده است و ایران ششمین کشور جهان از نظر وقوع بلایای طبیعی بوده است. در طی دهه‌های اخیر هیچ جنگی به اندازه جنگ تحمیلی ایران و عراق تلفات جانی و مالی به دو طرف وارد نکرده است. باید توجه داشت که حوادث رانندگی متعددی به وقوع می‌پیوندند که هرچند بشدت استرس آورند ولی تلفاتی ندارند و لذا به حساب نیامده‌اند. در نیمه‌ی اول صدهی جاری تبادل اطلاعات بسیار ضعیف و وسایل ارتباط جمعی اندک بوده‌اند و بنابراین آمار مربوط به این سوانح بیشتر بر اساس حدس و گمان است. گروه زیادی از افرادی که در جبهه‌های جنگ تحمیلی متحمل فشار و استرس بیش از حد شده‌اند به علت اعتقادات خالص و عمیقشان هرگز بدنبال ثبت مشکلات روانشناختی خود نبوده‌اند و لذا آمار اعلام شده تنها بخشی از واقعیت سلامت روان افراد در معرض استرس است. گذشته از همه‌ی اینها، ارقام ذکر شده آمار حوادث استرس آور آشکار بود، بنظر می‌رسد تعداد زیادی از افراد در جامعه‌ی ما قربانی خشونت‌های خانوادگی و سوء استفاده به اشکال گوناگون باشند که هیچ آمار دقیقی از آنها در دست نیست. این اعداد و ارقام نشان می‌دهد که ما به عنوان متولیان بهداشت و درمان کشور لازم است نگاه ویژه‌ای به اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه که قربانیان و شاهدان این حوادث را متأثر می‌نماید داشته باشیم.

جستجوی خیلی سطحی در اینترنت نشان می‌دهد در امریکا به خاطر جنگ نسبتاً کوتاه مدت اخیر با عراق و افغانستان و حتی جنگ مربوط به گذشته‌ی ویتنام چندصد مرکز و پایگاه اطلاعاتی و مداخله‌گر برای افراد بازگشته از جبهه‌ها فعالیت دارند این در حالیست که کل تلفات امریکا در این جنگ‌ها به چند هزار نفر هم نمی‌رسد. همچنین آگهی‌های متعدد وسایل ارتباط جمعی گوناگون در مورد ارائه‌ی خدمات روانشناختی به افراد قربانی خشونت و تجاوز به هر شکل در غرب نشان می‌دهد که اولویت پرداختن به سلامت روان افراد در معرض استرس‌های روانشناختی از طرف اولیای امور آنها درک شده است. همیشه فکر می‌کنم که آیا ما بعنوان متولیان سلامت رسالت و وظایف خود را در قبال اینهمه افراد در معرض سوانح شدید که می‌تواند منجر به صدمات روانشناختی جبران ناپذیر شود انجام داده‌ایم یا نه؟ آیا ما دریافته‌ایم که یکی از مهمترین و اصلی‌ترین اولویتهای ما در جهت حفظ و

بهبود بهداشت روانی جامعه اینست که به اختلالات حاصل از مواجهه با استرسهای روانشناختی بپردازیم؟ متأسفانه پاسخ به این سوالات مثبت نبوده است.

علاقه و پشتکار آقای رامین عموچی که قابل تقدیر است موجب شد تا آرزوی دیرینه‌ام تحقق یابد و بتوانیم با همکاری هم این مهم را به انجام برسانیم. هدف از جمع‌آوری مطالب برای تهیه این کتاب اولاً ارائه‌ی اطلاعات جامع در این زمینه و در یک مجموعه است و ثانیاً ایجاد انگیزه و مطرح نمودن سوالات جدید برای محققین است. و نهایتاً معرفی صورت مسئله و اهمیت اولویت دادن به این اختلالات توسط متولیان سیاست‌گذاری در امور بهداشتی. امیدوارم بعنوان اولین تجربه‌ام این کتاب قدم کوچکی در ادای دین به همه‌ی قربانیان حوادث گوناگون ساخته‌ی بشر و یا طبیعت باشد و بتواند برای خوانندگان فایده‌ای هر چند اندک داشته باشد.

دکتر محسن کیان‌پور

اردیبهشت ۹۴ - زاهدان

فهرست مطالب

۱	فصل اول: نحوه‌ی شکل‌گیری نشانگان‌های پس‌آسیب در مرور زمان
۲	مقدمه
۲	تاریخچه‌ی رویکردهای تشخیصی مربوط به آسیب
۴	اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)
۵	اختلال استرس حاد (ASD)
۶	بخش اول: نقد و بررسی مفهوم‌پردازی تشخیصی DSM-IV-TR از اختلال‌های PTSD و ASD
۷	تعریف استرسور
۷	الف- تعریف عینی
۸	ب- تعریف ذهنی
۹	علائم مرور ذهنی
۹	الف- تعریف و تشخیص‌گذاری
۱۰	ب- مقایسه‌ی تشخیص‌گذاری مرور ذهنی در دو اختلال PTSD و ASD در DSM-IV
۱۲	علائم تجزیه‌ای
۱۲	الف- تعریف و تشخیص‌گذاری
۱۴	ب- ابهامانی در مورد تشخیص‌گذاری تجزیه
۱۸	علائم اجتنابی
۱۸	الف- تعریف و تشخیص‌گذاری
۲۰	ب- مقایسه‌ی تشخیص‌گذاری علائم اجتناب در دو اختلال PTSD و ASD در DSM-IV
۲۰	علائم بیش‌برانگیختگی
۲۰	الف- تعریف و تشخیص‌گذاری
۲۲	ب- مقایسه‌ی تشخیص‌گذاری علائم برانگیختگی در دو اختلال PTSD و ASD در DSM-IV
۲۲	معیار طول مدت زمان لازم در DSM-IV
۲۳	معیارهای خروج-مواد و داروهای روانگردان و شرایط طبی عمومی در DSM-IV
۲۳	الف- تعریف و تشخیص‌گذاری
۲۴	ب- آسیب مغزی و تشخیص ASD
۲۵	راه‌حل‌ها و راهکارهای پیشنهادی جهت کاهش ابهام‌ها و تعارض‌های تشخیصی

الف- ایجاد دو زیر مجموعه‌ی تشخیصی برای پاسخ‌های حاد.....	۲۶
ب- ترکیب علائم تشخیصی دو اختلال ASD و PTSD به صورت یک اختلال واحد.....	۲۷
ج- اختلال تجزیه‌ای پس از سانحه مزمن.....	۲۷
بخش دوم: نقد و بررسی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلال استرس حاد (ASD) در DSM-5.....	۲۹
بازبینی و اصلاحات اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در DSM-5.....	۳۰
تعریف معیار استرسور در DSM-5.....	۳۱
معیار A جدید در DSM-5.....	۳۲
معیار مرور ذهنی در DSM-5.....	۳۳
علائم اجتنابی در DSM-5.....	۳۴
علائم دگرگونی‌های منفی در شناختها و خلق در DSM-5- "عامل چهار ساختار تشخیصی".....	۳۴
علائم دگرگونی در برانگیختگی و واکنش‌پذیری در DSM-5.....	۳۵
بازبینی در تعیین کنندنها و افزوده شدن دو زیرگونه‌ی تجزیه‌ای و پیش از مدرسه PTSD در DSM-5.....	۳۶
شیوه‌ی تشخیص‌گذاری PTSD بر اساس DSM-5.....	۳۸
مرور اجمالی و جمع‌بندی.....	۳۸
علائم و نشانه‌های بالینی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در DSM-5.....	۳۹
شیوع و سیر اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) از دیدگاه DSM-5.....	۴۳
بازبینی و اصلاحات اختلال استرس حاد (ASD) در DSM-5.....	۴۵
معیار استرسور در DSM-5.....	۴۶
معیار علائم مزاحم، خلق منفی، تجزیه، اجتناب، و برانگیختگی در DSM-5.....	۴۷
معیار طول مدت زمان برای تشخیص‌گذاری اختلال استرس حاد (ASD) در DSM-5.....	۴۹
علائم و نشانه‌های بالینی اختلال استرس حاد (ASD) در DSM-5.....	۴۹
شیوع و سیر اختلال استرس حاد (ASD) در DSM-5.....	۵۰
معیارهای تشخیصی ASD و PTSD در یک نگاه.....	۵۱
عوامل خطرزا در ابتلاء به ASD و PTSD.....	۵۳
اختلالات همبود با اختلال PTSD.....	۵۴
اختلال سازگاری در DSM-5.....	۵۶
معیارهای تشخیصی اختلال سازگاری در DSM-5.....	۵۷
ارتباط بین اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه و اختلال سازگاری.....	۵۸
بخش سوم: تشخیص اختلال PTSD با شروع تاخیر یافته (D-PTSD).....	۶۰
سیستم‌های تشخیصی و اختلال استرس پس از سانحه - با شروع تاخیر یافته.....	۶۰
ماهیت دوره‌ی تاخیری.....	۶۲

۶۶ جمع‌بندی کلی

فصل دوم: نوروفیزیولوژی و نوروسایکولوژی PTSD..... ۶۹

۷۰ ملاحظات کلی

۷۳ بخش اول: سنجش‌های نوروفیزیولوژیک

۷۳ سیستم آدرنرژیک در بیماران مبتلا به PTSD

۷۵ پاسخ‌های گلوکوکورتیکوئیدی و محور هیپوتالاموس-هیوفیز-غده‌ی فوق کلیوی (HPA) در PTSD

۷۹ سیستم افیونی درون‌زاد در PTSD

۸۰ بخش دوم: استرس مزمن روانشناختی و تنظیم سیستم قلبی-عروقی خودمختار در PTSD

۸۳ بخش سوم: تصویربرداری عصبی و بررسی‌های نوروسایکولوژیک در PTSD

۸۴ نواحی مغزی در PTSD

۸۶ آمیگدال

۸۷ قشر پیش‌پیشانی میانی

۹۰ تعاملات دو طرفه‌ی بین آمیگدال و قشر پیش‌پیشانی میانی

۹۲ هیپوکامپ

۹۵ بخش چهارم: مدل تعدیل هیجان در PTSD: شواهد بالینی و عصب زیست‌شناختی برای زیرگروه تجزیه‌ای

۹۵ معرفی و عنوان‌بندی کلی

۹۷ تعدیل هیجانی ضعیف-ناکامی مهار و بازداری کورتیکولیمبیک

۹۸ تعدیل بیش از اندازه‌ی هیجانی-بازداری افراطی کورتیکولیمبیک

۱۰۳ شواهدی از بازداری کورتیکولیمبیک در اختلالات تجزیه‌ای

۱۰۴ مطالعات و بررسی‌های بالینی

۱۰۷ جمع‌بندی کلی

فصل سوم: آسیب و تجزیه ۱۰۹

۱۱۰ بخش اول: آیا تجزیه به افزایش درک ما در رابطه با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) کمک می‌نماید؟

۱۱۰ آسیب روانشناختی

۱۱۱ تجزیه

۱۱۲ بخش دوم: چشم‌انداز نظری تجزیه

۱۱۲ الف-مدل پیر ژانت-تجزیه به عنوان استراتژی مقدماتی مدارا

۱۱۳ ب-مدل استرس-آسیب‌پذیری اختلالات تجزیه‌ای

۱۱۴ ج-مدل تعامل‌نگر در رابطه‌ی تجزیه و PTSD

۱۱۴	د- مدل شناختی در رابطه با تجزیه‌ی پیرامون آسیب
۱۱۵	ح- مدل‌های مرتبط با هوش به عنوان متغیر مداخله‌گر در رابطه‌ی بین تجزیه و PTSD
۱۱۶	خ- مدل‌های شبکه‌ی شناختی PTSD
۱۱۶	و- مدل تجزیه به عنوان تعدیل‌کننده‌ی بیش‌برانگیختگی جسمانی پس‌آسیب
۱۱۹	ن- مدل دو عاملی آگاهی دگرگون‌شده- مسخ واقعیت
۱۲۱	بخش سوم: آیا تجزیه‌های روانشناختی ضرورتاً پدیده‌هایی با ماهیت بد هستند؟

فصل چهارم: آسیب و اختلالات روانپزشکی و بیماری‌های پزشکی ۱۲۳

۱۲۴	بخش اول: آسیب و اختلالات مصرف مواد (SUDs)- تجزیه‌ی شیمیایی
۱۲۵	بخش دوم: آسیب و رفتارهای پرخطر
۱۲۶	آسیب، تجزیه، رفتارهای پرخطر جنسی (HIV) و سایر رفتارهای پرخطر
۱۲۸	آسیب، تجزیه، خشونت، رفتارهای خودتخریبی و سایر رفتارهای پرخطر
۱۲۹	بخش سوم: آسیب و اختلالات شبه عصب‌شناختی- تجزیه‌ی جسمانی شکل
۱۳۲	بخش چهارم: اختلالات تبدیلی به عنوان اختلالاتی از نوع تجزیه
۱۳۳	مدل‌های نظری در باب فرایند تبدیل
۱۳۵	گزارش‌های آماری در زمینه‌ی شیوع و بروز اختلالات تبدیلی و علامت شبه‌نوروتیک
۱۳۶	شواهد بالینی برای ارتباط بین دو طبقه‌ی تشخیصی تجزیه‌ای و شبه عصب‌شناختی
۱۳۶	همبودی علامت تجزیه‌ای، شبه نوروتیک و سایر علائم جسمانی شکل
۱۳۸	طبقه‌بندی مواد پرسشنامه‌های خود گزارشی DES و DIS-Q
۱۳۹	فرایندهای زیربنایی رایج در اختلالات تجزیه‌ای و شبه عصب‌شناختی
۱۴۰	خلاصه‌ی مطالب مورد بحث
۱۴۱	بحث و نتیجه‌گیری و کاربردهای مورد نظر
۱۴۲	بخش پنجم: حملات قلبی به عنوان نوعی از رویداد آسیب‌زا
۱۴۶	بیماری‌های قلبی- عروقی، افسردگی و PTSD
۱۴۷	PTSD و سکت‌های ناگهانی قلبی (SCA)
۱۴۷	PTSD و MI
۱۴۸	PTSD و نشانگان کرونری (CS)
۱۴۸	نتیجه‌گیری کلی

فصل پنجم: الگویابی آسیب‌شناسی روانی درازمدت پس از رویداد آسیب ۱۴۹

۱۵۰	بخش اول: شواهد تجربی تجزیه‌ی پیرامون آسیب
-----	---

۱۵۵	بخش دوم: بررسی قدرت پیش‌بینی کنندگی مستقل هر یک از علائم تشخیصی ASD
۱۵۵	علائم تجزیه‌ای
۱۵۶	علائم مرور ذهنی
۱۵۶	علائم اجتنابی
۱۵۷	علائم برانگیختگی
۱۵۷	جمع‌بندی کلی
۱۵۸	بخش سوم: قدرت نشانگان‌ها و متغیرهای پس‌آسیب در پیش‌بینی آسیب روانی درازمدت
۱۵۸	مقایسه‌ی بازماندگان رویداد آسیب‌زا مبتلاء به ASD و غیر مبتلاء به ASD
۱۶۰	ASD به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی PTSD مزمن
۱۶۲	پژوهش‌های تحلیل رگرسیونی و آنالیز فاکتور
۱۶۴	قدرت PTSD (با صرف نظر از ملاک طول مدت علائم)، به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی PTSD
۱۶۵	قدرت پیش‌بینی کنندگی تجربه‌ی پیرامون آسیب

فصل ششم: مقیاس‌های ارزیابی و تشخیص مرتبط با آسیب روانشناختی

۱۶۹	عنوان‌بندی کلی
۱۶۹	بخش اول: مقیاس‌های عمومی روان‌پزشکی در ارزیابی اضطراب و تجزیه
۱۷۰	بخش دوم: مقیاس‌های ارزیابی علائم تجزیه‌ای پس از رویداد آسیب
۱۷۰	پرسشنامه‌ی تجارب تجزیه‌ای حین آسیب (PDEQ؛ مارمار، ویس و متزل، ۱۹۹۸)
۱۷۱	مقیاس تجارب تجزیه‌ای (DES؛ برن اشتین و پونام، ۱۹۸۶)
۱۷۲	مقیاس حالت‌های تجزیه‌ای بالینی گر-ساخت (CADSS؛ برمنز و همکاران، ۱۹۹۸)
۱۷۲	مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات تجزیه‌ای DSM-IV-TR (SCID-D؛ استن برگ، ۱۹۹۳)
۱۷۳	پرسشنامه‌ی خودگزارشی تجزیه‌ی جسمانی شکل (SDQ-20؛ نیجن هویس و همکاران، ۱۹۹۸)
۱۷۳	بخش سوم: مقیاس‌های ارزیابی علائم PTSD و پریشانی پس از سانحه
۱۷۳	مقیاس تأثیر رویداد (IES؛ هوونیز، ویلنر و آلوارز، ۱۹۷۹)
۱۷۴	مقیاس شدت علائم پس از سانحه (PTSS؛ فوآ، ریگز، وانچو و ارس بون، ۱۹۹۳)
۱۷۴	پرسشنامه‌ی میزان پریشانی در حین رویداد آسیب (PDI؛ برانت و همکاران ۲۰۰۱)
۱۷۵	مقیاس میزان تهدید رویداد
۱۷۵	مقیاس آسیب دیویسون (DTS؛ زلاتنیک، دیویدسون، شیا و پرل‌استین، ۱۹۹۶)
۱۷۶	مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته‌ی برای اختلال PTSD (CAPS-IV؛ بلك و همکاران، ۱۹۹۵)
۱۷۸	مقیاس اختلال استرس پس از سانحه "می‌سی‌سی‌پی" (Mississippi PTSD؛ کین و همکاران، ۱۹۸۸)
۱۷۸	بخش چهارم: مقیاس‌های ارزیابی اضطراب حاد و اختلال استرس حاد (ASD)

۱۷۸	ضرورت‌ها و محدودیت‌های تدوین ابزارهای سنجش ساختاریافته و خودگزارشی واکنش و اختلال استرس حاد
۱۸۰	مصاحبه‌ی اختلال استرس حاد (ASDI؛ برنت، هاروی، دنگ و استک ویل، ۱۹۹۸)
۱۸۱	پرسشنامه‌ی واکنش‌های حاد استنفورد (SASRQ؛ کاردنا، کلاسن و اسپیکل، ۱۹۹۱)
۱۸۲	مقیاس اختلال استرس حاد (ASDS؛ برنت و همکاران، ۲۰۰۰)

فصل هفتم: درمان‌های دارویی در درمان اختلال‌های PTSD و ASD ۱۸۳

۱۸۴	بخش اول: گزینه‌های درمان دارویی در اختلال‌های PTSD و ASD
۱۸۴	ضد افسردگی‌ها
۱۸۶	داروهای نورآدرنرژیک
۱۸۷	داروهای ضد جنون
۱۸۸	داروهای تثبیت‌کننده‌های خلق و ضد تشنج‌ها
۱۸۸	بنزودیازپین‌ها
۱۸۹	چگونه برای درمان اختلالات طیف آسیب از داروها استفاده نماییم
۱۹۰	بخش دوم: بررسی میزان کاربردپذیری داروهای ضد افسردگی در درمان PTSD
۱۹۰	مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین برای PTSD-غیر مرتبط با جبهه
۱۹۲	SSRIs در درمان PTSD-مرتبط با جبهه‌ی جنگ
۱۹۵	بررسی میزان کاربردپذیری سایر داروهای ضد افسردگی در درمان PTSD
۱۹۷	مقایسه رقابت‌های شانه به شانه‌ی داروهای ضد افسردگی
۱۹۸	بررسی میزان کاربردپذیری عوامل آدرنرژیک در درمان PTSD
۱۹۸	نقش مهارکننده‌های گیرنده‌های β -آدرنرژیک
۱۹۸	پرازوسین
۲۰۱	بررسی میزان کاربردپذیری داروهای آنتی ضد جنون نسل دوم در درمان PTSD
۲۰۲	بررسی میزان کاربردپذیری داروهای ضد تشنج در درمان PTSD

فصل هشتم: درمان‌های روانشناختی در درمان اختلال‌های PTSD و ASD ۲۰۴

۲۰۵	بخش اول: خلاصه‌ای از درمان‌های روانشناختی PTSD
۲۰۵	مواجهه درمانی ممتد
۲۰۶	مواجهه‌ی تجسمی
۲۰۶	مواجهه‌ی واقعی
۲۰۷	تمرین مایه کوبی استرس
۲۰۸	درمان شناختی

۲۰۹	درمان پردازش شناختی.....
۲۰۹	روش درمانی پردازش مجدد و حساسیت‌زدایی حرکت چشم (EMDR).....
۲۱۱	استرس مرتبط با رویداد های ناگهانی و جدی (CIS) و روش های درمانی مرتبط با آن.....
۲۱۳	خلاصه‌ای در مورد روش CISM.....
۲۱۵	کلیاتی در مورد CISD.....
۲۱۶	کمک اولیه‌ی روانشناختی.....
۲۱۷	بخش دوم: بررسی کارآزمایه‌های بالینی مرتبط با درمانهای روانشناختی PTSD و ASD.....
۲۱۸	رویکرد CBTs مبتنی بر مواجهه.....
۲۲۴	روش درمانی EMDR.....
۲۲۵	سایر انواع رواندرمانی.....
۲۲۷	درمان‌های مبتنی بر فراخوانی روانشناختی و CISM و CIDS.....
۲۲۷	رواندرمانی گروهی.....
۲۲۸	جمع‌بندی کلی.....
۲۳۰	بخش سوم: ملاحظات درمانی در جهان واقعی.....
۲۳۰	کاوش در قابلیت تحمل پذیری و میزان برتری-رجحان.....
۲۳۱	آموزش و نحوه‌ی توزیع و ارائه‌ی درمان.....
۲۳۲	اختلال استرس پس از سانحه‌ی مرتبط به سوء استفاده‌ی جنسی در دوران کودکی.....
۲۳۳	جمع بندی کلی.....
۲۳۵	فهرست منابع و مآخذ.....