

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده ادبیات و علوم انسانی

گروه روان شناسی عمومی

تأثیر روایت درمانی مواجهه ای بر اختلال تنیدگی پس از ضربه

از

مریم چراغ سپهر

استاد راهنما

دکتر مهناز خسرو جاوید

استادان مشاور

دکتر سید موسی کافی

دکتر مهناز فلاحی

اسفند ماه ۱۳۹۲

برای کشورم،

بادا که روایتش همواره فتح باشد.

سپاسگزاری

خدای راسپاس که بسان همیشه و هر لحظه یاریم داد تا بر این سخت دگر کار نیز فایز آیم. برایم لحظه ارزشمندی است و من به تنهایی هیچ گاه قادر نبودم آن را بیایم. راه نشان دهندگانم اگر نبودند، من بی هیچ تردیدم می گشتم. استادان بسیار ارجمندم، سرکار خانم دکتر مهناز خسرو جاوید، که بانسروی کلامش، ممانت بی نظیرش، دانش شادی، بخشش و صبوری خواهرگونه اش، اضطراب یایم را به آسایش و باروری مبدل کردند، جناب آقای دکتر سید موسی کافی که عالمانه طریقت دانش را نشانم دادند و سرکار خانم دکتر مهناز فلاحی که تاییدی شدن برای تمام تردید یایم.

رویا یایم را از تو گرفتیم و با تو ساختمشان. مثل همیشه پناهم بودی و بی تو باور کن هیچ گاه به پناخ یایم نمی رسیدم، اگر در من قدرتی بود جاودانگی را برای تومی خواستم، همسرم ترا سپاس که شبان تردیدم را به روزان یقین بدل کردی.

مادر و پدر از جان عزیزترم که ریشه های وجودی ام را آبیاری کردید و از دنیا برایم مکانی امن و دلپذیر ساختید، هزاران هزار سپاس شمارا، جاویدان و پرغور باشید.

خواهرم، عزیزکم، نیمه دیگر وجودم، در این کار، بسیار یاریم نمودی و روزهای زیادی را در کنارم سخت گذراندی، هزاران هزار سپاس نثار جان پر مهرت.

برادرم، عزیزترین عزیزانم، جان دوباره ام، اسطوره ای که هیچ چیز جز بی کرا انگی و عشق ترا ترجیح نمیست، وجودت، دلیلی است برای بودنم و معنایی است برای خوشبختی ام، هستی ام تقدیم تو.

و کودگانم، کودگان نازنینم که سختین روایت تان از زندگی با آشوب و اضطراب آغاز شد. بابا هم گریه ها، خنده ها، بازی ها و داستان ما داشتیم. از این که قصه های آکنده از غصه های تان را برایم گفتید سپاسگزارم، از این که روایت فتم را جایگزین روایت هتان کردید سپاسگزارم، از این که دوباره لبخندی زیند، عشق می ورزید و باد بادک و آرابازی می کنید، هزاران هزار بار خدای راسپاسگزارم. عثمان سرشار از زندگی و آرامش باد.

فهرست مطالب

| صفحه | عنوان |
|------|---|
| ۵ | چکیده فارسی..... |
| ۱ | فصل اول: کلیات پژوهش |
| ۲ | پیش درآمد..... |
| ۲ | مقدمه..... |
| ۳ | بیان مسئله..... |
| ۷ | اهمیت و ضرورت پژوهش..... |
| ۹ | هدف اصلی پژوهش..... |
| ۹ | اهداف فرعی پژوهش..... |
| ۹ | سوال های پژوهش..... |
| ۱۰ | متغیر های پژوهش..... |
| ۱۰ | تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش..... |
| ۱۰ | روایت درمانی مواجهه ای..... |
| ۱۱ | اختلال تنیدگی پس از ضربه..... |
| ۱۲ | فصل دوم: پیشینه پژوهش |
| ۱۳ | پیش درآمد..... |
| ۱۳ | اختلالی به نام تنیدگی پس از ضربه..... |

| | |
|---------|--|
| ۱۷..... | ملاک های تشخیصی اختلال تنیدگی پس از ضربه در کودکان ۶ ساله و کوچک تر..... |
| ۲۰..... | عوامل آسیب پذیری در بروز اختلال تنیدگی پس از ضربه..... |
| ۲۱..... | رویکردهای نظری اختلال تنیدگی پس از ضربه..... |
| ۲۱..... | رویکرد عصب- زیست شناختی..... |
| ۲۵..... | دیدگاه های روان شناختی..... |
| ۲۶..... | دیدگاه های اجتماعی..... |
| ۲۶..... | درمان های روان شناختی اختلال تنیدگی پس از ضربه..... |
| ۲۷..... | مدیریت تنیدگی..... |
| ۲۷..... | خانواده درمانی..... |
| ۲۸..... | درمان شناختی - رفتاری..... |
| ۳۱..... | روان پوشی کوتاه مدت..... |
| ۳۱..... | درمان مواجهه ای بلند مدت..... |
| ۳۲..... | بازگویی روان شناختی..... |
| ۳۲..... | روایت درمانی..... |
| ۳۵..... | روایت های شخصی..... |
| ۳۵..... | مشخص کردن تاثیر مشکل..... |

| صفحه | عنوان |
|------|---|
| ۳۶ | برونی سازی کردن مشکل..... |
| ۳۷ | نقاط قدرت مراجع و پیامدهای یگانه..... |
| ۳۷ | بازنویسی داستان جایگزین..... |
| ۳۷ | درمان روایتی-سازه گرایانه..... |
| ۳۹ | روایت درمانی مواجهه ای به عنوان یک الگو جدید برای درمان اختلال تنیدگی پس از ضربه..... |
| ۳۹ | زمینه های نظری..... |
| ۴۲ | حافظه روایتی کودکان برای تصادفات و اختلال تنیدگی پس از ضربه..... |
| ۴۵ | دستورالعمل های اجرای روایت درمانی مواجهه ای..... |
| ۴۸ | پیشینه پژوهش..... |
| ۵۰ | جمع بندی..... |
| ۵۱ | فصل سوم: روش پژوهش..... |
| ۵۲ | پیش درآمد..... |
| ۵۲ | طرح پژوهش..... |
| ۵۳ | ملاحظات اخلاقی..... |
| ۵۴ | جامعه آماری..... |
| ۵۴ | نمونه و روش نمونه گیری..... |

| صفحه | عنوان |
|------|---|
| ۵۴ | معیارهای ورود آزمودنی ها..... |
| ۵۵ | کودک الف..... |
| ۵۶ | کودک ب..... |
| ۵۷ | کودک ج..... |
| ۵۸ | کودک د..... |
| ۵۸ | کودک ه..... |
| ۵۸ | ابزار پژوهش..... |
| ۵۹ | پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناسی..... |
| ۵۹ | آزمون ماتریس های پیشرونده رنگی ریون..... |
| ۵۹ | مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک..... |
| ۶۰ | مقیاس بی میلی..... |
| ۶۰ | روش اجرای پژوهش..... |
| ۶۱ | برنامه روایت درمانی مواجهه ای..... |
| ۷۱ | روش تجزیه و تحلیل داده ها..... |
| ۷۲ | فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده های پژوهش..... |
| ۷۳ | پیش درآمد..... |

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۷۳ | یافته های توصیفی..... |
| ۷۹ | یافته های استنباطی..... |
| ۹۱ | فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری..... |
| ۹۲ | پیش درآمد..... |
| ۹۲ | مقدمه..... |
| ۹۲ | تبیین یافته های پژوهش..... |
| ۱۰۰ | نتیجه گیری..... |
| ۱۰۱ | محدودیت ها..... |
| ۱۰۱ | پیشنهادها..... |
| ۱۰۱ | پیشنهادهای پژوهشی..... |
| ۱۰۲ | پیشنهادهای کاربردی..... |
| ۱۰۳ | منابع..... |
| ۱۱۴ | پیوست ها..... |
| ۱۱۵ | پیوست شماره ۱- پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی..... |
| ۱۱۷ | پیوست شماره ۲- مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک..... |
| ۱۱۹ | پیوست شماره ۳- چک لیست بی میلی..... |

| صفحه | عنوان |
|------|-------|
|------|-------|

پیوست شماره ۴- جدول جلسات خط پایه، درمان و پی گیری..... ۱۲۰

چکیده انگلیسی..... ۱۲۱

فهرست جداول

| صفحه | عنوان |
|------|---|
| ۷۳ | جدول ۱-۴- ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها..... |
| ۷۴ | جدول ۲-۴- نمرات خط پایه آزمودنی ها در پرسش نامه مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک..... |
| ۷۵ | جدول ۳-۴- نمرات آزمودنی ها در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک..... |
| ۷۶ | جدول ۴-۴- نمرات آزمودنی الف در نشانگان اختلال تنیدگی پس از ضربه در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |
| ۷۷ | جدول ۵-۴- نمرات آزمودنی ب در نشانگان اختلال تنیدگی پس از ضربه در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |
| ۷۸ | جدول ۶-۴- نمرات آزمودنی ج در نشانگان اختلال تنیدگی پس از ضربه در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |
| ۷۹ | جدول ۷-۴- شاخص تغییرات میزان تغییر پذیری نمرات آزمودنی ها..... |
| ۸۰ | جدول ۸-۴- شاخص میزان تغییر پذیری نمرات آزمودنی ها در نشانگان تجربه مجدد..... |
| ۸۰ | جدول ۹-۴- شاخص میزان تغییر پذیری نمرات آزمودنی ها در نشانگان علایم اجتناب ناپذیر و بی حس کننده..... |
| ۸۰ | جدول ۱۰-۴- شاخص میزان تغییر پذیری نمرات آزمودنی ها در نشانگان علایم بیش انگیختگی..... |
| ۱۱۶ | جدول اطلاعات جمعیت شناسی والدین..... |

فهرست نمودارها

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۸۲ | نمودار ۱-۴- روند میزان بهبودی آزمودنی الف در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک به صورت کلی..... |
| ۸۳ | نمودار ۲-۴- روند میزان بهبودی آزمودنی ب در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک به صورت کلی..... |
| ۸۴ | نمودار ۳-۴- روند میزان بهبودی آزمودنی ج در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک به صورت کلی..... |
| ۸۵ | نمودار ۴-۴- روند میزان بهبودی آزمودنی الف در نشانگان تجربه مجدد در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |
| ۸۶ | نمودار ۵-۴- روند میزان بهبودی آزمودنی ب در نشانگان تجربه مجدد در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |
| ۸۶ | نمودار ۶-۴- روند درصد میزان آزمودنی ج در نشانگان تجربه مجدد در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |
| ۸۷ | نمودار ۷-۴- روند میزان بهبودی آزمودنی الف در نشانگان علایم اجتناب ناپذیر و بی حس کننده در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |
| ۸۸ | نمودار ۸-۴- روند میزان بهبودی آزمودنی ب در نشانگان علایم اجتناب ناپذیر و بی حس کننده در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۸۸ | نمودار ۹-۴- روند میزان بهبودی آزمودنی ج در نشانگان علایم اجتناب ناپذیر و بی حس کننده در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |
| ۸۹ | نمودار ۱۰-۴- روند میزان بهبودی آزمودنی الف در نشانگان بیش انگیختگی در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |
| ۹۰ | نمودار ۱۱-۴- روند میزان بهبودی آزمودنی ب در نشانگان بیش انگیختگی در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |
| ۹۰ | نمودار ۱۲-۴- روند میزان بهبودی آزمودنی ج در نشانگان بیش انگیختگی در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال تنیدگی پس از ضربه والد-کودک |

تاثیر روایت درمانی مواجهه ای بر نشانگان اختلال تنیدگی پس از ضربه

در رویکرد روایت درمانی مواجهه ای، شرکت کننده با همکاری درمانگر، دست به ساخت یک شرح حال دقیق و به ترتیب وقوع زمانی از زندگی خودش می زند. شیوه روایت درمانی مواجهه ای دارای دو نقطه تمرکز است. هدف اول در این شیوه آن است که با استفاده از مواجهه درمانی، با مواجهه کردن بیمار با خاطرات مربوط به رویداد آسیب زا از شدت علائم اختلال تنیدگی پس از ضربه در آنها کاسته شود و هدف دوم ساخت یک روایت دقیق از رویداد و پی آمدهای ناشی از آن است. این پژوهش با هدف بررسی کارآیی روایت درمانی مواجهه ای در درمان کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. طرح پژوهش، طرح چند خط پایه بود. جامعه آماری ۵۲ کودک ۵-۶ ساله ای بودند که در بخش ترومای بیمارستان پورسینای رشت سال ۱۳۹۲ (از ابتدا تا پایان فروردین ماه) بستری شده بودند. از این میان با توجه به ملاک های تشخیصی DSM-V و طبق نظر پزشک متخصص و ملاک های ورود به پژوهش، تعداد ۳ کودک ۵ ساله مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. از مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال استرس پس از سانحه والد-کودک (۲۰۰۷) و مقیاس بی میلی (۲۰۱۰) برای آزمودنی ها استفاده شد. روایت درمانی مواجهه ای به مدت ۱۲ جلسه هفتگی اجرا و مرحله پی گیری نیز، ۳ ماه پس از درمان دنبال شد. داده ها با درصد بهبودی و ضریب تغییر پذیری کوهن تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که اثر روایت درمانی مواجهه ای بر آماج های درمان (تجربه مجدد، اجتناب و بی حسی و بیش انگیختگی) معنادار است. می توان نتیجه گرفت که روایت درمانی مواجهه ای با تاکید بر نقاط تکیه گاهی، از بین بردن داستان آکنده از مشکل و بازنویسی داستان آسیب زا، می تواند سبب بهبود نشانگان کودک گردد.

کلید واژه: روایت درمانی مواجهه ای، اختلال تنیدگی پس از ضربه، کودکان

فصل اول

کلیات پژوهش

این فصل در برگزیده مقدمه، بیان مسئله، اهمیت و ضرورت پژوهش، اهداف پژوهش و تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش است که اطلاعات کلی و ضروری را برای داشتن دیدگاهی مقدماتی به این پژوهش فراهم می کند.

مقدمه

مرکز ملی مطالعات اختلال تنیدگی پس از ضربه^۱ (۱۹۹۹)، بروز این اختلال در جمعیت کودکان را ۲۵ تا ۹۵ درصد اعلام کرده است. در پژوهش ها نشان داده اند که در کودکان کم سن، ارزیابی علایم اختلال تنیدگی پس از ضربه بر اساس سن تکامل آنها معتبرتر از معیارهای منطبق بر مبنای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است، زیرا این علایم در کودکان اساساً متفاوت از بزرگسالان است (شرینگا^۲، زانا^۳، درل^۴ و لاریو^۵، ۱۹۹۵؛ شرینگا، پیلز^۶، کوک^۷ و زانا، ۲۰۰۱). مطالعات مختلف نشان داده است که میزان اختلال افسردگی اساسی^۸، اختلال هراس^۹، وابستگی به الکل، اختلال سلوک^{۱۰}، اختلال تنیدگی پس از ضربه، اضطراب جدایی^{۱۱} و وجود رفتارهای خودکشی در کسانی که در کودکی با رویداد یا رویدادهای آسیب زا مواجه شده اند، نسبت به افرادی که با این رویدادها برخوردی نداشته اند، بیشتر است (هینمن^{۱۲}، ۲۰۰۴). اگر این فشارهای آسیب زای روانی در طولانی مدت ادامه پیدا کند، یا این که شدت آن به نحوی باشد که کودک دچار درماندگی و ترس شدید شود، آن گاه کودک به اختلال تنیدگی پس از ضربه مبتلا می گردد (انجمن روان پزشکی آمریکا^{۱۳}، ۲۰۱۳).

اختلال تنیدگی پس از ضربه، منجر به مقاومت فعالانه در به خاطر آوردن افکار، تصاویر و خاطرات مربوط به رویداد آسیب زا شده و حالتی شبیه فراموشی ایجاد می کند. بیمار همچنین از تجدید خاطره عاطفه تجربه شده از زمان ضربه پرهیز می کند. این گونه تلاش برای پرهیز از هر گونه یادآوری، منجر به کندی پاسخ های عاطفی به وقایع کنونی و در نتیجه، گسستگی هیجانی از اطرافیان نزدیک هم چون اعضای خانواده می شود. به مرور زمان، این رفتار بدتر شده و فرد از فعالیت ها،

-
- 1.National Center for Post-Traumatic Stress Disorder
 - 2.Scheeringa
 - 3.Zeanah
 - 4.Drell
 - 5.Larrieu
 - 6.Peebles
 - 7.Cook
 - 8.Major Depression
 9. Panic
 - 10 Conduct Disorder
 - 11.Separation Anxiety Disorder
 - 12.Heyneman
 - 13.American Psychiatric Association

مکان ها، اشیاء یا افراد یادآور رویداد آسیب زا، اجتناب می کند. بیمار به جای ترس و اضطراب موج آزاد^۱، گوش به زنگی^۲، حواس پرتی^۳، تحریک پذیری و پاسخ اغراق آمیز از جا پریدن را در طول روز و بی خوابی اولیه و متناوب همراه با کابوس را در طول شب تجربه می کند (اوتمر^۴ و اوتمر^۵، ۲۰۰۲، ترجمه نصر اصفهانی، ۱۳۹۰).

در پژوهش هایی که روایت درمانگران مواجهه ای مانند، نیونر^۶ و همکاران (۲۰۰۸) انجام دادند، مشخص شد که روایت درمانی مواجهه ای^۷ در درمان اختلال تنیدگی پس از ضربه موثر است و می تواند به افراد در روند درمانی کمک کند. این رویکرد به مقابله با فشار آسیب زا و سپس به بازسازی خاطرات مربوط به حادثه می پردازد و در نهایت تصویری دوباره از زندگی به فرد می بخشد.

بنابراین از آنجایی که اختلال تنیدگی پس از ضربه به عنوان یک اختلال در حال رشد دوران کودکی (قبل از ۶ سالگی) در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بسیار مورد توجه قرار گرفته است و پژوهش های انجام شده توسط، راف^۸ و همکاران (۲۰۱۰)، کاتانی^۹ و همکاران (۲۰۰۹)، نیونر و همکاران (۲۰۰۸) نیز کیفیت و کارایی رویکرد روایت درمانی مواجهه ای در درمان اختلال تنیدگی پس از ضربه را تأیید می کنند، در پژوهش حاضر محقق قصد دارد، اثربخشی این رویکرد در کودکان مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه را بررسی نماید.

بیان مسئله

طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال تنیدگی پس از ضربه از زیر مجموعه اختلالات اضطرابی خارج شده و در زیر مجموعه طبقه تشخیصی جدیدی با عنوان اختلالات مرتبط با ضربه و عوامل تنش زا قرار گرفته است و در آن، شاخه مستقلی برای تشخیص و ارزیابی اختلال تنیدگی پس از ضربه در کودکان ۶ سال و کمتر به وجود آمده است. مواجهه با سوانح آسیب زا مانند تصادف، زلزله، بیماری هایی که خطر مرگ و در کل رویداد های آسیب زایی که کودک را در معرض آسیب جدی یا خشونت جنسی^{۱۰} قرار می دهند، خطر ایجاد اختلال تنیدگی پس از ضربه را در کودکان افزایش می دهد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). ایجاد این اختلال به دیگر تجربیات آسیب زا در طول زندگی، از دست دادن

-
- 1.Free-floating anxiety
 - 2.Hypervigilency
 - 3.Distraction
 - 4.Othmer,E
 - 5.Ohtmer,S
 - 6.Neuner
 - 7.Narrative Exposure Therapy
 - 8.Ruf
 - 9.Catani
 10. Sexual Violence

منابع حمایتی و واکنش والدین به تجربیات آسیب‌زا وابسته است (ویلا^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). مواردی هم چون سردردهای مداوم، اختلال در خواب، پیدایش تغییر در عملکرد حافظه، از دست دادن توانایی تمرکز و توجه، کاهش در عملکردهای مرتبط با مدرسه، از دست دادن حس اعتماد و گوشه‌گیری اجتماعی را می‌توان به صورت گسترده در میان کودکانی که تشخیص اختلال تنیدگی پس از ضربه در مورد آنها داده شده است، مشاهده کرد. افزایش میزان تنیدگی در دوران کودکی می‌تواند سبب تسریع بوجود آمدن بسیاری از بیماری‌های روانی و جسمی در فرد شود (هینمن، ۲۰۰۴). همه این موارد سبب می‌شود که شانس آنها برای داشتن یک رشد سالم در آینده با محدودیت‌هایی روبرو شود. بر این اساس انجام مداخله‌های درمانی و پیش‌گیری لازم است. درمان‌های متعددی برای کنترل علائم این بیماری معرفی شده است، از جمله می‌توان به درمان‌های دارویی (فرایدمن^۲، ۱۹۹۸؛ ارگورپلس^۳، ۲۰۰۰) و مداخله‌های غیر دارویی نظیر روان‌درمانی حمایتی فردی و گروهی^۴ و روش‌های شناختی-رفتاری^۵؛ شامل آرامش بخشی عضلانی^۶ و حساسیت زدایی تدریجی^۷ و سایر انواع روان‌درمانی‌ها اشاره کرد (باسگلو^۸، لیوانیو^۹، سالکیگلو^{۱۰} و کلندر^{۱۱}، ۲۰۰۳). یکی دیگر از روش‌های درمانی، روایت درمانی مواجهه‌ای می‌باشد که از ترکیب روایت درمانی و رویکرد شناختی-رفتاری، پدید آمده است.

روایت درمانی توسط وایت^{۱۲} و اپستون^{۱۳} (۱۹۹۰) که هر دو خانواده‌درمانگر بودند، از درون بافت معرفت‌شناسی پسامدرن-سازه‌گرایی اجتماعی^{۱۴} به وجود آمده است، بر اساس معرفت‌شناسی پسامدرن-سازه‌گرایی اجتماعی، واقعیت و دانش به عنوان محصول و فرآورده بافت تاریخی و فرهنگی‌ای که ما در آن زندگی می‌کنیم در نظر گرفته می‌شود (اسمیث^{۱۵}، ۱۹۹۷). روایت درمانی مواجهه‌ای، یک رویکرد استاندارد شده برای درمان بازماندگان بزرگسال جنگ و شکنجه است. در خلال بحث در مورد تجربیات رویداد آسیب‌زا، درمانگر در مورد واکنش‌های فعلی هیجانی، فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری فرد سؤال می‌پرسد و در مورد مشاهدات مربوطه به کاوش و بررسی می‌پردازد. شرکت‌کننده تشویق می‌شود، زمانی که در حال گزارش نمودن رویداد‌های آسیب‌زا است، سعی کند دوباره آنها را در تخیل خویش مجسم نماید، به گونه‌ای که انگار در حال تجربه

-
1. Vila
 2. Fridman
 3. Argouropolos
 4. Individual and group supportive psychotherapy
 5. Cognitive-behavioral
 6. Relaxation
 7. Gradual desensitization
 8. Basoglu
 9. Livanou
 10. Salcioglu
 11. Kalender
 12. White
 13. Epston
 14. Postmodern epistemology - social constructivism
 15. Smith

مجدد^۱ رویداد آسیب زا است. بحث و گفتگو در مورد یک رویداد آسیب زا تنها در صورتی خاتمه می یابد که واکنش های هیجانی ارائه شده و گزارش شده توسط بیمار، مورد پذیرش خود شخص قرار گیرد (نیونر و همکاران، ۲۰۰۸).

دانش علمی روایت درمانگران، از این مسئله پشتیبانی می کند که روایت نیازمند توانایی هایی است که این توانایی ها در اوایل دوران کودکی به خوبی توسعه نیافته است و به اندازه کافی با چارچوب شناختی و نیازهای هیجانی کودکان خردسال هماهنگ نیست. به طور کلی، این گونه است که ظرفیت حافظه زندگینامه ای^۲ در شخص با افزایش سن افزایش پیدا می کند؛ اگرچه نوزادان و کودکان خردسال اطلاعات را پردازش نموده و در ذهن نگاه می دارند. نتایج به دست آمده نشان داده اند که درمان به همراه استفاده از روش های بهبود حافظه که شامل به یادآوری و سخن گفتن در مورد رویداد آسیب زا و وقایع پس از آن می شود، سبب بهبود حافظه در کودکان با سن ۶ سال و بیشتر می گردد (گوئنجان^۳ و همکاران، ۱۹۹۷). بر خلاف تصور عامه مردم که کودکان را فاقد درک و فهم شرایط موجود در پیرامون شان می دانند و تصور می کنند که چون آنان کودک هستند همه چیز را به آسانی به فراموشی می سپارند، کودکان به خوبی متوجه رویداد های آسیب زایی که برایشان اتفاق می افتد، هستند و آنها را درک می نمایند. تنها مشکل موجود، زبان کلامی کودک است که قادر نیست اتفاقاتی که برایش رخ داده است را بیان نماید. رنج حاصل از رویداد آسیب زا، به صورت کابوس، شب ادراری، بازی های تکراری در مورد رویداد آسیب زا و وحشت از چیزی که سبب ایجاد رویداد آسیب زا بوده است، خود را نشان می دهد. کودک آسیب های وارده به خود را به صورت خشم، پرخاشگری و حتی سکوت و افسردگی نشان می دهد. گاهی بعضی از والدین به سبب ناآگاهی شان، خشم و پرخاشگری کودک را با تنبیه بدنی و خشونت پاسخ می دهند و نه تنها دردی از کودک کم نمی کنند، بلکه بیشتر سبب ایجاد درد و رنج در کودک شان می شوند. رنج حاصل از آسیب روانی در کودک به صورت رفتاری مخرب باقی می ماند که بازخورد آن از جانب والدین و گروه همسالان رفتاری منفی به دنبال دارد. این کودکان به عنوان "بچه بد"، "بچه بی تربیت" و "نمی دانی چه موجود شروری است" شناخته شده و این نام گذاری منفی روی آنان سبب ایجاد یک دیدگاه و طرحواره منفی در کودک نسبت به خویشتن می گردد. کودک رنج "بدترین کودک دنیا بودن" را با خود در همه دوران زندگی حمل خواهد کرد. عزت خود پایین، وحشت از دنیایی که جز رنج حاصلی ندارد، دردی که هرگز التیامی برایش پیدا نشده است و مهم تر از همه نداشتن پاسخی برای چگونگی جلوگیری از اتفاقات مشابه، زندگی کودک را همواره زهرآگین

-
1. Re-experiencing symptoms
 2. Biographical memory
 3. Goenjian

خواهد نمود. کودک غرق در اضطراب، همراه با تمام این مشکلات بزرگ خواهد شد و در نهایت به بزرگسالی تبدیل خواهد گردید که از آسیب های روانی پیچیده و حل نشده، لبریز است (شائر^۱ و همکاران، ۲۰۰۴).

در اصول رویکرد روایت درمانی مواجهه ای، شرکت کننده با همکاری درمانگر، دست به ساخت یک شرح حال دقیق و به ترتیب وقوع زمانی از زندگی خویش می زند. این شرح حال زندگی توسط درمانگر ثبت شده و در هر خوانش بعدی مورد اصلاح قرار می گیرد. اصلی ترین نقطه تمرکز درمان این است که گزارش کلی چند پاره مربوط به تجربیات رویداد آسیب زا به یک روایت منسجم تبدیل شود. از آن جایی که کودکان نسبت به بزرگسالان اغلب به کمک بیشتری نیازمند هستند، رویکرد درمانی آنان نیز متفاوت از بزرگسالان است. کار کردن با کودکان شامل استفاده از بازی هایی مانند عروسک گردانی، نمایش و آموزش های بصری^۲ (مانند نشان دادن تصاویر کارتونی) با مضامین مربوط به یک رویداد آسیب زا است، تا با استفاده از آنها کودک قادر گردد که تجربیات خودش را با دقت و با ذکر جزئیات شرح دهد (راف و همکاران، ۲۰۰۴). برای مثال در عروسک گردانی، درمانگر سعی می کند با استفاده از عروسک ها داستانی درباره یک رویداد آسیب زا برای کودک اجرا می کند و عکس العمل کودک را می سنجد. در مراحل آرامش آموزی و مواجهه درمانی نیز درمانگر از نمایش استفاده می کند. برای مثال او برای بیان حالات آرامش آموزی به کودک از شکلک ها و حرکات بدنی بامزه و خنده آور بهره می جوید. نقاشی کشیدن نیز یکی دیگر از ابزارهایی است که در بیان رویداد آسیب زا بسیار مفید است. درمانگر برای دانستن میزان باقی مانده رویداد آسیب زا در حافظه کودک، شدت آسیب وارده، یافتن جایگاه امن و نقاط تکیه گاهی و تصور کودک از خویشتن در حال حاضر و در آینده نزدیک و کمی دورتر، از کودک می خواهد که برای او نقاشی بکشد. در آخرین جلسه درمان، شرکت کننده گزارشی کتبی از زندگینامه خود دریافت می کند که این گزارش را هم شخص بیمار و هم شخص درمانگر امضاء خواهند نمود (نیونر و همکاران، ۲۰۰۸). جلسه پایانی برای کودکان متفاوت از بزرگسالان است. درمانگر به کمک والدین یا مراقبان کودک برای او جشن می گیرد و طبق قراردادی که از قبل با کودک گذاشته هدیه ای را که خود کودک انتخاب نموده است، به عنوان پاداشی برای تمام زحماتش به او می دهد. این عمل سبب افزایش اعتماد به خود کودک می شود (نیونر، شائر، کلاسچیک^۳، کارناکارا^۴ و البرت^۵، ۲۰۰۴).

یکی از مهم ترین نکاتی که باید در رویکرد روایت درمانی مواجهه ای در نظر گرفته شود، رابطه والد و کودک است. کیفیت روابط والدین و کودکان سبب بهبود روند درمان می شود. در مجموع، پژوهش های انجام شده، حاکی از آن است

1.Schauer
2.Viual Instructions
3.Klaschik
4.Karunakara
5.Elbert