



จิตบำบัดแบบไดนามิก (Psychodynamic psychotherapy) กับ PTSD

วีรพล อุณหรัมย์, พ.บ. *

บทคัดย่อ

ภัยพิบัติทางธรรมชาติดังเช่นกรณีคลื่นยักษ์ที่เกิดขึ้นในภาคใต้ของประเทศไทย ถือเป็นเหตุการณ์ร้ายแรงของผู้ประสบภัย ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งทางด้านอารมณ์ ความนึกคิด ร่างกาย และความสัมพันธ์กับสังคมรอบข้าง ผลกระทบที่เกิดระยะสั้นได้แก่ปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆต่อความเครียด ส่วนผลระยะยาวได้แก่โรคทางจิตเวชหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป Posttraumatic stress disorder (PTSD) ถือเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญอันเป็นผลจากเหตุการณ์ร้ายแรง ซึ่งมีกลุ่มอาการ re-experience, avoidance, และ hyperarousal เป็นผลจากการที่จิตใจไม่สามารถจะหลอมรวมเหตุการณ์เข้ามาเป็นประสบการณ์เรียนรู้ในชีวิต โดยผ่านกลไกทางจิตหลายชนิดเช่น repression, denial, projection เป็นต้น รวมถึง การมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เกิดขึ้นก่อนเหตุการณ์ ระหว่างเหตุการณ์ และหลังเหตุการณ์ การดูแลรักษาผู้ป่วย PTSD มีหลายวิธีทั้งการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัดชนิดต่างๆ จากงานวิจัยพบว่าอาการรักษา PTSD ด้วยการบำบัดไม่ว่าจะเป็นชนิดใดก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 67 มีอาการที่ดีขึ้น และการทำจิตบำบัดแบบ Trauma desensitization และ Hypnotherapy จะลดอาการ intrusive memories หรือ re-experience มากกว่า ในขณะที่การทำจิตบำบัดแบบ Psychodynamic จะมีผลต่ออาการ avoidance การทำจิตบำบัดแบบ Psychodynamic จะให้ผลดีต่อผู้ป่วย PTSD ทั้งในด้าน โครงสร้างบุคลิกภาพและจิตใจของผู้ป่วย การทำจิตบำบัดในแนวดังกล่าวนี้มีหลักการที่สำคัญได้แก่ การสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้ป่วย การสร้างความร่วมมือในการรักษา (Therapeutic alliance) การตั้งเป้าหมายในการบำบัด การจัดการกับอาการของโรคที่รบกวน การจัดการกับปมขัดแย้งในจิตใจให้ลุล่วง (Working through) รวมถึง การจบการรักษาซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มีความสำคัญ

คำสำคัญ : PTSD จิตบำบัด จิตบำบัดแบบไดนามิก ความเครียด

* สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต



Psychodynamic psychotherapy and PTSD

Weerapon Unaharassamee, M.D.*

Abstract

Natural disasters, for instance the "Tsunami" in the southern part of Thailand, are traumatic to those encountered. The events injure physically, cognitively and emotionally. They also damage survivors' social interactions. Short term impacts include variety of responses to stress while long term are psychiatric disorders or behavioral problems. Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a major psychiatric disorder happened as a result of traumatic events. Its major symptoms comprise of re-experience, avoidance and hyperarousal. These symptoms are believed to result from unintegration of traumatic experiences into the mental structure. Defense mechanisms such as repression, denial, projection are used. Many predisposing, precipitating and perpetuating risk factors have been proposed. Treatments of patients with PTSD include medications and various forms of psychotherapy. Some researches indicate that any form of psychotherapy improves approximately 67 percent of all patients. Trauma desensitization and hypnotherapy have successfully reduced intrusive memories or re-experience and psychodynamic psychotherapy is efficient in managing avoidance. Psychodynamic psychotherapy also has good outcomes in terms of reconstructing mental organization and personality of patients. Main principles of such therapeutic intervention is composed of establishing sense of safety, therapeutic alliance, goal settings, management of disturbing symptoms, working through and handling of termination.

Key words : PTSD, psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, stress

* Somdetchaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health

บทนำ

เหตุการณ์คลื่นยักษ์ที่เกิดจากการเคลื่อนตัวของเปลือกโลกบริเวณนอกชายฝั่งอันดามันประเทศอินโดนีเซียในวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ.2547 ถือเป็นภัยธรรมชาติครั้งร้ายแรงที่สุดครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์ของมนุษย์และก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านชีวิตมนุษย์ เศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง ประเทศที่รายงานผลกระทบอย่างชัดเจนนั้น ได้แก่ประเทศไทย อินโดนีเซีย ไทย ศรีลังกา อินเดีย และบางประเทศในแถบชายฝั่งอาฟริกาตะวันออก ในประเทศไทยบริเวณที่ได้รับผลกระทบจากคลื่นยักษ์โดยตรงอยู่ในแถบชายฝั่งอันดามันอัน ได้แก่จังหวัดสตูล ตรัง กระบี่ ภูเก็ต พังงา ระนอง จากการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตที่ได้เข้าไปดูแลสุขภาพจิตของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากคลื่นยักษ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้รายงานปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ซึ่งรวมถึง PTSD อันเป็นความผิดปกติระยะยาวที่เป็นผลจากภัยพิบัติดังกล่าวโดยตรงด้วย

เหตุการณ์ร้ายแรงอาจเกิดขึ้นกับใครก็ได้ และก่อให้เกิดความตึงเครียด ปฏิกริยาตอบสนองของคนเรามีทั้งด้านสรีรวิทยาและด้านจิตใจ DSM-IV¹ นิยามของคำว่าเหตุการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้นเมื่อ “บุคคลนั้นได้ประสบพบเห็นหรือเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความตายหรือภาวะคุกคามที่อาจถึงตาย หรือการบาดเจ็บอย่างรุนแรง หรือภาวะคุกคามความปกติทางร่างกายของตนเองหรือผู้อื่น จนเกิดความกลัวอย่างรุนแรง หรือคิดว่าไม่มีสิ่งใดหรือใครจะช่วยเหลือได้ หรือเกิดความสยดสยอง” ส่วนใน ICD-10² ได้ให้คำนิยามถึงสิ่งก่อความเครียดไว้ว่า “เป็นสิ่งที่คุกคามต่อความมั่นคง หรือความปลอดภัยของร่างกายของบุคคลนั้น หรือของบุคคลอื่นเป็นที่รัก (ตัวอย่างความเครียด เช่น ภัยพิบัติทางธรรมชาติ, อุบัติเหตุ, สงคราม, การถูกทำร้าย, ถูกข่มขืน) หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งทางสังคมที่คุกคามอย่างทันทีทันใด หรือเมื่อ

มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักบ่อยครั้ง (Multiple bereavement) หรือไฟไหม้บ้าน” ซึ่งคำว่า “เหตุการณ์ร้ายแรง” และ “สิ่งก่อความเครียด” เป็นคำที่ใช้ทดแทนกันได้

ผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ร้ายแรงมีทั้งที่เป็นผลระยะสั้นเช่นปฏิกริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ในช่วงแรกๆ และผลระยะยาวที่กระทบต่อรูปแบบการใช้ชีวิต แบบแผนพฤติกรรม บุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ รวมถึงภาวะอาการหรือความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่พบได้ภายหลังจากการเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง³⁻⁸ เช่น PTSD (Posttraumatic stress disorder), ASD (Acute stress disorder) โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ภาวะความโศกเศร้าที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (Pathological grief) บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder), บุคลิกภาพผิดปกติแบบ Borderline (Borderline personality disorder) เป็นต้น

อาการของ PTSD ตามเกณฑ์ของ DSM-IV¹ ได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ re-experience (เช่น มีภาพ ความคิด หรือการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ซ้ำๆ, ฝันเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ, มีการกระทำหรือรู้สึกราวกับว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นซ้ำๆ เป็นต้น) avoidance (เช่น พยายามไม่คิดรู้สึกหรือสนทนาที่เชื่อมโยงกับเหตุการณ์นั้น หลีกเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ หรือบุคคลที่จะทำให้ระลึกถึงเหตุการณ์นั้น, ไม่สามารถเรียกความทรงจำที่สำคัญเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นกลับมา เป็นต้น) และ hyperarousal (เช่น หลับได้ยากหรือหลับได้ไม่นาน มีความหงุดหงิดหรือชอบระเบิดอารมณ์โกรธ ไม่มีสมาธิ สะดุ้งหรือผวาง่ายกว่าปกติ เป็นต้น) ในเกณฑ์วินิจฉัยของ ICD-10² ได้บรรยายภาวะอาการทั้งสามด้านเช่นเดียวกันถึงแม้ว่าจะไม่ได้แบ่งออกมาเป็นข้อๆ ให้เห็นชัดเจนโดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากเหตุการณ์ร้ายแรง 2 ถึง 3 สัปดาห์ตามเกณฑ์ของ ICD-10 หรือ 1 เดือนตามเกณฑ์ ของ DSM-IV

การดูแลรักษาผู้ป่วย PTSD ในปัจจุบันมีหลายวิธี^{3,9-12} อาทิการให้ยารักษาโรคซึมเศร้าในกลุ่ม SSRI's, ยาคลายกังวล และการทำจิตบำบัด เช่น การทำ Psychological debriefing, Cognitive - behavioral therapy, EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing), Psychodynamic psychotherapy เป็นต้น แต่ละวิธีต่างให้ผลดีในการรักษาอาการของ PTSD แตกต่างกันไป ทั้งนี้ผลกระทบของเหตุการณ์ร้ายแรงไม่เพียงก่อให้เกิดอาการของโรคเท่านั้น หากยังมีผลต่อจิตใจอย่างถาวรซึ่งแสดงออกมาในรูปแบบของการใช้ชีวิต แบบแผนของพฤติกรรม หรือลักษณะบุคลิกภาพ ที่เปลี่ยนแปลงไป

Psychodynamic psyhiatry^{13,14} เป็นความรู้ที่มีรากฐานจากแนวคิดของ ฟรอยด์ ที่มองจิตใจของมนุษย์เรากออกเป็นระดับต่างๆ อันได้แก่ จิตสำนึก, จิตก่อนสำนึกและจิตไร้สำนึก นอกจากนี้ ฟรอยด์ยังได้แบ่งองค์ประกอบของจิตใจมนุษย์ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ Id, Ego, และ Superego กระบวนการทำงานของจิตใจตามแนวคิดของฟรอยด์เป็นที่มาของแบบแผนพฤติกรรมรูปแบบการการใช้ชีวิตและลักษณะบุคลิกภาพ รวมถึงอาการความเจ็บป่วยของโรคจิตเวชบางประการ แนวทางการอธิบายและการทำจิตวิเคราะห์และจิตบำบัด ในปัจจุบันได้พัฒนาเปลี่ยนแปลงโดยจิตแพทย์ นักจิตบำบัด นักจิตวิเคราะห์ ทั้งในแนวของฟรอยด์และแนวอื่นๆ แนวคิดร่วมสมัยที่ยังเป็นที่ยอมรับกันอยู่ได้แก่ความคิดเรื่องจิตไร้สำนึก ผลของประสบการณ์ในอดีตที่มีต่อปัจจุบัน ความขัดแย้งที่เกิดจากองค์ประกอบภายในของจิตใจด้วยตนเองและความขัดแย้งขององค์ประกอบภายในจิตใจกับปัจจัยภายนอก กลไกการปรับตัวต่อความขัดแย้งที่อาจทำให้เกิดการเรียนรู้อาการของโรคทางจิตเวชเป็นต้น นอกจากนี้ยังมี

แนวคิดในเรื่องกระบวนการทางจิตใจอื่นๆ ที่สอดคล้องหรือเสริมการอธิบายกระบวนการทำงานของจิตใจให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่นแนวคิดตามทฤษฎี Object relation theory¹³ และทฤษฎีอื่นๆ ในแนวทางนี้ที่อธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทางด้านจิตใจและสิ่งที่อยู่ภายนอกจิตใจ โดยเฉพาะความสัมพันธ์กับบุคคลและทฤษฎี Selfpsychology¹³ ที่อธิบายถึงกระบวนการสร้างตัวตน (Self) ของบุคคลว่า คนเราทุกคนมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการยอมรับ (Approval) จากคนอื่นในการสร้างตัวตนที่ดีขึ้นมา

ตามทัศนะของ Blum¹⁵ การสร้างทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์มีพื้นฐานจากประสบการณ์อันเลวร้ายที่เกิดในวัยเด็กของผู้ป่วยและมีผลต่อโครงสร้างบุคลิกภาพเมื่อเติบโตขึ้นมาเป็นผู้ใหญ่ นอกจากนี้ฟรอยด์ได้ใช้คำว่า "Traumatic neurosis" บรรยายอาการของผู้ป่วยที่มีประวัติและอาการที่คล้ายกับผู้ป่วย PTSD ในปัจจุบัน

Krupnick, และคณะ¹⁶ อธิบายว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงขึ้น จิตใจจะเกิดภาพนึกคิด (Theme) ของเหตุการณ์ที่ประกอบไปด้วยความคิด ความทรงจำและอารมณ์ความรู้สึกที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆ ส่วนใหญ่แล้วกระบวนการทางจิตใจจะสามารถจัดการ (Working through) กับภาพนึกคิดเหตุการณ์ร้ายแรงนั้นได้โดยจะหลอมรวมประสบการณ์เหล่านั้นเข้ากับโครงสร้างของจิตใจ แต่ในบางกรณี กระบวนการเหล่านี้ถูกปิดกั้นโดยปัญหาในจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก ทำให้เนื้อหาบางประการของภาพที่นึกคิดนั้นถูกสลัดทิ้งไป เนื่องจากเป็นสิ่งที่อาจจะมีผลรุนแรงต่อจิตใจเกินไปจนไม่สามารถเผชิญหน้าและจัดการภาพนึกคิดที่ร้ายๆ นั้น ส่งผลกระทบต่อจิตใจยาวนานและอาจจะมีผลกระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคม

การตอบสนองของจิตใจที่มีต่อเหตุการณ์ร้ายแรงมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ความนึกคิด ทางร่างกายและสัมพันธภาพต่อผู้อื่น ดังตาราง 1

ตาราง 1 ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดที่พบบ่อย¹⁷

ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียด	
ผลต่ออารมณ์	ผลต่อความนึกคิด
ซี้อก	สมาธิบกพร่อง
โกรธ	ความสามารถในการตัดสินใจบกพร่อง
วิตกกังวล,กลัว	ความจำบกพร่อง
หมดหวัง	ไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้น
อารมณ์ชาด้าน	สับสน
รู้สึกขนพองสยองเกล้า	การรับรู้เรื่องเวลาผิดปกติ
รู้สึกผิด(ที่ตนเองมีชีวิตอยู่ขณะที่ผู้อื่นตาย)	ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง
โศกเศร้า,เสียใจ	คิดว่าตนเองมีประสิทธิภาพลดลง
หงุดหงิด	ตำหนิตนเอง
รู้สึกไม่มีใครช่วยได้,สูญเสียการควบคุม	มีความคิดและความทรงจำบางเรื่องมารบกวน
รู้ว่าตนเองไม่มีค่า	คิดกังวล
สูญเสียความเพลิดเพลินใจจากการใช้ชีวิตปกติ	Dissociation (ยกตัวอย่างเช่นบางคนรู้สึกว่าตนเอง “อยู่ในความฝัน” “ต้องลอยในอวกาศ” “ถูกชักจูงโดยอัตโนมัติ”)
ผลต่อร่างกาย	ผลต่อสัมพันธภาพ
อ่อนเพลีย	รู้สึกตนเองแปลกแยก
นอนไม่หลับ	แยกตัวจากสังคม
การนอนผิดปกติ	มีความขัดแย้งด้านสัมพันธภาพมากขึ้น
ตื่นตัวเกินปกติ	บกพร่องในหน้าที่การงาน
ไม่ค่อยสบายตัว	บกพร่องเรื่องการเรียน
ปวดศีรษะ	มีพฤติกรรมรวมกลุ่มกันมากขึ้น
มีปัญหาทางเดินระบบอาหาร	
ไม่อยากอาหาร	
มีความต้องการทางเพศเปลี่ยนแปลง	
สะอึก,ผวา	

ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วย PTSD

จากรายงานความชุกของผู้ป่วยที่เป็น PTSD พบว่าผู้ที่ประสบเหตุการณ์ร้ายแรงทุกคนไม่ได้มีอาการของโรคทุกรายและอาการที่เกิดขึ้นทุกอาการ ไม่ได้เป็นผลจากการประสบเหตุร้ายทั้งหมด³ มีข้อเสนอแนะการศึกษาหลายฉบับบ่งชี้ว่าปัจจัยเกี่ยวข้องกับหลายประการ ปัจจัยเหล่านี้แบ่งกลุ่มได้ดังนี้

● ปัจจัยก่อนเกิดเหตุการณ์

ในการศึกษาทางชีวภาพพบว่า ผู้ป่วย PTSD มีความผิดปกติเกี่ยวกับ noradrenergic system, opioid system, corticotropin-releasing factor และ hypothalamic - pituitary - adrenal axis^{7,11,18} และ

มีความเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างสมองในบริเวณ hippocampus, amygdala, และ medial prefrontal cortex¹⁹ นอกจากนี้มีรายงานว่า สมองในส่วน bilateral visual cortex, bilateral cerebellum และ left parahippocampal gyrus ถูกกระตุ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม²⁰ รายงานหลายฉบับแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กมีผลต่อการทำงานของสมอง ก่อให้เกิด neurotic conflict และบุคลิกภาพผิดปกติในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเสี่ยงต่อการเป็น PTSD^{6, 7, 11, 13, 21-22} นอกจากนี้พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อ PTSD มากกว่าเพศชาย^{7, 21} ประวัติความเจ็บป่วยทางกายและจิตเวช^{7, 11} ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงเช่นกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ปัจจัยความเสี่ยงของโรค PTSD

ปัจจัยความเสี่ยงของโรค PTSD

ปัจจัยก่อนเกิดเหตุการณ์

- ปัจจัยทางพันธุกรรมและชีวภาพแต่กำเนิด
- มีประวัติประสบการ์ณเลวร้ายในวัยเด็ก
- ความผิดปกติทางพฤติกรรมในวัยเด็ก
- เพศหญิง
- ระดับสติปัญญาต่ำ
- มี Neurotic conflict/บุคลิกภาพผิดปกติมาก่อน
- มีประวัติเจ็บป่วยทางกาย/จิตเวชมาก่อน
- มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว
- มีประวัติดื่มสุรานั้นก่อนเกิดเหตุ
- มีปัญหาด้านการเงิน/ฐานะยากจน
- มีปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตก่อนช่วงที่มีเหตุการณ์

ปัจจัยหลังจากเกิดเหตุการณ์

- ระดับความช่วยเหลือจากสังคมหลังเกิดเหตุ
- ความยุ่งยากที่เกิดขึ้นตามหลังเหตุการณ์
- การปรับตัวหลังเหตุการณ์
- ระดับความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์

ปัจจัยขณะเกิดเหตุการณ์

- ธรรมชาติของเหตุการณ์
- ระดับความรุนแรงของการเผชิญกับเหตุการณ์
- อายุและพัฒนาการขณะที่เกิดเหตุการณ์
- การรับรู้และความหมายของเหตุการณ์ต่อบุคคลนั้น
- มีอาการวิตกกังวล/panic attack อย่างรุนแรง
- มีอาการบาดเจ็บทางกายจากเหตุการณ์ร้ายแรง

● ปัจจัยขณะเกิดเหตุการณ์

ภัยพิบัติทางธรรมชาติก่อให้เกิดความเสียหายต่อ PTSD มากกว่าภัยพิบัติจากมนุษย์ เนื่องจากการหาผู้รับผิดชอบเป็นกระบวนการที่จิตใจได้รับการปกป้อง ในขณะที่เหตุร้ายจากการกระทำของมนุษย์ทำให้ผู้ประสบภัยรู้สึกว่าการควบคุมเหตุการณ์นั้นอยู่ในวิสัยที่มนุษย์กระทำได้ (Internal locus of control) และสามารถหาผู้กระทำผิดมาเป็นแหล่งระบายความโกรธแค้นได้ ในขณะที่ภัยพิบัติทางธรรมชาติจะทำให้ผู้ประสบภัยรู้สึกเหตุการณือยู่นอกเหนือการควบคุม (External locus of control) และบางครั้งไม่สามารถหาผู้มาผิดชอบได้ชัดเจน^{7,13} ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์และการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์มีผลต่อการเกิด PTSD^{11,21,22} ในเด็กที่ประสบเหตุร้ายเด็กจะให้ความหมายของเหตุการณ์ร้ายแรงเชื่อมโยงกับระยะการพัฒนาการในช่วงเวลานั้น เช่นเด็กในช่วง oedipal period (ช่วงอายุ 3 ถึง 6 ปี) จะเชื่อมโยงเหตุร้ายกับปมขัดแย้งทางเพศ²² ในคนที่เกิดอาการกลุ่ม hyperarousal²³ และมีอาการบาดเจ็บทางกายรุนแรงจะมีความเสี่ยงต่อ PTSD เพิ่มขึ้น^{7,11,21} เช่นเดียวกัน

● ปัจจัยหลังจากเกิดเหตุการณ์

หลังจากเกิดเหตุการณ์แล้วความช่วยเหลือทางสังคมมีส่วนที่จะป้องกันการเกิด PTSD^{3,21} ปัญหาที่ตามมาจากเหตุการณ์ร้ายแรงอาจจะมีทั้งเรื่องการเงิน การสูญเสียญาติพี่น้อง สูญเสียที่อยู่อาศัยและชุมชนซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวและการเกิด โรคที่เรื้อรังในอนาคต

Psychodynamic process และ PTSD

ดังที่กล่าวแล้วข้างต้นว่าเมื่อคนเราประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรง กระบวนการทางจิตใจจะจัดการกับภาพนึกคิดที่เกิดขึ้นและหลอมรวมภาพนึกคิดเข้ากับโครงสร้างของจิตใจที่มีอยู่เดิมในสถานะที่เป็นประสบการณ์เรียนรู้ใหม่ ในกรณีที่เหตุการณ์นั้นรุนแรงหรือถูกรับรู้

ว่ารุนแรงเกินกว่าที่จิตใจจะจัดการได้ Ego ในสถานะที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของจิตใจจะมีกลไกปกป้องมิให้จิตใจนั้นได้รับความกระทบกระเทือนจนเสียความสมดุล อย่างไรก็ตาม กระบวนการดังกล่าวก็จะช่วยได้เพียงชั่วคราวและก่อให้เกิด PTSD ภายหลังได้⁶

กลไกทางจิตที่ Ego เลือกใช้^{3,7,11-13,15,22,24-25} ได้แก่

Repression เป็นการเก็บกดให้ภาพความนึกคิดเรื่องเหตุการณ์ร้ายแรงหายไปจากจิตสำนึกไปสู่จิตไร้สำนึก ทำให้ผู้ที่ประสบเหตุจำเหตุการณ์ร้ายแรงไม่ได้บางส่วนหรือทั้งหมด กลไกทางจิตชนิดนี้เป็นกลไกแบบแรกที่เราเลือกใช้เมื่อเกิดความขัดแย้งในจิตใจ ถ้าไม่ได้ผล จิตใจอาจเลือกใช้กลไกอื่นๆ เช่น

Denial เป็นการปฏิเสธสภาพความเป็นจริงที่อยู่ตรงหน้าหรือปฏิเสธความรู้ต่อการสูญเสียคนหรือของที่รักไป

Displacement เป็นกลไกที่คนประสบเหตุใช้ในการถ่ายโอนความโกรธที่มีต่อเหตุการณ์ ไปสู่ผู้อื่น เช่น หน่วยงานรัฐบาล หรือผู้ที่เข้าไปช่วยเหลือ Projection เป็นกลไกที่ใช้เพื่อหาผู้กระทำผิดหรือรับผิดชอบต่อเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการอยู่รอดของจิตใจ โดยเฉพาะในระยะที่ประสบเหตุการณ์ใหม่ๆ

Isolation (of affect) จะถูกใช้เมื่ออารมณ์หรือความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์นั้นท่วมท้นโดยจะแยกอารมณ์ออกจากเหตุการณ์นั้นและเก็บกดเฉพาะอารมณ์ให้หายไป ทำให้ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ร้ายแรงจำเหตุการณ์ได้แต่อาจจะบอกว่าตนเองรู้สึกเฉยๆ หรือไม่รู้สึกระไรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

Regression ทำให้ผู้ประสบเหตุย้อนกลับไปใช้กระบวนการทางจิตใจในวัยเด็ก และบ่อยครั้งจะถดถอยไปสู่ระยะของการพัฒนาการทางจิตใจที่มีปมติดค้างอยู่ (Fixation)

Somatization จะทำให้ผู้ประสบเหตุแสดง ความเจ็บป่วยออกมาทางกายต่างๆ ที่มีความกระทบ กระเทือนทางจิตใจ อย่างไรก็ตามก่อนที่จะสรุปว่าผู้ป่วยมี อาการเสมือนป่วยทางกายนั้นแพทย์มีความจำเป็นต้อง ตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อแยกโรคทางกายจริงๆ ออกไปเสียก่อน

Dissociation จะพบในผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่ และมาด้วยอาการตัวชา ความรู้สึกชาด้าน ล่องลอยอยู่ใน ความฝันสูญเสียความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์บางส่วน

Undoing ผู้ป่วยที่ใช้กลไกนี้มักจะเป็นผู้ป่วย ที่มีความรู้สึกผิดร่วมอยู่ด้วย ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองมีส่วน ที่ทำให้เกิดเรื่องร้ายแรงหรือมีส่วนที่ทำให้เกิดความ สูญเสีย ทำให้ผู้ป่วยต้องทำอะไรบางอย่างเช่น การทำบุญบ่อๆ เพื่อลบล้างความผิดที่ตนเองคิดว่าได้ กระทำ

Reaction formation เป็นกลไกทางจิตที่ ผู้ป่วยใช้เมื่อตนเองไม่สามารถยอมรับสภาพที่ตนเอง เป็นอยู่หรือเกิดความเครียดกังวลมาก ผู้ป่วยจะแสดงท่า ที่ตรงข้ามกับความรู้สึกที่เป็นจริง เช่นแสดงอาการ รื่นเริง สนุกสนานเกินควร ใหม่ๆ ที่เพิ่งผ่านเหตุการณ์ ร้ายแรงมา

Splitting เป็นกลไกที่เกิดในรายที่มีการ สูญเสียคนรักอาจจะถดถอยกลับไปใช้กลไกทางจิต ดั้งเดิมตามทฤษฎี Object relation เช่นเกิดความรู้สึก ทั้งเสียใจทั้งโกรธผู้ที่เสียชีวิต

Internalization เป็นกลไกที่เกิดขึ้นในคนที่ พยายามฆ่าตัวตายตามคนที่รักไปเนื่องจากได้ใช้กลไก Internalization ที่ผู้ประสบเหตุการณ์ นำภาพคนรักที่ เสียชีวิตไปเข้ามาเป็น Object representation และ หลอมรวม Object representation เข้ากับ Self representation ซึ่งเป็นที่มาของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยหวังว่าจะได้ไปอยู่ร่วมกับคนที่เป็นที่รัก

กระบวนการที่จิตใจจัดการกับภาพนึกคิด อันเกิดจากเหตุร้ายแรงนั้น ทำให้บางส่วนของจิตใจ

โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับความทรงจำและความรู้สึกของ เหตุการณ์นั้นขาดหายไป หรือไม่สามารรวมกับจิตใจ ส่วนอื่นๆ ได้ จิตใจจึงมีภาวะ Discontinuous sense of self ส่วนของความทรงจำและความรู้สึกที่ขาดหายจาก กลไกทางจิตใจ โดยเฉพาะ Dissociation บางครั้งความ ทรงจำและความรู้สึกที่ขาดหายไปนี้จะแทรกตัวรูล้ำ เข้ามาในจิตใจระดับจิตสำนึกซึ่งเป็นที่มาของกลุ่ม อาการ re-experience ใน PTSD

การทำจิตบำบัดแบบ Psychodynamic

จากการศึกษา Meta-analysis²⁶ เรื่องจิตบำบัด ในผู้ป่วย PTSD พบว่าการทำจิตบำบัดไม่ว่าแบบใด ก็ตามร้อยละ 67 ของผู้ทำจิตบำบัดจนครบกำหนดจะไม่มีอาการของ PTSD และการทำจิตบำบัดแต่ละแบบ จะเหมาะกับผู้ป่วยที่ลักษณะที่แตกต่างกัน การศึกษา เปรียบเทียบการทำจิตบำบัดของ Brom และคณะ²⁷ ที่ได้ ศึกษาผู้ป่วย PTSD จากสาเหตุต่างๆ 112 รายพบว่า การ ทำจิตบำบัดแบบ Trauma desensitization และ Hypnotherapy จะลดอาการ intrusive memories หรือ re-experience มากกว่า ในขณะที่การทำจิตบำบัดแบบ Psychodynamic จะมีผลต่ออาการ avoidance มากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ นักจิตบำบัดแบบ Psychodynamic หลายคนเชื่อว่าการทำจิตบำบัดแบบ Psychodynamic จะมีผลต่อโครงสร้างและแบบแผน ของบุคลิกและจิตใจ^{28,29} ในขณะที่การทำจิตบำบัดแบบ อื่นๆ อาจจะช่วยลดเพียงอาการ PTSD เท่านั้น

ถึงแม้ว่ารายละเอียดในการทำจิตบำบัดแบบ Psychodynamic จะแตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้ป่วย PTSD แต่ละราย หลักการใหญ่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยก็มี ดังนี้

1. การสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้ป่วย^{3,30}

ผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์ร้ายแรงมักมีการเปลี่ยนแปลง การทำงานและโครงสร้างของสมอง การเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวเป็นสาเหตุให้เกิดกลุ่มอาการ hyperarousal ดังนั้นผู้ป่วย PTSD จึงมีความรู้สึกหัวนั้วไม่ปลอดภัย

รวมถึงกระบวนการรักษาที่อาจจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการ re-experience และก่อให้เกิดการบาดเจ็บของจิตใจซ้ำซ้อน การสร้างบรรยากาศความรู้สึกที่ปลอดภัย และการประคับประคองจึงมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยอมเปิดเผยข้อมูลที่กระทบกระเทือนต่อจิตใจอย่างท่วมท้นและร่วมมือในการรักษา ในการสร้างความรู้สึกที่ปลอดภัยนี้ ผู้บำบัดจำเป็นต้องเข้าใจและเคารพกระบวนการปรับตัวและกลไกป้องกันตัวเองทางจิตใจของผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ผู้ป่วยอยู่รอดและสามารถผ่านวิกฤตมาได้ นอกจากนี้ ผู้บำบัดไม่ควรจะบีบบังคับผู้ป่วยไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมให้ผู้ป่วยต้องเล่ารายละเอียดของเหตุการณ์ที่ลึกหรือรวดเร็วเกินกว่าที่ผู้ป่วยจะรู้สึกทนทานได้

2. การสร้างความร่วมมือในการรักษา (Therapeutic alliance)^{9,11-13,25,31-33}

เป็นผลส่วนหนึ่งจากการสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงบันดาลใจ ความปรารถนาและความสามารถในการร่วมมือกับผู้บำบัดในการทำจิตบำบัดต่อไป นอกจากนี้การสร้างความรู้สึกที่ปลอดภัยแล้ว การที่ผู้บำบัดมีความเข้าอกเข้าใจ (Empathy) ความรู้สึกของผู้ป่วย มีท่าทีที่ยืดหยุ่นในการบำบัดผู้ป่วย ใช้การบำบัดแบบประคับประคองในบางคราวและการจัดการกับ Transference-countertransference อย่างเหมาะสม มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะทำให้เกิดความร่วมมือดังกล่าว ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือการสร้างความร่วมมือในการรักษาให้ดีขึ้นนั้น ผู้บำบัดพึงสนใจในประเด็นต่อไปนี้คือ ค้นหาสาเหตุทางจิตของผู้ป่วย ค้นหาความรู้สึกผิดและความต้องการที่จะถูกลงโทษของผู้ป่วย ค้นหาความรู้สึกที่มีปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลต่อการสร้างความสัมพันธ์กับผู้บำบัด เชื่อมโยงความรู้สึกที่เป็นปัญหานั้นกับกลไกทางจิตของผู้ป่วย³⁴

3. การตั้งเป้าหมายในการบำบัด^{9,13} ในการทำจิตบำบัดเพื่อแก้ปัญหาใดๆ ก็ตาม การตั้งเป้าหมายมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดทิศทาง ขั้นตอน

ความสำเร็จ และการประเมินเพื่อการจบการรักษา เป้าหมายในการทำจิตบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้ อาจจะเป็นการลดอาการของโรคที่รุนแรงบางส่วน ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปรับตัวและทำหน้าที่ต่างๆ ได้ดีขึ้น และสร้างความสมบูรณ์ของตัวตน (Self-integrity) ของผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ส่วนเป้าหมายที่จะให้ผู้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการของ PTSD และสามารถหลอมรวมความทรงจำและความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่ขาดหายไปโดยสมบูรณ์ครบถ้วนอาจเป็นเป้าหมายที่ไม่สามารถบรรลุได้ การหลอมรวมความทรงจำและความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่ขาดหายไปของผู้ป่วยอาจจะทำได้เพียงบางส่วนขึ้นอยู่กับความพร้อมและความยอมรับของผู้ป่วย

4. การจัดการกับอาการของโรคที่รบกวน^{30,35}

ในการทำจิตบำบัด PTSD ผู้ป่วยอาจมีอาการ re-experience หรือ hyperarousal อย่างรุนแรงมารบกวนจนไม่สามารถทำการบำบัดต่อไปได้ อาการเหล่านี้ อาจเกิดจากตัวโรคเองหรืออาจเกิดจากกระบวนการรีเฟ้นความทรงจำและความรู้สึกต่อเหตุการณ์ การใช้เทคนิคการบำบัดแบบประคับประคอง การใช้เทคนิคการบำบัดแบบ Cognitive behavioral ehavioral therapy การฝึกการผ่อนคลาย การใช้ Traumatic desensitization มาจัดการกับอาการดังกล่าว จะเป็นส่วนเสริมในการทำจิตบำบัดแบบ Psychodynamic ในรายที่อาการรุนแรงมากจนใช้เทคนิคต่างๆ ไม่ได้ผล การใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าในกลุ่ม SSRIs หรือหรือยาคลายกังวล เสริมการทำจิตบำบัด เป็นทางเลือกอื่นหนึ่งที่จะทำให้การบำบัดดำเนินต่อไปได้

5. การจัดการกับปมขัดแย้งในจิตใจให้ถูกลง (Working through)^{9,12,30} ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการจัดการกับปมขัดแย้งในจิตใจ การใช้กระบวนการและกลไกการปกป้องจิตใจที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการจัดระเบียบโครงสร้างของจิตใจเพื่อลดอาการของโรคและทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตปกติสุขมากที่สุด

เท่าที่เป็นไปได้ ขั้นตอนนี้จะประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ดังนี้

- หาความหมายส่วนบุคคลต่อเหตุการณ์ (Personal meaning of the events) ของผู้ป่วย
- สสำรวจผลกระทบของความหมายของเหตุการณ์ และการปรับตัวของผู้ป่วย
- เชื่อมโยงอารมณ์กับความหมายของเหตุการณ์
- จัดการกับกลไกปกป้องจิตใจที่ไม่เหมาะสม
- ช่วยผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับความรู้สึกสูญเสีย และความโศกเศร้าที่เกิดจากเหตุการณ์
- ช่วยผู้ป่วยหลอมรวมประสบการณ์ที่ขาดหายไป เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิต
- ช่วยผู้ป่วยหาทางเลือกในการใช้ชีวิตที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นตอนนี้อาจจะมีการทำซ้ำๆ หลายๆ ครั้งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ประเด็นปัญหาที่มีอยู่

6. การจบการรักษา^{30,32} ผู้ป่วย PTSD เป็นผู้ป่วยที่ต้องเผชิญหน้ากับความสูญเสียมากมาย การจบการรักษาจะกระตุ้นความรู้สึกสูญเสียของผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง ผู้ป่วยอาจจะมีอาการกำเริบหรือถดถอยไปสู่ภาวะฟุ้งฟิง หรืออาจจะใช้กลไกปกป้องจิตใจตอบสนองต่อความรู้สึกนี้ ซึ่งอาจจะแสดงออกในรูปของความโกรธ ความเศร้า อย่างไรก็ตามการจบการรักษาเป็นสิ่งที่คาดเดาล่วงหน้าได้ การเตรียมตัวผู้ป่วย การวางแผน การให้ผู้ป่วยแสดงความโศกเศร้าและการยอมรับความโศกเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกลับคืนสู่ชีวิตปกติได้ดีขึ้น

บทสรุป

การทำจิตบำบัดแบบไดนามิกเป็นการรักษาที่ให้ประโยชน์ในการรักษา PTSD โดยจะลดอาการด้าน avoidance ได้ดีกว่าการทำจิตบำบัดแบบ Trauma desensitization และ Hypnotherapy ที่ให้ผลดีต่ออาการ intrusive memories หรือ re-experience การที่จิตใจไม่

สามารถหลอมรวมเหตุการณ์ร้ายแรงเข้ามาเป็นประสบการณ์ชีวิต การใช้กลไกทางจิตบางอย่าง และปัจจัยเสี่ยงทั้งก่อน ระหว่างและหลังเกิดเหตุ มีส่วนสำคัญในการเกิด PTSD

การที่สร้างความรู้สึกลดอคภัยให้กับผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา การตั้งเป้าหมายและการจัดการกับอาการต่างๆ ของ PTSD เป็นส่วนที่จะทำให้การบำบัดมีทิศทางที่ถูกต้องและสามารถดำเนินต่อไปได้ การจัดการกับปมขัดแย้งในใจ และการจบการรักษาให้ราบรื่นจำเป็นต้องมีความเข้าใจและมีวิธีการที่ดีในการจัดการกับกลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม การทำจิตบำบัดแบบไดนามิกนี้ จะส่งผลดีต่อโครงสร้างจิตใจและบุคลิกภาพของผู้ป่วย PTSD ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press;1994.
2. กรมสุขภาพจิต. คู่มือ ICD-10. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต;2538.
3. Allen JG. Coping With Trauma. Washington DC: American Psychiatric Press;1995.
4. Dimsdale JE, Keefe FJ, Stein MB. Stress and Psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2000. p. 1835-46.
5. Fullerton CS, Ursano RJ. Psychological and Psychopathological Consequences of Disasters. In: Lopez-Ibor JJ, Christodoulou G, Maj M, Sartorius N, Okasha A, editors. Disasters and Mental Health. West Sussex: John Wiley & Sons; 2005.
6. Gabbard GO. Mind, Brain, and Personality Disorders. Am J Psychiatry 2005;162:648-55.
7. Sadock BJ, Sadock VA. Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. In: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2003.
8. Gleser GC, Green BL, Winget C. Prolonged Psychosocial Effects of Disaster. New York: Academic Press, Inc.; 1981.

9. Ursano RJ, Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, Pfefferbaum B, et al. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161(11 suppl):3-31.
10. Davidson JR. Long-Term Treatment and Prevention of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65 (suppl 1):44-8.
11. Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY. *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress*. Philadelphia: Lippincott – Raven Publishers; 1995.
12. Peebles MJ. Posttraumatic Stress Disorder. *Bull Menninger Clin* 1989;53:274-86.
13. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
14. จันทิมา องค์ไผ่ยิต. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น; 2545.
15. Blum HP. The Concept Of The Reconstruction Of Trauma. In: Rothstein A, editor. *The Reconstruction of Trauma*. Connecticut: International University Press; 1986.p. 7-27.
16. Krupnik JL, Horowitz MJ. Stress Response Syndromes. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:428-35.
17. Institute of Psychiatry and Centre for Mental Health. *Disaster Mental Health Response Handbook*. North Sydney: NSW Health; 2000.
18. Rabois D, Batten S, Keane TM. Implications of biological findings for psychological treatments of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2002;25:443-62.
19. Shin LM, Orr SP, Carson MA, Rauch SL, Macklin ML, Lasko NB et al. Regional Cerebral Blood Flow in the Amygdala and Medial Prefrontal Cortex During Traumatic Imagery in Male and Female Vietnam Veterans With PTSD. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:168-76.
20. Yang P, Wu MT, Hsu CC, Ker JH. Evidence of early neurobiological alterations in adolescents with posttraumatic stress disorder: a functional MRI study. *Neuroscience Letters* 2004;370:13-8.
21. McFarlane AC. Psychiatric Morbidity Following Disasters: Epidemiology, Risk and Protective Factors. In: Lopez-Ibor JJ, Christodoulou G, Maj M, Sartorius N, Okasha A, editors. *Disasters and Mental Health*. London: John Wiley & Sons; 2005.
22. Chertoff J. Psychodynamic Assessment and Treatment of Traumatized Patients. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1998;7:35-46.
23. Roy-Byrne PP, Katon W. An Update on Treatment of the Anxiety Disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1989;38:835-43.
24. Katz CL, Nathaniel R. Disasters, Psychiatry, and Psychodynamics. *J Am Acad Psychoanal* 2002;30:519-29.
25. Emery PE, Emery OB. The Defense Process in Posttraumatic Stress Disorders. *Am J Psychother* 1985;39:541-52.
26. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005;162:214-27.
27. Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Jf Consult Clin Psychol* 1989; 57:607-12.
28. Saporta JA. Psychodynamic Psychotherapy for PTSD [letter]. *J Clin Psychiatry* 2000;61:10:787.
29. Plakun EM, Shapiro ER. Psychodynamic Psychotherapy for PTSD [letter]. *J Clin Psychiatry* 2000;61:10:787-8.
30. Krupnik JL. Brief Psychodynamic Treatment of PTSD. *J Clin Psychol* 2002;58:919-32.
31. Binder JL. The Therapeutic Alliance in the Relational Models of Time – Limited Dynamic Psychotherapy. In: Safran JD, Muran JC, editors. *The Therapeutic Alliance In: Brief Psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association; 1998.
32. Lindy JD, Green BL, Grace M, Titchener J. Psychotherapy with Survivors of the Beverly Hills Supper Club Fire. *Am J Psychother* 1983;37:593-610.
33. McFarlane AC. The treatment of post-traumatic stress disorder. *Br J Med Psychol* 1989;62:81-90.
34. Foreman SA, Marmar CR. Therapist Actions That Address Initially Poor Therapeutic Alliances in Psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1985;142:922-6.
35. Solomon SD, Johnson DM. Psychosocial Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Practice-Friendly Review of Outcome Research. *J Clin Psychol* 2002;58:947-59.