



# PTSD

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

دکتر علیرضا تمدن

متخصص اعصاب و روان

اسفند 1400

■ **اختلال استرس پس از سانحه عبارتست از :** مجموعه ای از علائم نوعی که در پی مواجهه با حوادث آسیب زای زندگی پیدا می شود و فرد به صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می دهد و واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم میکند و در عین حال می خواهد از یاد آوری آن اجتناب کند.

برای تشخیص اختلال PTSD علائم حداقل باید به مدت یک ماه طول کشیده باشد و بر حوزه های مهمی از زندگی بیمار نظیر: حوزه های شغلی و خانوادگی تاثیر قابل توجهی بگذارد.

■ اختلال استرس حاد (acute stress disorder) علائمی شبیه اختلال PTSD دارد، جز اینکه علائم زودتر از PTSD شروع می شود (در ظرف مدت 4 هفته) پس از واقعه و به مدت 2 روز تا 4 هفته طول میکشد

- فشاری که موجب PTSD یا اختلال استرس حاد می شود بسیار شدید است و به قدری ناتوان کننده است که تقریباً همه افراد را از پای در می آورد.
- تجربه جنگ-شکنجه-بلاهای طبیعی (سیل، زلزله، طوفان و سونامی) حمله-تجاوز و سوانح جدی -تصادف ماشین- آتش سوزی ساختمانی-بمباران و...

# تاریخچه

- سندروم قلب سرباز (soldier heart syndrom) نامی بود که در جنگ های داخلی آمریکا به کار می رفت.
- علائم قلبی خودکار ( اتونوم)
- در سال 1871 جاکوب داکوستا عنوان قلب تحریک پذیر در مورد این سربازان به کار برد.
- در سالهای 1900-1909 که نفوذ روانکاو به ویژه در ایالات متحده بسیار چشمگیر بوده ، بالینگران تشخیصی تحت عنوان روان نژندی آسیب زاد را برای این بیماری بکار بردند. در جنگ جهانی اول این سندرم را شوک ناشی از ترکش نامیده بودند.
- سربازان جنگ جهانی دوم ، بازماندگان اردوگاههای نازیها و بازماندگان بمباران اتمی ژاپن ، همگی علائم مشابهی داشتند که گاه روان نژندی جنگ یا خستگی از عملیات خوانده شد.

- بالاخره عوارض روانپزشکی سربازان جنگ ویتنام باعث شد مفهوم و تشخیص PTSD شکل بگیرد.
- PTSD در اواخر دهه 80 برای نخستین بار به عنوان يك تشخیص روانپزشکی مطرح شد.
- سندروم جنگ خلیج فارس که در سربازان و نیروهای درگیر در جنگ با خستگی و کوتاه شدن تنفس، سر درد، درد مفاصل و عضلات، به هم خوردن خواب، دشواری تمرکز \_ فراموشکاری

# اپیدمیولوژی

■ میزان شیوع مادام العمر PTSD را حدود 8% جمعیت عمومی می دانند و میزان بروز آن در طول عمر 9-15% تخمین زده میشود.

میزان شیوع مادام العمر در گروه های پرخطر (اعضایشان در معرض حوادث آسیب زا قرار گرفته اند) از 5 تا 75 درصد می باشد.

■ میزان شیوع مادام العمر در زنان 10-12% ، و در مردان 5-6% است. شایعترین سن شیوعش اوایل بزرگسالی می باشد.

■ اختلال مزبور بیش از همه در کسانی اتفاق می افتد که مجرد ، طلاق گرفته ، بیوه ، منزوی از اجتماع یا دارای سطح اجتماعی و اقتصادی پایین هستند

■ وقایع جنگی در مردان مهمترین علت ابتلا به PTSD و در زنان مورد حمله یا تجاوز واقع شدن می باشد.

■ حدود 30 درصد سربازان در جنگ ویتنام دچار PTSD شدند و حدود 25 درصد نیز به شکل subclinical دچار اختلال شدند.

■ مهمترین عوامل خطر ساز در پیدایش اختلال PTSD عبارتند از: شدت، مدت و نزدیکی فرد به حادثه آسیب زای واقعی

# سبب شناسي

■ **عامل فشار:** استرسور علت اوليه پيدائش آن مي باشد.

اما وقتي كه واقعه آسيب زايي روي ميدهد, همه افراد دچار PTSD نميشوند. يعني براي ايجاد آن عامل فشار لازم است, ولي كافي نيست.

■ **عوامل خطر ساز:**

وجود آسيب در دوران كودكي / ناكافي بودن نظام حمايتي از جانب خانواده /  
جنس مونث / آسيب پذيري ارثي / تغييرات پر استرس اخير در زندگي /  
سابقه اخير افراط در مصرف الكل

زمينه هاي قبلي زيستي-رواني و اجتماعي فرد و اتفاقاتي كه قبل از آسيب و بعد از آن رخ مي دهد بايد مدنظر قرار گيرند.



■ **عوامل روان پویشی:** این فرضیه مطرح است که سانحه باعث فعال شدن مجدد تعارضی روانی میشود که تا پیش از آن آرام بود و نمودی نداشت، اما فی الواقع هنوز حل نشده بود.

طبق نظر فروید ، در بیمارانیکه سابقه آسیب جنسی در کودکی را گزارش میکنند ، انشقاق در خودآگاهی رخ میدهد... در این بیماران ، يك تعارض از پیش موجود ممکن است با بروز رویداد آسیب زای تازه ای مجددا و به صورت نمادین احیا شود.

معنای درون ذهنی یک عامل مولد استرس می تواند آسیب زا بودن آنرا معین کند.

## عوامل شناختی و رفتاری: افراد مبتلا نمیتوانند آسیبی را که عامل

بروز اختلال بوده، پردازش یا توجیه کنند. آنها همچنان احساس فشار روانی میکنند. و میکوشند با روشهای اجتنابی از احساس وقوع مجدد آن جلوگیری کنند. برطبق مدل رفتاری: پیدایش اختلال در 2 مرحله صورت می گیرد. نخست: طی فرآیند شرطی سازی کلاسیک، آسیب (محرک غیرشرطی) موجب واکنش هراس می شود

در مرحله دوم از طریق یادگیری ابزاری، محرک شرطی به صورت مستقل و بدون نیاز به محرک غیرشرطی واکنش هراس آور ایجاد می کند.

## عوامل زیستی: نظریه زیستی از مطالعات پیش بالینی بر روی مدل های

حیوانی استرس به دست آمده است و هم از اندازه گیری متغیرهای زیستی در جمعیت های بالینی مختلف افراد دچار این اختلال... داده های بدست آمده موید فرضیه های حاکی از پر فعالیتی دستگاه های نورآدرنژیک و افیون های درونزاد و نیز محور هیپوتالاموس و هیپوفیز-فوق کلیه در برخی بیماران PTSD بوده است.

## ■ دستگاه نور آدرنرژیک :

سربازانی که علایمی شبیه به اختلال PTSD دارند دچار حالت , عصبانیت , افزایش فشار خون و سرعت ضربان قلب , تپش قلب , تعریق و لرزش میشوند.

مطالعات نشان داده که **غلظت اپی نفرین** در نمونه ادرار 24 ساعته سربازان مبتلا و **غلظت کاتکولامین** ها در ادرار کودکانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته اند افزایش می یابد.

در 30 تا 40 درصد افراد مبتلا به PTSD پس از تجویز یوهمبین حمله های Flashback (خطور خاطره) گزارش شده است.

این یافته ها مدرکی قوی دال بر تغییر عملکرد دستگاه نور آدرنرژیک در مبتلایان به PTSD می باشد.

## ■ دستگاه اویوئیدی :

پایین بودن غلظت های پلاسمایی بتا اندورفین در مبتلایان به PTSD از ناهنجار بودن دستگاه اویوئیدی در این بیماران حکایت دارد.

سربازان مبتلا به PTSD در پاسخ به محرکهای مربوط به جنگ واکنش آنالژزیک از خود نشان می دهند که با تجویز نالوکسان قابل برگشت است و این دلیل بر افزایش فعالیت اویوئیدی در این بیماران می باشد.

## ■ عامل آزاد کننده کورتیکوتروپین (CRF) و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA):

غلظت کورتیزول آزاد در پلازما و ادرار این بیماران پایین است. در این ها گیرنده های گلوکوکورتیکوئیدی بیشتری بر روی لنفوسیت ها وجود دارد و تجویز CRF برونزاد به این ها پاسخ کندی را در تحریک ACTH بر می انگیزد.



# DSM-IV- ملاك تشخيصي

## TR

است)، به طوری که وجود حداقل سه تا از موارد زیر نمایانگر آن باشد:

(۱) کوشش برای اجتناب از افکار، احساسات، یا گفت‌وگوهای مرتبط با آسیب مذکور.

(۲) کوشش برای اجتناب از فعالیتهای، مکانها، یا اشخاصی که یادآور آسیب مذکورند.

(۳) ناتوانی از به یاد آوردن جنبه مهمی از آسیب مذکور.

(۴) کم‌علاقگی چشمگیر یا کاهش قابل توجه در پرداختن به امور مهم

(۵) احساس دل‌گسستگی (detachment) یا غریبگی در میان دیگران.

(۶) محدود شدن طیف حالات عاطفی (مثلاً ناتوانی از داشتن احساسات مه‌آمیز).

(۷) احساس بی‌عید دانستن همه چیز (مثلاً انتظار ندارد شغلی داشته باشد، ازدواجی بکند، چند تایی بچه پیدا کند، یا به اندازه یک آدم معمولی عمر کند).

ت) علائم مستمر افزایش برانگیختگی (که تا پیش از آسیب مذکور در کار نبوده است) به طوری که وجود حداقل دو تا از موارد زیر نمایانگر آن است:

(۱) اشکال در به خواب رفتن یا تداوم خواب.

(۲) تحریک پذیری یا فوران خشم.

(۳) دشواری تمرکز.

(۴) گوش به زنگی مفرط (hypervigilance).

(۵) واکنش شدید از جا پریدن (افزایش پاسخ یکه‌خوردن).

ث) مدت اختلال (یعنی مدت علائم ملاک‌های ب، پ، ت) باید لااقل یک ماه باشد. ج) اختلال، به لحاظ بالینی رنج و غذایی چشمگیر ایجاد کرده باشد و یا کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم کارکرد فرد را به نحو قابل توجهی مختل ساخته باشد.

معین کیند کدام مورد وجود دارد:

حاد: وقتی است که علائم کمتر از سه ماه طول کشیده باشد.

مزمن: وقتی است که علائم لااقل سه ماه طول کشیده باشد.

معین کیند:

با شروع تأخیری: اگر علائم لااقل ۶ ماه پس از بروز واقعه آسیب‌زا شروع شده باشند.

الف) فرد با هر دو شرط زیر در برابر واقعه‌ای آسیب‌زا (تروماتیک) قرار گرفته باشد: (۱) فرد با واقعه یا وقایعی روبه‌رو شده، شاهد آنها بوده، یا به آنها دچار شده باشد که متضمن مرگ واقعی یا خطر آن، صدمه‌ای جدی به‌طور واقعی یا خطر آن، یا تهدید وحدت و یکپارچگی جسمی خودش یا دیگران، بوده باشد.

(۲) واکنش فرد به‌صورت ترس، درماندگی، یا وحشت شدید بوده باشد. نکته: تظاهر این ملاک در اطفال ممکن است رفتار نابسامان یا توأم با سرآسیمگی باشد.

ب) فرد، سانحه مذکور را دائماً به حداقل یکی از اشکال زیر تجربه مجدد (reexperience) کند:

(۱) یادآوری‌های عذاب‌آور، مکرر و مزاحم (intrusive) واقعه از جمله به‌صورت تصورات، فکر، یا ادراک. نکته: تظاهر آن در بچه‌های کوچک ممکن است به‌صورت بازی‌هایی تکراری باشد که در آنها مضمون سانحه آسیب‌زا یا جنبه‌هایی از آن به‌نمایش درمی‌آیند.

(۲) دیدن مکرر واقعه در رؤیا که باعث رنج و عذاب فرد می‌شود. نکته: تظاهر آن در بچه‌های کوچک ممکن است به صورت رویاهای وحشتناکی باشد که محتوای قابل شناسایی و مشخصی ندارند.

(۳) عمل کردن یا احساس کردن به گونه‌ای که انگار واقعه دارد تکرار می‌شود (از جمله احساس وقوع مجدد تجربه، خطای ادراکی، توهم، و حمله‌های خنجره خاطر [فلش بک] به‌صورت تجزیه‌ای، که نمونه آن حمله‌هایی است که در حین بیدار شدن از خواب یا به‌هنگام مستی روی می‌دهد). نکته: در بچه‌های کوچک ممکن است به‌نمایش درآوردن آن آسیب خاص باشد.

(۴) رنج و عذاب روانی شدید در مواجهه با اشارات و سرنخهای درونی یا بیرونی‌ای که شباهت یا رابطه‌ای نمادین با جنبه‌ای از حادثه آسیب‌زای مذکور دارند.

(۵) پیدایش واکنشهای جسمی در مواجهه با اشارات و سرنخهای درونی یا بیرونی‌ای که شباهت یا رابطه‌ای نمادین با جنبه‌ای از حادثه آسیب‌زای مذکور دارند.

پ) اجتناب مستمر از محرکهای مرتبط با آن واقعه آسیب‌زا، و پیدایش کرختی (numbness) در کل واکنشهای فرد (که تا پیش از آسیب مذکور وجود نداشته

# خصایص بالینی

1. احساس دردناک و وقوع مجدد واقعه
2. الگویی از اجتناب و کرختی هیجانی
3. برانگیختگی مفرط نسبتاً دائم
4. علایم همراه : پرخاشگری, خشونت, کنترل اندک بر تکانه , افسردگی و اختلال مرتبط با مواد می باشد.

# PTSD در کودکان و نوجوانان

- این اختلال در کودکان نیز رخ می دهد ولی اکثر مطالعات مربوط به بزرگسالان می باشد.
- میزان بالایی از بروز این اختلال در کودکانی که در معرض حوادث مرگباری نظیر جنگ و سایر آسیب های مرتبط و آدم ربایی، سوختگی، بیماری شدید، بلایای طبیعی و پیوند مغز استخوان به ثبت رسیده است.
- واکنش والدین به رویداد های آسیب زا تاثیر قابل ملاحظه ای بر کودکان خردسال دارد، چون کودکان درك کاملی از ماهیت آسیب یا خطر ذاتی آن ندارند.
- مواجهه با یک عامل استرس زا بیشتر در کودکان اختلال PTSD ایجاد می کند تا بزرگسالان. در برخی موقعیت های خاص تا 90 درصد کودکان به این اختلال دچار می شوند.



## ■ بازسازی و تجربه مجدد:

عوامل مولد استرس در کودکان ممکن است آسیب های ناگهانی و یکباره باشند و آسیب هایی نظیر : آزار جسمی یا جنسی که .....

کودکان نیز همانند بزرگسالان رویداد آسیب زا را به شکل خاطرات یا افکار عذاب آور و مزاحم , حملات خطور خاطره و رویاها مجددا تجربه می کنند.

\* حمله های فلش بک در کودکان نیز مثل قربانیان بزرگسال حادثه آسیب زا روی میدهد.

# تشخيص افتراقي

## ■ اختلال پانيك و اختلال اضطراب فراگير

که افتراق این ها از هم دشوار است زیرا هر سه سندرم مزبور با اختلال بارز و برانگیختگی دستگاه خودکار همراه هستند.

- در این موارد نکته کلیدی در تشخیص PTSD **بررسی دقیق سیر زمانی** رابطه علایم یا حادثه آسیب زا است..

# سیر و پیش آگهی

- PTSD معمولا مدتی پس از وقوع سانحه پیدا میشود. این مدت می تواند به کوتاهی یک هفته و به درازای سی سال باشد.
- بیشترین شدت این علائم در دوره هایی است که فشار روانی بیمار زیاد است.
- بدون درمان , حدود 30% از بیماران کاملا بهبود می یابند و 40% علائمی خفیف و 20% علائمی متوسط خواهند داشت. و 10% هیچ تغییری در علائمشان پیدا نمی شود یا بدتر می شوند.... پس از یک سال 50% بهبود می یابند.

# درمان

- حمایت-تشویق بیمار در مورد بحث درباره واقعه مزبور
- آموختن انواع و اقسام مکانیسم های مقابله ( آرام سازی عضلات)
- مصرف داروها نیز می تواند مؤثر باشد
- اگر بیمار قبلا حادثه ای را تجربه کرده و اکنون به PTSD مبتلا شده باید آموزش و روان درمانی و نیز دارودرمانی انجام گیرد.
- باید برچسب بیمار روانی به فرد مبتلا به PTSD زده نشود-حمایت های بیمار و خانواده از طریق گروه های حمایتی محلی و ملی صورت گیرد.

**SSRIs** نظیر **سرترالین** و **پاروکستین** خط اول درمان هستند.

ضمنادر درمان علائمی مثل افسردگی و یا سایر اختلالات  
اضطرابی نیز مؤثرند.

**TCA** : فقط دو داروی ایمی پرامین و آمی تریپتیلین کاملاً تایید شده است.  
که به مدت 8 هفته می‌دهیم و اگر لازم باشد تا یک سال هم میشود، داد  
داروهای دیگر: **MAOI (فنلزین و ترازودون)**  
**کاربامازپین و والپروات**  
**کلونیدین و ایندرال**  
از **هالوپریدول** باید اجتناب کرد، مگر برای مهار کوتاه مدت پرخاشگری.

■ روان درمانی روانپویشی ممکن است در درمان بسیاری از بیماران مبتلا مفید باشد .

■ در برخی موارد بازسازی واقعه آسیب زا توأم با تخلیه هیجانی (abreaction) و پالایش (catharsis) ممکن است اثر درمانی داشته باشد.  
روان درمانی باید متناسب با وضعیت هر بیمار صورت گیرد. بعضی از بیماران ممکن است بر اثر احساس وقوع مجدد آسیب از پای در آیند.

■ مداخلات روان درمانگرانه ای که در مورد PTSD وجود دارد عبارتست از:

1. رفتار درمانی

2. شناخت درمانی

3. هیپنوتیزم

■ روان درمانی عاجل برای این بیماران توصیه می شود.

■ در این درمان معمولاً رویکردی شناختی اتخاذ می شود و در عین حال حمایت و امنیتی هم برای بیمار فراهم میشود.

■ ماهیت کوتاه مدت این نوع روان درمانی باعث میشود که خطر وابستگی و مزمن شدن به حداقل برسد.

■ بیمار را باید تشویق کرد که واقعه آسیب زا را مرور و احساسات هیجانی را تخلیه کند و برای آنکه در آینده هم از دست آنها در امان بماند، برنامه ریزی کند.

■ وقتی علائم خیلی شدید است یا خطر خودکشی و سایر اعمال خشونتبار وجود دارد، بستری کردن بیمار ممکن است ضرورت یابد.

با تشکر

