

PTSD
POST TRUMATIC STRESS DISORDER

« اختلال استرسی پس از سانحه »

اختلال استرس پس از سانحه :

عبارت است از یک واکنش اضطرابی قابل توجه به دنبال یک ضربه بسیار شدید که با مرگ یا تهدید جدی زندگی توأم بوده است فرد به صورت ترس و درماندگی به این ترس پاسخ می دهد واقعه را دائم در ذهن مجسم می کند در عین حال می خواهد از یادآوری آن اجتناب کند.

نام های دیگر این اختلال : نشانگان سندرم قلب سرباز موج انفجار (موجی) و نوروز جنگ است.

حوادث استرس زا : تجربه استرسی شدیدی که ماوراء تحمل می باشد مانند استرس ناشی از حضور در جبهه جنگ سوانح طبیعی تجاوز به عنف تصادفات شدید و ...

خصوصیات بالینی :

☒ تجربه سانحه در رویا یا افکار بیداری (بازگشت به گذشته Flash back)

☒ اجتناب مستمر از یادآوری سانحه و کرختی واکنش به چنین یادآوری

☒ برانگیختگی مفرط و مستمر (تحریک پذیری شدید)

بیمار علائمی چون احساس گسیختگی شخصیت از دست دادن تأثیرپذیری احساسی احساس گناه طرد و تحقیر شدن حالات تجزیه ای و پانیک پرخاشگری و خشونت را ذکر می کند گاهی ممکن است توهم و ایلوزین را هم تجربه کند.

وجود بقایایی از واقعه اصلی در این یادآوری مؤثر است که بیمار اغلب از این محرک ها اجتناب می کند و واکنش هایی چون گوش به زنگ بودن تحریک پذیری و واکنش از جا پریدن ناگهانی را از خود نشان می دهد.

همه گیر شناسی: شیوع ۸ درصد در جمعیت کلی در جوانها، افراد مجرد، بیوه مطلقه و افرادی که از نظر اقتصادی ضعیف از نظر اجتماعی گوشه گیر تر بیشتر دیده می شود. میزان شیوع مادام العمر در زنان بیشتر از مردان است. این آسیب در مردان معمولاً ناشی از وقایع جنگی است و در زنان شایع تر از همه مورد حمله یا تجاوز واقع شدن است.

بیماری های همراه : دو سوم بیماران لااقل به دو اختلال دیگر چون اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی یا اختلال دو قطبی مبتلا هستند.

عوامل زمینه ساز : وجود آسیب در دوران کودکی صفات مربوط به شخصیت مرزی – پارانوئید – وابسته یا جامعه ستیز – ناکافی بودن نظام حمایتی از جانب خانواده ها آسیب پذیری ارثی به بیماری روانی تغییرات پراسترس اخیر زندگی سابقه افراط در مصرف الکل.

تشخیص :

☒ علائم احساس وقوع مجدد (Reexperiencing)

☒ اجتناب (avoidance) و بیش برانگیختگی (hyperarousal)

باید حداقل یک ماه طول کشیده باشد و بر حوزه های جمعی از زندگی بیمار نظیر حوزه های خانوادگی و شغلی اش تأثیر چشم گیری داشته باشد.

تشخیص افتراقی :

نکته مهم این است که آیا بیمار حین آسیب مذکور دچار ضربه سر شده است. این اختلال را با مصاحبه از بیمار در زمینه تجارب تروماتیک قبلی و ماهیت فعلی می توان از سایر اختلالات روانی تفکیک کرد. اختلال تجزیه ای ساختگی و تمارض نیز باید مدنظر باشند.

سیر و پیش آگهی :

پیش آگهی خوب : در صورت شروع سریع علائم کوتاه بودن مدت آنها (کم تر از شش ماه) عملکرد خوب قبل از بیماری وجود حمایت اجتماعی قوی قبل از فقدان سایر اختلالات روان پزشکی طبی یا مرتبط با مواد.

بدون درمان حدود ۳۰ درصد بیماران بهبود می یابند. ۴۰ درصد همچنان علائم خفیف و ۲۰ درصد علائم متوسطی خواهند داشت. ۱۰ درصد نیز نیز یا هیچ تغییری در علائمشان پیدا نمی شود و یا بدتر می شوند.

درمان :

هدف از درمان در این اختلال کاهش علائم جلوگیری از ناتوانی مزمن و توان بخشی شغلی و اجتماعی است.

- دارو درمانی :

خط مقدم درمان به دلیل کارایی قابل تحمل بودن و بی خطر بودن

SSRI مانند فلوکسیتین سرتالین و پاروکسیتین

ایمی پرامین – آمی تریپ تیلین- وقفه دهنده های MAO مانند فنلزین و ...

برخی از گزارش ها حاکی از تأثیر کاربامازپین والپروئیک اسید و آلپرازولام می باشد.

- روان درمانی

رفتار درمانی

شناخت درمانی

هیپنوتیزم

گزارش شده است که گروه درمانی و خانواده درمانی هم در بیماران مؤثر است.

منابع :

__ خلاصه روان پزشکی کاپلان، ترجمه دکتر پورافکاری

__ خلاصه ران پزشکی کاپلان ، ترجمه دکتر حسن رفیعی و دکتر خسرو سبحانیان