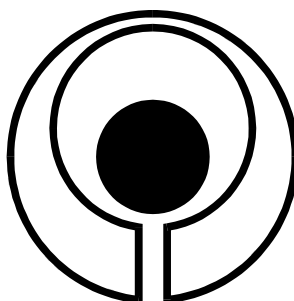


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه روانپزشکی

پایان نامه دستیاری

عنوان :

تأثیر پرازوسین بر روی علائم کلینیکی اختلال استرس پس از سانحه جنگ

نگارنده :

سعید فرجی

استاد راهنما :

دکتر محمدرضا خدائی اردکانی

اساتید مشاور :

دکترربابه مزینانی

دکتر آرش میراب زاده

دکتر بهروز دولتشاهی

مرداد 1389

شماره ثبت : 900 - 192

تقدیم به :

آنهایی که به من آموختند،

همسرم؛

که همواره حامی و مشوق من بوده است

و فرزندانم مصطفی و محسن

با تقدیر و تشکر از :

- استاد ارجمندم جناب آقای دکتر محمد رضا خدائی که با راهنمایی ها و زحمات بی دریغ خود؛ در آموزش، تحقیق و پژوهش، حقّ استادی را بر اینجانب تمام نمودند.

- اساتید بزرگوارم سرکار خانم دکتر ربابه مزینانی، جناب آقای دکتر آرش میرابزاده و جناب آقای دکتر بهروز دولتشاهی که از فیض وجودشان هم در امر این تحقیق و هم در آموزش روانپزشکی بهره مند شدم.

- داوران گرانقدر سرکار خانم دکتر فیض زاده و جناب آقای دکتر فرهودیان

- اساتید بزرگوارم در مرکز آموزشی روانپزشکی رازی بویژه استاد ارجمند جناب آقای دکتر فدائی مدیر محترم گروه روانپزشکی که از هر یک درسهای فراوان آموخته ام.

- تمامی عزیزانی که در مراحل مختلف این پژوهش مرا یاری نموده اند بخصوص مدیریت و کارکنان بیمارستان روانپزشکی صدر وابسته به بنیاد جانبازان .

## چکیده

**هدف:** این پژوهش میزان تأثیر پرازوسین بر روی علائم کلینیکی اختلال استرس پس از سانحه جنگ را در موارد مزمن این اختلال بررسی میکند

**روش پژوهش:** این مطالعه از نوع مداخله ای تک گروهی از نوع قبل و پس از آزمون می باشد و نمونه گیری آن نیز بصورت تصادفی ساده بوده است و بر روی 20 نفر از کسانی که در معرض حادثه جنگ قرار گرفته بودند تأثیر داروی پرازوسین که یک داروی آنتاگونیست آلفا یک آدرنرژیک است را بر روی علائم اختلال استرس پس از سانحه مورد مطالعه قرار داده است، آزمودنی ها تحت درمان با روزانه 5 میلی گرم (1-2-2 میلی گرم) پرازوسین به مدت 6 هفته قرار گرفتند و قبل و پس از مداخله دارویی شدت علائم بطور کلی و در سه دسته علائم تجربه مجدد، اجتناب/ کرختی و بیش برانگیختگی توسط چک لیست<sup>1</sup> (PTSD) چک لیست (PCL) PTSD اندازه گیری شد و نتایج توسط آزمون t زوجی تحلیل شد.

**نتایج:** با مقایسه بین دو میانگین علائم تجربه مجدد پیش از مصرف و پس از مصرف دارو برابر با (2/45-) اختلاف معنی داری وجود دارد. (P=0/008) همچنین میانگین علائم اجتناب/ کرختی پس از مصرف دارو نسبت به قبل از آن 2/4 کاهش یافت و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (P=0/004). بین دو میانگین بیش برانگیختگی پیش از مصرف و پس از مصرف دارو نیز اختلاف (3/05-) وجود دارد، که معنی داری می باشد (p=0/004). همچنین با مقایسه میانگین شدت کلی علائم قبل و پس از مداخله، 7/9 کاهش یافته بود، که این مقدار نیز از نظر آماری معنی دار می باشد (p=0/002)

**بحث:** با توجه به نتایج این پژوهش داروی پرازوسین 5 میلی گرم روزانه در سه قسمت منقسم میتواند شدت علائم کلی اختلال استرس پس از سانحه را و همچنین شدت هر سه دسته علائم تجربه مجدد، اجتناب/ کرختی و بیش برانگیختگی را در مبتلایان به اختلال سانحه پس از جنگ کاهش دهد

**کلیدواژه:** اختلال استرس پس از سانحه جنگ، پرازوسین، چک لیست PTSD (PCL)

<sup>1</sup> - Post Traumatic Stress Disorder

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
1	فصل اول - کلیات تحقیق
2	1-1) مقدمه
3	2-1) بیان مسئله
6	3-1) اهمیت و ضرورت
12	4-1) بیان واژه ها
13	5-1) اهداف پژوهش
14	( اهداف کاربردی
14	6-1) سوال ها و فرضیه ها
15	فصل دوم - پیشینه تحقیق
16	1-2) تاریخچه
16	2-2) همه گیر شناسی
18	3-2) سبب شناسی
18	1-3-2) خصوصیات عامل فشار
19	2-3-2) عوامل خطر
20	3-3-2) ژنتیک
22	4-3-2) عوامل روانپوشی
23	5-3-2) عوامل شناخت رفتاری
23	6-3-2) عوامل زیستی

23	4-2)تحقیقات جدید زیست شناختی
31	5-2)تشخیص و علایم بالینی
31	1-5-2)ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR درمورد PTSD
34	2-5-2)خصایص بالینی
35	3-5-2)تشخیص افتراقی
36	6-2)سیر و پیش آگاهی
37	7-2)درمان
37	1-7-2)درمان روانشناختی
38	2-7-2)درمان دارویی

45	فصل سوم -روش شناختی تحقیق
46	1-3)نوع مطالعه
46	2-3)جامعه و نمونه آماری و روش نمونه گیری
47	3-3)روش جمع آوری داده ها
50	4-3)متغیرها
51	5-3)روش اجرا
52	6-3)روش تجزیه و تحلیل داده ها
53	7-3)ملاحظات اخلاقی

54	فصل چهارم -توصیف و تحلیل داده ها
58	1-4) تاثیر پرازوسین بر روی علائم تجربه مجدد اختلال استرس پس از سانحه جنگ
59	2-4) تاثیر پرازوسین بر روی علائم اجتناب و کرختی اختلال پس از سانحه جنگ

61	3-4) تاثیر پروزاسین بر روی علائم پیش برانگیختگی اختلال استرس پس از سانحه جنگ
62	4-4) تاثیر پرازوسین بر روی علائم کلی اختلال استرس پس از سانحه جنگ
65	فصل پنجم - بحث و نتیجه گیری و پیشنهادات
66	1-5) بحث
70	2-5) نتیجه گیری
71	پیشنهادات و محدودیتها
73	فهرست منابع
79	پیوست شماره
80	پیوست شماره 2



## فهرست نمودارها و جداول

صفحه	عنوان
55	نمودار 1-4) نمودار سن در زمان مطالعه
56	نمودار 2-4) نمودار سن در زمان حادثه
56	نمودار 3-4) سطح تحصیلات
60	نمودار 4-4) میانگین تجربه مجدد پیش از مصرف و پس از مصرف دارو
60	نمودار 5-4) متغیر اجتناب و کمرختی پیش از مصرف و پس از مصرف دارو
63	نمودار 6-4) میانگین متغیر بیش برانگیختگی پیش از مصرف و پس از مصرف دارو
63	نمودار 7-4) میانگین علائم کلی اختلال استرس قبل از استفاده و پس از استفاده دارو
64	نمودار 8-4) علائم کلی اختلال
58	جدول 1-4: مقادیر توصیفی برای آزمون t خروجی
58	جدول 2-4: جدول آزمون t زوجی برای متغیر تجربه مجدد
59	جدول 3-4: مقادیر توصیفی برای آزمون t زوجی
59	جدول 4-4: جدول آزمون t زوجی برای متغیر اجتناب و کمرختی
61	جدول 5-4: مقادیر توصیفی برای آزمون t زوجی
61	جدول 6-4: جدول آزمون t زوجی برای متغیر بیش برانگیختگی
62	جدول 7-4: مقادیر توصیفی برای آزمون t زوجی
62	جدول 8-4: جدول آزمون t زوجی برای شدت pci

# فصل اول

## کلیات تحقیق

## 1 1) مقدمه

حوادث از ابتدای زندگی بشر همواره همراه وی بوده است و به تعبیری زندگی بدون حادثه امکان پذیر نیست. اما در این میان حوادثی وجود دارد که تأثیرات عمیق و بنیادی در زندگی افراد به جا می گذارد. این حادثه ها می تواند بسیار شدید و تکان دهنده بوده و فشار ناشی از آن خارج از تحمل فرد باشد.

اختلال استرس پس از سانحه<sup>1</sup> (PTSD) عبارت است از: مجموعه ای از علائم که در پی مواجهه با حوادث آسیب زای زندگی پیدا می شود. فرد به صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می دهد؛ واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم می کند و در عین حال می خواهد از یادآوری آن اجتناب کند چرا که با یادآوری دچار علائم برانگیختگی شدید می گردد. (1)

این اختلال از دسته اختلالات اضطرابی است که از سه دسته علائم تشکیل شده است و بدنبال مواجهه با یک حادثه ضربه ای بوجود می آید. بر عکس سایر اختلالات اضطرابی که توجه و نگرانی در مورد آینده است در PTSD اشتغال ذهنی با یک حادثه تهدید کننده قبلی است بنابراین PTSD یک اختلال ناشی از خاطره ای بیماریزا از یک خطر در گذشته است. (2)

فشاری که موجب PTSD می شود به قدری ناتوان کننده است که تقریباً هر کسی را از پا در می آورد. این فشار می تواند از حوادث و بلاهای طبیعی (زلزله، سیل، طوفان و...) تجربه جنگ، شکنجه و سوانح جدی نظیر تصادف با ماشین یا آتش سوزی ساختمان ناشی شده باشد برای اینکه بتوان تشخیص این اختلال را مطرح کرد علائم مزبور باید لااقل یک ماه طول کشیده باشد و بر حوزه های مهمی از زندگی بیمار مانند حوزه های خانوادگی و شغلی او باید تأثیر چشمگیر گذاشته باشد. (1)

در کشور ما نیز با سابقه جنگ 8 ساله ایران و عراق، قرار گرفتن در منطقه خاورمیانه با جنگ های مختلف در دهه گذشته و همچنین واقع شدن بر روی کمربند زلزله (مناطق زلزله خیز) علاوه بر سایر

---

<sup>1</sup> - Post Traumatic Stress Disorder

علل؛ احتمال حوادث غیرمترقبه و بدنبال آن ایجاد بیماری PTSD ، بررسی میزان شیوع و بروز این بیماری و همچنین درمان آن از اهمیت خاصی برخوردار است.

## 1-2) بیان مساله:

اگرچه تاریخچه اختلال استرس پس از سانحه عمدتاً به دنبال مشکلات ناشی از جنگ شکل گرفته است و نام‌هایی مانند سندرم قلب سرباز، روان‌نژندی آسیب‌زاد (تروماتیک)، شوک ناشی از ترکش، روان‌نژندی جنگ یا خستگی از عملیات برای بیان مشکلات ناشی از این اختلال مؤید این موضوع است اما نباید فراموش کرد که حوادث و از جمله بلایای طبیعی مانند زلزله، سیل و طوفان و نیز تصادفات مرگبار، تجاوز به عنف، ابتلاء به بیماری تهدید کننده حیات می‌تواند موجب بروز این اختلال گردند. در کشور ما نیز به دلیل سابقه 8ساله جنگ علاوه بر حضور گسترده سربازان و نیروهای داوطلب که به طور مستقیم درگیر جنگ بودند وجود حملات هوایی و بمباران شهرها مردم حوادث و سوانح بیشماری را تجربه کردند.

در مطالعه‌ای که توسط داویدیان و همکاران (1360) بر روی رزمندگان بستری در بیمارستان روزبه انجام شد حدود 54درصد آن‌ها را واجد تشخیص PTSD معرفی کردند(3). همچنین در تحقیق دیگری که نوربالا(1371) چندسال پس از جنگ به منظور بررسی شیوع PTSD در جمعیت عمومی تهران انجام داد اعلام نمود که 29/1درصد از جانبازان (معلولین جنگی)، 18/1درصد از رزمندگان، 5/7درصد از جمعیت عمومی که در جنگ درگیری نداشتند از PTSD رنج می‌برند.(4)

همچنین قرار گرفتن ایران بر روی یکی از دو کمر بند لرزه خیز جهان موسوم به آلبا موجب شده است که از سال 1340 تاکنون زمین‌لرزه‌های متعدد (بیش از 12 مورد) و در مواقعی ویران کننده مناطق مختلف کشور را با خسارات و تلفات سنگین روبرو کند. دو زمین لرزه بزرگ، یکی در خرداد ماه 1369 در استان‌های گیلان و زنجان با قدرت 7/3 در مقیاس ریشتر بود که بیش از 40هزار کشته برجا گذاشت و

طی آن 27 شهر و 1871 روستا ویران شد. و دیگری زمین‌لرزه دی‌ماه 1382 بم بود که آمار تلفات رسمی آن، بیش از 25 هزار نفر و مجروحان حدود 50 هزار نفر اعلام گردید و بیش از 100 هزار نفر بی‌خانمان شدند. (5)

در مطالعه شاکری‌نیا و نوربالا (1372) سه سال پس از زلزله گیلان و زنجان با بررسی دانش‌آموزان منطقه نتیجه گرفتند که 95 درصد از دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان دچار علائم PTSD بودند. (6)

در طی سال‌های گذشته هر ساله شاهد کشته شدن ده‌ها هزار نفر و چندین برابر بازماندگان ناشی از تصادفات وسائط نقلیه بوده‌ایم که در سال 1385 این تعداد به اوج خود یعنی به 27 هزار نفر کشته در سال رسید. (7)

در تمامی موقعیت‌های آسیب‌زا که ذکر شد پیدایش اختلال همبستگی و رابطه واضحی با شدت عامل فشار (استرسور) دارد به طوری که شدیدترین عامل فشار (مثلاً در اردوگاه نازیها) موجب پیدایش سندرم مزبور در بیش از 75 درصد از قربانیان شده است. مهمترین عوامل خطر ساز در پیدایش این اختلال عبارتند از شدت، مدت، نزدیکی فرد با حادثه آسیب‌زا. اگرچه به نظر می‌رسد یک آگوی خانوادگی برای این اختلال وجود دارد به گونه‌ای که بستگان زیستی افراد با سابقه افسردگی، در معرض خطر بیشتری برای ابتلاء به PTSD متعاقب یک سانحه هستند. (1)

در مطالعات مختلف آمارهای متفاوتی در مورد شیوع بیماری PTSD اعلام شده است. بر طبق مطالعه ملی بیماری‌های همزمان 6/8 در صد از آمریکائی‌ها در زمانی از زندگیشان به PTSD مبتلا می - شوند. شیوع در طول عمر زنان 9/7 درصد و این میزان در مردان 3/6 درصد گزارش شده است. (2)

PTSD در هر سنی ممکن است ایجاد شود اما به دلیل ماهیت موقعیت های تسریع کننده آن شایعترین سن شروعش اوایل بزرگسالی است. (1) همچنین اپیدمیولوژیست‌ها میزان ابتلای زنان به PTSD را حد اقل 2 برابر مردان دانسته‌اند. (2)

اگر چه بچه‌ها نیز به این اختلال مبتلا می‌شود بیشتر مطالعات مربوط به این اختلال بر روی بزرگسالان انجام شده است. مواجهه با یک عامل استرس‌زا در کودکان بیشتر از بزرگسالان اختلال PTSD ایجاد می‌کند. در برخی موقعیت‌های خاص تا 80% کودکان به این اختلال دچار می‌شوند به طور کلی میزان بروز PTSD در کودکان و نوجوانان کمتر از آن چه که واقعاً وجود دارد تخمین زده می‌شود. (1)

حدود 10-20 درصد ساکنین آمریکای شمالی که در معرض سانحه قرار می‌گیرند علایم کامل PTSD را بروز می‌دهند بنا براین با وجود احتمال زیاد قرار گرفتن در معرض سانحه (50-60%) میزان شیوع در طول عمر PTSD در حدود 8-12 درصد می‌باشد و در هر مقطع زمانی 1-3 درصد جمعیت غیر نظامی و درصد بیشتری جمعیت نظامی به بیماری فعال مبتلا خواهند بود (2,8)، تعداد زیادی نیز علایم را کمتر از حد لازم برای تشخیص بروز خواهند داد حداقل 1 تا 2 برابر جمعیت بیماران با PTSD کامل، بیمار با علایم در حد تحت سندرمی PTSD (PTSD نسبی) وجود دارد. (8)

در پژوهشی در سال 1385، شیوع اختلال پس از سانحه و علایم آن در بازماندگان زلزله بم مورد بررسی قرار گرفت و اعلام شد که PTSD در حال حاضر و PTSD نسبی به ترتیب 20/2 درصد و 51/9 درصد است و اینکه به دلیل شیوع بالای این اختلال در بازماندگان زلزله مداخلات مبتنی بر جامعه برای جمعیت آسیب دیده ضروری است. (9)

عوامل فشار (استرسورهای) ایجاد شده توسط انسان مانند تجاوز و جنایت معمولاً "بیماری‌زاتر از سوانح و حوادث طبیعی هستند. اتفاقات ناگهانی غیرمنتظره و همچنین تهدید کننده حیات و نیز مواجهه با مرگ‌های عجیب و غریب بیشتر به PTSD منجر می‌شوند. (2)

عوامل متعدد روانپویشی، شناختی- رفتاری و همچنین زیستی را به عنوان عوامل زمینه ساز مربوط به آسیب پذیری به اختلال استرس پس از سانحه در نظر گرفته اند. (1)

در دهه گذشته پیشرفت‌های زیادی در درمان‌های روانی و دارویی بیماران مبتلا به PTSD بوجود آمده است. بالا رفتن فهم پاتوفیزیولوژی منحصر به فرد این اختلال زمینه را برای توجیه دارو درمانی فراهم نموده است. اگرچه هنوز به طور کامل فهمیده نشده است بدنظیمی چندین دستگاه زیست‌شناختی در پاسخ غیرطبیعی زمینه ساز بیماری‌زایی PTSD مؤثر شناخته شده است. راه‌های زیست‌شناختی متأثر احتمالاً شامل هورمون مترشحه کورتیکوتروپین (CRH)، محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال مختل، و به همان صورت کارکرد نامناسب دستگاه‌های نورآدرنرژیک، سرتونرژیک و گلوتامینرژیک است. (8)

با عنایت به موارد احتمالی بالای مبتلایان به PTSD، هزینه مالی و هیجانی بالایی که بر آن مترتب است و اینکه درمان‌هایی که توافق بر سر استفاده از آنها باشد در حال حاضر حاصل نگردیده است مطالعات بالینی بیشتری در این زمینه ضروری بنظر می‌رسد بخصوص در ایران که چنین مطالعاتی کم انجام شده است.

## 1-3) اهمیت و ضرورت:

همانطور که بیان شد بدنبال حوادث ناگوارو تکان دهنده فرد می‌تواند به PTSD دچار شود با توجه به فراوانی حوادث طبیعی در ایران به خصوص زلزله، سابقه 8 سال جنگ ایران و عراق، آمار بالای حوادث و تصادف وسائط نقلیه، در صد قابل توجهی از رزمندگان و سربازان جنگ و همچنین بازماندگان از حوادث طبیعی و سوانح احتمالاً به PTSD دچار خواهند بود.

بدنبال جنگ ایران و عراق چند تحقیق در مورد عوارض روانی و روان‌نژندهای جنگ در رزمندگان ایرانی انجام گرفت اگرچه این پژوهش‌ها بیشتر بررسی علایم متنوع‌تری از علایم PTSD را در بر دارند اما با توجه به اشتراک علایم بین PTSD و سایر اختلالات به نتایج برخی از این پژوهش‌ها اشاره می‌شود:

منصوری، فرهودیان و همکاران در پژوهشی با عنوان وضعیت پژوهش‌های انجام در زمینه اختلال استرس پس از سانحه در ایران با بررسی مقالات علمی منتشر شده طی یک دوره سی ساله از سال‌های 1358 تا 1381 اعلام کردند که از 3031 مقاله علمی منتشر شده مربوط به حیطة بهداشت روان، تنها 33 مقاله (1/1 درصد) در مورد اختلال PTSD بود. اگرچه تاکنون تحقیقات زیادی در مورد اختلال استرس پس از حادثه در ایران انجام شده است متأسفانه تعداد ناچیزی مقاله در این زمینه منتشر شده است. (10)

ایزدی (1359) با بررسی 38 نفر از رزمندگان شیوع سر درد 84 درصد، رفتارهای پرخاشگرانه 86 درصد، افسردگی 94 درصد، آشفتگی خواب 100 درصد، حساسیت به سر و صدا 89 درصد، اشتغالات ذهنی را 92 درصد اعلام نمود. (11) جلیلی و داویدیان (1361) با مطالعه 54 نفر از مبتلایان به اختلال روانی ناشی از جنگ احساس افسردگی را 88 درصد و سپس علایم بی‌خوابی، کم‌حوصلگی، حساسیت به سر و صدا، سردرد، فراموشکاری، اضطراب و عصبانیت را جزء علایم شایع اعلام نمودند. (12)

علوی فاضل (1365) با بررسی 785 پرونده رزمندگان تعداد 354 نفر را مبتلا به روان نژندی جنگ تشخیص داد و شایعترین نشانه‌ها عبارت بودند از: واکنش خشم و تهاجم، اختلالات خواب، سردرد، سرگیجه، فراموشی، عدم تمرکز حواس، افسردگی، اضطراب، عدم تحمل سرو صدا و وز وز گوش. (13)

فدائی (1365) در تحقیقی با عنوان تشخیص‌های روان پزشکی در دزفول ایام جنگ، گزارش نمود که در مجموع 48 درصد از مردان و 52 درصد از زنان دارای تشخیص PTSD بودند و مهترین نشانه‌ها؛ تحریک پذیری، کابوس و پریدن از خواب، اختلال حافظه، اضطراب، احساس بی‌علاقگی به خانواده و بستگان و خلق افسرده گزارش شد. (14)

عبداللهیان با بررسی مجروحین روانی که از سال 1359 تا 1369 صورت گرفت 28/6 درصد را مبتلا به PTSD گزارش کرد. (15) ضرغامی (1372) با بررسی اختلالات روانپزشکی بر روی 100 رزمنده 30 درصد از بستری شدگان را مبتلا به PTSD اعلام نمود. (15/1)



جاویدی و دشتی با مطالعه بر روی 500 رزمنده 26 درصد آنها را مبتلا به PTSD گزارش کرد. (16) در پژوهش یاسمی و گودرزی (1373) گزارش شده است که یکی از اختلالات همراه با PTSD اختلالات خواب و مسائل مربوط به خواب REM می باشد. (17)

برهمنند و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان بررسی کیفیت خواب در بیماران مبتلا به PTSD با مطالعه 43 نفر با تشخیص PTSD مزمن و 50 نفر فاقد علایم روانپزشکی اعلام کردند که تفاوت معنی داری در مدت زمان و کیفیت خواب دو گروه مورد مطالعه وجود دارد و نتیجه گرفتند که توجه به مشکلات خواب و تلاش برای تسکین آن می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی بیماران PTSD دارای اهمیت باشد. (18)

ابه‌ری (1376) در مطالعه‌ای بر روی 45 رزمنده مبتلا به PTSD شایعترین علایم را مربوط به تجربه مجرد در 100 درصد، تحریک پذیری 90 درصد، اختلال در تمرکز 8 درصد، اختلال در خواب 82 درصد، اجتناب از محرک‌های مرتبط با هوای گرم 75 درصد، حساسیت نسبت به سر و صدا 55 درصد در مبتلایان گزارش نمود. در مطالعه‌ای دیگر صابری (1376) 130 جانباز مبتلا به PTSD را مورد بررسی قرار داد و بیشترین فراوانی را مربوط به یادآوری خاطرات و تجربه مجدد در خواب و بیداری گزارش کرد. نتایج پژوهش میرزایی و کرمی (1379) با عنوان بررسی مقایسه‌ای شدت PTSD بر روی 40 نفر از مبتلایان که به صورت سرپایی و یا بستری به بیمارستان روانپزشکی صدر مراجعه کرده بودند، در بیماران بستری رؤیای مربوط به ضربه، گوش بزنک بودن، واکنش ازجا پریدن یا هول کردن، کاهش شدید علاقه، تحریک پذیری و اشکال در تمرکز را شدیدترین و شایعترین علایم گزارش نموده و در بیماران سرپایی تحریک پذیری، اشکال در تمرکز، گوش به زنگ بودن، محدود شدن طیف عواطف، و اشکال در به خواب رفتن را جزء شدیدترین و شایعترین علایم گزارش کردند. (19)

در مطالعه‌ای خدائی اردکانی (1381) با عنوان بررسی میزان شیوع اختلالات روانشناختی در تعدادی از جانبازان شیمیایی، جنگ، اعلام نمود از مجموع 130 جانبازان شیمیایی 95/3 درصد مبتلا به اختلال یا علائم روانشناختی و از میان آنها 41 درصد (51 نفر) دچار PTSD می‌باشند. (20)

بنظر می‌رسد، مطالبی که تا کنون ارائه گردید تا حدودی میزان شیوع این اختلال و همچنین گستردگی علائم آزار دهنده آن، ضرورت توجه به این اختلال و درمان آن را نشان داده باشد

مدل‌های پیش‌بالینی نظیر درماندگی آموخته شده، افروزش (Kindling) و حساس‌سازی در حیوانات به نظریه‌هایی در موردگیرنده‌های نوراپی‌نفرین، دوپامین، افیونهای درونزاد و بنزودیازپین و نیز محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال انجامیده است. سایر یافته‌های زیستی عمده عبارتند از؛ افزایش فعالیت و پاسخدهی دستگاه عصبی خودکار که شاهدش بالا بودن فشار خون، تعداد ضربان قلب و نابهنجاری ساختار خواب (از جمله منقطع بودن خواب و افزایش نهمتگی خواب) است. (1)

به همین دلیل در تحقیقات متعدد، گروه‌های مختلف دارویی جهت کاهش علائم این اختلال بکار رفته است، به برخی از مطالعاتی که برای درمان بیماران دچار PTSD انجام شده اشاره خواهد شد.

در مطالعه‌ای بازنگری آلبوچر و لیبرزون (2001) مقالات موجود در مورد درمان‌های مؤثر در PTSD را بین سال‌های 1966 تا 2001 را مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند با در نظر گرفتن اثر بخشی کلی و عوارض جانبی SSRI انتخاب اول برای درمان PTSD هستند و نیز اعلام کردند داروهای تثبیت کننده خلق و داروهای ضد روانپریشی جدید و ضدافسردگی‌های جدیدتر هم ممکن است در درمان PTSD مؤثر باشند اما نیاز به تحقیقات بالینی بیشتری دارند. (21)

پرازوسین یک آنتاگونیست گیرنده  $\alpha_1$  آدرنرژیک است که به راحتی وارد مغز می‌شود و بر روی گیرنده  $\alpha_1$  مغز نیز اثر می‌کند. پرازوسین سال‌ها برای درمان بیماران مبتلا به فشار خون بالا و همچنین بیماران

دچار انسداد ادراری به دلیل بزرگ شدن خوش خیم پرستات مورد استفاده قرار گرفته است، این دارو رخت‌زا نبوده و به طور وسیعی به صورت ژنریک در دسترس درمانگران می‌باشد. (22)

پرازوسین دارویی است که به خوبی از مجرای گوارش جذب می‌شود. متابولیسم آن احتمالاً کبدی است. نیمه عمر دارو 3-2 ساعت است که در نارسایی قلب ممکن است به دو برابر برسد. زمان لازم برای رسیدن به اوج غلظت این دارو 3-1 ساعت است. این دارو عمدتاً از طریق صفرا و مدفوع دفع می‌گردد. از عوارض اصلی آن کمی فشار خون در حالت ایستاده، ناشی از اولین مقدار مصرف دارو، 30 دقیقه تا 2 ساعت پس از مصرف ایجاد شده و ممکن است شدید باشد. سرگیجه یا منگی، به خصوص هنگام برخاستن از حالت خوابیده یا نشسته، درد قفسه صدی و... با مصرف دارو گزارش شده است در درمان فشار خون بالا 6 تا 15 میلی‌گرم در دو یا سه قسمت منقسم مصرف می‌شود. مقدار شروع 1 میلی‌گرم دو یا سه بار در روز است. (23)

چند مطالعه وجود دارد که از استفاده از پرازوسین برای درمان اختلال خواب و نیز کاهش علائم در PTSD حمایت می‌کند.

رسکین و همکاران (2003) 10 سرباز جنگ ویتنام با PTSD مزمن و کابوس‌های شدید مرتبط با حادثه را مورد مطالعه قرار دادند و نتیجه گرفتند که پرازوسین به طور متوسط 9/5 میلی‌گرم شبانه با SD=0/5 نسبت به پلاسبو در سه نتیجه برتری داشت؛

1. رویاهای آزاردهنده تکراری،

2. اشکال در به خواب رفتن و یا ماندن در خواب،

3. تغییر در علایم و حالات کلی PTSD.

تمام دسته علایم؛ تجربه مجدد، اجتناب کرحتی و بیش‌برانگیختگی و امتیاز کلی، همچنان به میزان قابل توجهی در کسانی که پرازوسین مصرف می‌کردند بهبود یافت و پرازوسین به خوبی تحمل شد. (24)

دنیوی و امیری (1386) در پژوهشی با عنوان مروری بر درمان دارویی کابوس‌های شبانه در اختلال استرس پس از سانحه جنگ، در مطالعات مشخص شد که داروهای کاهنده سیستم نورآدرنژیک مثل پرازوسین، کلونیدین، گوانفسین و ایندرال در کاهش علائم، منجمله کابوس شبانه موثر بودند. داروهای بلوک کننده گیرنده سرتونرژیک مانند ترازودون، نفازودون و سیپروهپتادین در درمان کابوس شبانه و همینطور از SSRIها پاروکستین، سرتالین، فلوکستین در بهبود کیفیت زندگی و آشفتگی های خواب مؤثر بوده‌اند. و نتیجه گرفتند که با توجه به تعداد مقالات و مقایسه پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج از کشور، پرازوسین و نفازودون دو داروی مؤثر در درمان کابوس‌های شبانه می‌باشند. (25)

در سال 2007 مؤسسه پزشکی (IOM) مطالعه‌ای را ارائه کرد برای تعیین اینکه کدام درمان برای PTSD مدارک مستدل و قانع کننده‌تری دارد؛ کمیته IOM 37 مورد کارآزمایی بالینی تصادفی شده دارودرمانی را ارزیابی کرد و اعلام نمود مدارک کافی برای اثر بخشی درمان‌های ذیل ناکافی است:

بلوک کننده‌ای  $\alpha$ آدرنژیک (پرازوسین)، ضد تشنج‌ها (توپیرامات)، آنتی سایکوتیک‌های جدید (الانزاپین و ریسپریدون) بنزودیازپین (آلپرازولام) و مونوآمین اکسیدازها (فنلزین، پروفارمین). (2)

مهارکننده های انتخابی باز جذب سرتونین (SSRI) نظیر سرتالین و پاروکستین به دلیل کارآیی، قابل تحمل بودن و بی خطر بودنشان، خط مقدم درمان PTSD را شامل می‌شوند؛ این داروها علایم مربوط به تمام گروه‌های علامتی PTSD را کاهش می‌دهند، به علاوه در رفع علائمی که مشابه افسردگی یا سایر اختلالات اضطرابی هستند نیز مؤثرند از دیگر داروهای سرتونرژیک بوسپیرون است که احتمالاً مفید می‌باشد. (1)

در یک مطالعه بازنگری سیستماتیک برای یافتن داروی آلترناتیو ضد افسردگی در PTSD که توسط برگر و همکاران (2008) صورت گرفته ضمن اشاره به این موضوع که تنها حدود 60 درصد از بیماران PTSD به خط اول درمان این اختلال یعنی SSRI پاسخ می‌دهند در این بازنگری به این نتیجه رسیده‌اند که تنها داروهایی که به عنوان آلترناتیو ضد افسردگی با قدرت مطالعه بالا برای استفاده در PTSD مورد