

اختلالات اضطرابی

بر اساس «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان»
ویژه پزشکان عمومی در طرح تحول نظام سلامت

اضطراب چیست؟

- همه افراد زمانهایی اضطراب را تجربه کرده اند.
- اضطراب به صورت یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم نگرانی، با نشانه های اتونوم سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس فشار در قفسه سینه، ناراحتی معده، بیقراری تظاهر می کند.
- گاهی اضطراب یک سیگنال هشدار دهنده است و فرد را از وجود خطر قریب الوقوع مطلع می کند و او را قادر می سازد تا برای سازگاری یا مقابله با تهدید آماده شود.
- توجه: ترس در پاسخ به خطری معلوم، بیرونی، و معین ایجاد می شود

اختلالات اضطرابی

۱. اختلال پانیک
۲. اختلال اضطراب منتشر
۳. اختلال وسواسی جبری
۴. فوبی اختصاصی
۵. اختلال اضطراب اجتماعی
۶. اختلال استرس حاد
۷. اختلال استرس پس از سانحه

اختلال پانیک (هراس)

همه گیر شناسی

- شیوع در زنان دو تا سه برابر بیش از مردان
- بیشتر در جوانان: میانگین سنی ۲۵ سالگی. اما در هر سنی دیده می شود
- دوره مزمن و ناتوان کننده هم می تواند داشته باشد

حمله پانیک

دوره ای از ترس و ناراحتی شدید که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض ۱۰ دقیقه به اوج خود می رسد. با حداقل ۴ علامت از نشانه های زیر:

✓تپش قلب	✓حالت تهوع و دیسترس شکمی
✓تعریق	✓منگی و بی ثباتی احساس سبکی سر یا غش کردن
✓لرزش	✓واقعیت زدودگی یا شخصیت زدودگی
✓احساس کوتاه شده تنفس	✓ترس از از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن
✓احساس خفقان	✓احساس گز گز و مور مور شدن
✓ناراحتی و درد قفسه سینه	✓احساس داغ شدن و لرز

حمله پانیک

- مدت حمله به طور متوسط ۲۰ تا ۳۰ دقیقه طول می کشد. بندرت بیش از ۱ ساعت
- حملات پانیک تکرار شونده و غیر منتظره است

معیارهای تشخیصی اختلال پانیک با یا بدون آگورافوبیا

الف) موارد ۱ و ۲ هر دو باید باشند:

۱. حملات هراس (پانیک) مکرر و غیر منتظره

۲. حداقل یکی از حملات با یک ماه (یا بیشتر) از یکی از موارد زیر (یا بیشتر) همراه باشد:

- نگرانی دائمی از بروز حملات بیشتر

- نگرانی راجع به حملات یا عواقب آنها (مثل از دست دادن کنترل، حمله قلبی، دیوانه شدن)

- تغییر چشمگیر در رفتار به دلیل حملات

ب) وجود یا عدم وجود آگورافوبیا

پ) حملات هراس به دلیل اثر مستقیم فیزیولوژیک مواد یا بیماری طبی زمینه ای نباشد.

ت) حملات هراس را نتوان توسط دیگر اختلالات روانی (مثلا فوبیای اجتماعی، فوبیای

اختصاصی، اختلال وسواسی-جبری، اختلال استرس پس از حادثه، اختلال اضطراب

جدایی) توجیه نمود.

گذرهراسی

Agoraphobia

- اضطراب از قرار گرفتن در محیط و یا مکانی که رهایی از آن سخت باشد و یا موجب شرمنده شدن فرد شود و یا این که در صورت بروز حملات پانیک یا علائم شبیه آن امکان کمک گرفتن وجود نداشته باشد.
- به طور معمول ترس فرد از موقعیت های مشخصی مانند قرار گرفتن در محیط خارج از منزل، محیط های شلوغ یا ایستادن در صف، قرار گرفتن روی پل، مسافرت با اتوبوس، قطار، اتومبیل است.
- ممکن است فرد با یا بدون حمله پانیک این اضطراب را داشته باشد.

اختلال اضطراب منتشر

اپیدمیولوژی

- نسبت ابتلا زن به مرد حدود دو به یک
- معمولا در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می شود
- همراهی با افسردگی

معیارهای تشخیصی برای اختلال اضطراب منتشر

الف) اضطراب و نگرانی بیش از حد که در بیشتر روزهای یک دوره زمانی حداقل ۶ ماهه وجود داشته باشد.

ب) کنترل این نگرانی برای فرد مشکل است.

پ) اضطراب و نگرانی با سه تا (یا بیشتر) از شش علامت زیر همراهی دارند:

۱. بیقراری یا احساس برانگیختگی

۲. خستگی پذیری زودرس

۳. مشکل در تمرکز یا خالی بودن ذهن

۴. تحریک پذیری

۵. تنش عضلانی

۶. آشفتگی خواب (مشکل در به خواب رفتن یا تداوم خواب یا خواب بدون آرامش)

معیارهای تشخیصی برای اختلال اضطراب منتشر

- (ت) موضوع نگرانی و اضطراب را به دیگر اختلالات روانی نمی توان ربط داد.
- (ث) اضطراب یا علایم جسمانی باعث ناراحتی و کاهش عملکرد بارز در حیطه های عملکردی اجتماعی، شغلی یا دیگر جنبه های مهم زندگی می شود.
- (ج) این اختلال به دلیل اثر مستقیم فیزیولوژیک مواد یا بیماری طبی زمینه ای نیست و در طی یک اختلال خلقی، سایکوتیک یا یک اختلال رشدی فراگیر اتفاق نیافتاده است.

اختلال وسواسی جبری

اپیدمیولوژی

- احتمال ابتلای مرد و زن یکسان
- سن شروع این اختلال حدود بیست سالگی اما در کودکان هم شایع است
- گاه ماهیت مزمن و ناتوان کننده

معیار های تشخیصی برای اختلال وسواسی - جبری

• وسواس با ۴ ویژگی زیر مشخص می گردد:

۱. افکار، تکانه ها یا تصاویری راجعه است که فرد در طول مدت زمانی از این اختلال، به شکل افکار مزاحم و نامتناسب تجربه میکند و میتواند باعث ناراحتی یا اضطراب بارز شود. افرادی که به این اختلال مبتلا هستند تشخیص می دهند که این افکار ناخواسته بی اساس هستند و معمولاً بر اساس آنها عمل نمی کنند (مانند ترس از صدمه زدن به فرزندان)، ولی این افکار بسیار رنج آور بوده و برایشان سخت است برای دیگران آن را بازگو کنند.
۲. این افکار، تکانه ها یا تصاویر، تنها نگرانیهای ساده در مورد مشکلات واقعی زندگی نیستند.
۳. فرد تلاش برای سرکوب کردن یا نادیده انگاشتن چنین افکار، تکانه ها یا تصاویری می کند یا آن را با افکار یا رفتارهای دیگری خنثی می کند.
۴. فرد تشخیص می دهد که این افکار وسواسی، تکانه ها یا تصاویر توسط ذهن خودش تولید شده است نه این که از خارج به او تحمیل شده باشد مانند آنچه در هذیان کاشت فکر دیده می شود.

معیارهای تشخیصی برای اختلال وسواسی - جبری

• رفتارهای جبری (اجبارها) با ۲ ویژگی زیر مشخص می گردد:

۱. فرد در پاسخ به به یک وسواس فکری یا به دلیل قوانینی سفت و سختی که باید رعایت شود، دست به رفتارهای تکراری میزند (مانند شستن مکرر دست، مرتب کردن و چک کردن)، یا اعمال ذهنی تکراری انجام میدهد (مانند شمارش، تکرار کلمات در سکوت)
۲. این رفتارها یا اعمال ذهنی با هدف جلوگیری یا کاهش ناراحتی، یا پیشگیری از حادثه یا موقعیت بدی انجام می شود. در هر حال این رفتارها یا اعمال ذهنی روش های منطقی و واقع گرایانه ای نیستند و یا اینکه بطور واضحی نوعی زیاده روی به شمار می رود.

معیار های تشخیصی برای اختلال وسواسی - جبری

- فرد اذعان دارد که زمانی در طول سیر بیماری این وسواس یا اجبار، غیر منطقی یا بیش از حد بوده است. این ویژگی در مورد کودکان صدق نمی کند.
- این وسواس یا اجبار باعث ناراحتی بارزی شده و زمانبر است (بیش از ۱ ساعت در روز وقت می برد)، و یا بطور بارزی در زندگی طبیعی فرد، عملکرد شغلی یا تحصیلی و یا فعالیتهای اجتماعی یا ارتباطات فردی او ایجاد اشکال می کند.
- اگر اختلال دیگری وجود داشته باشد، محتوای وسواس یا اجبار محدود به آن اختلال نمی شود،
- این اختلال به دلیل اثر مستقیم فیزیولوژیک مواد یا بیماری طبی زمینه ای نیست.

ارزیابی و درمان اختلالات اضطرابی

ارزیابی میزان خطر

- شرایط اضطراری و ناپایدار پزشکی
- دلیریوم
- علائم سایکوز
- تمایل به خودکشی
- امکان آسیب رساندن به دیگران و اعمال خشونت
- شواهد مسمومیت با مواد

شرح حال و معاینه فیزیکی

- سابقه اختلالات اضطرابی در فرد (که شامل اضطراب در دوران کودکی هم میشود)
- سابقه اختلالات اضطرابی در خانواده،
- سابقه بیماری شدید یا مزمن جسمانی
- وقایع استرس زای اخیر در زندگی
- سابقه سوء مصرف مواد یا داروها
- متغیرهای روانی اجتماعی
 - وضعیت خانه، والدین و خانواده
 - ویژگیهای فرهنگی
 - وضعیت شغلی
 - وضعیت اقتصادی

شرح حال و معاینه فیزیکی

- معاینه کامل وضعیت جسمانی را نیز انجام دهید.
- انجام آزمونهای آزمایشگاهی در صورت لزوم شامل: CBC، سطح کراتینین، کلسیم و الکترولیتها، آزمایش عملکرد تیروئید و الکتروکاردیوگرام بر حسب مورد می باشد.

بررسی نشانه های اختلالات اضطرابی

- انتظار یک حادثه بد
 - احساس برانگیختگی
 - نگرانی بیش از حد
 - تحریک پذیری
 - اجتناب از موقعیتهایی که فرد از آن می ترسد
 - شکایات غیرقابل توجه جسمی (تپش، سردرد، غش، گیجی)
 - هیپرونتیلیاسیون
 - تنش عضلانی مخصوصاً در شانه ها، گردن و فک
 - رفتارهای آئینی جهت کاهش اضطراب و اجبار گونه
 - احساس جدایی از خود
 - احساس جدایی از واقعیت
 - تفکر فاجعه بار (دنیا جای کثیفی است، اتفاق بدی خواهد افتاد)
- راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان (مبتنی بر mhGAP)

بررسی ویژگیهای علایم

- ماهیت و تواتر علامت (روزانه یا هفتگی و شدت آنها)
- شروع آهسته یا سریع یا ناشی از یک حادثه
- طول مدت علامت
- موقعیتهایی که باعث بروز یا تشدید علامت هستند
- میزان اضطراب هنگام انتظار برای حادثه قریب الوقوع
- برانگیختگی اتونوم فرد زمانی که با موقعیت هراس آور روبرو میشود
- میزان تکرار اجتناب یا رفتارهای آئینی (Ritualistic)

بررسی اختلال عملکرد

- عملکرد فرد بطور کلی ارزیابی می شود که شامل عملکرد اجتماعی، شغلی و روانشناختی می باشد.
- اختلال عملکرد هر فرد بر اساس قضاوت پزشک در مورد سطح کلی عملکرد

بررسی نشانه های اختلال افسردگی (بعنوان تشخیص افتراقی)

- خلق غالب
- سن شروع کمتر
- آثار روانی اجتماعی کمتر
- محتوای شناختی

بررسی نشانه های اختلالات سوء مصرف مواد یا الکل

- مصرف زیاد الکل یا سایر مواد
- مصرف مواد برای کم کردن اضطراب
- سابقه سوء مصرف بنزودیازپین یا باربیتورات
- سابقه خانوادگی یا شخصی از مشکلات مربوط به الکل، سایر مواد یا دار وها
- پذیرش ضعیف برای درمان اضطراب
- پاسخ ضعیف به درمان اضطراب و افسردگی

بررسی شواهد سایکوز

- هذیان
- توهم شنوایی یا بینایی
- بیربط گویی
- رفتار کاتاتونیک (مثلا بی حرکتی یا آشفستگی بیش از حد)
- رفتارهای عجیب و غریب، **Negativism** یا منفی کاری بیش از حد و **Mutism** یا ناگوئی
- عاطفه نامتناسب، عجیب و غریب و غیر طبیعی

نقش داروها در ایجاد علائم اضطرابی

- Stimulant and sympathomimetic
 - Theophylline
 - Pseudoephedrine
 - Albuterol
- Antiparkinsonian agents
- Cardiovascular
- Antidepressant (especially SSRIs)
- Corticosteroids
- Insulin
- Thyroid preparations
- Caffeine preparations

نقش وضعیت و بیماریهای جسمی در ایجاد علائم اضطرابی

- **Cardiopulmonary**
 - Arrhythmias
 - Mitral valve prolapse
 - Pulmonary embolism
 - Chronic obstructive pulmonary disease
 - Asthma
 - Congestive heart failure
- **Neurological**
 - seizure disorder
 - Head injury,
 - Vestibular disease
- **Metabolic and Endocrine**
 - Hyper- or hypothyroidism,
 - Hyperparathyroidism
 - Hypoglycemia,
 - Adrenal dysfunction
 - Pheochromocytoma,
 - Vitamin B₁₂ deficiency
- **Inflammatory and infectious**
 - systemic lupus erythematosus
 - HIV

توصیه های کلی برای درمان اختلالات اضطرابی

- گوش فرا دادن به صحبت‌های بیمار و سوال پرسیدن
- درگیر کردن خانواده، دوستان و سایر افراد حمایتگر بیمار را در فرایند درمان
- آموزش در مورد اختلالات اضطرابی
- توصیه به ایجاد تغییرات مناسب و قابل انجام در شیوه زندگی فرد
- یافت عامل استرس و فشار را در زندگی فرد و پیدا کردن راه های کاهش آن
- آموزش تمرین تنفس آهسته
- آموزش روش های حل مشکل
- آموزش روش های آرام سازی (relaxation)
- ارجاع به روانپزشک در مواقع ضروری

موارد نیازمند ارجاع به یا مشاوره با روانپزشک

- وجود خطر جدی خودکشی یا آسیب به خود
- وجود علایم سایکوتیک
- تشخیص، مبهم به نظر میرسد و احتیاج به ارزیابی بیشتر دارد.
- وجود دوره های انفکاک (Dissociation)
- بیمار از سایر اختلالات اضطرابی مانند اختلال فوبیای شدید اختصاصی یا اجتماعی، اگورافوبیا، اختلال استرس پس از حادثه یا اختلال استرس حاد، یا اختلال اضطرابی ناشی از سوء مصرف مواد رنج می برد.
- اختلالات اضطرابی، ناشی از دارو یا یک اختلال یا وضعیت طبی زمینه ای است.
- حمایت اجتماعی کافی برای فرد وجود ندارد.
- اختلالات همراه دیگری وجود دارد.
- احساس می کنید توانایی و مهارت کامل در درمان فرد ندارید.
- بهبودی در علایم دیده نمی شود.
- بیمار روان درمانی را برگزیده است.

بحث در مورد گزینه های درمانی و ترجیحات بیمار / آموزش بیمار و خانواده

- سه گزینه درمانی برای درمان این اختلال وجود دارد:

۱. دارودرمانی

۲. روان درمانی

۳. ترکیب هر دو روش

- توجه: قدم اول در سطح پزشک عمومی درمان دارویی است، سپس امکان اضافه شدن روان درمانی وجود دارد.

- به بیمارتان بگویید که:

- این اختلال بسیار شایع است

- علایم جسمانی که او تجربه میکند ناشی از این اختلال است و با درمان، بهبود قابل توجه می یابد.

- در صورت عدم درمان، آسیب خواهد دید.

دارو درمانی

- انتخاب دارو معمولاً بر اساس سن بیمار، سابقه قبلی درمانی، ایمن بودن در صورت بیش مصرف، عوارض جانبی، بیماری‌های طبی همزمان، سابقه پاسخ خانوادگی یا شخصی قبلی و هزینه داروها صورت می‌گیرد.

• فواید:

۱. احتمال پاسخ درمانی اولیه سریعتر وجود دارد.
۲. بسیاری از بیماران دارو خوردن را به رواندرمانی ترجیح می‌دهند.

• ضعف‌ها:

۱. دارو‌ها باید به طور مداوم و دقیقاً همانطور که نسخه شده‌اند، مصرف شوند.
۲. احتمال ایجاد عوارض جانبی و تداخل وجود دارد.
۳. نیاز است که دارو‌ها مدت زمان طولانی مصرف شوند.

درمان اختلال پانیک (هراس)

- مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین **SSRIs** خط اول درمان هستند:
- کارایی ثابت شده
- سمیت کمتر
- استفاده از آنها راحتتر

توجه به نکات زیر ضروری است:

- اطمینان از تیتراسیون مناسب دارو و مدت لازم برای شروع اثر قبل از اعلام شکست درمان
- امکان افزایش گذرای اضطراب بارزترین عارضه داروهای دسته ضد اضطراب در ابتدای درمان
 - شروع با دوزهای پایین
 - استفاده از یک دوره کوتاه درمان با آلپرازولام یا کلونازپام در کنار این دارو

درمان اختلال پانیک (هراس)

- پیشگیری از احتمال وابستگی و سوء مصرف BZD
 - برای افرادی که سابقه سوء مصرف مواد و الکل دارند، تجویز نشوند
 - به مدت ۲ تا ۳ هفته استفاده شوند و به تدریج کاهش یافته و قطع گردند و درمان با SSRIs به تنهایی ادامه یابد.
- آموزش به بیمار و خانواده
- پایش بیمار از نظر دوره های مانیا در بیماران دوقطبی یا سایکوز
- قطع تدریجی دارو
- حتما قبل از تجویز هر دارو، از تمام موارد لازم در مورد تجویز آن اطلاع حاصل کنید.

درمان اختلال اضطراب منتشر

• خط اول: مهارکننده انتخابی باز جذب سروتونین (SSRI)

– بارزترین عارضه افزایش گذرای اضطراب در ابتدای درمان (توصیه های ذکر شده قبلی مورد توجه قرار گیرد)

• خط دوم: بوسپیرون

- شروع اثر این دارو چند هفته طول می کشد.
- در کاهش علائم شناختی موثرتر از علائم جسمانی عمل میکند.
- تأثیر آن دیرتر از بنزودیازپین ها است، ولی در مقابل، ایجاد وابستگی و تحمل نمی کند.
- یک رویکرد مناسب برای دستیابی به پاسخ سریعتر، استفاده همزمان از بوسپیرون و یک بنزودیازپین و سپس قطع تدریجی بنزودیازپین بعد از ۲ تا ۳ هفته و ادامه درمان با بوسپیرون است.

درمان اختلال اضطراب منتشر

• خط سوم: بنزودیازپین ها

- مدت زمان استفاده از این دارو باید محدود باشد، زیرا احتمال ایجاد تحمل و وابستگی وجود دارد: ۲ تا ۶ هفته برای درمان و ۱ تا ۲ هفته برای کم کردن تدریجی در نظر بگیرید و سپس دارو را قطع کنید.
- مشکلات همراه با این دارو زیاد است، تحمل و وابستگی ایجاد می کنند، فرد را خواب آلود می کنند و در ۲۵ تا ۳۰ درصد موارد با شکست مواجه می شوند.
- بیمارانی که بنزودیازپین شروع می کنند، با قطع آن مشکل دارند، زیرا در قطع آن اضطراب بازگشتی و علائم محرومیت شدید تا متوسط دیده می شود.

پیشگیری از بروز عوارض ناشی از بنزودیازپین

- دارو را بتدریج قطع کنید.
- قبل از شروع به قطع تدریجی بنزودیازپین کوتاه اثر، آن را به نوع طولانی اثر تبدیل کنید و سپس شروع به قطع تدریجی آن کنید.
- همراه با این دارو ها از یک SSRI استفاده کنید
- شایعترین اشتباه، تجویز آنها به مدت نامحدود است: نسخه ها را به گونه ای بنویسید که فقط برای همان دوره درمانی استفاده شوند و قابل تجدید کردن نباشند.

پایش درمان

- درمان را هر ماه پایش کنید و گزارش هر دو هفته رابط درمان درباره عوارض جانبی داروها و پایبندی به درمان را ارزیابی کنید.
- عوارض جانبی:
- عوارض کوتاه مدت شایع SSRIs ها که روی پایبندی به درمان اثر می گذارد عبارتند از:
 - بیخوابی، بیقراری و اضطراب، کاهش اشتها، سردرد، تهوع و مدفوع شل. اگر رژیم های درمانی را با دوز های پایین شروع کنید میتوانید تا حدود زیادی از این عوارض جلوگیری کنید. مصرف دارو در صبحها به بهتر شدن بیخوابی کمک می کند.
- شایع ترین عارضه جانبی بلند مدت SSRIs اختلال عملکرد جنسی (کاهش لیبیدو، ارگاسم تاخیری، کاهش لوبریکاسیون واژن در زنان) است.
 - استفاده از بوپروپیون یا سیپروهپتادین به کاهش این عوارض و پایبندی به درمان کمک می کند.

تغییر دارو و تبدیل آن به داروی دیگر

- برای شروع داروی بعدی، حتما داروی قبلی را بتدریج قطع کنید
- سندرم قطع در SSRIsها مشاهده شده است.
- نکته مهم دیگری بروز سندرم مرکزی سروتونین است. علائم آن شامل تعریق، تب، تاکی کاردی، افزایش فشار خون، تغییر وضعیت روانی و علائم شدیدتر شامل تب شدید، کلاپس قلبی- عروقی و در نهایت مرگ میباشد.
- خطر بروز سندرم، زمانی افزایش می یابد که دو داروی سروتونرژیک با هم با فاصله خیلی کم تجویز شوند. توصیه می شود که حداقل به اندازه ۵ برابر نیمه عمر یک دارو یا متابولیت هایش صبر کنیم تا بتوانیم درمان را با داروی دوم آغاز کنیم.

ارزیابی پاسخ به درمان

- پاسخ به درمان را در یک ماه ارزیابی کنید.
- – در مورد اختلال وسواسی-جبری بطور معمول اثرات درمانی ۴ تا ۶ هفته پس از شروع درمان مشاهده می شود، ولی برای مشاهده حداکثر اثرات درمانی معمولاً ۸ تا ۱۶ هفته زمان نیاز دارد.
- در صورت بهبودی نسبی یا عدم بهبودی دوز درمان را تنظیم نمایید.
- اگر از ابتدا یا پس از تنظیم دوز دارو بهبودی قابل توجهی مشاهده کردید، درمان را تا ۲ ماه دیگر ادامه دهید و بیمار را هر ماه ارزیابی کنید.
- در صورت بهبودی درمان نگهدارنده را برای ۱۲ ماه ادامه دهید. پیگیری مشتمل بر پیشگیری از تکرار مجدد، آموزش بیمار و خانواده اش خواهد بود.
- تصمیم در مورد قطع درمان باید پس از مشورت با روانپزشک صورت گیرد.
- در صورت شکست در هر کدام از موارد فوق ارجاع به روانپزشک ضروری است.

جدول - داروهای مورد استفاده در اختلالات اضطرابی

توضیحات	دوز برای سالمندان	دوز برای بزرگسالان	دارو
	شروع: ۱۰ mg/d حداکثر: ۴۰ mg/d	شروع: ۱۰ mg/d دوز درمانی: ۴۰ mg/d (طیف: ۱۰-۶۰ mg/d) حداکثر: ۶۰ mg/d	پاروکستین
	شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۵۰-۱۰۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d	شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۵۰-۱۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d	سرترالین
در مورد اختلال اضطراب منتشر توصیه نمی‌شود. درمورد اختلال وسواسی-جبری از دوزهای بالاتر می‌توان استفاده کرد یعنوان مثال ۸۰ mg فلوکستین در روز	شروع: ۱۰ mg/d طیف: ۲۰-۶۰ mg/d حداکثر: ۶۰ mg/d	شروع: ۱۰ mg/d طیف: ۲۰-۶۰ mg/d حداکثر: ۶۰ mg/d	فلوکستین
	شروع: ۱۰ mg/d در صورت عدم پاسخ تا ۴۰ mg/d افزایش دهید	شروع: ۱۰ mg/d طیف: ۲۰-۴۰ mg/d حداکثر: ۶۰ mg/d	سیتالوپرام
	با مقادیر پایین شروع کنید و به آهستگی افزایش دهید	شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۱۰۰-۳۰۰ mg/d (۲ دوز منقسم)	فلووکسامین
در اختلال اضطراب منتشر استفاده می‌شود	شروع: ۵ mg/d BD طیف: ۱۵-۶۰ mg/d BD حداکثر: ۶۰ mg/d	شروع: ۷/۵ mg/d BD طیف: ۱۵-۶۰ mg/d BD حداکثر: ۶۰ mg/d	بوسپیرون
	شروع: ۰/۲۵ mg BD در صورت نیاز به میزان ۰/۱۲۵ mg/d افزایش دهید	شروع: TDS mg/d ۰/۲۵ - ۰/۱۵ اختلال پانیک: طیف: ۰/۱۵ - ۶ mg/d اختلال اضطراب منتشر: طیف: ۰/۱۵ - ۴ mg/d	آپرازولام
عمدتاً در اختلال هراس استفاده می‌شود.	مثل بزرگسالان با مقادیر پایین شروع کنید و بیمار را به دقت پایش نمایید	شروع: ۰/۲۵ mg/d TDS طیف: ۰/۱۵ - ۲ mg/d حداکثر: ۳ mg/d	کلونازپام
عمدتاً در اختلال اضطراب منتشر استفاده می‌شود.	استفاده نشود	۱۵-۱۰۰ mg/d (۳ تا ۴ دوز منقسم)	کلردیازپوکساید

SSRI

بنزودیازپین

خطاهای رایج مشاهده شده در نسخ

- دو SSRI باهم
- دو بنزودیازپین باهم
- دوز ضد افسردگی باهم
- دوز کمتر از محدوده موثر
- تداخلات دارویی
- استفاده از داروهای غیر معمول

کرد را از نظر ابتلای هم‌زمان به افسردگی متوسط تا شدید بررسی کنید

- علائم اصلی افسردگی: خلق افسرده، از دست دادن احساس لذت، کاهش انرژی
- سایر جنبه‌های افسردگی: عدم تمرکز، کاهش عزت و اعتماد به نفس، احساس گناه، بدبینی نسبت به آینده، افکار خودکشی، اختلال خواب و اشتها

آیا علائم افسردگی مشاهده می‌شود؟

بله

مخزون بر اقدام بر مبنای این نمودار به مشول افسردگی هم مراجعه کنید.

خیر

کرد را از نظر وجود جنبه‌های سایکوتیک بررسی کنید.

- گفتار گسسته و نامربوط
- حذیان ها
- توهمات (شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی)
- گوشه گیری، بیقراری، رفتار درهم ریخته، کاتاتونیا
- باور به این موضوع که افکار در ذهن آنها گذاشته شده یا افکار آنها بخش می‌شود.
- اختلال عملکرد

آیا شواهدی از سایکوز در فرقه دیده می‌شود؟

بله

به مشول سایکوز/اختلال دوقطبی مراجعه کنید.

خیر





تعلق فرد را به گروه‌های خاص بررسی کنید.

- زنان در دوران حاملگی و شیردهی
- کودکان و نوجوانان
- افراد دچار اختلال صدهی سوء مصرف مواد و الکل

آیا قره به گروه‌های خاص تعلق دارد؟

بله

ارجاع به روان‌پزشک

خیر

فرد را از نظر وجود بیماری‌های طبیی همراه یا مصرف داروها و مواد اضطراب‌آور بررسی کنید. (ANX2)

- اختلالات نورولوژیک: تویلامین، میگرن، سرخ، MS
- بیماری قلبی: عروقی، بیماری‌های تنفسی، آنمی
- اختلالات آندوکراین: بیماری‌های تیروئید، فتوکروموسیتوم
- اختلالات التهابی: SLE، آرتریت روماتوئید
- اختلالات گوارشی: IBS، زخم پپتیک
- سایر موارد: بدخیمی‌ها، عفونت‌های مزمن، اورس
- داروها و مواد اضطراب‌آور مانند کافئین، مواد محرکه ترک مواد مخدر

آیا قره بیماری طبیی همراه دارد؟

خیر



بله

- اختلال اضطرابی و بیماری همراه را همزمان درمان کنید (درمان اختلال اضطرابی در ادامه ذکر شده است) و در مورد مصرف داروها و مواد اضطراب‌آور اقدام مورد نیاز را انجام دهید.
- پذیرش درمان برای بیماری طبیی همراه را پیش کنید. اختلال اضطرابی می‌تواند در پای‌بندی فرد به درمان بیماری طبیی اختلال ایجاد کند.



همه‌ی موارد زیر را بررسی کنید.

آیا فرد دچار حملات اضطرابی تکرار شونده است؟

- حملات شدید اضطرابی که تکرار شونده است و همراه با علائم جسمی و روان‌شناختی است.
- حملات به صورت خود به خود و بدون محرک بیرونی هم رخ می‌دهد.
- بیمار نگران بروز حملات مجدد است یا این حملات باعث اختلال در فعالیت‌های روزمره‌ی فرد شده است

آیا هر سه معیار فوق و جوه دارد؟

آیا فرد دچار اضطراب‌های طولانی مدت است؟

- نگرانی و اضطراب در مورد مسائل مختلف به مدت ۶ ماه یا بیشتر به گونه‌ای که در فعالیت‌های روزمره فرد اختلال ایجاد کرده باشد.
- وجود علائم جسمی و روانی مانند تپش قلب، بی‌قراری، تحریک پذیری، اختلال خواب، دردهای عضلانی، لرزش

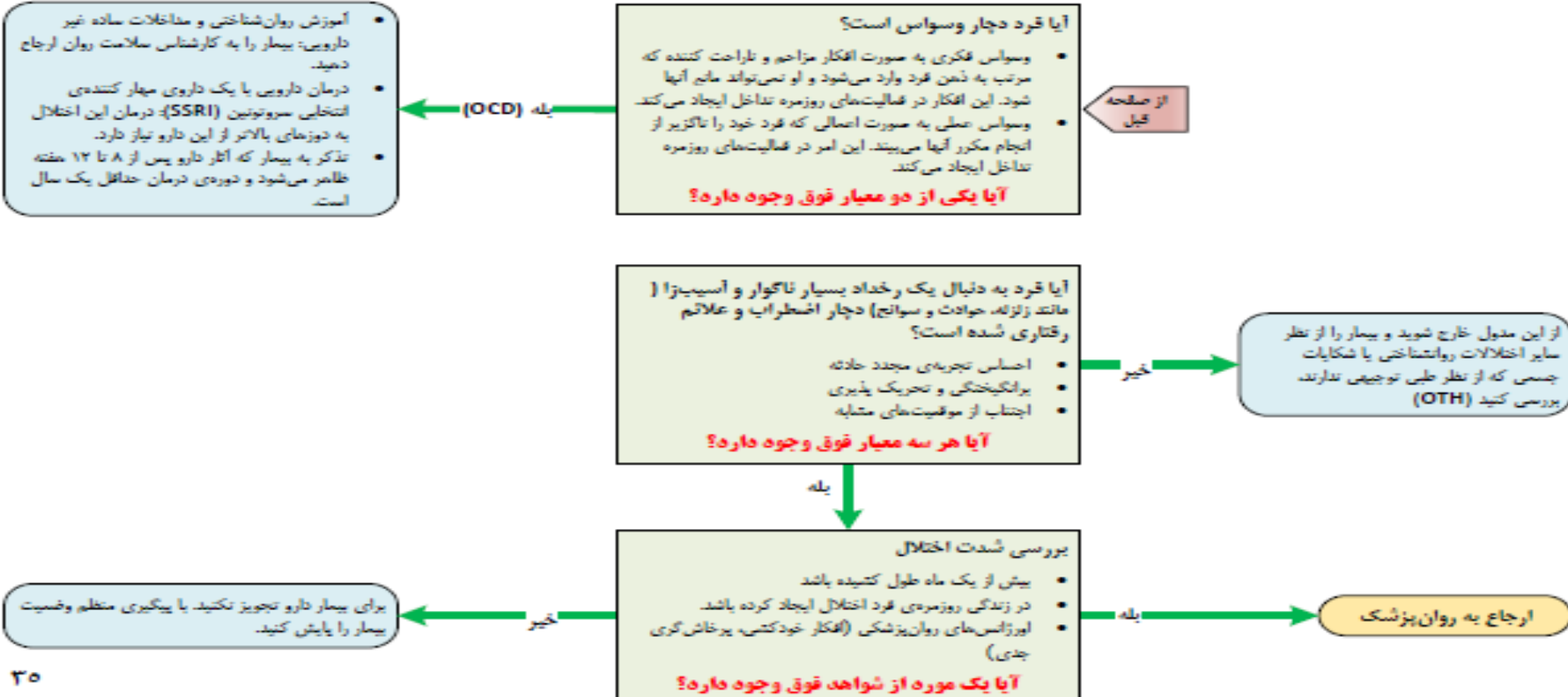
آیا هر دو معیار فوق و جوه دارد؟

بله (Panic)

بله (GAD)

- آموزش روان‌شناختی و مداخلات ساده غیر دارویی: بیمار را به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.
- درمان دارویی با یک داروی مهار کننده‌ی انتخابی سروتونین (SSRI)
- تجویز بنزودیازپین به صورت کوتاه مدت
- تذکر به بیمار که آثار دارو پس از دو تا سه هفته ظاهر می‌شود و دوره‌ی درمان حداقل یک سال است.





موارد زیر را بررسی کنید.

پیدایش علائم افسردگی را در بیمار بررسی کنید.

- علائم اصلی افسردگی: خلق افسرده، از دست دادن احساس لذت، کاهش انرژی
- سایر جنبه‌های افسردگی: عدم تمرکز، کاهش عزت و اعتماد به نفس، احساس گناه، بدبینی نسبت به آینده، افکار خودکشی، اختلال خواب و اشتها

آیا علائم افسردگی مشاهده می‌شود؟

خیر

بله

افزون بر اقدام بر مبنای این نمودار به جدول افسردگی هم مراجعه کنید.

پیدایش جنبه‌های سایکوتیک را در بیمار بررسی کنید.

- گفتار گسسته و نامربوط
- حذیان ها
- توهمات (شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی)
- گوشه گیری، بیقراری، رفتار درهم ریخته، کاتاتونیا
- باور به این موضوع که افکار در ذهن آنها گذاشته شده یا افکار آنها پخش می‌شود.
- اختلال عملکرد

آیا شواهدی از سایکوز در فرد دیده می‌شود؟

خیر

بله

به جدول سایکوز/اختلال دو قطبی مراجعه کنید

بیمار در مرحله بعد





آیا شرکت در جلسات آموزشی به بیمار توصیه شده بود؟

بله

در صورتی که بیمار در جلسات آموزش شرکت نکرده است، دلیل آن را جویا شوید و او را برای شرکت در جلسات متقاعد کنید.

خیر

بیمار را با توجه به مصرف دارو و پاسخ به درمان ارزیابی کنید.

- مصرف منظم دارو
- پیدایش عوارض دارویی
- میزان بهبود علائم

به کمک جدول صفحه‌ی بعد اقدام مناسب را انجام دهید.



اختلال اضطراب

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

ANX 1.2

پاسخ نداده است		پاسخ داده است		پاسخ به درمان	پای بندی به مصرف منظم دارو
عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارد	عوارض ندارد	عوارض دارویی	
<ul style="list-style-type: none"> امکان تغییر دارو را بررسی کنید. در صورتی که امکان تغییر دارو وجود ندارد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> بیماری‌های همزمان طبی که اضطراب را ایجاد یا تشدید می‌کند، در صورت وجود، درمان کنید. به بیماران مسن برای مشاهده‌ی پاسخ فرصت بدهید. امکان افزایش دوز دارو یا تغییر آن را بررسی کنید. در صورتی که افزایش دوز/ تغییر دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید. 	<ul style="list-style-type: none"> اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، در صورت امکان، دوز دارویی بیمار را کاهش و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6) 	<ul style="list-style-type: none"> اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، درمان را ادامه دهید. اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6) در ۶ ماه اول هر یک ماه و پس از آن در فواصل بیشتر، ترجیحاً دو ماه یک بار، بیمار را ویزیت کنید. 	پای بند است	
<ul style="list-style-type: none"> مطل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. ممکن است پای بند نبودن به درمان به علت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو و/ یا درمان عوارض بیمار به درمان پای بند و علامت او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. اگر مصرف پای بند نبودن ناشی از عوارض دارو است و نمی‌توان دوز آن را کاهش داد، تویض دارو را در نظر بگیرید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> مطل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، تویض دارو را در نظر بگیرید. بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> مطل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، در صورت امکان، دوز دارویی بیمار را کاهش و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6) 	<ul style="list-style-type: none"> مطل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6) بیمار را یک ماه دیگر ویزیت کنید. 	پای بند نیست	

اختلالات اضطرابی

- A. مقدمه
- B. اهداف آموزشی
- C. اختلال پانیک
- D. اختلال اضطراب منتشر
- E. اختلال وسواسی جبری
- F. سایر اختلالات اضطرابی
- G. ارزیابی و درمان اختلالات اضطرابی
- H. نمایش فیلم
- I. گایدلاین
- J. سناریو شماره یک
- K. سناریو شماره دو

سناریو شماره یک

- بیمار خانم ۲۲ ساله ، مجرد ، دانشجو که طی ۶ ماه اخیر چندین نوبت به درمانگاه مراجعه کرده و توسط پزشک عمومی ویزیت شده است. در اولین مراجعه علائم سرماخوردگی داشته که در حال حاضر بهبود یافته ولی بیمار نگرانی زیادی در ارتباط با اینکه دچار بیماری ایدز شده است دارد. در هر نوبت مراجعه از پزشک خود می خواهد آزمایشهای زیادی از جمله آزمایش HIV برای او درخواست کند و علی رغم منفی بودن جواب آزمایشها هر بار از پزشک خود اطمینان می خواهد که به بیماری وحشتناکی دچار نشده باشد.

سناریو شماره یک

- بیمار وقت زیادی را صرف جست و جوی اطلاعات مربوط به بیماری های خطرناک از طریق اینترنت کرده و به گفته خواهر وی، بیمار دانشگاه را رها کرده و در طول روز دفعات مکرر و هر نوبت ۳ مرتبه جهت کسب خاطر جمعی در مورد اینکه مبتلا به بیماری خطرناکی نشده از وی سوال می کند.
- همچنین با توجه به این نگرانی، طی روز دفعات مکرر دست های خود را شسته و هر نوبت ۳ مرتبه این کار را تکرار می کند.

سناریو شماره یک

- در مصاحبه افسردگی و سایکوز بدست نیامد، اما اضطراب گاهگاهی همراه با افکار بیمارانگاری تجربه می کند
- سابقه بیماری خاص یا مصرف مواد و الکل و دارو نمی دهد

سناریو شماره یک

تشخیص یا تشخیص های افتراقی را ذکر کنید.

سناریو شماره یک

تشخیص:

وسواس + هیپو کندریازیس ؟

سناریو شماره یک

اقدام مناسب درمانی (دارویی و غیر دارویی) را ذکر کنید

سناریو شماره یک

درمان دارویی:

SSRI

.....

درمانهای غیردارویی

سناریو شماره یک

- بعد از یک ماه مراجعه کرده و عوارضی با دارو نداشته اما بهبودی زیادی در افکارش را بیان نمی کند لیکن احساس آرامش و کاهش اضطرابهای گاهگاهی را عنوان می کند
- **اقدام بعدی چیست؟**

سناریوی شماره دو (ایفای نقش)

- خانمی ۳۸ ساله / متاهل / دیپلمه / صاحب ۲ فرزند ۵ و ۹ ساله / منشی شرکت خصوصی
- با شکایت اصلی کاهش تحمل و بی قراری مراجعه کرده (طی شش ماه اخیر) که البته به اصرار خواهرش مراجعه داشته / از چند ماه قبل اضطراب داشته / از یکماه قبل بدون علت مشخص دچار حمله اضطرابی شدید همراه با احساس خفگی تپش قلب احساس مرگ میشود / به زور و گهگاه سر کار می رود و از وقوع حمله نگران است / وقتی به خانه می رسد پرخاشگری می کند که طی یک ماه اخیر تشدید یافته اما فیزیکی نبوده / فکر و خیال و زیاد می کند و در طول روز مدام نگران است

سناریوی شماره دو (ایفای نقش)

- شب‌ها دیر به خواب می‌رود / صبح زود بیدار است / فکر خودکشی ندارد / بی‌اشتهایی داشته / طی روز احساس خستگی و بی‌انرژی بودن می‌کند / اختلال حافظه پیدا کرده مثلاً اخیراً فراموش کرده پول کلاس بچه‌ها را پرداخت کند / گاهی به یک چیز فکر میکند و ده دقیقه بعد یک فکر دیگر و تمرکز ندارد
- هفته قبل مراجعه به درمانگاه عمومی داشته که بررسی‌های آزمایشگاهی و نوار قلب موردی نداشته است و کلرودیازپوکساید تجویز شده که زیاد موثر نبوده
- سابقه قبلی مراجعه روانپزشکی در خود و خانواده نمی‌دهد و سیگار دارو و مواد مصرف نمی‌کند

سناریو شماره دو

تشخیص یا تشخیص های افتراقی و اقدامات درمانی لازم را ذکر کنید.