

راهکار مطالبات بالینی
ارزیابی اختلالات اضطرابی

تعریف و همه‌گیرشناسی

اضطراب یک جز طبیعی و غیر قابل اجتناب در زندگی هر فرد است. واژه‌ی اضطراب یک واژه کلی است که در بر گیرنده‌ی تغییرات جسمی، روانی و رفتاری می‌باشد که در رویارویی با تهدید و خطر به طور خودکار رخ می‌دهند. این تغییرات شامل احساس منتشر و ناخوشایند و مبهمی از هراس در کنار نشانه‌های اتونوم همچون گیجی، تعریق، اسهال، افزایش فشار خون، تپش قلب، گشادی مردمک‌ها، بی‌قراری، لرزش، افزایش ضربان قلب، تکرر و فوریت ادرازی، گزگز اندامها و سنکوپ می‌باشد. اضطراب زمانی به عنوان یک اختلال تلقی می‌شود که در موقعیتهایی ایجاد شود که خطر واقعی وجود ندارد و یا اینکه پس از رفع موقعیت مخاطره‌آمیز بیش از حد معمول طول بکشد.

اختلالات اضطرابی از شایعترین اختلالات روانپزشکی هستند که منجر به موربیدیتیه بیش از حد، استفاده مفرط از خدمات مراقبت سلامت و اختلال عملکرد می‌شوند. اختلالات اضطرابی مزمن می‌توانند میزان مرگ و میر به علل قلبی-عروقی را افزایش دهند. یک نفر از هر چهار نفر، واجد معیارهای تشخیصی لازم برای حداقل یکی از اختلالات اضطرابی است. زنان در این باره از مردان مستعدتر هستند. شیوع این اختلالات با بالاتر رفتن سطح اقتصادی-اجتماعی افراد کاهش می‌یابد.

شناخت زودرس این اختلالات، مداخله‌ی اولیه در جهت درمان آنها را تسهیل می‌کند. این مداخله باعث کاهش فشار، ناتوانی و بار بیماری می‌شود. از این روست که پزشکان باید بتوانند به سرعت، اختلالات اضطرابی را تشخیص دهند و درمان را آغاز نمایند. در حال حاضر درمانهای دسترس برای اختلالات اضطرابی در زمره‌ی مؤثرترین درمانها در روانپزشکی هستند.

در شکل‌گیری این اختلالات مجموعه‌ای از عوامل مانند سابقه‌ی خانوادگی، زمینه‌ی ژنتیک و خانوادگی، استرس اخیر، شرطی شدن^۱، باورها و عقاید شخص و اجتماع و توانایی بیان احساسات مؤثرند. برخی از این عوامل در جدول ۱ شرح داده شده‌اند.

جدول ۱. عوامل زمینه‌ای مؤثر در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی

○ متغیرهای ژنتیکی
- سابقه خانوادگی اضطراب و افسردگی
○ جنسیت
- زنان مستعدتر هستند
○ تربیت خانوادگی و شرایط کودکی
- بزرگ شدن توسط والدینی که بیماری روانی دارند
- شرایط سخت دوران کودکی
- والدین سخت‌گیر و فوق‌العاده آرمان‌گرا
- تزلزل عاطفی در دوران کودکی
- والدینی که اعتماد به نفس کودک را سرکوب می‌کنند
- والدین خونسرد و بی‌تفاوت
- خجالتی بودن، عدم اطمینان به خود، کم‌رویی
- افراد دائم‌نگران
○ فشارهای زندگی
- محرومیت‌های اجتماعی و اقتصادی
- ضعف سلامت جسمانی
- بار مسؤولیت
- از دست دادن شغل
- سابقه اضطراب
- تجمع استرس در طول زمان
- از دست دادن و بیماری نزدیکان
- تجربه حادثه
- پشتیبانی اجتماعی ضعیف

¹ Conditioning

□ تقسیم بندی اختلالات اضطرابی

۱. اختلال هراس^۱ با آگورافوبیا
۲. اختلال هراس بدون آگورافوبیا
۳. آگورافوبیا بدون سابقه اختلال هراس
۴. فوبیای ویژه^۲
۵. فوبیا از اجتماع^۳
۶. اختلال وسواسی- جبری^۴
۷. اختلال اضطرابی منتشر^۵
۸. اختلال استرس پس از حادثه^۶
۹. اختلال استرس حاد^۷
۱۰. اختلال اضطرابی به دلیل یک بیماری زمینه‌ای طبی
۱۱. اختلال اضطرابی به دلیل سوء مصرف مواد
۱۲. اختلال اضطرابی طبقه‌بندی نشده^۸

□ جمعیت هدف راهکار

افراد بالای ۱۸ سال با شک به اختلال هراس (با یا بدون آگورافوبیا) یا اختلال اضطرابی منتشر

توصیه ها

این راهکار طبابت بالینی مطابق با جدیدترین یافته های علمی و پژوهشی است؛ با این حال، تمامی روشهای درمانی موجود را در بر نمی گیرد و نیز رد کننده‌ی سایر روشهای درمانی نیست. توصیه های موجود به منظور ایجاد چارچوبی یکپارچه در بررسی و درمان بیماران فراهم آورده شده است و قضاوت نهایی در مورد فرایند های تشخیصی و درمانی باید با توجه به شرایط ویژه هر بیمار توسط پزشک اتخاذ شود.

۲. میزان خطر را ارزیابی کنید.

- ① شرایط ناپایدار اعم از فیزیولوژیک یا روانپزشکی همراه نیازمند توجه و اقدام فوری هستند، این شرایط شامل موارد زیر می‌باشند:
۱. شرایط اضطرابی و ناپایدار پزشکی
 ۲. علائم واضح سایکوز
 ۳. تمایل به خودکشی
 ۴. امکان آسیب رساندن به دیگران و اعمال خشونت
 ۵. شواهد مسمومیت با مواد

۱. شرایط اضطرابی و ناپایدار پزشکی

¹ Panic Disorder

² Specific Phobia

³ Social Phobia

⁴ Obsessive – Convulsive Disorder (OCD)

⁵ Generalized Anxiety Disorder (GAD)

⁶ Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

⁷ Acute Stress Disorder

⁸ Not otherwise classified

هرگونه شرایطی است که به طور ناگهانی تهدیدی برای سلامت باشد و یا احتیاج به مراپتهای اورژانسی پزشکی داشته باشد. در زمینه‌ی اختلالات اضطرابی، اختلال هراس همراهی زیادی با علائم جسمانی دارد. ممکن است بروز حمله‌ی هراس باعث تشدید بیماری طبی زمینه‌ای شود و وضعیت اورژانسی پزشکی ایجاد نماید.

۲. علائم واضح سایکوز

سایکوز به تنهایی یک اختلال نیست. بلکه به عنوان نشانه ای است که ممکن است در شرایط مختلفی ظهور پیدا کند. بیماران سایکوتیک، حس واقع گرایی تحلیل رفته ای دارند که شامل علائم مثبت (توهم، هذیان، رفتار یا تکلم نا به سامان) و علائم منفی (بی محتوایی فکر، فقدان انگیزه، دوری گزینی اجتماعی) می شود.

۳. تمایل به خودکشی^۱

امکان رفتار خودکشی با وجود معیارهای زیر به خوبی ارزیابی می شود:

- ایده ها و طرحهای موجود برای خودکشی
- وجود یک بیماری روانی فعال (افسردگی شدید یا سایکوز)
- وجود اختلال سوء استفاده از مواد
- سابقه ی قبلی مبنی بر اعمال خودکشی یا طرح ریزی یک نقشه
- در دسترس بودن وسایل برای خودکشی (اسلحه ی گرم، قرص و...)
- از هم گسیختگی یک رابطه ی شخصی مهم
- شکست در یک سری تلاشهای شخصی مهم

۴. امکان اعمال خشونت

خشونت اغلب به عنوان پاسخی به یک تهدید یا ناشی از استیصال واضحی است که از ناتوانی در رسیدن به اهداف بدون توسل به راههای غیر خشن نتیجه می شود. عوامل اختصاصی که در ایجاد رفتار خشونت بار (پرخاشگرانه) مشارکت دارند شامل عوامل روانپزشکی، پزشکی، محیطی و اجتماعی است. علت هر چه باشد، شرایط ذیل ممکن است زنگ خطری برای اعمال خشونت باشد:

- ایده هایی در مورد خشونت یا تصمیم جدی بر صدمه رساندن به دیگران
- سابقه ی رفتار خشونت بار (پرخاشگرانه)
- بیقراری شدید^۲ یا خصومت و کینه ی شدید
- سایکوز فعال

۶. شرح حال بگیرید، معاینه کنید.

کلید ارزیابی موفق، گرفتن شرح حال دقیق و مفصل است که به کمک مهارتهای ارتباطی خوب توأم با احترام و گوش کردن انجام می شود. افراد مضطرب معمولاً بر شکایات جسمانی بسیار تأکید می کنند (خصوصاً در اختلال هراس) و علائم روانشناختی را تا زمانی که سوالات دقیق و تفصیلی در مورد آنها پرسیده نشود، کوچک و بی اهمیت می انگارند. در جدول ۲ علائمی که می توانند نشان دهنده اختلال اضطرابی باشند، درج شده است:

¹. Suicidality

². Severe Agitation

جدول ۲. علایمی که می‌توانند نشان دهنده‌ی اختلال اضطرابی باشند:

- انتظار یک حادثه بد
- نگرانی بیش از حد
- اجتناب فوبیا گونه از موقعیت‌هایی که فرد از آن می‌ترسد.
- شکایات غیر قابل توجیه جسمانی مثل تپش قلب، سردرد، غش، گیجی.
- هیپرونتیلیسیون
- تنش عضلانی مخصوصا در شانه‌ها، گردن و فک
- احساس Stressed-out یا Keyed-up
- تحریک‌پذیری
- جدایی از خود^۱
- جدایی از واقعیت^۲
- تفکر فاجعه‌بار (مثل اینکه دنیا جای کثیفی است، اتفاق بدی خواهد افتاد)
- تشریفات و عادات جهت کاهش اضطراب^۳

در مورد این علائم باید سؤالاتی بپرسید تا اطلاعات کاملی از آنها به دست بیاورید (جدول ۳).

جدول ۳. سؤالاتی که باید در مورد علائم مذکور پرسیده شوند:

- ماهیت و تواتر علامت (روزانه یا هفتگی بودن حملات هراس و شدت آنها)
- سرعت شروع، آهسته یا سریع بودن یا ناشی از یک حادثه بودن (مثل PTSD)
- طول مدت علامت
- موقعیت‌هایی که باعث بروز یا تشدید علامت هستند
- میزان اضطراب هنگام انتظار برای حادثه قریب الوقوع
- سطح برانگیختگی اتونوم فرد زمانی که با موقعیت هراس‌آور روبرو می‌شود
- میزان تکرار اجتناب یا تشریفات
- میزان درگیری دیگران (خانواده و دوستان) برای کاهش دادن اضطراب فرد

در شرح حال فرد باید در مورد سابقه‌ی اختلالات اضطرابی در فرد (که شامل اضطراب کودکی هم می‌شود)، سابقه‌ی اختلالات اضطرابی در خانواده، سابقه‌ی بیماری شدید یا مزمن جسمانی، وقایع استرس‌بار اخیر در زندگی، فقدان پشتیبان‌های اجتماعی، سابقه‌ی سوءاستفاده‌ی جسمی و جنسی، سابقه‌ی سوء مصرف مواد یا داروها نیز پرسش شود. در گرفتن شرح‌حال باید به فاکتورهای مؤثر بر شکل‌گیری اختلالات اضطرابی توجه داشته باشید، مجدداً جدول ۱ را مطالعه کنید.

همچنین باید متغیرهای روانی – اجتماعی موجود در شرایط فرد را مورد ارزیابی قرار دهید. این متغیرها ممکن است باعث تسریع بروز علائم شوند یا نقشی در کمک به درمان فرد داشته باشند. این متغیرها شامل موارد ذیل هستند:

^۱ Depersonalization

^۲ Derealization

^۳ Rituals

- وضعیت خانه، والدین و خانواده
- سوء مصرف مواد، الکل و داروها
- شکسته شدن اعتماد به فرد مورد اطمینان (سوء استفاده جنسی)
- همجنس‌گرایی
- ویژگی‌های فرهنگی
- وضعیت شغل
- وضعیت اقتصادی

① هنگام پرسش در مورد سابقه‌ی سوءاستفاده جسمی یا جنسی با رعایت احترام کامل سؤالات مستقیم و اختصاصی بپرسید.

یک معاینه کامل ممکن است پرده از روی بیماریهای بردارد که تشدید کننده‌ی وضعیت اضطرابی یا ایجاد کننده‌ی اضطراب هستند. معاینه کامل وضعیت روانی را نیز انجام دهید. یافته‌های موجود در شرح حال و معاینه‌ی بالینی ممکن است لزوم انجام آزمونهای آزمایشگاهی را آشکار سازد. این آزمایشات شامل مطالعات خونی، سطح کراتینین، کلسیم و الکترولیت‌ها، آزمون عملکرد تیروئید و الکتروکاردیوگرام بر حسب مورد مواجهه می‌باشد.

۱۴. آیا بیمار تهدیدی برای دیگران به شمار می‌رود؟

هر زمان که به امکان خودکشی مشکوک هستید باید سؤالات صریح و مستقیم مربوط به قصد و افکار خودکشی از فرد بپرسید.

① ارزیابی صریح و مستقیم قصد و افکار خودکشی، خطر خودکشی را افزایش نمی‌دهد.

یک فهرست مناسب توصیه شده‌ی سؤالات به شرح زیر است:

- « آیا فکری را به مرگ یا کشتن خودتان داشته اید؟ »
- « در مورد امیدها و آرزوهایتان برای آینده صحبت کنید »
- « آیا نقشه یا طرحی برای کشتن خودتان دارید؟ »
- « آیا وسایلی برای کشتن خودتان در دسترس دارید؟ (قرص، اسلحه و گلوله، سم) »
- « آیا هرگز در کنترل کردن خودتان ناتوان بوده اید؟ »
- « چقدر انگیزه تان برای این کار قوی است؟ »
- « آیا می‌توانید در مقابل تکانش به انجام این کار مقاومت کنید؟ »
- « آیا صداهایی شنیده اید که به شما بگویند به خودتان آسیب برسانید یا خود را بکشید؟ »
- در مورد تلاشهای قبلی و به خصوص میزان انگیزه‌ی آنها سوال کنید.
- در مورد سابقه‌ی خودکشی در اعضای خانواده یا سایر افراد مهم خانواده سوال کنید.

خطر خودکشی به تنهایی به واسطه داشتن اختلالات اضطرابی بالا نمی‌رود. در اختلالات اضطرابی معمولاً آسیب به خود دیده می‌شود. این آسیبها به قصد مرگ اتفاق نمی‌افتد و به منظور تقابل با احساسات دردناک مانند اضطراب و ترس است. زیرا در کوتاه مدت آسیب به خود ممکن است تنش را کاهش دهد و ناراحتی عاطفی را بهبود بخشد.

① وجود اختلالات شخصیتی، اختلالات خلقی همراه، اختلالات سوء مصرف مواد همراه با اختلالات اضطرابی می‌تواند اثر تجمعی در بالا بردن خطر خودکشی داشته باشند.

خطر اعمال خشونت علیه دیگران را باید با پرسیدن این سوال مستقیم که آیا بیمار قصد آسیب رساندن به کسی را دارد یا نه، ارزیابی کنید. در این زمینه سؤالات ذیل مفید هستند:

- آیا بیمار یک طرح فعال یا روش و وسایلی به این منظور دارد؟ (مثلا اسلحه در خانه)
- بیمار می خواهد به چه کسانی صدمه بزند؟
- آیا بیمار هرگز کنترلش را از دست داده و دست به اقدامات خشونت بار زده است؟
- میزان جدیت و شدت رفتار خشونت بار قبلی چقدر بوده است؟

① هر زمان تشخیص دادید بیمار برای خودش یا اطرافیان خطرناک است، باید در راستای تضمین امنیت بیمار تا زمان انجام اقدامات ضروری بعدی اقدام نمایید.

۱۷. آیا شواهدی به نفع افسردگی وجود دارد؟

یکی از مهمترین اختلالات همراه با اختلالات اضطرابی، افسردگی است. این اختلال گاهی با علائمی مشابه اختلالات اضطرابی بروز می نماید.

علائم و نشانه های اصلی افسردگی شامل این مواردند (بر اساس DSM-IV):

- خلق افسرده
- لذت نبردن از فعالیتهایی که به طور معمول لذت بخش هستند^۱
- احساس گناه، ناامیدی و درماندگی
- خستگی یا فقدان انرژی
- تغییرات پایدار اشتها یا افزایش / کاهش وزن
- تمرکز ضعیف یا مشکلات حافظه
- کندشدگی یا برانگیختگی سایکوموتور
- مرگ اندیشی^۲ مشتمل بر افکار و رفتارهای خودکشی گریانه
- تغییرات واضح در خواب (خواب زیاد یا خواب کم)

همراهی این دو اختلال با هم معمولا شانس بهبودی را کاهش می دهد، نتایج درمانی ضعیف تری به دنبال دارد و همراه با اختلال عملکرد روانی - اجتماعی بالاتری می باشد. جهت افتراق افسردگی از اضطراب به جدول ۳ توجه کنید.

جدول ۳. افتراق بین افسردگی و اضطراب
<p>۱. خلق غالب بیماران افسرده غالبا خلق پایین دارند. فرد مضطرب معمولا هراسان یا مضطرب است.</p>
<p>۲. سن شروع اختلالات اضطرابی اولیه غالبا در جوانان اتفاق می افتند و به ندرت بعد از سن ۴۰ سالگی شروع می شوند. با اینکه افسردگی نیز در سنین جوانی دیده می شود ولی اولین دوره ها غالبا در سنین بالاتر است. هنگامی که یک بیمار با سن بالا با علائم اضطرابی به شما مراجعه می کند به علل ثانویه مثل افسردگی یا علل ارگانیک مانند سکنه مغزی مشکوک شوید.</p>
<p>۳. آثار روانی اجتماعی افسردگی معمولا باعث تضعیف عملکرد فرد در تمام جنبه ها می شود ولی اختلال عملکرد مربوط به اختلالات اضطرابی محدودتر است.</p>
<p>۴. محتوای شناختی شناختهای مربوط به اضطراب حول و حوش مضمون "چه می شد اگر؟" و فاجعه بار جلوه دادن و پیش بینی های منفی است. در حالیکه شناختهای مربوط به افسردگی نگاهی منفی به خود، زندگی و آینده را در بر می گیرد.</p>

① به منظور انجام اقدامات بیشتر به "راهکار طبابت بالینی اختلال افسردگی عمده" مراجعه کنید.

¹ Anhedonia

² Morbid thinking

۱۹. آیا شواهدی به نفع اختلالات سوء مصرف مواد یا الکل وجود دارد؟

اختلال اضطرابی به دلیل سوء مصرف مواد شایع است. میزان بالایی از اختلالات اضطرابی در میان افرادی که الکی هستند وجود دارد. همچنین میزان بالایی از سوء مصرف الکل در میان بیمارانی که اختلال اضطرابی دارند دیده می‌شود.

هنگام مواجهه با علائم و نشانه‌های اختلالات اضطرابی در موارد زیر به اختلال سوء مصرف مواد یا الکل مشکوک شوید:

۱. مصرف زیاد الکل یا سایر مواد
۲. الگوی استفاده از مواد برای کم کردن اضطراب
۳. سابقه سوء مصرف از بنزودیازپین یا باربیتورات
۴. سابقه خانوادگی یا شخصی از مشکلات مربوط به الکل، سایر مواد یا داروها
۵. کمپلینس ضعیف در درمان اضطراب
۶. نتایج ضعیف در درمان اضطراب و افسردگی

گاهاً اضطراب و علائم برانگیختگی اتونوم مربوط به آن بسیار مشابه علائم سندرم محرومیت الکل هستند. ارزیابی باید بتواند بین اضطراب ناشی از سوء مصرف مواد (خصوصاً محرومیت الکل) و اختلالات اضطرابی به تنهایی تفاوت قایل شود. مسمومیت با سایر مواد مثل کانابیس نیز باید مورد توجه باشد. طیف گسترده‌ای از مواد می‌توانند علائم مشابه هر یک از اختلالات اضطرابی را تولید نمایند؛ من جمله آمفتامین‌ها، کوکائین و کافئین بیش از همه در ایجاد علائم مشابه اختلالات اضطرابی نقش دارند.

۲۲. آیا شواهدی به نفع سایکوز وجود دارد؟

سایکوز به عنوان وضعیتی روانی تعریف می‌شود که در آن بیمار آشکاراً آنچنان در ارزیابی دچار اختلال شده است که در نتیجه، عملکردش کاهش و ضعف بارزی پیدا کرده است. اسکیزوفرنی معمولاً در اواخر نوجوانی تا میانه‌های دهه‌ی سوم زندگی شکل می‌گیرد و معمولاً با دوره‌هایی از اضطراب شدید همراه است. بیماران مبتلا به نشانه‌های سایکوتیک ممکن است در حالیکه نشانه‌های آزاردهنده‌ی آنها به تازگی شروع شده است با وضعیت آشفتگی حاد به شما مراجعه کنند. علاوه بر آن، بیماران ممکن است در وضعیتی به شما مراجعه کنند که با وجود تحمل طولانی مدت نشانه‌های مزمن، به خوبی به آنها خو گرفته‌اند. با شناخت علائم سایکوتیک می‌توان به وجود سایکوز و همراهی آن با نشانه‌های اضطرابی پی برد. نمونه‌هایی از علائم سایکوتیک حاد که در بخش مراقبت‌های اولیه غیر قابل درمانند به شرح زیر می‌باشند:

- هذیان‌های^۱ جدی
- توهم‌های^۲ شنوایی یا بینایی
- بیربط گویی^۳
- گیجی
- رفتار کاتاتونیک (مثلاً بی تحرکی یا آشفتگی بیش از حد^۴)
- موتیسم یا نکاتیویسم بیش از حد، رفتارهای ارادی عجیب و غریب^۵
- عاطفه‌ی^۶ نامتناسب عجیب و غریب و غیر طبیعی

① افکار پارانوئید یا صداهایی (به ویژه توهمات دستوری) که به بیمار می‌گویند که به خودش یا به فرد دیگری صدمه بزند، مواردی هستند که احتیاج به ارجاع سریع به بخش روانپزشکی یا مشاوره با بخش روانپزشکی دارند.

¹ Delusions

² Hallucinations

³ Incoherence

⁴ Excessive agitation

⁵ Peculiar voluntary movements

⁶ Affect

بسیار مهم است که همواره این نکته را به یاد داشته باشید که علائم سایکوتیک ممکن است نتیجه‌ی مستقیم یک بیماری زمینه‌ای پزشکی، مسمومیت و اختلال استفاده از الکل و مواد باشند و یا با یک بیماری روانی مثل اسکیزوفرنیا یا اختلال خلقی همراهی داشته باشند.

۲۵. آیا داروها نقشی در ایجاد علائم اضطرابی داشته‌اند؟

همانند الکل و مواد، داروها نیز می‌توانند اختلالات اضطرابی از هر نوعی را ایجاد نمایند. به همین دلیل در شرح حال حتما باید به داروهای مصرفی بیمار (اعم از بدون نسخه، با نسخه یا داروهای گیاهی) توجه کنید.

۲۹. آیا شرایط و بیماریهای طبی نقشی در ایجاد علائم اضطرابی داشته‌اند؟

بسیاری از بیماریهای طبی با اضطراب همراهی دارند. به همین دلیل در هر بیماری که شروع اضطراب توجیه‌نشده را تجربه می‌کند گرفتن شرح حال کامل با جزئیات و انجام معاینه دقیق و آزمایش‌های معمول ضروری است.

مثال‌ها	شرایط
نئوپلاسم‌های مغزی، ترومای مغزی، بیماریهای عروقی مغز، خونریزی ساب آراکنوئید، میگرن، انسفالیت، مولتیپل اسکلروزیس، بیماری ویلسون، بیماری هانتینگتون، صرع	اختلالات نورولوژیک
هیپوکسی، بیماری قلبی عروقی، آریتمی‌ها، آنمی، نارسایی ریوی	اختلالات سیستمیک
اختلال عملکرد هیپوفیز، اختلال عملکرد تیروئید، اختلال عملکرد اپاراتیروئید، اختلال عملکرد آدرنال، فتوکروموسیتوما، ویریلیزاسیون	اختلالات اندوکرین
لوپوس اریتماتوی سیستمیک، آرتريت روماتوئید، پلی آرتريت ندوزا، آرتريت تمپورال	اختلالات التهابی
افسردگی، مانیا، اسکیزوفرنیا، انواع اختلالات اضطرابی	اختلالات روانپزشکی
آمفتامین‌ها، کافئین و محرومیت از کافئین، محرومیت از مواد یا الکل، عوامل سمپاتومیمتیک، پنی-سیلین، سلفونامیدها، کانابیس، جیوه، آرسنیک، فسفر، ارگانوفسفرها، بنزن، سرب	سوء مصرف مواد و مسمومیت‌ها
زخم پپتیک، سندرم روده تحریک پذیر	اختلالات گوارشی
کمبود ویتامین B۱۲، پلاگر، هیپوگلیسمی، سندرم کارسینوئید، بدخیمی‌های سیستمیک، سندرم قبل از قاعدگی، بیماریهای تبادار و عفونتهای مزمن، منونوکلئوز عفونی، اورمی	سایر موارد

۳۶. آیا بیمار معیارهای DSM-IV-TR اختلال هراس را پر می‌کند؟

۳۷. آیا آگورافوبیا وجود دارد؟

اختلال هراس، وقوع ناگهانی و غیرمنتظره حملات هراس است. این حملات هراس دوره‌های مجزا از ترس شدید است که می‌تواند از چندین حمله در یک روز تا فقط تعداد اندکی حمله در عرض یک سال متفاوت باشد.

بر اساس DSM-IV-TR یک حمله‌ی هراس به شکل زیر است:

دوره‌ای مشخص از ترس یا ناراحتی شدید است که به طور ناگهانی شروع می‌شود و در طی ۱۰ دقیقه به اوج خود می‌رسد و در آن ۴ تا (یا بیشتر) از علائم زیر وجود دارند:

۱. تپش قلب، افزایش ضربان قلب، pounding heart
۲. تعریق
۳. لرزش
۴. احساس تنگی نفس یا smothering
۵. احساس خفگی

۶. درد یا ناراحتی در قفسه سینه
۷. حالت تهوع یا ناراحتی شدید در شکم
۸. احساس گیجی، لرزش، سبکی یا غش
۹. احساس جدایی از خود یا جدایی از واقعیت
۱۰. ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن
۱۱. ترس از مرگ
۱۲. پارستزی
۱۳. گر گرفتگی

اختلال هراس معمولاً با آگورافوبیا همراهی دارد. آگورافوبیا ترس از تنها بودن در مکانهای عمومی (مانند سوپرمارکت‌ها) است؛ مخصوصاً مکان‌هایی که خروج سریع از آنها هنگام دست دادن حملات هراس مشکل باشد. بیماران مبتلا به آگورافوبیا سرسختانه از موقعیتهایی که در آنها دسترسی به کمک مشکل است، اجتناب می‌کنند و ترجیح می‌دهند در خیابانهای شلوغ، مغازه‌های پر ازدحام، فضاهای بسته (تونل‌ها، پل‌ها، آسانسورها) و وسائل نقلیه بسته (متروها، اتوبوس‌ها، هواپیماها) حتماً همراه داشته باشند.

① آگورافوبیا ناتوان‌کننده‌ترین فوبیا است و به طور چشمگیری با عملکرد اجتماعی و کاری فرد تداخل پیدا کند و او را ناتوان سازد.

معیار تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال هراس با آگورافوبیا به این شرح است:

الف. موارد ۱ و ۲ هر دو باید باشند:

۱. حملات هراس 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 حملات بیشتر
 - نگرانی راجع به مفهوم حملات یا عواقب آنها (مثل از دست دادن کنترل، حمله قلبی، دیوانه شدن)
 - تغییر چشمگیر در رفتار به دلیل حملات

ب. وجود آگورافوبیا

پ. حملات هراس به دلیل اثر مستقیم فیزیولوژیک مواد یا بیماری طبی زمینه‌ای نباشد.

ت. حملات هراس را نتوان توسط دیگر اختلالات روانی (مثلاً فوبیای اجتماعی، فوبیای ویژه، اختلال وسواسی-جبری، اختلال استرس پس از حادثه، اختلال اضطراب جدایی^۱) توجیه نمود.

معیار تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال هراس بدون آگورافوبیا به این شرح است:

معیارهای الف، پ و ت از اختلال هراس با آگورافوبیا، بدون وجود آگورافوبیا.

① به دلیل آنکه اختلال هراس شباهت زیادی به بیماریهای طبی مانند اختلالات قلبی و گوارشی دارد، غالباً قبل از تشخیص آن آزمایشها و بررسیهای طبی زیادی صورت می‌گیرد و حتی گاهی به این بیماران برچسب "خود بیمار انگار"^۲ زده می‌شود.

¹ Separation anxiety disorder

² Hypochondriac

۴۴. فوبیای ویژه

فوبیای ویژه به ترس قابل توجه و بیش از حد از یک شی یا موقعیت خاص گفته می شود. خود بیمار به بیش از حد بودن و غیر معقول بودن این ترس واقف است. مواجهه با محرک ترس آور مزبور باعث فشار بیش از حد می شود و ممکن است با حملات هراس یا غش همراه باشد. از انواع این فوبیا می توان به ترس از حیوانات، ترس از ارتفاع، ترس از توفان، ترس از خون، ترس از تزریق، ترس از حشرات و ... اشاره نمود.

۴۷. فوبیای اجتماعی

فوبیای اجتماعی به ترس چشمگیر و پایدار از موقعیتهای اجتماعی و اجرایی گفته می شود که در آنها فرد احساس می کند توسط دیگران بررسی و نقد می شود و ممکن تحقیر، شرمگین یا خجالت زده شود. با اینکه خود فرد آگاه است که این ترسها غیر معقول هستند ولی به طور ناخودآگاه اتفاق می افتند. این ترسها با عملکرد طبیعی فرد تداخل می کنند تا جایی که فرد از برخی موقعیتهای اجتماعی «اجتناب» می کند یا در صورت اجبار به حضور، با اضطراب و فشار فراوان آنها را تحمل می کند. حملات هراس نیز شایع هستند.

۵۶. اختلال استرس پس از حادثه

۵۸. اختلال استرس حاد

ویژگی بارز و ضروری این دو تشخیص، بروز علائم و نشانه های روان شناختی پس از مواجهه ی مستقیم یا غیرمستقیم با یک حادثه ی شدید و خارج از تحمل فرد است. در صورتی که این علائم و نشانه ها حداقل ۲ روز و حداکثر یک ماه پس از حادثه بروز کنند تشخیص «اختلال استرس حاد» گذاشته می شود و اگر بیش از یک ماه پس از حادثه بروز کنند، تشخیص «اختلال استرس پس از حادثه» مد نظر قرار می گیرد.

۶۰. آیا بیمار معیار DSM-IV-TR اختلال اضطرابی منتشر را پر می کند؟

بیمارانی در این دسته طبقه بندی می شوند که غالباً در مورد هر چیزی نگرانی بیش از حد دارند. این اختلال، اضطراب و نگرانی مفرط در مورد وقایع و فعالیتهای زندگی است بیشتر روزها وجود دارد. کنترل این نگرانی مشکل است و با نشانه های جسمانی همراهی دارد. این اضطراب به فرد فشار می آورد و باعث ضعف عملکرد در جنبه های مهم زندگی فرد می شود.

معیار تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال اضطرابی منتشر به این شرح است:

- الف. اضطراب و نگرانی بیش از حد راجع به تعدادی وقایع و فعالیت که در بیشتر روزهای یک بازه ی 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 یا روی لبه بودن
 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)
- ت. موضوع نگرانی و اضطراب، آنها را به دیگر اختلالات روانی ربط نمی دهد.
- ث. اضطراب یا علائم جسمانی باعث فشار و کاهش عملکرد بارز در حیطه های عملکردی اجتماعی، شغلی یا دیگر جنبه های مهم می شود.
- ج. این آشفتگی و 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 نیفتاده است.

اختلال اضطرابی منتشر یک بیماری شایع است و شایعترین اختلالی است که در همراهی با دیگر اختلالات روانی دیده می شود.

۶۶. اختلال وسواسی - جبری

ویژگی بارز این اختلال، وسواس‌ها و رفتارهای اجباری است که از چنان شدتی برخوردارند که باعث تحمیل فشار قابل توجه به فرد می‌شوند. این وسواس‌ها و رفتارهای اجباری بسیار زمان‌بر هستند و به طور چشمگیری با عملکرد، فعالیتها و روابط طبیعی فرد تداخل ایجاد می‌کنند.

درمان و مدیریت

در این قسمت به بخشی از درمان که در حیطه‌ی اختیارات پزشک عمومی است و در مراقبت‌های اولیه قابل انجام است، پرداخته می‌شود. قبل از ورود به مبحث درمان اختلال هراس و اختلال اضطرابی منتشر، آگاهی از نکات زیر کمک کننده است:

۱. گوش فرا دادن به صحبت‌های بیمار و سؤال پرسیدن، قسمتی از فرآیند درمان محسوب می‌شود. از این طریق شما به بیمار کمک می‌کنید تا احساس کند که درک می‌شود.
۲. خانواده، دوستان و سایر افراد حمایت‌گر بیمار را در فرآیند درمان دخالت دهید. این مسأله به خصوص در مورد فردی که در معرض خودکشی یا آسیب به خود قرار دارد، مهمتر است.
۳. در مورد اختلالات اضطرابی صحبت کنید و آموزش بدهید.
۴. از تغییرات مناسب و قابل انجام در شیوه‌ی زندگی فرد غافل نشوید. بسیار مهم است که عامل فشار را در زندگی فرد بیابید و راه‌های کاهش آن را پیدا کنید. تغییرات در شیوه‌ی زندگی می‌تواند:
 - خطر وقوع سایر اختلالات اضطرابی را کاهش دهد.
 - علائم و نشانه‌های اضطراب را کاهش دهد.
 - خطر مزمن و شدید شدن اختلال اضطرابی را کاهش دهد.
 - باعث جلوگیری از بروز آگورافوبیا در اختلال هراس شود.
۵. به فرد روش‌های حل مشکل^۱ را بیاموزید.
۶. به فرد بیاموزید از روش‌های آرام سازی^۲ بهره ببرد.
۷. همه روش‌های درمانی ممکن را برای بیمار مطرح کنید و اجازه بدهید او خود "ترجیح" بدهد که از کدام روش درمانی استفاده کند.
۸. پایش منظم فرآیند درمان را فراموش نکنید.
۹. در مواقع ضروری حتما "ارجاع" بدهید.

① به طور کلی در صورت وجود هر یک از وضعیت‌های ذیل، بیمار را به روانپزشک ارجاع دهید:

۱. خطر جدی خودکشی یا آسیب به خود وجود دارد.
۲. علائم سایکوتیک وجود دارد.
۳. تشخیص، مبهم به نظر می‌رسد و احتیاج به ارزیابی بیشتر دارد.
۴. بیمار دچار طیف محدودی از عواطف، بازگشت‌ها به گذشته و دوره‌هایی از dissociation^۳ شده است.
۵. پشتیبانی اجتماعی کافی برای فرد وجود ندارد.
۶. همراهی دیگر اختلالات وجود دارد.
۷. احساس می‌کنید توانایی و مهارت کامل در درمان فرد ندارید.
۸. بیمار می‌خواهد توسط روانپزشک ویزیت شود.
۹. بهبودی در علائم دیده نمی‌شود.
۱۰. بیمار روان‌درمانی یا خودیاری^۴ را برگزیده است.

^۱ Problem-solving Methods

^۲ Relaxation Methods

^۳ Dissociation

^۴ Self-help

الگوریتم ۴: درمان اختلال هراس (با یا بدون آگورافوبیا) در مراقبتهای اولیه

۷۲. آیا نشانه‌هایی از بیماریهای روانپزشکی همراه وجود دارد؟

ممکن است بیماری روانپزشکی دیگری نیز علاوه بر اختلال هراس موجود باشد که درمان آن را در موقعیت شما پیچیده و دشوار سازد. همراهی اختلال افسردگی عمده، فوبیای اجتماعی، فوبیای ویژه، اختلال اضطرابی منتشر، اختلال استرس پس از حادثه و اختلال وسواسی-جبری شایع است. همچنین خود بیمار انگاری، اختلالات شخصیتی و اختلالات سوء مصرف مواد نیز همراه با این اختلال دیده می‌شود. در این شرایط بیمار را به روانپزشک ارجاع دهید.

۷۴. در مورد گزینه‌های درمانی و ترجیحات بیمار بحث کنید / به بیمار و خانواده‌اش آموزش بدهید.

چهار گزینه‌ی درمانی برای درمان این اختلال وجود دارد:

- روان‌درمانی
- دارودرمانی
- روشهای خودیاری (این روشها نیز بخشی از روان‌درمانی محسوب می‌شوند).
- همه روشها یا دو روش با هم

به بیمارانتان بگویید که:

- این اختلال بسیار شایع است.
- علایم جسمانی که او تجربه می‌کند ناشی از این اختلال است و با درمان، بهبود قابل توجه می‌یابد.
- در صورت عدم درمان، آسیب خواهد دید.

برای اینکه بیمار بتواند به خوبی تصمیم بگیرد، نکات زیر را به او توضیح دهید:

□ روان‌درمانی و خودیاری

این روش در حیطه وظایف پزشک عمومی نیست.

۱. فواید: در مورد این اختلال، مفیدتر از دارو درمانی به تنهایی است.
۲. آثار آن ممکن است بیش از دوره‌ی درمان دوام بیاورد.
۳. فرصتی برای بیمار فراهم می‌شود تا بتواند بهسازی شخصی یا تغییرات مفید در زندگی‌اش ایجاد کند.

۱. ضعفها: بیماران باید در طی یک دوره‌ی زمانی خاص به طور مداوم در جلسات درمانی شرکت کنند.
۲. ممکن است نتوان در هر موقعیت بالینی به روانپزشک دسترسی پیدا کرد.

□ دارو درمانی

در این روش از دارو استفاده می‌شود. انتخاب دارو معمولاً بر اساس سن بیمار، سابقه‌ی قبلی درمانی، ایمن بودن در صورت مصرف زیاد از حد، عوارض جانبی، بیماریهای طبی همزمان، سابقه‌ی پاسخ خانوادگی یا شخصی قبلی و هزینه هنگام برابری اثر دو دارو صورت می‌گیرد.

۱. فواید: پتانسیل ایجاد یک پاسخ درمانی اولیه‌ی سریعتر وجود دارد.
۲. بیماران معمولاً دارو خوردن را به درمان از طریق صحبت کردن ترجیح می‌دهند.

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

۸۰. درمان دارویی اختلال هراس را آغاز کنید.

مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین^۱ داروهای خط اول برای درمان در مراقبتهای اولیه هستند زیرا کارآیی ثابت شده دارند، سمیت آنها کم است و استفاده از آنها راحت‌تر است.

□ به نکات زیر توجه کنید:

۱. قبل از اعلام شکست درمان با یک نوع دارو، ابتدا از تیتراسیون مناسب دارو و دستیابی به دوز درمانی مورد نظر، اطمینان حاصل کنید و اجازه دهید بازه‌ی زمانی پاسخ، طی شود.
۲. قبل از ارزیابی کارآیی یک SSRI، بیمار باید درمان با آن را حداقل ۴ تا ۶ هفته ادامه داده باشد.
۳. برای رسیدن به پاسخ سریع (در صورت نیاز) می‌توان از یک دوره‌ی کوتاه درمان با آلپرازولام^۲ در کنار SSRI بهره جست. ولی به یاد داشته باشید که این دارو (و به طور کلی بنزودیازپین^۳ ها) نباید به مدت طولانی استفاده شوند زیرا شانس وابستگی^۴ به آنها وجود دارد و احتمال سوء مصرف آنها نیز وجود دارد. برای جلوگیری از بروز این احتمالات می‌توان از روشهای زیر بهره جست:
 - برای افرادی که سابقه‌ی سوء مصرف مواد و الکل دارند، تجویز نشوند.
 - به مدت ۲ تا ۳ هفته استفاده می‌شوند و سپس به تدریج کاهش یافته و قطع می‌گردند و درمان با SSRI به تنهایی ادامه می‌یابد.
۴. آموزش به بیمار و خانواده‌اش راجع به ماهیت بیماری و دوره‌ی درمان، عوارض جانبی بالقوه، مدت زمان لازم برای دیدن بهبودی و اهمیت پذیرش درمان، باعث ارتقاء پایبندی به درمان می‌شود و احتمال موفقیت را افزایش می‌دهد.
۵. داروهای ضد افسردگی ممکن است باعث تسریع بروز دوره‌های مانیا در بیماران دوقطبی گردند یا اینکه سایکوز نهفته را در برخی افراد مستعد فعال سازند. پایش دقیق بیماران از جهت بروز این موارد، ضروری است.
۶. قطع ناگهانی این داروها ممکن است باعث بروز علائم نامطلوب گردد. قطع این داروها به تدریج صورت می‌گیرد و اساس آن نیز نیمه عمر حذف ترکیب اصلی یا متابولیت‌های آن و پایش دقیق علائم بیماری است.
۷. به یاد داشته باشید که در این مطلب به تمام عوارض جانبی و مسایل مربوط به تجویز داروها اشاره نشده است. حتما قبل از تجویز هر دارو، از تمام موارد لازم در مورد تجویز آن اطلاع حاصل کنید.

جدول ۵. داروهای مورد استفاده در درمان اختلال هراس

دارو	دوز	دوز سالمندان	نیمه عمر
SSRI	پاروکستین Paroxetine	شروع: ۵ - ۱۰ mg/d طیف: ۲۰ - ۶۰ mg/d حداکثر:	ناشناخته
	فلوکسامین Fluvoxamine	شروع: ۱۲/۵ mg/d طیف: ۱۰۰ - ۱۵۰ mg/d حداکثر:	ناشناخته
	سرتالین Sertraline	شروع: ۱۲/۵ - ۲۵ mg/d طیف: ۵۰ - ۲۰۰ mg/d حداکثر:	۲۴ ساعت
	فلوکستین Fluoxetine	شروع: ۱۰ mg/d طیف: ۲۰ - ۶۰ mg/d حداکثر:	۱ تا ۳ روز
بنزودیازپین	آلپرازولام Alprazolam	شروع: ۰/۲۵ - ۰/۵ mg TDS طیف: ۰/۵ - ۲ mg TDS حداکثر:	۱۲ تا ۱۵ ساعت

¹ Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

² Alprazolam

³ Benzodiazepines

⁴ Dependency

۸۱. درمان را در هفته‌های ۲ و ۴ و ۶ از نظر عوارض و پایداری ارزیابی کنید.

بیماران را در ابتدای دوره‌ی درمان باید حتما بررسی نمود. مساله‌ی مهم این است که پزشک باید عوارض جانبی شایع داروها را بداند و با بیمار در مورد پایداری کلی وی به درمان و میزان رضایتش صحبت کند. در طی ویزیت، بیمار ممکن است سؤالاتی را بسته به شرایط و علائم و درمان مطرح کند. از این فرصت به بهترین نحو برای برقراری رابطه، ایجاد امید و تشویق بیمار استفاده کنید. در صورتی که بیمار تمایلی به ادامه‌ی درمان دارویی ندارد، او را به روانپزشک ارجاع دهید.

- عوارض جانبی کوتاه مدت شایع SSRIها که روی پایداری به درمان اثر می‌گذارند عبارتند از: بیخوابی، بیقراری و اضطراب، کاهش اشتها، سردرد، تهوع و مدفوع شل. اگر رژیم‌های درمانی را با دوزهای پایین شروع کنید می‌توانید تا حدود زیادی از این عوارض جلوگیری کنید. رژیم مصرف دارو در صبحها به بهتر شدن بیخوابی کمک می‌کند.
- شایعترین عارضه جانبی بلند مدت SSRIها، اختلال عملکرد جنسی (کاهش لیبیدو، ارگاسم تأخیری، کاهش لوبریکاسیون واژن در زنان) است. توصیه می‌شود از بوپروپیون^۱، یوهمبین^۲ یا سیپروهپتادین^۳ به کاهش این عوارض و پایداری به درمان کمک می‌کند.

۸۲. قطع دارو و تبدیل آن به داروی دیگر

- حتما دقت کنید که برای قطع یک دارو و شروع داروی بعدی، داروی قبلی را تدریجا قطع کنید زیرا " سندرم قطع"^۴ در مورد قطع ناگهانی SSRIها مشاهده شده است. مهم‌ترین علائم این سندرم شامل منگی، تهوع یا استفراغ، درد، احساس لرز، اضطراب، تحریک پذیری و دوره‌های گریه است. علائم این سندرم معمولا بین ۱ تا ۳ روز از قطع دارو دیده می‌شود. این سندرم در مورد فلوکستین دیده نشده است که ممکن است به علت نیمه عمر بسیار طولانی آن باشد.
- نکته‌ی مهم دیگری که باید در مورد آن احتیاط کنید، احتمال بروز " سندرم مرکزی سروتونین"^۵ است که بسیار نادر ولی بالقوه وخیم است و ممکن است در طی تغییر از یک دارو به داروی دیگر، روی دهد. علائم آن شامل تعریق، تب، تاکی‌کاردی، هایپرتانسیون، تغییر وضعیت روانی و علائم شدیدتر شامل تب شدید، کلاپس قلبی - عروقی و در نهایت مرگ می‌باشد. خطر بروز این سندرم، زمانی افزایش می‌یابد که دو داروی سروتونرژیک با هم یا بافاصله‌ی خیلی کم تجویز شوند. توصیه می‌شود که حداقل به اندازه‌ی ۵ برابر نیمه عمر یک دارو یا متابولیت‌هایش صبر کنیم تا بتوانیم درمان را با داروی دوم آغاز کنیم.

۸۶. بهبودی

پاسخ به درمان را در هفته ۱۲ ارزیابی کنید اگر بهبودی قابل توجهی مشاهده کردید، درمان را تا ۶ ماه ادامه دهید و در این میان، بیمار را بر حسب شرایط پایش نمایید. در صورت بهبودی کامل پس از ۶ ماه دارو را به تدریج قطع کنید. در صورت شکست در هر کدام از موارد فوق ارجاع به روانپزشک ضروری است.

الگوریتم ۵: درمان اختلال اضطرابی منتشر در مراقبت‌های اولیه

نکات درمانی و گام‌های ابتدایی درمان این اختلال نیز مشابه اختلال هراس است. مجدداً به صفحه ۱۲ مراجعه کنید.

۹۲. آیا نشانه‌هایی از بیماری‌های روانپزشکی همراه وجود دارد؟

۹۴. در مورد گزینه‌های درمانی و ترجیحات بیمار بحث کنید / به بیمار و خانواده‌اش آموزش بدهید.

^۱ Bupropion

^۲ Yohimbine

^۳ Cyproheptadine

^۴ Discontinuation Syndrome

^۵ Central Serotonin Syndrome

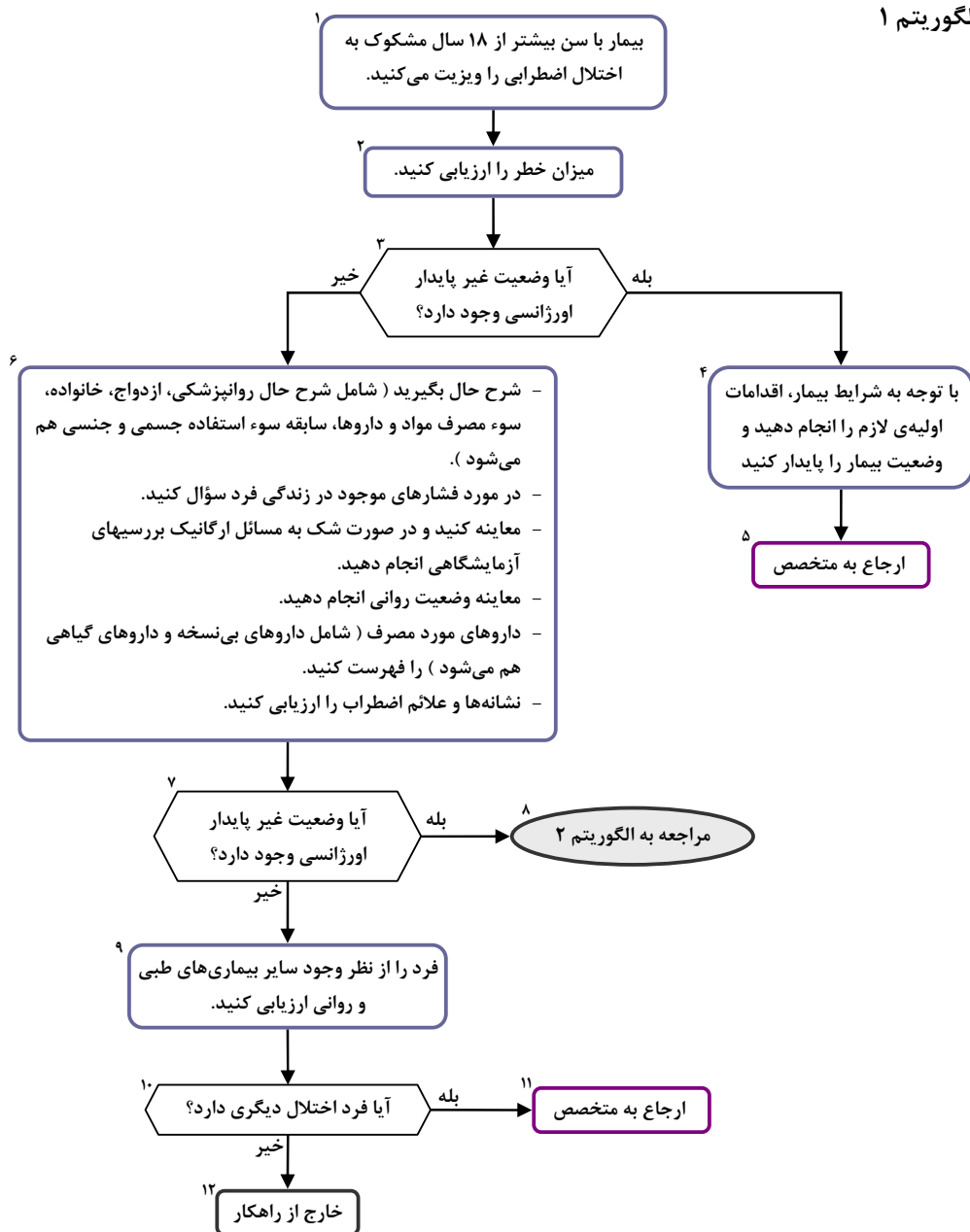
۱۰۰. درمان دارویی اختلال اضطرابی منتشر را آغاز کنید.

مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین^۱ داروهای خط اول برای درمان در مراقبت‌های اولیه هستند زیرا کارایی ثابت شده دارند، سمیت آنها کم است و استفاده از آنها راحت‌تر است.
بوسپیرون^۲ داروی خط دوم است و بنزودیازپین‌ها در خط سوم قرار دارند.

^۱ Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

^۲ Buspirone

الگوریتم ۱





الگوریتم ۳

