

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



اختلالات اضطرابی

- از شایع ترین اختلالات ، درصد بالایی از مراجعات به پزشکان مختلف
- بصورت علائم روانشناختی (مثل ترس)، علائم جسمی (مثل تپش قلب و دلپیچه) یا هر دو بروز می کند
- شیوع و تداخل این علائم با بیماریهای جسمی آنقدر زیاد است که هر پزشکی باید این اختلالات را بشناسد:
 - تداوم دهنده بیماری جسمی (HTN)
 - ناشی از بیماری های جسمی (ترس بدنبال بیماری تهدیدکننده)
 - تقلید علائم جسمی (شباهت حمله هراس به حمله قلبی)

- ترس و اضطراب هر دو به فرد هشدار میدهند که خطری در راه است
- ترس در پاسخ به خطری معلوم، بیرونی، معین یا بامنشا غیر تعارضی است
- اضطراب در پاسخ به تهدیدی است که نامعلوم، درونی و مبهم است یا از تعارض منشا گرفته است
- تفاوت روانشناختی عمده این دو واکنش در ناگهانی بودن ترس و مزمن بودن اضطراب است

□ آیا ترس و اضطراب جنبه های انطباقی دارد؟

- اساس مکانیسم دفاعی ترس کمک به افزایش شانس بقا است
- اضطراب سبب میشود فرد برای پیشگیری از خطرات یا برای تخفیف عواقب آنها کاری کند
- گاه شدت ترس و اضطراب به حدی است که عملکرد فرد مختل میشود

□ علایم اضطراب:

- باخبر شدن از تظاهرات جسمی
- باخبر شدن از اینکه عصبی شده یا ترسیده است
- تظاهرات جسمی اضطراب (افزایش فعالیت اتونوم): اتساع مردمک، اسهال، افزایش فشارخون و ...
- اثر بر تفکر، ادراک و یادگیری: کاهش تمرکز، کاهش قدرت یادآوری

□ اضطراب مرضی:

- اختلالات اضطرابی از شایع ترین طبقات اختلالات روانی هستند
- ابتلا یک نفر از هر چهار نفر
- شیوع در زنان بالاتر است
- شیوع در طبقات اجتماعی اقتصادی بالاتر کمتر است

□ پایه زیستی:

- افزایش فعالیت دستگاه اتونوم در برخی بیماران به ویژه پانیک
- افزایش عملکرد نور آدرنرژیک (بیخوابی، از جا پریدن، انگیختگی مفرط دستگاه اتونوم)
- افزایش فعالیت محور HPA
- احتمال کارکرد غیرطبیعی گابا

اختلال پانیک (هراس)

□ حمله پانیک:

- مشخصه ی اصلی شدید و ناگهانی بودن
- هجوم علائم اضطرابی که چنددقیقه تاچندساعت طول میکشد و با احساس قریب الوقوع بودن مرگ یا جنون همراه است
- در سایر اختلالات روانی بجز اختلال پانیک هم ممکن است رخ دهد
- حمله ی پانیک غیرمنتظره:حمله ای که در هر زمانی رخ میدهد و به هیچ محرک موقعیتی قابل شناسایی ای ربط ندارد
- برای تشخیص اختلال هراس باید این حملات غیر منتظره و بدون دلیل خاصی رخ دهند

ملاک های حمله ی پانیک

□ بروز ناگهانی ترس یا ناراحتی شدید که در چند دقیقه به اوج میرسد و طی این مدت چهار مورد یا بیشتر از علائم زیر بروز میکند:

■ تپش، کوبش یا افزایش ضربان قلب

■ تعریق

■ لرزش

■ احساس تنگی نفس و نرسیدن هوا

■ احساس خفگی

■ درد یا ناراحتی قفسه سینه

■ تهوع یا ناراحتی شکم

■ احساس سرگیجه، بی ثباتی، منگی یا غش

■ احساس گرگرفتگی یا لرز

■ احساس پارسندی (خواب رفتن و سوزن سوزن شدن)

■ گسست از واقعیت یا گسست از خویشتن

■ ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن

■ ترس از مردن

□ علائم مختص فرهنگ هم دیده میشود (مثل وزوز گوش، سردرد، درد گردن، گریه و فریاد غ ق کنترل)، اینگونه علائم نباید بعنوان 4 علامت لازم برای تشخیص محسوب شوند

ملاک های اختلال پانیک

- حملات مکرر غیر منتظره ی پانیک
- در پی حداقل یکی از حملات یکی از موارد زیر به مدت حداقل یک ماه باشد:
 - نگرانی مداوم در مورد بروز حمله مجدد یا پیامد حمله
 - تغییر ناسازگارانه ی رفتار ناشی از حملات (مثل ورزش نکردن یا نرفتن به مکان های نا آشنا)
- مواد و اختلالات طبی (مثل پرکاری تیروئید و بیماری های قلبی ریوی) رد شود
- توسط اختلال روانی دیگری بهتر توجیه نشود:
 - حمله پانیک فقط در واکنش به ترس از موقعیت اجتماعی در اختلال اضطراب اجتماعی
 - حمله ی پانیک فقط در واکنش به یک موقعیت خاص مثل هراس اختصاصی
 - حمله ی پانیک فقط در پاسخ به افکار وسواسی مثل OCD
 - و 0000

- سبب شناسی:
- سیستم لیمبیک و ساقه ی مغز
- نوراپی نفرین و سروتونین
- بعضی مواد مانند گاز کربنیک، سدیم لاکتات، بی کربنات و کافیین می توانند ایجاد کننده ی حملات پانیک باشند
- عوامل ژنتیک: خطر ابتلا در بستگان درجه یک 4 تا 8 برابر بیشتر از مردم عادی است
- طبق مطالعات جدید بروز پرو لاپس در یچه میترال در اختلال هراس بیش از سایر موارد نیست

خصایص بالینی

- نخستین حمله اغلب کاملاً خودبخود است
- گاه حمله در پی برآشفستگی، فعالیت بدنی، فعالیت جنسی یا آسیب هیجانی متوسط رخ میدهد
- موقعیت های مسبب حمله مشخص شوند: مصرف کافیین، الکل، نیکوتین یا مواد دیگر، تغییرات الگوی خواب و تغذیه، استفاده از نور تند حین کار
- حملات ناگهانی شروع می شوند و در عرض 10 دقیقه به اوج میرسند و اغلب تا حداکثر 2 ساعت فروکش میکنند
- حمله عموماً 20 تا 30 دقیقه و ندرتاً بیش از یک ساعت طول میکشد

- تجربه ی بیمار بصورت احساس مرگ قریب الوقوع یا احساس ازدست دادن عقل یا ابتلا به جنون است
- تجربه ی بیمار در فرهنگ های مختلف متفاوت است
- در موارد زیادی بیمار ان شکایات جسمی یا قلبی ریوی یا سرگیجه ناگهانی شدید دارند
- خیلی از موارد همراه با اختلالات اضطرابی و خلقی است
- شایع ترین همبودی آگورافوبیا(گذرهراسی) است
- گذرهراسی ناتوان کننده است(اجتناب از خروج از منزل یا ورود به مکان شلوغ بدون همراهی با اشنایان)
- وقتی حمله در موقعیت های خاصی رخ میدهد بیمار نسبت به آن مکانها شرطی میشود

- علایم به نفع علت زمینه ای طبی:
- خصوصیات آتیپیک در حین حمله مانند آتاکسی، تغییر هوشیاری یا عدم کنترل
مثانه
- شروع نسبتاً دیررس
- علایم یا نشانه های حاکی از اختلال طبی
- اختلال پانیک معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع میشود
- تشخیص افتراقی علل عضوی:
- اختلالات تیروئید، هیپرپاراتیروئیدی، هیپوگلیسمی دوره ای، اختلالات قلبی، تشنج
خصوصاً صرع لوب تمپورال و...

درمان

□ درمان دارویی:

- بنزودیازپین ها: آلپرازولام و کلونازپام (آلپرازولام مورد تأیید FDA)
- SSRI ها: شروع با دوز کم و افزایش تدریجی
- مصرف SSRI ها تا 1.5 تا 2 سال ادامه یابد
- TCA
- آموزش کافی به بیمار در مورد اینکه حملات خطرناک نیست و اینکه شروع اثرات بهبودی تا 3 هفته طول میکشد

آگور افوییا

- علایم اضطرابی وقتی ظاهر میشود که فرد خود را در موقعیتی فرض می کند که امکان کمک گرفتن یا فرار از آن دشوار است
- اغلب وقتی رخ میدهد که فرد در یک موقعیت دچار پانیک شده و بدنبال آن از حضور در همان محل و محل های مشابه دچار اضطراب میشود
- موقعیت های محتمل: تنها در خانه ماندن، تنها از منزل خارج شدن، از منزل زیاد دور شدن، مسافرت، حضور در مجالس، حمام، آسانسور، اتوبوس، هواپیما، جاهای شلوغ، مسجد

□ مثال:

- اتوبوس بین ایستگاه ها توقف ندارد و اگر فرد بخواهد خارج شود مشکل است
 - خروج از حمام نیازمند صرف زمان جهت لباس پوشیدن است و خروج در صورت نیاز سخت است
 - ترس از هواپیما بعلت عدم امکان خروج
- در افتراق باید به منشا ترس توجه کرد مثلا در آگورافوبیا ترس از عدم امکان کمک گرفتن است اما در فوبی پرواز ترس از مرگ در اثر سقوط است
- بسیار ناتوان کننده

ملاک های تشخیصی

- ترس در حداقل دو موقعیت زیر:
 - استفاده از وسایل نقلیه عمومی (اتوبوس، هواپیما، قطار و...)
 - بودن در فضاهای باز (پارکینگ بزرگ، مراکز خرید، پل ها)
 - بودن در فضاهای بسته (فروشگاه، تئاتر، سینما)
 - ایستادن در صف یا جاهای شلوغ
 - تنها ماندن خارج از خانه
- اجتناب از موقعیت های مذکور یا تحمل موقعیت با اضطراب شدید یا نیازمند همراه
- موقعیت ها همیشه سبب ترس یا اضطراب میشوند
- حداقل 6 ماه
- اضطراب بیش از حد مورد انتظار و نامناسب با زمینه ی فرهنگی

- مسبب ناراحتی زیاد یا افت عملکرد
- در صورت وجود بیماری طبی ترس یا اجتناب بیش از حد مورد انتظار است
- توسط یک اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی شود
- برای تشخیص نیاز به وجود حملات پانیک نیست

هراس اختصاصی

- ترس شدید و مداوم از شی یا موقعیتی معین
- شایع ترین اختلال روانی در زنان و دومین اختلال روانی شایع در مردان
- هراس موقعیتی بجز هراس از ارتفاعات در سنین بالاتر شروع میشوند
- نوع خون، آمپول، جراحت زمینه خانوادگی بیشتری دارد
- در زنها دوبرابر مردان رخ میدهد

- ترس غیر منطقی و بسیار شدیدتر از احتمال خطری است که ممکن است رخ دهد
- اضطراب شدید در مواجهه با مورد هراس و گاه پیش بینی آن رخ میدهد، حتی حمله ی پانیک محتمل است
- بیمار از موقعیت اجتناب می کند و این اجتناب سبب ناراحتی زیادی برای وی میشود مثلاً رفتن مسافت طولانی با اتوموبیل بعلت فوبی پرواز
- اغلب در پی درمان نیستند

ملاک های تشخیصی

- ترس یا اضطراب چشمگیر در مورد یک موقعیت یا جسم خاص (پرواز، بلندی، حیوانات، تزریق، دیدن خون)
- در کودکان ممکن است ترس و اضطراب بصورت گریه، قشقرق، میخکوب شدن یا چسبیدن به دیگران بروز کند
- اجتناب از موقعیت یا شی ترسناک یا تحمل با اضطراب شدید
- حداقل 6 ماه
- موقعیت یا شی مذکور همیشه باعث ترس یا اضطراب شود
- اضطراب بیش از حد مورد انتظار و نامناسب با زمینه ی فرهنگی
- ناراحتی قابل ملاحظه یا افت عملکرد
- عدم توجیه با اختلال دیگر (مثلا ترس از دوری از عزیزان در اختلال اضطراب جدایی)

اختلال اضطراب اجتماعی

- ترس از موقعیت های اجتماعی که مستلزم تماس با افراد غریبه یا زیر نظر بودن افراد غریبه است
- این افراد از شرمسار شدن و تحقیر شدن در موقعیت های اجتماعی میترسند مثل صحبت کردن، ملاقات کردن و...
- در زنان بیش از مردان است
- درجاتی از کمرویی و اضطراب اجتماعی در جمعیت عمومی شایع است

- این بیماران هنگام حضور در جمع دچار اضطراب شدید می شوند یا از آن اجتناب می کنند
- بخاطر احتمال خطر شرمساری در جمع تصورات مربوط به صحنه های شرمگینی در ذهن فرد مرور میشود
- این بیماران در جمع طوری فکر و عمل می کنند انگار همه در جمع دست از کار کشیده و اعمال آنها را زیر ذره بین گذاشته اند

□ تشخیص افتراقی:

- اختلال شخصیت دوری گزین: بیمار الگوی ثابتی از خجالتی بودن، شرمساری و اجتناب از جمع همراه با انگیزه حضور در جمع دارد و علائم از کودکی شروع شده اند
- اختلال شخصیت اسکیزوئید: در جمع مضطرب نیست، انگیزه ی حضور در جمع ندارد
- اسکیزوفرنیا: گاه بعلت عقاید گزند و آسیب از جمع گریزان هستند (بیمار با اختلال اضطراب اجتماعی به غیر طبیعی بودن ترس خود واقف است)
- افسردگی: عدم حضور در جمع بعلت خلق پائین و عدم احساس لذت است

- انواع:

- نوع موقعیتی یا عملکردی: فرد در جمع مضطرب نیست بلکه وقتی مورد توجه در جمع قرار میگیرد مضطرب می شود
مثلا وقتی در کلاس درس از وی سوال می شود
- نوع منتشر: در اغلب جمع ها فرد دچار اضطراب می شود
(کلاس درس، مهمانی و...)

ملاک های تشخیصی

- ترس یا اضطراب قابل ملاحظه در یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آنها احتمال دقت نظریه بیمار و تجزیه و تحلیل دیگران وجود دارد
- در کودکان باید هنگام حضور همسالان نیز دیده شود
- فرد میترسد کاری انجام دهد یا علایمی بروز دهد که دیگران برداشت منفی داشته باشند (طرد شود، شرمنده شود، مسخره شود و...)
- اجتناب از موقعیت یا تحمل با اضطراب شدید
- حداقل 6 ماه
- موقعیت مذکور همیشه باعث ترس یا اضطراب شود
- در کودکان اضطراب بصورت گریه، قشقرق، میخکوب شدن، چسبیدن به دیگران، کناره گیری یا عدم صحبت در موقعیت های اجتماعی
- اضطراب بیش از حد مورد انتظار و نامناسب با زمینه ی فرهنگی
- ناراحتی قابل ملاحظه یا افت عملکرد
- عدم توجیه با اختلال دیگر (مثل اوتیسم یا اختلال بدریخت انگاری)
- رد مواد و بیماری طبی

درمان

□ رواندرمانی: روش های شناختی رفتاری

□ درمان دارویی:

- SSRI ها و بصورت کوتاه مدت همراه با بنزودیازپین ها
- بتابلوکرها (20 تا 40 میلی پروپرانولول بیست دقیقه قبل از حضور در موقعیت فوبیک)

اختلال اضطراب فراگیر

- افرادی که تقریباً برای هر چیزی نگران به نظر میرسند
- اضطراب و نگرانی مفرط در مورد چند واقعه یا فعالیت
- اضطراب واکنشی است به خطراتی که بیمار به غلط خیال می کند
تهدیدش میکنند
- توجه انتخابی به جزئیات منفی
- پردازش تحریف شده ی اطلاعات در ذهن بیمار
- دیدگاه بیش از حد منفی در مورد قدرت مدارا

- این بیماران اغلب در مورد هر چیزی نگران هستند
- نگرانی تمام امور زندگی شان را درگیر می کند
- علائم روانشناختی اضطراب: دلهره، نگرانی، گوش به زنگی و انتظار خبر بد، تحریک پذیری، اشکال در خواب رفتن، بی قراری، شکایت اینکه همواره دلم می لرزد
- علائم جسمی اضطراب: تنش عضلانی، علائم گوارشی، علائم ریوی مثل تنگی نفس
- اگر علائم بیش از 6 ماه طول بکشد و افت عملکرد بدهد بیمار به GAD مبتلاست

□ شایع است

□ بیش از نیمی از بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی هستند

□ گروهی حملات پانیک را تجربه میکنند

□ زنها دوبرابر مردان مبتلا می شوند

□ سبب شناسی:

• درگیری لوب اکسی پوت

• اختلال سروتونرژیک

□ خصایص بالینی:

- علامت عمده نگرانی شدید و پایدار است
- علائم جسمی اضطراب مثل تنگی نفس، تهوع، اسهال و... و بعلت این علائم به سایر متخصصین مراجعه می کنند (با شکایت اسهال مزمن و IBS و...)
- علائم روانشناختی اضطراب مثل گوش به زنگی، از جا پریدن، انتظار خبر بدو...

□ تشخیص افتراقی:

□ آزمایشات روتین، نوار قلب و تست عملکرد تیروئید

ملاک های تشخیصی

- اضطراب و نگرانی مفرط که در 6 ماه گذشته در بیشتر روزها وجود داشته و در باره ی وقایع و فعالیت های مختلفی است
- کنترل نگرانی دشوار است
- حداقل 3 علامت از 6 علامت زیر باشد (در کودکان یک مورد)
 - بی قراری یا احساس برانگیختگی و بی تابی
 - زود خسته شدن
 - اشکال در تمرکز یا خالی شدن ذهن
 - تحریک پذیری
 - تنیدگی عضلانی
 - اختلال خواب
- ناراحتی قابل ملاحظه یا افت عملکرد
- عدم توجه با اختلال دیگر (نگران بودن در مورد جدایی از فرد مورد دلبستگی)
- رد مواد و بیماری طبی

□ درمان:

- ترکیب دارودرمانی و رواندرمانی بهتر است
- بوسپیرون، BZD، SSRI
- بوسپیرون روی علائم روانشناختی اضطراب تاثیر بیشتری دارد

سایر اختلالات اضطرابی

- اختلال اضطرابی ناشی از یک بیماری طبی دیگر:
 - اختلالات تیروئید و پارائتروئید، کمبود B12، هایپوگلیسمی....
 - آریتمی قلبی
- شایع ترین تصویر بالینی سندرومی شبیه پانیک
- کمترین تصویر بالینی سندرومی شبیه فوبیا
- در بیماران کاردیومیوپاتی میزان بروز اختلال پانیک ثانویه به بیماری طبی عمومی بیش از همه است (80%)
- علائم اختلال پانیک در پارکینسون و COPD نیز دیده میشود
- علائم شبیه به اختلال اضطراب منتشر در شوگرن و گریوز

- بیشترین شیوع علایم اضطراب فراگیر در بیماری طبی عمومی در گریوز است
- باید رابطه سببی بین اختلال عضوی و علائم اضطرابی باشد
- اصل اولیه درمان، درمان اختلال عضوی است

□ اختلال اضطرابی ناشی از مواد:

- انواع مواد و داروها مثل مقلدهای سمپاتیک (آمفتامین، کافئین، کوکائین)
- مواد سروتونرژیک مثل LSD
- علائم در طول مصرف یا حداکثر یک ماه پس از قطع مصرف ظاهر شود
- در تشخیص نوع ماده، وضعیت مصرف و الگوی علامت ایجادشده ذکر شود
- مرحله ی اول درمان حذف ماده ی مسبب است

اختلال و سواسی جبری و اختلالات مرتبط

- اختلال و سواسی جبری
- اختلال بدریخت انگاری بدن
- اختلال ذخیره سازی
- و سواس کردن مو
- اختلال کردن پوست

اختلال و سواسی جبری

- اختلالی از اردهنده با آسیب جدی به عملکرد بیمار
- فکر و سواسی : فکر، تمایل یا تصویر راجعه که مزاحم و ناخواسته تجربه میشود، فرایندی ذهنی است
- عمل و سواسی : رفتاری آگاهانه و عودکننده مانند شمارش، واریسی و...، یک رفتار است
- عمل و سواسی جهت کاهش اضطراب ناشی از فکر و سواسی است اما همیشه سبب کاهش اضطراب نمیشود (بدون تغییر یا حتی افزایش)
- مقاومت در برابر عمل و سواسی هم سبب افزایش اضطراب میشود

ملاک های تشخیصی

A- وجود فکر وسواسی (obsession)، یا عمل وسواسی (Compulsion) یا هر دو:

■ فکر وسواسی، با (1) و (2) مشخص می شود:

• 1- افکار، تکانه ها، یا تصورات ذهنی تکراری و مقاوم که زمانی در طول اختلال برای شخص، مزاحم و نامتناسب شمرده می شوند و اکثر موارد اضطراب و ناراحتی بارز به وجود می آورند.

• 2- شخص می کوشد این افکار یا تکانه ها را نادیده گرفته یا سرکوب کند یا آنها را با عمل یا فکری دیگر خنثی نماید.

ملاک های تشخیصی

- اعمال و سواسی، بطوری که با (1) و (2) تعیین می شوند:
- 1- رفتارهای تکراری (مثل شستن دستها، منظم کردن و واریسی کردن) و اعمال ذهنی (مثل دعا، شمارش، تکرار کلمات در سکوت) که شخص احساس می کند در پاسخ به افکار و سواسی، یا مطابق با اصولی که فرد ناگزیر از انجام دقیق آنها است، مجبور است آنها را انجام دهد.
- 2- رفتارها یا اعمال ذهنی برای خنثی سازی یا پیشگیری از اضطراب یا ناراحتی یا وقوع يك اتفاق یا رویداد ترسناك طرح ریزی می شود؛ معهذ این رفتارها یا اعمال ذهنی رابطه ای واقعگرایانه با آنچه قرار است خنثی شده یا پیشگیری شود ندارند، یا آشکارا افراطی هستند.
- کودکان ممکن است قادر به ابراز اهداف این اعمال یا فعالیت های ذهنی نباشند

ملاک های تشخیصی

- B- افکار و اعمال وسواسی یا ناراحتی شدید ایجاد می کنند یا وقتگیر (بیشتر از یک ساعت در روز) هستند یا بطور قابل ملاحظه در برنامه های معمول، عملکرد شغلی، یا فعالیتهای اجتماعی و روابط با دیگران تداخل می نمایند
- C- اگر یک اختلال محور یک دیگر موجود باشد محتوی افکار و اعمال وسواسی مرتبط با آن نیست مثل اشتغال ذهنی با غذا در اختلال خوردن، کندن مو در تریکوتیلومانیا...
- D- ناشی از ماده یا اختلال طبی نیست

ملاک های تشخیصی

مشخص شود اگر:

- همراه با بینش خوب یا کافی: میداند باور هایش قطعا یا احتمالا صحیح نیستند یا ممکن است صحیح باشند یا نباشند
- همراه با بینش کم: فکر میکند باور هایش احتمالا واقعی هستند
- فقدان بینش یا باور هذیانی: کاملا باور دارد که افکارش واقعی هستند

مرتبط با تیک:

در حال حاضر یک اختلال تیک یا سابقه ی آن را دارد

• دو مشخصه ی وسواس:

- خلاف خواست فرد هستند (Ego dystonic): مثلاً فردی که خیلی به نظافت اهمیت میدهد افکار آلودگی به ذهنش حمله ور میشود یا فردی که مذهبی است با تکانه های وسواسی ضد مذهبی به شدت دچار اضطراب میشود
- بیمار میداند این افکار و تکانه ها متعلق به خود اوست

تفکر جادویی:

- فکر می کند به صرف اندیشیدن در مورد یک موضوع می تواند سبب وقوع آن شود (احساس omnipotency)
- همین سبب میشود افکار پر خاشگرانه ی فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری برایش ترسناک باشد

- شیوع : 2 تا 3 درصد
- بی نظمی سیستم سروتونرژیک از فرضیات مهم ایجاد اختلال وسواسی جبری است
- شیوع در بستگان درجه یک 3 تا 5 برابر
- ارتباط با اختلال شخصیت وسواسی جبری کم است

- انواع:

- آلودگی: شایع ترین الگوی وسواس آلودگی است و بدنبال آن شست و شو یا اجتناب اجبارگونه از شی ای که فرد فکر می کند آلوده است

- تردید مرضی: دومین الگوی شایع وسواس تردید است که بدنبال آن وسواس عملی و ارسی رخ می دهد (احساس خطر از انجام عملی خشونت بار مثلا خاموش نکردن اجاق)

- افکار مزاحم: صرفا افکار وسواسی بدون وسواس عملی

- تقارن: لزوم رعایت تقارن یا دقت (کندی)

- درمان :
- SSRI ها : خط اول درمان
- کلومی پرامین
- داروهای کمکی: والپورات، لیتیوم، بوسپیرون، ریسپریدون، کلونازپام و....
- رفتاردرمانی

اختلالات مربوط به سانحه و عوامل استرس

- اختلال استرس پس از سانحه
- اختلال استرس حاد
- اختلالات انطباقی

اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد

- علائم اضطرابی گاه بدنبال تجربه ی استرس های شدید و تهدید کننده ی حیات یا آبروی فرد روی میدهند
- عامل استرس زا برای ایجاد اختلال لازم است ولی کافی نیست و نیاز به استعداد زیست شناختی و روانشناختی هم وجود دارد
- عوامل مستعد کننده ی PTSD:
 - تجربه ی تروما در کودکی
 - صفات مرزی، پارانویید، وابسته یا ضد اجتماعی
 - سیستم حمایتی ضعیف خانواده یا جامعه
 - جنس مونث
 - آسیب پذیری ژنتیک نسبت به بیماری روانی
 - مصرف الکل
 - تغییرات استرس آمیز اخیر در زندگی

- مشخصه ی PTSD تجربه ی رویداد استرس آمیزی است که تهدیدی برای حیات فرد یا آبرو و حیثیت فرد بوده است و تقریباً این رویداد برای هر فردی استرس آور است
- تصادف مرگبار، تجاوز، سیل، زلزله، شاهد مرگ دوستان در جنگ بودن و...
- علائم شامل فلاش بک، کابوس، اجتناب از یادآورهای حادثه، عصبانیت و.....

ملاک های تشخیصی PTSD

- A مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، آسیب شدید یا خشونت جنسی بصورت یکی از موارد زیر:
 - ✓ تجربه ی مستقیم حادثه
 - ✓ شاهد بودن فرد وقتی حادثه برای دیگران رخ می دهد
 - ✓ آگاهی از اینکه حادثه برای یک عضو خانواده یا دوست صمیمی رخ داده است (در موارد مرگ واقعی یا تهدید به مرگ عضو خانواده یا دوست حادثه باید فجیع یا غیر مترقبه باشد)
 - ✓ تجربه ی مکرر حادثه (مسئول جمع آوری اجساد)

ملاک های تشخیصی PTSD

- B یک مورد یا بیشتر علامت مزاحم:
 - ✓ یادآوری مکرر، ناخواسته و مزاحم حادثه (بازی تکراری در کودک)
 - ✓ کابوس با محتوای حادثه
 - ✓ واکنش تجزیه ای مثل فلش بک (طوری عمل میکند انگار حادثه در حال وقوع است، گاهی آقدر شدید که با از دست دادن آگاهی نسبت به محیط همراه است)
 - ✓ ناراحتی شدید یا طولانی در مواجهه با نماد بیرونی یا درونی
 - ✓ واکنش فیزیولوژیک محسوس در مواجهه با نماد بیرونی یا درونی

ملاک های تشخیصی PTSD

• C اجتناب مداوم از محرک های مربوط به حادثه (یک مورد یا بیشتر):

✓ اجتناب از خاطرات، افکار یا احساسات مربوط به حادثه

✓ اجتناب از یادآورهای محیطی (افراد، مکان ها و...)

• D تغییرات منفی در خلق و شناخت (دو مورد یا بیشتر):

✓ ناتوانی در بخاطر آوردن جنبه های مهم حادثه

✓ عقاید یا انتظارات منفی و مبالغه آمیز درباره ی خود، دیگران و

جهان (من بدم، به کسی نمیشود اعتماد کرد، دنیا خطرناک است)

ملاک های تشخیصی PTSD

- ✓ افکار تحریف شده پایدار در مورد علت یا عواقب حادثه (سرزنش خود و دیگران)
- ✓ حالات هیجانی منفی مداوم (ترس، شرم، گناه و...)
- ✓ کاهش علاقه یا شرکت در فعالیت های مهم
- ✓ احساس جدایی و بیگانگی از دیگران
- ✓ ناتوانی مستمر در تجربه ی هیجانات مثبت مثل تجربه ی شادی یا احساس محبت

ملاک های تشخیصی PTSD

- E تغییر در انگیزتگی و واکنش پذیری (دو مورد یا بیشتر):
 - ✓ رفتار تحریک پذیر یا حملات خشم با کمترین محرک یا بدون محرک
 - ✓ رفتار خودتخریبی
 - ✓ گوش بزننگی مفرط
 - ✓ تشدید واکنش از جاپریدن
 - ✓ اشکالات تمرکز
 - ✓ اختلال خواب

ملاک های تشخیصی PTSD

- F مدت اختلال بیشتر از یک ماه
- G ایجاد ناراحتی شدید یا افت عملکرد
- H ناشی از مواد و بیماری جسمی نیست

اختلال استرس حاد (ASD)

- علائم شبیه PTSD اما در یک دوره ی یک ماهه محدود میشود
- PTSD ممکن است سالها ادامه یابد یا حتی سالها بعد از حادثه شروع شود

اختلال انطباقی

- می تواند بر اساس یک عامل یا چند عامل استرس زا رخ دهد
- شدت اختلال تابع عامل استرس زا به تنهایی نیست
- عواملی مانند شدت، مدت و برگشت پذیری استرسور، محیط و تفاوت های فردی فرد در شدت اختلال موثر است
- استرسور میتواند تکرار شونده باشد مثل بیکاری های فصلی، یا ممتد باشد مثل بیماری مزمن
- شروع علائم در طی 3 ماه از شروع استرسور

□ تظاهرات بالینی:

- وجود عامل استرس را لازمه ی اختلال انطباقی است
- علائم ممکن است به سرعت بر طرف شدن استرسور بر طرف نشود
- اگر عامل استرسور ادامه یابد بیماری می تواند مزمن شود
- در هر سنی رخ میدهد
- انواع بالینی متنوع است
- در کودکان و سالمندان علائم جسمی و در بزرگسالان خلق افسرده و اضطراب شایع است

□ انواع بالینی :

• اختلال انطباقی با خلق افسرده :

✓ علائم غالب افسردگی خفیف

✓ گریه و زاری، ناامیدی و خلق افسرده

✓ نوجوانان مبتلا به این نوع در خطر بالای ابتلا به MDD در بزرگسالی

• اختلال انطباقی با علائم اضطرابی:

✓ علائم غالب علائم اضطرابی است، نگرانی، بیقراری...

• اختلال انطباقی با علائم توام خلق افسرده و اضطراب:

✓ ترکیبی از علائم اضطراب و افسردگی بدون وجود ملاک های

تشخیصی اختلال افسردگی یا اضطرابی دیگر

- اختلال انطباقی با آشفتگی رفتاری :
- ✓ تظاهرات عمده مربوط به رفتار: زیرا گذاشتن حقوق دیگران، نادیده گرفتن موازین و هنجارهای اجتماعی متناسب با سن مانند رانندگی بی محابا، فرار از مدرسه
- اختلال انطباقی با علائم توام آشفتگی رفتاری و هیجان
- اختلال انطباقی نامشخص:
- ✓ واکنش نامشخص به استرس هایی که منجر به اختلال انطباقی می شوند
- ✓ واکنش نامناسب به تشخیص بیماری، انکار تشخیص سرطان، عدم همکاری با دستورات دارویی

□ ملاک های تشخیصی DSM5:

- پیدایش علائم هیجانی و رفتاری در واکنش به یک یا چند عامل استرس زا در طی 3 ماه از شروع استرسور
- علائم یا رفتارها از نظر بالینی قابل ملاحظه هستند و به یکی از دو صورت زیر ظاهر میشوند:
 - ✓ اختلال قابل ملاحظه ی عملکرد
 - ✓ ناراحتی شدیدی که فراتر از حد انتظار برای استرسور است
- واجد ملاک های سایر اختلالات محور یک نباشد و تشدید اختلال قبلی محور یک یا دو نیست
- پس از اتمام عامل استرس زا علائم بیشتر از 6 ماه ادامه نمی یابند
- علائم حاکی از داغدیدگی نیست

- حاد: کمتر از 6 ماه

- مزمن: بیشتر از 6 ماه

□ درمان :

- رواندرمانی

- دارودرمانی : بر اساس نوع علائم مثلا بنزودیازپین در علائم

شدید اضطرابی یا محرک در بیمار شدیداً منزوی