



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران
معاونت دانشجویی و فرهنگی
مرکز مشاوره دانشجویی



« سلامت روان و بهزیستی همگانی را در اولویت جهانی قرار دهید »

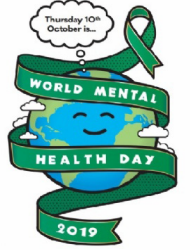
MAKE MENTAL HEALTH & WELL - BEING FOR ALL A GLOBAL PRIORITY

۱۰ اکتبر ۲۰۲۲ مصادف با ۱۸ مهر ۱۴۰۱

آشنایی با برخی اختلالات شایع سلامت روان

مهرماه ۱۴۰۱





به مناسبت روز جهانی سلامت روان

تهیه و تنظیم:

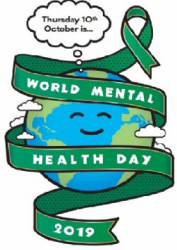
نگار سیفی مقدم

روانپزشک- فلوشیپ رواندرمانی
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

اینستاگرام مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی ایران:
<https://instagram.com/counseling.iums>

سایت مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی ایران:
[/https://counseling.iums.ac.ir](https://counseling.iums.ac.ir)



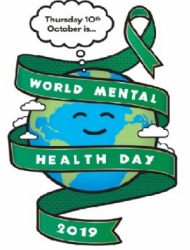


شماره صفحه

فهرست

۳ مقدمه
۴ اختلالات خلقی
۱۴ اختلال اضطراب فراگیر
۱۷ اختلال پانیک
۲۱ اختلال وسواس جبری
۲۶ فوبیای اختصاصی





مقدمه:

سواد سلامت روانی به عنوان مهارت‌های شخصی، شناختی و اجتماعی تعریف می‌شود که توانایی افراد در دستیابی، درک و استفاده از اطلاعات برای ارتقاء و حفظ سلامت روان را تعیین می‌کند و دارای مولفه‌های زیر است:

- توانایی تشخیص اختلالات روانشناختی با انواع متفاوت فشارهای روانی
- دانش و باورها درباره عوامل خطر و دلایل آن
- دانش و باورها درباره مداخله‌های خودیاری (خوددرمانی)
- دانش و باورها درباره کمک‌های حرفه‌ای در دسترس
- دانش چگونگی جستجوی اطلاعات سلامت روانی
- دیدگاه‌هایی که تشخیص و جستجوی کمک مناسب را بهبود می‌بخشند.

به طور کلی سواد سلامت روانی دانش و باورها درباره اختلالات روانی و ذهنی است که به شناخت، مدیریت و پیشگیری از آن کمک می‌کند. این دانش و باورها نه فقط بر خود شخص بلکه بر دیگران نیز بسیار اثرگذار است. وقتی با موضوع سلامت روان روبرو هستیم، افراد ارائه‌دهنده خدمات و درمانگرها در همراهی و مراقبت از یک فرد آسیب دیده با توجه به دانش و نگرش خود از بیماری و سلامتی عمل می‌کنند.

در این مجموعه سعی بر این است تا بتوانیم نسبت به شناخت هر چه بیشتر اختلالات روانشناختی شایع در دانشجویان گامی هر چند کوچک برداریم.

مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه

پاییز ۱۴۰۱





اختلالات خلقی

اختلالات خلقی طبقه مهمی از بیماریهای روانپزشکی هستند.

اگر بیمار فقط به دوره های افسردگی مآژور دچار شود اصطلاحاً گفته میشود که به اختلال افسردگی مآژور یا افسردگی یک قطبی مبتلاست.

برای بیمارانی که به هر دو نوع دوره ی افسردگی و مانیا دچار میشوند و یا فقط دوره های مانیا را تجربه میکنند تشخیص اختلال دوقطبی مطرح میشود.

بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی را که هیچ دوره های از افسردگی ندارند گاه با اصطلاحاتی نظیر مانیای یک قطبی یا مانیای خالص توصیف میکنند. (pure mania).

سه طبقه دیگر از اختلالات خلقی عبارتند از هیپومانیا ، سیکلوتایمی و دیس تایمی.

بیماریهای همراه: خطر بروز یک یا چند اختلال دیگر در افراد دچار اختلالات خلقی عمده بیشتر است. شایعترین اختلالات همراه عبارتند از: سومصرف یا وابستگی به الکل، اختلال پانیک، اختلال وسواسی جبری و اختلال اضطراب اجتماعی.

ویژگی های بالینی

علائم اختلالات خلقی دو الگوی کلی دارد: یکی مربوط به افسردگی و دیگری مربوط به مانیا

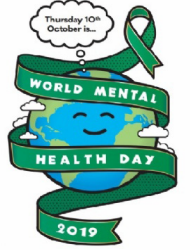
دوره های افسردگی هم در اختلال افسردگی مآژور ممکن است روی دهد و هم در اختلال دوقطبی نوع یک.

برخی از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک حالات مختلطی دارند که هم خصایص مانیا را دارد و هم خصایص افسردگی را. همچنین برخی از بیماران در حین دوره های مانیا دوره های گذرای از افسردگی هم پیدا میکنند که از چند دقیقه تا چند ساعت طول میکشد.

دوره های افسردگی:

خلق افسرده یا بی علاقگی یا بی لذتی علائم کلیدی افسردگی است. بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، نومیدی، غمگینی یا بی ارزشی میکند. از نظر بیمار خلق افسرده واجد کیفیت مشخصی است که آن را از احساس طبیعی دلتنگی یا سوگ متمایز میکند. بیمار اغلب علائم افسردگی را علائم نوعی درد مشقت بار روحی توصیف میکند و گاه از این شکایت میکند که نمی تواند گریه کند. علامتی که با بهبود بیمار رفع می شود.





حدود دو سوم از بیماران افسرده به خودکشی فکر میکنند و حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از آنها نیز دست به خودکشی میزنند.

در عین حال گاه نیز به نظر میرسد که بیماران افسرده از افسردگی‌شان خبری ندارند و شکایتی از داشتن خلق افسرده نمیکنند ولو از خانواده دوستان و فعالیت‌هایی که سابقاً مورد علاقه‌شان بوده کناره گرفته باشند.

تقریباً همه بیماران افسرده از کم شدن انرژی خود شکایت میکنند. این کاهش انرژی موجب میشود نتوانند وظایف خود را به راحتی انجام دهند، از نظر تحصیلی و شغلی اختلال ایجاد میکند و انگیزه‌شان را برای قبول طرح‌های جدید کم میکند.

حدود ۸۰ درصد بیماران از اشکال در خواب بویژه سحرخیزی و بیدار شدن‌های مکرر در طول شب که طی آن دائم به مشکلات خود فکر میکنند شکایت دارند.

بسیاری از بیماران دچار کاهش اشتها و وزن میشوند. اما برخی نیز افزایش اشتها افزایش وزن و افزایش خواب پیدا میکنند. این بیماران را جز بیماران دارای خصایص آتیپیک طبقه بندی میکنند.

اضطراب از علایم شایع افسردگی است که بسیاری از بیماران یعنی حدود ۹۰ درصد آنان را گرفتار میکند.

سایر علایم نباتی افسردگی عبارتست از: غیر طبیعی بودن قاعدگی، کاهش میل و عملکرد جنسی.

حدود پنجاه درصد از بیماران ذکر میکنند که علایمشان در طول روز تغییر میکند به این شکل که شدت آن در صبح بیشتر است و هرچه رو به غروب میرویم کمتر میشود.

علایم شناختی افسردگی عبارتند از احساس ذهنی ضعف تمرکز و مختل شدن تفکر

افسردگی در کودکان و نوجوانان: هراس از مدرسه و چسبیدن بیش از حد به والدین ممکن است علایمی از افسردگی در کودکان باشد. ضعف عملکرد تحصیلی، سومصرف مواد، رفتار ضد اجتماعی، ولنگاری جنسی، فرار از مدرسه و ترک خانه ممکن است علائم افسردگی در نوجوانان باشد.

دوره های مانیا:

خلق بالا، گشاده (expansive) یا تحریک پذیر (irritable) شاه علامت دوره مانیا هستند. خلق بالا خلقی است سرخوشانه (euphoric) و اغلب مسری که گاه موجب میشود بالینگر نامجرب





انتقال متقابل پیدا کند و آن را انکار نماید. افرادی که بیمار را از نزدیک می‌شناسند می‌فهمند خلقش غیر طبیعی است.

اغلب خلق غالب بیمار در اوایل سیر بیماری سرخوشانه است و هرچه جلوتر می‌رویم رو به تحریک پذیری می‌گذارد.

درمان بیماران مانیک در بخش و به صورت بستری اغلب این مشکل را دارد که آنها می‌خواهند محدودیتها و مقررات بخش را نقض کنند، میل دارند مسولیت اعمال خود را به گردن دیگران بیندازند از ضعف دیگران به نفع خود سواستفاده کنند و می‌خواهند میان کارکنان تفرقه بیندازند.

خارج از بیمارستان نیز اغلب در نوشیدن الکل افراط می‌کنند که شاید برای خوددرمانی باشد. مهارگسیختگی این بیماران در تلفن زندهای مکرر ایشان به ویژه تلفن به راههای دور در ساعات اولیه صبح نمایان است.

قمارگری، تمایل به لخت شدن در انظار، استفاده از لباس‌ها و جواهراتی پر زرق و برق در ترکیباتی غیر معمول و بی توجهی به جزئیات (مثلا فراموش می‌کنند گوشی تلفن را سر جایش بگذارند) از دیگر علایم این اختلال است.

اغلب بیمار احساس می‌کند که اعمالش علی‌رغم اینکه تکانشی است، درست و هدفدار است. ذهن بیمار اغلب به افکار گزند، مذهبی سیاسی مالی و یا جنسی مشغول است. به حدی که گاه این افکار ممکن است به شکل نظام‌های هذیانی پیچیده ای درآید.

تشخیص بالینی

ملاک‌های تشخیص افسردگی ماژور:

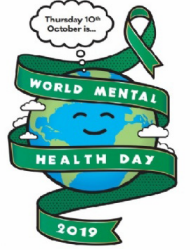
الف: ۵ مورد یا بیشتر از علایم زیر در یک دوره ۲ هفته‌ای همزمان وجود داشته باشد و نشان دهنده ۲ یا ۳ مورد یا بیشتر از علایم زیر در یک دوره ۲ هفته‌ای باشد. حداقل یکی از علایم باید ۱) خلق افسرده یا ۲) از دست رفتن علایق یا لذات باشد.

۱- خلق افسرده در اکثر ساعات روز و تقریباً تمام روزها وجود دارد یا خود فرد به آن اذعان دارد (مثلاً احساس اندوه ناامیدی یا پوچی)، یا قابل رویت توسط دیگران است (مثلاً ظاهری گریان دارد) (توجه: در کودکان و نوجوانان می‌تواند به شکل خلق تحریک پذیر دیده شود).

۲- کاهش مشخص علایم یا لذات در تمام و یا تقریباً تمام فعالیت‌های شبانه روزی و تقریباً تمام روزها (یا خود فرد به آن اذعان دارد یا دیگران مشاهده می‌کنند).

۳- کاهش وزن چشمگیر بدون گرفتن رژیم غذایی یا افزایش وزن (مثلاً تغییر بیش از ۵ درصد





وزن بدن طی یک ماه) یا کاهش یا افزایش اشتها در تقریباً همه ی روزها (توجه : در کودکان عدم دستیابی به وزن مورد انتظار)

۴ - بی خوابی یا پرخوابی در تقریباً همه روزها

۵ - سرآسیمگی یا کندی روانی حرکتی در تقریباً تمام روزها (باید توسط دیگران تایید شود و تنها احساس ذهنی بی قراری یا کند شده خود فرد کافی نیست).

۶ - خستگی یا فقدان انرژی در تقریباً تمام روزها

۷ - احساس بی ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب (که میتواند هذیانی باشد) در تقریباً تمام روزها (نه فقط احساس گناه یا سرزنش خود به علت بیمار بودن)

۸ - کاهش توانایی تفکر و تمرکز در تقریباً در تمام روزها (یا احساس ذهنی خود فرد یا مشاهده توسط دیگران)

۹ - افکار مکرر مربوط به مرگ (نه فقط ترس از مرگ) ، افکار راجعه خودکشی بدون هیچ نقشه خاص، یا داشتن یک نقشه ی ویژه برای اقدام به خودکشی یا یک بار اقدام به خودکشی

ب) علایم فوق باید از نظر بالینی سبب ناراحتی چشمگیر یا افت کارکرد اجتماعی شغلی یا سایر جنبه های مهم کاری فرد گردد.

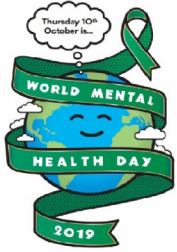
ج) دوره فوق ناشی از اثرات فیزیولوژیک یک ماده یا یک بیماری طبی دیگر نیست.

نکته : ملاک های الف تا ج نشان دهنده یک دوره افسردگی ماژور هستند.

نکته: واکنش هایی که در مقابل فقدان های چشمگیر (مانند سوگواری عزیزان ورزشکستگی مالی خسارات ناشی از بلایای طبیعی یا کم توانی های جدی) بوجود میاید میتواند واجد احساس های شدید اندوه نشخوار ذهنی مربوط به فقدان پیش آمده بی خوابی بی اشتهایی و کاهش وزنی که در ملاک الف ذکر شده است باشد و شبیه یک دوره افسردگی ماژور به نظر برسد. گرچه که معمولاً بروز اینگونه علایم قابل درک و متناسب با شرایط پیش آمده در نظر گرفته میشود ولی همیشه احتمال بروز یک دوره ی افسردگی ماژور در کنار واکنش های طبیعی به یک فقدان با اهمیت به وجود آمده را در نظر داشته باشید. تصمیم گیری و تشخیص این موارد بر اساس فقدان قضاوت بالینی بالینگر و با توجه به شرح حال فردی بیمار و هنجارهای فرهنگی ابراز ناراحتی برای فقدان پیش آمده در جامعه وی صورت میگیرد.

د) دوره افسردگی ماژور حاضر توسط اختلال اسکیزوافکتیو ، اسکیزوفرنیا ، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال هذیانی یا سایر اختلالات معین و نامعین طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روانپزشکی بهتر توجیه نمیشود.





ه) هیچ گاه دوره مانیا یا هیپومانیا بروز نکرده است.

نکته: اگر همه حملات مانیا یا هیپومانیا بر روز کرده ناشی از اثرات مواد یا اثرات فیزیولوژیک یک بیماری طبی دیگر است ملاک ه نقض نشده است.

کد تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بر اساس منفرد یا راجعه بودن حملات ، شدت فعلی بیماری، وجود ویژگی های روانپزشکی ، و وضعیت فروکش فعلی تعیین میشود.

این ویژگی ها هم در آخر تعیین و اضافه میشود:

با ناراحتی اضطرابی

با ویژگی های مختلط

با ویژگی های ملانکولیک

همراه ویژگی های آتیپیک

همراه ویژگی های روانپزشکی هماهنگ با خلق

همراه ویژگی های روانپزشکی نا هماهنگ با خلق

با کاتاتونیا

افسردگی ممکن است به صورت دوره منفرد یا تکرار شونده بروز پیدا کند.

بیمارانی که لااقل دومین دوره افسردگی خود را دارند میگذرانند در دسته مبتلایان به نوع عود کننده اختلال افسردگی مازور قرار میگیرند.

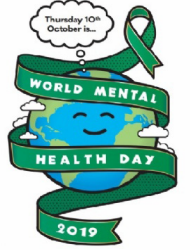
ملاک های تشخیص اختلال دوقطبی تیپ یک:

برای تشخیص اختلال دو قطبی یک باید ملاک های زیر برای دوره مانیا احراز شود. امکان بروز حملات افسردگی مازور یا هیپومانیا قبل و بعد از حملات مانیا وجود دارد.

دوره ی مانیا:

الف: طی دوره مشخصی که حداقل یک هفته طول بکشد خلق به شکل غیر طبیعی و مداوم بالا ، گشاده یا تحریک پذیر باشد و فعالیت هدفمند یا انرژی فرد به شکلی ناهنجار و مداوم افزایش یابد و این حالات در اکثر اوقات شبانه روز و تقریباً در تمام روزها دیده می شود. (در صورت لزوم بستری شدن فرد مدت اختلال اهمیت نخواهد داشت).





ب: طی دوره ی آشفتگی خلقی و افزایش انرژی یا فعالیت حداقل سه مورد از علایم زیر (چهار مورد اگر خلق فقط تحریک پذیر باشد) با شدت قابل ملاحظه ای وجود داشته باشد و نسبت به رفتارهای معمول فرد تغییر قابل ملاحظه ای را نشان دهد.

۱ - افزایش اعتماد به نفس یا خود بزرگ بینی

۲ - کاهش نیاز به خواب (مثلا فقط بعد از سه ساعت خوابیدن احساس شادابی و رفع خستگی میکند)

۳ - پرحرفی بیش از حد معمول یا احساس فشار برای حرف زدن

۴ - پرش افکار یا تجربه ذهنی سبقت افکار از یکدیگر

۵ - حواس پرتی (یعنی توجه فرد براحتی به طرف محرک های خارجی بی اهمیت و نامربوط جلب میشود) که یا خود فرد اذعان دارد یا مشاهده میشود.

۶ - افزایش فعالیت های معطوف به هدف (اجتماعی، شغلی، تحصیلی، جنسی) یا سراسیمگی روانی حرکتی (فعالیت های بدون هدف و نامعین)

۷ - اشتغال مفرط به فعالیت هایی که میتواند پیامد های دردناک زیادی برای فرد ایجاد کنند (مانند ولخرجی بی حد و حصر، بی مبالاتی جنسی یا سرمایه گذاری های تجاری نامناسب)

ج: اختلال خلق آنقدر شدید هست که موجب افت بارز کارکرد اجتماعی یا شغلی فرد و یا ضرورت بستری شدن فرد برای پیشگیری از آسیب به خود یا دیگران گردد و یا همراه ویژگی های روانپزشکی است.

د : دوره فوق ناشی از اثرات فیزیولوژیک یک ماده یا یک بیماری طبی دیگر نیست.

نکته: یک دوره کامل مانیا که در حین درمان ضد افسردگی بروز پیدا میکند ولی به شکل سندرم کامل در حدی بیش از اثرات فیزیولوژیک درمان فوق ادامه میابد شاهد کافی برای یک دوره ی مانیا و تشخیص اختلال دوقطبی یک را فراهم میکند.

نکته: ملاک ها الف تا دال تشکیل دهنده ی دوره مانیاست . برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک ، حداقل یک دوره مانیا در طول عمر ضروری است.

دوره ی هیپومانیا:

الف: طی دوره مشخصی که حداقل چهار روز طول بکشد خلق به شکل غیر طبیعی و مداوم بالا ، گشاده یا تحریک پذیر باشد و فعالیت هدفمند یا انرژی فرد به شکلی ناهنجار و مداوم افزایش یابد و این حالات در اکثر اوقات شبانه روز و تقریباً در تمام روزها دیده می شود.





ب: طی دوره ی آشفتگی خلقی و افزایش انرژی یا فعالیت حداقل سه مورد از علایم زیر (چهار مورد اگر خلق فقط تحریک پذیر باشد) یا شدت قابل ملاحظه ای وجود داشته باشد و نسبت به رفتارهای معمول فرد تغییر قابل ملاحظه ای را نشان دهد.

۱- افزایش اعتماد به نفس یا خود بزرگ بینی

۲- کاهش نیاز به خواب (مثلا فقط بعد از سه ساعت خوابیدن احساس شادابی و رفع خستگی میکند)

۳- پرحرفی بیش از حد معمول یا احساس فشار برای حرف زدن

۴- پرش افکار یا تجربه ذهنی سبقت افکار از یکدیگر

۵- حواس پرتی (یعنی توجه فرد براحتی به طرف محرک های خارجی بی اهمیت و نامربوط جلب میشود) که یا خود فرد اذعان دارد یا مشاهده میشود.

۶- افزایش فعالیت های معطوف به هدف (اجتماعی، شغلی، تحصیلی و جنسی) یا سراسیمگی روانی حرکتی (فعالیت های بدون هدف و نامعین)

۷- اشتغال مفرط به فعالیت هایی که میتواند پیامد های دردناک زیادی برای فرد ایجاد کنند (مانند ولخرجی بی حد و حصر، بی مبالاتی جنسی یا سرمایه گذاری های تجاری احمقانه)

ج: دوره ی بیماری سبب تغییرات مشخصی در کارکرد فرد میشود که قبل از بروز آن در ویژگی های شخصیتی وی دیده نمیشده است.

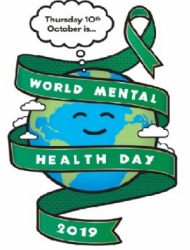
د: اختلال خلقی و تغییر کارکرد فرد را دیگران تایید میکنند

ه: دوره بیماری آن قدر شدید نیست که باعث افت قابل توجه کارکرد اجتماعی یا شغلی فرد شود یا نیاز به بستری کردن وی داشته باشد. اگر ویژگی های روانپزشکی وجود داشته باشد این دوره قطعاً مانیا محسوب میشود.

ی : دوره فوق ناشی از اثرات فیزیولوژیک یک ماده یا یک بیماری طبی دیگر نیست.

نکته: یک دوره کامل هیپومانیا که در حین درمان ضد افسردگی بروز پیدا میکند ولی به شکل سندرم کامل در حدی بیش از اثرات فیزیولوژیک درمان فوق ادامه میابد شواهد کافی برای تشخیص یک دوره ی هیپومانیا فراهم میکند ولی به هر حال رعایت جوانب احتیاط ضروری است و یک یا دو علامت (به خصوص تشدید تحریک پذیری بی صبری یا سراسیمگی به دنبال مصرف داروی ضد افسردگی) نه برای تشخیص دوره ی هیپومانیا کفایت میکند و ته لزوماً به معنی مزاج دو قطبی است.

نکته: ملاک ها الف تا ی تشکیل دهنده ی یک دوره هیپومانیا است . حملات هیپومانیا در اختلال دو قطبی یک شایع هستند ولی برای تشخیص اختلال دو قطبی یک ضرورتی ندارند.



اختلال دو قطبی دو:

خصایص بالینی اختلال دو قطبی دو ترکیبی از خصایص بالینی اختلال افسردگی ماژور است با خصایص بالینی دوره هیپومانیا.

سیر و پیش آگهی

اختلال افسردگی ماژور:

اگز علایم اولیه افسردگی هر چه زودتر شناسایی و درمان شود، ممکن است از پیدایش یک دوره تمام عیار افسردگی پیشگیری شود.

نخستین دوره افسردگی تقریباً در پنجاه درصد از بیماران، پیش از چهل سالگی روی میدهد

دوره افسردگی بدون درمان حدود ۶ تا ۱۳ ماه و با درمان در اکثر اوقات حدود سه ماه طول میکشد.

قطع داروهای ضد افسردگی پیش از پایان این سه ماه تقریباً همیشه منجر به بازگشت علایم افسردگی خواهد شد.

با پیشرفت سیر اختلال عمدتاً دوره هایی بیشتر و طولانی تر به بیمار عارض خواهند شد.

تعداد متوسط دوره ها در یک دوره ۲۰ ساله پنج یا شش دوره است.

حدود ۵ تا ۱۰ درصد از بیمارانی که در ابتدا تشخیصشان اختلال افسردگی ماژور است شش تا ده سال پس از نخستین دوره افسردگی دچار دوره مانیا میشوند.

خفیف بودن دوره ها، نبود علایم روانپزشکی و کوتاه بودن مدت بستری همگی دال بر پیش آگهی خوب است.

شاخص های روانی اجتماعی سیر خوب عبارتست از سابقه روابط دوستانه محکم در دوران نوجوانی، با ثبات بودن کارکرد خانواده، و کارکرد اجتماعی کلا با ثبات فرد در عرض پنج سال پیش از بیماری.

اختلال دو قطبی یک:

در بیشتر موارد با افسردگی شروع میشود و عود کننده است. اکثر بیماران هم دوره های مانیا پیدا میکنند هم دوره های افسردگی. دوره های مانیا به سرعت شروع میشوند. در عرض چند ساعت یا چند روز ولی به تدریج در عرض چند هفته شکل کامل خود را پیدا میکنند.





هر دوره ه ی مانیا در صورتی که درمان نشود سه ماه طول می کشد. بالینگر پیش از این دوره نباید دارو را قطع کند.

در پیگیری دراز مدت معلوم شده است که ۱۵ درصد از کل بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی یک وضع خوبی داشته اند، چهل و پنج درصد با اینکه در وضع خوبی به سر میبرده اند به کرات عود پیدا کرده اند. سی درصد در فروکش ناقص بوده اند. ده درصد نیز به طور مزمّن بیمار بوده اند.

درمان:

اختلال افسردگی ماژور:

انتخاب داروی ضد افسردگی مناسب برای بیمار
درمان دوره حاد افسردگی با دوز مناسب و مدت مناسب دارو
درمان پیشگیرانه با ضد افسردگی ها در کاهش تعداد و شدت موارد عود موثر است.

بستری بیمار در صورت لزوم

درمانهای غیردارویی

درمان بیماریهای همراه

اختلال دوقطبی:

درمان دارویی افسردگی دو قطبی در مرحله حاد و مانیا در مرحله حاد

درمان نگهدارنده اختلال دو قطبی (جهت پیشگیری از عود بیماری)

داروهای ضد افسردگی، تثبیت کننده خلق، آنتی سایکوتیک ها ، بنزودیازپین ها در ترکیبهای دارویی مختلف و متناسب با شرایط بیمار به کار میروند.

بستری بیمار در صورت لزوم

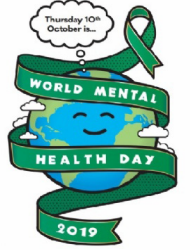
درمانهای روانی اجتماعی / آموزش به خانواده و بیمار

در نظر گرفتن درمان دارویی و غیردارویی برای بیماریهای همراه مانند وابستگی به مواد، اختلالات اضطرابی، وسواس...

Refrence:

Synopsis Of Psychiatry Kaplan & Sadock
Behavioral sciences/clinical psychiatry





اختلال اضطراب فراگیر

اضطراب را میتوان پاسخی به هنجار و انطباقی در برابر تهدید تلقی کرد که ارگانیزم را برای گریز یا ستیز آماده میکند. در این بیماری طبق تعریف اضطراب و نگرانی مفرط درباره ی چندین واقعه یا فعالیت در اکثر ایام و طی یک دوره ی لااقل شش ماهه است. نگرانی مزبور به سختی مهار میشود و با علایمی جسمی نظیر تنیدگی عضلانی، تحریک پذیری، دشواری در خواب و بی قراری همراه است. اضطراب مزبور به سختی مهار میشود. رنج و عذاب درون ذهنی برای فرد ایجاد میکند و حوزه های مهم زندگی فرد را مختل میسازد.

تشخیص بالینی

مشخصه اختلال اضطرابی فراگیر طبق الگوی مستمر و مکرر نگرانی و اضطرابی است که با اثرات واقعه یا شرایطی که کانون نگرانی است تناسبی ندارد. مفرط بودن و تخریب و ناراحتی چشمگیر در تشخیص گذاری مهم است.

• نگرانی و اضطراب مفرط (انتظار توام با تشویش)، که در حداقل شش ماه گذشته در بیش تر روزها وجود داشته و درباره ی وقایع و فعالیت های مختلفی هستند. (مانند کارکردهای شغلی و تحصیلی)

• کنترل اضطراب برای فرد دشوار است.

• اضطراب و نگرانی مزبور حداقل با سه تا شش علامت زیر دیده میشود. (حداقل برخی از این علایم در شش ماه گذشته در بیش تر روزها وجود داشته است).

• توجه: در کودکان وجود یک مورد کافی است.

• بی قراری یا احساس برانگیختگی و بی تابی

• زود خسته شدن

• اشکال در تمرکز یا خالی شدن ذهن

• تحریک پذیری

• تنیدگی عضلانی

• اختلال خواب (اشکال در به خواب رفتن یا حفظ تداوم خواب یا خواب توام با بی قراری و عدم رضایت از خواب).





- اضطراب یا نگرانی یا علایم جسمی موجب ناراحتی بالینی قابل توجه یا افت کارکرد اجتماعی شغلی یا سایر جنبه های مهم کارکردی فرد میشوند.
- اختلال حاضر ناشی از اثرات فیزیولوژیک یک ماده یا یک بیماری طبی دیگر مانند پرکاری تیروئید نیست.
- این اختلال توسط یک بیماری روانی دیگر بهتر توجیه نمی شود.

بیماریهای همراه

- ۵۰ تا ۹۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی فراگیر به یک اختلال روانی دیگر هم مبتلا میباشند.
- اختلالات شایع در همراهی با اختلال اضطرابی فراگیر، افسردگی دیس تایمی و اختلالات مرتبط با مواد می باشد.

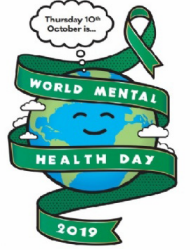
ویژگی های بالینی

- خصوصیت اساسی: اضطراب مفرط و دایمی همراه با تنیدگی حرکتی یا بی قراری.
- اضطراب مزبور باید بسیار شدید و مخل سایر جنبه های زندگی فرد باشد. این الگو بایستی طی یک دوره دست کم ۶ ماهه اکثر روزها وجود داشته باشد. شایعترین تظاهرات تنش حرکتی عبارت است از لرزیدن، بی قراری و سردرد.
- این بیماران معمولا بخاطر علایم جسمی سراغ پزشک عمومی یا متخصص داخلی میروند. اغلب اختلال طبی خاصی پیدا نمیشود. برخی از بیماران اختلال اضطرابی مفرط را به عنوان تشخیص خود میپذیرند و طبعا به درمان مناسب آن هم تن می دهند. اما دیگران باز هم برای حل مشکلات خود با پزشکان دیگری مشورت میکنند.

سیر و پیش آگهی

- تعیین سن دقیق شروع بیماری مشکل است. اکثر بیماران مبتلا میگویند از وقتی به یاد دارند دچار این اختلال بوده اند. معمولا بیماران در سنین ۲۰-۳۰ سالگی مورد توجه بالینگران قرار میگیرند.
- فقط یک سوم بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی در صدد درمان روانپزشکی برمیایند. بسیاری از این بیماران به سراغ متخصصان داخلی قلب ریه گوارش و.. میروند و درمان مشکلات جسمی که در این اختلال رخ می دهد را دنبال می کنند. این بیماری، وضعیت مزمنی است که خیلی وقت ها می تواند مادام العمر هم باشد.





درمان

ترکیبی از روان‌درمانی دارودرمانی و درمان‌های حمایتی است

روان‌درمانی: شامل روش‌های شناختی درمانی و مبتنی بر بینش است.

در روش‌های شناختی رفتاری به خطاهای شناختی پرداخته می‌شود و از فنون رفتاری مانند آرام‌سازی استفاده می‌شود.

در روش مبتنی بر بینش به تعارض‌های ناخودآگاه بیمار پرداخته می‌شود و نقاط قوت ایگو شناسایی می‌گردد.

دارو درمانی: از دسته‌های دارویی مختلف موجود، بر اساس شرایط بیمار دارو انتخاب می‌شود. دسته‌های دارویی مختلف شامل بنزودیازپین‌ها، مهارکننده‌های بازجذب سروتونین، SNRI، سه حلقه‌ای‌ها، آنتاگونیست‌های بتا آدرنرژیک و داروهای ضد هیستامینی می‌باشد.

مدت درمان حداقل ۶ تا ۱۲ ماه است و بر اساس برخی شواهد لازم است دارو برای دراز مدت ادامه یابد. پس از قطع درمان ۲۵ درصد بیماران در ماه اول و حدود ۶۰-۸۰ درصد بیماران در سال اول عود می‌کنند.

Refrence:

Synopsis Of Psychiatry Kaplan & Sadock
Behavioral sciences/clinical psychiatry
Eleventh edition





اختلال پانیک

حمله پانیک عبارتست از دوره ناگهانی ترس یا وحشت شدید که چند دقیقه تا چند ساعت طول میکشد. حمله پانیک در سایر اختلالات روانی مانند هراس اختصاصی، جمعیت هراسی و اختلال استرس پس از سانحه نیز میتواند به وقوع بپیوندد. بعضی از حمله های پانیک سرخ مشخصی دارند. سرخشان محرکی شناخته شده و معین است. از طرفی حمله های پانیک ممکن است غیر منتظره و در هر زمانی رخ دهند و به هیچ محرک قابل شناسایی ربطی نداشته باشند.

تشخیص بالینی

• حملات مکرر غیر منتظره ی پانیک: یک دوره ی پانیک بروز شدید و ناگهانی ترس شدید یا احساس ناراحتی فوق العاده است که در عرض چند دقیقه به اوج میرسد و در طی این مدت چهار مورد یا بیشتر از علایم بروز میکند:

• توجه: بروز ناگهانی حمله هم در حالت آرامش و استراحت و هم در حالت اضطراب رخ میدهد.

• تپش قلب یا افزایش ضربان آن

• تعریق

• لرزش یا احساس تکان خوردن

• احساس تنگی نفس و نرسیدن هوا

• احساس خفگی درد یا ناراحتی قفسه سینه

• تهوع یا ناراحتی شکمی

• احساس سرگیجه بی ثباتی منگی یا غش

• احساس گرما یا لرز (گرگرفتگی و سرما)

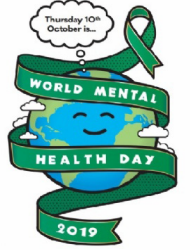
• احساس پارتیزی (خواب رفتگی یا سوزن سوزن شدن)

• گسست از واقعیت (احساس غیر واقعی بودن) یا گسست از خویشتن (احساس جدا شدن از خود)

• ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن

• ترس از مردن





نکته: علائم مختص فرهنگ هم دیده میشود: مثل وزوز گوش، درد گردن، سردرد، گریه و فریاد غیر قابل کنترل. این گونه علائم را نباید به عنوان یکی از چهار علامت لازم برای تشخیص محسوب کرد.

• حداقل یکی از حملات در عرض یک ماه (یا بیش تر) از یکی یا هر دو مورد زیر رخ داده باشد.

• نگرانی یا مشغولیت مداوم در مورد بروز یک دوره ی دیگر یا پیامد آن (مثلا از دست دادن کنترل، دچار حمله قلبی شدن یا دیوانه شدن).

• تغییر آشکار ناسازگارانه ی رفتاری ناشی از حملات فوق (مثلا رفتارهایی برای جلوگیری از حملات بعدی مانند ورزش نکردن یا نرفتن به مکان های نا آشنا)

• اختلال حاضر ناشی از اثرات فیزیولوژیک یک ماده (مانند داروی سو مصرفی، یک دارو) یا یک بیماری طبی دیگر (مانند پرکاری تیروئید، بیماریهای قلبی ریوی) نیست.

• اختلال موجود توسط یک اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمیشود. (مثلا حملات پانیک که فقط در به ترس از موقعیت های اجتماعی بروز میکنند، مانند آنچه در اختلال اضطراب اجتماعی دیده میشود. در پاسخ به شرایط هراس آور ناشی از جسم یا موقعیت خاصی بروز می کند. مانند هراس اختصاصی. در پاسخ به افکار وسواسی بروز میکند مانند اختلال وسواسی جبری. در پاسخ به نشانه های که حادثه آسیب رسان را به خاطر میاورند بروز میکند مانند PTSD. یا در پاسخ به جدا شدن از افرادی که به آن ها دلبستگی وجود دارد بروز میکند مانند آنچه در اختلال اضطراب جدایی دیده میشود.

بیماریهای همراه

۹۱ درصد از بیماران دچار پانیک حداقل به یک اختلال روانی دیگر دچارند.

تقریباً یک سوم افراد مبتلا قبل از شروع این اختلال به اختلال افسردگی اساسی دچار بوده اند.

اختلالات اضطرابی نیز در مبتلایان به پانیک شایع هستند مانند اختلال اضطراب اجتماعی، فوبیا، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی جبری و اختلال استرس پس از سانحه.

این همراهی ها بدین معناست که در معاینه و ارزیابی بیماران پانیک لازم است به سایر اختلالات همراه ایشان توجه شود و درمان شود.





ویژگی های بالینی

نخستین حمله پانیک اغلب کاملاً خود به خود است. اما گاهی نیز حملات پانیک در پی بر آشفستگی، فعالیت بدنی، فعالیت جنسی یا آسیب هیجانی متوسط ممکن است روی دهند.

بالینگر باید سعی کند هرگونه عادت یا موقعیتی را که اغلب بر حمله های پانیک بیمار مقدم است پیدا کند. مواردی از قبیل مصرف کافئین نیکوتین یا مواد دیگر.

تغییر الگوهای خواب یا تغذیه و برخی وضعیت های خاص محیطی مانند استفاده از نور تند در حین کار.

حمله پانیک اغلب وقتی که شروع شد علائم در عرض ده دقیقه به سرعت تشدید میشود.

علائم روانی عمده اش عبارتست از ترس مفرط و احساس قریب الوقوع بودن مرگ و نابودی.

بیمار اغلب نمیتواند علت ترس خود را بیان کند. ممکن است دچار سردرگمی شود و در تمرکز اشکال پیدا کند.

نشانه های جسمی حملات پانیک اغلب عبارتند از: افزایش ضربان قلب، احساس تپش قلب، تنگی نفس و تعریق

بیمار اغلب میکوشد تا آن محل را ترک کند یا از کسی کمک بگیرد. حمله عموماً بیست تا سی دقیقه و ندرتاً بیش از یک ساعت طول میکشد.

بیمار در فاصله حملات ممکن است از اینکه مبادا حمله دیگری به سراغش بیاید دچار اضطراب انتظار شود.

نگرانی جسمی از مرگ به دلیل مشکل قلبی یا تنفسی ممکن است کانون اصلی توجه بیمار در حین حمله پانیک باشد.

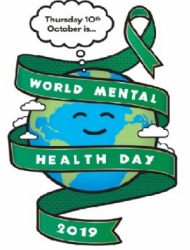
بیمار ممکن است معتقد باشد که تپش قلب و درد قفسه سینه نشان دهنده آن است که دارد میمیرد.

بسیاری از این بیماران به بخش فوریت های بیمارستانها مراجعه میکنند و بررسی میشوند.

نکته مهم در تشخیص اختلال پانیک رد علل جسمی ایجاد کننده ی این علائم میباشد. عللی مانند مشکلات قلبی تنفسی، اختلالات غدد درون ریز مانند کم کاری یا پرکاری تیروئید، افت قند خون، اختلالات تشنجی، اثرات داروهای مصرفی و...

نکته کلیدی در تشخیص صحیح اختلال پانیک و افتراق آن از سایر اختلالات اضطرابی اثبات وجود حملات پانیک عود کننده خودبخودی در مقاطعی از بیمار است. همچنین مشخصه کلاسیک حملات پانیک شروع سریع (ظرف چند دقیقه) و مدت کوتاه (معمولاً کمتر از ۱۰ تا ۱۵ دقیقه) است.





سیر و پیش آگهی

معمولا در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع میشود. اختلال پانیک در مجموع بیماری مزمنی است اما سیر بیماری در هر بیمار و نیز در یک بیمار واحد در زمان های مختلف به گونه ای است.

حدود سی تا چهل درصد از بیماران در پیگیری دراز مدت بی علامت می شوند. حدود پنجاه درصدشان علایم مختصری دارند که تاثیر چشمگیری بر زندگیشان نمیگذارند. حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از بیماران همچنان علایم قابل توجهی خواهند داشت.

بسامد و شدت حملات پانیک ممکن است نوسان داشته باشد. گاه روزی چند بار و گاه کمتر از ماهی یکبار ممکن است پیدا شود.

در صورت شدید بودن علایم بر عملکرد تحصیلی شغلی و بیمار و تعامل های خانوادگی وی به میزان شایعی اثر میگذارد.

درمان

دارو درمانی: از میان دسته های دارویی مختلف بر اساس شرایط بیمار دارو انتخاب میگردد.

دسته های دارویی مورد نظر شامل MAOI، SSRI، ، بنزودیازپین ها، داروهای سه حلقه ای و چهار حلقه ای از زمانی که تاثیر دارو معلوم شد باید عموما به مدت ۸ تا ۱۲ ماه دارو ادامه یابد. بیماری پانیک اختلالی مزمن است که ممکن است با قطع دارو عود کند.

درمان شناختی رفتاری :

ترکیب درمان شناختی درمانی با دارو درمانی موثر تر از هرکدام از این درمانها به تنهایی است.

در شناخت درمانی اعتقادات غلط بیمار به وی نشان داده میشود و اطلاعات صحیح در مورد حمله های پانیک به وی داده میشود. مطلع ساختن بیمار از اعتقادات غلطش به تفسیر غلط حواس خفیف جسمی به گونه ای که آن را دال بر قریب الوقوع بودن حمله پانیک می پندارد. دادن اطلاعات صحیح در مورد حمله پانیک و توضیح اینکه حمله پانیک اگر روی دهد، مدت محدودی دارد و مرگ آور و خطرناک نیست.

Refrence:
Synopsis Of Psychiatry Kaplan & Sadock
Behavioral sciences/clinical psychiatry
Eleventh edition





اختلال وسواسی جبری

اختلال وسواسی جبری چهارمین بیماری روانپزشکی پس از فوبیا، اختلالات مرتبط با مواد و اختلال افسردگی ماژور است.

در کل حدود دو سوم بیماران پیش از ۲۵ سالگی و تنها کمتر از ۱۵ درصد آنها پس از سی و پنج سالگی علایمشان شروع میشود.

اختلال وسواسی جبری به صورت مجموعه مختلفی از علایم تظاهر میکند که شامل افکار مزاحم، آداب وسواسی، اشتغالات ذهنی و وسواس های عملی هستند.

این وسواس های عملی یا فکری راجعه ناراحتی شدیدی برای فرد ایجاد میکنند، سبب اتلاف وقت میشوند و اختلال قابل ملاحظه ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد میکنند. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری ممکن است فقط وسواس فکری فقط وسواس عملی و یا هر دو آنها را با هم داشته باشد.

وسواس فکری عبارتست از فکر احساس اندیشه یا حسی عود کننده و مزاحم. برخلاف وسواس فکری (obsession) که یک فرایند ذهنی است وسواس عملی (compulsion) نوعی رفتار است. اجبار (وسواس عملی) رفتاری آگاهانه استاندارد و عود کننده است. نظیر شمارش و ارسی یا اجتناب.

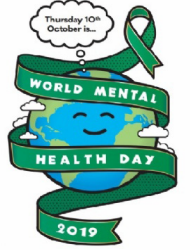
بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری از غیر منطقی بودن وسواس هایش آگاهی دارد، و این وسواس های فکری یا عملی را خود ناهمخوان (ایگو دیس تونیک) می یابد. یعنی به صورت یک رفتار ناخواسته.

هرچند عمل وسواسی ممکن است در تلاش برای کاستن از اضطراب همراه با وسواس فکری انجام شود همیشه به کم شدن این اضطراب منجر نمیگردد. ممکن است پس از کامل شدن انجام عمل وسواسی اضطراب فرقی نکرده باشد و یا حتی بیشتر شده باشد. وقتی فرد در مقابل انجام وسواس عملی مقاومت به خرج میدهد، اضطراب افزایش می یابد.

بیمارانی که بینش خوب یا نسبی دارند می دانند باورهای OCD آن ها قطعا یا احتمالا صحیح نیستند یا ممکن است درست باشند یا نباشند. بیمارانی که بینش ضعیفی دارند معتقدند باورهای وسواسی شان احتمالا درست است و بیماران بدون بینش متقاعد شده اند که باورهایشان درست است.

بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری اغلب با علایم مختلف به پزشکان متخصص دیگر مراجعه میکنند. مثلا به دلیل آگرم و ترک های پوستی به دکتر پوست مراجعه میکنند. یا در اثر ضایعات لثه به دلیل مسواک زندهای مفرط به دندانپزشک مراجعه میکنند.





ویژگی های بالینی:

وسواس های فکری و عملی در بزرگسالان و کودکان به شکل های مختلفی تظاهر میابد. علایم یک بیمار واحد نیز ممکن است در طول زمان تغییر کند و همپوشانی هایی پیدا کند ولی به هر حال علایم اختلال وسواسی جبری چهار الگوی عمده دارد.

آلودگی: شایعترین الگو آن است که وسواس آلودگی و به دنبالش شست و شو یا اجتناب اجبارگونه از شی که فرد گمان میکند آلوده است وجود داشته باشد. فرد اغلب از شی اجتناب ناپذیر مثل (مدفوع ادرار گرد و غبار یا میکروب) میترسد. بیمار ممکن است دست هایش را به افراط بشوید. یا از ترس میکروب حتی قادر به ترک خانه اش هم نباشد. اضطراب شایع ترین واکنش هیجانی در برابر شی است که فرد از آن میترسد، متنها شرم و نفرت وسواس گونه هم احساسات شایعی است. بیمارانی که وسواس آلودگی دارند معمولا معتقدند منبع آلودگی با کوچکترین تماسی از شی یه شی دیگر و از فردی به فرد دیگر منتقل میشود.

تردید: دومین الگوی شایع وسواس تردید است. که به دنبالش وسواس عملی به صورت واری روی میدهد. این وسواس اغلب متضمن نوعی احساس خطر از انجام عملی خشونت بار است. مثلا فرد میترسد مبادا چراغ را خاموش نکرده باشد یا در را قفل نکرده باشد). واری هم اغلب به این صورت است که بیمار چند بار به خانه برمیگردد تا مثلا ببیند اجاقی را خاموش کرده است یا نه. این بیماران تردید وسواس گونه ای در باره ی خود دارند. به طوری که همیشه به خاطر فراموش کردن چیزی یا انجام چیزی احساس گناه میکنند.

افکار مزاحم: سومین الگوی شایع اختلالات وسواسی جبری آن است که فرد صرفا افکار وسواسی مزاحمی بدون هیچ گونه عمل وسواسی داشته باشد. این گونه وسواس ها معمولا افکاری تکراری در مورد نوعی عمل جنسی یا پرخاشگرانه است که به نظر خود فرد شرم آور است. بیمارانی که دارای وسواسهای فکری مربوط به اعمال پرخاشگرانه یا جنسی هستند ممکن است خودشان را به پلیس معرفی کنند یا نزد کشیش اعتراف نمایند. افکار خودکشی هم ممکن است وسواسی باشد و یک ارزیابی دقیق ریسک خودکشی باید انجام شود.

تقارن: چهارمین الگوی شایع این اختلال لزوم رعایت تقارن یا دقت است. به طوری که ممکن است موجب شود فرد دچار وسواس عملی کند شود. بیمار واقعا ساعت ها وقت لازم دارد تا یک وعده غذا بخورد یا صورتش را اصلاح کند.

سایر الگوهای علایم: وسواس های مذهبی و صرفه جویی اجبارگونه هم در بیماران وسواسی جبری شایع است. وسواس کردن مو (تریکوتیلو مانیا) و ناخن جویدن هم ممکن است وسواس های عملی از نوع اختلال وسواسی جبری باشد. خودارضایی هم ممکن است جنبه ی وسواس گونه پیدا کند.





ملاک های تشخیصی:

الف: وجود وسواس های فکری یا عملی یا هر دو

وسواس های فکری در موارد یک و دو تعریف شده اند.

یک: افکار، تمایلات یا تصورات راجعه و پایداری که در دوره ای از اختلال به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه شده و در اکثر موارد موجب اضطراب یا ناراحتی عمده گردند.

دو: فرد تلاش میکند این افکار تمایلات یا تصورات را نادیده گرفته یا سرکوب کند یا با پرداختن به افکار یا فعالیت های دیگر (مثل انجام یک وسواس عملی خنثی سازد).

وسواس های عملی در مورد یک و دو تعریف شده اند:

یک: رفتارهای تکراری نظیر شستن دست، رعایت نظم و ترتیب و واریسی کردن یا فعالیت های ذهنی نظیر (دعا کردن، شمردن تکرار آهسته ی کلمات در سکوت) که فرد احساس میکند که مجبور به اجرای آنها در پاسخ به یک وسواس فکری و یا بر طبق قوانینی که باید دقیقاً انجام شوند.

دو: این اعمال با فعالیت های ذهنی با هدف پیشگیری یا کاهش اضطراب یا ناراحتی و یا جلوگیری از بعضی رویدادها و وضعیت های هراس آور صورت می پذیرند. وجود اعمال و فعالیت های ذهنی مذکور رابطه ی واقع گرایانه ای با آنچه که قرار بوده خنثی یا جلوگیری شوند ندارند یا به وضوح افراطی هستند.

توجه: کودکان ممکن است قادر به ابراز اهداف این اعمال با فعالیت های ذهنی نباشند.

ب) وسواس های فکری یا عملی وقت گیرند (بیش از یک ساعت در روز) یا موجب ناراحتی قابل توجه یا اختلال در کارکردهای اجتماعی شغلی یا سایر حوزه های مهم کارکردی میشوند.

ج) علایم وسواسی جبری را نمیتوان به تاثیرا فیزیولوژیک یک ماده یا یا بیماریهای طبی نسبت داد.

د) علایم اختلال را نتوان با علایم یک اختلال روانی دیگر بهتر توجیه کرد.

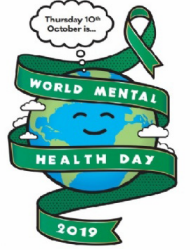
مشخص کنید اگر:

همراه با بینش خوب یا کافی: شخص میداند که باورهای اختلال وسواسی جبری قطعاً یا احتمالاً صحیح نیستند یا آن که ممکن است صحیح باشند یا نباشند.

همراه با بینش کم: شخص فکر میکند که باورهای اختلال وسواسی جبری احتمالاً واقعی هستند.

فقدان بینش / باور هذیانی: شخص کاملاً باور دارد که باورهای اختلال وسواسی جبری واقعیت دارند.





مشخص کنید اگر:

مرتبط با تیک: در حال حاضر یک اختلال تیک یا سابقه آن را دارد.

بیماریهای همراه

میزان شیوع مادام العمر اختلال افسردگی ماژور در این بیماران حدود ۶۷ درصد است.

سایر بیماریهای شایعی که در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری به صورت همزمان دیده میشود عبارتست از:

- اختلال مصرف الکل
- اختلال اضطراب فراگیر
- اختلالات شخصیتی
- فوبیای اختصاصی
- اختلال پانیک
- اختلالات خوردن.

سیر و پیش آگهی

- در بیش از ۵۰ درصد بیماران علایم به صورت ناگهانی و به دنبال یک استرسور شروع میشود.
- خیلی از بیماران میکوشند علایم خود را از دیگران پنهان نگه دارند بنابراین اغلب بیمار با پنج تا ده سال تاخیر به روانپزشک مراجعه میکند.
- اختلال وسواسی جبری معمولاً سیری دراز مدت اما متغیر دارد. در برخی از بیماران به صورت نوسانی است و در برخی به صورت ثابت.
- حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد این بیماران بهبود چشمگیر و ۴۰ تا ۵۰ درصد بهبود متوسط در علایم خود پیدا میکنند.

درمان

بسیاری از بیماران مبتلا به این اختلال مصرانه در برابر اقدامات درمانی مقاومت میکنند به این صورت که از مصرف دارو خودداری می کنند یا انجام تمرین ها و تکلیف ها و سایر اعمالی که رفتاردرمانگران تجویز میکنند را نمی پذیرند.





تصمیم گیری برای انتخاب نوع درمان باید مبتنی بر قضاوت و مهارت درمانگر و پذیرش و ترجیح بیمار باشد.

دارودرمانی و رواندرمانی علایم این بیماران به نحو موثری کاهش میدهد .

• دارودرمانی: اثربخشی دارو درمانی در این بیماران بر اساس مطالعات به اثبات رسیده است.

• اثرات اولیه داروها بعد از ۴ تا ۶ هفته نمایان میشود. اما برای کسب حداکثر نفع درمانی معمولاً ۸ تا ۱۶ هفته وقت لازم است. درمان نخست برای این بیماران SSRI یا کلومی پرامین است. در صورت ایجاد نشدن پاسخ درمانی مناسب با این داروها از سایر دسته های دارویی به صورت تنها یا در ترکیب با یکدیگر میتوان استفاده کرد.

• بهترین پیامد بالینی در ترکیب SSRI ها با رفتاردرمانی دیده میشود.

• رفتاردرمانی:

• رفتاردرمانی در ترکیب با دارو و یا به تنهایی استفاده میشود. یکی از روش های رفتاردرمانی موثر برای وسواس exposure and response prevention میباشد.

• رواندرمانی حمایتی:

در مواردی که شدت علایم و اضطراب بیمار به حد غیر قابل تحملی میرسد بهتر است بیمار بستری شود.

اعضای خانواده بیمار نیز اغلب تحت فشار هستند و برای اینکه همکاری بهتری در روند درمان بیمار داشته باشند بهتر است به آنها نیز آموزش داده شود.

• خانواده درمانی و گروه درمانی

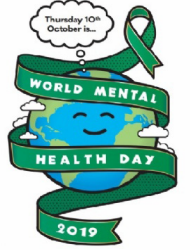
Refrence:

Synopsis Of Psychiatry Kaplan & Sadock

Behavioral sciences/clinical psychiatry

Eleventh edition





فوبیای اختصاصی

اصطلاح فوبیا (هراس) به معنای ترس افراطی از یک موضوع شرایط یا موقعیت خاص و معین است. هراس اختصاصی عبارتست از ترس شدید و مداوم از شی یا موقعیت معین. تشخیص هراس اختصاصی مستلزم بروز اضطراب شدید حتی تا حد پانیک در هنگام مواجهه شی مورد هراس است.

افراد مبتلا به هراس اختصاصی فکر میکنند صدمه ای به آنها وارد خواهد شد. مثلا سگی آنها را گاز خواهد گرفت. یا اگر به از دست دادن کنترل خود فکر کنند دچار پانیک میشوند. مثلا اگر از سوار بالابر شدن بترسند از ضعف کردن به دنبال بسته شدن در بالابر هم نگران خواهند بود.

تشخیص بالینی

در DSM-5 هراس اختصاصی بر چند نوع مجزا از هم تقسیم شده است. نوع هراس از حیوانات، هراس از محیط طبیعی (مثلا فوبی از طوفان)، نوع هراس از خون آمپول جراحی. نوع موقعیتی (مثلا فوبی از ماشین) و نوع هراس از چیزهای دیگر (هراس اختصاصی که بر هیچ کدام از چهار گفته پیشین منطبق نیست). داده های اولیه حاکی از آن است که ویژگی محوری هر نوع هراس این است که علایم ترس تنها در حضور شی به خصوص ایجاد می شوند.

هراس از خون آمپول جراحی با سایر انواع تفاوت دارد چرا که در آن پس از افزایش اولیه ضربان قلب که در تمام انواع هراس شایع است، اغلب کاهش ضربان قلب و کاهش فشار خون روی میدهد. این نوع به احتمال زیاد خانوادگی است و در برخی خانواده های خاص افراد و نسل های بسیاری را مبتلا میسازد.

• ترس یا اضطراب چشمگیر درباره ی یک موقعیت یا جسم خاص: (مثلا پرواز، بلندی حیوانات تزریق دیدن خون)

• **توجه:** در کودکان ترس یا اضطراب ممکن است به صورت گریه قشقرق میخکوب شدن یا چسبیدن به دیگران بروز میکند.

• موقعیت یا شی ترسناک تقریبا همیشه سبب برانگیخته شدن ترس یا اضطراب میشود.

• بیمار فعالانه از روبرو شدن با موقعیت یا شی ترسناک خودداری میکند و یا با ترس و اضطراب زیاد آن را تحمل میکند.

• ترس و اضطراب موجود خیلی بیش تر از آن چیزی است که خطر واقعی موقعیت یا شی خاص می تواند به بار بیاورد و با زمینه ی فرهنگی اجتماعی فرد تناسب ندارد.





- ترس یا اضطراب یا اجتناب همیشه روی میدهد و معمولاً برای حداقل شش ماه ادامه می یابد.
- ترس ، اضطراب یا اجتناب موجود از نظر بالینی موجب ناراحتی قابل توجه یا افت کارکرد اجتماعی شغلی یا سایر جنبه های کارکردی فرد میشود.
- اختلال موجود توسط علایم یک اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمیشود مانند ترس اضطراب و اجتناب از موقعیت هایی که علایم شبه پانیک یا اسیر علایم ناتوان کننده به وجود میاورند.

بیماریهای همراه

گزارشهای مربوط به بیماریهای همراه در هراس اختصاصی به ۵۰ تا ۸۰ درصد می رسند. اختلالات شایع همراه عبارتند از اختلالات اضطرابی، خلقی و مرتبط با مواد.

بسیاری از بیماران مبتلا به هراس ممکن است برای اجتناب از استرس ناشی از محرک های اضطراب آور خود به اختلالات مصرف الکل مبتلا شوند. یک سوم اینها اختلال افسردگی مازور نیز دارند. افسردگی به طور شایعی دیده میشود.

ویژگی های بالینی

مشخصه ی هراس اضطراب شدیدی است که به هنگام قرار گرفتن فرد در معرض موقعیت یا شی معین یا حتی به هنگام انتظار آن در او برانگیخته میشود. مواجهه با محرک هراس آور یا انتظار آن تقریباً همیشه به وقوع حمله پانیک در فرد مستعد می انجامد.

افراد مبتلا به هراس بنا به تعریف میکوشند از محرک هراس آور اجتناب کنند و حتی برخی برای اجتناب از محرک های اضطراب آور خود را به دردسرهای زیادی هم می اندازند. مثلاً فرد مبتلا به هواپیما هراسی ممکن است از این سر به آن سر با اتوبوس برود که سوار هواپیما نشود.

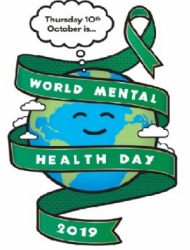
سیر و پیش آگهی

از نظر سن شروع به دو دسته تقسیم می شوند.

دسته اول هراس از حیوانات هراس از محیط طبیعی و هراس از خون و آمپول جراحی است که اکثراً در دوران کودکی شروع میشوند.

دسته دیگر شامل انواع هراس نظیر هراس وضعیتی است که شروع آنها در اوایل بزرگسالی است.





اکثر هراس ها که در دوران کودکی شروع میشوند و تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا میکنند تا سالیان متمادی دوام خواهند داشت.

تصور می شود که شدت این اختلال نسبتا ثابت باقی می ماند و سیر افت و خیز داری که در سایر اختلالات اضطرابی مشاهده میشود در این ها وجود ندارد.

درمان

رفتاردرمانی: حساسیت زدایی تدریجی

مواجهه سازی متمرکز با محرک هراس آور به صورت تصویری یا از طریق حساسیت زدایی واقعی در imaginal flooding فرد انقدر با محرک هراس آور مواجه میشود که دیگر نتواند ترس ناشی از آن را تحمل کند.

درمان دارویی نیز می تواند کمک کننده باشد.

Refrence:

Synopsis Of Psychiatry Kaplan & Sadock
Behavioral sciences/clinical psychiatry
Eleventh edition

