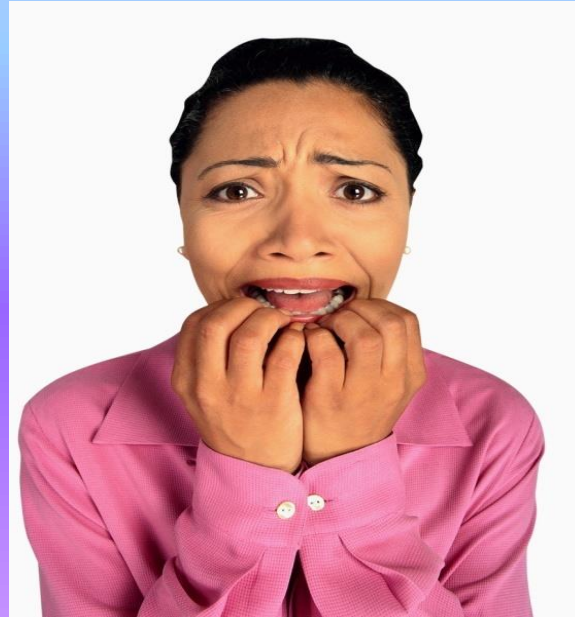


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اختلالات اضطرابی



درسنامه روان پزشکی بالینی و علوم رفتاری
(فصل ۱۶)

دکتر حافظ محمد حسین پور

متخصص اعصاب و روان

دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

مقدمه

- مراجعه با علایم جسمی (منجر به اقدامات تشخیصی و درمانی)
- شیوع و تداخل علایم با بیماریهای جسمی (آشنایی پزشک با علایم)
- اضطراب علت یا دوام دهنده بیماری جسمی (HTN ناشی از GAD)
- اضطراب ناشی از بیماری جسمی (ترس و اضطراب بعد از بیماری تهدید کننده حیات)
- تقلید علایم بیماری جسمی (حمله پانیک و حمله قلبی)
- بروز علایم روانشناختی (ترس شدید از بیماری)

ترس و اضطراب

- ترس مکانیسم دفاعی موجودات زنده برای حفظ بقا (با شنیدن صدای بلند خم می شویم و یا رنگمان می پرد)
- **ترس باعث پیش بینی و کاهش احتمال خطر (ترس از ارتفاع، حشرات و مرگ)**
- اضطراب واکنش انسان به خطر احتمالی است ولی سوژه خطر مثل ترس زیاد روشن و واضح نیست (ترس از امتحان که سوال امتحانی تنها سوژه خطر نیست و شاید نظر استاد؟ منبع امتحان؟ نحوه تصحیح اوراق؟ و یا...؟ علت اضطراب باشد)

اضطراب طبیعی یا پاتولوژیک

- اساس مکانیسم دفاعی ترس کمک به افزایش شانس زنده ماندن و ارتقاء فرد است.
- گاهی مواردی پیش می آید که این مکانیسم بجای اینکه به نفع فرد عمل کند به ضرر او اقدام می کند(ترس از امتحان باعث کاهش تمرکز، ترس از حشره باعث ناتوانی فرد و افت کارایی او)
- اضطراب بیمارگونه باعث اختلال در کارایی ، ایجاد علائم جسمی شدید (تپش قلبی شدید یا افزایش فشارخون) و یا علائم روانشناختی اضطراب مثل دلهره و تشویش می شوند.

اپیدمیولوژی و علایم و نشانه ها

- اختلالات اضطرابی از شایعترین اختلالات روانپزشکی هستند و در بین آنها فوبی ها شایعترین هستند.
- دو دسته علایم:

➤ جسمی: تحریک سیستم عصبی خودکار و ایجاد علایم متعدد جسمی

➤ علایم روانشناختی: احساسات و تجارب متعدد که در فرهنگهای مختلف به زبانهای مختلف بیان می شود

Physical Signs

Trembling, twitching, feeling shaky

Backache, headache

Muscle tension

Shortness of breath, hyperventilation

Fatigability

Startle response

Autonomic hyperactivity

Flushing and pallor

Tachycardia, palpitations

Sweating

Cold hands

Diarrhea

Dry mouth (xerostomia)

Urinary frequency

Paresthesia

Difficulty swallowing

Psychological symptoms

Feeling of dread

Difficulty concentrating

Hypervigilance

Insomnia

Decreased libido

“Lump in the throat”

Upset stomach (“butterflies”)

اختلال هراس (پانیک)



اختلال هراس (پانیک)

- حملات غیر منتظره هراس به صورت شدید و ناگهانی
- **مشخصه اصلی: بروز حملات ناگهانی و شدید**
- حمله هراس به صورت هجوم علایم اضطرابی با احساس قریب الوقوع مرگ یا جنون (انگار که دیوانه می شوم) برای چند دقیقه تا چند ساعت، علایم روانشناختی (ترس شدید، دلهره ناگهانی، نگرانی شدید و بیقراری)، علایم جسمی (تکرر ادرار، علایم گوارشی مثل تهوع، دل پیچه، احساس ریزش سردل، اسهال و استفراغ، سرگیجه، گشادی مردمک، احساس خفگی، خشکی مخاط و)
- **برای تشخیص اختلال هراس، این حملات باید به صورت غیرمنتظره و بدون دلیل خاص روی دهند (اگر حمله هراس به دنبال مواجهه با یک مورد ترسناک روی دهد، حمله هراس در زمینه فوبی تعریف می شود)**

ملاکهای تشخیصی DSM5 برای اختلال پانیک

B: حداقل یکی از حملات در عرض یک ماه (یا بیشتر) با یک یا هر دو مورد زیر رخ داده باشد:

۱- نگرانی یا مشغولیت ذهنی مداوم در مورد بروز یک دوره دیگر یا پیامد آن (از دست دادن کنترل، دچار حمله قلبی یا دیوانه شدن)

۲- تغییر آشکار ناسازگارانه رفتاری ناشی از حملات فوق (ورزش نکردن، نرفتن به مکانهای ناآشنا)

C: ناشی از اثرات فیزیولوژیک یک ماده یا یک بیماری طبی دیگر نیست

D: توسط یک اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نشود

F: باعث اختلال عملکرد فرد می شود

ملاکهای تشخیصی DSM5 برای اختلال پانیک

- DSM 5: برای تشخیص اختلال هراس حداقل یک حمله هراس و حداقل یک ماه نگرانی برای وقوع مجدد حمله نیاز است
- ICD 10: حداقل چهار حمله بدون مقدمه در یک دوره چهار هفته ای باید روی دهد تا تشخیص اختلال هراس داده شود
- حملات به صورت ناگهانی شروع و در عرض ۱۰ دقیقه به اوج می رسند
- شایعترین همبودی با آگوروفوبیا (گذر هراسی) است که به صورت خودداری از خروج از منزل یا ورود به مکان های شلوغ بدون همراهی فرد آشنا است
- اختلال پانیک با افسردگی نیز زیاد دیده می شود.

اتیولوژی

- علل زیست شناختی و روانشناختی (BioPsychoSocial)
- نوروترانسمیتر **NE, Ser**
- درگیری سیستم لیمبیک، ساقه مغز
- مواد پانیکوژن: گاز کربنیک، سدیم لاکتات، بیکربنات، کافئین، ماری جوانا
- عوامل ژنتیک: خطر ابتلا در بستگان درجه اول: ۸-۴ برابر
- پرولاپس دریچه میترال: مطالعات جدید بروز **MVP** را در اختلال هراس بیشتر از سایر موارد نیافته است.

تشخیص های افتراقی

- اختلالات قلبی عروقی
- بیماریهای ریوی
- اختلالات عصبی
- اختلالات غددی
- مسمومیت دارویی
- ترک داروها و مواد
- سایر موارد (آنافیلاکسی، کمبود B 12، اختلالات الکترولیتی، مسمومیت با فلزات سنگین، عفونت های سیستمیک، آرتریت تمپورال، اورمی)

شیوع

- در ایران شیوع حدود ۱/۷۲ (در مطالعات طول عمر تا ۵/۶ درصد نیز میرسد)
 - در نوجوانی و جوانی به اوج میرسد
 - شایعترین مراجعان به درمانگاه ها و اورژانسها
 - ۳۰-۴۰٪ بهبودی کامل، ۵۰٪ علایم خفیف، ۲۰-۱۰٪ علایم مزمن به شکل جدی
- ادامه می یابد

درمان

- دارویی و درمان روان شناختی (رواندرمانی)
 - درمان دارویی: بنزودیازپین ها و SSRI و TCA
- بنزودیازپین ها:

- ✓ موثرترین الپرازولام و کلونازپام
- ✓ در ماههای اول درمان اختلال هراس ضروری هستند
- ✓ الپرازولام مورد تایید FDA و کلونازپام هم به مراتب موثر
- ✓ خطر سوء مصرف و وابستگی
- ✓ در عرض دو ماه بعد از قطع حملات هراس به آهستگی کم شده و قطع گردند

درمان

□SSRIها :

- ✓فلوکستین به خاطر اثرات تحریک کننده اولیه پیشنهاد نمیشود
- ✓پاروکستین ،سیتالوپرام ،سرترالین،فلوکسامین به کار میروند
- ✓سیتالوپرام:شروع با ۱۰میلیگرم و دوز موثر ۳۰-۴۰ میلی
- ✓سرترالین:شروع با ۱۲/۵ و دوز موثر ۵۰-۲۰۰
- ✓فلوکسامین:شروع با ۱۲/۵ و دوز موثر ۱۰۰ تا ۱۵۰
- ✓پاروکستین :شروع با ۱۰-۵ و دوز موثر ۲۰-۶۰
- ✓مصرف داروهای SSRI در اختلال هراس تا حدود ۲-۱/۵ سال باید ادامه داشته باشد

درمان

□ TCA ها:

- ✓ ایمی پرامین، دزیپرامین و کلومیپرامین تاثیر قابل قبول
- ✓ شروع با دوز کم و افزایش تدریجی (Start low, Go Slow)
- ✓ دوز موثر درمانی حدود ۱۰۰ میلی گرم در روز

□ درمان روانشناختی:

- ✓ CBT، تن آرامی کاربردی، آموزش تنفس برای کنترل نفس حین حمله هراس
- ✓ همراهی هراس با گذر هراسی: مواجهه درمانی

گذرهراسی

✓ ریشه لاتین ترس از بازارچه دارد

✓ علایم اضطرابی موقعی ظاهر می شوند که بیمار خود را در موقعیتی فرض می کند که امکان کمک گرفتن یا فرار از آن موقعیت دشوار است

✓ این موقعیت ها نه مثل تعریف ظاهری آن (ترس از جای شلوغ) بلکه اغلب با تنهایی فرد ارتباط دارد

✓ هسته اصلی این اختلال اضطراب شدید و فلج کننده فرد در تصور با حضور در مکان هایی است که تصور می کند احتمال کمک گرفتن یا خروج فوری از آن محل مشکل یا خجالت آور است.

ملاکهای تشخیصی Dsm 5 برای گذر هراسی

B: بیمار به دلایل زیر از این موقعیت ها اجتناب می کند: نگرانی از اینکه فرار از آنها دشوار است یا شاید به هنگام بروز حملات شبیه پانیک یا سایر علایم غیر قابل تحملی که می تواند باعث شرمندگی وی شود کسی برای کمک به وی وجود ندارد (مثلا در سالمندی ترس از افتادن، ترس از بی اختیاری ادرار)

C: موقعیت های گذر هراسی تقریبا همیشه باعث برانگیختن ترس یا اضطراب می شوند

D: بیمار فعالانه از این موقعیت ها اجتناب می ورزد، یا برای حضور در آنها نیاز به همراه دارد یا آنها را با ترس و اضطراب شدید تحمل می کند

E: ترس یا اضطراب موجود بیش از حد مورد انتظار است

F: ترس ، اضطراب یا اجتناب ، معمولا حداقل برای ۶ ماه ادامه دارد

درمان

✓ درمان حملات یا اختلال پانیک توام با اگورافوبیا

✓ درمانهای روانشناختی (شناختی رفتاری CBT، مواجهه زنده، حساسیت زدایی سیستمیک، روان درمانی بینش گرا)

اختلال اضطرابی منتشر

Generalized Anxiety Disorder (GAD)



GAD

- بیمار اغلب در مورد هر چیزی نگران است
- نگرانی و دلواپسی تمام امور زندگی او را گرفتار می کند
- دلهره، نگرانی، گوش به زنگ بودن و منتظر خبر بد بودن، تحریک پذیری، اشکال در به خواب رفتن، بیقراری، تنش عضلانی، علائم گوارشی مثل اسهال یا یبوست متناوب، علائم ریوی مثل احساس تنگی نفس از علائم می باشند
- علائم حداقل ۶ ماه طول می کشد
- علائم تاثیر قابل ملاحظه ای بر عملکرد و زندگی فرد دارد

اپیدمیولوژی

✓ شیوع ۳-۸ درصد

✓ زن ها دو برابر مردان گرفتارند

✓ در درمانگاه روان پزشکی ۲۵ درصد مراجعان به درجاتی از این اختلال مبتلا می باشند

✓ شیوع در ایران ۱/۳۳-۳/۲۱ گزارش شده است

✓ بیش از نیمی از مبتلایان به اختلال خلقی و اضطرابی دیگر مبتلا هستند

تشخیص و ویژگی های بالینی

✓ علامت عمده تشویش و نگرانی شدید و پایدار

✓ به علت تجربه علایم نباتی متعدد به تصور ابتلا به بیماری جسمی، مرتباً به غیر روانپزشک مراجعه میکنند (اسهال و یا IBS به متخصص گوارش و تپش قلب و تنگی نفس به متخصص قلب و ریه)

تشخیص افتراقی

- بیماریهای قلبی عروقی
- اختلالات غدد
- اختلال پانیک
- فوبی ها
- OCD
- افسرده خویی (دیس تایمی) و MDD
- اختلال انطباق با علایم اضطرابی
- خودبیمار انگاری (اختلال اضطراب بیماری)
- اختلالات شخصیت

درمان

- ترکیب دارو درمانی و رواندرمانی

❑ درمان دارویی: بوسپیرون، SSRI, BZD, TCA

➤ بوسپیرون:

- ✓ ضد اضطراب غیر بنزودیازپینی و روی سیستم سروتونین اثر میکند (آگونیست 5HT1A)
- ✓ علایم تحمل و سندرم ترک ندارد
- ✓ بیشتر بر علایم روانشناختی موثر است تا علایم جسمی
- ✓ بهتر است با دوز کم (۵ میلی گرم در روز) شروع شود و در طی حدود یک ماه تدریجا تا ۳۰ میلی گرم در روز افزایش یابد.

درمان

➤ SSRI ها:

✓ این گروه دارویی در صورت همراهی GAD با افسردگی انتخاب مناسبی هستند

✓ موثرترین آنها سرتراپین، سیتالوپرام و پاروکستین می باشد

✓ برای شروع اثر ۲-۴ هفته (متوسط ۳ هفته) زمان نیاز است

➤ BZD ها:

✓ در تخفیف علایم جسمی و روانشناختی اضطراب موثرند

✓ در چند هفته اول درمان (تا زمان شروع اثر SSRI ها) استفاده از آنها رویکرد مناسبی است

درمان

➤ سایر داروها: اگر بیمار به داروهای ذکر شده قبلی جواب نداد از TCA ها مثل ایمی پرامین و آمی تریپتالین با دوز کمتر از درمان ضد افسردگی (۵۰-۱۰ میلی گرم در روز) استفاده میشود

➤ بتابلوکرها (پروپرانولول) در تخفیف علائم جسمی اضطراب موثرند

□ طول درمان اختلال اضطراب منتشر در حدود ۱۲ تا ۳۶ ماه پیشنهاد می شود و شاید تمام طول عمر نیاز به درمان دارویی خواهند داشت.

درمان

➤ روان درمانی:

✓ موثرترین روان درمانی در اختلال اضطراب منتشر رفتار درمانی شناختی (CBT)، حمایتی و بینش گرا می باشد

✓ آرام سازی عضلانی و پس خوراند زیستی (بیوفیدبک) در رفتار درمانی استفاده میشوند

✓ توجه به دگرگونی های شناختی در شناخت درمانی استفاده می شود



فوبی خاص

Specific phobia



فوبی خاص

- فوبی ها شایعترین اختلالات روانی هستند، شیوع بین ۵ تا ۱۰ درصد و گاهی تا ۲۵ درصد جمعیت عمومی دارند
- فوبی خاص در زن ها دو برابر مردان دیده می شود
- ترس شدید از یک شیء، موضوع یا یک وضعیت خاص
- این ترس غیر منطقی و بسیار شدیدتر از احتمال خطری است که واقعا ممکن است روی دهد
- این ترس باعث اختلال عملکرد فرد می شود
- بیمار اغلب می کوشد از موقعیت فوبیک دوری کند و برای این اجتناب ناراحتی های متعددی را متحمل می شود

ملاک های DSM 5 در مورد هراس اختصاصی

A: ترس یا اضطراب چشم گیر درباره یک موقعیت یا جسم خاص (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 کند

B: موقعیت یا شیء ترسناک تقریباً همیشه سبب برانگیخته شدن ترس یا اضطراب می شود

C: بیمار فعالانه از روبرو شدن با موقعیت یا شیء ترسناک خودداری میکند و یا با ترس و اضطراب زیاد آن را تحمل میکند

D: ترس و اضطراب با موقعیت یا شیء فوبیک تناسب ندارد

E: طول مدت علایم حداقل ۶ ماه

F: افت عملکرد اجتماعی و شغلی

Phobias

☐ Acrophobia	Fear of heights
☒ Agoraphobia	Fear of open places
☐ Ailurophobia	Fear of cats
☒ Hydrophobia	Fear of water
☐ Claustrophobia	Fear of closed spaces
☐ Cynophobia	Fear of dogs
☐	
☐ Mysophobia	Fear of dirt and germs
☒ Pyrophobia	Fear of fire
☐	
☐ Xenophobia	Fear of strangers
☒ Zoophobia	Fear of animals

درمان

□ درمان :

- ✓ بیشتر بر درمانهای روانشناختی شامل رفتاردرمانی، رواندرمانی بینش گرا، هیپنوتیزم، درمان حمایتی و خانواده درمانی متمرکز است
- ✓ درمانی دارویی در اختلال فوبی خاص جایی ندارد مگر در مواردی که بیمار با حمله هراس ناشی از فوبی خاص مراجعه کند
- ✓ در رفتار درمانی شرط اول تعهد بیمار به ادامه درمان است، در این درمان از حسایت زدایی منظم، مواجهه درمانی و یا غرقه سازی استفاده می شود
- ✓ در رواندرمانی بینش گرا بر روی تعارضات ناخودآگاه متمرکز میشود
- ✓ در هیپنوتیزم به بیمار تلقین میشود که موقعیت فوبیک ترسناک نیست
- ✓ در خانواده درمانی بر روی عملکرد خانواده بیمار در ایجاد، تشدید یا دوام علائم فوبیک عمل اصلاحی انجام می گیرد

اختلال اضطراب اجتماعي
social anxiety disorder or phobia



اختلال اضطراب اجتماعی

social anxiety disorder or phobia

- ترس از موقعیتی که ممکن است به شرمندگی فرد منتهی شود (صحبت کردن، ملاقات کردن، غذا خوردن)
- به خاطر احتمال خطر شرمساری در جمع تصورات مربوط به صحنه های شرمگینی توسط فرد مرور می شود
- این افراد در جمع طوری فکر و عمل میکنند که انگار در جمع همه دست از کار کشیده و اعمال و رفتار فرد را زیر ذره بین گذاشته اند

اختلال اضطراب اجتماعی

social anxiety disorder or phobia

- دو نوع مشهور از اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد
 - ۱-نوع منتشر: فرد در اغلب جمع ها مثل کلاس درس ،مهمانی ها و یا یک فعالیت گروهی دچار اضطراب می شود
 - ۲-نوع عملکردی(موقعیتی):فرد مبتلا از حضور در جمع مضطرب نمی شود ، بلکه وقتی قرار است مورد توجه دیگران قرار گیرد دچار علایم اضطرابی می شود (فوبی صحنه،فوبی موزیسین ها)

ملاکهای تشخیصی DSM 5 برای اختلال اضطراب اجتماعی

A: ترس یا اضطراب قابل ملاحظه درباره یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آنها احتمال دقت نظر به بیمار و تجزیه و تحلیل دیگران وجود دارد. نمونه ها شامل تعاملات اجتماعی (مثلا مکالمه یا ملاقات با افراد غریبه) مشاهده شدن (مثلا خوردن و یا آشامیدن) و اجرا کردن در حضور دیگران (سخنرانی) است

نکته: در کودکان این اضطراب باید به هنگام حضور همسالان نیز دیده شود و فقط محدود به تعاملات بزرگسالان نیست

B: فرد از این میترسد که کاری انجام دهد یا علایم اضطرابی بروز دهد که دیگران برداشت منفی از آن داشته باشند (شرمنده شود یا مسخره کنند، وی را طرد کنند یا مورد اهانت قرار دهند)

C: موقعیت های اجتماعی مذکور تقریبا همیشه سبب ترس یا اضطراب می گردند

توجه: در کودکان ترس یا اضطراب ممکن است به صورت گریه، قشقرق، میخکوب شدن یا چسبیدن به دیگران یا عدم صحبت در موقعیتهای اجتماعی بروز کند

ملاکهای تشخیصی DSM 5 برای اختلال اضطراب اجتماعی

D: از موقعیتهای اجتماعی مذکور اجتناب می ورزد و یا تحمل آن با ترس و اضطراب شدیدی همراه است

E: ترس و اضطراب موجود بیشتر از آن چیزی است که از موقعیت اجتماعی مذکور انتظار میرود

F: طول مدت علایم بالای ۶ ماه

G: افت کارکرد فرد

تشخیص‌های افتراقی

- اختلال شخصیت دوری‌گزین (Avoidant): بیمار الگوی ثابتی از خجالتی بودن، شرمساری و اجتناب از جمع همراه با انگیزه حضور در جمع را دارد و علائم از دوران کودکی یا نوجوانی شروع می‌شود
- اختلال شخصیت اسکیزوئید: فرد انگیزه حضور در جمع را ندارد، ولی در تنهایی خود فردی نرمال است، ترس از حضور در جمع را ندارد ولی در ضمن علاقه‌ای به حضور در جمع ندارد، قبل از ۱۸ سالگی شروع می‌شود
- اسکیزوفرنی: ممکن است به علت اعتقاد روانپریشانه به آزار دیدن توسط جمع از جمع گریزان باشند
- ❖ نکته: بیمار مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به غیر منطقی بودن ترس خود واقف است ولی بیمار روانپریش به آن اعتقاد هذیانی دارد
- افسردگی: به علت عدم احساس لذت و یا افت کارایی یا خلق پایین در جمع حاضر نمیشوند

اپیدمیولوژی

- شیوع بین ۳-۱۳ درصد
- در زنها بیشتر از مردان
- درصد بیشتری از مردان مبتلا به این اختلال برای درمان خود به روانپزشک مراجعه می کنند

درمان

❑ درمان دارویی:

➤ در نوع منتشر SSRI ها در خط اول درمان دارویی قرار دارند (سرتالین، سیتالوپرام، پاروکستین، فلووکسامین)

➤ بنزودیازپین ها، ونلافاکسین، بوسپیرون نیز موثرند

➤ در نوع عملکردی (موقعیتی) از بتابلوکرها بخصوص پروپرانولول ۲۰ تا ۴۰ میلی گرم قبل از حضور در موقعیت فوبیک استفاده می شود

❑ رواندرمانی: در نوع منتشر از CBT و در نوع عملکردی از CBT و مواجهه سازی استفاده می شود

اختلال اضطراب جدایی

- پس از ترس اختصاصی دومین اختلال اضطرابی شایع در کودکان
- ۴-۱۰٪ کودکان مبتلا می شوند. زیر ۱۲ سال شایع است
- کودکانی که مهار رفتاری شدید دارند (ترس، خجالت و گوشه گیری در حضور افراد غریبه) مستعد این اختلال هستند
- نگرانی مداوم و غیرواقعی در زمینه به خطر افتادن زندگی والدین یا مراقبین دارند
- علائم جسمی (دردهای شکمی و سردرد) شایع

اختلال اضطراب جدایی

- کابوس های شبانه با موضوع جدا شدن از والدین
- در طول روز کودک به والد می چسبد و مثل سایه او را تعقیب می کند
- طبق DSM-5 باید حداقل ۳ علامت که نشان دهنده اضطراب شدید آنها در دوری از والدین است را به مدت حداقل ۴ هفته داشته باشند
- در این خانواده ها اغلب تنش بالا در روابط والد و کودک یا علایم آشفتگی خانوادگی (خشونت خانگی و طلاق) دیده می شود

اختلال اضطراب جدایی

- در بسیاری از موارد مادر سابقه ابتلا به اختلال اضطرابی را دارد
- تغییر مدرسه یا منزل، مرگ یکی از نزدیکان یا تعطیلی طولانی مدت یک عامل استرس زا برای این کودکان است
- در ۲/۳ موارد یک اختلال اضطرابی دیگر و در نیمی از موارد اخلاص افسردگی وجود دارد.
- در نوجوانی ۳ برابر همسالان دچار اختلال پانیک می شوند
- کودکان خردسال با امتناع از مدرسه احتمال اضطراب جدایی بیشتر و در کودکان بزرگتر با امتناع از مدرسه احتمال هراس اجتماعی بیشتر است

اختلال اضطراب جدایی

- درمان: داروهای SSRI داروهای انتخابی
- درمان با TCA و بنزودیازپین ها موثر نیست
- والدین مضطرب باید درمان شوند
- تعیین پاداش و روش مرحله ای و به آرامی به مدرسه فرستاده شوند
- امتناع شدید از مدرسه رفتن نیاز به ارجاع به روانپزشک دارد
- کودکان خردسال تر با علایم خلقی پیش آگهی بهتری دارند
- نوجوانان با شروع تدریجی و علایم جسمی شدید پیش آگهی خوبی ندارند

گنگی (لالی) انتخابی

- **لالی انتخابی** را می توان به یک اختلال اضطراب شدید در کودکان نسبت داد. کودکانی که دارای این اختلال هستند، با وجود آنکه در قادر به صحبت کردن هستند اما در بعضی موقعیت ها اصلا صحبت نمی کنند بنابراین اسم این اختلال را لالی انتخابی گذاشته اند، چرا که فرد خودش تعیین می کند که کجا صحبت کند و کجا صحبت نکند.
- بر اساس تحقیقات به عمل آمده از هر ۱۴۰ کودک، ۱ کودک دچار این اختلال می شود. معمولا این کودکان پرخاشگر، خجالتی افراطی، انعطاف ناپذیر و مضطرب هستند. این اختلال حاصل وجود نوعی ترس در موقعیت هایی که این اتفاق رخ می دهد، می باشد

- ملاک های تشخیصی اختلال لالی انتخابی

- ناتوانی مداوم صحبت کردن در موقعیت های اجتماعی که انتظار صحبت کردن در آنها می رود (مثلا در مدرسه) با وجود صحبت کردن در موقعیت های دیگر.

- این اختلال، پیشرفت تحصیلی یا شغلی یا ارتباط اجتماعی را مختل می کند.

- ناتوانی صحبت کردن ناشی از آگاه نبودن از زبان گفتاری لازم در موقعیت اجتماعی یا احساس راحتی نکردن از آن نیست.

- کودکان مبتلا به لالی انتخابی هنگام روبرو شدن با دیگران در تعامل های اجتماعی، صحبت را شروع نمی کنند یا وقتی با دیگران صحبت می کنند، متقابلاً پاسخ نمی دهند. **فقدان گفتار** در تعامل های اجتماعی با کودکان و بزرگسالان روی می دهد. کودکان مبتلا به لالی انتخابی در خانه، در حضور اعضای خانواده نزدیک صحبت می کنند، اما اغلب حتی در حضور دوستان نزدیک یا خویشاوندان درجه دو، مانند پدر- مادر بزرگ ها یا عموزاده- دایی زاده ها صحبت نمی کنند
- کودکان مبتلا به این اختلال گاهی برای ارتباط برقرار کردن از **وسایل غیر گفتاری** یا **غیر کلامی** استفاده می کنند (مثل غرغر کردن، اشاره کردن، نوشتن) و در مواقعی که گفتار ضرورت نداشته باشد، ممکن است مایل باشند به تعامل های اجتماعی بپردازند (مثل نقش های غیر کلامی در نمایش های مدرسه).

- ویژگی های مرتبط لالی انتخابی، کم رویی بیش از حد، ترس از شرمندگی اجتماعی، انزوا و گوشه گیری اجتماعی، چسبیدن و متکی بودن به دیگران، صفات وسواسی، منفی گرایی، قشقرق و رفتار نافرمانی خفیف را شامل می شوند.

- لالی انتخابی اختلال نسبتاً نادر است. شیوع نقطه ای با استفاده از نمونه های گوناگون در کلینیک یا مدرسه بسته به موقعیت (مثل کلینیک در برابر مدرسه در برابر کل جمعیت) و سن افراد در نمونه، بین ۰/۰۳ تا ۱ درصد است. احتمال این اختلال در کودکان خردسال بیشتر از نوجوانان و بزرگسالان است.

- شروع لالی انتخابی معمولاً قبل از ۵ سالگی است

- رایج ترین اختلالات همزمان، اختلالات اضطرابی دیگر، عمدتاً اختلال اضطراب اجتماعی، و پس از آن اختلال اضطراب جدایی و فوبی خاص هستند

- برای درمان لالی انتخابی از روان درمانی، دارودرمانی یا ترکیب این ۲ استفاده می کنند:
- **روان درمانی**
- رایج ترین گزینه بهبودبخش، درمان شناخت رفتاری CBT است. این روش درمانی به کاهش علائم اختلالات اضطرابی کمک می کند. تکنیک های مورد استفاده در این نوع درمان عبارت اند از:
- **مواجهه درمانی:** قرار گرفتن فرد در معرض موضوع ترس خود با حضور روانشناس و در یک محیط امن
- **حساسیت زدایی:** تجربه مستقیم محرک های اضطراب با گذشت زمان و به طور تدریجی
- **تقویت:** آموزش تقویت مثبت برای کاهش اضطراب توسط روانشناس
- **دارو درمانی:** داروهای SSRI

اختلال اضطرابی ناشی از یک بیماری طبی

- بروز علایم اضطرابی در زمینه یک اختلال عضوی
- پرکاری تیروئید، کم کاری تیروئید و پاراتیروئید، کمبود ویتامین B12 اغلب با علایم اضطرابی همراه است
- فئوکروموسیتوم با افزایش اپی نفرین عمل می کند
- هیپوگلیسمی می تواند علایم اضطرابی را تقلید کند
- بیشترین حالت در این اختلال شبیه حمله هراس است
- اختلال شبیه هراس در ۸۰ درصد بیماران کاردیومیوپاتی منتظر عمل قلب گزارش شده است، این حالت در بیماران پارکینسونی و COPD نیز دیده می شود
- علایم شبیه به GAD در سندرم شوگرن و گریوز (بالاترین درصد) دیده میشود
- درمان شامل درمان اختلال زمینه ای عضوی، استفاده از BZD و SSRI ها میشود

اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط

- Obsessive-Compulsive Disorder
- Body Dysmorphic Disorder
- Hoarding Disorder
- Trichotillomania
- Excoriation Disorder



OCD

✓ اختلالی مزاحم و ناراحت کننده، اتلاف وقت بیمار، تشریفات متعدد و تکراری و بیهوده، آسیب به کارکرد بیمار

✓ فکر وسواسی: یک فکر، احساس، عقیده یا حس مزاحم و تکرار شونده (مثل فکر آلودگی، تردید، تقارن، یک خاطره ناخوشایند و...) است. این تکانه های وسواسی به علت اجباری بودن به شدت برای بیمار اضطراب آور می باشند

✓ اجبار یا عمل وسواسی: رفتاری خودآگاه، میزان شده و تکراری است که در مقابل فکر وسواسی انجام می گیرد (مثل شستن، واریسی کردن، منظم کردن و...) در ظاهر این اعمال باعث کاهش اضطراب فرد در مقابل تکانه های وسواسی می شوند ولی به خاطر ماهیت تکراری، خسته کننده و بیهوده آنها در نهایت باعث افزایش اضطراب می شوند

OCD

✓ بیمار به بیهوده بودن تکانه ها و اعمال خود واقف است ولی مجبور به اقدام است

✓ اغلب تکانه ها خلاف خواست و تمایلات فرد (Ego Dystonic)

هستند، مثلاً فردی که خیلی به نظافت اهمیت می دهد افکار الودگی به ذهنش حمله ور می شوند

❖ بیمار اعتقاد دارد که این افکار و تکانه ها متعلق به خودش می باشند و مال فردی دیگر نیست (بر خلاف فرد روانپزش)

OCD

• اپیدمیولوژی:

✓ شیوع طول عمر ۲-۳ درصد (در کلینیک های روانپزشکی
سرپایی تا ۱۰ درصد مراجعان)

✓ میزان ابتلا در مرد و زن یکسان

✓ همبودی با افسردگی در ۶۷ درصد موارد و همراهی با اختلالات
اضطرابی در ۲۵ درصد موارد

✓ سایر همبودی ها: اختلالات خوردن، اختلال توره، اختلالات
شخصیت

✓ درصد قابل توجهی از مبتلایان به OCD سابقه تیک دارند

OCD

- اتیولوژی:

➤ عوامل زیست شناختی: بی نظمی سیستم سروتونرژیک، شروع اختلال به دنبال عفونت استرپتوکوکی مطرح کننده نقش سیستم اتوایمیون است

➤ ژنتیک: نقش ژنتیک ثابت نشده ولی شیوع بالای این اختلال در بین بستگان درجه اول ۵-۳ برابر افراد غیر بیمار است

➤ عوامل رفتاری: یادگیری شرطی شده

➤ عوامل روانی - اجتماعی: این اختلال رابطه بسیار کمی با OCPD دارد و تنها ۱۵ تا ۳۵ درصد بیماران سابقه صفات وسواسی دارند

انواع وسواسهای فکری به ترتیب شیوع

- ✓ نگرانی یا نفرت از آنچه از بدن دفع یا ترشح می شود
- ✓ ترس از احتمال وقوع اتفاقی وحشتناک (آتش سوزی، مرگ یا بیماری فرد مورد علاقه خود یا دیگران)
- ✓ توجه به تقارن، نظم و ترتیب
- ✓ زهد ورزی (عبادت مفرط)
- ✓ اعتقاد به اعداد سعد و نحس
- ✓ افکار، تصاویر، یا تکانه های جنسی ممنوع یا انحرافی
- ✓ اصوات بی معنا، کلمات یا اصوات موسیقایی به صورت مزاحم و مداخله آمیز (Intrusive)

انواع وسواسهای عملی به ترتیب شیوع

- ✓ دست شستن ،دوش گرفتن ،مسواک زدن ،به سر و وضع خود رسیدن به نحوی افراطی
- ✓ اعمال ایین گونه تکراری(داخل و خارج شدن مکرر از در ،نشستن و برخاستن مکرر)
- ✓ واری درها ،قفل ،اجاق ،وسایل آتش نشانی ،ترمز ماشین
- ✓ اعمال ایین گونه از قبیل تمیزکاری برای زدودن تماس با آلودگی
- ✓ منظم و مرتب سازی
- ✓ آویختن لباس ها به ترتیب خاص
- ✓ شمارش
- ✓ ذخیره سازی و گردآوری
- ✓ اعمال ایین گونه متفرقه مثل لیسیدن ،تف کردن ،داشتن الگوی خاص برای پوشیدن لباس

MONK

ALL NEW CASES
FRIDAYS 9/8C

characters welcome. **usa**
network

the real OCD.



OCD

✓ شروع بیماری در نیمی از بیماران به صورت ناگهانی است

✓ معمولاً بیمار سالها بعد از شروع بیماری به پزشک مراجعه می کند

✓ پیش اگهی در درمان زود هنگام و کامل خوب و در صورتی که درمان دیر شروع شود یا اختلال با بصیرت ضعیف باشد پیش اگهی ضعیف خواهد بود

✓ بدترین و ضعیف ترین پیش اگهی به وجود همزمان دو اختلال وسواسی جبری و اختلال خلقی دوقطبی مربوط می شود

OCD

- درمان: شامل درمان دارویی و رفتار درمانی
- درمان دارویی: به خاطر اهمیت عوامل زیست شناختی در سبب شناسی این اختلال درمان دارویی در خط اول قرار دارند.
- ✓ داروهای SSRI و کلومیپرامین
- ✓ همه SSRI ها در درمان OCD توسط FDA پذیرفته شده اند
- ✓ فلوکستین با دوز ۱۰ میلی گرم شروع و در صورت نیاز طی ۴۵ روز به حدود ۸۰ میلی گرم در روز افزایش داده می شود
- ✓ فلووکسامین با دوز ۲۵ میلی شروع و در حدود یک ماه به ۲۰۰ میلی در روز رسانده می شود
- ✓ سرتالین با دوز ۲۵ میلی شروع و در حدود یک ماه به دوز ۲۰۰ میلی در روز رسانده می شود
- ✓ کلومیپرامین با ۲۵ میلی در روز شروع و در عرض شش هفته به دوز ۱۵۰ میلی در روز رسانیده می شود (به علت عوارض خط دوم درمان است)

OCD

□ درمان:

- ✓ سایر داروها: تثبیت کننده های خلق (مثل والپروات ، لیتیوم و کاربامازپین) ونلافاکسین (شروع با ۳۷/۵ میلی گرم و دوز موثر ۱۵۰ میلی) بوسپیرون ، کلونازپام ، دوز کم آنتی سایکوتیکها مثل ریسپریدون
- ✓ در درمان OCD باید توجه کرد که برای مشاهده اثرات درمانی باید حداقل هشت هفته صبر کنیم

OCD

❑ رفتار درمانی:

✓ در کنار دارودرمانی در پیش آگهی بسیار موثر واقع است

✓ درمان شامل: مواجهه و ممانعت از پاسخ، حساسیت زدایی تدریجی، بازداری فکر و غرقه سازی

❑ سایر درمان ها: روان درمانی خانواده، استفاده از ECT، در نهایت روش جراحی

روانی (سینگولوتومی) در موارد مقاوم و ناتوان کننده، درمان با

Transcranial Magnetic)TMS
(Stimulation

اختلال بدشکلی بدن

Body Dysmorphic Disorder(BDD)

- ✓ اشتغال ذهنی با عیب ظاهری، شکل و اندازه یکی از اعضاء بدن
- ✓ شیوع دقیق در دست نیست.
- ✓ همراهی با سایر اختلالات (۹۰٪ افسردگی، ۷۰٪ اختلالات اضطرابی و ۳۰٪ اختلال سایکوتیک)
- ✓ اکثر مبتلایان بین ۳۰-۱۵ سالگی مراجعه می نمایند و مجرد هستند
- ✓ طبق DSM 5 شیوع نقطه ای در امریکا ۴/۲٪ گزارش شده است

BDD

- بیشترین اشتغال ذهنی با مو، صورت، بینی و چانه، سینه و اعضای تناسلی است
- فرد در جستجوی جراحی و یا پنهان کردن عیب خود با لباس یا آرایش های خاص است
- در DSM 5 یک فرم اختصاصی به نام اختلال بدشکلی عضلانی معرفی شده است که در این فرم فرد با کوچک بودن حجم عضلانی بدن خود اشتغال ذهنی دارد

BDD

- تشخیص افتراقی:

- ✓ افسردگی

- ✓ آنورکسیا

- ✓ اختلال هذیان جسمانی

- ✓ شخصیت خودشیفته

- ✓ شخصیت اجتنابی، فوبی اجتماعی (نگران ارزیابی توسط دیگران)

BDD

- سیر و پیش آگهی:

✓ در نوجوانی شروع می شود

✓ عضوی که فرد به آن حساس است ممکن است در طول زندگی ثابت بماند و یا تغییر کند

- درمان:

✓ درمانهای طبی مانند مراجعه به متخصص پوست، جراحی پلاستیک و دندانپزشکی معمولاً موفقیت آمیز نیست

✓ داروهایی مثل سه حلقه ای (کلومیپرامین)، پیموزاید، فلوکستین، منوآمینواکسیدازها سبب کاهش علائم در حد ۵۰ درصد می شوند



زندگی زیباست ای زیبا پسند
زیبه اندیشان به زیبائی رسند