

اختلالات اضطرابی

اضطراب هشداري است مبني بر اينکه خطري در راه است تا فرد بتواند براي مقابله با آن اقداماتي به عمل آورد. بنابراین اضطراب خطري بيروني يا دروني را اعلام مي کند و موجب حفظ حيات مي شود اما هنگامی که اضطراب در زندگي روزمره به صورت غيرمنطقي و تشديد یافته باشد، به يك اختلال تبديل مي شود. عمده ترين اختلالات اضطرابي عبارتند از: اختلال پانیک (به تنهائي يا توأم ب آگورافوبيا)، فوبي اختصاصي و فوبي اجتماعي، اختلال وسواسي- اجباري OCD، اختلال استرس پس از سانحه PTSD، اختلال اضطرابي GAD، اختلال فشار رواني حاد

استرس پس از سانحه PTSD

اختلال استرس پس از سانحه عبارت است از مجموعه اي از علايم که در پي مواجهه با عامل فشار آسيب زاي بسيار شديد پيدا مي شود. اين مواجهه مي تواند به صورت ديدن، حضور يا شنيدن باشد. فرد به صورت ترس و درماندگي به اين تجربه پاسخ مي دهد، واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم مي کند، درعين حال مي خواهد از يادآوري آن اجتناب کند. علايم مزبور بايد لافلاک يك ماه طول کشيده باشد و بر حوزه هاي مهمي از زندگي بيمار مانند خانواده و شغل او تأثير گذاشته باشد. روشهای درمان بيماری روان درمانی: رهيافت هاي عمده اي که در مواجهه با اين اختلال در پيش گرفته مي شود، حمايت، تشويق بيمار براي بحث درباره واقعه مزبور و آموختن انواع و اقسام مکانيسم هاي مدارا (نظير آرام سازي عضلات) به اوست. دارودرمانی: مهارکننده هاي انتخابي بازجذب سروتونين (SSRI) نظير سرتالين و پاروکستين به دليل کارايي، قابل تحمل بودن و بي خطر بودنشان، خط مقدم درمان PTSD را شامل مي شوند. داروهای SSRI علايم مربوط به تمام گروههاي علامتي PTSD را کاهش مي دهند و علاوه بر رفع علايمي که مشابه افسردگي يا ساير اختلالات اضطرابي هستند، در بهبود علامتهايي که منحصر به PTSD مي باشند نيز مؤثرند.

فوبی

فوبی اصطلاح فوبي به معنای ترس افراطي از يك موضوع، شرايط يا موقعيت خاص و معين است. فوبي بنا به تعريف عبارت است از ترس غيرمنطقي که موجب اجتناب آگاهانه از موضوع، فعاليت، موقعيت هراس آور شود. وجود عامل هراس آور يا انتظار آن مي تواند رنج و عذابي شديد در فرد مبتلا ايجاد کند، درحالي که خود او نيز به افراطي بودن اين واکنش واقف است. اين واکنشها ممکن است به حملات پانیک وابسته به موقعيت يا مرتبط با موقعيت تبديل شوند. واکنشهاي هراس گونه معمولاً توانايي فرد را براي انجام کارکردهاي معمول زندگي به هم مي زند؛ البته اين مسئله هميشه هم صادق نيست (مثل ترس از عنكبوت ها) روشهای درمان بيماری روان درمانی: شناخته ترين و مؤثرترين راه درمان فوبي ها، رفتاردرماني است. رايج ترين نوع رفتار درماني به کارگرفته شده در درمان فوبي ها حساسيت زدائي تدريجي است. ساير فنون رفتاري عبارتند از: مواجهه سازي با محرک هراس آور به صورت تصوري يا حساسيت زدائي واقعي. روان درماني هاي تحليلي- حمايتي و خانواده درماني نيز مفيد مي باشند دارو درماني: داروهای مؤثر در درمان فوبي اجتماعي عبارتند از: 1- مهارکننده هاي انتخابي بازجذب سروتونين (2- SSRI) بنزوديازپين ها (نظير آلپرازولوم و کلونازپام) 3- ونلافاکسين 4- بوسپيرون

وسواس اجباری

وسواس اجباری خصیصه اصلي اختلال وسواسي-اجباري (OCD) وجود وسواس يا اجبارهاي مکرر و شديد است که رنج و عذاب قابل ملاحظه اي براي فرد ايجاد مي کند. اين وسواس يا اجبارها سبب اتلاف وقت مي شوند و اختلال قابل ملاحظه اي در روند معمول و طبيعي زندگي، کارکرد شغلي، فعاليتهاي اجتماعي يا روابط فرد ايجاد مي کنند. بيمار مبتلا به اختلال وسواسي-اجباري ممکن است فقط وسواس فکري، اجبار يا هردوي آنها را باهم داشته باشد. وسواس عبارت است از: فکر، احساس، اندیشه يا حسي تکراري و مزاحم. برخلاف وسواس (Obsession) که يك فرايند ذهني است، اجبار (Compulsion) نوعي رفتار است. اجبار رفتاري آگاهانه، معيارمند و تکراري است، نظير شمارش، وارسي يا اجتناب. بيمار مبتلا به اين اختلال از غيرمنطقي بودن وسواسش آگاهي دارد اما به صورت ناخواسته اين رفتار را انجام مي دهد. وسواس باعث افزايش اضطراب در فرد مي شود. با انجام اجبار، اضطراب فرد بيمار تخفيف و تقليل مي يابد و اگر بيمار دربرابر انجام اجبار مقاومت کند، اضطرابش افزوده مي شود. علايم: اختلال وسواسي-اجباري، چهار الگوي عمده دارد: 1- آلودگي: وسواس آلودگي و به دنبالش شست وشو يا اجتناب اجبارگونه از چيزي که فرد گمان به آلوده بودن آن دارد، شايع ترين الگوي وسواس مي باشد. 2- ترديد مرضي: دومين الگوي شايع وسواس ترديد است که به دنبالش اجبار به صورت وارسي روي مي دهد. مثلاً فرد مي ترسد که مبدا اجاق را خاموش يا در را قفل نکرده باشد. 3- افکار مزاحم: سومين الگوي شايع وسواس است که فرد صرفاً افکاري وسواسي و مزاحم بدون هيچ گونه عمل اجبارگونه داشته باشد. اين نوع وسواس معمولاً افکاري تکراري درباره نوعي عمل جنسي يا پرخاشگرانه است که به نظر خود فرد، شرم آور است. 4- تقارن: لزوم رعايت تقارن يا دقت وسواسي موجب کندي اجبارگونه در فرد مي شود. مثلاً بيمار ساعت ها وقت لازم دارد تا صورتش را اصلاح کند. روشهای درمان بيماری روان درمانی: رفتار درماني به خصوص با استفاده از تکنیک مواجهه و بازداري از پاسخ (+ Exposure Response Prevention) روش مؤثري در درمان OCD است. در اين روش بيمار با موردی که نسبت به آن وسواس دارد (مثلاً آلودگي) مواجه مي شود و از عکس العمل بيمار (مانند شست وشو) ممانعت به عمل مي آيد و کارايي معادل دارو درماني دارد. ساير انواع روان درماني در مورد OCD عبارت است از: درمان شناختي- رفتاري (CBT) و درمان روان تحليلي. خصیصه اصلي اختلال وسواسي-اجباري (OCD) وجود وسواس يا اجبارهاي مکرر و شديد است که رنج و عذاب قابل ملاحظه اي براي فرد ايجاد مي کند. اين وسواس يا اجبارها سبب اتلاف وقت مي شوند و اختلال قابل ملاحظه اي در روند معمول و طبيعي زندگي، کارکرد شغلي، فعاليتهاي اجتماعي يا روابط فرد ايجاد مي کنند. دارودرمانی: مفيدترين داروها براي OCD مهارکننده هاي اختصاصي بازجذب سروتونين يا SSRI ها، شامل: فلوئوکستين (Prozac)، فلووکسامين، پاروکستين، سرتالين و کلومي بيريامين هستند.

پانیک

پانیک مشخصه اصلي اختلال پانیک، وقوع خود به خود و غيره منتظره حملات پانیک است که شامل حملات و دوره هاي مجزاي ترس شديد هستند. فراواني بروز حملات از چند نوبت در روز تا صرفاً تعداد انگشت شماری حمله در يك سال فرق مي کند. نخستين حمله پانیک اغلب کاملاً خود به خود است. اما گاه حمله هاي پانیک به دنبال آشفتگي، فعاليت بدني، فعاليت جنسي يا آسيب هيچاني متوسطي روي مي دهند. وقتي حمله پانیک آغاز مي شود، علايمش در عرض ده دقيقه به سرعت تشديد مي شود. علايم رواني عمده اين بيماري عبارتند از: ترس مفرط و احساس قريب الوقوع بودن مرگ و نابودي. بيمار غالباً نمي تواند علت ترس خود را بيان کند. ممکن است دچار اغتشاش شعور شود و در تمرکز اشکال پيدا کند. برخي نشانه هاي جسمي حمله پانیک عبارت است از افزايش ضربان قلب، احساس تپش قلب، تنگي نفس و تعريق. بيمار اغلب مي کوشد محلي را که در آن قرارگرفته است ترک کند تا از کسي کمک بگيرد. حمله عموماً بيست دقيقه و ندرتاً بيش از يك ساعت طول مي کشد. بيمار ممکن است در حين حمله دچار مسخ شخصيت

(depersonalization) یا مسخ واقعیت (derealization) شود. علایم حمله پانیک ممکن است سریع یا به تدریج برطرف شود. گاه بیمار در فاصله حملات از ترس اینکه حمله دیگری به سراغش بیاید، دچار اضطراب انتظار می‌گردد. نگرانی جسمی از مرگ به دلیل مشکل قلبی یا تنفسی ممکن است کانون اصلی توجه بیمار در حین حمله پانیک باشد. گاه بیمار فکر می‌کند تپش قلب و درد قفسه سینه اش نشانه آن است که دارد می‌میرد. حدود 20% از بیماران در حین حمله دچار حمله های افتش (سنکوپ) می‌شوند. این بیماران افراد جوان 20 تا 30 ساله هستند که به بخش فوریت‌ها مراجعه می‌کنند و با اینکه از نظر جسمی سالم اند، اصرار می‌کنند که دچار حمله قلبی شده اند و دارند می‌میرند. اختلال پانیک اغلب با آگورافوبیا (گذرهراسی) همراه است. در آگورافوبیا، بیمار از هر موقعیتی که در آن دست یابی به کمک مشکل باشد، سرسختانه اجتناب می‌کند. آنها دوست دارند در اماکنی مثل خیابان های شلوغ، مغازه های پرزدحام، فضاهای سرپسته (مانند زیرپل و آسانسور) و وسایل نقلیه در بسته (مانند مترو، اتوبوس یا هواپیما) یکی از دوستان یا اعضای خانواده همراهیشان کنند. روشهای درمان بیماری دارودرمانی: آلپروزولام و پاروکستین، از داروهای مورد استفاده در درمان اختلالات پانیک هستند. درمان شناختی- رفتاری با گروه درمانی و خانواده درمانی به بیمار و خانواده اش کمک می‌کند که خود را با واقعیت وجود این اختلال در فرد بیمار و مشکلات روانی- اجتماعی ناشی از آن سازگار سازند.

06

فشار روانی حاد

فشار روانی حاد اختلال فشار روانی حاد به مقدار زیادی شبیه PTSD است، جز اینکه علایمش ظرف چهار هفته پس از واقعه پیدا می‌شود و به مدت 2 روز تا 4 هفته طول می‌کشد. فشاری که موجب PTSD یا اختلال فشار روانی حاد می‌شود، به قدری ناتوان کننده است که تقریباً هرکسی را از پا در می‌آورد. این فشار می‌تواند از تجربه جنگ، شکنجه، بلاهای طبیعی، حمله، تجاوز و سوانح جدی نظیر تصادف با ماشین و آتش سوزی ساختمان ناشی شده باشد. افراد واقعه آسیب زا را در روایا و نیز افکار روزانه خود مجدداً تجربه می‌کنند، از هر چیزی که واقعه را به خاطرشان بیاورد، قاطعانه دوری می‌کنند و دچار گرفتگی پاسخدهی، همراه با حالت بیش برانگیختگی هستند. سایر علایم عبارت است از افسردگی، اضطراب و مشکلات شناختی نظیر ضعف تمرکز.

روشهای درمان بیماری

روان درمانی: رهیافت های عمده جهت مواجهه با این اختلال، حمایت، تشویق بیمار برای بحث درباره واقعه مزبور و آموختن انواع مکانیسم های مدارا (نظیر آرام سازی عضلات) می‌باشد.

دارودرمانی: مهار کننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) نظیر سرتراپین و پاروکستین به دلیل کارایی، قابل تحمل بودن و بی خطر بودنشان، خط مقدم درمان PTSD را شامل می‌شوند. داروهای SSRI علایم مربوط به تمام گروههای علامتی PTSD را کاهش می‌دهند و علاوه بر رفع علایمی که مشابه افسردگی یا سایر اختلالات اضطرابی هستند، در بهبود علامتهایی که منحصر به PTSD می‌باشند نیز مؤثرند.