



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

راهنمای بالینے اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس

مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

با همکاری:

دبیر خانه تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان و نام پدیدآور	: راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس/ تالیف مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه ؛ به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت.
مشخصات نشر	: تهران: نشر پونه، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	: ۵۰ص: جدول، نمودار.
شابک	: 978-600-6681-33-7
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: اضطراب
موضوع	: هراس
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. معاونت بهداشت
رده بندی کنگره	: RC۵۳۱/۲۴ ۱۳۹۳
رده بندی دیویی	: ۶۱۶/۸۵۲۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۵۸۴۸۲۲



خ طالقانی شرقی - خ جهان- ساختمان پونه - شماره ۶ - طبقه سوم - تلفن ۷۷۶۰۵۷۹۸

نام کتاب: راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس

تالیف: مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه (به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت)

ناشر: پونه

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ جلد

مدیر هنری: علی منتشری

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: معلی

شابک: ۷-۳۳-۶۶۸۱-۶۰۰-۹۷۸

قیمت: رایگان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

راهنمای بالینے اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس

مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

با همکاری:

دبیر خانه تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه



۱۲	مقدمه
۱۳	اپیدمیولوژی
۱۴	متدولوژی
۱۵	جدول سطح شواهد
۱۶	اهداف راهنما
۱۷	کاربران راهنما
۱۸	اهمیت موضوع و دلایل انتخاب این بیماری جهت تدوین راهنما
۱۹	روش جستجو و گایدلاین‌های یافت شده
۲۰	بخش اول: اختلال اضطراب فراگیر
۲۱	اصول مراقبت از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
۲۲	مراقبت گام به گام از افراد مبتلا به اضطراب فراگیر
۲۳	گام ۱: همه علائم شناخته شده یا مشکوک اضطراب فراگیر
۲۴	گام ۲: تشخیص اضطراب فراگیر به گونه‌ای که بعد از مداخلات گام ۱ بهبود نیافته باشد
۲۵	گام ۳: اضطراب فراگیر همراه با اختلال عملکرد مشخص یا بدون بهبود پس از مداخلات گام ۲
۲۶	گام ۴: اختلال اضطراب فراگیر مقاوم به درمان و پیچیده و اختلال عملکرد بسیار مشخص
۲۷	تشخیص
۲۸	درمان
۲۹	پیگیری
۳۰	پیشگیری
۳۱	الگوریتم اختلال اضطراب فراگیر
۳۲	بخش دوم: اختلال هراس
۳۳	حمله هراس
۳۴	اصول مراقبت از افراد مبتلا به هراس
۳۵	مراقبت گام به گام برای افراد مبتلا به هراس
۳۶	گام ۱: شناخت و تشخیص اختلال هراس
۳۷	گام ۲: پیشنهاد درمان در مراقبت‌های اولیه
۳۸	گام ۳: نقد و بررسی و ارزیابی روش‌های درمانی جایگزین در صورت لزوم
۳۹	گام ۴: مرور و پیشنهاد ارجاع از مراقبت اولیه در صورت لزوم
۴۰	گام ۵: مراقبت در سرویس‌های خدمات بهداشت روان تخصصی
۴۱	الگوریتم اختلال هراس
۴۲	شاخص‌های ممیزی استفاده از راهنمای بالینی

بسمه تعالی

تدوین و به‌کارگیری راهنماهای بالینی بیش از یک دهه است که به عنوان ابزاری مهم برای افزایش کیفیت خدمات درمانی و سلامت عمومی در کشور مطرح و پیگیری شده است. برنامه‌های متعدد کشوری، برنامه‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همین‌طور سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی درمان (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح) بر این ضرورت تأکید کرده‌اند. در پاسخ، بخش‌های مختلف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور راهنمای بالینی متعددی در سطوح مختلف و برای مخاطبان مختلف تدوین کرده‌اند که برخی در عمل نیز به کار گرفته شده‌اند. ولی هنوز نیاز نظام سلامت به این مکتوب‌های ارزشمند کامل پاسخ داده نشده است.

تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد علمی که بتواند نیازهای واقعی کشوری با درآمد متوسط مثل جمهوری اسلامی ایران را پاسخ بدهد با دو دشواری مهم روبه‌رو است. نخست آنکه بسیاری شواهد علمی اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات مختلف از مطالعات کشورهای پردرآمد به دست آمده‌اند. چنین مطالعاتی هر چند می‌توانند کمک فراوانی به کشور کنند، لزوماً پاسخگوی پرسش‌های مرتبط با شرایط کشور نیستند. دشواری مهم دیگر هزینه و زمان بر بودن تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد است که البته نیازمند تخصص‌های مختلف فنی و همکاری میان گروه‌های متفاوت بالینی است.¹ در نتیجه لازم است موضوع راهنماهای بالینی به درستی انتخاب، و روش‌های معتبری در تدوین راهنماها به‌کارگرفته شوند که هزینه کمتری از نظر نیروی انسانی و زمان اجرا داشته باشند. به خصوص به‌کارگیری روش‌های معتبری برای سازگارسازی راهنماهای معتبری که دیگران برای کشور و شرایط خودشان تدوین کرده‌اند ضرورت می‌یابد.²

مجموعه حاضر، که یک جلد آن اکنون در برابر شما است، گامی در این راستا است. این مجموعه نتیجه تلاش همکاران اینجانب در معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه و مراکز مختلف تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران در طول دو سال گذشته است که در دوران مدیریت آقایان دکتر فرید ابوالحسنی و دکتر علیرضا دلوری آغاز شده و اکنون منتشر می‌شوند. هدف این راهنماها تهیه مجموعه‌ای مبتنی بر شواهد از راهنماهای بالینی برای پزشکان خانواده و عمومی است. البته محتوای این راهنماها می‌تواند برای متخصصان پزشکی، دانشجویان دوره‌های عمومی و تخصصی و همین‌طور همکاران بالینی و نظام سلامت غیرپزشک نیز مفید و ارزشمند باشد و در عین حال آگاهی عمومی جامعه را در زمینه روش‌های درست تشخیص، درمان و مدیریت بیماری‌ها افزایش دهد.

افزایش کیفیت خدمات تنها با انتشار راهنماهای بالینی رخ نمی‌دهد. بدون استفاده از آنها در بالین بیمار و در تشخیص و درمان بیماری، راهنماها تأثیری بر ارتقای خدمات نخواهند داشت. مطالعه‌ی در سال ۱۳۹۰ در تهران نشان داد که فقط حدود یک سوم پزشکان شهر تهران با راهنماهای بالینی آشنایی داشتند.³ بدون برنامه‌ریزی مدون در به‌کارگیری راهنماها و اجرای مداخلات مختلف آموزشی، مدیریتی و اجتماعی، تأثیر آنها بر افزایش کیفیت محدود خواهد ماند. تجربه معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در به‌کارگیری راهنماهای بالینی درمان دیابت در درمانگاه‌های سرپایی ویژه در شبکه‌های بهداشت و درمان جنوب تهران، ری و اسلامشهر نمونه‌ای موفق از کاربرد راهنماهای بالینی در بهبود مراقبت و درمان و ارتقای سلامت بیماران است.

وظیفه دارم از تمام عزیزانی که در تهیه و تدوین این مجموعه تلاش کرده‌اند، به خصوص همکاران ارجمند آقای دکتر سیدرضا مجدزاده و خانم‌ها دکتر آزاده سیاری فرد و دکتر لاله قدیریان از دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، آقای دکتر امید خیرخواه و خانم شیما لشگری از معاونت بهداشت، تمامی نویسندگان راهنماها و دیگر همکاران و مسئولان صمیمانه سپاسگزاری کنم و برای همه ایشان و شما خوانندگان گرامی آرزوی توفیق و بهروزی دارم.

دکتر آرش رشیدیان

معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

1- Rashidian A. *Adapting valid clinical guidelines for use in primary care in low and middle income countries. Primary Care Respiratory Journal* 2008; 17(3):136-7.

2- Rashidian A, Yousefi-Nooraie R. *Development of a Farsi translation of the AGREE instrument, and the effects of group discussion on improving the reliability of the scores. Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012, 18(3):676-681.

3- Mounesan L, Nedjat S, Majdzadeh R, Rashidian A, Gholami J. *Only one third of Tehran's physicians are familiar with 'Evidence-based clinical guidelines'. International Journal of Preventive Medicine* 2013 4(3): 349-57.

پیشگفتار

توجه به طبابت مبتنی بر شواهد و استفاده از راهنماهای بالینی در کشور علاوه بر ارتقای کیفیت ارائه خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران، در کاهش هزینه‌ها نیز موثر خواهد بود. برای رسیدن به این اهداف، طبابت باید بر اساس یک شیوه استاندارد و کارآمد، در سراسر کشور قابل اجرا باشد تا بر اساس چک لیست‌های استاندارد بتوان اقدامات انجام شده را ارزیابی نمود. با توجه به جایگاه پزشک خانواده به عنوان بازوی مهم گروه ارائه دهندگان خدمات بالینی در نظام سلامت، تولید راهنماهای بالینی برای این گروه گامی اساسی و موثر در خدمت رسانی بهینه به بیماران به شمار می‌رود.

بنابراین پیرو اعلام نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درخواست دانشگاه علوم پزشکی تهران مبنی بر تهیه و تولید راهنماهای بالینی بومی و مبتنی بر شواهد برای پزشک خانواده، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران اقدام به بومی سازی راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس نمود. برای تهیه این مستند از راهنماهای معتبر بالینی موجود در دنیا استفاده شده است. همچنین تلاش گردید تا برای استفاده از نظرات، توصیه‌ها و راهنمایی‌های صاحب‌نظران در جهت بومی سازی آن، پیشنویس اولیه راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس در اختیار گروه‌های مختلف ذینفع در سراسر کشور قرار گیرد.

با این حال معتقدیم که این راهنمای بالینی، خالی از اشکال نبوده و کوشش خواهد شد. در به روز رسانی های بعدی اشکالات موجود شناسایی و اصلاح گردد. در اینجا لازم است از حمایت های مقام محترم ریاست وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر باقر لاریجانی و معاون محترم بهداشت وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر دلوری و همچنین جناب آقای دکتر جعفریان، ریاست محترم دانشگاه و جناب آقای دکتر رشیدیان، معاون محترم بهداشت دانشگاه قدردانی نمایم.

همچنین از زحمات کلیه دست اندرکاران تولید و انتشار این راهنما تشکر نموده و پیشاپیش از کسانی که با ارائه پیشنهادات اصلاحی خود ما را در بهبود کیفیت این مجموعه یاری خواهند نمود، سپاسگزاری می‌نمایم.

دکتر محمدرضا محمدی

رئیس مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی

کمیته مطالعه و تدوین راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس:

۱. دکتر محمدرضا محمدی، استاد، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۲. گلرخ شلویری، کارشناسی ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۳. دکتر شاهین آخوندزاده، استاد، نورسایکو فارماکولوژی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۴. دکتر سید علی ابهری، استاد، روانپزشک عمومی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۵. دکتر مجید صادقی، استاد، روانپزشک عمومی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۶. دکتر جواد محمودی قرائی، استادیار، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۷. دکتر علی اکبر نجاتی صفا، دانشیار، روانپزشک عمومی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۸. دکتر ونداد شریفی، دانشیار، روانپزشک عمومی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۹. دکتر محمد اربابی، دانشیار، روانپزشک عمومی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۱۰. دکتر عمران محمدرزاقی، استاد، روانپزشک عمومی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۱۱. نسترن احمدی، کارشناسی ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی

کمیته مدیریت دانش راهنماهای بالینی پزشک خانواده:

۱. دکتر رضا مجد زاده، استاد اپیدمیولوژی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۲. دکتر آزاده سیاری فرد، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۳. دکتر لاله قدیریان، متخصص پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۴. دکتر لیلا حق جو، پزشک عمومی، MPH، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۵. لیلا مونسان، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۶. دکتر فاطمه رجبی، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۷. سمانه عروجی، کارشناس IT، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه

کمیته اجرایی برنامه ریزی، نشر و ویرایش نهایی:

۱. دکتر امید خیرخواه، پزشک عمومی، MPH، معاون اجرایی معاونت بهداشت دانشگاه
۲. دکتر سعید تأملی، پزشک عمومی، MPH، معاون فنی معاونت بهداشت دانشگاه
۳. شیما لشگری، کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، معاونت بهداشت دانشگاه

بخش اول: اختلال اضطراب فراگیر

چکیده توصیه‌ها

❖ اصول مراقبت از افراد مبتلا به (GAD)

مراقبت گام به گام از افراد مبتلا به اضطراب فراگیر

- ✓ گام ۱: همه علائم شناخته شده یا مشکوک اضطراب فراگیر
 - شناسایی
 - سنجش و آموزش
- ✓ گام ۲: تشخیص اضطراب فراگیر به گونه ای که بعد از مداخلات گام ۱ بهبود نیافته باشد.
 - مداخلات روانشناختی با شدت کم برای اضطراب فراگیر.
- ✓ گام ۳: اضطراب فراگیر همراه با اختلال عملکرد مشخص یا بدون بهبود پس از مداخلات گام ۲
 - گزینه‌های درمانی
 - مداخلات روانشناختی با شدت بالا
 - درمان دارویی
 - واکنش نامناسب به مداخلات گام ۳
- ✓ گام ۴: اختلال اضطراب فراگیر مقاوم به درمان و پیچیده و اختلال عملکرد بسیار مشخص یا خطر بالای صدمه به خود
 - سنجش
 - درمان
- ✓ گام ۵: تشخیص
- ✓ گام ۶: درمان
 - کشف، شناسایی و ارجاع در مراقبت اولیه
 - سنجش و هماهنگی مراقبت
 - درمان‌های دارویی
 - درمان‌های روانشناختی
 - مراقبت گام به گام
- ✓ گام ۷: پیگیری
- ✓ گام ۸: پیشگیری
- ✓ گام ۹: الگوریتم اختلال اضطراب فراگیر

بخش دوم: اختلال هراس

❖ اصول مراقبت از افراد مبتلا به هراس

مراقبت گام به گام برای افراد مبتلا به هراس :

- ✓ گام ۱: شناخت و تشخیص اختلال هراس
 - مهارت‌های مشاوره
 - تشخیص
 - بیماری‌های همبود
 - حوادث و اورژانس (A&E) در حملات هراس
 - ✓ اختلال هراس- گام‌های ۲ الی ۵
 - موارد کلی
 - مداخلات روانشناختی
 - مداخلات دارویی_ داروهای ضد افسردگی
 - قابلیت تحمل
 - خودیاری
 - ✓ گام ۳- برای افراد مبتلا به اختلال هراس: نقد و بررسی و ارائه روش‌های درمانی جایگزین در صورت لزوم
 - ✓ گام ۴- برای افراد مبتلا به اختلال هراس : مرور و پیشنهاد ارجاع از مراقبت اولیه در صورت لزوم
 - ✓ گام ۵- برای افراد مبتلا به اختلال هراس: مراقبت در سرویس‌های خدمات بهداشت روان تخصصی
 - ✓ گام ۶- الگوریتم اختلال هراس
- شاخص‌های ممیزی استفاده از راهنمای بالینی
منابع

مقدمه

این راهنمای بالینی با درمان و مدیریت بزرگسالان مبتلا به اضطراب فراگیر در مراقبت اولیه و ثانویه سرو کار دارد. اضطراب فراگیر، یکی از موارد دامنه اختلالات اضطرابی است. اختلالات اضطرابی علاوه بر اضطراب فراگیر شامل اختلال هراس (با یا بدون هراس از مکان‌های بسته)، OCD، فوبیای اجتماعی فوبیای خاص (مثلا ترس از عنکبوت)، و اختلال استرس پس از سانحه است.

اختلال اضطراب فراگیر معمولاً با اختلالاتی دیگر همراه است مثل دیگر اختلالات اضطراب و اختلالات افسردگی، همچنین طیفی از اختلالات سلامت جسمانی. اختلالات اضطراب فراگیر "خالص"، (در غیاب دیگر اختلالات اضطراب یا افسردگی) کمتر از اضطراب همبود (همزمان با اختلالات دیگر) دیده می‌شود. این راهنمای بالینی به هر دو مورد اختلال اضطراب فراگیر "خالص" و "همبود" مربوط است.

اپیدمیولوژی

درصد تخمینی افراد مبتلا به اختلال اضطراب عمومی در انگلستان ۴٫۴ درصد است. این یافته براساس نظرسنجی اخیر عوارض روانپزشکی بزرگسالان در انگلستان (مکمانوس^۱ و همکاران، ۲۰۰۹) است. برآورد جهانی از نسبت کسانی که به احتمال زیاد در سراسر طول عمر خود این اختلال را تجربه کرده‌اند بین ۰٫۸٪ و ۶٫۴٪ متفاوت است. (گران^۲ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کسلر^۳ و وانگ^۴، ۲۰۰۸).

میزان شیوع در زنان نسبت به مردان بین ۱٫۵ تا ۲٫۵ برابر بیشتر است. از نظر سن، مطالعات اپیدمیولوژیک به طور کلی نشان داده‌اند که اختلال اضطراب فراگیر در سن بالا (بالای ۵۵ سال) شیوع کمتری دارد، هر چند استثنا هم وجود دارد. برخی از مطالعات نیز نشان می‌دهند که این اختلال در افراد جوانتر (کمتر از ۳۵ سال) کمتر معمول است. شواهدی از ایالات متحده آمریکا نشان دهنده تناقض در نتایج پژوهش‌های مربوط به تفاوت در قوم و نژاد است، به این صورت که در بعضی مطالعات میان یکیا بیشتر از گروه‌های سیاه و سفید، آسیایی و اسپانیایی افزایش نشان داده است (بلیزر^۵ و همکاران، ۱۹۹۱)، در بعضی دیگر کاهش (گران^۲ و همکاران، ۱۹۹۴) و در بعضی دیگر تفاوتی نشان نمی‌دهد (ویچن^۶ و همکاران، ۱۹۹۴).

جدول زیر نتیجه بعضی از پژوهش‌ها را در زمینه شیوع این اختلال نشان می‌دهد:

- 1- McManus
- 2- Grant
- 3- Kessler
- 4- Wang
- 5- Blazer
- 6- Wittchen

ایران، پرسش نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا ۲۰۰۵ محمدی و همکاران			شیوع مادام العمر (کاپلان و سادوک) آمریکا. مطالعه اپیدمیولوژیک DSM-III-R CIDI			نام اختلال
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	جنس
۱/۴۹	۰/۷۹	۲/۱۹	۳/۵	۱/۹	۱/۵	اختلال پانیک
۱/۸	۰/۷	۲/۸	۲/۳	۱/۷	۲/۸	وسواس
۱/۳۳	۰/۷۳	۱/۹۴	۵/۱	۳/۶	۶/۶	اختلال اضطراب منتشر
۰/۹۸	۰/۷۷	۰/۹۸	-	-	-	اختلال استرس پس از سانحه
۲/۰۵	۰/۸۹	۳/۲۲	۳/۱۱	۱/۷	۷/۱۵	هراس خاص

متدولوژی

جدول سطح شواهد (اعتبار توصیه‌های درمانی)

که در طی متن (در مورد توصیه‌ها) Grade of recommendation و Level of evidence منظور از مورد اشاره قرار گرفته است، اعتبار توصیه‌های درمانی مطرح شده می‌باشد که در جداول زیر مفهوم آن‌ها بیان شده است:

Level	Type of evidence
1a	Evidence obtained from meta-analysis of randomized trials.
1b	Evidence obtained from at least one randomized trial
2a	Evidence obtained from one well designed controlled study without randomization
2b	Evidence obtained from at least one other type of well designed quasi experimental study
3	Evidence obtained from well designed non-experimental studies, such as comparative studies, correlation studies and case reports.
4	Evidence obtained from expert committee reports or opinions or clinical experience of respected authorities.

Grade	Nature of recommendations
A	Based on clinical studies of good quality and consistency addressing the specific recommendations and including at least one randomized trial
B	Based on well conducted clinical studies, but without randomized clinical trials
C	Made despite the absence of directly applicable clinical studies of good quality

اهداف راهنما

از اهداف این راهنمای بالینی می‌توان به مواردی اشاره نمود همچون:

- توصیه‌هایی برای درمان و مدیریت GAD
- بهبود دسترسی و تعامل با درمان و خدمات برای افراد مبتلا به GAD
- بررسی نقش مداخلات روانی و روانی اجتماعی خاص در درمان GAD
- بررسی نقش مداخلات دارویی خاص در درمان GAD
- ادغام موارد فوق جهت فراهم نمودن بهترین کار در مورد مراقبت از افراد مبتلا به GAD و مراقبان آنها

به طور خلاصه می‌توان گفت مواردی از قبیل ایمنی بیشتر^۷، اثربخشی بالینی بهتر^۸، مقرون به صرفه بودن هزینه‌ها^۹، استاندارد سازی و کاهش تنوع آرایه خدمات^{۱۰} افزایش رضایتمندی بیماران^{۱۱} مورد نظر این راهنمای بالینی هستند.

کاربران راهنما

پزشک خانواده همچینین: داروسازان، دستیاران پزشک، پزشکان، روانشناسان، پرستاران مجرب، پرسنل بهداشت و درمان، تکنسین‌های اورژانس پزشکی / پیراپزشکی، ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت، بیمارستان‌ها، کاردرمانگران گروه بهداشت عمومی.

اهمیت موضوع و دلایل انتخاب این بیماری جهت تدوین راهنما

با نگاهی به مطالعات متعدد به نظر می‌رسد درصد بالایی از مراجعان به پزشکان مختلف را بیماران اضطرابی تشکیل می‌دهند. این بیماران با علائم متعددی مراجعه می‌کنند که در صورت عدم آشنایی و عدم توجه پزشک به این علائم، باعث اقدامات تشخیصی و گاه درمانی پر هزینه و زیانباری برای بیمار می‌شود. این اختلالات گاه به صورت علائم روانشناختی بروز می‌کنند و گاه به صورت علائم جسمی تظاهر دارند. شیوع و تداخل این علائم با اغلب بیماری‌های جسمی به حدی است که یک پزشک ماهر، نیاز قطعی به آشنایی با علائم اضطراب و نیز اختلالات اضطرابی دارد.

این راهنمای بالینی به منظور بهبود فرایند و نتایج مراقبت‌های سلامت در شاخه‌های مختلفی، تهیه شده است، از این قبیل:

7- safety

8 - Clinical effectiveness

9- Cost effectiveness

10- Standardization

11- Satisfaction

- فراهم نمودن توصیه‌های مبتنی بر شواهد به روز شده برای مدیریت شرایط و اختلالات توسط متخصصان مراقبت‌های سلامت
- به عنوان پایه‌ای برای تنظیم استاندارد جهت ارزیابی عمل متخصصان مراقبت‌های سلامت مورد استفاده قرار گیرد.
- اساس آموزش متخصصان مراقبت‌های سلامت را شکل بدهد.
- کمک به افراد مبتلا به GAD و مراقبان آنها در تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد درمان و مراقبت.
- بهبود ارتباط بین متخصصان مراقبت‌های سلامت، افراد مبتلا به GAD و مراقبان آنها.

روش جستجو و نام‌گاید لاین‌های یافت شده

نشانی اینترنتی گایدلاین :

www.nice.org.uk

nice@nice.org.uk

Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care.

تاریخ به روز رسانی راهنما

این گایدلاین به روز شده و جایگزینی است برای گایدلاین بالینی nice(22)، "مدیریت اضطراب" (تاریخ انتشار: دسامبر ۲۰۰۴ amended آوریل ۲۰۰۷). فقط توصیه‌های مدیریت اختلال اضطراب فراگیر (GAD) به روز رسانی شده اند. تاریخ بازنگری: ژانویه ۲۰۱۱

بخش اول: اختلال اضطراب فراگیر

اصول مراقبت از افراد مبتلا به اضطراب فراگیر

اطلاعات و حمایت از افراد مبتلا به GAD، خانواده‌های آنان و سرپرستان (1b)

<p>(۱-الف) هنگام کار با افراد مبتلا به GAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ایجاد رابطه و کار به روش باز، جذاب و بدون قضاوت. • کشف نگرانی‌های فرد به منظور درک مشترک تأثیر GAD. • کشف گزینه‌های درمان به شکل مشترک با فرد، نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری یک فرآیند مشترک است. • اطمینان حاصل شود که بحث و گفتگو در محیطی محرمانه صورت می‌گیرد که در آن حفظ حریم خصوصی و کرامت انسانی محترم شمرده شده است.
<p>(۲-الف) هنگام کار با افراد مبتلا به GAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارائه اطلاعات مناسب به سطح درک فرد از ماهیت اضطراب فراگیر (GAD) و طیف وسیعی از درمان‌های در دسترس • در صورت امکان، اطمینان حاصل شود که اطلاعات جامعی که نوشته شده است به زبان شخص و در فرمت‌های صوتی در دسترس می‌باشد. • ارائه مترجم مستقل در صورت نیاز.
<p>(۳-الف) هنگامی که خانواده‌ها و مراقبین در حمایت از یک فرد مبتلا به GAD دخالت دارند، این موارد در نظر گرفته شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارائه ارزیابی و سنجش مراقب در زمینه نحوه مراقبت از نیازهای جسمی و روحی و نیازهای بهداشتی فرد مبتلا • ارائه اطلاعات، از جمله اطلاعات تماس، در مورد خانواده و سرپرست گروه پشتیبانی و سازمانهای داوطلبانه، و کمک به خانواده و یا سرپرستان برای دسترسی به این موارد: • مذاکره بین فرد مبتلا به GAD و خانواده خود و یا مراقبین در مورد محرمانه بودن و به اشتراک گذاری اطلاعات • فراهم کردن اطلاعات مكتوب و شفاهی در مورد GAD و مدیریت آن، از جمله اینکه خانواده‌ها و مراقبین چگونه می‌توانند فرد را مورد حمایت قرار بدهند. • ارائه شماره تماس و اطلاعات در این مورد که در یک بحران چه کسی چه کاری را باید انجام دهد.
<p>(۴-الف) اطلاع رسانی به افراد مبتلا به GAD در مورد سازمانهای خودیاری محلی و ملی خود و گروه‌های پشتیبانی، به ویژه در جایی که آنها می‌توانند با افرادی با تجارب مشابه گفتگو کنند.</p>
<p>(۵-الف) برای افراد مبتلا به GAD که دچار ناتوانی یادگیری خفیف یا اختلال شناختی خفیف هستند همان مداخلاتی صورت پذیرد که برای افراد مبتلا به GAD ارائه می‌شود، تنظیم روش تحویل و یا مدت زمان مداخله در صورت لزوم با احتساب ناتوانی یا اختلال.</p>
<p>(۶-الف) هنگام ارزیابی و یا ارائه مداخله به افراد مبتلا به GAD و ناتوانی یادگیری متوسط تا شدید و یا اختلال شناختی متوسط تا شدید، مشاوره برعهده متخصص مربوطه است.</p>

مراقبت گام به گام از افراد مبتلا به اضطراب فراگیر

مدل مراقبت گام به گام (نگاه کنید به شکل ۱) به منظور سازماندهی ارائه خدمات و برای کمک به افراد مبتلا به اضطراب فراگیر GAD، خانواده‌های آنان، سرپرستان و پزشکان مورد استفاده قرار می‌گیرد تا مؤثرترین مداخلات انتخاب شود.

(۱- ب) مدل مراقبت گام به گام را دنبال کنید، موثر ترین مداخله را ارائه کنید.

شکل ۱ - مدل مراقبت گام به گام :

تمرکز مداخله	طبیعت مداخله
گام ۴- درمان پیچیده اضطراب فراگیر و اختلال بسیار مشخص در عملکرد، مثل غفلت از خود و خطر بالای خود آزاری	درمان تخصصی قوی، مثل دوره درمانی ترکیب دارو و یا رواندرمانی؛ ورودی از تیم‌های چند آژانسی، سرویس‌های بحران، بیمارستان‌های روزانه یا مراقبت از بیمار
گام ۳- اضطراب فراگیر همراه با واکنش نامناسب به مداخلات گام ۲ یا اختلال عملکردی مشخص	انتخاب یک مداخله روانشناختی شدید (آرام‌سازی کاربردی /CBT) یا درمان دارویی
گام ۲ - تشخیص اضطراب فراگیر که به گونه ای که پس از آموزش و مونیتورینگ فعال درمراقبت اولیه بهبود پیدا نکرده باشد	مداخلات روانشناختی با شدت کم: خود یاری فردی تسهیل نشده*، خودیاری فردی هدایت شده و گروه‌های آموزشی روانشناختی
گام ۱ : همه شکلهای بروز شناخته شده و مشکوک به اضطراب فراگیر.	شناسایی و سنجش؛ آموزش اضطراب فراگیر و گزینه‌های درمان؛ نمایش فعال

*یک مداخله خود مسئول باهدف درمان اضطراب فراگیر شامل موارد خود یاری مکتوب یا الکترونیک (معمولاً یک کتاب یا کتاب کار). این شبیه یک خودیاری هدایت شده فردی است اما معمولاً با حداقل رابطه درمانی، مثلاً یک تلفن کوتاه بخصوص کمتر از پنج دقیقه.

گام ۱: همه علائم شناخته شده یا مشکوک اضطراب فراگیر

شناسایی

(۲- ب) برای کمک به افراد در درک اختلال اضطراب فراگیر و آغاز فوری و موثر درمان، در اسرع وقت به شناسایی و تشخیص اضطراب فراگیر پردازید.
(۳- ب) تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را مورد ملاحظه قرار بدهید در افرادی که اضطراب یا مشخصاً نگرانی را بروز می‌دهند و در کسانی که تمایل به مراقبت اولیه مکرر دارند به این ترتیب :
<ul style="list-style-type: none"> ● مشکل سلامت جسمی مزمن دارند یا ● مشکل سلامت جسمی ندارند ولی در مورد نشانه‌های سوماتیک برای اطمینان مجدد مورد بررسی قرار می‌گیرند (بخصوص افراد مسن و افرادی از گروه‌های اقلیت نژادی) یا ● نگرانی مکرر در دامنه وسیعی از دیدگاه‌های مختلف وجود دارد.
(۴- ب) وقتی فردی با اضطراب فراگیر شناخته شده یا مشکوک به اضطراب فراگیر تمایل به مراقبت اولیه دارد (اطمینان حاصل کنید از اینکه مشکل سلامت جسمی مزمن یا نشانه‌های سوماتیک و /یا نگرانی مکرر دارد، و به این نکته توجه کنید که کدامیک از این نشانه ها می‌توانند به اضطراب فراگیر مربوط باشند.

سنجش و آموزش

<p>(۵- ب) برای افرادی که ممکن است اضطراب فراگیر داشته باشند، سنجش جامع را اجرا کنید به گونه ای که نه تنها به تعداد، شدت و مدت تداوم علائم توجه کند بلکه درجه آشفتگی و اختلال عملکرد را در نظر بگیرد.</p>
<p>(۶- ب) در قسمتی از سنجش جامع، به این نکته توجه نمایید که چگونه فاکتورهای زیر بر ایجاد، سیر و شدت اضطراب فراگیر تاثیر داشته اند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • هرگونه اختلال افسردگی همزمان یا هر اختلال اضطراب دیگر • هر گونه سوء استفاده از دارو همزمان با این اختلال • هرگونه شرایط پزشکی همزمان (مشکل جسمی) • سابقه اختلال در سلامت ذهنی • تجربه درمان در گذشته و تجربه پاسخ به درمان در گذشته
<p>(۷- ب) برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی همزمان یا هر اختلال اضطرابی دیگر همزمان، ابتدا اختلال اولیه را درمان کنید، یعنی اختلالی که شدیدتر بوده و در این صورت با احتمال بیشتری، درمان به طور کلی به بهبود عملکرد می انجامد.</p>
<p>(۸- ب) برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر که سوء استفاده از مواد دارند، در این موارد آگاهی داشته باشید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سوء استفاده از مواد می تواند با اضطراب فراگیر ترکیب شود. • استفاده از مواد غیر مضر، نمی بایست در درمان اضطراب فراگیر جزو موارد منع مصرف قرار بگیرد. • سوء استفاده از مواد مضر و وابسته کننده در ابتدا می بایست درمان شود چرا که می تواند به بهبود مشخص در علائم اضطراب فراگیر بینجامد.
<p>(۹- ب) پی گیری سنجش و تشخیص اضطراب فراگیر</p> <ul style="list-style-type: none"> • آموزشی را درباره ماهیت اضطراب فراگیر و گزینه های درمان فراهم کنید. • نشانه های اختلال و عملکرد فرد را مورد نظارت قرار دهید، چرا که آموزش و نظارت فعال می توانند علائم ضعیف اختلال را بهبود دهند و نیازی به مداخلات بعدی نباشد.
<p>(۱۰- ب) در مورد داروهای تجویز نشده و تهیه آنها، با افراد مبتلا به اضطراب فراگیر بحث کنید. پتانسیل تداخل با دیگر داروهای تجویز شده و تجویز نشده و فقدان شواهد معتبر برای حمایت از استفاده ایمن از آنها را شرح دهید.</p>

گام ۲: تشخیص اضطراب فراگیر به گونه ای که بعد از مداخلات گام ۱ بهبود نیافته باشد.
مداخلات روانشناختی با شدت کم برای اضطراب فراگیر.

(۱۱- ب) برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر که علائم اضطراب آنان بعد از آموزش و نظارت فعال در گام ۱ بهبود نیافته باشد، یک مداخله یا بیشتر از موارد زیر به عنوان مداخله خطا ولو بر اساس اولویت خود فرد پیشنهاد کنید:

- خودیاری تسهیل نشده فردی
- خودیاری هدایت شده فردی
- گروه‌های آموزشی روانشناختی

(۱۲- ب) خودیاری تسهیل نشده فردی برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌بایست:

- شامل نسخه‌های الکترونیک یا کتبی برای خواندن در سن مناسب (یا رسانه جایگزین) باشد.
- اساسش بر اصول درمان شناختی- رفتاری ((CBT باشد.
- شامل تمرین برای فرد باشد طوری که به شکل منظم در طول یک دوره حداقل شش هفته‌ای با فرد کار شود.
- معمولاً شامل حداقل تماس درمانی باشد. مثلاً یک تلفن ویژه کوتاه که بیش از ۵ دقیقه ادامه پیدا نکند.

(۱۳- ب) خودیاری هدایت شده فردی برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌بایست:

- شامل نسخه‌های الکترونیک یا کتبی برای خواندن در سن مناسب (یا رسانه جایگزین) باشد.
- توسط یک مربی با تجربه مورد حمایت قرار گیرد که برنامه خودیاری را تسهیل کند و پیشرفت و پیامد را مرور کند.
- معمولاً شامل پنج الی هفت جلسه هفتگی یا دو هفته یکبار جلسه حضوری یا مکالمه تلفنی باشد، که هر یک ۲۰ الی ۳۰ دقیقه طول می‌کشد.

(۱۴- ب) گروه‌های آموزشی روان شناختی برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌بایست:

- اساسش بر اصول درمان شناختی- رفتاری ((CBT باشد و یک طرح تعاملی داشته باشد و یادگیری مشاهده‌ای را تشویق کند.
- شامل سخنرانی و کتاب راهنمای خودیاری باشند.
- توسط افراد مجرب اجرا شود.
- هر درمانگر، حدود ۱۲ شرکت کننده را مدیریت نماید.
- معمولاً شامل شش جلسه هفتگی ۲ ساعته باشند.

(۱۵- ب) پزشکانی که گروه‌های خود یاری و / یا آموزشی روانشناختی را بر عهده می‌گیرند می‌بایست:

- به طور منظم و با کیفیت بالا مورد نظارت قرار بگیرند.
- اقدامات پی گیری معمول را به کار برند و اطمینان حاصل کنند که فرد مبتلا به اضطراب فراگیر مشغول مرور کارآمدی درمان است.

گام ۳: اضطراب فراگیر همراه با اختلال عملکرد مشخص یا بدون بهبود پس از مداخلات گام ۲

گزینه‌های درمانی

<p>(۱۶-ب) برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر همراه با اختلال عملکردی مشخص، یا کسانی که علائم اختلال آنها به مداخلات گام ۲ پاسخ مناسبی نداده است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یکی از موارد زیر را پیشنهاد کنید: - یک مداخله روانشناختی با شدت بالا {نگاه کنید به (۱۷-ب) - (۲۱-ب)} یا - درمان دارویی {نگاه کنید به (۲۲-ب) - (۳۲-ب)} • در مورد فواید و نقاط ضعف هریک از اشکال درمان، اطلاعات کلامی یا کتبی ارائه کنید. شامل این موضوع که درمان دارویی، گاهی به عوارض جانبی و سندرم‌های گوشه‌گیری می‌پیوندد. • انتخاب گزینه درمان را بر اولویت خود فرد بنا کنید، چرا که هیچ مدرکی دال بر اینکه کدام شیوه درمانی (مداخلات روانشناختی فردی با شدت بالا یا درمان دارویی) بهتر است، وجود ندارد.
--

مداخلات روانشناختی با شدت بالا

<p>(۱۷-ب) اگر فرد مبتلا به اضطراب فراگیر، مداخله روانشناختی با شدت بالا را انتخاب کند، CBT یا آرامسازی عملی را پیشنهاد دهید.</p>
<p>(۱۸-ب) CBT برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌بایست:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بر اساس کتاب راهنمای درمان به کار رفته در آزمایشات بالینی CBT برای اضطراب فراگیر باشد. • توسط افراد با صلاحیت و مجرب اجرا شود. • معمولاً شامل ۱۲-۱۵ جلسه هفتگی (کمتر، اگر فرد زودتر بهبود پیدا کند و بیشتر اگر از نظر بالینی نیاز باشد) مدت هر جلسه یک ساعت می‌باشد.
<p>(۱۹-ب) آرامسازی کاربردی برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌بایست:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بر اساس کتاب راهنمای درمانی به کار رفته در آزمایشات بالینی آرامسازی عملی برای اضطراب فراگیر باشد. • توسط افراد با صلاحیت و مجرب اجرا شود. • معمولاً شامل ۱۲-۱۵ جلسه هفتگی (کمتر، اگر فرد زودتر بهبود پیدا کند و بیشتر اگر از نظر بالینی نیاز باشد) مدت هر جلسه یک ساعت می‌باشد.
<p>(۲۰-ب) افراد ارائه‌کننده مداخلات روانشناختی با شدت بالا برای اضطراب فراگیر می‌بایست:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورت امکان و با رضایت فرد از طریق ضبط صوتی یا ویدیویی جلسات درمانی، و با نظارت منظم این جلسات، تعهد به مدل درمانی را نشان بدهند. • اقدامات پی‌گیری معمول را به کار برند و اطمینان حاصل کنند که برای فرد مبتلا به اضطراب فراگیر، درمان کارآمد می‌باشد.
<p>(۲۱-ب) در صورت امکان، تمام مداخلات را به زبان اولویت فرد مبتلا به اضطراب فراگیر ارائه کنید.</p>

درمان دارویی

<p>(۲۲- ب) اگر فرد مبتلا به اضطراب فراگیر، درمان دارویی را انتخاب می‌کند، یک SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBIT (SSRI) را انتخاب کنید. توجه داشته باشید که ابتدا SERTALINE را پیشنهاد کنید چون موثرترین داروست، اما دقت کنید که SERTALINE در زمان انتشار (ژانویه ۲۰۱۱) مجوز بازاریابی UK برای این نشانه را نداشته است. رضایت آگاهانه باید از فرد کسب و مکتوب گردد. نظارت بر فرد را برای عوارض جانبی حفظ کنید.</p>
<p>(۲۳- ب) اگر SERTALINE موثر نیست، یک SSRI جایگزین یا یک SEROTONIN - NORO DRENALINE REUPTAKE INHIBITOR (SNRI) پیشنهاد کنید، با در نظر گرفتن فاکتورهای زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● گرایش به ایجاد سندرم گوشه گیری (بخصوص با داروی paroxetine and venlafaxine) ● پروفایل عوارض جانبی و پتانسیل تداخل دارویی ● خطر خودکشی و احتمال مسمومیت در دوز بالا (بخصوص با venlafaxine) ● تجربه پیشین فرد در درمان با داروهای فردی (بخصوص طرفداری، کارآمدی عوارض جانبی، تجربه سندرم گوشه گیری و ترجیح فرد)
<p>(۲۴- ب) اگر فرد تحمل داروهای SSRI یا SNRI را ندارد، pregabalin را پیشنهاد کنید.</p>
<p>(۲۵- ب) در طول درمان اضطراب فراگیر، بنزودیازپین را در هنگام مراقبت اولیه یا ثانویه پیشنهاد نکنید، مگر در هنگام بحران و برای تجویز کوتاه مدت.</p>
<p>(۲۶- ب) در درمان اضطراب فراگیر در مراقبت اولیه داروی آنتی سایکوتیک را پیشنهاد نکنید.</p>
<p>(۲۷- ب) قبل از تجویز هر دارویی، در مورد گزینه‌های درمان و همه موارد مربوطه، با فرد مبتلا به اضطراب فراگیر صحبت کنید. دلایل این تجویز را کاملا شرح دهید و اطلاعات کتبی و کلامی در موارد زیر را به او ارائه دهید:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● فواید احتمالی درمانهای مختلف ● گرایش مختلف هر دارو برای عوارض دارویی، سندروم گوشه‌گیری و تداخلات دارویی ● خطر فعال سازی با داروهای SSRI و SNRI، با نشانه‌هایی مثل افزایش اضطراب، تحریک و مشکل خواب. ● رشد تدریجی اثرات ضد اضطرابی کامل، و رای یک هفته یا بیشتر ● اهمیت مصرف دارو به عنوان تجویز و نیاز به تداوم درمان بعد از بهبود علائم بیماری برای جلوگیری از عود آن.
<p>(۲۸- ب) میزان افزایش خطر خون ریزی با داروهای SSRI را در نظر بگیرید، بخصوص برای افراد مسن یا آنهایی که داروهای دیگر مصرف می‌کنند. که می‌تواند به مخاط دستگاہ گوارش آسیب بزند یا با لخته شدن خون تداخل کند (مثلا NSAIDs یا آسپیرین). در این شرایط تجویز دارویی را برای حفاظت از دستگاہ گوارش مورد توجه قرار بدهید.</p>

<p>(۲۹- ب) برای افراد زیر ۳۰ سال که داروی SSRI یا SNRI پیشنهاد می‌کنید، توجه کنید که :</p> <ul style="list-style-type: none"> • آنها را مطلع کنید از اینکه این داروها در تعداد کمی از افراد زیر ۳۰ سال به افزایش خطر فکر خودکشی و خود آسیمی می‌انجامد. و • بعد از یک هفته مصرف دارو آنها را ویزیت کنید. و • در ماه اول، خطر فکر خود کشی و خود آسیمی را به طور هفتگی بررسی کنید.
<p>(۳۰- ب) به افرادی که به محض آغاز درمان دارویی، عوارض جانبی دارویی نشان می‌دهند، اطلاعات بدهید و یکی از تکنیک‌های زیر را در نظر بگیرید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نظارت زود به زود بر نشانه‌های فردی (اینکه آیا عوارض جانبی خفیف بوده و برای فرد قابل پذیرش باشد) یا • کاهش دوز دارو یا • توقف دارو، و با توجه به ترجیح بیمار، پیشنهاد یکی از موارد زیر : <ul style="list-style-type: none"> - یک داروی جایگزین {(۲۳-ب)_ (۲۴-ب)} را ببینید - یک مداخله روانشناختی با شدت بالا {(۱۷-ب)_ (۲۱-ب)} را ببینید
<p>(۳۱- ب) در طی سه ماه اول درمان اثر و عوارض جانبی دارو را هر ۲ الی ۴ هفته و هر ۳ ماه بعد از آن بررسی کنید.</p>
<p>(۳۲- ب) اگر دارو موثر است، از بیمار بخواهید که برای حداقل یک سال تا زمانی که احتمال عود آن بالاست به مصرف دارو ادامه بدهد.</p>

واکنش نامناسب به مداخلات گام ۳

<p>(۳۳- ب) اگر اضطراب فراگیر بیمار به دوره کامل مداخلات روانشناختی با شدت بالا پاسخ نداد، درمان دارویی را پیشنهاد کنید {ببینید (۲۲-ب)_ (۳۲-ب)}</p>
<p>(۳۴- ب) اگر اضطراب فراگیر بیمار به درمان دارویی پاسخ نداد، هر مداخله روانشناختی با شدت بالا را پیشنهاد کنید {ببینید (۱۷-ب)_ (۲۱-ب)}، یا یک درمان دارویی جایگزین را پیشنهاد کنید. {ببینید (۲۳-ب) - (۲۴-ب)}.</p>
<p>(۳۵- ب) اگر فرد مبتلا به اضطراب فراگیر به طور نسبی به درمان دارویی پاسخ بدهد، علاوه بر درمان دارویی، یک مداخله روانشناختی با شدت بالا را پیشنهاد کنید.</p>
<p>(۳۶- ب) اگر فرد مبتلا به اضطراب فراگیر اضطراب شدید همراه با اختلال عملکرد مشخص با علائم زیر را دارد به گام ۴ بروید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خطر خود آسیمی یا خودکشی یا • همبودی مشخص، مثل سومصرف دارو، اختلال شخصیت، یا مشکلات سلامت جسمی پیچیده یا • غفلت از خود یا • پاسخ نامناسب به مداخلات گام ۳.

گام ۴: اختلال اضطراب فراگیر مقاوم به درمان و پیچیده و اختلال عملکرد بسیار مشخص یا خطر بالای صدمه به خود

سنجش:

<p>(۳۷-ب) به فرد مبتلا به اضطراب فراگیر، سنجش ویژه نیازها و خطرات را پیشنهاد کنید شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مدت و شدت علائم، اختلال عملکرد، بیماری‌های همراه، خطر برای خود و غفلت از خود • مرور صوری درمان فعلی و درمان قبلی شامل تداوم درمان دارویی تجویز شده قبلی و تعهد به مداخلات روانشناختی قبلی، و تاثیر نشانه‌ها و اختلال عملکرد محیط منزل • رابطه با خانواده و مراقبین و تاثیر بر آنها
<p>(۳۸-ب) مرور نیازهای خانواده و مراقبین و پیشنهاد یک سنجش از نوع مراقبت و نیازهای سلامت ذهنی و جسمی البته در صورتیکه قبلاً به او پیشنهاد نشده باشد.</p>
<p>(۳۹-ب) پی‌ریزی یک برنامه مراقبت جامع با همکاری فرد مبتلا به اضطراب فراگیر به شکلی که نیازها، خطرات و اختلال عملکرد در آن مشخص بوده و برنامه درمانی واضحی داشته باشد.</p>

درمان:

<p>(۴۰-ب) افرادی را که قبلاً پیشنهاد درمان نداشته‌اند یا آنهایی که از مداخلات درمانی گام‌های ۱ الی ۳ سر پیچی کرده‌اند، در مورد فواید بالقوه این مداخلات مطلع کنید و به آنها مداخله ای را که تجربه نکرده‌اند پیشنهاد کنید.</p>
<p>(۴۱-ب) پیشنهاد تلفیقی از درمان روانشناختی و دارویی را مورد توجه قرار دهید. تلفیقی از داروهای ضد اضطراب با داروهای دیگر یا افزایش داروهای ضد اضطراب را با احتیاط انجام دهید و آگاه باشید از اینکه:</p> <ul style="list-style-type: none"> • شواهدی برای درمانهای تلفیقی وجود ندارد و • احتمال عوارض جانبی و تداخل دارویی با ترکیب و افزایش داروهای ضد اضطراب افزایش می‌یابد.
<p>(۴۲-ب) درمانهای تلفیقی می‌بایست فقط توسط افرادی صورت بگیرد که متخصص درمان‌های روانشناختی و دارویی اختلال اضطرابی مقاوم به درمان باشند و این موضوع بعد از گفتگوی کامل در مورد مزایا و معایب احتمالی انواع درمان انجام بگیرد.</p>
<p>(۴۳-ب) هنگام درمان افراد مبتلا به اختلال اضطرابی فراگیر پیچیده و مقاوم به درمان، آنها را از پژوهش‌های بالینی مربوطه که ممکن است تمایل به شرکت داشته باشند مطلع فرمایید.</p>

تشخیص

اضطراب، یک علامت برجسته بسیاری از اختلالات روانپزشکی است. اما اخیراً فقط چند اختلال اضطرابی متمایز در سیستم طبقه بندی به رسمیت شناخته شده است. ویژگی کلیدی اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی و دلهره ای است که متناسب با شرایط نیست. این نگرانی ها به طور معمول گسترده اند و شامل بسیاری از مسائل روزمره هستند که تمرکز نگرانی بر آنها تغییر می کند. فرد مبتلا در می یابد که کنترل نگرانی دشوار است، و این می تواند عملکرد شغلی و اجتماعی فرد را کاهش دهد (تایرر^{۱۲} و بالدوین^{۱۳}، ۲۰۰۶ و بیتران^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۹).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر علاوه بر اینکه کنترل نگرانی شدید و تعمیم یافته خود را مشکل می یابند، بلکه دیگر علائم روانی و جسمی اضطراب را نیز تجربه می کنند. علائم روانی اختلال اضطراب فراگیر شامل تحریک پذیری، کاهش تمرکز، افزایش حساسیت به سر و صدا و اختلال خواب است که به طور معمول مشکل در خواب رفتن (شروع خواب) وجود دارد. علائم جسمی اختلال اضطراب فراگیر می تواند به طور آشکار در بسیاری از جهات متفاوت باشد. مثلاً یک سیستم عصبی خود مختار بیش از حد فعال می تواند به تعریق، خشکی دهان، تپش قلب، تکرر ادرار، ناراحتی اپی گاستریک و یا حرکات مکرر یا کاهش حرکات روده منجر شود، در حالیکه تنفس عمیق و سریع ممکن است به احساس تنگی نفس و سرگیجه منجر شود. افزایش تنش عضلانی به طور معمول اضطراب مزمن را همراهی می کند و ممکن است به صورت تجربه بی قراری، ناتوانی در استراحت، سردرد و دردهای aching، به خصوص در شانه ها و پشت احساس شود (گلدنر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۶).

اختلال اضطراب فراگیر اغلب با دیگر اختلالات ذهنی همراه است. که می تواند تظاهر آن را پیچیده تر کند. میزان این همبودی (همزمانی) در تحقیقات مختلف بین ۶۸ تا ۹۳ درصد همبودی با یکی دیگر از اختلالات سلامت روانی محور ۱ برآورد شده است. (کارتر^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۱ و هانت^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۲ و اسمد / مهدیا^{۱۸}، ۲۰۰۰).

اختلالات همبود که به ویژه شایع هستند، شامل اختلالات افسردگی (به خصوص افسردگی اساسی و دیس تایمی)، دیگر اختلالات اضطرابی (به ویژه اختلال پانیک، ترس از اجتماع و ترس های خاص) و اختلال سوماتوفرم. (بیتران و همکاران، ۲۰۰۹ و کارتر و همکاران، ۲۰۰۱ و هانت و همکاران، ۲۰۰۲ و گرانت و

12 - Tyrer

13 - Baldwin

14 - Bitran

15 Gelder

16 - Carter

17 - Hunt

18- ESEMeD/MHEDEA

همکاران، ۲۰۰۵ و کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین همبودی قابل توجهی با سوء استفاده از مواد مخدر بخصوص در میان مردان وجود دارد. (گرانٹ و همکاران، ۲۰۰۵ و کسلر و همکاران، ۲۰۰۵).
اضطراب فراگیر نیز اغلب به همراه مشکلات سلامت جسمی مثل ورم مفاصل و اختلالات دستگاه گوارش و اختلالات تنفسی رخ می‌دهد و ممکن است تقلیدی از نمود ارائه برخی از بیماری‌های جسمانی باشد (مثل پرکاری تیروئید) (کالپر^{۱۹}، ۲۰۰۹ و روی باین^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۸ و سارین^{۲۱} و همکاران، ۲۰۰۶).
با توجه به علائم جسمی اضطراب که در اختلال اضطراب فراگیر مرکزیت دارند، و بیماری‌های جسمی همراه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که تحت مراقبت اولیه هستند ممکن است بر مشکلات جسمی اختلال خواب تاکید کنند تا بر نگرانی بیش از حد یا علائم روانی اضطراب (ریکلز^{۲۲} و راین^{۲۳}، ۲۰۰۱).

جدول زیر معیارهای تشخیصی اضطراب را نشان می‌دهد:

جدول معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال اضطراب فراگیر

الف) اضطراب و نگرانی افراطی (انتظار توأم با بیمناکی و تشویش) به خاطر چند واقعه یا فعالیت (مثل عملکرد شغلی یا تحصیلی) که حداقل به مدت شش ماه در اکثر روزها اتفاق بیفتد.
ب) فرد احساس کند که کنترل این نگرانی دشوار است
پ) اضطراب و نگرانی مزبور حداقل با سه تا از علائم شش گانه زیر همراه باشد (به طوری که لاقط برخی از این علائم در شش ماه گذشته در اکثر روزها وجود داشته باشند):
۱. بی قراری یا احساس دلواپسی یا عصبی بودن
۲. زود خسته شدن
۳. دشواری در تمرکز یا احساس کار نکردن (خالی بودن) مغز
۴. تحریک پذیری
۵. تنش عضلانی
۶. آشفتگی در خواب (مشکل در به خواب رفتن یا حفظ تداوم خواب، یا خوابیدن توأم با بی قراری و عدم ارضا)

19 -Culpepper

20 -Roy-byrne

21 -Sareen

22 -Rickels

23 -Rynn

ت) اضطراب و نگرانی مذکور به دلیل ویژگی اختلالی در محور I پیدا نشده باشد. مثلاً اضطراب و نگرانی فرد به خاطر پیدایش حمله پانیک (چنان که در اختلال پانیک جنین است) شرمندۀ شدن در جمع (چنان که در فوبی اجتماعی جنین است) آلوده شدن (چنان که در اختلال وسواسی- اجباری جنین است) چاق شدن (چنان که در بی اشتهاهی عصبی جنین است) وجود شکایات جسمی متعدد (چنان که در اختلال جسمانی سازی جنین است) یا ابتلا به یک بیماری جدی (چنان که در اختلال خود بیمار انگاری جنین است) نباشد و صرفاً در حین PTSD هم پیدا نشود

ث) اضطراب، نگرانی یا علائم جسمی مذکور رنج و عذابی ایجاد کرده باشد که به لحاظ بالینی چشمگیر باشد. یا کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم کار کرد فرد را مختل کرده باشد.

ج) علائم مزبور ناشی از اثرهای مستقیم یک ماده (مثلاً از مواد مورد سوء مصرف یا از داروها) یا یک بیماری طبی عمومی (مثل پرکاری تیروئید) نباشد و صرفاً در حین یک اختلال خلق، یک اختلال سایکوتیک یا یک اختلال نافذ رشدی نیز پیدا نشود.

درمان

کشف، شناسایی و ارجاع در مراقبت اولیه

با توجه به شیوع در جامعه، GAD در میان شرکت کنندگان در مراقبت اولیه، در حدود ۵ درصد شایعتر است و شایعترین اختلال اضطرابی است. در مطالعات بین المللی اخیر در برخی جمعیت‌های کلی بزرگتر، میزان شیوع اختلالات اضطرابی گزارش شده در طول ۱۲ ماه، از ۵/۶ تا ۱۸/۱ بوده است که در آن میان بیش از نیمی از شیوع گزارش شده، مربوط به اختلال GAD و پانیک است. (بامیستر و هارتز، ۲۰۰۷). نوع تشخیص و درمان پزشکان عمومی از اختلالات اضطرابی، بسیار پائین‌تر از آن چیزی است که در شیوع انتظار می‌رود (ویچن و جکوبی، ۲۰۰۵). ویچن و همکارانش (۲۰۰۲) دریافتند که میزان نرخ شناسایی توسط پزشکان در مراقبت اولیه، فقط ۳۴/۴ درصد در GAD خالص و ۴۳ درصد برای GAD همراه با افسردگی است. احتمالاً دلایل زیادی وجود دارد که چرا پزشکان عمومی در شناسایی اختلال اضطرابی در بیمارانشان ضعیف عمل می‌کنند. افراد مبتلا به GAD ممکن است علائم اضطراب، نگرانی، تنش، تحریک پذیری یا خستگی را داشته باشند، که در این مورد آنها تمایلی به شکایت این موارد به پزشک ندارند. زیرا این علائم را پزشکی نمی‌دانند یا اینکه پزشکان عمومی ممکن است این علائم را به عنوان نشانه‌هایی از یک ناخوشی کلی تر بدانند و آن نشانه‌ها را به طور ویژه در نظر نگیرند و در نتیجه از علل ممکن و یا اضطراب سوالی نکنند (آرول و کندریک، ۲۰۰۹). بعلاوه، بسیاری از مردم ممکن است علائم سوماتیک (جسمانی) همراه با اضطراب را ارائه دهند که اینها را مشروع تر و نگران کننده تر نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، اغلب کاربران مکرر از منابع مراقبت‌های اولیه هستند، اما اگر

جزء اضطراب مسئله آنها قابل شناسایی نباشد ممکن است درمان صحیح را دریافت نکنند و ممکن است تحت اقدامات غیر ضروری و پر هزینه قرار گیرند، به ویژه در مورد علائم جسمانی خود (هالز و همکاران، ۱۹۹۷). طی مراقبت اولیه، توان شناسایی پزشکان توسط فاکتورهایی مثل سن بیشتر، حضور مشکلات روانشناختی دیگر، و افزایش دانش، مهارتها و نگرش‌های آنان افزایش می‌یابد (تایلی و والتوس، ۲۰۰۷). شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه پزشکان عمومی، ممکن است درمان‌های مبتنی بر شواهد را به افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی ارائه ندهند، و اینکه درمانهای پیشنهادی اغلب دارویی هستند، تا درمانهای روانشناختی مثل درمان شناختی رفتاری (CBT) (اشتین و همکاران، ۲۰۰۴). با توجه به دسترسی محدود به این درمان، اگرچه این موضوع می‌تواند با افزایش دسترسی به درمانهای روانشناختی از طریق برنامه افزایش دسترسی به درمانهای روانشناختی (IAPT) بهبود پیدا کند.

اکثر درمانهای پیشنهادی برای اختلالات اضطرابی به احتمال زیاد در مورد مراقبت‌های اولیه است و ممکن است افرادی را مثل پزشکان عمومی، یا روان درمانگران سطحی مثل یک کارمند بهداشت عمومی و یا مشاور را در بر بگیرد. کتاب‌های خودیاری و مداخلات مبتنی بر وب شبکه می‌توانند برای افراد مبتلا به GAD موثر باشند، اگر چه ارجاع پزشکان به مراقبت‌های ثانویه، مانند روان درمانگران عمیق می‌تواند تاثیر بیشتری بر این افراد داشته باشد. ارجاع به خدمات سلامت ذهنی روانپزشکی در مراقبت ثانویه احتمالاً نادر است و به افرادی تعلق می‌گیرد که مقاومترین نشانه‌ها را نسبت به درمان نشان می‌دهند و اختلال شدید عملکردی دارند.

به طور خلاصه می‌توان گفت لازم است که بر تشویق افراد برای ارائه فعال علائم اضطراب خود تاکید بیشتری صورت گیرد و اینکه پزشکان عمومی به این نشانه‌ها بیشتر توجه کنند. به خصوص در افرادی که افسردگی و مشکلات سلامت جسمی مزمن دارند. و لازم است در اسرع وقت، درمان‌هایی موثر مبتنی بر شواهد ارائه شوند، قبل از اینکه این نوع اختلال به یک مشکل طولانی مدت تبدیل شود.

سنجش و هماهنگی مراقبت

دست‌اندرکاران مراقبت‌های اولیه و سلامت روان نیاز به داشتن مهارت در شناسایی GAD و تمایز آن از دیگر اختلالات و افسردگی دارند تا بتوانند GAD را ارزیابی نموده و درمان مناسب را ارائه دهند. سنجش شامل ارزیابی علائم GAD بخصوص نگرانی و نشانه‌های جسمانی اضطراب، طول مدت این علائم، میزان اختلال عملکرد فرد و پریشانی و منابع مقابله آنها می‌باشد. سنجش همچنین لازم است ارزیابی علائم اختلالات افسردگی و اضطرابی دیگر (بخصوص اختلال هراس، هیپوکندری، وسواس، فوبیای اجتماعی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال افسردگی خویی) صورت بگیرد، با توجه به اینکه در علائم این دو مورد همپوشانی وجود دارد (برای تشخیص افتراقی) و نیز بین GAD و اختلالات دیگر همبودی وجود دارد.

قسمت عمده درمان، یا در مراقبت اولیه صورت می‌گیرد یا به آن مربوط است، که معمولاً به طور مستقیم توسط پزشکان عمومی یا روان درمانگران مرتبط با آنها صورت می‌گیرد. پزشکان عمومی در مرکز

هماهنگی‌های مربوط به مراقبت قرار دارند. اطمینان از یک برنامه درمانی مشترک و واضح بین پزشکان عمومی و روان‌درمانگران مهم است. برای یک اقلیت کوچک از مردم مبتلا به اختلالات خیلی شدید، درمان می‌تواند توسط یک تیم چند حرفه‌ای در طی مراقبت ثانویه با هماهنگی با رویکرد برنامه مراقبت (CPA) ارائه شود.

درمان‌های دارویی

آزمایشات کنترل شده با پلاسبو نشان می‌دهد که طیف وسیعی از داروها با خواص دارویی متفاوت می‌تواند بر درمان GAD موثر باشند (بالدوین و همکاران، ۲۰۰۵). به طور سنتی، داروهای بنز و ديازپین مانند ديازپام، به این منظور استفاده می‌شد ولی روشن شد که استفاده از آنها معمولاً با گسترش تحمل و وابستگی به دارو همراه می‌شود (دانشکده روانپزشکی رویال، ۲۰۰۵). به همین دلیل، در حال حاضر تنها برای استفاده کوتاه مدت پیشنهاد می‌شود (۲ تا ۴ هفته) (British medical , 2009 association & the royal pharmaceutical society of great Britain). در سالهای اخیر، داروهای ضد افسردگی مانند SSRI ها به طور فزاینده‌ای در درمان GAD به کار می‌روند (بالدوین و همکاران، ۲۰۰۵).

بر خلاف بنزوديازپین‌ها، داروهای ضد افسردگی، اضطراب را از شروع درمان مبرا نمی‌کند و اغلب سپری شدن یک دوره چند هفته‌ای لازم است قبل از اینکه بهبود مشخصی در علائم بالینی دیده شود. تحمل و وابستگی دارویی به نظر نمی‌رسد که با درمان داروهای ضد افسردگی مشکلی داشته باشد. گرچه باید توجه نمود که مانند بنزوديازپین‌ها، داروهای ضد افسردگی می‌تواند باعث قطع نشانه‌ها با خروج ناگهانی بشوند (مهرا، ۲۰۰۴). و همچنین SSRI ها، مهارکننده‌های بازجذب نورآدرنالین سروتونین، SNRI ها، همچنین ونلافاکسین (venlafaxine) و دلوکستین (Deloxetine) همچنین بر GAD موثرند، مانند داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای که کمتر مورد انتخاب اند و قدیمی‌ترند، TCA ها مثل ایمپرامین (imipramine). با این حال TCA ها مانند داروهای ضد افسردگی جدیدتر قابل تحمل نیستند و مصرف بیش از اندازه آنها خطرناک است (بالدوین و همکاران، ۲۰۰۵).

علاوه بر داروهای ضد افسردگی، دیگر ترکیبات نیز در درمان GAD موثرند. اینها شامل هیدروکسین، آنتی هیستامین و پری‌گابامین ضد تشنج (anticonvulsant drug pregabli) که در مغز به یک زیر گروه از کانال کلسیم متصل می‌گردند می‌باشند (بالدوین و همکاران، ۲۰۰۵). هر دو داروی آنتی سایکوتیک معمولی و آنتی سایکوتیک جدیدتر آتیپیک نیز در درمان GAD استفاده می‌شوند، و هر دو زمانی به عنوان تنها درمان و یک درمان افزودنی به درمان SSRI بودند، در حالیکه که بعدها بی‌اثر شناخته شدند (پایز، ۲۰۰۹). با این حال بیشتر شدن بار عوارض جانبی داروهای آنتی سایکوتیک به این معنی است که کاربرد آنها در حال حاضر به افرادی با شرایط خاص محدود می‌شود و همراه با پی‌گیری در مراقبت ثانویه.

در ارتباط با پلاسبو موثر شناخته شده است، GAD در حالیکه، بسیاری از درمان‌های دارویی در درمان

مطالعات تطبیقی کمی بین داروشناسی فعال در دارونما وجود دارد. علاوه بر این پیش بینی قابل اعتماد بالینی یا بیولوژیکی از واکنش درمان در افراد وجود دارد. به همین دلیل مجموعه ای از درمان‌های دارویی معمولاً براساس پروفایل عوارض جانبی و تاریخچه واکنش دارویی در یک فرد بخصوص ساخته شده است.

درمان‌های روانشناختی

تحول در درمان روانشناختی برای GAD متمایل به تغییرات موازی در مفهوم سازی معیارهای تشخیصی برای GAD است و در حال حرکت از یک رویکرد کلی تر به سمت مداخلات ویژه است. درمان‌های روانشناختی اولیه برای GAD، مداخلات غیر اختصاصی مثل روان درمانی حمایتی و آموزش ریلکسیشن را شامل می‌شدند. بسته‌های درمانی اولیه شناختی- رفتاری GAD (بورکووک و کاستلو، ۱۹۹۳) بر درمان‌های برانگیختگی اضطراب مداوم تاکید داشت و اغلب شامل مداخلاتی بود مثل، ریلکسیشن عملی، تمرین تصاویر (تمرین‌های تجسمی از مهارت‌های مقابله در پاسخ به اضطراب) کنترل محرک، (بر مبنای افزایش کنترل بر نگرانی) و رویکردهای شناختی بر اساس کار بک و همکارانش ۱۹۸۵. CBT‌های جدیدتر بر نقش ویژه نگرانی در GAD تاکید دارند و تلاش می‌کنند که هنگام درمان، بر فرآیندهای فکری متمرکز شوند که زیر بنای اختلال می‌باشد. یک مثال این مورد CBT با هدف عدم تحمل عدم قطعیت (دوگاس و همکاران، ۲۰۰۷) است یا درمان فراشناختی ولز (ولز، ۱۹۹۹) که بر اهمیت باورهای افرادی تاکید می‌کند که در آن مورد نگران اند و تلاش به تغییر آن باورها دارد.

بورکووک و همکاران (۱۹۹۳)، پروتکل‌های CBT موجود را با تکنیک‌های بین فردی / روان پویایی تکمیل کردند تا الگوهای رابطه ای مشکل دار را که در افراد مبتلا به GAD یافت می‌شود و نیز تلویحاتی از تئوری اجتنابی نگرانی را بررسی کنند که نشان می‌دهد افراد مبتلا به GAD به منظور اینکه از تجربه احساسات منفی اجتناب کنند نگران هستند.

برداشت دیگری از CBT، رویکردهای مبتنی بر پذیرش و رویکرد ذهن آگاهی را در درمان GAD یکپارچه نموده است، ترکیبی از پذیرش و تجربه مکرر احساسات مورد اجتناب در پروتکل درمانی (اورسلو و همکاران، ۲۰۰۳).

مراقبت گام به گام

مراقبت گام به گام (اسکوپین و همکاران، ۲۰۰۳) چارچوبی است که به طور فزاینده ای در انگلستان برای تعیین بهترین شیوه در طراحی مسیرهای بالینی مراقبت استفاده می‌شود. مراقبت گام به گام برای افزایش بهره وری از ارائه خدمات و در نتیجه به نفع جمعیت بیمار طراحی شده است. اصل اساسی این است که بیماران مبتلا به اختلال در سلامت ذهنی مشترک، در صورت نیاز، سطوح پیشرونده درمانی گام‌بندی شده را طی می‌کنند، با این انتظار که بسیاری از این بیماران تحت درمان‌های کمتر عمیق، بهبود یا پیشرفت حاصل می‌کنند. از ویژگی‌های کلیدی مراقبت گام به گام این است که درمان‌هایی که در ابتدا انجام می‌شوند باید

کمترین محدودیت را داشته باشند و اینکه این مدل باید «خوداصلاح» باشد. تعریف «کمترین محدودیت» می‌تواند به این موضوع اشاره کند که تاثیر بر بیماران بر حسب هزینه و شرایط شخصی مدنظر است. اما می‌تواند همچنین به مدت زمان درمانگر متخصص اشاره نماید (منظور شدت درمان است). درمان عمیق تر برای بیمارانی در نظر گرفته می‌شود که از درمان هایی با شدت کمتر بهره‌ای نبرده‌اند، یا برای آنهایی که می‌توان با دقت بالا پیش بینی نمود که از چنین درمان هایی بهره مند نخواهند شد.

«خود اصلاحی» در این متن به این معنی است که تصمیم در مورد ارائه درمان و اثرات درمان، به صورت نظارت سیستماتیک در نظر گرفته می‌شود و تغییرات (رفتن به گام بعدی) وقتی رخ می‌دهد که درمان فعلی، به طور مشخص به بهبود نینجامیده باشد. بنابراین، مراقبت گام به گام پتانسیلی برای استخراج بیشترین بهره‌مندی را از منابع درمانی قابل دسترس دارد (بون و گیلپادی، ۲۰۰۵). اجرای موفقیت آمیز مدل مراقبت گام به گام، برای اجرای موثر راهنمای حاضر بسیار مهم است (لاول و بی، ۲۰۰۸). دو مورد مفهوم سازی از مدل مراقبت گام به گام وجود دارد.

ابتدا مدل ترتیبی است که همه افراد در گام‌های آن به شیوه‌ای سیستماتیک حرکت می‌کنند، صرف نظر از شدت ضرورت یا انتخاب. تمام بیماران در ابتدا، یک درمان با شدت کم مبتنی بر شواهد را دریافت می‌کنند و فقط هنگامی متوقف می‌شوند که از درمان کم شدت پیشنهادی بهره‌ای نبرده باشد. مدل دوم یک مدل طبقه بندی شده و یا دارای دسترسی چندگانه است، که به بیماران اجازه می‌دهد که در ابتدا بدون اینکه درمانهای با شدت کم را دریافت کنند، درمان هایی با شدت بالا را دریافت نمایند. (لاول و ریچاردز، ۲۰۰۰)

پیگیری

وظایف پزشك درمورد بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی

- ویزیت افراد مشکوک به اختلال، بر اساس الگوریتم و تصمیم گیری در مورد نحوه درمان و پیگیری.
- نظارت بر عملکرد کارشناس بهداشت روان.
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر بهبود علائم هدف، سیر درمان و نیاز به تغییر درمان یا ارجاع بیمار.
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر وجود عوارض و درمان آن یا ارجاع بیمار.
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر وضعیت سلامت عمومی و نیاز به درمان‌های طبی.
- انجام ویزیت‌های پیگیری و بررسی از نظر پذیرش دارویی بیمار.
- ارجاع فوری یا غیر فوری بیماران به سطح تخصصی و دریافت پسخوراند.
- انجام ویزیت‌های پیگیری ماهانه پس از ارجاع بیمار به سطح تخصصی.

نکات خاص دوره سالمندی

- اختلالات اضطرابی در سالمندان غیر شایع نیست و اغلب با دیگر اختلالات روانپزشکی و بیماریهای طبی، همبودی (هم زمانی) دارد.
- شیوع کلیه اختلالات اضطرابی در سالمندان کمتر از بالغین است بجز اختلال اضطراب فراگیر و اختلالات فوبیک که به اندازه بالغین میباشد.
- مهمترین تشخیص افتراقی اختلالات اضطرابی در سالمندان، بیماریهای طبی است.
- تفاوت ویژه ای در راهکار درمانی اختلالات اضطرابی سالمندان با بالغین وجود ندارد.
- دوز شروع دارو در سالمندی ۱/۴ تا ۱/۲ دوز مورد نظر بالغین است.
- استفاده کمتر از بنزودیازپین ها در سالمندان يك اصل است. در صورتی که مجبور به استفاده از این دسته دارویی شویم، لازم است به نکات زیر توجه کنیم:
 - استفاده از داروهای با نیمه عمر پائین تر
 - دوره درمان کوتاه تر
 - دوزاژ پائین تر
 - قطع تدریجی تر
- بوسپیرون در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و موقعیت‌های خفیف اضطرابی و افسردگی می‌تواند مؤثر باشد.
- استفاده از داروهای ضد جنون در شروع اختلالات اضطرابی سالمندان جایگاهی ندارد.

پیشگیری

سبب شناسی اختلال اضطراب فراگیر، چند عاملی است و شامل عوامل روان شناختی، اجتماعی و بیولوژیک است. تفسیر داده‌های تجربی از طریق تغییرات موجود در اعمال تشخیصی و وقوع مکرر همبودی، بخصوص با افسردگی اساسی در هم پیچیده است (یانکرز و همکاران ۱۹۹۶). از طرف دیگر، اضطراب (یا دقیق‌تر، ترس) به آسانی در مطالعات تجربی حیوانی مدل می‌گردد و مدارهای مغزی مربوط به ترس هم در حیوانات و هم در انسان مشخص گردیده است (انجل و همکاران، ۲۰۰۹). یک فرمول نافذ ("تئوری سه گانه آسیب پذیری")، اختلال اضطراب فراگیر را ناشی از سه نوع متمایز آسیب پذیری می‌داند: یک آسیب پذیری تعمیم یافته بیولوژیک، یک آسیب پذیری روانی تعمیم یافته و یک آسیب پذیری روانی خاص (بارلو، ۲۰۰۰ و بیتزان و همکاران، ۲۰۰۹).

اختلالات اضطرابی در میان افراد خانواده شکل می‌گیرد. مثلا یک مطالعه خانوادگی نشان داد که خطر اختلال اضطراب فراگیر در بستگان درجه اول فرد، ۵ برابر بیشتر از گروه کنترل بود (نویز و همکاران، ۱۹۸۷). گرچه ژن‌های ویژه آسیب پذیر نمودن انسان نسبت به اختلال اضطراب

فراگیر هنوز شناسایی نشده است. برآستی این ژن‌های در گیر در انتقال اختلال اضطراب فراگیر به نظر می‌رسد که آسیب پذیری نسبت به دیگر اختلالات اضطرابی مثل پانیک و آگورا فوبیا همچنین افسردگی اساسی را افزایش می‌دهند (کندلر، ۱۹۹۶ و هتما و همکاران، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۵). و نیز همپوشانی ژنتیک بین اختلال اضطراب فراگیر و صفات neuroticism temperamental وجود دارد که به خودی خود یک عامل مستعد کننده برای اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد (هتما و همکاران، ۲۰۰۴). به طور کلی این یافته‌ها نشان می‌دهد که عوامل ژنتیک نقش معنی دار گرچه متوسطی را در اتیولوژی اختلال اضطراب فراگیر بازی می‌کنند، که این عوامل مردم را به طیف وسیعی از اختلالات اضطرابی و افسردگی نسبت به اختلال اضطراب فراگیر به طور خاص مستعد می‌کنند، و اینکه عوامل محیطی، در تعیین طبیعت اختلال هیجانی تجربه شده توسط فرد خاص با اهمیت است.

چندین فاکتور محیطی برای ابتلای افراد به اختلال اضطراب فراگیر شناخته شده است. این عوامل می‌توانند از راه دور یا به صورت محرک‌های همزمان در این اختلال وارد عمل شوند. مثلا تجارب خوب والدینی در ایجاد یک پایگاه امن برای کودکان مهم هستند که از آن میان، کشف جهان، و مشکلات دلبستگی کودک -والد به احساس کاهش کنترل شخصی در مورد رویدادهای بالقوه تهدید آمیز مربوط می‌شوند. (بارلو، ۲۰۰۰). چنین احساساتی می‌تواند به خطر تجربه اختلالات اضطرابی کمک کند. مطالعات حاکی از این است که بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، تجربه سبک‌های والدینی به شکل حمایت بیش از حد و فقدان گرمای عاطفی را گزارش می‌کنند (سیلاو و همکاران، ۱۹۹۱). یافته‌های مشابهی در دیگر اختلالات اضطرابی و افسردگی گزارش شده است (پارکر و همکاران، ۱۹۹۵) که نشان می‌دهند که یک سبک فرزند پروری خاص می‌تواند به عنوان یک عامل آسیب پذیری روانی برای طیفی از اختلالات هیجانی متعاقب عمل کند.

نظرات مشابه، انواع دیگری از مشکلات کودکی را غفلت، سوء استفاده، افسردگی مادر و از هم پاشیدگی در خانواده مورد نظر قرار داده اند، که خطر تجربه اختلال اضطراب فراگیر در بزرگسالی و همچنین دیگر اختلالات اضطرابی و افسردگی را افزایش می‌دهد (براون و هاریس، ۱۹۹۳ و هالیگان و همکاران، ۲۰۰۷ و سافرن و همکاران، ۲۰۰۲). وقایع استرس زای زندگی دیگری نیز اخیرا در شروع اختلالات هیجانی شامل اختلال اضطراب فراگیر دخیل شناخته شده اند (رومر و همکاران، ۱۹۹۶). مطالعه‌ای توسط کندلر و کالگز (۲۰۰۳) نشان داد که رویدادهای پر استرس زندگی از طریق از دست دادن افزایش خطر ابتلا به هر دو افسردگی و اضطراب شناخته می‌شوند، با این حال رویدادهای زندگی از طریق "خطر" در مواردی که بعدها اختلال اضطراب فراگیر را ایجاد می‌کنند بیشتر معمول هستند. سبک‌های مقابله با استرس و شناختی نیز افراد را در ابتلای به اختلال اضطراب فراگیر مستعد می‌نمایند. گرچه تشخیص استعداد از شناخت‌های غیر طبیعی که به خودی خود در این بیماری دیده می‌شود آسان نیست. همانطور که ذکر شد، باور بر این است که افرادی که فاقد حس

کنترل رویدادها و کارآمدی شخصی شاید از طریق تجربیات اولیه زندگی هستند، بیشتر در معرض اختلالات اضطرابی هستند (بارلو، ۲۰۰۰). چنین افرادی ممکن است همچنین اصول شناختی صفت-مانند را به شکل افزایش توجه به محرک بالقوه تهدید کننده، برآورد بیش از حد از صفات محیطی و حافظه افزایش یافته در مورد موضوعات تهدید کننده نشان دهند.

این موضوع به عنوان "سبک شناختی looming" شناخته شده است. که به نظر می‌رسد عامل آسیب پذیری روانی عمومی برای تعدادی از اختلالات اضطرابی باشد (ریردان و ناتان، ۲۰۰۷). فرمولاسیون شناختی اخیر بر خود فرایند نگرانی متمرکز شده است که در تشخیص اختلال اضطراب فراگیر اهمیت مرکزی درد. مطالعات پیشنهاد می‌کنند که افراد در معرض خطر اختلال اضطراب فراگیر از نگرانی به عنوان یک تکنیک مقابله‌ای مثبت در رویارویی با تهدیدات بالقوه استفاده می‌کنند تا زمانی فرد به نگرانی ادامه می‌دهد که احساس کند مطمئن است که تمام خطرات ممکن و راه‌های شناخته شده مقابله با آن را می‌شناسد. با این حال، این می‌تواند منجر به "نگرانی در مورد نگرانی" شود، زمانی که مثلا افراد به این باور برسند که نگرانی به این شیوه نیز، در حالیکه برای آنها لازم است، غیر قابل کنترل و مضر است. این "باور فراشناختی" ممکن است یک مرحله انتقالی بین نگرانی شدید ولی نرمال، و اختلال اضطراب فراگیر را تشکیل دهد (ولز، ۲۰۰۵).

الگوریتم اختلال اضطراب فراگیر





بخش دوم: اختلال هراس

حمله هراس

حمله هراس دوره ای از ترس یا ناراحتی شدید است که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض ۱۰ دقیقه به حداکثر شدت خود می‌رسد. حداقل با ۴ علامت افزایش ضربان قلب، تعریق، لرزش، احساس کوتاه شدن تنفس، احساس خفقان، ناراحتی یا درد قفسه سینه، تهوع همراه است.

نخستین حمله هراس اغلب کاملاً خود به خود است. اما گاهی نیز حمله‌های هراس در پی برآشفستگی، فعالیت بدنی، یا جنسی، یا آسیب هیجانی متوسطی ممکن است روی دهند. حمله هراس اغلب وقتی شروع می‌شود، علایمش در عرض ۱۰ دقیقه به سرعت تشدید می‌شود. علایم روانی عمده اش عبارتند از ترس مفرط و احساس قریب الوقوع بودن مرگ و نابودی. بیمار اغلب نمی‌تواند علت ترس خود را بیان کند، ممکن است دچار اغتشاش شعور شود و در تمرکز اشکال پیدا کند. نشانه‌های جسمی حمله هراس اغلب عبارت است از افزایش ضربان قلب، احساس تپش قلب، تنگی نفس، و تعریق.

بیمار اغلب می‌کوشد در هر جایی هست، آنجا را ترک کند تا از کسی کمک بگیرد. حمله عموماً ۳۰-۲۰ دقیقه و ندرتاً بیش از ۱ ساعت طول می‌کشد. اگر در حین حمله هراس، وضعیت روانی بیمار به طور معمول معاینه شود، نشخوار ذهنی، اشکال در صحبت کردن، و مختل شدن حافظه دیده می‌شود. علایم هراس ممکن است به سرعت یا به تدریج برطرف شود. بیمار در فاصله حملات ممکن است از اینکه دچار حمله دیگری شود دچار اضطراب انتظار شود. افتراق میان اضطراب انتظار و اختلال اضطرابی فراگیر ممکن است دشوار باشد. ولی بیماران دچار اختلال هراس که اضطراب انتظار پیدا می‌کنند، می‌توانند علت اضطراب خود را بیان کنند.

نگرانی جسمی از مرگ به دلیل مشکل قلبی یا تنفسی ممکن است کانون اصلی توجه بیمار در حین حمله هراس باشد. بیمار ممکن است معتقد باشد تپش قلب و درد قفسه سینه نشان‌دهنده آن است که دارد می‌میرد. بسیاری از این بیماران یعنی حدود ۲۰ درصد، واقعا در حین حمله هراس دچار حمله‌های سنکوپ می‌شوند. اینها افراد جوان ۲۰-۳۰ ساله ای هستند که به بخش فوریت‌ها مراجعه می‌کنند و با اینکه از نظر جسمی سالم هستند، اصرار می‌کنند که دچار حمله قلبی شده‌اند و دارند می‌میرند. پزشک بخش فوریت‌ها بهتر است به تشخیص هراس فکر کند. نفس نفس زنی می‌تواند آلکالوز تنفسی و سایر علایم را ایجاد کند. درمان قدیمی نفس کشیدن در داخل کیسه کاغذی گاه مفید است، چون شدت آلکالوز را کم می‌کند.

اصول مراقبت از افراد مبتلا به هراس

مدیریت کلی اختلال هراس

افراد مبتلا به اختلال هراس و خانواده و مراقبین آنها نیاز به اطلاعات جامع دارند که به زبان روشن و قابل فهم در مورد ماهیت شرایط و گزینه‌های درمانی موجود به آنها ارائه شود. چنین اطلاعاتی برای تصمیم‌گیری‌های مشترک بین افراد مبتلا به اختلال هراس و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی ضروری است. به ویژه هنگامی که انتخاب بین درمان‌های مختلف به میزان زیادی معادل هم می‌باشد. علاوه بر این با توجه به هزینه‌های عاطفی، اجتماعی و اقتصادی اختلال هراس، افراد مبتلا به این اختلال و مراقبین آنها ممکن است نیاز به کمک حمایت گروه‌های خود یاری داشته باشند. گروه‌های حمایتی همچنین می‌توانند تفاهم و همکاری بین افراد مبتلا به اختلال هراس، خانواده و مراقبین و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی را در تمام سطوح مراقبت اولیه، ثانویه ترویج دهند.

- تصمیم‌گیری‌های مشترک و ارائه اطلاعات
- تصمیم‌گیری مشترک تخصصی باید در طی فرآیند تشخیص و در تمام فازهای مراقبت انجام شود.
- افراد مبتلا به هراس و در زمان مناسب، خانواده‌ها و مراقبین باید از اطلاعات مربوط به ماهیت و درمان اختلال هراس، مطلع شوند، از جمله اطلاعاتی در مورد کاربرد و عوارض جانبی احتمالی داروهای ارائه شده.
- برای تحلیل تصمیم‌گیری مشترک، اطلاعات مبتنی بر شواهد در مورد درمان می‌بایست در دسترس بوده و بحث در مورد گزینه‌های ممکن انجام شود.
- اولویت افراد و تجربه و پیامد درمان‌های قبلی می‌بایست در تعیین گزینه درمانی مورد نظر قرار گیرد.
- نگرانی‌های رایج در مورد مصرف دارو، مثل ترس از اعتیاد باید توضیح داده شود.
- علاوه بر فراهم نمودن اطلاعات کیفی، افراد مبتلا به اختلال هراس و خانواده‌ها و مراقبین آنها می‌بایست از گروه‌های خودیاری و گروه‌های حمایتی مطلع شده و به شرکت در چنین برنامه‌هایی تشویق شوند.

مراقبت گام به گام برای افراد مبتلا به هراس

- گام ۱- شناخت و تشخیص
- گام ۲- درمان در مراقبت‌های اولیه
- گام ۳- مرور و توجه به درمان‌های جایگزین
- گام ۴- بررسی و ارجاع به متخصص خدمات بهداشت روان
- گام ۵- مراقبت در خدمات تخصصی بهداشت روان

گام ۱- شناخت و تشخیص اختلال هراس

مهارت‌های مشاوره:

تمام متخصصان مراقبت‌های بهداشتی درگیر در تشخیص و مدیریت می‌بایست آشکارا استاندارد بالایی از مهارت‌های مشاوره ای داشته باشند طوری که یک رویکرد ساختار یافته در تشخیص و متعاقباً طرح مدیریت اختلال هراس را ارائه دهند.

تشخیص:

تشخیص دقیق اختلال هراس در مدیریت موثر این شرایط نقش مرکزی را دارد.

- حضور دیگر شرایط مثل وجود افسردگی می‌تواند در امر تشخیص گیج کننده باشد.
- روند تشخیص می‌بایست اطلاعات مربوطه ضروری مثل تاریخچه فردی، هر گونه خود درمانی، و ویژگی‌های منحصر به فرد فرهنگی و غیره را که می‌تواند در مراقبت‌های بعدی مهم باشد مورد نظر قرار دهد. برای استفاده در فرآیند تشخیص و به همین ترتیب، مهارت‌های مشاوره ای می‌بایست بر استخراج تمام اطلاعات ضروری تمرکز کند.

بیماری‌های همبود:

پزشک باید از وضعیت بالینی معمول بیماری‌های همبود اطلاع داشته باشد، بخصوص از همراهی اختلال هراس با افسردگی و یا سوء استفاده از مواد مخدر. مشکل اصلی می‌بایست از طریق فرایند بحث و گفتگو با فرد شناسایی شود. در تعیین اولویت‌های بیماری‌های همبود، توالی مشکلات می‌بایست روشن شود. این را می‌توان با رسم یک جدول زمانی برای شناسایی زمانی که مشکلات مختلف روی داده است انجام داد. با درک زمان بروز علائم، درک بهتری از اولویت‌های نسبی بیماری‌های همبود می‌تواند حاصل شود، و این، فرصت بهتری را برای شناخت مداخله موثر و متناسب با نیاز بیمار فراهم می‌آورد.

حوادث و اورژانس (A&E) در حملات هراس

- مهم است که به خاطر داشته باشید حمله هراس لزوماً شامل یک اختلال هراس نمی‌شود و درمان مناسب حمله هراس می‌تواند جلوی پیشرفت یک اختلال هراس را بگیرد.
- برای افراد مبتلا به درد قفسه سینه در خدمات A&D، به نظر می‌رسد که به احتمال بیشتری، علت درد، اختلال هراس باشد، در صورتیکه بیماری عروق کرونر وجود نداشته باشد و یا فرد مورد نظر، زن یا نسبتاً جوان باشد. دو متغیر دیگر، درد غیر معمول قفسه سینه و اضطراب در خود گزارش دهی نیز می‌تواند با اختلال هراس همراه باشد.
- در مواجهه با یک فرد در A&E و یا هر مجموعه دیگر دارای حمله هراس باید:

- از آن فرد بپرسید که آیا تاکنون تحت درمان اختلال هراس بوده است.
- آیا تحت حداقل بررسی لازم برای حذف مشکلات جسمی حاد بوده است.
- در مورد مسائل جسمی یا روانی بستری نشده باشد.
- به مراقبت اولیه ارجاع داده شده باشد، حتی اگر سنجش در A&E انجام شده باشد.
- اطلاعات مناسب در مورد حمله هراس و اینکه چرا آنها به مراقبت اولیه ارجاع داده می‌شوند را داشته باشید.

گام ۲ - پیشنهاد درمان در مراقبت‌های اولیه

- گزینه‌های درمانی پیشنهادی باید مبتنی بر شواهد باشند: درمان روانشناختی، دارویی و خود یاری موثر شناخته شده اند.
- انتخاب درمان، پیامد فرایند سنجش و تصمیم‌گیری مشترک است.
- زمانی که مداخله موثر در دسترس نباشد (مثل CBT)، یا گزینه‌های درمانی توسط فرد انتخاب شده است، در چنین مواردی، مراقبت‌های بهداشتی حرفه‌ای، بعد از بحث و گفتگو با فرد در مورد پذیرش دیگر درمان‌های پیشنهادی لازم است مورد توجه قرار بگیرند. اگر گزینه درمانی ارجح، غیر قابل دسترسی باشد، باید مراقبت‌های بهداشتی حرفه‌ای قابل دسترس مورد نظر قرار گیرند.

موارد کلی

- بنزودیازپین‌ها، در دراز مدت، با کمترین نتیجه مورد نظر همراه هستند و نباید در درمان افراد مبتلا به اختلال هراس تجویز شوند.
- Sedating آنتی‌هیستامین‌ها و داروهای آنتی‌سایکوتیک
- نمی‌بایست برای درمان اختلال هراس تجویز شوند.
- در مراقبت از افراد مبتلا به اختلال هراس، هر یک از انواع مداخلات زیر می‌بایست پیشنهاد شود و ترجیح فرد می‌بایست در نظر گرفته شود. مداخلاتی که در مورد اثر دراز مدت مبتنی بر شواهدند، به ترتیب زیر عبارتند از :
- درمان روانشناختی (توصیه‌های زیر را ببینید)
- درمان دارویی (داروهای ضد افسردگی) (توصیه‌های زیر را ببینید).
- خودیاری (توصیه‌های زیر را ببینید)
- گزینه درمانی انتخابی می‌بایست به سرعت در دسترس باشد.

مداخلات روانشناختی

- CBT باید مورد استفاده قرار گیرد.
- CBT باید تنها توسط افراد مناسب و آموزش دیده و تحت نظارت انجام شود به گونه‌ای که فرد بتواند شرح دهد که پروتکل درمانی را به طور تجربی انجام داده است.

- CBT در محدوده مطلوب به مدت (۷-۱۴ ساعت درکل) می‌بایست پیشنهاد شود.
- برای اغلب افراد، CBT باید به صورت جلسات هفتگی ۱-۲ ساعته و حداکثر طول ۴ ماه انجام شود.
- CBT فشرده باید با اطلاعات و تکالیف متمرکز و مناسب تکمیل شود.
- در جایی که CBT استفاده می‌شود، باید حدود ۷ ساعت و به گونه طراحی شود که با آیتم‌های خودیاری ساختاریافته، هماهنگ گردد.
- برای افراد کمتری، CBT عمیق‌تر در دوره کوتاه تری از زمان می‌تواند مناسب باشد.

مداخلات دارویی - داروهای ضد افسردگی:

داروهای ضد افسردگی باید تنها مداخله دارویی مورد استفاده در درمان دراز مدت اختلال هراس باشد. دو طبقه از داروهای ضد افسردگی هست که شواهدی در مورد اثر بخشی دارند که عبارتست از SSRIs و ضد افسردگی سه حلقه ای (TCAs). موارد زیر باید هنگام تصمیم‌گیری برای تجویز دارو مورد نظر قرار گیرد:

- سن فرد
- پاسخ به درمان قبلی
- خطرات
- هنگام مصرف تصادفی بیش از حد دارو توسط بیمار این موضوع توسط اعضای خانواده مورد توجه فوری قرار گیرد.
- احتمال آسیب به خود به صورت عمدی، با مصرف بیش از اندازه دارو و غیره وجود دارد (بالا ترین خطر در مورد TCAs).

قابلیت تحمل

- احتمال تعامل با داروهای همزمان
 - اولویت فرد تحت درمان
 - هزینه که در آن تاثیر به صورت یکسان نشان داده شده است
- تمامی افرادی که تحت درمان داروهای ضد افسردگی هستند، باید هنگام شروع درمان، از عوارض جانبی بالقوه (از جمله افزایش اضطراب در شروع درمان) و خطر ابتلا به علائم قطع / خروج ناگهانی در صورت توقف درمان مطلع شوند. همچنین در بعضی نمونه‌ها، اگر یک دوز از دست رفته و یا دوز دارو کاهش یافته است. افرادی که شروع به مصرف ضد افسردگی می‌کنند می‌بایست از نتیجه تاخیر در شروع اثر مطلع شوند و از نشانه‌های قطع / یا خروج ناگهانی آگاهی یابند. اطلاعات کتبی مناسب با نیاز فرد باید در دسترس فرد باشد. مگر در مواردی که در غیر اینصورت نشان داده شده است، برای تجویز SSRI در اختلال هراس باید مجوز ارائه شده باشد.
- مناسب نباشد یا بعد از ۱۲ هفته بهبودی حاصل نشود و اگر داروی دیگری مناسب باشد، ایمی‌SSRI اگر

پرامین یا کلومیپرامین ممکن است در نظر گرفته شود.

هنگام تجویز یک داروی ضد افسردگی، مراقبت‌های بهداشتی، تخصصی، باید موارد زیر را در نظر بگیرند:

- عوارض جانبی دارو در شروع مصرف داروهای ضد افسردگی ممکن است به این ترتیب به حداقل برسد: شروع با یک دوز پائین و افزایش تدریجی و آرام دوز، تا زمانیکه پاسخ رضایت بخش به درمان انجام شود.
- در برخی موارد، دوزهای در محدوده فوقانی ممکن است ضروری باشند و در صورت لزوم پیشنهاد شوند.
- درمان طولانی مدت برای بعضی از افراد لازم است در صورت لزوم می‌بایست ارائه شود.
- اگر فرد در درمان با یک داروی ضد افسردگی بهبود نشان دهد، درمان دارویی باید حداقل برای ۶ ماه بعد از دوز مطلوب ادامه پیدا کند و بعد از آن، دوز دارو شکل مخروطی بیاید.
- در صورتی که بعد از دوره ۱۲ هفته‌ای بهبودی حاصل نشود یک داروی ضد افسردگی از طبقه جایگزین (اگر داروی دیگری مناسب است) یا درمانی دیگر (توصیه‌های بالا را در قسمت عمومی ببینید) باید ارائه شود.
- به افراد توصیه می‌شود که داروی تجویز شده خود را مصرف نمایند. این ممکن است بخصوص با درمان نیمه عمر کوتاه به منظور اجتناب از نشانه‌های قطع/خروج از دارو باشد.
- توقف داروهای ضد افسردگی به طور ناگهانی می‌تواند باعث بروز علائم قطع/خروج شود. برای به حداقل رساندن خطر نشانه‌های قطع/خروج هنگام قطع داروهای ضد افسردگی، دوز دارو باید در طی یک دوره زمان طولانی بتدریج کاهش یابد.
- افرادی که داروهای ضد افسردگی مصرف می‌کنند باید مطلع شوند که اگرچه این داروها با تحمل و craving همراه نیست، با توقف یا به طور ناگهانی کم کردن دوز دارو، علائم قطع/خروج ممکن است رخ دهد.
- متخصصان مراقبت بهداشتی، می‌بایست به اطلاع افراد برسانند که بیشترین نشانه‌های مشترک قطع/خروج دارو عبارتند از سرگیجه، بی‌حسی و سوزن سوزن شدن، اختلالات گوارشی (به ویژه تهوع و استفراغ)، سردرد، تعریق، اضطراب و اختلالات خواب
- متخصصان مراقبت بهداشتی، می‌بایست به اطلاع افراد برسانند که در صورت تجربه علائم قطع/خروج به طور مشخص با پزشک خود مشورت نمایند.
- اگر علائم قطع/خروج خفیف هستند، پزشک می‌بایست از فرد و علائم وی مجدداً اطمینان حاصل کند. اگر نشانه‌های شدید بعد از قطع یک داروی ضد افسردگی تجربه شوند، پزشک باید آن را reintroducing کند (یا داروی دیگری از همان طبقه با نیمه عمر طولانی تر تجویز نماید) و به تدریج و در حالی که بر علائم نظارت می‌کند دوز دارو را کاهش دهد.

خودیاری:

- کتاب‌هایی بر اساس اصول CBT پیشنهاد شود.

- اطلاعاتی در مورد گروه‌های حمایتی، مکانی که آنها در دسترس هستند ارائه شود. (گروه‌های حمایتی ممکن است جلسات حضوری داشته باشند، یا اطلاعاتی بیشتر در مورد تمام جنبه‌های اختلالات اضطرابی علاوه بر منابع کمکی می‌تواند ارائه شود.)
- مزایای ورزش به عنوان بخش مهمی از سلامت عمومی می‌بایست برای تمام کسانی که اختلال هراس دارند شرح داده شود.

گام ۳- نقد و بررسی و ارائه روش‌های درمانی جایگزین در صورت لزوم

- اگر پس از یک دوره درمانی، پزشک و فرد مبتلا اختلال هراس موافق باشند که بهبودی در این نوع مداخله وجود نداشته است، فرد باید مجدداً مورد سنجش قرار گرفته و یکی دیگر از انواع مداخلات را دریافت کند.

گام ۴- مرور و پیشنهاد ارجاع از مراقبت اولیه در صورت لزوم

- در اغلب موارد، اگر دو مداخله وجود داشته باشد (هر گونه ترکیبی از مداخله روانشناختی، دارویی یا کتاب) و فرد هنوز علائم مشخصی را نشان می‌دهد، باید به سرویس‌های خدمات سلامت ذهنی تخصصی ارجاع شود.

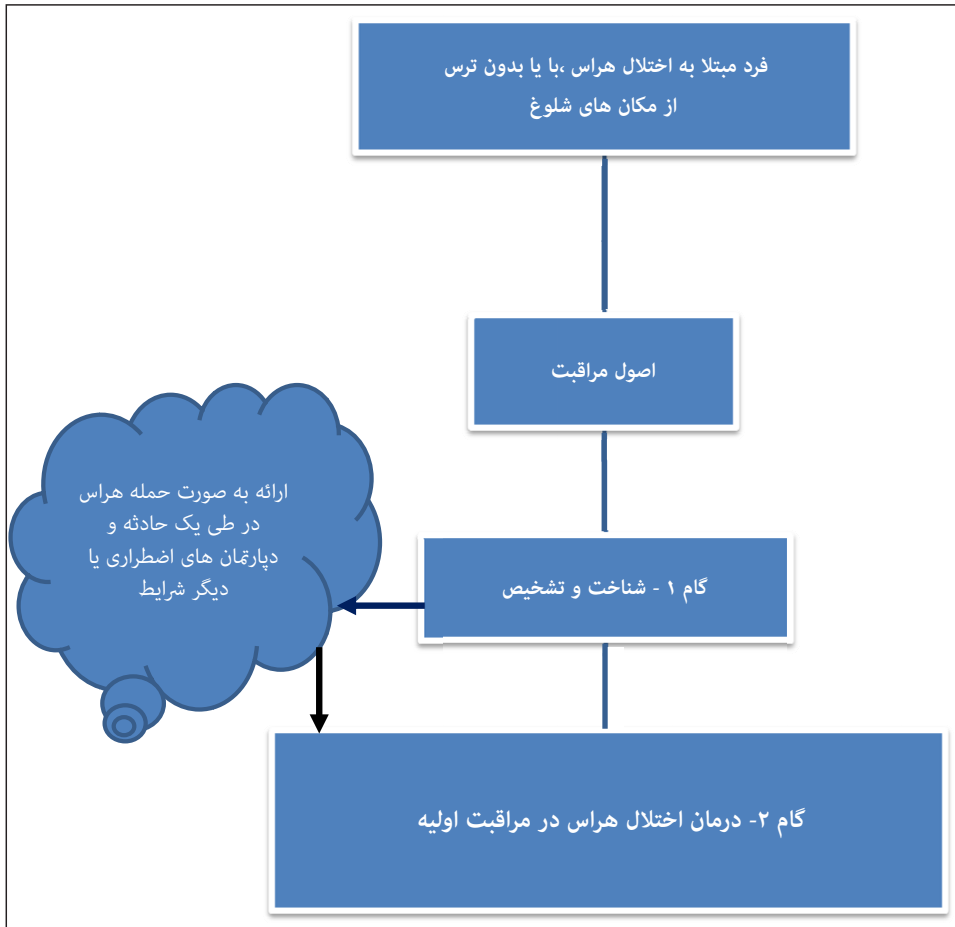
گام ۵- مراقبت در سرویس‌های خدمات بهداشت روان تخصصی

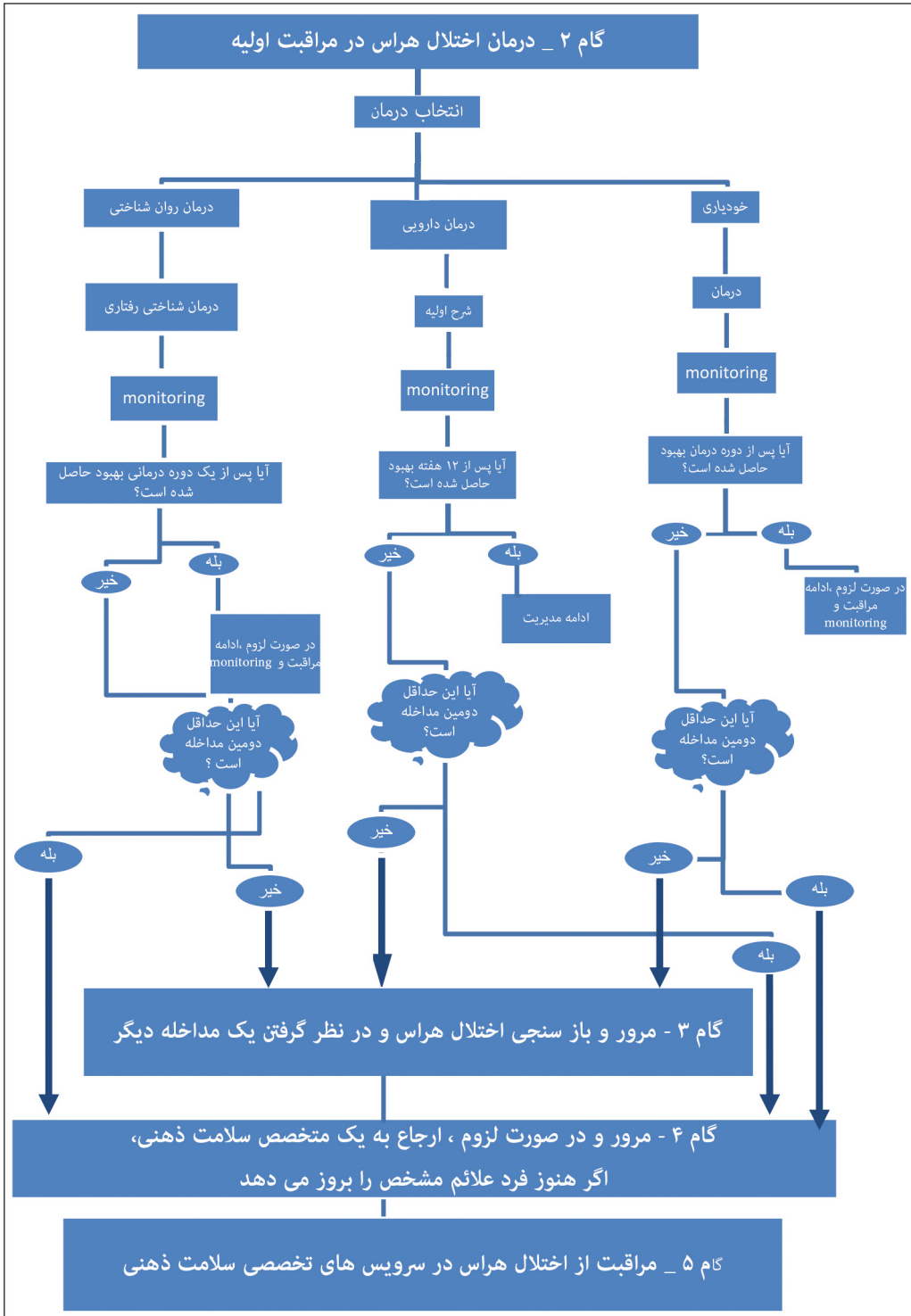
- متخصص بهداشت روان باید سنجش کامل و بررسی جامعی از فرد و محیط زیست و شرایط اجتماعی فرد به عمل آورد. این سنجش باید شامل موارد زیر باشد:
- درمان‌های قبلی، از جمله اثر بخشی
- هر گونه سوء مصرف مواد مخدر از جمله نیکوتین، الکل، کافئین و داروهای تفریحی
- بیماری‌های همبود (همزمان)
- عملکرد روزمره
- شبکه‌های اجتماعی
- تداوم عوامل استرس‌زا
- نقش علائم اجتماع هراسی و دیگر علائم اجتنابی
- ارزیابی ریسک جامع باید صورت گیرد و طرح مناسب مدیریت بیماری اتخاذ گردد.
- برای انجام این ارزیابی‌ها، و برنامه ریزی و به اشتراک گذاشتن یک فرمول کامل، شاید بیش از یک جلسه لازم باشد.
- مراقبت و مدیریت باید براساس شرایط فردی و تصمیمات مشترک باشد.

گزینه‌های مثل:

- درمان شرایط همبودی (همزمانی)
 - CBT با یک درمانگر با تجربه در صورتی که تا کنون انجام نشده باشد، شامل CBT در خانه در صورتی که در کلینیک مشکل باشد.
 - حل مسئله ساختار یافته
 - بررسی کامل دارو درمانی
 - پشتیبانی روزمره
 - ارجاع به مشاوره، ارزیابی و مدیریت در مراکز تخصصی
- باید ارتباط دقیق و موثر بین تمامی متخصصین مراقبت‌های بهداشتی و درگیر در مراقبت افراد مبتلا به اختلال هراس وجود داشته باشد، بخصوص بین پزشکان مراقبت‌های اولیه (پزشک عمومی و تیم) و پزشکان مراقبت ثانویه (تیم‌های بهداشت روان) در صورتی که شرایط سلامت جسمانی به شکلی باشد که نیاز به مدیریت فعال داشته باشد.

الگوریتم اختلال هراس





شاخص‌های ممیزی استفاده از راهنمای بالینه (اختلال اضطراب فراگیر):

- بیماران علائم اختلال GAD را داشته باشند.
- علائم اختلالات افسردگی، جسمی سازی، اختلال تبدیلی و اختلال تجزیه ای، اسکیزوفرنی، اختلال خلقی و دو قطبی نداشته باشند.
- در پرسشنامه‌های زیر حداقل معیارهای تشخیصی را دارا باشند.
 - اضطراب بک (Beck)
 - هامیلتون
 - یادداشت روزانه حمله هراس
 - پرسشنامه اضطراب حالت
- علائم بیماریهای کم کاری، پرکاری تیروئید نداشته باشند.
- بیماریهای دستگاه گوارشی، دستگاه تنفسی و بیماریهای روماتیسمی نداشته باشند.
- سوء استفاده مصرف مواد و اعتیاد بررسی شود و رد گردد.
- سوء استفاده از داروها و مسمومیت دارویی وجود نداشته باشد.

منابع:

1. Arroll, B. & Kendrick, T. (2009) Anxiety. In Primary Care Mental Health (eds L. Gask, H. Lester, T. Kendrick & R. Peveler), pp. 147-149. Glasgow: Bell and Bain Ltd.
2. Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., et al. (2005) Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 19, 567-596.
3. Barlow, D. H. (2000) Unravelling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247-1263.
4. Beck, A. T. & Emery, G., Greenberg, R. L. (1985) *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books
5. Bitran, S., Barlow, D. H. & Spiegel, D. A. (2009) Generalized anxiety disorder. In *New Oxford Textbook of Psychiatry* (eds M. G. Gelder, M. G. Andreasen),
6. J. J. Lopez-Ibor & J. R. Geddes), pp. 729-739. New York: Oxford University Press.
7. Blazer, D. G., Hughes, D., George, L. K., et al. (1991) Generalized anxiety disorder. In *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (eds L. N. Robins & D. A. Regier). New York: The Free Press.
8. Bower, P. & Gilbody, S. (2005) Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.
9. Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993) Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
10. Borkovec, T. D. & Roemer, L. (1995) Perceived function of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
11. Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., et al. (2002) A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
12. British Medical Association & the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2009) *British National Formulary (BNF) 57*. London: Pharmaceutical Press.
13. Brown, G. W. & Harris, T. O. (1993) Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population: 1-Early adversity. *Psychological Medicine*, 23, 143-154.
14. Culpepper, L. (2009) Generalized anxiety disorder and medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (Suppl 2), 20-24.
15. Carter, R. M., Wittchen, H.-U., Pfister, H., et al. (2001) One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 13, 78-88.
16. Dugas, M. J. & Robichaud, M. (2007) Description of generalized anxiety disorder. In *Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice* (eds M. J. Dugas & M. Robichaud), pp. 1-21. New York: Routledge.
17. Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., et al. (2007) Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy*, 38, 169-178.
18. Engel, K., Bandelow, B., Gruber, O., et al. (2009) Neuroimaging in anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116, 703-716.
19. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004) 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 28-37.
20. Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., et al.

- (2005) Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747–1759.
21. Gelder, M., Harrison, P. & Cowen, P. (2006) *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. London: Oxford University Press.
 22. Hales R. E., Hilty, D. A. & Wise, M. G. (1997) A treatment algorithm for the management of anxiety in primary care practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 3), 76–80.
 23. Halligan, S. L., Murray, L., Martins, C., et al. (2007) Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 97, 145–154.
 24. Hanus, M., Lafon, J. & Mathieu, M. (2004) Double-blind, randomised, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of a fixed combination containing two plant extracts (*Crataegus oxyacantha* and *Eschscholtzia californica*) and magnesium in mild-to-moderate anxiety disorders. *Current Medical Research and Opinion*, 20, 63–71.
 25. Hettema, J. M., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2001) A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568–1578.
 26. Hettema, J. M., Prescott, C. A. & Kendler, K. S. (2004) Genetic and environmental sources of covariation between generalized anxiety disorder and neuroticism. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1581–1587.
 27. Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., et al. (2005) The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 62, 182–189.
 28. Hunt, C., Issakidis, C. & Andrews, G. (2002) DSM-IV Generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 32, 649–659.
 29. Kendler, K. S. (1996) Major depression and generalised anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments – revisited. *British Journal of Psychiatry*, 30, 68–75.
 30. Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., et al. (2003) Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60, 789–796.
 31. Kessler, R. C. & Wang, P. S. (2008) The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29, 115–129.
 32. Kessler, R. C., Brandenburg, N., Lane, M., et al. (2005a) Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 35, 1073–1078.
 33. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., et al. (2005b) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
 34. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., et al. (2005c) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
 35. Lovell, K. & Richards, D. (2000) Multiple Access Points and Levels of Entry (MAPLE): ensuring choice, accessibility and equity for CBT services. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 379–391.
 36. Lovell, K. & Bee, P. (2008) Implementing the NICE OCD/BDD guidelines. *Psychology and Psychotherapy: Research and Practice*, 81, 365–376. MHRA (2004) Report of the CSM Expert Working Group on the Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Antidepressants. Available at: <http://www.MHRA.gov.uk/home/groups/pl-p/documents/drugsafetymessage/con019472.pdf>
 37. Noyes, J., Clarkson, C., Crowe, R. R., et al. (1987) A family study of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1019–1024.

38. Orsillo, S. M., Roemer, L. & Barlow, D. H. (2003) Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 222-230.
39. Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Greenwald, S., et al. (1995) Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 33, 173-180.
40. Pies, R. (2009) Should psychiatrists use atypical antipsychotics to treat nonpsychotic anxiety. *Psychiatry*, 6, 29-37.
41. Reardon, J. M. & Nathan, N. L. (2007) The specificity of cognitive vulnerabilities to emotional disorders: anxiety sensitivity, looming vulnerability and explanatory style. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 625-643.
42. Rickels, K. & Rynn, M. A. (2001) What is generalized anxiety disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 11), 4-12.
43. Roemer, L., Molina, S., Litz, B. T., et al. (1996) Preliminary investigation of the role of previous exposure to potentially traumatizing events in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 4, 134-138.
44. Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., et al. (2008) Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30, 208-225. Royal College of Psychiatrists (2005) Benzodiazepines: Risks, Benefits, or Dependence. A Re-evaluation. Council report CR59. London: Royal College of Psychiatrists.
45. Sareen, J., Jacobi, E., Cox, B. J., et al. (2006) Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2109-2116
46. Safren, S. A., Gershuny, B. S., Marzol, P., et al. (2002) History of childhood abuse in panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 453-456.
47. Scogin, F., Hanson, A. & Welsh, D. (2003) Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 341-349.
48. Silove, D., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., et al. (1991) Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 159, 835-841.
49. Stein, M., Sherbourne, C., Craske, M., et al. (2004) Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2230-37.
50. Tylee, A. & Walters, P. (2007) Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 27-30.
51. Tyrer, P. & Baldwin, D. S. (2006) Generalised anxiety disorder. *Lancet*, 368, 2156-2166.
52. Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005) Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
53. Wittchen, H.-U., Zhao, S., Kessler, R. C., et al. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-36.
54. Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Beesdo, K., et al. (2002) Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (Suppl. 8), 24-34.
55. Wells, A. (2005) The metacognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.
56. Wells, A. (1999) A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.
57. Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., et al. (1996) Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 308-313.

