



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
معاونت بهداشت

## راهنمای بالینی

# اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس

(با یا بدون ترس از مکان های شلوغ در بزرگسالان، مدیریت در مراقبت های اولیه، ثانویه و مراقبت جامعه)

مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران



با همکاری

دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران



سازمان ملی بهداشت روانی

سید المرسلین





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
معاونت بهداشت

## راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس (با یا بدون گذر هراسی در بزرگسالان، مدیریت در مراقبت های اولیه، ثانویه و مراقبت جامعه)

مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران



با همکاری

دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی  
درمانی تهران



- 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.
- مشفحات نشر : تهران: نشر پونه، ۱۳۹۳.
- مشفحات ظاهری : ۴۹ص: جدول، نمودار. ؛ ۱۴/۵ × ۲۰ س.م.
- فروست : راهنمای بالینی پزشک خانواده. مجموعه اول؛ ا.ج.ا. ۱.
- شابک : رایگان-۷-۳۳-۶۶۸۱-۶۶۰۰-۹۷۸
- وضعیت فهرست نویسی : فای
- یادداشت : کتاب ماضر شامل ۲۰ کتاب در یک قاب با عنوان راهنمای بالینی پزشک خانواده(مجموعه اول) به همراه یک لوح فشرده است.
- یادداشت : کتابنامه: ص. ۴۷ - ۴۹.
- اثر همراه : مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران منابع الکترونیکی؛ کتاب(راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس)۷۲۹۸-۳۸۰
- موضوع پزشکی مبتنی بر شواهد
- موضوع اضطراب -- درمان اضطراب
- موضوع هراس -- درمان هراس
- 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. دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
- شناسه افزوده : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. معاونت بهداشت
- شناسه افزوده : راهنمای بالینی پزشک خانواده. مجموعه اول؛ ا.ج.ا. ۱.
- رده بندی کنگره : ۱۳۹۳.ج۱۵/۷/۷۲۳/۷ [۵۳۱RC]
- رده بندی دیویی : ۶۱۴/۸۵۲۲
- شماره کتابشناسی ملی : ۳۵۸۴۸۲۲

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

نشر پونه  
تلفن ۰۵۷۹۸۷۷۶

نام کتاب: راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس  
تألیف: مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، به سفارش معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
ناشر: پونه

نوبت چاپ: دوم ۱۳۹۴

شمارگان: ۵۰۰۰ جلد

لیتوگرافی، چاپ، صحافی: راه فردا

شابک: ۳۳-۷-۶۶۸۱-۶۶۰۰-۹۷۸

## بسمه تعالی

یکی از راه‌های افزایش کیفیت خدمات سلامتی و بهداشت عمومی، استفاده از راهنمای بالینی مبتنی بر شواهد است. راهنمای بالینی، ابزاری سیستماتیک برای پزشکان و بیمار جهت تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای شرایط بالینی خاص است، و مبتنی بر شواهد بودن آن حاکی از یک فرآیند نظام مند و شفاف به منظور بررسی، ارزیابی و استفاده از بهترین یافته‌های بالینی با بالاترین ارزش برای ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی مطلوب است.<sup>۱</sup> اولین بار دیوید اسکات<sup>۲</sup>، مدیر سابق مرکز تحقیقات مبتنی بر شواهد آکسفورد انگلستان، تعریف ساده‌ای از پزشکی مبتنی بر شواهد ارائه داده است با این مضمون که پزشکی مبتنی بر شواهد نیازمند رویکرد پایین به بالا است که شواهد خارجی را با تخصص بالینی فردی پزشک و انتخاب بیمار ادغام می‌کند و این ادغام باعث می‌شود تصمیم بالینی پزشک و بیمار ارتقا یابد که این خود باعث ایجاد فرصت برای افزایش کیفیت زندگی دلخواه بیمار و نتایج بالینی خواهد شد.<sup>۳</sup>

این مجموعه‌ی ۲۰ جلدی راهنمای بالینی با مخاطب قرار دادن پزشکان خانواده و عمومی، به گونه‌ای طراحی شده است که علاوه بر پزشکان، سایر افراد نیز می‌توانند بهره‌ای از آن داشته باشند. ضمناً تدوین آن به گونه‌ای بوده است که بتوان از این مجموعه بالینی به عنوان ابزار آموزشی جهت فراهم آوردن اطلاعات لازم برای فرآیند تصمیم‌گیری استفاده کرد. همچنین فایل الکترونیکی این مجموعه راهنمای بالینی در آدرس <http://health.tums.ac.ir> موجود است که این امر موجب سهولت دسترسی و نشر آن برای همکاران و مخاطبین خاص خواهد بود. این مجموعه توسط معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران با همکاری تعدادی از پژوهشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی وابسته و دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه تهیه و چاپ شده است. قطعاً این مجموعه که برای بار دوم و به سفارش معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتشار یافته خالی از اشکال نیست لذا باعث مسرت است نکاتی که در بهبود

1 William C. Watters III, MD; Defining evidence-based clinical practice guidelines;

<http://www.aaos.org/news/aaosnow/jul08/research2.asp>

2 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-72.

3 <http://www.chestnet.org/Guidelines-and-Resources/Guidelines-and-Consensus-Statements/Evidence-Based-Medicine-Overview>

## ۶ / راهنمای بالینی احتمال اضطراب فراگیر و احتمال حراس

کیفیت این مجموعه حائز اهمیت خواهد بود به این معاونت انتقال دهید تا در نشر این مجموعه لحاظ شود. امید است در چاپ‌های بعدی با استفاده از پیشنهادات و نظرات خوانندگان و کاربران گرامی، طراحی راهنماها به گونه‌ای ارتقا یابد که دستیابی به مطالب آن و تصمیم‌گیری بر اساس آن راحت‌تر مقدور گردد.

در خاتمه از سعی و تلاش رییس محترم وقت دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه و همکاران ذیربط و نیز معاونین فنی، اجرایی و سایر همکاران در این معاونت که در تهیه و تدوین این مجموعه تقبل زحمت نموده‌اند صمیمانه سپاسگزاری نموده و از ایزد منان توفیق روزافزون ایشان را مسئلت دارم.

دکتر محمد شریعتی

معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

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 (با یا بدون ترس از مکان‌های شلوغ در بزرگسالان، مدیریت در مراقبت‌های اولیه، ثانویه و مراقبت جامعه) 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 رسانی‌های بعدی اشکالات موجود شناسایی و اصلاح گردد در اینجا لازم است از حمایت‌های ریاست محترم وقت دانشگاه جناب آقای دکتر باقر لاریجانی، ریاست فعلی دانشگاه جناب آقای دکتر علی جعفریان، معاونین بهداشت قبلی و فعلی دانشگاه آقایان دکتر دکتر آرش رشیدیان و دکتر محمد شریعتی صمیمانه تشکر و قدردانی نمایم.

همچنین از زحمات کلیه دست‌اندرکاران 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 حراس با یا بدون گذر هراسی در بزرگسالان (مدیریت در مراقبت های اولیه، ثانویه و مراقبت جامعه):

۱. محمدرضا محمدی، استاد، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات روانپزشکی و گروه روانپزشکی
۲. گلرخ شلویری، کارشناس پژوهش، کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۳. دکتر فاطمه اسدیان کوهستانی، کارشناس پژوهش، پزشک عمومی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی

• کمیته بازنگری علمی راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال حراس با یا بدون گذر هراسی در بزرگسالان (مدیریت در مراقبت های اولیه، ثانویه و مراقبت جامعه):

۱. محمدرضا محمدی، استاد، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات روانپزشکی و گروه روانپزشکی
۲. گلرخ شلویری، کارشناس پژوهش، کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۳. دکتر شاهین آخوندزاده، استاد، نورسایکوفارماکولوژی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و گروه روانپزشکی
۴. دکتر سید علی ابهری، استاد، روانپزشک عمومی، گروه روانپزشکی
۵. دکتر مجید صادقی، استاد، روانپزشک عمومی، گروه روانپزشکی
۶. دکتر جواد محمودی قرائی، دانشیار، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات روانپزشکی و گروه روانپزشکی
۷. دکتر علی اکبر نجاتی صفا، دانشیار، روانپزشک عمومی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و گروه روانپزشکی

## ۹/ راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال حواس

۸. دکتر ونداد شریفی، دانشیار، روانپزشک عمومی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و گروه روانپزشکی
۹. دکتر محمد اربابی، دانشیار، روانپزشک عمومی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و گروه روانپزشکی
۱۰. دکتر عمران محمدرزاقی، استاد، روانپزشک عمومی، گروه روانپزشکی
۱۱. نسترن احمدی، کارشناس پژوهش، کارشناسی ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی
۱۲. دکتر فاطمه اسدیان کوهستانی، کارشناس پژوهش، پزشک عمومی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی

### • کمیته مدیریت دانش راهنماهای بالینی پزشک خانواده:

۱. دکتر سیدرضا مجدزاده، 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 حق‌جو، 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
۸. دکتر آرمین شیروانی، پزشک عمومی

### • کمیته اجرایی برنامه ریزی، نشر و ویرایش نهایی (چاپ دوم):

۱. دکتر سعید تأملی، MD & MPH، معاون فنی معاونت بهداشت دانشگاه
۲. دکتر کاظم رهنما، MD، معاون اجرایی معاونت بهداشت دانشگاه
۳. شیما لشگری، کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، معاونت بهداشت دانشگاه

۱۰ / راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس

## فهرست

۱۳	بخش اول: اختلال اضطراب فراگیر <sup>۱</sup>
۱۵	مقدمه
۱۵	اپیدمیولوژی
۱۷	متدولوژی
۱۷	جدول سطح شواهد (اعتبار توصیه‌های درمانی)
۱۸	اهداف
۱۸	کاربران راهنما
۱۸	اهمیت موضوع و دلایل انتخاب این بیماری جهت تدوین راهنما
۱۹	روش جستجو و گایدلاین یافت شده
۲۰	توصیه های کلیدی
۲۰	الف- اصول مراقبت از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD)
۲۱	ب- مراقبت گام به گام از افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر (Ib)
۲۳	شناسایی و تشخیص
۳۳	تشخیص
۳۶	درمان
۳۶	کشف، شناسایی و ارجاع در مراقبت اولیه
۳۸	سنجش و هماهنگی مراقبت
۳۹	درمان های دارویی
۴۰	درمان های روانشناختی
۴۱	مراقبت گام به گام
۴۳	پیگیری
۴۳	وظایف پزشک درمورد بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی
۴۳	نکات خاص دوره سالمندی
۴۴	پیشگیری

---

<sup>1</sup>- Generalized Anxiety Disorder

## ۱۲ / راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس

۴۷	الگوریتم اختلال اضطراب فراگیر .....
۴۹	بخش دوم: اختلال هراس <sup>۱</sup> .....
۵۱	مقدمه .....
۵۱	حمله هراس .....
۵۲	توصیه های کلیدی .....
۵۳	شناسایی و تشخیص .....
۶۱	الگوریتم اختلال هراس .....
۶۳	شاخص های ممیزی استفاده از راهنمای بالینی .....
۶۴	منابع .....

بخش اول: اختلال اضطراب فراگیر

(Generalized Anxiety Disorder)



## مقدمه

این راهنمای بالینی با درمان و مدیریت بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مراقبت اولیه و ثانویه سر و کار دارد. اختلال اضطراب فراگیر، یکی از اختلالات اضطرابی است. اختلالات اضطرابی علاوه بر اختلال اضطراب فراگیر شامل اختلال حراس (با یا بدون گذر هراسی)، اختلال وسواس فکری و عملی (OCD)، فوبیای اجتماعی، فوبیای اختصاصی (مثلاً ترس از عنکبوت) و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است. اختلال اضطراب فراگیر معمولاً با اختلالاتی دیگر همراه است مثل دیگر اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی، همچنین طیفی از اختلالات سلامت جسمانی. اختلال اضطراب فراگیر «اولیه»، (در غیاب دیگر اختلالات اضطراب یا افسردگی) کمتر از اختلال اضطراب همبود یا ثانویه (همراه با اختلالات دیگر) دیده می‌شود. این راهنمای بالینی به هر دو مورد اختلال اضطراب فراگیر «اولیه» و «همبود» مربوط است.

## اپیدمیولوژی

درصد تخمینی شیوع اختلال اضطراب فراگیر در انگلستان ۴/۴ درصد است. این یافته براساس نظر سنجی اخیر عوارض روانپزشکی بزرگسالان در انگلستان (مکمانوس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) است. برآورد جهانی از نسبت کسانی که به احتمال زیاد در سراسر طول عمر خود این اختلال را تجربه کرده اند بین ۰/۸٪ و ۶/۴٪ متفاوت است. (گرانث<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ کسلر<sup>۳</sup> و وانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

در مطالعه همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران که توسط دکتر محمدی و همکاران در سال ۱۳۸۰ انجام شد شیوع انواع اختلالات اضطرابی در کل ۸/۳۱ درصد بوده است که بالاترین شیوع اختلال اضطرابی در این مطالعه مربوط به اختلال فوبی با ۲/۰۵ درصد بوده است. همچنین شیوع اختلال پانیک و اختلال اضطراب منتشر در این مطالعه به ترتیب ۱/۴۹ و ۱/۳۳ درصد گزارش شده است.

1- McManus

2- Grant

3- Kessler

4- Wang



## ۱۶ / راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال حراس

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 دیده 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 یک یا بیشتر از گروه‌های سیاه و سفید، آسیایی و اسپانیایی افزایش نشان داده است (بلیزر<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۱)، در بعضی دیگر کاهش (گراتو همکاران، ۱۹۹۴) و در بعضی دیگر تفاوتی نشان نمی‌دهد (ویچن<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). جدول زیر نتیجه بعضی از پژوهش‌ها را در زمینه شیوع این اختلال نشان می‌دهد:

جدول ۱

ایران، پرسشنامه 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	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	فوبیای اختصاصی

<sup>۱</sup> - Blazer

<sup>۲</sup> - Wittchen

## متدولوژی

### جدول سطح شواهد (اعتبار توصیه‌های درمانی)

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

#### جدول ۲

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.

#### جدول ۳

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

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 مداخله در مورد مراقبت از افراد مبتلا به GAD و مراقبان آن‌ها

به طور خلاصه می‌توان گفت مواردی از قبیل ایمنی بیشتر، اثربخشی بالینی بهتر، مقرون به صرفه بودن هزینه‌ها، استاندارد سازی، کاهش تنوع ارائه خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران مورد نظر این راهنمای بالینی هستند.

## کاربران راهنما

پزشک خانواده و همچنین داروسازان، دستیاران پزشک، 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

## ۱۹ / راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال حراس

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:

- فراهم نمودن توصیه‌های مبتنی بر شواهد به روز شده برای مدیریت شرایط و اختلالات توسط متخصصان مراقبت‌های سلامت.
- به عنوان پایه ای 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 گایدلاین یافت شده

نشانی اینترنتی گایدلاین:

[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)  
[nice@nice.org.uk](mailto:nice@nice.org.uk)

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

این گایدلاین به روز شده و جایگزینی است برای گایدلاین بالینی (22) nice «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

## توصیه های کلیدی

### الف - اصول مراقبت از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

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

<p><b>(الف - ۱): هنگام کار با افراد مبتلا به GAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ایجاد ارتباط و انجام کار به روش باز، جذاب و بدون قضاوت.</li><li>• کشف نگرانی های فرد به منظور درک مشترک تأثیر GAD.</li><li>• کشف گزینه های درمان با همکاری فرد، نشان میدهد که تصمیم گیری در رابطه با درمان یک فرآیند مشترک است.</li><li>• اطمینان حاصل شود که بحث و گفتگو در محیطی محرمانه صورت می گیرد که در آن حفظ حریم خصوصی و کرامت انسانی محترم شمرده شده است.</li></ul>
<p><b>(الف - ۲): هنگام کار با افراد مبتلا به GAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ارائه اطلاعات مناسب درباره ماهیت اختلال اضطراب فراگیر (GAD) و طیف وسیعی از درمان های در دسترس با توجه به سطح درک فرد</li><li>• در صورت امکان، اطمینان حاصل شود که اطلاعات جامعی به زبان شخص و در فرمت های صوتی در دسترس می باشد</li><li>• پیشنهاد مترجم غیر وابسته در صورت نیاز</li></ul>
<p><b>(الف - ۳): هنگامی که یک فرد مبتلا به GAD توسط خانواده ها و مراقبین حمایت می شوند، این موارد در نظر گرفته شود:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ارائه ارزیابی و سنجش مراقبت در زمینه نحوه مراقبت از نیازهای جسمی و روحی و نیازهای بهداشتی فرد مبتلا</li><li>• ارائه اطلاعات از جمله اطلاعات تماس در مورد خانواده و سرپرست گروه حمایتی و درمانگاه های خیریه و کمک به خانواده و یا سرپرستان برای دسترسی به این موارد</li></ul>

## ۲۱/ راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال حراس

- گفتگو بین فرد مبتلا به GAD و خانواده خود و یا مراقبین در مورد محرمانه بودن و به اشتراک گذاری اطلاعات.
- فراهم کردن اطلاعات مکتوب و شفاهی در مورد GAD و مدیریت آن، از جمله اینکه خانواده ها و مراقبین چگونه می توانند 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.

**(الف - ۴):** اطلاع رسانی به افراد مبتلا به GAD در مورد سازمان های خودیاری محلی و ملی خود و گروه های حمایتی، به ویژه در جایی که آن ها می توانند با افرادی با تجارب مشابه گفتگو کنند.

**(الف - ۵):** برای افراد مبتلا به GAD که دچار ناتوانی یادگیری خفیف یا اختلال شناختی اکتسابی خفیف هستند، همان مداخلاتی صورت پذیرد که برای افراد مبتلا به GAD ارائه می شود، روش ارائه مداخله و یا مدت زمان مداخله در صورت لزوم با احتساب ناتوانی یا اختلال شناختی فرد تنظیم شود.

**(الف - ۶):** 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 بایک متخصص مربوطه را در نظر داشته باشید.

### ب - مراقبت گام به گام از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (1b)

مدل مراقبت گام به گام (نگاه کنید به شکل ۱) به منظور سازماندهی ارائه خدمات و برای کمک به افراد مبتلا به **اختلال اضطراب فراگیر (GAD)**، خانواده های آنان، سرپرستان و پزشکان مورد استفاده قرار می گیرد تا موثرترین مداخلات انتخاب شود.

**(ب - ۱):** مدل مراقبت گام به گام را دنبال کنید، موثرترین مداخله را ارائه کنید.

## ۲۲ / راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال حراس

جدول ۴ - مدل مراقبت گام به گام

جدول ۴

ماهیت مداخله	تمرکز مداخله
درمان تخصصی پیشرفته مثل درمان ترکیبی دارو و روان‌درمانی؛ ورودی از تیم‌های چند سازمان، سرویس‌های بحران، بیمارستان‌های روزانه یا مراقبت از بیمار بستری	گام ۴ - درمان پیچیده اختلال اضطراب فراگیر و اختلال بسیار مشخص در عملکرد، مثل غفلت از خود و خطر بالای خود آزاری
انتخاب یک مداخله روانشناختی پیشرفته (آرامسازی علمی/درمان شناختی-رفتاری) یا درمان دارویی	گام ۳- اختلال اضطراب فراگیر همراه با واکنش نامناسب به مداخلات گام ۲ یا اختلال عملکردی مشخص
مداخلات روانشناختی مقدماتی: خود یاری فردی تسهیل نشده*، خودیاری فردی هدایت شده و گروه‌های آموزشی روانشناختی	گام ۲ - تشخیص اختلال اضطراب فراگیر به گونه ای که پس از آموزش و مونیتورینگ فعال درمراقبت اولیه بهبود پیدا نکرده باشد
شناسایی و سنجش؛ آموزش اختلال اضطراب فراگیر و گزینه های درمان؛ نظارت فعال	گام ۱ - همه علائم شناخته شده و مشکوک به اختلال اضطراب فراگیر.

\*یک مداخله خود \_مسئول با هدف 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.

## شناسایی و تشخیص

گام ۱: همه علائم شناخته شده یا مشکوک اختلال اضطراب فراگیر

### شناسایی (گام ۱)

(ب - ۲): برای کمک به افراد در درک اختلال اضطراب فراگیر و آغاز فوری و موثر درمان، در اسرع وقت به شناسایی و تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بپردازید.

(ب - ۳): تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را در افرادی که اضطراب یا نگرانی مشخصی را بروز می‌دهند و در کسانی که تمایل به مراقبت اولیه مکرر دارند در نظر داشته باشید و همچنین کسانی که:

- مشکل سلامت جسمی مزمن دارند یا
- مشکل سلامت جسمی ندارند ولی در جستجوی اطمینان بخشی در رابطه با علائم سوماتیک خود هستند (به خصوص افراد مسن و افرادی از گروه‌های اقلیت نژادی) یا
- نگرانی مکرر در مورد موضوعات مختلف وجود دارد.

(ب - ۴): وقتی فردی با اختلال اضطراب فراگیر شناخته شده یا مشکوک به اختلال اضطراب فراگیر به سطح مراقبت اولیه مراجعه می‌کند، از وجود شرح حالی از مشکلات جسمی مزمن، علائم سوماتیک یا علائم نگرانی مکرر اطمینان حاصل کنید و به این نکته توجه کنید که کدامیک از این علائم می‌توانند به اختلال اضطراب فراگیر مربوط باشند.



## ارزیابی و آموزش (گام ۱)

<p><b>(ب - ۵):</b> برای افرادی که ممکن است اختلال اضطراب فراگیر داشته باشند، سنجش و ارزیابی جامعی را انجام دهید، به گونه ای که نه تنها به تعداد، شدت و مدت تداوم علائم توجه کنید، بلکه درجه آشفتگی و اختلال عملکرد را در نظر بگیرید.</p>
<p><b>(ب - ۶):</b> به عنوان بخشی از سنجش و ارزیابی جامع، به این نکته توجه نمایید که چگونه فاکتورهای زیر در ایجاد، سیر و شدت اختلال اضطراب فراگیر تأثیر داشته اند:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• هرگونه اختلال افسردگی همزمان یا هر اختلال اضطراب دیگر</li><li>• هرگونه سوء استفاده از دارو همزمان با این اختلال</li><li>• هرگونه شرایط پزشکی همراه (مشکل جسمانی)</li><li>• سابقه اختلال سلامت روان</li><li>• تجربه درمان در گذشته و پاسخ به درمان در گذشته</li></ul>
<p><b>(ب - ۷):</b> برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی همراه یا هر اختلال اضطرابی همراه دیگر، ابتدا اختلال اولیه را درمان کنید، یعنی اختلالی که شدیدتر بوده، در این صورت با احتمال بیشتری، با درمان در کل عملکرد فرد بهبودی حاصل می‌شود.</p>
<p><b>(ب - ۸):</b> برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که سوء مصرف مواد دارند، آگاهی داشته باشید که:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• سوء مصرف مواد می‌تواند از عوارض اختلال اضطراب فراگیر باشد.</li><li>• استفاده از مواد غیر مضر، نمی‌بایست جزو موارد منع مصرف درمان اختلال اضطراب فراگیر باشد.</li><li>• سوء مصرف مواد مضر و اعتیاد آور در ابتدا می‌بایست درمان شود چرا که می‌تواند به بهبود مشخص در علائم اختلال اضطراب فراگیر بینجامد.</li></ul>
<p><b>(ب - ۹):</b> پی‌گیری ارزیابی و تشخیص اختلال اضطراب فراگیر:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• آموزشی را درباره ماهیت اختلال اضطراب فراگیر و گزینه‌های درمانی آن در نظر داشته باشید.</li><li>• علائم اختلال و عملکرد فرد را مورد نظارت قرار دهید، چرا که آموزش و نظارت فعال می‌توانند علائم خفیف اختلال را بهبود بخشد و نیازی به مداخلات بعدی نباشد.</li></ul>
<p><b>(ب - ۱۰):</b> در مورد داروهای تجویز نشده و تهیه آن‌ها، با افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گفتگو کنید. احتمال تداخل دارویی و عدم وجود شواهدی معتبر مبنی بر استفاده ایمن و بدون عارضه از آن‌ها را شرح دهید.</p>

گام ۲: تشخیص اختلال اضطراب فراگیر به گونه ای که بعد از مداخلات گام ۱ بهبود نیافته باشد.

### مداخلات روانشناختی مقدماتی برای اختلال اضطراب فراگیر

<p>(ب - ۱۱): برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که علائم اضطراب آنان بعد از آموزش و نظارت فعال در گام ۱ بهبود نیافته باشد، یک یا چند مداخله از موارد زیر به عنوان مداخله خط اول و بر اساس اولویت خود فرد پیشنهاد کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• خودیاری تسهیل نشده فردی</li><li>• خودیاری هدایت شده فردی</li><li>• گروه‌های آموزش روانشناختی</li></ul>
<p>(ب - ۱۲): خودیاری تسهیل نشده فردی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌بایست:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• شامل نسخه‌های الکترونیک یا کتبی (یا رسانه جایگزین) برای مطالعه باشد.</li><li>• اساسش بر اصول درمان شناختی_رفتاری (CBT) باشد.</li><li>• شامل تمریناتی برای فرد باشد طوری که به شکل منظم در طول یک دوره حداقل شش هفته ای با فرد کار شود.</li><li>• معمولاً شامل تماس تلفنی با درمانگر باشد. مثلاً یک تلفن کوتاه که بیش از ۵ دقیقه ادامه پیدا نکند.</li></ul>
<p>(ب - ۱۳): خودیاری هدایت شده فردی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌بایست:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• شامل نسخه‌های الکترونیک یا کتبی (یا رسانه جایگزین) برای مطالعه باشد.</li><li>• توسط پزشک یا روانشناس با تجربه مورد حمایت قرار گیرد که برنامه خودیاری را تسهیل کند و پیشرفت و پیامد مداخله را بررسی کند.</li><li>• معمولاً شامل پنج الی هفت جلسه نیم ساعته، هفتگی یا دو هفته یکبار، بصورت جلسه حضوری یا مکالمه تلفنی باشد.</li></ul>

**(ب - ۱۴):** گروه‌های آموزش روان‌شناختی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

می‌بایست:

- بر اساس 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 کارشناسان و پزشکان مجرب اجرا شود.
- هر درمانگر، حدود ۱۲ شرکت‌کننده را مدیریت نماید.
- معمولاً شامل شش جلسه هفتگی ۲ ساعته باشند.

**(ب - ۱۵):** کسانی که گروه‌های خودیاری و یا آموزش روانشناختی را بر عهده می‌گیرند

می‌بایست:

- مورد نظارت منظم و با کیفیت بالا توسط کارشناسان قرار بگیرند.
- پی‌گیری معمول را در باره نتیجه مداخله انجام دهند و اطمینان حاصل کنند که درمان برای فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نتیجه‌بخش و موثر است.

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

گزینه های درمانی (گام ۳)

(ب - ۱۶): برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همراه با اختلال عملکردی مشخص، یا کسانی که علائم اختلال آن‌ها به مداخلات گام ۲ پاسخ مناسبی نداده است:

• یکی از موارد زیر را پیشنهاد کنید:

➤ یک مداخله روانشناختی پیشرفته {نگاه کنید به (۱۷-ب) \_ (۲۱-ب)}

یا

➤ درمان دارویی {نگاه کنید به (۲۲-ب) \_ (۳۲-ب)}

• در مورد نقاط ضعف و قوت هریک از گزینه‌های درمان، اطلاعات کتبی یا شفاهی ارائه کنید. شامل این موضوع که درمان دارویی، گاهی به عوارض جانبی و سندرم محرومیت منجر می‌شود.

• انتخاب گزینه درمان را بر اولویت خود فرد قرار دهید، چرا که هیچ مدرکی دال بر اینکه کدام شیوه درمانی (مداخلات روانشناختی فردی پیشرفته یا درمان دارویی) بهتر است، وجود ندارد.

۲۸ / راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس  
مداخلات روانشناختی پیشرفته (گام ۳)

<p><b>(ب - ۱۷):</b> اگر فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مداخله روانشناختی پیشرفته را انتخاب کند، CBT یا آرامسازی عملی (applied relaxation) را پیشنهاد دهید.</p>
<p><b>(ب - ۱۸):</b> CBT برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌بایست:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• بر اساس کتاب راهنمای درمان به کار رفته در کارآزمایی بالینی CBT برای اختلال اضطراب فراگیر باشد.</li><li>• توسط کارشناسان و یا پزشکان با صلاحیت و مجرب اجرا شود.</li><li>• معمولاً شامل ۱۵-۱۲ جلسه هفتگی یک ساعته (کمتر، اگر فرد زودتر بهبود پیدا کند و بیشتر در صورت نیاز از نظر بالینی) باشد.</li></ul>
<p><b>(ب - ۱۹):</b> آرامسازی عملی (Applied relaxation) برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌بایست:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• بر اساس کتاب راهنمای درمانی به کار رفته در کارآزمایی بالینی آرامسازی عملی برای اختلال اضطراب فراگیر باشد.</li><li>• توسط افراد با صلاحیت و مجرب اجرا شود.</li><li>• معمولاً شامل ۱۵-۱۲ جلسه هفتگی یک ساعته (کمتر، اگر فرد زودتر بهبود پیدا کند و بیشتر در صورت نیاز از نظر بالینی) می‌باشد.</li></ul>
<p><b>(ب - ۲۰):</b> پزشکان ارائه کننده مداخلات روانشناختی پیشرفته برای اختلال اضطراب فراگیر می‌بایست:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• دارای سوپرویزیونی منظم باشند تا تعهد به مدل درمانی را، در صورت امکان و با رضایت فرد، از طریق ضبط صوتی یا ویدیویی جلسات درمانی نشان بدهند.</li><li>• پی گیری معمول را در رابطه با پیامد مداخله انجام دهند و اطمینان حاصل کنند که مداخله برای فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر و نتیجه بخش بوده است.</li></ul>
<p><b>(ب - ۲۱):</b> در صورت امکان، تمام مداخلات را بر اساس اولویت فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ارائه کنید.</p>

### درمان دارویی (گام ۳)

<p><b>(ب - ۲۲):</b> اگر فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، درمان دارویی را انتخاب می‌کند، یک (SSRI) Sertraline را پیشنهاد کنید چون موثرترین داروست. توجه داشته باشید که ابتدا Sertraline را انتخاب کنید.</p>
<p><b>(ب - ۲۳):</b> اگر Sertraline موثر نیست، یک SSRI جایگزین یا یک (Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor) پیشنهاد کنید، با در نظر گرفتن فاکتورهای زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ظهور علائم سندرم محرومیت (بخصوص با داروی venlafaxine و paroxetine)</li><li>• احتمال ایجاد عوارض جانبی و تداخل دارویی</li><li>• خطر خودکشی و احتمال مسمومیت در دوز بالا (بخصوص با venlafaxine)</li><li>• سابقه درمان با داروهای شخصی (بخصوص وابستگی، اثرپذیری، عوارض جانبی، تجربه سندرم محرومیت و اولویت فرد)</li></ul>
<p><b>(ب - ۲۴):</b> اگر فرد تحمل داروهای SSRI یا SNRI را ندارد، پره گابالین pregabalin را پیشنهاد کنید.</p>
<p><b>(ب - ۲۵):</b> در طول درمان اختلال اضطراب فراگیر، بنزودیازپین را در هنگام مراقبت اولیه یا ثانویه پیشنهاد نکنید، مگر برای تجویز کوتاه مدت در موارد حاد.</p>
<p><b>(ب - ۲۶):</b> در درمان اختلال اضطراب فراگیر در مراقبت اولیه داروهای آنتی سایکوتیک را پیشنهاد نکنید.</p>
<p><b>(ب - ۲۷):</b> قبل از تجویز هر دارویی، در مورد گزینه‌های درمان و نگرانی‌هایی که فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر درباره دارو دارد، با صحبت کنید. دلایل این تجویز را کاملاً شرح دهید و اطلاعات کتبی و شفاهی در موارد زیر را به او ارائه دهید:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• فواید احتمالی درمان‌های مختلف.</li><li>• احتمال ایجاد عوارض دارویی، سندرم محرومیت و تداخلات دارویی برای هریک از داروها.</li><li>• ریسک ایجاد عوارض دارویی با داروهای SSRI و SNRI به صورت علائمی مثل افزایش اضطراب، تحریک پذیری و اختلالات خواب.</li><li>• پیشرفت تدریجی اثرات ضد اضطرابی کامل دارو طی یک هفته یا بیشتر.</li><li>• اهمیت مصرف دارو به همان ترتیبی که تجویز شده و نیاز به تداوم درمان بعد از بهبودی جهت جلوگیری از عود آن.</li></ul>

### ۳۰/ راهنمای بالینی احتمال اضطراب فراگیر و احتمال حراس

<p><b>(ب - ۲۸):</b> 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 (مثلاً NSAIDs یا آسپیرین). در این شرایط تجویز دارویی را برای حفاظت از دستگاہ گوارش در نظر داشته باشید.</p>
<p><b>(ب - ۲۹):</b> برای افراد زیر ۳۰ سال که داروی SSRI یا SNRI را پیشنهاد می‌کنید، به موارد زیر توجه کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• آن‌ها را آگاه کنید از اینکه این داروها در تعداد کمی از افراد زیر ۳۰ سال به افزایش خطر افکار خودکشی و خودآسیبی می‌انجامد. و</li><li>• بعد از یک هفته مصرف دارو آن‌ها را ویزیت کنید. و</li><li>• در ماه اول، خطر افکار خودکشی و آسیب به خود را به طور هفتگی بررسی کنید.</li></ul>
<p><b>(ب - ۳۰):</b> به افرادی که به محض آغاز درمان دارویی، دچار عوارض جانبی دارویی شوند، اطلاعاتی را ارایه دهید و یکی از راهبردهای زیر را در نظر بگیرید:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• نظارت دقیق بر علائم فرد (اگر عوارض جانبی خفیف بوده و برای فرد قابل تحمل باشد) یا</li><li>• کاهش دوز دارو یا</li><li>• توقف دارو و با توجه به ترجیح بیمار، پیشنهاد یکی از موارد زیر:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ یک داروی جایگزین {(ب-۲۳)_ (ب-۲۴)} را ببینید</li><li>➤ یک مداخله روانشناختی پیشرفته {(ب-۱۷)_ (ب-۲۱)} را ببینید</li></ul></li></ul>
<p><b>(ب - ۳۱):</b> 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><b>(ب - ۳۲):</b> 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>(ب - ۳۳): اگر فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به دوره کامل مداخلات روانشناختی پیشرفته پاسخ نداد، درمان دارویی را پیشنهاد کنید. {ببینید (ب-۲۲) _ (ب-۳۲)}</p>
<p>(ب - ۳۴): اگر اختلال اضطراب فراگیر بیمار به درمان دارویی پاسخ نداد، هر کدام از مداخلات روانشناختی پیشرفته را {ببینید (ب-۱۷) - (ب-۲۱)} یا یک درمان دارویی جایگزین را می‌توانید پیشنهاد کنید. {ببینید (ب-۲۳) - (ب-۲۴)}.</p>
<p>(ب - ۳۵): اگر فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به طور نسبی به درمان دارویی پاسخ بدهد، علاوه بر درمان دارویی، یک مداخله روانشناختی پیشرفته را پیشنهاد کنید.</p>
<p>(ب - ۳۶): اگر فرد مبتلا به اختلال 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"><li>• خطر آسیب به خود یا خودکشی یا</li><li>• اختلالات همراه مشخص مثل سوء مصرف دارو، اختلال شخصیت یا مشکلات جسمی عارضه دار یا</li><li>• غفلت از خود (self-neglect) یا</li><li>• پاسخ نامناسب به مداخلات گام ۳</li></ul>



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

سنجش و ارزیابی (گام ۴)

(ب - ۳۷): به فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ارزیابی ویژه ای از نیازها و خطرات را  
پیشنهاد کنید شامل:

- مدت و شدت علائم، اختلال عملکرد، بیماری های همراه، خطر برای خود و غفلت از خود
- بررسی درمان فعلی و درمان قبلی شامل تداوم درمان دارویی تجویز شده قبلی و تعهد به  
مداخلات روانشناختی قبلی و تأثیرشان روی علائم اضطراب و اختلال عملکرد
- شرایط و محیط منزل
- رابطه با خانواده و مراقبین و تأثیر گذاری بر آنها

(ب - ۳۸): بررسی نیازهای خانواده و مراقبین و ارزیابی از نوع مراقبت و نیازهای  
جسمی و روانی آنها، در صورتی که قبلاً به او ارایه نشده باشد.

(ب - ۳۹): ایجاد یک برنامه مراقبت جامع با همکاری فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به شکلی  
که نیازها، خطرات و اختلال عملکرد در آن مشخص بوده و برنامه درمانی مشخصی داشته باشد.

## درمان (گام ۴)

<p><b>(ب - ۴۰):</b> افرادی را که قبلاً تحت درمان قرار نگرفته‌اند یا آن‌هایی که مداخلات درمانی از گام ۱ الی ۳ را نپذیرفتند، در مورد فواید این مداخلات آگاه سازید و به آن‌ها مداخله‌ای را پیشنهاد کنید که تجربه نکرده‌اند.</p>
<p><b>(ب - ۴۱):</b> درمان ترکیبی روانشناختی و دارویی، ترکیبی از داروهای ضد افسردگی با داروهای دیگر یا افزایش داروهای ضد افسردگی را مورد توجه قرار بدهید و آگاه باشید از اینکه:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• شواهدی برای موثر بودن درمان‌های ترکیبی وجود ندارد و</li><li>• احتمال ایجاد عوارض جانبی و تداخل دارویی با درمان ترکیبی و افزایش داروهای ضد افسردگی وجود دارد.</li></ul>
<p><b>(ب - ۴۲):</b> درمان‌های ترکیبی می‌بایست فقط توسط افرادی صورت بگیرد که متخصص درمان‌های روانشناختی و دارویی اختلالات اضطرابی مقاوم به درمان باشند و این موضوع بعد از گفتگوی کامل در مورد مزایا و معایب احتمالی انواع درمان پیشنهاد شود.</p>
<p><b>(ب - ۴۳):</b> هنگام درمان افراد مبتلا به اختلال اضطرابی فراگیر مقاوم به درمان، آن‌ها را از پژوهش‌های بالینی مربوطه که ممکن است تمایل به شرکت داشته، باشند آگاه سازید.</p>

## تشخیص

اضطراب 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 دلهره‌ای است که متناسب با شرایط نیست. این نگرانی‌ها به طور معمول گسترده‌اند و شامل بسیاری از مسائل روز مره هستند که تمرکز نگرانی بر آن‌ها تغییر می‌کند. فرد مبتلا در می‌یابد که کنترل نگرانی دشوار است، و این می‌تواند عملکرد شغلی و اجتماعی فرد را کاهش دهد (تایرر<sup>۱</sup> و بالدوین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶ و بیتران<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

1- Tyrer

2- Baldwin

3- Bitran

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر علاوه بر اینکه کنترل نگرانی شدید و تعمیم یافته خود را مشکل می‌یابند، بلکه علائم دیگر روانی و جسمی اضطراب را نیز تجربه می‌کنند. 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 به خواب رفتن (شروع خواب) وجود دارد. علائم جسمی اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند به طور واضحی در بسیاری از جهات متفاوت باشد. مثلاً یک سیستم عصبی اتونوم بیش از حد فعال می‌تواند به تعریق، خشکی دهان، تپش قلب، تکرر ادرار، ناراحتی اپی گاستریک و حرکات مکرر یا کاهش حرکات روده منجر شود، در حالی که تنفس عمیق و سریع ممکن است به احساس تنگی نفس و سر گیجه منجر شود. افزایش تنش عضلانی به طور معمول اضطراب مزمن را همراهی می‌کند و ممکن است به صورت تجربه بی‌قراری، ناتوانی در استراحت، سردرد و دردهای تیز (aching)، به خصوص در شانه‌ها و پشت احساس شود (گلدنر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

اختلال اضطراب فراگیر اغلب با دیگر اختلالات روانی همراه است که می‌تواند تظاهر آن را پیچیده‌تر کند. میزان این همبودی (همراهی) در تحقیقات مختلف بین ۶۸ تا ۹۳ درصد همراهی با یکی دیگر از اختلالات سلامت روانی محور I برآورد شده است. (کارتر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱ و هانت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲ و اسمد / مهدیا<sup>۴</sup> ۲۰۰۰).

اختلالات شایع همراه شامل اختلالات افسردگی (به‌خصوص افسردگی اساسی و دیس تایمی)، دیگر اختلالات اضطرابی (به ویژه اختلال پانیک، فوبیای اجتماعی و فوبیای اختصاصی) و اختلال سوماتوform می‌باشد. (بیتران و همکاران، ۲۰۰۹ و کارتر و همکاران، ۲۰۰۱ و هانت و همکاران، ۲۰۰۲ و گرانت و همکاران، ۲۰۰۵ و کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین همراهی قابل توجهی با سوء مصرف مواد مخدر به‌خصوص در میان مردان وجود دارد. (گرانت و همکاران، ۲۰۰۵ و کسلر و همکاران، ۲۰۰۵).

اختلال اضطراب فراگیر نیز اغلب به همراه مشکلات جسمی مثل تورم مفاصل و اختلالات دستگاه گوارش و اختلالات تنفسی رخ می‌دهد و ممکن است تقلیدی از علائم

---

1- Gelder

2- Carter

3- Hunt

4-ESEMeD/MHEDEA

## ۳۵ / راهنمای بالینی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال حراس

برخی از بیماری‌های جسمانی باشد (مثل پرکاری تیروئید) (کالپر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹ و روی بایرن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸ و سارین<sup>۳</sup> 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 بیشتر بر مشکلات جسمی یا اختلال خواب تأکید کنند تا بر نگرانی بیش از حد یا علائم روانی اضطراب (ریکلز<sup>۴</sup> و راین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). جدول زیر معیارهای تشخیصی اضطراب را نشان می‌دهد:

### جدول ۵- معیارهای تشخیصی DSM-V برای اختلال اضطراب فراگیر

الف) اضطراب و نگرانی مفرط (انتظار توام با بیمناسی و تشویش) در رابطه با شماری از حوادث یا فعالیت‌ها (مثل عملکرد شغلی یا تحصیلی) که حداقل به مدت شش ماه در اکثر روزها اتفاق بیفتند.
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 حداقل برخی از این علائم در شش ماه گذشته در اکثر روزها وجود داشته باشند):
۱- بی‌قراری یا احساس دلواپسی یا عصبی بودن
۲- خستگی زودرس
۳- دشواری در تمرکز یا احساس ناتوانی در تفکر کردن
۴- تحریک پذیری
۵- تنش عضلانی
۶- آشفته‌گی خواب (مشکل در به خواب رفتن یا حفظ تداوم خواب، یا خوابیدن توام با بی‌قراری و عدم رضایت)
ت) اضطراب، نگرانی یا علائم جسمی مذکور رنج و عذاب مشخصی را به لحاظ بالینی ایجاد کند و یا اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم عملکرد فرد

- 1- Culpepper
- 2- Roy-byrne
- 3- Sareen
- 4- Rickels
- 5- Rynn

ایجاد کرده باشد.
ث) علائم مزبور ناشی از اثر مستقیم یک ماده (مثلاً سوء مصرف مواد یا از داروها) یا یک بیماری طبی عمومی (مثل پرکاری تیروئید) نباشد.
ج) اضطراب و نگرانی مذکور ناشی از دیگر اختلالات روان نباشد. مثلاً اضطراب و نگرانی فرد به خاطر پیدایش حمله هراس (در اختلال هراس)، ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی (در فوبی اجتماعی)، وسواس آلودگی یا وسواس‌های دیگر (در اختلال وسواسی-اجباری)، جدا شدن از انواع وابستگی در اختلال اضطراب جدایی، باقی ماندن حوادث تروماتیک (در اختلال استرس پس از سانحه)، افزایش وزن (در بی‌اشتهایی عصبی)، وجود شکایات جسمانی متعدد (اختلال جسمانی‌سازی)، وجود نقص ظاهری در بدن (در اختلال خود بیمار انگاری)، ابتلا به یک بیماری جدی (در اختلال اضطراب بیماری)، کنترل عقاید هذیانی (در اسکیزوفرنی یا اختلال هذیانی) نباشد.

## درمان

### کشف، شناسایی و ارجاع در مراقبت اولیه

با توجه به شیوع در جامعه، GAD در میان مراجعه‌کنندگان به مراقبت اولیه، در حدود ۵ درصد شایع‌تر است و شایع‌ترین اختلال اضطرابی است. در مطالعات بین‌المللی 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 اضطراب منتشر و اختلال هراس است. (بامیستر<sup>۱</sup> و هارتنر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

نوع تشخیص و درمان پزشکان عمومی از اختلالات اضطرابی، بسیار پائین‌تر از آن چیزی است که در شیوع انتظار می‌رود (ویچن و جکوبی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). ویچن و همکارانش (۲۰۰۲) دریافتند که میزان شیوع اختلال توسط پزشکان در مراقبت اولیه، فقط ۳۴/۴ درصد در GAD اولیه و ۴۳ درصد برای GAD همراه با افسردگی است. احتمالاً دلایل زیادی وجود دارد که

<sup>1</sup> - Baumeiste

<sup>2</sup> - Hartner

<sup>3</sup> - Wittchen&Jobcobi

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<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). بعلاوه، بسیاری از مردم ممکن است علائم سوماتیک (جسمانی) همراه با اضطراب را ارائه دهند که این‌ها را مشروع‌تر و نگران‌کننده‌تر نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، اغلب مراجعه‌کنندگان مکرر به 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). شناسایی توسط پزشکان طی مراقبت اولیه توسط فاکتورهای مثل سن بیشتر، حضور مشکلات روانشناختی دیگر و افزایش دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های آنان افزایش می‌یابد (تایلی و والتوس<sup>۲</sup>، 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<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

اکثر درمان‌های پیشنهادی برای اختلالات اضطرابی احتمالاً در مورد مراقبت‌های اولیه است و ممکن است افرادی را مثل پزشکان عمومی، یا روان‌درمانگران عمومی<sup>۴</sup> مثل یک کارشناس بهداشت روان و یا مشاور را در بر بگیرد. کتاب‌های خودیاری و مداخلات مبتنی بر شبکه وب (اینترنت) می‌توانند برای افراد مبتلا به GAD موثر باشند، اگر چه ارجاع پزشکان به مراقبت‌های ثانویه، مانند روان‌درمانگران تخصصی (روانپزشک) می‌تواند تأثیر بیشتری بر این افراد داشته باشد. احتمال ارجاع به خدمات سلامت روان و روانپزشکی، در سطح مراقبت ثانویه

---

1- Arroll& Kendrick

2- Tylee&waltwes

3- stein

4- low-intensity

کم می‌باشد و به افرادی تعلق می‌گیرد که نسبت به درمان مقاومت نشان می‌دهند و اختلال شدید عملکرد دارند.

به طور خلاصه می‌توان گفت لازم است که بر تشویق افراد برای اظهار علائم اضطراب خود تأکید 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 سریع وقت، درمان‌های 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 علائم جسمانی اضطراب، طول مدت این علائم، میزان اختلال عملکرد فرد و پریشانی و منابع مقابله آن‌ها می‌باشد. در سنجش همچنین لازم است که ارزیابی علائم اختلالات افسردگی و اضطرابی دیگر (بخصوص اختلال هراس، خودبیمارانگاری، وسواس، فوبیای اجتماعی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال افسرده‌خویی) صورت بگیرد، با توجه به اینکه در علائم این دو مورد همپوشانی وجود دارد (برای تشخیص افتراقی) و نیز بین GAD و اختلالات دیگر همراهی 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 روان‌درمانگران 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 افراد کمی که مبتلا به اختلالات خیلی شدید هستند، درمان می‌تواند توسط یک تیم چند نفره تخصصی در طی مراقبت ثانویه طی هماهنگی با رویکرد برنامه مراقبت (CPA) ارائه شود.

## درمان های دارویی

آزمایشات کنترل شده با دارونما<sup>۱</sup> نشان می دهد که طیف وسیعی از داروها با خواص دارویی متفاوت می تواند بر درمان GAD موثر باشند (بالدوین و همکاران،<sup>۲</sup> ۲۰۰۵). در گذشته بنزودیازپین ها مانند دیازپام، به این منظور استفاده می شد ولی به این نتیجه رسیدند که استفاده از آن ها معمولاً با گسترش تحمل و وابستگی به دارو همراه است (دانشکده روانپزشکی رویال،<sup>۳</sup> ۲۰۰۵). به همین دلیل، در حال حاضر تنها برای استفاده کوتاه مدت پیشنهاد می شود (۲ تا ۴ هفته)

(British medical association & the royal pharmaceutical society of great Britain, 2009)

طی سال های اخیر، داروهای ضد افسردگی مانند SSRI ها به طور فزاینده ای در درمان GAD به کار می روند (بالدوین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

بر خلاف بنزودیازپین ها، داروهای ضد افسردگی، به محض شروع درمان باعث کاهش اضطراب نمی شوند در نتیجه قبل از اینکه بهبود مشخصی در علائم بالینی دیده شود، سپری شدن یک دوره چند هفته ای لازم است. تحمل و وابستگی دارویی با درمان داروهای ضد افسردگی ظاهراً مشکلی ایجاد نمی کند. گرچه باید توجه نمود که مانند بنزودیازپین ها، داروهای ضد افسردگی هم می تواند باعث سندرم محرومیت بشوند (مهارا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). SSRI ها، مهارکننده های بازجذب نورآدرنالین سروتونین (SNRI ها)، همچنین ونلافاکسین (venlafaxine) و دالوکستین (Duloxetine) مانند داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای (TCA ها) مثل ایمپرامین (imipramine) که کمتر مورد انتخاب اند و قدیمی تر هستند، نیز بر GAD موثرند، با این حال TCA ها مانند داروهای ضد افسردگی جدیدتر قابل تحمل نیستند و مصرف بیش از اندازه آن ها خطرناک است (بالدوین<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

1- placebo

2- Baldwin et al

3- Royal college of psychiatrist, 2005

4- Baldmin

5- MHRA

6- Baldwin



## ۴۰/ راه‌نمای بالینی احتمال اضطراب فراگیر و احتمال حراس

علاوه بر داروهای ضد افسردگی، دیگر ترکیبات دارویی نیز در درمان GAD موثرند. اینها شامل هیدروکسی زین، آنتی هیستامین و پره گابالین (از داروهای ضد تشنج<sup>۱</sup>) می‌باشند که در مغز به یک زیر گروه از کانال کلسیم متصل می‌گردند (بالدوین و همکاران، ۲۰۰۵). هر دو داروی آنتی سایکوتیک معمولی و آنتی سایکوتیک جدید آتیپیک نیز در درمان GAD استفاده می‌شوند، و هر دو زمانی به عنوان تنها درمان ترکیبی اضافه شده به درمان SSRI بودند در حالی که که بعدها بی اثر شناخته شدند (پایز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). با این حال بیشتر شدن بار عوارض جانبی داروهای آنتی سایکوتیک به این معنی است که کاربرد آنها در حال حاضر در بیمارانی با شرایط خاص و همراه با پی گیری در مراقبت ثانویه، محدود می‌شود.

### درمان های روانشناختی

تحول در درمان روانشناختی GAD منوط به تغییرات همسو 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<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳) بر درمان‌های برانگیختگی اضطراب مداوم تأکید داشت و اغلب شامل مداخلاتی مثل، آرامش عضلانی (relaxation)، 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<sup>۴</sup> و همکارانش بود (۱۹۸۵). CBT های جدیدتر بر نقش ویژه نگرانی در GAD تأکید 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<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) است یا درمان فراشناختی ولز

---

1- anti convulsant drug

2- pies

3- Borkovec & Costello

4- Beck

5- Dugas

(ولز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹) که بر اهمیت باورهای افرادی که در آن مورد نگران اند تأکید می‌کند و تلاش به تغییر آن باورها دارد.

بورکوک<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۳)، پروتکل های CBT موجود را با تکنیک‌های بین فردی / روان‌پویشی تکمیل کردند تا الگوهای ارتباطی مشکل‌دار و نیز شمایی از تئوری اجتنابی نگرانی را که در افراد مبتلا به GAD یافت می‌شود، 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<sup>۳</sup> را در درمان GAD یکپارچه نموده است، ترکیبی از پذیرش و تجربه مکرر احساسات مورد اجتناب در پروتکل درمانی (اورسلو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

## مراقبت گام به گام

مراقبت گام به گام (اسکون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۳) چهارچوبی است که به طور فزاینده‌ای در انگلستان برای تعیین بهترین شیوه در طراحی مسیرهای بالینی مراقبت استفاده می‌شود. مراقبت گام به گام برای افزایش بهره‌وری از ارائه خدمات و در نتیجه به نفع جمعیت بیمار طراحی شده است. اصل اساسی این است که بیماران مبتلا به اختلال در سلامت روان، در صورت نیاز، سطوح پیشرونده درمانی گام بندی شده را طی می‌کنند، با این انتظار که بسیاری از این بیماران تحت درمان‌های مقدماتی، 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 تأثیر بر بیماران بر حسب هزینه و شرایط شخصی مدنظر است. اما می‌تواند همچنین به مدت زمان درمانگر یا متخصص اشاره نماید (منظور شدت درمان است). درمان تخصصی‌تر برای بیمارانی در نظر گرفته می‌شود که از

---

1- wlls

2- Barkovec

3- mindfulness

4- orsillo

5- Scogin

## ۴۲ / راهنمای بالینی احتمال اضطراب فراگیر و احتمال هراس

درمان‌های مقدماتی بهره‌ای نبرده‌اند، یا آن‌هایی که می‌توان با دقت بالا پیش‌بینی نمود که از چنین درمان‌هایی بهره‌مند نخواهند شد.

«خود اصلاحی» در این متن به این معنی است که تصمیم در مورد ارائه درمان و اثرات درمان، به صورت نظارت نظام‌مند 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 گیلبدی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). اجرای موفقیت‌آمیز مدل مراقبت گام به گام، برای اجرای موثر راهنمای حاضر بسیار مهم است (لاول و بی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). دو مورد مفهوم سازی از مدل مراقبت گام به گام وجود دارد. ابتدا مدل **ترتیبی**<sup>۳</sup> است که همه افراد در گام‌های آن به شیوه‌ای نظام‌مند حرکت می‌کنند، صرف نظر از شدت ضرورت یا انتخاب. تمام بیماران در ابتدا، یک درمان اولیه و مقدماتی مبتنی بر شواهد را دریافت می‌کنند و فقط هنگامی متوقف می‌شوند که از درمان اولیه 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 مقدماتی را دریافت کنند، درمان‌های پیشرفته را دریافت نمایند (لاول و ریچاردز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

---

<sup>1</sup> - Bowen & Gilbody

<sup>2</sup> - Lovell & Bee

<sup>3</sup> - Sequential

<sup>4</sup> - Lovell & Richards

## پیگیری

### وظایف پزشک در مورد 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، 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 نادر نیست و اغلب با دیگر اختلالات روانپزشکی و بیماری‌های طبی همراه 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 نحوه درمان 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 بنزودیازپین‌ها در سالمندان یک 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 فراگیر و موقعیت‌های خفیف اضطرابی و افسردگی می‌تواند مؤثر باشد.
- استفاده از داروهای آرامبخش و ضد سایکوز 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 اختلالات همراه، بخصوص با افسردگی اساسی در هم پیچیده است (یانکرز<sup>۱</sup> و همکاران ۱۹۹۶). از طرف دیگر، اضطراب (یا دقیق تر، 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<sup>۲</sup> 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<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰ و بیتران<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

اختلالات اضطرابی در میان افراد خانواده شکل می‌گیرد. مثلاً یک مطالعه خانوادگی نشان داد که خطر اختلال اضطراب فراگیر در بستگان درجه اول فرد ۵ برابر بیشتر از گروه کنترل بود (نویز<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۸۷). گرچه ژن‌های ویژه آسیب پذیر نمودن انسان نسبت به اختلال اضطراب فراگیر هنوز شناسایی نشده است. برآستی به نظر می‌رسد این ژن‌های درگیر در انتقال اختلال اضطراب فراگیر، آسیب پذیری نسبت به دیگر اختلالات اضطرابی مثل اختلال هراس و گذر هراسی همچنین افسردگی اساسی را افزایش می‌دهند (کندلر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶ و

1- Yonkers

2- Engel

3- Barlow

4- Bitran

5- Noyes

6- Kendler

هتما<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۵). همچنین همپوشانی ژنتیک بین اختلال اضطراب فراگیر و صفات عصبی مزاجی<sup>۲</sup> 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 ماهیت اختلال هیجانی تجربه شده توسط فرد 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. مثلاً تجارب خوب والدینی در ایجاد یک پایگاه امن برای کودکان مهم هستند که از آن میان کشف جهان و مشکلات دلبستگی کودک -والد باعث احساس کاهش کنترل شخصی در مورد رویدادهای بالقوه تهدید آمیز می‌شوند (بارلو<sup>۳</sup>، 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 (سیلا<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۱). یافته‌های مشابهی در دیگر اختلالات اضطرابی و افسردگی گزارش شده است (پارکر<sup>۵</sup> 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 توجه قرار داده اند، که خطر تجربه اختلال اضطراب فراگیر در بزرگسالی و همچنین دیگر اختلالات اضطرابی و افسردگی را افزایش می‌دهد (براون و هاریس<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳ و هالیگان<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۷ و سافرن<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

1- Hettema

2- Neuroticism temperamental

3- Barlow

4- Silove

5- Parker

6- Brown&Harris

7- Halligan

8- Safren

وقایع استرس زای دیگری نیز اخیراً در شروع اختلالات هیجانی شامل اختلال اضطراب فراگیر دخیل شناخته شده‌اند (رومر<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). مطالعه ای توسط کندلر<sup>۲</sup> و کالگز (۲۰۰۳) نشان داد که رویدادهای پر استرس زندگی از طریق از دست دادن افزایش خطر ابتلا به هر دو اختلال 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 شناخت 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 از طریق تجربیات اولیه زندگی هستند، بیشتر در معرض اختلالات اضطرابی هستند (بارلو<sup>۳</sup>، 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 آسیب‌پذیری روانی عمومی برای تعدادی از اختلالات اضطرابی باشد (ربردان و ناتان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). فرمولاسیون شناختی اخیر بر خود فرایند نگرانی متمرکز شده است که در تشخیص اختلال اضطراب فراگیر اهمیت مرکزی دارد. 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 مثلاً افراد به این باور برسند که نگرانی به این شیوه نیز، در حالی که 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<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

1- Roemer

2- Kendler

3- Barlow

4- Reardon&Nathan

5- Wells

## الگوریتم اختلال اضطراب فراگیر





گام ۲ - تشخیص اضطراب فراگیر به گونه ای که بعد از مداخلات گام ۱ بهبود نیافته باشد

مداخلات روانشناختی مقدماتی برای اضطراب فراگیر

خودپاری تسهیل  
نشده فردی

خودپاری هدایت  
شده فردی

گروه های  
روانشناختی

گام ۳ - اضطراب فراگیر همراه با اختلال عملکرد مشخص یا عدم بهبود  
پس از مداخلات گام ۲

گزینه های درمانی

مداخلات روانشناختی پیشرفته

درمان دارویی

مدیریت پاسخ مناسب به مداخلات گام ۳

گام ۴ - اضطراب فراگیر مقاوم به درمان و با  
اختلال عملکردی مشخص یا خطر بالای خود آسیبی

بخش دوم: اختلال هراس

(Panic Disorder)



## حمله هراس<sup>۱</sup>

حمله هراس دوره ای از ترس یا ناراحتی شدید است که شروع و پایان 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 و تهوع همراه است. نخستین حمله هراس اغلب کاملاً خود به خود است. اما گاهی نیز حمله‌های هراس در پی بر آشفتگی، فعالیت بدنی یا جنسی یا آسیب هیجانی متوسطی ممکن است روی دهند. علائم حمله هراس از زمان شروع در عرض ۱۰ دقیقه به سرعت تشدید می‌شود. علائم روانی عمدتاً عبارتند از ترس مفرط و احساس مرگ قریب الوقوع 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. علائم 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 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 نشانه‌دهنده آن است که در حال مردن است. بسیاری از این بیماران یعنی حدود ۲۰ درصد، واقعاً 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 حمله هراس فکر کند. تنفس تند می‌تواند آکالوز تنفسی و سایر علائم را ایجاد کند. درمان قدیمی نفس کشیدن در داخل کیسه کاغذی گاه مفید است، چون شدت آکالوز را کم می‌کند.

<sup>۱</sup> مهم است که به خاطر داشته باشید حمله هراس لزوماً شامل یک اختلال هراس نمی‌شود

## توصیه های کلیدی

### الف: اصول مراقبت از افراد مبتلا به هراس

#### مدیریت کلی اختلال هراس

افراد مبتلا به اختلال هراس و خانواده و مراقبین آنها نیاز به اطلاعات جامعی 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 و ثانویه ترویج دهند.

#### تصمیم‌گیری‌های مشترک و ارائه اطلاعات

<p><b>(الف - ۱):</b> تصمیم‌گیری مشترک تخصصی باید در طی فرآیند تشخیص و در تمام فازهای مراقبت انجام شود.</p>
<p><b>(الف - ۲):</b> افراد مبتلا به هراس، خانواده‌ها و مراقبین باید در زمان مناسب از اطلاعات مربوط به ماهیت و درمان اختلال هراس مطلع شوند، از جمله اطلاعاتی در مورد کاربرد و عوارض جانبی احتمالی داروهای تجویز شده.</p>
<p><b>(الف - ۳):</b> برای تحلیل تصمیم‌گیری مشترک، اطلاعات مبتنی بر شواهد در مورد درمان می‌بایست در دسترس بوده و بحث در مورد گزینه‌های ممکن انجام شود.</p>
<p><b>(الف - ۴):</b> اولویت افراد و تجربه و نتایج درمان‌های قبلی می‌بایست در تعیین گزینه درمانی مورد نظر قرار گیرد.</p>
<p><b>(الف - ۵):</b> نگرانی‌های رایج در مورد مصرف دارو، مثل ترس از اعتیاد باید توضیح داده شود.</p>
<p><b>(الف - ۶):</b> علاوه بر فراهم نمودن اطلاعات کیفی، افراد مبتلا به اختلال هراس و خانواده‌ها و مراقبین آنها می‌بایست از گروه‌های خودیاری و گروه‌های حمایتی آگاه شده و به شرکت در چنین برنامه‌هایی تشویق شوند.</p>

## ب: مراقبت گام به گام برای افراد مبتلا به هراس (b1)

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

## شناسایی و تشخیص

### گام ۱- شناخت و تشخیص اختلال هراس

#### مهارت‌های مشاوره

**(ب - ۱):** تمام متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در تشخیص و مدیریت نقش دارند می‌بایست آشکارا استاندارد بالایی از مهارت‌های مشاوره‌ای را داشته باشند بطوری که یک رویکرد ساختار یافته در تشخیص و متعاقباً طرح مدیریت اختلال هراس را ارائه دهند.

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

**(ب - ۲):** وجود اختلال همراه دیگر مثل وجود افسردگی می‌تواند در امر تشخیص گمراه کننده باشد.

**(ب - ۳):** طی روند تشخیص می‌بایست اطلاعات 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 گیرد.

**(ب - ۴):** مهارت‌های مشاوره‌ای می‌بایست بر پایه استخراج تمام اطلاعات ضروری باشد.

## بیماری‌های همراه

**(ب - ۵):** پزشک باید از شرایط بالینی بیماری‌های شایع همراه اطلاع داشته باشد، بخصوص از همراهی اختلال هراس با افسردگی و یا سوء استفاده از مواد مخدر.

**(ب - ۶):** مشکل اصلی می‌بایست از طریق بحث و گفتگو با فرد شناسایی شود. در تعیین اولویت‌های تشخیصی بیماری‌های همراه، توالی و ترتیب مشکلات می‌بایست مشخص شود. این را می‌توان با رسم یک جدول زمانی برای شناسایی زمان‌هایی که مشکلات مختلف روی داده است انجام داد. با درک زمان بروز علائم، درک بهتری از اولویت‌های نسبی بیماری‌های همراه (همبود) می‌تواند داشت 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، در صورتی که بیماری عروق کرونر وجود نداشته نباشد و یا فرد مورد نظر، زن یا نسبتاً جوان باشد به احتمال بیشتری علت درد، اختلال هراس باشد. دو متغیر دیگر، درد آتیپیک قفسه سینه و شکایت بیمار از اضطراب نیز می‌تواند با اختلال هراس همراه باشد.

**(ب - ۷):** 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 نظر و بررسی‌های لازم جهت رد مشکلات جسمی حاد بوده است.
- در مورد بستری شدن بدلیل مسائل جسمی یا روانی سوال شود.
- به مراقبت اولیه ارجاع داده شود، حتی اگر سنجش و ارزیابی در A&E انجام شده باشد.
- در مورد حمله هراس و اینکه چرا به مراقبت اولیه ارجاع داده می‌شوند، اطلاعات مناسب به افراد ارائه شود.

## گام های ۲ الی ۵ - اختلال حراس

- گام ۲ برای افراد مبتلا به اختلال حراس: 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، بر اساس فرایند ارزیابی و تصمیم گیری مشترک صورت می‌گیرد.
- در مواردی که مداخله موثر در دسترس نباشد (مثل CBT)، یا گزینه‌های درمانی توسط فرد انتخاب نشده است، لازم است بعد از بحث و گفتگو با فرد در مورد پذیرش دیگر درمان‌های پیشنهادی، مراقبت‌های بهداشتی حرفه ای مورد توجه قرار بگیرند. اگر گزینه درمانی ارجح، غیر قابل دسترسی باشد، باید مراقبت‌های بهداشتی حرفه‌ای قابل دسترس مورد نظر قرار گیرند.

### موارد کلی

<p><b>(ب - ۸):</b> بنزود یازمین‌ها، با کمترین نتیجه مطلوب در دراز مدت همراه هستند و نباید در درمان افراد مبتلا به اختلال حراس تجویز شوند.</p>
<p><b>(ب - ۹):</b> نباید آنتی هیستامین‌های آرام بخش و داروهای آنتی سایکوتیک برای درمان اختلال حراس تجویز شوند.</p>
<p><b>(ب - ۱۰):</b> در مراقبت از افراد مبتلا به اختلال حراس، هر یک از انواع مداخلات زیر می‌بایست پیشنهاد شود و ترجیح و اولویت فرد باید در نظر گرفته شود. مداخلاتی که در مورد اثرات دراز مدت مبتنی بر شواهدند، به ترتیب زیر عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• درمان روانشناختی (توصیه‌های زیر را ببینید)</li><li>• درمان دارویی (داروهای ضد افسردگی) (توصیه‌های زیر را ببینید).</li><li>• خودیاری (توصیه‌های زیر را ببینید)</li></ul>
<p><b>(ب - ۱۱):</b> گزینه درمانی انتخابی می‌بایست به سرعت در دسترس باشد.</p>



## مداخلات روانشناختی

(ب - ۱۲): CBT باید مورد استفاده قرار گیرد.
(ب - ۱۳): CBT باید تنها توسط افراد آموزش دیده و تحت نظارت کارشناس انجام شود به گونه‌ای که فرد بتواند شرح دهد که پروتکل درمانی را به طور تجربی انجام داده است.
(ب - ۱۴): CBT باید در محدوده مطلوب، به مدت (۷-۱۴ ساعت در کل) پیشنهاد شود.
(ب - ۱۵): CBT باید برای اکثر افراد به صورت جلسات هفتگی، ۲-۱ ساعته و حداکثر در طول ۴ ماه انجام شود.
(ب - ۱۶): CBT کوتاه مدت، باید با اطلاعات و تکالیف متمرکز و مناسب تقویت و تکمیل شود.
(ب - ۱۷): در جایی که CBT استفاده می‌شود، باید حدود ۷ ساعت باشد و به گونه‌ای طراحی شود که با آیتم‌های خودیاری ساختاریافته، هماهنگ گردد.
(ب - ۱۸): برای تعدادی کمی از افراد، CBT فشرده در زمان کوتاه تری 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 آن‌ها وجود دارد که عبارتست از SSRI و ضد افسردگی سه حلقه ای (TCAS).

(ب - ۱۹): 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 عمدی به خود، با مصرف بیش از اندازه دارو و یا طرق دیگر وجود دارد ( بالاترین خطر در مورد TCAs).

- قابلیت تحمل
- احتمال تداخل با داروهای همزمان
- اولویت فرد جهت درمان دارویی
- هزینه، جایی که در آن تأثیر دو دارو یکسان نشان داده شده است.

**(ب - ۲۰):** تمامی افرادی که تحت درمان داروهای ضد افسردگی هستند، باید هنگام شروع درمان از عوارض جانبی احتمالی (از جمله افزایش اضطراب در شروع درمان) و خطر ابتلا به علائم سندرم قطع ناگهانی در صورت توقف درمان و در بعضی موارد در نتیجه ی فراموش کردن یک دوز دارو و یا کاهش دوز دارو، مطلع شوند. افرادی که شروع به مصرف ضد افسردگی می‌کنند می‌بایست از تاخیر در شروع اثر دارو و علائم سندرم قطع ناگهانی آگاهی یابند. اطلاعات کتبی متناسب با نیاز فرد باید در دسترس فرد باشد.

**(ب - ۲۱):** اگر SSRI مناسب برای بیمار نباشد یا بعد از ۱۲ هفته بهبودی حاصل نشود و اگر داروی دیگری برای بیمار مناسب باشد، ممکن است **ایمی پرامین** یا **کلومیپرامین** در نظر گرفته شود.

**(ب - ۲۲):** متخصصان مراقبت‌های بهداشتی هنگام تجویز یک داروی ضد افسردگی، باید موارد زیر را در نظر بگیرند:

- عوارض جانبی دارو در شروع مصرف داروهای ضد افسردگی ممکن است با شروع با دوز پائین و افزایش تدریجی و آرام دوز تا رسیدن به پاسخ رضایت بخش به درمان، به حداقل برسد.
- ممکن است در برخی موارد، تجویز دوزهای بالای دارو ضروری باشند و باید در صورت لزوم پیشنهاد شوند.
- ممکن است برای بعضی از افراد درمان طولانی مدت لازم باشد و در صورت لزوم می‌بایست پیشنهاد شود.
- اگر در فردی با درمان داروی ضد افسردگی بهبودی حاصل شود، درمان دارویی باید حداقل برای ۶ ماه بعد از رسیدن به دوز مطلوب ادامه پیدا کند و بعد از آن دوز دارو

می‌تواند به تدریج کم شود.
<b>(ب - ۲۳):</b> در صورتی که بعد از دوره ۱۲ هفته‌ای بهبودی حاصل نشود یک داروی ضد افسردگی جایگزین (اگر داروی دیگری مناسب است) یا درمانی دیگر (توصیه‌های بالا را در قسمت عمومی ببینید) باید ارائه شود.
<b>(ب - ۲۴):</b> این موضوع مهم است که به افراد توصیه شود که داروی خود را به همان ترتیبی که تجویز شده به طور منظم مصرف نمایند، بخصوص در رابطه با داروهایی با نیمه عمر کوتاه به منظور جلوگیری از سندرم قطع ناگهانی دارو باشد.
<b>(ب - ۲۵):</b> توقف داروهای ضد افسردگی به طور ناگهانی می‌تواند باعث بروز سندرم محرومیت شود. برای به حداقل رساندن خطر سندرم محرومیت هنگام قطع داروهای ضد افسردگی، دوز دارو باید در طی یک دوره زمان طولانی بتدریج کاهش یابد.
<b>(ب - ۲۶):</b> متخصصان مراقبت بهداشتی، می‌بایست به اطلاع افراد برسانند که علائم شایع سندرم محرومیت دارو عبارتند از سرگیجه، بی‌حسی و سوزن سوزن شدن، اختلالات گوارشی (به ویژه تهوع و استفراغ)، سردرد، تعریق، اضطراب و اختلالات خواب.
<b>(ب - ۲۷):</b> متخصصان مراقبت بهداشتی، می‌بایست به اطلاع افراد برسانند که در صورت تجربه علائم سندرم محرومیت حتماً با پزشک خود مشورت نمایند.
<b>(ب - ۲۸):</b> اگر علائم سندرم محرومیت خفیف هستند، پزشک می‌بایست از فرد و علائم وی مجدداً اطمینان حاصل کند. اگر علائم شدید بعد از قطع یک داروی ضد افسردگی تجربه شوند، پزشک باید آن را مجدد تجویز کند (یا داروی دیگری از همان طبقه با نیمه عمر طولانی‌تر تجویز نماید) و به تدریج و در حالی که بر علائم نظارت دارد دوز دارو را کاهش دهد.

## خودیاری

<b>(ب - ۲۹):</b> کتاب‌های درمانی بر اساس اصول CBT پیشنهاد شود.
<b>(ب - ۳۰):</b> اطلاعاتی در مورد گروه‌های حمایتی در جایی که در دسترس آن‌ها می‌باشند، ارائه شود. (گروه‌های حمایتی ممکن است جلسات حضوری و یا اطلاعاتی بیشتر در مورد تمام جنبه‌های اختلالات اضطرابی علاوه بر منابع کمکی را فراهم آورد).

**(ب - ۳۱):** مزایای ورزش به عنوان بخش مهمی از سلامت عمومی می‌بایست برای تمام کسانی که اختلال هراس دارند شرح داده شود.

### **گام ۳ برای افراد مبتلا به اختلال هراس: نقد و بررسی و ارائه روش‌های درمانی جایگزین در صورت لزوم**

**(ب - ۳۲):** اگر پس از یک دوره درمانی، پزشک و فرد مبتلا اختلال هراس توافق داشته باشند که بهبودی در این نوع مداخله وجود نداشته است، فرد باید مورد ارزیابی و بررسی مجدد قرار گرفته و یکی دیگر از انواع مداخلات را دریافت کند.

### **گام ۴ برای افراد مبتلا به اختلال هراس: بررسی و پیشنهاد ارجاع از مراقبت اولیه در صورت لزوم**

**(ب - ۳۳):** در اغلب موارد، اگر دو مداخله وجود داشته باشد (هر گونه ترکیبی از مداخله روانشناختی، دارویی یا کتاب درمانی) و فرد هنوز علائم مشخصی را نشان می‌دهد، باید به سرویس‌های خدمات سلامت روان تخصصی ارجاع شود.

### **گام ۵ برای افراد مبتلا به اختلال هراس: مراقبت در سرویس‌های خدمات بهداشت روان تخصصی**

**(ب - ۳۴):** سرویس‌های تخصصی بهداشت روان باید ارزیابی جامعی از فرد و محیط زندگی و شرایط اجتماعی فرد به عمل آورد. این ارزیابی‌ها باید شامل موارد زیر باشد:

- درمان‌های قبلی، از جمله اثر بخشی درمان
- هر گونه سوء مصرف مواد مخدر از جمله نیکوتین، الکل، کافئین و داروهای روانگردان
- بیماری‌های همراه (همبود)
- عملکرد روزانه
- شبکه‌های اجتماعی
- تداوم عوامل استرس‌زا مزمن
- نقش علائم مربوط به آگوروفوبیا و دیگر علائم اجتنابی

## ۶۰/ راهنمای بالینی احتمال اضطراب فراگیر و احتمال هراس

ارزیابی جامع خطر (comprehensive risk assessment) باید صورت گیرد و برنامه مناسب مدیریت خطر (risk) اتخاذ گردد.

**(ب - ۳۵):** برای انجام این ارزیابی‌ها و ایجاد یک طرح و قاعده کامل، شاید بیش از یک جلسه لازم باشد.

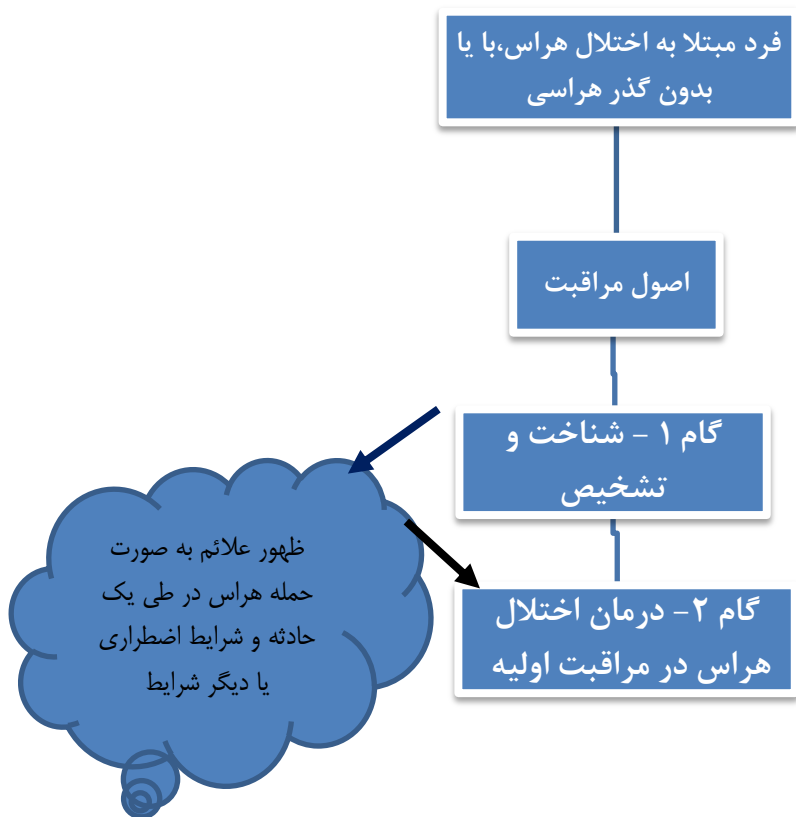
**(ب - ۳۶):** مراقبت و مدیریت باید براساس شرایط فردی و تصمیمات مشترک باشد.

### گزینه‌ها شامل:

- درمان اختلالات همراه (همبودی)
- CBT با یک درمانگر با تجربه در صورتی که قبلاً انجام نشده باشد، شامل CBT در خانه در صورتی که حضور در کلینیک مشکل باشد.
- حل مسئله ساختار یافته
- بررسی کامل دارو درمانی
- حمایت روزانه در جهت کمک به سرپرستان و اعضای خانواده
- ارجاع به مشاوره، ارزیابی و مدیریت در مراکز تخصصی

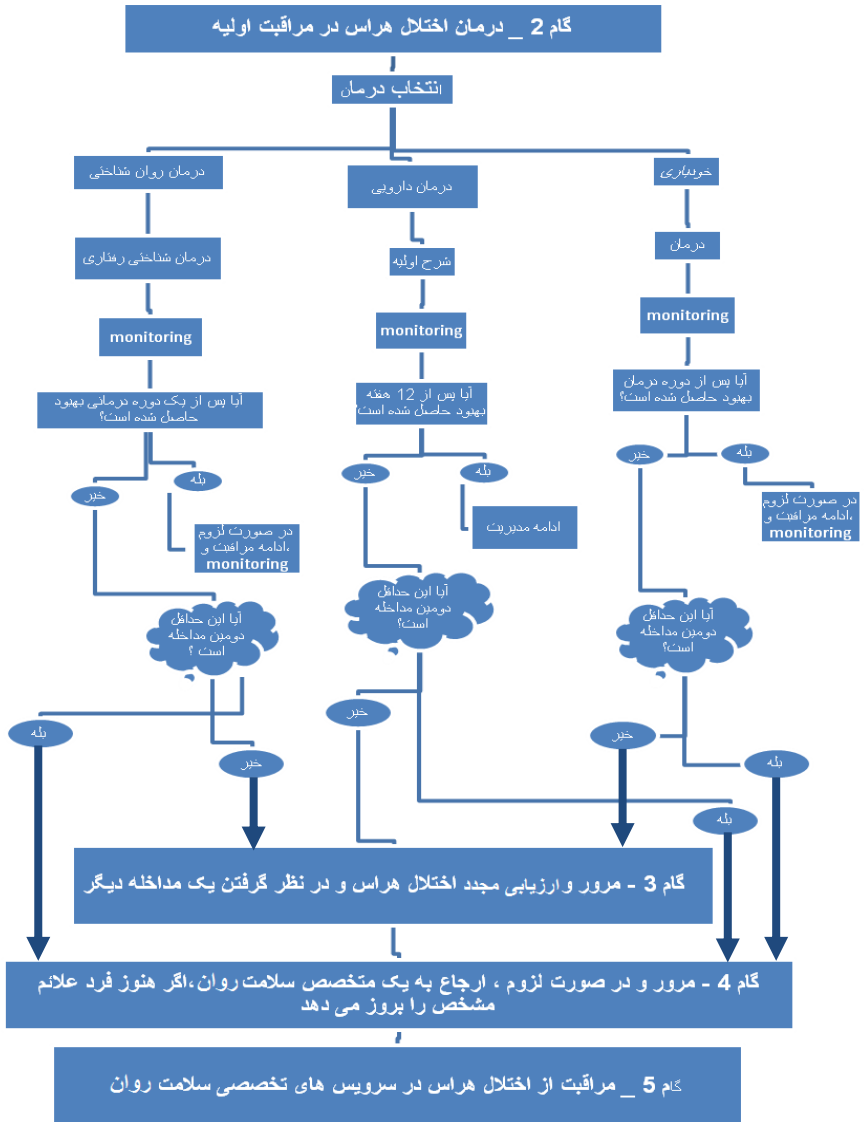
**(ب - ۳۷):** باید ارتباط دقیق و موثر بین تمامی متخصصین مراقبت‌های بهداشتی که دخیل در مراقبت افراد مبتلا به اختلال هراس هستند وجود داشته باشد، بخصوص بین پزشکان مراقبت‌های اولیه (پزشک عمومی و تیم مربوطه) و پزشکان مراقبت ثانویه (روانپزشکان و تیم های بهداشت روان جامعه) در صورتی که شرایط سلامت جسمانی در حدی باشد که نیاز به مدیریت فعال باشد.

## الگوریتم اختلال حراس



# ۶۲ / راهنمای بالینی احتمال اضطراب فراگیر و احتمال هراس

ادامه الگوریتم احتمال هراس



## شاخص های ممیزی استفاده از راهنمای بالینی

- بیماران علائم اختلال اضطرابی را داشته باشند.
- علائم اختلالات افسردگی، جسمانی سازی، اختلال تبدیلی، اختلال تجزیه ای، اسکیزوفرنی، اختلال خلقی و دو قطبی نداشته باشند.
- در پرسشنامه های زیر حداقل معیارهای تشخیصی را دارا باشند:

➤ اضطراب بک (Beck)

➤ هامیلتون

➤ یادداشت روزانه حمله هراس

➤ پرسشنامه اضطراب حالت

- علائم بیماری های کم کاری، پرکاری تیروئید نداشته باشند.
- بیماری های دستگاه گوارشی، دستگاه تنفسی و بیماری های روماتیسمی نداشته باشند.
- سوء استفاده مصرف مواد و اعتیاد بررسی و رد گردد.
- سوء استفاده از داروها و مسمومیت دارویی وجود نداشته باشد.



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.

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.

Barlow, D. H. (2000) Unravelling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247–1263.

Beck, A. T. & Emery, G., Greenberg, R. L. (1985) *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books

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, J. J. Lopez-Ibor & J. R. Geddes), pp. 729–739. New York: Oxford University Press.

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.

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.

Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993) Efficacy of applied relaxation and cognitivebehavioraltherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611–619.

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.

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.

British Medical Association & the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2009) *British National Formulary (BNF) 57*. London: Pharmaceutical Press.

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.

Culpepper, L. (2009) Generalized anxiety disorder and medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (Suppl 2), 20–24.

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.

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.

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.

Engel, K., Bandelow, B., Gruber, O., et al. (2009) Neuroimaging in anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116, 703–716.

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.

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.

Gelder, M., Harrison, P. & Cowen, P. (2006) *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. London: Oxford University Press.

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.

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.

Hanus, M., Lafon, J. & Mathieu, M. (2004) Double-blind, randomised, placebocontrolled 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.

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.

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.

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.

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.

Kendler, K. S. (1996) Major depression and generalised anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments – revisited. *British Journal of Psychiatry*, 30, 68–75.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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/plp/documents/drugsafetymessage/con019472.pdf>

MHRA.gov.uk/home/groups/plp/documents/drugsafetymessage/con019472.pdf

Mohammadi MR, Davidian H; Noorbala AA & et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Iran, 2001. *hakim health system research journal*. volum(6)issue(1).2003.

Noyes, J., Clarkson, C., Crowe, R. R., et al. (1987) A family study of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1019–1024.

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.

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.

Pies, R. (2009) Should psychiatrists use atypical antipsychotics to treat nonpsychotic anxiety. *Psychiatry*, 6, 29–37.

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.

Rickels, K. & Rynn, M. A. (2001) What is generalized anxiety disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 11), 4–12.

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.

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.

Sareen, J., Jacobi, F., 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

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.

Scogin, F., Hanson, A. & Welsh, D. (2003) Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 341–349.

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.

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.

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.

Tyrer, P. & Baldwin, D. S. (2006) Generalised anxiety disorder. *Lancet*, 368, 2156–2166.

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.

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.

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.

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.

Wells, A. (1999) A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86–95.

Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., et al. (1996) Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 308–3



پزشک خانواده

