



عنوان دوره آموزشی

آشنایی با مسایل روانشناختی در بیماران کووید-۱۹

بهار ۱۴۰۱



گروه هدف: بهیار - پرستار-اتاق عمل - هوشبری (به جز گروه مدیران پرستاری)

اهداف آموزشی

پاندمی کرونا

پیامدهای روانشناختی کرونا بر سلامت روان جامعه

پیامدهای روانشناختی کرونا بر کودکان

سلامت روان کارکنان

احساس اندوه جمعی

واکنش سوگ ابراز نشده و تعارضات خانوادگی

مدت ساعت دوره: ۲۰ ساعت

نوع آموزش (حضوری / غیر حضوری): غیر حضوری

روش آزمون : الکترونیکی

۶	 مقدمه
۷	 عوارض روانشناختی اختلال کووید-۱۹
۸	 کووید-۱۹: عامل خطر آفرین برای سلامت روان
۹	 کووید-۱۹ عامل خطر آفرین برای بروز اختلالات روانپزشکی
۱۴	 تاثیر قرنطینه بر زوجین و کودکان، سوگواری نکردن برای از دسترفتگان
۱۷	 عوارض پاندمی کووید-۱۹ در سرتاسر جهان
۲۱	 مدلهای آسیب شناسی اختلالات روانی
۲۱	 اختلالات روانپزشکی ناشی از کووید-۱۹
۲۳	 تفاوت ترس، اضطراب و وحشتزدگی
۲۴	 ملاک های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر
۲۶	 ویژگی های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر
۲۷	 ویژگی های مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر
۲۷	 شیوع اختلال اضطراب فراگیر
۲۸	 شکل گیری و روند اختلال اضطراب فراگیر
۳۲	 معیارهای DSM-V برای آگورافوبیا
۳۳	 شیوع آگورافوبیا
۳۳	 شکل گیری و روند
۳۴	 عوامل خطر و پیش آگهی
۳۷	 همزمانی اختلالات با آگورافوبیا
۴۸	 ویژگی های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)
۵۱	 ویژگی های مرتبط با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)
۵۲	 شکل گیری و روند اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)
۵۳	 عوامل خطر و پیش آگهی اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)
۵۵	 تشخیص افتراقی اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)
۵۹	 ■ روشهای درمان اضطراب بدون دارو
۶۰	 ① رفتار درمانی
۶۰	 ② بیوفیدبک
۶۰	 ③ روش شناختی رفتاری
۶۱	 ④ روان درمانی پویای فشرده و کوتاه مدت

- ⑤ درمان متمرکز بر هیجان یا روش Emotional Freedom Techniques (EFT) ۶۱
- ⑥ نوروفیدبک ۶۱
- ⑦ درمان اضطراب با روش Transcranial direct-current stimulation (TDCS) ۶۱
- درمان‌های دارویی برای کاهش اضطراب ۶۲
- ① خانواده بنزودیازپین‌ها ۶۲
- ② داروهای گروه مسدودکننده بتا ۶۲
- ③ داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین ۶۳
- استراتژی‌های کمکی برای مدیریت اضطراب ۶۳
- اختلال استرس پس از سانحه Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) ۶۴
- نشانه‌ها و معیارهای DSM V برای اختلال استرس پس از سانحه PTSD ۶۴
- روشهای درمانی اختلال استرس پس از سانحه PTSD ۶۸
- دارو درمانی ۶۹
- ملاک‌های تشخیصی وسواس فکری - عملی ۸۱
- ویژگیهای تشخیصی وسواس فکری - عملی ۸۳
- ویژگیهای مرتبط با تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی ۸۵
- شیوع وسواس فکری - عملی ۸۶
- ملاک‌های تشخیصی اختلالات سازگاری در DSM V ۹۲
- سببشناسی اختلالات سازگاری ۹۳
- درمان اختلالات سازگاری ۹۴

با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در حوزه پزشکی، شیوع برخی بیماری‌های عفونی جدید پیامدها و عوارض بسیار زیادی بر زندگی انسان داشته است. در واقع، اگرچه انسان تلاش کرده تا با ایجاد تحولات آموزشی و درمانی، امکان سازگاری و کاهش شیوع بیماری‌های عفونی را ممکن سازد ولی این تغییرات هم نتوانسته‌اند انسان را از پیامدهای جسمی و روانی این نوع بیماری‌ها مصون نگه‌دارند. برای مثال، شیوع ویروس جدیدی با عنوان کووید ۱۹^۱ که باعث عفونت‌های تنفسی از سرماخوردگی گرفته و سندرم حاد تنفسی (سارس)^۲ تا بیماری‌های شدیدتر مانند سندرم تنفسی مدیترانه‌ای (مرس)^۳ می‌شود، نشان داد که این بیماری جدید می‌تواند ضمن تغییر جریان زندگی افراد، سلامت جسمانی و روانی آنها را تهدید نماید.

سازمان بهداشت جهانی^۴ در دسامبر ۲۰۱۹ میلادی انتشار یک بیماری ویروسی در شهر ووهان چین گزارش کرد. عامل این بیماری یک نوع ویروس جدید و تغییر ژنتیک یافته از خانواده کرونا ویروس‌ها با عنوان SARS COV-۱۹ بود که بیماری کووید-۱۹ نامگذاری گردید. متأسفانه، این ویروس به دلیل قدرت سرایت بسیار بالا به سرعت در کل جهان انتشار پیدا کرد و تقریباً طی زمانی اندک (کمتر از چهار ماه) تمامی کشورهای جهان را آلوده نمود.

کووید-۱۹ در ایران نیز شیوع پیدا کرده و به سرعت سلامت جسمی و روانی مردم را به خطر انداخته است، چرا که شیوع این بیماری نگرانی از احتمال مرگ در اثر عفونت‌های ویروسی را افزایش داده و منجر به فشار روانشناختی شده است. مکانیزم این ویروس ناشناخته است و تاکنون هیچ داروی خاصی برای این ویروس وجود ندارد؛ بنابراین در حال حاضر کنترل منبع عفونت بسیار مهم است. قطع کردن سیر انتقال و استفاده از داروها و تجهیزات برای کنترل پیشرفت بیماری بسیار مهم است. بیماری کرونا ویروس یا کووید-۱۹، بیماری عفونی جدیدی است که ارتباط نزدیک با سارس دارد و در درجه اول سیستم تنفسی انسان را هدف قرار می‌دهد.

۱- COVID-۱۹

۲- Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)

۳- Mediterian East respiratory syndrome (MERS)

۴- World Health Organization (WHO)

این ویروس بسیار عفونی از طریق قطرات بزاق و تماس نزدیک منتقل می‌شود و تهدید بزرگی برای سلامت و ایمنی عمومی و جهانی است. شیوع ویروس‌های کرونای پیشین و سندرم تنفسی مانند سندرم حاد تنفسی (سارس)، قبل از به عنوان عواملی شناخته شده‌اند که تهدیدی برای سلامت عمومی محسوب می‌شوند.

از سویی دیگر، گسترش و شیوع کووید ۱۹ منجر به قرنطینه شدن در خانه و بسته شدن بسیاری از مراکز تفریحی و آموزشی شد که سلامت روان مردم را به شکل منفی تحت تاثیر قرار داد. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند عوارض روانشناختی ناشی از کووید ۱۹ متوسط تا عمیق بوده و می‌تواند علایم اضطراب، افسردگی و ترس در افراد ایجاد نماید.

شیوع کووید ۱۹ همچنین باعث ایجاد اضطراب و افسردگی در کادر پزشکی و درمان شده است. همچنین این بیماری تاثیرات روانشناختی زیادی بر مهارت‌های مقابله‌ای و پاسخ‌های هیجانی افراد داشته است. زنان نسبت به مردان اضطراب شدیدتری نشان می‌دهند و ساکنان شهرها نیز اضطراب و ترس بیشتری تجربه می‌کنند. این بیماری می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد احساس خودکارآمدی پایین در افراد باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد مبتلا به بیماری کووید ۱۹ با بیماری مزمنی روبرو هستند که خارج از کنترل آنها است، هیچ درمانی ندارد و بر کار، روابط اجتماعی، دانشگاهی، خانوادگی و سایر زمینه‌های زندگی فرد تأثیر می‌گذارد.

نتیجه پژوهشی نیز نشان داد که افراد قرنطینه شده در معرض ابتلا به افسردگی، اضطراب، اختلال در خواب و اختلال استرس پس از آسیب روانی قرار دارند. هراس از ابتلا به بیماری همه گیر، احساس استیصال، بی حوصلگی، نگرانی از پیامدهای اقتصادی شیوع بیماری همه گیر و نگرانی از قحطی از جمله عواملی هستند که احتمال آسیب‌های روانی در دوران قرنطینه یا رعایت فاصله اجتماعی را افزایش می‌دهند.

عوارض روانشناختی اختلال کووید-۱۹

ابتلا به کرونا ویروس علاوه بر عوارض جسمی، خطرهایی از جمله مشکلات سلامت روان مانند اضطراب، افسردگی و استرس نیز به همراه دارد. کووید-۱۹ نه فقط باعث نگرانی در مورد سلامت جسمی می‌شود بلکه منجر به برخی از اختلالات روانشناختی نیز می‌گردد. اختلالات روانشناختی به گروهی از اختلالات گفته می‌شود که با تأثیر بر تفکر و رفتار، باعث ایجاد ناراحتی برای فرد مبتلا یا ایجاد ناتوانی در او می‌شود. این نوع

اختلالات انواع مختلفی دارند که بعضی از آنها در جامعه شایعتر است و فراوانی بیشتری دارند. علت اختلالات روانی به خوبی شناخته شده نیست ولی به یقین عوامل ژنتیک و استرس‌های مختلف در ایجاد یا بروز آنها مؤثر است. شماری از شایعترین اختلالات توصیف شده بر اساس آخرین نسخه کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM V شامل اختلالات وسواسی، افسردگی و اضطرابی است که در هر دو جنس زن و مرد مشاهده می‌شود و بیشترین درصد مراجعه به روانشناس و کلینیک‌ها را به خود اختصاص می‌دهد.

کوید-۱۹: عامل خطر آفرین برای سلامت روان

در همه‌گیری‌ها همواره سلامت عمومی به خطر می‌افتد؛ در نتیجه واکنش‌های منفی روانشناختی در میان افراد می‌تواند زمینه را برای مبتلا شدن افراد به بیماری افزایش دهد؛ به ویژه در افرادی که مستعد اختلالات روانی می‌باشند. بسیاری از افراد به دلیل تأثیرات فوری و بی‌وس بر سلامتی و پیامدهای انزوای فیزیکی پریشان هستند. بسیاری دیگر با مسایلی مانند ترس از عفونت، مردن و از دست دادن اعضای خانواده دست و پتجه نرم می‌کنند. همچنین از نظر فیزیکی از عزیزان و همسالان خود فاصله گرفته‌اند. میلیون‌ها انسان با از دست دادن درآمد اقتصادی و یا معیشت خود در معرض نابسامان اقتصادی قرار دارند. بنابراین آشفتگی روانی در جمعیت به طور گسترده‌ای وجود دارد.

از آنجایی که قدرت فعلی ویروس کرونا در آلوده شدن افراد و پیش‌بینی‌های آینده در مورد همه‌گیری طولانی‌مدت است و ممکن است آسیب‌های روان‌شناختی برجا گذارد. در این بررسی تلاش شده است که اطلاعات اساسی اختلالات روانشناختی (مانند اختلالات افسردگی، اضطراب، وسواس و استرس) مربوط به شیوع کرونا و ویروس برجسته شود و وضعیت کنونی شیوع بیماری در سطح جهان مورد بحث قرار گیرد. در دسترس بودن اطلاعات دقیق در مورد اثرات سوء روانشناختی این بیماری می‌تواند به مداخلات روانی در جامعه کمک کند، به ویژه در بین افرادی که سطح اضطراب بالایی دارند.

کووید-۱۹ عامل خطر آفرین برای بروز اختلالات روان پزشکی

ماندن افراد در منزل و یا فاصله گذاری اجتماعی بهترین راهبرد برای ممانعت از انتشار بیماری کووید-۱۹ به حساب می آید. با توجه به ماندن در خانه ممکن است اختلالات روانشناختی مختلف در میان افراد خانواده مشاهده شود. یافته های پژوهش که به بررسی کیفیت خواب در افرادی که به مدت ۲ هفته در طی شیوع کووید-۱۹ خود را قرنطینه کرده بودند نشان داد اختلال در خواب با افزایش اضطراب و استرس در این افراد مرتبط است.

در مطالعه ای پژوهشگران اثرهای روانی مانند افسردگی، استرس و اضطراب را در آغاز شیوع کووید-۱۹ ارزیابی کردند. در این مطالعه، ۹۲۹۰ شرکت کننده از ۹۱۷ شهر در چین به پرسشنامه پاسخ دادند. این پژوهش نشان داد ۳۵/۸ درصد از این افراد اثرهای روانشناختی شدید شیوع بیماری را تجربه کرده اند. علاوه بر این ۳/۹۶٪، ۸/۲۸٪ و ۸/۹٪ از پاسخ دهندگان به ترتیب سطوح متوسط تا شدید افسردگی، اضطراب و استرس را گزارش کردند. در تحقیقی دیگر، پژوهشگران اثرهای اپیدمی کووید-۱۹ را در خاورمیانه در دانشجویان پزشکی بررسی کردند و دریافتند که همه این دانشجویان استرس را تجربه کرده اند؛ با این حال، دانشجویان دختر در مقایسه با دانشجویان پسر دچار استرس بالاتری بوده اند. در یک مطالعه، پژوهشگران دریافتند که اضطراب و ترس در بیماران کووید-۱۹ بسیار شایع است. از این رو، ارائه برنامه های توانبخشی با استفاده از طب سنتی پیشنهاد داده شد. در مطالعه ای که با هدف بررسی اثرهای روانی قرنطینه در طی همه گیری سارس در کانادا انجام شد، نتایج نشان داد که شیوع بالینی پریشانی روانی، اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی بسیار بیشتر از قبل از شیوع همه گیری می باشد. علاوه بر این، همبستگی معنی داری بین مدت قرنطینه و شیوع اختلال استرس پس از سانحه وجود داشت؛ بنابراین چنین مطرح شد که تماس مستقیم با فرد مبتلا به سارس، علایم افسردگی و استرس پس از سانحه را تشدید می کرد.

پژوهشگران در مطالعه ای که واکنش های شناختی رفتاری افراد بزرگسال را به بیماری همه گیر MERS در مراکز خرید جده در عربستان مورد بررسی قرار دادند، دریافتند که سطح اضطراب به طور معنی داری با ترس از ابتلا به عفونت و فاصله اجتماعی در مسافرت ها و قرار گرفتن در مکان های عمومی مرتبط است. نتایج پژوهشی که با هدف تأثیر روانشناختی شیوع ابولا انجام شد، نشان داد افراد به دلیل مشاهده مرگ دیگران و داشتن ترس از مرگ، ضربه روحی شدیدی را تجربه می کنند. در مطالعه ای دیگر که به منظور بررسی تأثیر ارتباطات و رسانه ها در زمان

شیوع آنفولانزای خوکی در بریتانیا انجام شد، محققین دریافتند که تبلیغات رسانه‌ها، خرید ژل‌های ضد عفونی را افزایش داده و نگرانی‌ها در مورد اجتناب از وسایل حمل و نقل عمومی را افزایش داده است.

در مطالعه‌ای دیگر که با هدف بررسی تأثیر شیوع بیماری‌های عفونی در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی انجام شد، محققین دریافتند که افرادی که مستقیماً در معرض خطر سارس بوده‌اند، علاوه بر استرس مزمن، میزان بالاتری از افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه را گزارش کردند.

میزان اضطراب یا تشویش عبارت است از احساس ناخوشایند و مبهم هراس و نگرانی با منشأ ناشناخته، که به فرد دست می‌دهد و شامل نبود اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است. ترس از وقوع مجدد موقعیت‌هایی که پیشتر استرس‌زا بوده‌اند یا طی آنها به فرد آسیب رسیده است باعث اضطراب در افراد می‌شود. افسردگی نیز می‌تواند سلامت جسمانی، احساسات، رفتار و سلامت روحی انسانها را تحت-الشعاع قرار دهد.

علائمی مانند غم و اندوه، احساس بی‌ارزشی، دشواری در تمرکز، ناتوانی در اندیشیدن، احساس گناه، بی‌خوابی، احساس شکست و بسیاری از نشانه‌های خطرناک دیگر در انسان‌های افسرده قابل مشاهده است. افسردگی اساسی که با ترکیبی از علایم مشخص می‌شود و باعث اختلال در توانایی‌های فرد از قبیل کار کردن، خوابیدن، مطالعه کردن، غذا خوردن و یا انجام فعالیت‌های لذت‌بخش می‌شود.

هنگامی که اخبار مربوط به شیوع بیماری عفونی همه‌گیر مطرح می‌شود، ممکن است به افراد احساس اضطراب و استرس دست دهد، حتی اگر احتمال کمی وجود داشته باشد که در معرض خطر بیماری قرار گیرند. با این حال، افراد در پی شیوع بیماری عفونی، سلامت جسمی و روحی خود را در خطر می‌بینند، در چنین مواقعی بروز علائم استرس طبیعی به نظر می‌رسد، به طوری که رخداد بیماری‌های همه‌گیر ترس و اضطراب شدیدی برای عموم در پی خواهد داشت. شیوع بیماری کووید ۱۹ در مقایسه با ویروس‌های دیگر سرعت شیوع بالاتری دارد و خیلی سریع از شهر ووهان چین گسترش یافت. به دلیل گسترش سریع در عرض چند ماه در مکان‌های گوناگون جغرافیایی تا حد زیادی توجهات جهانی را به خود جلب کرد و باعث دغدغه ذهنی برای همه جوامع شد.

با اینکه طی آنفلونزای فصلی در ایالات متحده یعنی از اکتبر ۲۰۱۹ تا فوریه ۲۰۲۰، ۲۲ میلیون نفر مبتلا به بیماری آنفلونزا گزارش شده که در این بین ۲۱۰ هزار نفر بستری در بیمارستان و ۱۲ هزار مرگ و میر به همراه داشته است، اما به دلیل جدید بودن ویروس کرونا و عدم قطعیت در مورد چگونگی آن، کرونا ترس بیشتری از آنفلونزای فصلی در پی داشت حتی با آنکه تعداد مرگ و میر آنفلونزا بیشتر از کرونا است. همچنان بر اساس نظرسنجی دیگری، ۳۷ درصد آمریکایی‌ها در مورد کرونا بسیار نگران بودند و ۲۷ درصد از افراد نگران آنفلونزای فصلی بودند؛ بنابراین اکثر پاسخ‌دهندگان نسبت به کرونا بیشتر از آنفلونزای فصلی نگران بودند.

این واقعیت که کووید-۱۹ از انسان به انسان قابل انتقال است و با عوارض بالا و مرگ و میر همراه است، به طور بالقوه منجر به تشدید ترس و خطر شخصی می‌شود. علاوه بر این، غیرقابل پیش‌بینی بودن و افزایش جریان موارد مشکوک و واقعی کووید-۱۹، به استرس و نگرانی‌های متخصصان بهداشت و عموم مردم افزوده است. کرونا ویروس بلا تکلیفی زیادی را ایجاد و این مسئله اضطراب و وسواس فکری افراد را تشدید می‌کند، حتی ممکن است حمله پانیک در پاسخ به فشار استرس در پیوند با شیوع کرونا ویروس رخ دهد. تحقیقات و مشاهدات بالینی نشان می‌دهند که در زمان بیماری همه‌گیری، بسیاری از افراد پاسخ‌های آشفته و اضطرابی نشان می‌دهند؛ به عنوان مثال، ترس از آلوده شدن، ترس از تماس با اشیاء یا سطوح آلوده، ترس از افرادی که ممکن است به عفونت مبتلا شوند، ترس از عواقب اقتصادی-اجتماعی همه‌گیری (به عنوان مثال: از دست دادن شغل).

بررسی اجباری و اطمینان خاطر در مورد تهدیدهای مرتبط با بیماری همه‌گیر و علائم استرس آسیب‌زا در مورد همه‌گیری (به عنوان مثال: کابوس، افکار مزاحم) از جمله مواردی است که ممکن است افراد درگیر آن شوند. یافته‌های مطالعات چین نشان می‌دهد که بیش از ۲۵ درصد از جمعیت عمومی در پاسخ به کووید ۱۹ سطح متوسط تا شدید علائم مرتبط با استرس یا اضطراب را تجربه کرده‌اند. این یافته‌ها مشابه با آنچه است که هنگام شیوع سارس و آنفلونزا در سال ۲۰۰۹ گزارش شده است. مطالعات اپیدمی و همه‌گیری‌های قبلی نشان می‌دهد اضطراب یا فقدان آن عامل مهمی برای رفتار افراد است؛ به طوری که افرادی که اضطراب کمی در مورد شیوع ویروس دارند کمتر احتمال دارد که درگیر رفتارهای بهداشتی مانند شستشوی دست

شوند، به احتمال زیاد کمتر به دستورهای شستن فیزیکی دست پایبندند، کمتر احتمال دارد که اگر واکسن در دسترس باشد واکسینه شوند. در مقابل، افراد مبتلا به اضطراب (ف) بیش از حد درگیر اختلالات اجتماعی می‌شوند (ب) رفتارهایی مانند خریدهای بی‌رویه انجام می‌دهند و (ج) رفتارهای حاکی از وحشت-زدگی و افزایش مراجعات به بیمارستانها و کلینیک‌ها وقتی نشانه‌ای را به اشتباه به عنوان بیماری یا عفونت جدی تفسیر و تشخیص می‌دهند، از خود نشان می‌دهند.

پژوهشگران توضیح می‌دهند که چگونه قرنطینه جمعی باعث شکل‌گیری "حس حبس شدن" و تجربه-ی هیستری جمعی شده است، در حین شیوع بیماری، حتی بدون قرنطینه نیز انتظار می‌رود که افراد سطحی از اضطراب را تجربه کنند. اضطراب جامعه پس از اولین مرگ، افزایش گزارش رسانه‌ها و تعداد موارد جدید ابتلا، افزایش می‌یابد. بنابراین قرنطینه جمعی به دلایل مختلف احتمالاً اضطراب را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد. اضطراب بالا نیز ممکن است پیامدهای تأثیرگذاری بر سایر اقدامات بهداشتی داشته باشد. عوامل آسیب‌پذیری روانی مختلفی ممکن است در ترس از کرونا نقش داشته باشد که عواملی مانند بلاتکلیفی، آسیب‌پذیری ادراک‌شده از بیماری، زمینه‌های آسیب‌پذیری روانشناختی، اضطراب و نگرانی از جمله آنها است.

تنش‌ها و فشارهای ایجاد شده در موقعیت بیماری کرونا می‌توانند سبب نابسامانی‌های ذهنی همانند نگرانی و افسردگی باشند. ترس و نگرانی زیاد در مورد بیماری می‌تواند باعث ایجاد هیجانات شدید افراد شود. سه شکل از مشکلات سلامت روان که به دنبال وقوع فاجعه یا بحران در افراد جامعه دیده می‌شود؛ شامل اختلال سازگاری، اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه است. اختلال استرس حاد با واکنش‌های حاد فقدان احساسات، پاسخ ندادن به محرک‌های خارجی، کاهش فعالیت‌های بیرونی، علائم روانی مثل تب، لرز، تپش قلب، تهوع و استفراغ همراه است.

اختلال استرس پس از سانحه، اختلال روانی است که پس از رویدادی ناگوار و آسیب‌زا مانند تجاوز جنسی، جنگ، تصادف رانندگی و دیگر عواملی بروز می‌یابد که جان فرد را تهدید می‌کند. **اختلالات سازگاری** یکی از اختلالات مرتبط با تروما و استرس است که بیشتر مردم آن را با اختلال اضطراب و افسردگی اشتباه می‌گیرند. شاید برای هر فردی پیش آمده باشد که برای دوره زمانی با مشکلات و چالش-

های گوناگونی در زندگی روبرو شود و نتواند بر سختی‌ها پیروز شود. افرادی که دچار این مشکلات می‌شوند اندوهگین، افسرده و ناامید می‌شوند مضطرب، نگران و عصبی هستند. اختلال سازگاری اغلب با خلق افسرده و اضطراب همراه است.

بعلاوه بر این نه فقط افراد مبتلا به بیماری کرونا بلکه عموم مردم مانند افراد سالمند که از اقشار آسیب‌پذیر بیماری کرونا و ویروس محسوب می‌شوند، ممکن است دچار اختلالات روانپزشکی شوند. این افراد از یک طرف با ترس از کرونا و مرگ مواجه هستند و از طرف دیگر در حالت قرنطینه از دیدار عزیزان خود محروم می‌باشند. این شرایط می‌تواند افراد را دچار اضطراب، افسردگی و یا حتی دچار حمله هراس کند. امروزه، توجهات محققین بر مسایل روانپزشکی سالمندان بیش از پیش جلب شده است.

به طور کلی، در برخورد با وقایع استرس‌زای زندگی مانند بلایای طبیعی، تصادفات، جنگ، بیماری همه‌گیری، حمله و تجاوز افراد ممکن است دچار واکنش‌های حاد استرس شوند و علائم اضطراب و هراس نشان دهند. به ویژه وقتی بیماری از نظر بالینی کاملاً جدی باشد برخی از افراد ممکن است اختلالات روانی نشان دهند. طی همه‌گیری کرونا و ویروس، افراد برای جلوگیری از ابتلا به بیماری، نه به منطقه آسیب‌دیده می‌روند و نه با افراد آلوده ارتباط برقرار می‌کنند؛ فقط در خانه می‌مانند و اخبار تلویزیون را تماشا می‌کنند؛ تعداد افراد آلوده و مرگ و میر روزانه را برای مدت طولانی پیگیری می‌کنند که در نتیجه اختلال استرس حاد، که به نسبت نادر است احتمال دارد در افراد مشاهده شود.

یکی دیگر از تأثیرات کرونا و ویروس روی افراد، **اختلال وسواس** است. اختلال وسواس، از اختلالات روانپزشکی است که مشخصه‌های اصلی آن افکار وسواسی است. افکار وسواسی یا افکار مزاحم و اعمال اجباری ناخواسته، تکانه‌ها یا ایده‌هایی هستند که بی‌مورد تجربه می‌شوند و مولد اضطراب و آشفتگی می‌باشند. رفتارهای تکرارشونده‌ای مانند شستن و واریسی کردن یا اعمال ذهنی مانند شمارش که به نوعی تلاش برای کاهش اضطرابی است که توسط افکار وسواسی ایجاد شده است ترس از آلودگی و شستشوی بیش از حد دست‌ها شایع‌ترین علامت وسواس است و اکنون تأکید بسیار زیادی بر شستشوی دست در سلامتی است؛ بنابراین احتمال دارد که در افراد علائم وسواس دیده شود، به خصوص در افرادی که زمینه این

اختلال را داشته‌اند بروز این علائم از سر گرفته می‌شود. بسیاری از افرادی که برای مشاوره اقدام کرده‌اند، شکایاتی از وسواس را گزارش داده‌اند.

شاید هیچ یک از گروه افراد مبتلا به بیماری روانی از جمله افراد اختلال وسواس فکری- عملی به طور مستقیم مبتلا به کرونا نشوند. اما آنها در تلاش برای جلوگیری از خطر، مشغول اعمال رفتارهای اجباری باشند. به طور کلی، سنگر اضطراب در مورد ویروس باعث ترس و وسواس موجود در آلودگی در برخی از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و باعث تحریک بیشتر اعمال اجباری آسیب‌زا می‌شود. برای این افراد، کرونا ویروس می‌تواند تبدیل به تمام آن چیزی شود که فکر می‌کنند. در واقع، برخی از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مربوط به آلودگی، در مورد منطقی بودن روش‌های درمانی که دنبال کرده‌اند، ابراز تردید می‌کنند.

تأثیر قرنطینه بر زوجین و کودکان، سوگواری نکردن برای از دست‌رفتگان

یکی از دلایلی که می‌تواند موقعیت تنش‌زا را فراهم کند و منجر به ترس و نگرانی در افراد شود، غیرمنتظره بودن موقعیت و نبود اطمینان از زمان کنترل بیماری و میزان خطرپذیری آن است. در این میان، تجزیه و تحلیل‌های گوناگون و اطلاعات نادرست نیز باعث نگرانی روزافزون می‌شود. با توجه به ناشناخته بودن بیماری کووید-۱۹ موقعیتی تنش‌زا برای عموم افراد در پی دارد. به عنوان مثال، متخصصان بهداشت که به طور مداوم با بیماران مبتلا ارتباط دارند به خاطر در معرض خطر ابتلای بیماری قرار داشتن، ترس و استرس زیادی را تجربه می‌کنند و یا افرادی که به دلیل قرنطینه، کسب و کار خود از دست داده یا محدود شده است.

در شرایط اپیدمیک و پاندمیکی نگرانی‌های جدی مثل ترس از مرگ نیز می‌تواند بین بیماران ایجاد شود و احساساتی همانند تنهایی و خشم می‌تواند بین مردمی بروز کند که در قرنطینه می‌باشند. علاوه بر این مردمی که در قرنطینه هستند برخوردهای چهره به چهره و سنتی اجتماعی را از دست می‌دهند که این خود پدیده‌ی تنش‌زا محسوب می‌شود.

تا به امروز، داده‌های اپیدمیولوژیک در مورد مشکلات سلامت روانی از جمعیت عمومی طی شیوع کووید ۱۹ در دسترس نیست و چگونگی بهترین پاسخ به چالش‌ها طی شیوع آن ناشناخته است. کسانی که در قرنطینه هستند، اغلب بی‌حوصلگی، تنهایی و عصبانیت را تجربه می‌کنند. از طرفی در رسانه‌های اجتماعی ویروس کرونا به عنوان ویروس قاتل توصیف می‌شود که باعث ایجاد احساس خطر و نبود اطمینان در بین مردم می‌شود. در مرحله اولیه شیوع بیماری SARS در سال ۲۰۰۳ طیف وسیعی از عوارض روانی، از جمله افسردگی، اضطراب، حمله‌های هراس، علائم روانی و حتی خودکشی گزارش شده است. طی شیوع کووید-۱۹ نیز ممکن است علاوه بر افزایش اضطراب، احساس انزوا و ننگ آسیب‌های روانشناختی دیگری نیز در پی داشته باشد.

بیماری همه‌گیری کرونا ویروس به طور اساسی زندگی افراد را تغییر داده است. اقدامات سختگیرانه برای مهار و مدیریت بیماری اضطرابی اپیدمیولوژیک، بی‌شک ساختار خانواده‌ها را در معرض برخی مسائل و تنش‌های بحرانی قرار داده است و مشخص نیست تا چه مدت ادامه خواهد داشت. طی قرنطینه به دلیل کووید ۱۹، خانه در معرض خطر قرار می‌گیرد تا به مکانی بسیار خطرناک برای قربانیان خشونت خانگی تبدیل شود، زیرا آنها موظف هستند تمام روز را در کنار شرکای خود و به دور از افرادی قرار گیرند که می‌توانند تجربیاتشان را تأیید و در مواردی کمک کنند.

در حال حاضر در سراسر دنیا گزارش‌هایی در مورد افزایش نرخ خشونت خانگی در دوران اپیدمی کووید-۱۹ گزارش شده است. دلیل این مسئله این است که در سرتاسر جهان افراد عادی موظف شدند در خانه بمانند. بنابراین زنان و دختران بیشتر در معرض خطر خشونت خانگی از سوی شریک‌های جنسی و انواع دیگر خشونت زندگی و کودک‌آزاری قرار دارند. همچنین طولانی شدن دوران قرنطینه و عوامل تنش‌زای اقتصادی و اجتماعی ناشی از این بیماری همه‌گیر موجب افزایش تنش و در نتیجه خشونت در خانواده می‌شود. خشونت خانگی اصطلاحی گسترده است که به طور معمول شامل خشونت شریک صمیمی (مانند خشونت جسمی، روانی، جنسی و کودک‌آزاری (شامل بی‌توجهی، آسیب جسمی، خشونت جنسی و آسیب‌های عاطفی می‌شود). خشونت شریک صمیمی یکی از شایع‌ترین اشکال خشونت علیه زنان در سراسر جهان است و شامل: (۱) خشونت فیزیکی (ضربه،

سیلی زدن، لگدزدن و یا هر نوع آسیب فیزیکی)، ۲) خشونت جنسی (مجبور کردن شریک جنسی به داشتن رابطه بدون رضایت و آمادگی) و ۳) سوء رفتار عاطفی (توهین، تجاوز کلامی، تحقیر و بدخلقی) می‌شود. در پژوهشی تحت عنوان گزارش مختصری از قربانی خشونت شدن شریک زندگی در بزرگسالان ایالات متحده در دوران کووید-۱۹ که به صورت آنلاین بررسی شد، نتایج نشان داد در دوران اپیدمی کووید-۱۹، قربانیان خشونت و همچنین مرتکبان خشونت در میان بزرگسالان بالای ۱۸ سال افزایش یافته است.

برای کسانی که در خانه‌های کوچک و یا بدون فضای باز زندگی می‌کنند، استرس تشدید می‌شود. با توجه به نگرانی داشتن سالمندان در خانه و دور از خانواده، نمی‌توان از کمک مادر بزرگ و پدر بزرگ‌ها استفاده کرد. به دلیل بحران اقتصادی در ارتباط با ظهور کرونا، بسیاری از شرایط سوءاستفاده می‌توانند بدتر شوند و شرایط سخت را تشدید کند. رشد احتمالی خودکشی‌های خانگی یا رفتارهای انحرافی نسبت به کودکان به دلیل مشکلات در مدیریت استرس والدین وجود دارد. به دلیل تعطیلی مدرسه در دوران قرنطینه وجود کودکان و نوجوانان در خانه همچنین در مواجهه با خشونت خانگی پیامدهای مستقیمی بر سلامت روانی و جسمی آنها دارد و شرایط را بدتر می‌کند.

بر اساس بیانیه‌ای از سوی سازمان بهداشت جهانی؛ تأثیر بیماری همه‌گیر بر سلامت روان افراد بسیار نگران‌کننده است. انزوای اجتماعی، ترس از آلودگی و از دست دادن اعضای خانواده با پریشانی ناشی از دست دادن درآمد و اغلب اشتغال همراه است. گزارش‌ها حاکی از افزایش علائم افسردگی و اضطراب در تعدادی از کشورها است. به عنوان مثال، مطالعه‌ای در اتیوپی، در آوریل ۲۰۲۰، از افزایش ۳ برابری شیوع علائم افسردگی در مقایسه با تخمین‌های اتیوپی قبل از همه‌گیری خبر داد. گروه‌های خاصی از جمعیت بیشتر در معرض خطر پریشانی روانی مرتبط با کرونا قرار دارند. کارکنان مراقبان سلامت، با بار سنگین کاری، در معرض خطر ابتلا به عفونت مواجه هستند. طی همه‌گیری، در چین، کارکنان مراقبان سلامت میزان بالایی از افسردگی (۵۰ درصد)، اضطراب (۴۵ درصد) و بی‌خوابی (۳۴ درصد) و در کانادا اعلام کرده‌اند، ۴۷ درصد از کارمندان مراقبان سلامت نیاز به حمایت روانشناختی دارند.

کودکان و نوجوانان نیز در معرض خطر می‌باشند. والدین در ایتالیا و اسپانیا گزارش داده‌اند که فرزندان‌شان در تمرکز و همچنین تحریک‌پذیری، بی‌قراری و عصبی بودن دچار مشکل شده‌اند. اقدام‌های اقامت در خانه با افزایش خطر کودکانی که شاهد خشونت و سوءاستفاده هستند، همراه است. کودکان دارای معلولیت، کودکان در محیط‌های شلوغ و کسانی که در خیابان‌ها زندگی و کار می‌کنند، به ویژه آسیب‌پذیرتر هستند. گروه‌های دیگری که در معرض خطر ویژه قرار دارند، زنان، گروه‌هایی که مشغول کار در منازل و مدارس می‌باشند، افراد مسن و افراد دارای پیشینه مشکلات بهداشت روان جزء گروه‌های آسیب‌پذیر هستند. مطالعه‌ای در انگلیس که در رابطه با جوانان دارای پیشینه نیازهای بهداشت روانی انجام شده است، حاکی از آن است که ۳۲ درصد از آنها موافقت می‌کنند که این بیماری همه‌جانبه باعث شده است که سلامت روانی آنها بسیار بدتر شود. افزایش مصرف الکل زمینه دیگری برای نگرانی کارشناسان بهداشت روان است.

آمار از کانادا نشان می‌دهد که ۲۰ درصد از افراد ۱۵-۴۹ ساله مصرف الکل خود را طی همه‌گیری افزایش داده‌اند. مورد دیگری که شاید کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ سوگواری نکردن نزدیکان متوفیان است که می‌تواند پیامدهای روانی فراوانی بر جا گذارد. خانواده‌هایی که بستگان خود را به هر دلیلی و یا به دلیل بیماری کرونا از دست می‌دهند و به دلیل محدودیت‌های موجود بهداشتی نمی‌توانند هیجان‌های منفی و دردناک خود را حل و فصل کنند. در این افراد ممکن است که به دلیل حل و فصل نکردن هیجان‌های منفی، زمینه برای بروز برخی اختلالات روانی فراهم شود

عوارض پاندمی کووید-۱۹ در سراسر جهان

شیوع کووید-۱۹ جوامع سراسر جهان را تحت تأثیر قرار داده است. شیوع بیماری کرونا ویروس در دست کم ۱۵۶ کشور جهان باعث شد سازمان بهداشت جهانی وضعیت این بیماری را پاندمیک اعلام کند؛ کشورهایی از جمله چین، کره جنوبی، ژاپن، سنگاپور، هنگ کنگ، تایلند، تایوان، مالزی، آلمان، ویتنام، استرالیا، ایالات متحده، فرانسه، ماکائو، امارات متحده عربی، انگلیس، کانادا، ایتالیا، فیلیپین، هند، ایران، روسیه، اسپانیا، کامبوج، بلژیک، فنلاند، سوئد، مصر و سریلانکا درگیر شیوع این ویروس ناشناخته شده‌اند. در کشور چین ظهور شکل جدید از کرونا ویروس در ووهان، وضعیت گیج‌کننده و تحول سریعی ایجاد کرد. شیوع بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ منجر به تعطیلی مدارس در سراسر کشور چین به عنوان اقدامی اضطراری برای جلوگیری از

شیوع عفونت شد. در پی این اقدام، تلاش‌های گسترده توسط مدارس و معلمان در همه سطوح انجام شد تا دوره‌های آنلاین و ارائه آنها از طریق برنامه‌های تلویزیونی آغاز شود و دوره‌های مختلف به صورت آنلاین و کاملاً منظم ارائه شد. این اقدام‌ها به رفع نگرانی‌های بسیاری از والدین در مورد موفقیت تحصیلی فرزندان‌شان کمک کرد تا اطمینان حاصل شود که آموزش مدرسه تا حد زیادی قطع نشده است.

از ژانویه سال ۲۰۲۰، کمیسیون بهداشت ملی چین چند کتابچه راهنما منتشر کرده است، که ابلاغ اصول مداخله در بحران روانی اضطراری برای بیماری همه‌گیر کووید ۱۹ در تاریخ ۲۶ ژانویه، اطلاع‌رسانی راه‌اندازی خطوط کمک‌های روانشناسی برای اپیدمی در ۲ فوریه و رهنمودهای مربوط به کمک‌های روانشناختی در هنگام بروز همه‌گیری کووید ۱۹ در ۷ فوریه را شامل می‌شود. با هدف مقابله بهتر با مشکلات مبرم روانشناختی افراد درگیر در اپیدمی کووید ۱۹، الگوی مداخله بحران روانی جدید با استفاده از فناوری اینترنت ایجاد شد. این مدل جدید بیمارستان غرب چین، پزشکان، روانپزشکان، روانشناسان و مددکاران اجتماعی را در پایگاه‌های اینترنتی ادغام می‌کند، تا مداخلات روانشناختی را روی بیماران، خانواده‌های آنها و کادر پزشکی انجام دهند. ایده اصلی پیوستن به فناوری اینترنت و فرایند مداخله جامع و همچنین ادغام مداخله اولیه با توانبخشی بعدی است.

در ایران نیز در پی شیوع کرونا ویروس، به صورت رسمی تأیید شد. در عرض دو هفته شیوع ویروس جدید کرونا تقریباً تمامی استان‌های کشور را در بر گرفت. در جدیدترین آمار اعلام شده در ۲۲ ژوئن ۲۰۲۲ بیش از ۶ میلیون و ۳۴۳ هزار و ۵۸۳ تن فوت و ۵۲۱ میلیون و ۶۸۵ هزار و ۹۲۶ نفر بهبود پیدا کرده‌اند. در ایران نیز طبق آمار رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا مورخه ۱۹ تیر ماه ۱۴۰۱، هفت میلیون ۲۴۹ هزار و ۹۷۶ نفر بیاران شناسایی شده هستند که از بین آنها ۷ میلیون ۶۴ هزار و ۶۷۳ نفر بهبود پیدا کرده و ۱۴۱ هزار و ۴۳۹ نفر نیز فوت شده‌ند.

در ۳ فروردین ماه ۱۳۹۹ رئیس مرکز روابط عمومی و اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کرد که «قرنطینه سطح سه‌علیه کرونا در حال اجراست» اما محدودیت‌های بیشتر مستلزم حکومت نظامی است که نه ممکن است و نه مطلوب. همزمانی این سطح قرنطینه و تعطیلات نوروزی ۱۳۹۹ در

ایران باعث کاهش شیب شیوع و تعداد مبتلایان شد. به نوشته اکونومیست، ایرانی‌ها کمترین مسافت را در مدت همه‌گیری ویروس کرونا در جهان و کمترین اثر در آلوده کردن دیگر نقاط دنیا را داشته‌اند. در تاریخ ۲۳ فروردین ۱۳۹۹ طرح فاصله‌گذاری هوشمند به اجرا در آمد و بخش عمده‌ای از اصناف با رعایت پروتکل‌های بهداشتی دوباره فعال شدند. آموزش‌های مدارس و دانشگاه‌ها به صورت مجازی صورت گرفت. در استان‌های مختلف کارگروه‌های مداخله در بحران به صورت آنلاین و تلفنی تشکیل شد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران با همیاری روانپزشکان و روانشناسان کشور سامانه ۴۰۳۰ را راه‌اندازی و اقدام به ارائه مداخله‌های روانشناختی و خدمات به افراد مورد نیاز کردند.

با توجه به وضعیت عالمگیر پاندمی بیماری کووید-۱۹ که تقریباً تمامی جنبه‌های مهم اقتصادی، سیاسی، کووید-اجتماعی و حتی نظامی تمامی کشورهای جهان را تحت تاثیر قرار داده، و به عبارت دیگر فلج کرده، بحث آثار روانشناختی این بیماری ویروسی بر روی بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه از اهمیت بسزایی برخوردار است. با توجه به خصوصیت بیماری‌زایی این ویروس، سرعت انتشار و همچنین درصد مرگ و میر ناشی از آن ممکن است این بیماری وضعیت بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه از بیماران مبتلا، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، خانواده‌ها، کودکان، دانشجویان، بیماران روانشناختی و حتی پرسنل مشاغل مختلف را به نوعی متفاوت در معرض مخاطره قرار دهد از این رو در وضعیت پرمخاطره فعلی، شناسایی افراد مستعد اختلالات روانشناختی در سطوح مختلف جامعه که سلامت روان آنها ممکن است به خطر افتد، امری ضروری بوده تا با راه‌کارها و تکنیک‌های مناسب روانشناختی بتوان سلامت روان این افراد را حفظ نمود. بیماری کووید - ۱۹ به دلیل سرایت خیلی بالا در طول کمتر از چند ماه با ایجاد یک وضعیت پاندمی، تمامی کشورهای جهان را آلوده کرده است. در حال حاضر نیز تعداد مبتلایان به این بیماری و همچنین مرگ و میر ناشی از آن به شدت در سطح جهان در حال افزایش است. بر این اساس و با توجه به وضعیت اورژانسی فعلی این بیماری، قابل پیش‌بینی است که برخی از نشانه‌های اختلالات روانشناختی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بروز نماید.

در این راستا، بررسی نتایج تحقیقات متعدد که بر روی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در کشور چین در طی انتشار بیماری انجام شده تعدادی از این اختلالات روانشناختی از جمله اضطراب، ترس، افسردگی، تغییرات هیجانی، بیخوابی و اختلال استرس پس از سانحه با درصد شیوع بالا در این بیماران گزارش شده است. وضعیت نامطلوب

بیماران ایزوله شده در بخش مراقبتهای ویژه و با مشکل حاد تنفسی، عدم وجود یک درمان دارویی موثر و در نهایت مرگ و میر ناشی از این بیماری از مهمترین فاکتورهایی است که می‌تواند بر سلامت روان افراد آلوده به ویروس کووید-۱۹ به شدت تاثیرگذار باشد. بر اساس بررسی های انجام شده، بیماران مبتلا به اختلال کووید-۱۹ دارای ظرفیت تحمل روانشناختی پایینی بوده و با توجه به وضعیت فعلی بیماری در جهان این افراد به شدت در معرض بروز اختلالات روانشناختی مانند اضطراب، ترس، افسردگی و همچنین افکار منفی قرار دارند.

یکی از مهمترین اختلالات روانشناختی که می‌تواند به سلامت روانی این بیماران آسیب وارد نماید اختلال استرس پس از سانحه است. در صورت عدم کنترل این اختلال روانشناختی، ممکن است در افراد بیمار آسیب‌های دائمی مثل هجوم خاطره‌های مزاحم (memories intrusive) رفتارهای اجتنابی، تحریک‌پذیری و کرختی هیجان (numbing emotional) را در پی داشته باشد. اختلال استرس پس از سانحه یک مشکل روانشناختی مرتبط با استرس است و در افرادی که وضعیت تهدید کننده زندگی را تجربه می‌کنند، به وجود می‌آید. بر اساس منابع موجود، تجربه تهدید کننده زندگی می‌تواند بیماری‌های فیزیکی مثل کووید-۱۹ باشد. اختلال در خواب از دیگر مشکلات افراد مبتلا به کووید-۱۹ به عنوان یک علت بروز نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد که ممکن است در بخش‌های ایزوله یا قرنطینه برای این افراد روی دهد. نتایج تحقیقی در چین در طی انتشار بیماری کووید-۱۹ که در شهر ووهان انجام شده نشان می‌دهد شاخص کیفیت خواب در این بیماران به شدت کاهش پیدا می‌کند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد بین اختلال در کیفیت خواب افراد و بروز اختلالات روانشناختی همچون اختلال استرس پس از سانحه ارتباط وجود دارد. از دیگر اختلالات روانشناختی مهم که می‌تواند در سلامت روان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ آسیب ایجاد کند، اختلال اضطراب و افسردگی است.

نتایج یک مطالعه که بر روی ۶۴۹ شرکت کننده از بین بیماران بستری در یکی از بیمارستان‌های چین انجام شد، نشان می‌دهد شاخص ارزیابی اضطراب و افسردگی در افراد بیمار مبتلا به کووید-۱۹ آلوده به کووید - نسبت به بیماران با سایر اختلالات بیشتر است. از آنجایی که این افراد در کنار دریافت خدمات پزشکی جهت درمان بیماری فیزیکی خود، نیاز به مداخلات روانشناختی نیز دارند استفاده از مداخلات روانشناختی بر اساس نتایج همین تحقیق باعث کاهش قابل ملاحظه هر دو شاخص اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ شده است.

مدل‌های آسیب‌شناسی اختلالات روانی

بر اساس مدل مقوله‌ای آسیب‌شناسی، اختلالات روانی با چند ویژگی تعریف می‌شود:

(۱) اختلال روانی در قالب مجموعه‌ای از نشانه‌های مشخص قرار دارد.

(۲) سیر بالینی مشخصی دارد.

(۳) رابطه مشخص با عوامل تنش‌زا دارد (رابطه رهاساز یا ماشه‌چکان مانند گلوله که اگر داخل لوله باشد، ماشه را بچکانید، شلیک می‌شود؛ به عبارتی اگر فرد مستعد اختلال باشد استرس می‌تواند بیماری ایجاد کند).

(۴) رخدادی خانوادگی است.

(۵) پاسخ مشخص به درمان‌ها دارد (پیش‌آگهی) .

بر این اساس، مهمترین رابطه‌ی استرس با اختلال شامل رابطه علی، رابطه ماشه‌چکان، تشدیدکننده، پیامد یا نتیجه و وقوع همزمان با اختلال است.

به طور کلی، همه‌گیری‌ها ممکن است در شرایطی رخ دهند که افراد با مرگ واقعی یا تهدید، آسیب جدی برای سلامت جسمی روبه‌رو شوند و فرد را دچار آشفتگی شدید روانی کند. به این ترتیب در دانش آسیب‌شناسی امروز، بیشترین سهم دوره آغازین اختلالات یا به عبارتی نقطه شروع اختلال مربوط به عوامل ژنتیکی، سرشتی و ارثی است و استرس شدت نقطه فروپاشی را بیشتر می‌کند؛ پس ممکن است منجر به فاز فعال اختلال شود. بنابراین عامل تنش‌زا عاملی است که در بروز فاز فعال اختلال، سهم دارد.

اختلالات روانپزشکی ناشی از کووید-۱۹

اختلالات اضطرابی و افسردگی رایجترین گروه‌های اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند. به طوری که در ایالات متحده آمریکا سالانه بیش از ۴۰ میلیون نفر به آن مبتلا می‌شوند و از هر چهار نفر، یک نفر با اختلال اضطرابی و افسردگی درگیر می‌باشند. طی همه‌گیری کووید-۱۹ شیوع استرس (۲۹/۶ درصد) در ۵ مطالعه، شیوع اضطراب (۳۱/۹ درصد) در ۱۷ مطالعه و شیوع افسردگی (۳۳/۷ درصد) در ۱۴ مطالعه به دست آمده است. علاوه بر انتشار ویروس کرونا در دسامبر ۲۰۱۹ که تهدیدی جهانی برای سلامتی تبدیل شد، طی ۲۰ سال گذشته چند

بیماری ویروسی دیگر از جمله سندرم تنفسی حاد (سارس) در سال ۲۰۰۳، ویروس آنفولانزا در سال ۲۰۰۹، سندرم تنفسی خاورمیانه (مرس) در سال ۲۰۱۲ و ویروس ابولا در سال ۲۰۱۴ وجود داشته است. نتایج به دست آمده از مطالعات تجربی نیز نشان می‌دهد که اغلب پاندمی‌ها می‌توانند در بروز اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی، وسواس نقش داشته باشند. شواهد اخیر نشان می‌دهد افرادی که در انزوا و قرنطینه نگه داشته می‌شوند، سطح قابل توجهی از اضطراب، روان‌رنجوری، افسردگی و استرس را تجربه می‌کنند.

به طور کلی، تمام مطالعاتی که اختلالات روانشناختی را طی بیماری همه‌گیری کووید-۱۹ بررسی کرده‌اند، گزارش کردند که افراد مبتلا علائم روانی مانند پریشانی عاطفی، افسردگی، استرس، تغییرات خلقی، تحریک‌پذیری، بیخوابی و کمبود توجه را نشان می‌دهند. با وجود اینکه در شرایط فعلی پیش‌بینی دقیق پیامدهای روانشناختی و عاطفی کووید-۱۹ چالش‌برانگیز است، مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که ترس مردم از ماهیت ناشناخته بودن ویروس می‌تواند منجر به اختلالات روانی شود. در زیر به اختلالات روانپزشکی شایع ناشی از کووید-۱۹ اشاره می‌شود:

اختلالات اضطرابی

اختلالاتی را شامل می‌شوند که در ویژگی‌های ترس و اضطراب بیش از حد و اختلالات رفتاری مربوط، سهمیم هستند. ترس، پاسخ هیجانی به تهدید واقعی یا تصور تهدید الوقوع است، در حالی که اضطراب پیش‌بینی تهدید آینده است. بدیهی است که این دو حالت همپوشی دارند، اما تفاوت‌های زیادی نیز دارند، به طوری که ترس بیشتر با فوران برانگیختگی خود مختار لازم برای جنگ یا گریز، افکار خطر قریب الوقوع، و رفتارهای گریز ارتباط دارد، و اضطراب بیشتر با تنش عضلانی و گوش به زنگی هنگام آماده شدن برای خطر و هشدارها یا رفتارهای اجتنابی ارتباط دارد. گاهی میزان ترس یا اضطراب با رفتارهای اجتنابی فراگیر کاهش می‌یابد. اختلالات اضطرابی از نظر انواع موضوعات یا موقعیت‌هایی که موجب ترس، اضطراب، یا رفتار اجتنابی، و اندیشه پردازی شناختی مرتبط می‌شوند، با یکدیگر تفاوت دارند. بنابراین، در حالی که اختلالات اضطرابی بسیار با یکدیگر همزمان هستند، می‌توانند با بررسی دقیق انواع موقعیت‌هایی که موجب ترس یا اجتناب می‌شوند و محتوای افکار یا عقاید مرتبط، متمایز شوند.

تفاوت ترس، اضطراب و وحشت زدگی

۱ ترس (fear) در حضور یک تهدید کهخ به آسانی قابل شناسایی است روی می دهد.

۲ اضطراب (anxiety) احساس هراس یا خوف مبهم است که حتی به هنگام عدم حضور هر گونه تهدید به آسانی قابل شناسایی است. وجه تشابه ترس و اضطراب نشانه های فیزیولوژیک مشترک است. اضطراب را می توان اینگونه نیز تعریف کرد: یک احساس پیچیده از ترس، خوف، تنش یا بیتاب و قراری که دلیل آن این است که فرد احساس خطر می کند یا یک رویداد خطرناک را پیش بینی می کند و انتظار آن را دارد. این انتظار خطر می تواند درونی یا بیرونی باشد.

۳ وحشت زدگی عبارت است از افزایش ناگهانی و سریع یک اضطراب شدید و متمرکز که در عرض چند ثانیه به اوج خود می رسد و خودجوش است.

اختلالات اضطرابی به خاطر اینکه بیش از اندازه هستند یا بعد از دوره های مناسب رشد ادامه می یابند، با ترس یا اضطرابی که از لحاظ رشد هنجاری هستند، تفاوت دارند. آنها به خاطر مداوم بودن (برای مثال، معمولا ۶ ماه یا بیشتر ادامه می یابند) با ترس یا اضطرابی که اغلب ناشی از استرس است، تفاوت دارند، هرچند ملاک مدت به عنوان رهنمودی کلی، اجازه درجه ای از انعطاف پذیری و گاهی مدت کوتاه تر را در کودکان می دهد (مثلا در اختلال اضطراب جدایی و لالی انتخابی). از آنجایی که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی معمولا میزان خطر را در موقعیتهایی که می ترسند یا اجتناب می ورزند، بیش از حد برآورد می کنند، عامل تعیین کننده اصلی برای اینکه آیا ترس یا اضطراب بیش از اندازه یا نامتناسب است، توسط متخصص بالینی، با در نظر گرفتن عوامل موقعیتی فرهنگی، صورت می گیرد. این اختلالات در زنان بیشتر از مردان روی می دهند (تقریبا نسبت ۲ به ۱). هر اختلال اضطرابی فقط در صورتی تشخیص داده می شود که نشانه ها ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد دارو یا بیماری جسمانی دیگر نباشند یا با اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نشوند.

انواع اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی شامل موارد ذیل می باشد:

① اختلال اضطراب فراگیر	② اختلال گذر هراسی	③ اختلال وحشت زدگی
④ اختلال هراس خاص	⑤ اضطراب اجتماعی	

اختلال اضطراب فراگیر

اضطراب و نگرانی بیش از حد (انتظار بیمناک)، که در بیشتر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، در مورد واقعه یا فعالیت روی می دهند (مانند عملکرد شغلی یا تحصیلی). فرد کنترل کردن این نگرانی را دشوار می داند. اضطراب و نگرانی با ۳ (یا تعداد بیشتری) از ۶ نشانه زیر ارتباط دارند (به طوری که حداقل برخی نشانه ها در بیشتر روزها ظرف ۶ ماه گذشته وجود داشته اند).

ملاک های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر

اضطراب و نگرانی بیش از حد (انتظار بیمناک)، که در بیشتر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، در مورد واقعه یا فعالیت روی می دهند (مانند عملکرد شغلی یا تحصیلی). فرد کنترل کردن این نگرانی را دشوار می داند. اضطراب و نگرانی با ۳ (یا تعداد بیشتری) از ۶ نشانه زیر ارتباط دارند (به طوری که حداقل برخی نشانه ها در بیشتر روزها ظرف ۶ ماه گذشته وجود داشته اند).

👤 نکته: فقط یک مورد در کودکان ضروری است.

۱- بی قراری یا احساس عصبی یا کفری بودن.

۲- به راحتی خسته شدن.

۳- مشکل تمرکز کردن یا تهی بودن ذهن

۴- تحریک پذیری.

۵- تنش عضلانی.

۶- اختلال خواب (مشکل به خواب رفتن یا خفته ماندن، یا خواب بی قرار، نامطلوب).

اضطراب، نگرانی، یا نشانه‌های جسمانی، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند.

این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوء مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر نیست (مثل پرکاری تیروئید).

این اختلال با اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود؛ مثل:

✓ اضطراب یا نگرانی در مورد داشتن حملات وحشت‌زدگی در اختلال وحشت‌زدگی

✓ ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی «فوبی اجتماعی»

✓ آلودگی یا وسواس‌های دیگر در اختلال وسواس فکری- عملی

✓ جدایی از اشخاص دل بسته در اختلال اضطراب جدایی

✓ یادآورهای وقایع آسیب‌زا در اختلال استرس پس از آسیب

✓ افزایش وزن در بی‌اشتهایی عصبی

✓ شکایت‌های جسمانی در اختلال نشانه‌ی جسمانی

✓ تصور نقص‌هایی در ظاهر در اختلال بدشکلی بدن

✔ مبتلا بودن به بیماری جدی در اختلال اضطراب بیماری یا محتوای عقاید هذیانی در اسکیزوفرنی یا اختلال هذیانی

ویژگی های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر

ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب و نگرانی بیش از حد (انتظار بیمناک) در مورد چند واقعه یا فعالیت است. شدت، مدت، یا فراوانی اضطراب و نگرانی، با احتمال قوی یا تاثیر رویداد مورد انتظار، بی تناسب است. فرد کنترل کردن این نگرانی و اجازه ندادن به افکار نگران کننده که در توجه به تکالیف در دست انجام اختلال ایجاد نکنند را دشوار می داند. بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اغلب در مورد شرایط زندگی روزمره و عادی، مانند مسئولیت های شغلی احتمالی، سلامتی و امور مالی، سلامت اعضای خانواده، بدبختی برای فرزندان، یا مسائل پیش پا افتاده (مثل کارهای روزمره خانوار یا دیر کردن برای قرار ملاقات ها) نگران هستند. کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در مورد شایستگی یا کیفیت عملکرد خود بیش از حد نگران هستند. در طول دوره این اختلال، کانون نگرانی ممکن است از یک موضوع به موضوع دیگر جابجا شود.

چند ویژگی که اختلال اضطراب فراگیر را از اضطراب غیر بیمارگون متمایز می کنند:

۱ نگرانی های مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر بیش از حد هستند و معمولاً عملکرد روانی-اجتماعی را به طور قابل ملاحظه ای مختل می کنند، در حالی که نگرانی های زندگی روزمره بیش از اندازه نیستند و قابل کنترل تر هستند و در صورتی که مسائل اضطراری تر پیش بیایند، ممکن است کنار گذاشته شوند.

۲ نگرانی های مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر، فراگیرتر، برجسته تر و ناراحت کننده تر هستند؛ مدت طولانی-تری دارند؛ و غالباً بدون عوامل راه انداز روی می دهند. هرچه دامنه شرایط زندگی که فرد در مورد آنها نگرانی دارد، گسترده تر باشد (مثل امور مالی، ایمنی فرزندان، عملکرد شغلی)، نشانه های او به احتمال بیشتری ملاک-های اختلال اضطراب فراگیر را برآورده می کنند.



سوم اینکه، نگرانی‌های روزمره به احتمال خیلی کمتری با نشانه‌های جسمانی همراه هستند (مثل بی‌قراری یا احساس عصبی یا کفری بودن).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از ناراحتی ذهنی ناشی از نگرانی مداوم و اختلال مرتبط در زمینه‌های اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد خبر می‌دهند.

ویژگی‌های مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر

در ارتباط با تنش عضلانی، ممکن است لرزش، منقبض شدن، احساس سستی، و دردها یا سختی عضله وجود داشته باشد. خیلی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دستخوش نشانه‌های جسمانی (مثل عرق کردن، تهوع، اسهال) و پاسخ‌های یکه خوردن اغراق آمیز نیز می‌شوند. نشانه‌های بیش‌انگیزگی خودمختار (مثل شتاب ضربان قلب، کمبود نفس، سرگیجه) در اختلال اضطراب فراگیر از اختلالات اضطرابی دیگر، مانند اختلال وحشت‌زدگی، کمتر برجسته هستند. اختلالات دیگری که ممکن است با استرس مرتبط باشند (مثل نشانگان روده تحریک پذیر، سر دردها) غالباً با اختلال اضطراب فراگیر همراه هستند.

شیوع اختلال اضطراب فراگیر

شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب فراگیر در کل جمعیت ایالات متحده، ۰/۹ درصد در نوجوانان و ۲/۹ در بزرگسالان است. شیوع ۱۲ ماهه برای این اختلال در کشورهای دیگر ۰/۴ تا ۳/۶ درصد است. خطر مرضی در طول عمر، ۹/۰ درصد است. زنان دو برابر بیشتر از مردان احتمال دارد که به اختلال اضطراب فراگیر دچار شوند. شیوع این تشخیص در میانسالی به اوج می‌رسد و در سالهای آخر عمر کاهش می‌یابد. افراد اروپایی تبار بیشتر از افرادی که تبار اروپایی ندارند (یعنی، آسیایی، آفریقایی، سرخ‌پوستان آمریکا و جزیره نشینان اقیانوس آرام) دچار اختلال اضطراب فراگیر می‌شوند. به علاوه، افراد کشورهای توسعه یافته بیشتر از افراد کشورهای توسعه نیافته احتمال دارد که بگویند نشانه‌هایی را تجربه کرده‌اند که ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را در طول عمرشان برآورده می‌کنند.

شکل گیری و روند اختلال اضطراب فراگیر

شماری از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اذعان می‌کنند که در طول عمرشان احساس کرده‌اند که مضطرب و عصبی هستند. متوسط سن به هنگام شروع اختلال اضطراب فراگیر ۳۰ سالگی است؛ با این حال، سن به هنگام شروع، دامنه بسیار گسترده‌ای دارد. متوسط سن به هنگام شروع، دیرتر از سایر اختلالات اضطرابی است. نشانه‌های نگرانی و اضطراب بیش از حد ممکن است در اوایل زندگی روی دهند، اما بعداً به صورت خلق و خوی مضطرب آشکار می‌شوند. شروع این اختلال به ندرت قبل از نوجوانی است. نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر به مزمّن شدن گرایش دارند و در طول عمر افزایش و کاهش می‌یابند، و بین شکل‌های نشانگانی و زیر نشانگانی اختلال نوسان می‌کنند. میزان بهبود کامل بسیار پایین است. جلوه بالینی اختلال اضطراب فراگیر در طول عمر نسبتاً باثبات است.

تفاوت اصلی در گروه‌های سنی، محتوای فرد است. کودکان و نوجوانان بیشتر در مورد عملکرد تحصیلی و ورزشی نگران هستند، در حالی که افراد مسن‌تر از نگرانی بیشتر در مورد سلامت خانواده یا سلامت جسمانی خودشان خبر می‌دهند. بنابراین، محتوای نگرانی فرد متناسب با سن است. افراد جوان نشانه‌های شدیدتر از افراد مسن‌تر را تجربه می‌کنند. هرچه افراد زودتر نشانه‌هایی داشته باشند که ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را برآورده کنند، اختلالات بیشتری خواهند داشت و معیوب‌تر خواهند بود. پیدایش بیماری جسمانی مزمّن می‌تواند موضوع قدرتمندی برای نگرانی بیش از حد در افراد سالخورده باشد. در افراد سالخورده نحیف، نگرانی در مورد ایمنی و مخصوصاً زمین خوردن ممکن است فعالیت‌ها را محدود کند. در آنهایی که اختلال شناختی زودهنگام دارند، آنچه به نظر می‌رسد نگرانی بیش از حد مثلاً در مورد مکان چیزها باشد، با توجه به اختلال شناختی، احتمالاً واقع بینانه‌تر انگاشته می‌شود.

در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب‌ها و نگرانی‌ها اغلب به کیفیت عملکرد یا رقابت آنها در مدرسه یا رویدادهای ورزشی مربوط می‌شوند، حتی زمانی که عملکرد آنها توسط دیگران ارزیابی نشود. امکان دارد که آنها در مورد وقت شناسی، نگرانی بیش از حد داشته باشند. آنها همچنین ممکن است در مورد رویدادهای فاجعه آمیز، مانند زلزله با جنگ هسته‌ای نگران باشند. امکان دارد کودکان مبتلا به این اختلال

بیش از حد دنباله رو، کمال‌گرا، و نامطمئن از خودشان باشند و گرایش داشته باشند که به دلیل نارضایتی بیش از حد از عملکرد نه چندان کامل، تکالیف را دوباره انجام دهند. آنها معمولاً در جلب اطمینان خاطر و تأیید، بیش از حد غیرتمند هستند و در رابطه با عملکرد و چیزهای دیگری که در مورد آنها نگرانی دارند، به اطمینان خاطر بیش از حد نیاز دارند.

امکان دارد که اختلال اضطراب فراگیر در کودکان، تشخیص اضافی داده شود. هنگام در نظر گرفتن این تشخیص در کودکان، ارزیابی کامل برای وجود اختلالات اضطرابی کودک دیگر و اختلالات روانی دیگری باید انجام شود تا معلوم شود که آیا نگرانی‌ها ممکن است با یکی از این اختلالات بهتر توجیه شوند. اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی) و اختلال وسواس فکری- عملی اغلب با نگرانی‌هایی همراه هستند که ممکن است شبیه نگرانی‌های شرح داده شده در اختلال اضطراب فراگیر باشند. برای مثال، کودک مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است به علت ترس از تحقیر، در مورد عملکرد تحصیلی نگران باشد. نگرانی‌ها در مورد بیماری نیز ممکن است با اختلال اضطراب جدایی یا اختلال وسواس فکری- عملی بهتر توجیه شوند.

عوامل خطر و پیش آگهی اختلال اضطراب فراگیر

خلق و خویی

بازداری رفتاری، حالت عاطفی منفی (روان رنجورخویی)، و اجتناب از صدمه با اختلال اضطراب فراگیر ارتباط داشته‌اند.

محیطی

گرچه **ناملايمات** دوران کودکی و **محافظت** بیش از حد والدین با اختلال اضطراب فراگیر ارتباط داشته‌اند، اما هیچ عوامل محیطی مشخص نشده‌اند که مخصوص اختلال اضطراب فراگیر باشند یا برای دادن این تشخیص، ضروری یا کافی باشند.

ژنتیکی و فیزیولوژیکی

یک سوم خطر مبتلا شدن به اختلال اضطراب فراگیر، ژنتیکی است، و این عوامل ژنتیکی با خطر روان رنجورخویی همپوشانی دارند و سایر اختلالات اضطرابی و خلقی مخصوصا اختلال افسردگی اساسی نیز در آن سهیم هستند.

موضوعات تشخیصی مرتبط با فرهنگ

تنوع فرهنگی زیادی در جلوه اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد. برای مثال در برخی فرهنگ‌ها، نشانه‌های جسمانی در جلوه این اختلال غالب هستند، در حالی که در فرهنگ‌های دیگر، نشانه‌های شناختی غالب هستند. وقتی با گذشت زمان، نشانه‌های بیشتری گزارش داده می‌شوند، این تفاوت ممکن است در جلوه اولیه آشکارتر از جلوه بعدی باشد. در مورد اینکه آیا آمادگی برای نگرانی بیش از حد با فرهنگ ارتباط دارد یا نه، اطلاعاتی وجود ندارد، اما موضوعی که در مورد آن نگرانی وجود دارد می‌تواند مخصوص فرهنگ باشد. هنگام ارزیابی اینکه آیا نگرانی‌ها درباره موقعیت‌های خاص بیش از حد هستند یا نه، در نظر گرفتن زمینه اجتماعی و فرهنگی اهمیت دارد.

موضوعات تشخیصی مرتبط با جنسیت

در محیط‌های بالینی، اختلال اضطراب فراگیر در زنان قدری بیشتر از مردان تشخیص داده شده است (در حدود ۵۵-۶۰ درصد افرادی که این اختلال را نشان می‌دهند، زن هستند). در تحقیقات همه گیر شناختی، تقریباً دو سوم زن هستند. به نظر می‌رسد که زنان و مردانی که دچار اختلال اضطراب فراگیر می‌شوند، نشانه‌های مشابهی دارند، اما الگوهای همزمانی اختلالات متفاوتی را آشکار می‌سازند که با تفاوت‌های جنسیتی در شیوع اختلالات هماهنگ هستند. در زنان، همزمانی اختلالات عمدتاً به اختلالات اضطرابی و افسردگی یک قطبی محدود می‌شوند، در حالی که در مردان، همزمانی اختلالات به احتمال بیشتر به اختلالات مصرف مواد نیز گسترش می‌یابد.

پیامدهای کارکردی اختلال اضطراب فراگیر

نگرانی بیش از حد، توانایی فرد را در انجام دادن سریع و کارآمد کارها، خواه در خانه یا محل کار، مختل می‌کند. نگران بودن، وقت و انرژی صرف می‌کند؛ نشانه‌های مرتبط تنش عضلانی و احساس عصبی و کفری بودن، خستگی،

مشکل تمرکز کردن، و خواب آشفته، به این اختلال کمک می‌کنند. مهم اینکه، نگرانی بیش از حد ممکن است توانایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را در ترغیب کردن اعتماد به نفس در فرزندانیشان مختل کند. اختلال اضطراب فراگیر با ناتوانی و ناراحتی قابل ملاحظه مستقل از اختلالات همزمان، و اغلب بزرگسالان مبتلا به این اختلال که نهاده‌ینه نشده‌اند، به طور متوسط تا شدید، ناتوان هستند.

اختلال گذر هراسی (Agoraphobia)

آگورافوبیا از کلمه یونانی آگورا به معنای بازار ریشه گرفته است. آگورافوبیا، یعنی ترس از بازار (ازدحام هراسی، ترس از محیط‌های باز، ترس از محیط‌های بسته). افراد مبتلا به آگورافوبیا همیشه می‌ترسند که مبادا در جایی گیر بیفتند و در صورت نیاز فوری (معمولاً به علت وحشت‌زدگی) نتوانند به موقع کمک دریافت کنند. یعنی، افراد می‌ترسند در جایی یا در مکانی دچار حمله وحشت‌زدگی بشوند و کسی نتواند به آنها کمک کند یا خودشان نتوانند از آن فرار کنند.

تعریف دقیق تر آگورافوبیا عبارت است از ترس از ترک کردن مکانی امن که معمولاً خانه است. افراد آگورافوبیک از ترک کردن خانه خود وحشت‌زده می‌شوند و این وحشت به تدریج افزایش می‌یابد. افزایش در فاصله مکانی که می‌خواهند به آنجا بروند، با شدت اضطراب آنها، نسبت تقریباً مستقیم دارد، هر چه فاصله بیشتر باشد ترس بیشتر است. به این ترتیب، آگورا به معنای "مکان دور از خانه" است. افراد مبتلا به آگورافوبیا معمولاً، زمانی که در "آگورا" (مکانی دور از خانه) بوده‌اند، دچار حمله اضطراب یا حمله وحشت‌زدگی شده‌اند. بعد از این حملات، آنها حتی وقتی که در مکان امن خانه خود قرار دارند، ممکن است وحشت زده یا مضطرب شوند. در آنها، عدم تمایل به ترک کردن مکان "امن"، مخصوصاً به تنهایی، به وجود می‌آید.

چون وسایل نقلیه وسیله‌ای برای دور شدن از خانه هستند، این افراد ممکن است نسبت به اتومبیل، اتوبوس، قطار، یا هواپیما نیز فوبیا پیدا کنند.

افراد آگورافوبیک فکر می‌کنند که حمله وحشت‌زدگی ممکن است ناگهان و به طور غیر قابل پیش بینی روی دهد، و فکر می‌کنند که هر لحظه ممکن است دچار سکته قلبی، سکته مغزی، یا یک بیماری ناشناخته شوند.

این عدم اطمینان ها باعث می‌شوند که تمایل نداشته باشند به کنسرت، کلیسا، یا میتینگ‌های اجتماعی بروند. اگر هم بروند، معمولاً در گوشه یا در انتهای سالم و نزدیک به درب خروج می‌نشینند تا در صورت اضطراب به موقع بیرون بروند. آنها از جاهایی که ممکن است در آنها گیر بیفتند می‌ترسند. آسانسور، ازدحام، و مخصوصاً هواپیما، مواردی هستند که این افراد خود را واقعا در آنها "به تله افتاده" احساس می‌کنند. آنها حتی ممکن است از عبور از روی پل‌های عابر پیاده یا پل‌های ماشین رو خودداری کنند. به این ترتیب، می‌بینیم که آگورافوبیا عبارت است از ترس

نسبت به حمله وحشت‌زدگی در موقعیت‌های اجتماعی

معیارهای DSM-V برای آگورافوبیا

A: ترس و اجتناب از موقعیت‌های زیر

۱. استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی (مثلاً، اتوموبیل، اتوبوس، قطار، کشتی، یا هواپیما).
۲. فضاهای باز (پارکینگ‌های عمومی، مراکز خرید سرباز، یا پل عابر پیاده یا ماشین رو).
۳. فضاهای سربسته (فروشگاه، تئاتر، یا سینما).
۴. ایستادن در صف یا قرار گرفتن در داخل جمعیت.
۵. تنها بودن در خارج از خانه.

B: فرد از این موقعیت‌ها می‌ترسد یا از آنها اجتناب می‌کند زیرا فکر می‌کند که در صورت مواجه شدن با سمپتوم‌هایی شبیه سمپتوم‌های حمله وحشت‌زدگی یا سایر سمپتوم‌هایی که او را از پا می‌اندازند (زمین گیر می‌کنند) یا باعث خجالت‌زدگی او می‌شوند، به آسانی نمی‌تواند فرار کند یا رسیدن نیروهای کمکی دشوار خواهد بود (مثلاً، سالمندان ممکن است از زمین خوردن بترسند، یا بعضی افراد از این که ناگهان نتوانند ادرار یا مدفوع خود را کنترل کنند می‌ترسند).

C: موقعیت‌های آگورافوبیک تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می‌شوند.

D: فرد تمام سعی خود را می‌کند تا از موقعیت‌های آگورافوبیک اجتناب کند، همیشه می‌خواهد یک نفر همراهش برود، یا اگر در این موقعیت‌ها قرار گیرد دایم در حال ترس یا اضطراب شدید قرار دارد.

E: شدت ترس یا اضطراب فرد با شدت خطری که موقعیت‌های آگورافوبیک ایجاد می‌کنند تناسب ندارد. توجه داشته باشید که "تناسب نداشتن" به شرایط حاکم، محیط، و زمینه فرهنگی - اجتماعی اشاره دارد.

F: ترس، اضطراب، یا اجتناب، پیوسته و مکرر است، و معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می‌کشد.

G: ترس، اضطراب، یا اجتناب باعث می‌شود فرد به رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.

H: اگر یک عارضه پزشکی دیگر حضور دارد (مثلاً، بیماری التهاب روده، یا پارکینسون)، ترس، اضطراب، یا اجتناب فرد به وضوح افراطی است.

I: سمپتوم‌های یک اختلال روانی دیگر نمی‌توانند توضیح بهتری برای ترس، اضطراب، یا اجتناب فرد باشند.

بعضی افراد به آگورافوبیای بدون حملات وحشت زندگی مبتلا می‌شوند، با این حال، اکثر افراد مبتلا به آگورافوبیا، در بین جمع، به حملات وحشت زندگی یا سمپتوم‌هایی شبیه سمپتوم‌های وحشت زندگی دچار می‌شوند. آگورافوبیا معمولاً در یک سال اول بعد از شروع حملات وحشت زندگی مکرر روی می‌دهد. عوارض آگورافوبیا می‌توانند زندگی روزمره افراد را به شدت مختل کنند. افراد مبتلا به آگورافوبیا معمولاً به الکل و سایر مواد روی می‌آورند تا با سمپتوم‌های خود مبارزه کنند. اختلال آگورافوبیا در DSM-IV به عنوان یک طبقه تشخیصی مجزا وجود نداشت اما در DSM V یک طبقه تشخیصی جداگانه محسوب می‌شود.

شیوع آگورافوبیا

به گزارش DSM V، هر سال حدود ۱,۷٪ نوجوانان و بزرگسالان آمریکایی مبتلا به آگورافوبیا تشخیص داده می‌شوند. احتمال ابتلای زنان دو برابر مردان است. آگورافوبیا ممکن است در کودکی روی دهد اما نرخ وقوع (بروز، تعداد موارد جدید) آن در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی به اوج می‌رسد. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در افراد بالای ۶۵ سال ۰,۴٪ است.

شکل‌گیری و روند

درصد افراد مبتلا به آگورافوبیا که از حملات وحشت‌زدگی یا اختلال قبل از شروع آگورافوبیا خبر می‌دهند از ۳۰ درصد در نمونه‌های جامعه تا بیش از ۵۰ درصد در نمونه‌های کلینیک است. اکثر افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی علایم اضطراب و آگورافوبی را قبل از شروع اختلال وحشت‌زدگی نشان می‌دهند. در دو سوم تمام موارد آگورافوبیا، شروع اولیه قبل از ۳۵ سالگی است. خطر بروز قابل ملاحظه‌ای در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی وجود دارد، که اشاراتی به دومین مرحله خطر بروز بالا بعد از ۴۰ سالگی دارد. اولین شروع در دوران کودکی نادر است. متوسط سن به هنگام شروع برای آگورافوبی ۱۷ سالگی است، هرچند که سن به هنگام شروع بدون حملات وحشت‌زدگی یا اختلال وحشت‌زدگی قبلی، ۲۵ تا ۵۹ سالگی است.

روند آگورافوبیا معمولاً مداوم و مزمن است. بهبودی کامل به ندرت اتفاق می‌افتد (۱۰ درصد)، مگر اینکه آگورافوبیا درمان شده باشد. در رابطه با آگورافوبیا شدیدتر، میزان بهبود کامل کاهش می‌یابد، در حالی که میزان برگشت و مزمن شدن افزایش می‌یابد. دامنه‌ای از اختلالات دیگر، مخصوصاً اختلالات اضطرابی دیگر، اختلالات

افسردگی، اختلالات مصرف مواد، و اختلالات شخصیت، ممکن است روند آگورافوبیا را پیچیده کنند. روند بلند مدت و نتیجه آگورافوبیا با خطر بسیار بالای اختلال افسردگی اساسی ثانویه، اختلال افسردگی مداوم (افسرده خویی) و اختلالات مصرف مواد، ارتباط دارد.

ویژگی‌های بالینی آگورافوبیا در طول عمر نسبتاً با ثبات هستند، هرچند که نوع موقعیت‌های آگورافوبیک که ترس، اضطراب، یا اجتناب را راه می‌اندازند، به علاوه نوع شناخت‌ها، ممکن است تغییر کنند. برای مثال، در کودکان، تنها خارج از خانه بودن موقعیتی است که بیش از همه ترسناک است، در حالی که در افراد مسن‌تر، بودن در فروشگاه‌ها، ایستادن در صف، و بودن در مکان‌های باز از همه بیشتر ترسناک هستند. همچنین، شناخت اغلب به گم شدن (در کودکان)، تجربه کردن نشانه‌های شبه وحشت‌زدگی (در بزرگسالان)، و زمین خوردن (در سالخوردگان) مربوط می‌شوند.

شیوع کم آگورافوبیا در کودکان می‌تواند بیانگر مشکلاتی در گزارش دادن نشانه باشد، و بنابراین، ارزیابی کودکان خردسال ممکن است به گردآوری اطلاعات از منابع متعدد، از جمله والدین یا معلمان نیاز داشته باشد. نوجوانان، مخصوصاً مردها، ممکن است کمتر از بزرگسالان مایل باشند بی‌پرده در مورد ترس‌ها و اجتناب آگورافوبیک صحبت کنند؛ با این حال، آگورافوبیا می‌تواند قبل از بزرگسالی روی دهد و باید در کودکان و نوجوانان ارزیابی شود. در افراد سالخورده، اختلالات نشانه جسمانی همزمان، به علاوه اختلال حرکتی (مثل احساس زمین خوردن یا داشتن عوارض جسمانی)، اغلب توسط افراد به عنوان دلیلی برای ترس و اجتناب آنها ذکر می‌شوند. در چنین مواردی، باید در ارزیابی اینکه آیا ترس و اجتناب با خطر واقعی درگیر نامناسب هستند یا نه، دقت لازم صورت گیرد.

عوامل خطر و پیش‌آگهی

 **خلق و خویی:** بازداری رفتاری و آمادگی روان رنجور (یعنی، حالت عاطفی منفی) روان رنجورخویی] و حساسیت اضطرابی) ارتباط نزدیکی با آگورافوبی دارند، اما با اغلب اختلالات اضطرابی هم ارتباط دارند (اختلالات فوبیک، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب فراگیر). حساسیت اضطرابی (یعنی، آمادگی برای اعتقاد داشتن به اینکه نشانه‌های اضطراب زیان‌آور هستند) نیز ویژگی افراد مبتلا به آگورافوبی است.



محیطی: رویدادهای ناگوار در کودکی (مثل جدایی، مرگ والد) و وقایع تنش‌زای دیگر، مانند مورد حمله قرارگرفتن و کتک خوردن، با شروع آگورافوبیا ارتباط دارند. از این گذشته، افراد مبتلا به آگورافوبیا جو خانواده و رفتار فرزند پروری را به صورتی که با صمیمیت کم و محافظت بیش از حد مشخص می‌شود، توصیف می‌کنند.



ژنتیکی و فیزیولوژیکی: توارث‌پذیری برای آگورافوبیا ۶۱ درصد است. از بین فوبی‌های مختلف، آگورافوبیا نیرومندترین و مشخص‌ترین ارتباط را با عامل ژنتیکی دارد که آمادگی برای فوبی‌ها را نشان می‌دهد.

موضوعات تشخیصی مرتبط با جنسیت

زنان در مقایسه با مردان، الگوهای متفاوت اختلالات همزمان دارند. هماهنگ با تفاوت‌های جنسیتی در شیوع اختلالات روانی، مردان میزان بالاتر اختلالات مصرف مواد همزمان دارند.

پیامدهای کارکردی آگورافوبیا

آگورافوبیا با اختلال قابل ملاحظه در ناتوانی، از نظر عملکرد نقش، بازدهی شغلی، و روزهای از کار افتادگی، ارتباط دارد. شدت آگورافوبیا، صرف نظر از وجود اختلال وحشت‌زدگی همزمان، حملات وحشت‌زدگی و اختلالات همزمان دیگر، عامل تعیین کننده نیرومندی برای میزان ناتوانی است. بیش از یک سوم افراد مبتلا به آگورافوبیا کلاً خانه نشین هستند و قادر به کارکردن نیستند.

تشخیص افتراقی آگورافوبیا

در صورتی که ملاک‌های تشخیصی برای آگورافوبیا و اختلال دیگر کاملاً برآورده شده باشند، هر دو تشخیص باید داده شوند، مگر اینکه ترس، اضطراب، یا اجتناب آگورافوبیا ناشی از اختلال دیگر باشد. تنظیم کردن ملاک‌ها و قضاوت بالینی ممکن است در برخی موارد مفید باشد.

● **فوبی خاص (نوع موقعیتی):** متمایز کردن آگورافوبی از فوبی خاص موقعیتی در برخی موارد می‌تواند دشوار باشد، زیرا این اختلالات در چند ویژگی نشانه و ملاک‌ها سهیم هستند. اگر ترس، اضطراب، یا اجتناب به یکی از

موقعیت‌های آگورافوبیک محدود باشد، فوبی خاص، نوع موقعیتی، باید در برابر آگورافوبی تشخیص داده شود. لازم بودن ترس از دو یا تعداد بیشتری موقعیت آگورافوبیک، وسیله قدرتمندی برای متمایز کردن آگورافوبی از فوبی‌های خاص، مخصوصاً از نوع موقعیتی است. ویژگی‌های متمایز کننده دیگر، اندیشه‌پردازی شناختی را شامل می‌شوند. بنابراین، اگر فرد به دلایل دیگری غیر از نشانه‌های شبه وحشت‌زدگی یا نشانه‌های ناتوان کننده یا خجالت آور دیگر از موقعیت بترسد (مثل ترس از صدمه دیدن مستقیم توسط خود موقعیت، نظیر ترس از سقوط هواپیما در افرادی که از پرواز می‌ترسند)، در این صورت تشخیص فوبی خاص ممکن است مناسب‌تر است.

● **اختلال اضطراب جدایی:** اختلال اضطراب جدایی را می‌توان به بهترین وجه با بررسی اندیشه‌پردازی شناختی از آگورافوبیا متمایز کرد. در اختلال اضطراب جدایی، افکار در مورد جدایی از افراد مهم دیگر و محیط خانه است (یعنی، والدین یا اشخاص وابسته دیگر)، در حالی که آگورافوبیا، تمرکز بر نشانه‌های شبه وحشت‌زدگی یا نشانه‌های ناتوان کننده یا خجالت‌آور دیگر در موقعیت ترسناک است.

● **اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی):** آگورافوبیا عمدتاً باید براساس مجموعه‌های موقعیتی که ترس، اضطراب، یا اجتناب و اندیشه‌پردازی شناختی را راه‌اندازی می‌کنند از اختلال اضطراب اجتماعی متمایز شود. در اختلال اضطراب اجتماعی، تمرکز بر ترس از ارزیابی شدن منفی است.

● **اختلال وحشت‌زدگی:** در صورتی که ملاک‌های اختلال وحشت‌زدگی برآورده شده باشند، اگر رفتارهای اجتنابی مرتبط با حملات وحشت‌زدگی، به اجتناب از دو موقعیت آگورافوبیک یا بیشتر گسترش نیافته باشند، آگورافوبیا نباید تشخیص داده شود.

● **اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از آسیب:** اختلال استرس حاد اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) را می‌توان با بررسی این موضوع از آگورافوبیا متمایز کرد که آیا ترس، اضطراب، یا اجتناب فقط به موقعیت‌هایی مربوط می‌شود که رویداد آسیب‌زایی را به یاد فرد می‌اندازد. اگر ترس، اضطراب، یا اجتناب به اضطراب‌های آسیب‌زا محدود شده باشند و اگر رفتار اجتنابی به دو موقعیت آگورافوبیک یا بیشتر گسترش نیافته باشند، در این صورت تشخیص آگورافوبیا موجه نیست.

● **اختلال افسردگی اساسی:** در اختلال افسردگی اساسی، ممکن است فرد به دلیل بی‌علاقگی، فقدان انرژی، عزت نفس پایین، و فقدان احساس لذت از ترک کردن خانه اجتناب کند. اگر این اجتناب با ترس‌های شبه وحشت‌زدگی یا نشانه‌های ناتوان‌کننده یا خجالت‌آور دیگر ارتباط نداشته باشد، در این صورت آگورافوبیا نباید تشخیص داده شود.

● **بیماری‌های جسمانی دیگر:** در صورتی که قضاوت شده باشد اجتناب از موقعیت‌ها پیامد فیزیولوژیکی بیماری جسمانی است، آگورافوبیا تشخیص داده نمی‌شود. این تصمیم براساس سابقه، نتایج آزمایشگاه، و معاینه بدنی گرفته می‌شود. بیماری‌های جسمانی مربوط دیگر ممکن است اختلالات تباهی عصبی همراه با اختلالات حرکتی (مثل بیماری پارکینسون، تصلب چندگانه)، به علاوه اختلالات قلبی-عروقی را شامل می‌شوند. افراد مبتلا به برخی از بیماری‌های جسمانی ممکن است به دلیل مسایل واقع بینانه در مورد ناتوان بودن (مثل غش کردن در فرد مبتلا به حملات کم خونی و موضعی موقت) یا شرم‌نده بودن (مثل اسهال در فرد مبتلا به بیماری کرون) از موقعیت‌ها اجتناب کنند. تشخیص آگورافوبی فقط در صورتی باید داده شود که ترس یا اجتناب، آشکارا از آنچه معمولاً با این بیماری‌های جسمانی ارتباط دارند، بیشتر باشند.

همزمانی اختلالات با آگورافوبیا

اکثر افراد مبتلا به آگورافوبیا، اختلالات روانی دیگری نیز دارند. رایج‌ترین تشخیص‌های دیگر، اختلالات اضطرابی دیگر (مثل فوبی‌های خاص، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب اجتماعی)، اختلالات افسردگی (اختلال افسردگی اساسی)، PTSD و اختلال مصرف الکل هستند. در حالی که اختلالات اضطرابی دیگر (مثل اختلال اضطراب جدایی، فوبی‌های خاص، اختلال وحشت‌زدگی) غالباً قبل از شروع آگورافوبیا واقع می‌شوند، اختلال افسردگی و اختلالات مصرف مواد معمولاً به عنوان پیامد آگورافوبیا وی می‌دهند.

اختلال وحشت‌زدگی (PANIC)

اختلال وحشت‌زدگی حملات مکرر وحشت یا اضطراب است. این حملات با بعضی نشانه‌های فیزیکی همراه هستند؛ از جمله تپش قلب، تنفس سریع، سرگیجه، تعریق زیاد، تهوع، و لرزش. علاوه بر آن، ممکن است فرد بشدت حالات رعب و مسخ شخصیت (DEPERSONALIZATION) احساس کند. (مسخ شخصیت حالتی است که در آن

فرد احساس می‌کند خودش نیست، اعمال خود را از نگاه فرد دیگری تماشا می‌کند و هیچ کنترلی روی شرایط محیطی ندارد).

اکثر مردم، در زندگی خود، حداقل یک بار به **حمله وحشت زدگی** دچار می‌شوند، اما اختلال وحشت زدگی زمانی تشخیص داده می‌شود که حملات وحشت‌زدگی به طور دایم و غیرمنتظره روی بدهند و تا یک ماه بعد، احتمال روی دادن دوباره آنها وجود داشته باشد. حملات وحشت‌زدگی برای بعضی افراد غیرقابل پیش بینی هستند ولی ممکن است برای دیگران با موقعیت‌ها یا رویدادهای خاص (مثلاً، سوار اتوبوس یا مترو شدن) تداعی شود.

شیوع اختلال وحشت زدگی

به گزارش DSM V نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال وحشت‌زدگی در مردم آمریکا و چند کشور اروپایی حدود ۲٪ تا ۳٪ در نوجوانان و بزرگسالان است. موارد آن در زنان بیشتر از مردان است (حدود ۲ به ۱). شیوع آن در کودکان زیر چهارده سال کمتر از ۰/۴٪ است. نرخ شیوع در افراد مسن‌تر کاهش می‌یابد.

به گزارش DSM V، میانگین سن شروع برای اختلال هراس در آمریکا ۲۰ تا ۲۴ سالگی است. تعداد اندکی از موارد در کودکی شروع می‌شوند و آغاز این اختلال بعد از ۴۵ سالگی غیرمعمول اما امکان پذیر است. به نظر می‌رسد که هم در شیوع و هم در نحوه بروز اختلال وحشت زدگی، تفاوت‌های فرهنگی وجود دارد. برای مثال، در بعضی کشورهای آسیایی، مثل تایوان، شیوع اختلال وحشت‌زدگی بسیار پایین است و علت آن احتمالاً این است که مردم از اذعان داشتن و اعلام ابتلا به اختلالات روانی گریزان هستند. با این حال، در بعضی جوامع و فرهنگ‌ها، ممکن است اختلال وحشت‌زدگی به صورت علایم بسیار متفاوت نشان داده شود. مدل زیر معیارهای DSM-V برای اختلال وحشت‌زدگی را نشان می‌دهد:

معیارهای DSM V برای اختلال وحشت زدگی

A حملات وحشت‌زدگی مکرر و غیرمنتظره، حمله وحشت‌زدگی عبارت است از ترس شدید (intense fear) یا ناراحتی شدید (intense iscomfort) و ناگهانی که در عرض چند دقیقه به اوج خود می‌رسد، و در طی آن، چهار مورد (یا بیشتر) از علایم زیر روی می‌دهند:

نکته: افزایش ناگهانی می‌تواند از یک حالت یا وضعیت آرام، یا از یک حالت اضطراب، شروع شود.

۱- تپش سریع و نامنظم قلب، تپش سریع قلب با صدای بلند، یا افزایش سرعت تپش قلب، ۲- عرق کردن، ۳- لرزیدن، ۴- احساس تنگی نفس یا خفگی، ۵- احساس گیر کردن چیزی در گلو، ۶- درد یا ناراحتی در قفسه سینه، ۷- تهوع یا درد در ناحیه شکم، ۸- احساس سرگیجه، عدم تعادل، در شرف غش کردن بودن، یا غش کردن، ۹- حساس سرد یا گرم شدن بدن (لرز گرفتن یا گر گرفتگی) ۱۰- پaresthesias (احساس بی حس شدن، مور مور یا سوزن سوزن شدن بدن، ۱۱- مسخ واقعیت (Derealization) یا مسخ شخصیت (Depersonalization)، ۱۲- ترس از دست دادن کنترل یا "دیوانه شدن"، ۱۳- ترس از مردن

B بعد از حداقل یکی از این حملات وحشت‌زدگی، فرد به مدت ۱ ماه (یا بیشتر) یکی از موارد زیر یا هر دو را تجربه کرده است:

- ۱- نگرانی مکرر و مداوم درباره دوباره روی دادن حملات وحشت‌زدگی و پیامدهای آنها (مثلاً از دست دادن کنترل، دچار حمله قلبی شدن) "دیوانه شدن" (به گفته خود بیماران).
- ۲- تغییرات ناسازگارانه و چشمگیر یا معنادار در رفتار که با این حملات مرتبط هستند (مثلاً، فرد رفتارهایی در پیش می‌گیرد تا از حملات وحشت‌زدگی اجتناب کند. برای مثال، از ورزش کردن یا از قرار گرفتن در موقعیت‌های ناآشنا حذر می‌کند).

C این اختلال را نمی‌توان به تأثیر مستقیم یک ماده (مثلاً، مواد مخدر مثل کوکائین، آمفتامین ها، کافئین؛ یا داروهای تجویزی، مثل باربیتورات‌ها) یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً، هایپرتیروئیدیسم هایپرپاراتیروئیدیسم، فنوکروموسیتوما، اختلالات تشنجی، اختلالات قلبی ریوی (مثل آسم، آریتمی قلبی، یا بیماری انسداد ریوی مزمن (COPD) نسبت داد.

D برای این اختلال نمی‌توان علل مناسب‌تری پیدا کرد (مثلاً، حملات وحشت‌زدگی فقط در واکنش به موارد زیر روی نمی‌دهند: بعضی موقعیت‌های اجتماعی که فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از آنها می‌ترسد، اشیای فوبی زایی که فرد را محدود و ناراحت می‌کنند یا موقعیت‌های در فوبیاهای خاص، وسواس ها در اختلال وسواسی- اجباری، محرک‌هایی که رویدادهای تروماتیک در اختلال PTSD را به یاد فرد می‌اندازند، یا جدایی از افرادی که فرد به آنها دلبستگی دارد در اختلال اضطراب جدایی)

سبب شناسی اختلال وحشت زدگی

به علت شدت نشانه‌های فیزیکی اختلال وحشت‌زدگی، بسیاری از محققان به دنبال علل بیولوژیک گشته‌اند. اما، معلوم شده است که عوامل پسیکولوژیک (روانشناختی) و شناختی مهمی نیز وجود دارند که به ایجاد و تداوم اختلال وحشت زدگی کمک می‌کنند.

نظریه‌های بیولوژیک

نقش هایپرونتیلیشن

هایپرونتیلیشن یا بیش فعالی تنفسی (hyperventilation) یکی از ویژگی‌های کلی حملات وحشت زدگی است که احتمال دارد جرقه‌ای باشد برای آغاز یک سری واکنش‌های خودمختار (واکنش در سیستم عصبی خودمختار) و به یک حمله وحشت‌زدگی تمام عیار منجر شود. بیش فعالی عبارت است از نوعی تنفس زیاده از حد و بیشتر از نیاز بدن.

این نوع تنفس عمیق‌تر و سریع‌تر از تنفس عادی است. هایپرونتیلیشن باعث می‌شود که غلظت دی اکسید کربن خون کمتر از میزان عادی شود و در نتیجه، PH خون بالا رود. افزایش PH خون باعث می‌شود که به سلول‌های بدن اکسیژن به اندازه کافی نرسد. این کار سبب می‌شود که در عملکرد دستگاه قلبی و عروقی تغییراتی به وجود آید تا کمبود اکسیژن جبران شود و این تغییرات نیز می‌توانند علایم حملات وحشت‌زدگی را تولید کنند. علایمی که تحت عنوان اضطراب شناخته می‌شوند. هایپرونتیلیشن را نمی‌توان نفس نفس زدن ترجمه کرد زیرا با توجه به توضیحات بالا، نمی‌تواند برای آن مترادف مناسبی باشد. نفس نفس زدن (to pant) یک نوع تنفس سالم و بهنجار است که فقط گاهی و در شرایط خاصی به وجود می‌آید. برای مثال، وقتی مسافتی می‌دوید و بعد می‌ایستید، نفس نفس خواهید زد اما این حالت با هایپرونتیلیشن (نوعی تنفس نابهنجار) کاملاً متفاوت است. در هایپرونتیلیشن، اکسیژن ورودی به سلول‌های بدن کاهش می‌یابد؛ اما در نفس نفس زدن هدف این است که مقدار اکسیژن افزایش یابد.

شرطی سازی کلاسیک

همانطور که در فصل اول توضیح دادیم، در شرطی سازی کلاسیک محرک شرطی (غیر طبیعی) با یک محرک غیرشرطی (طبیعی) جفت می شود و سرانجام باعث آغاز شدن رفتاری می شود که معمولاً با محرک غیر شرطی تداعی همراه بوده است. مثلاً بعد از چند بار جفت شدن صدای زنگ (محرک شرطی، غیر طبیعی) با غذا (محرک غیرشرط طبیعی)، صدای زنگ به تنهایی خواهد توانست یک پاسخ شرطی (مثلاً، ترشح بزاق) را آغاز کند.

روان شناسانی که برای توضیح اختلالات وحشت زدگی از شرطی سازی کلاسیک استفاده می کنند معتقدند که محرک های درونی (مثلاً، تپش سریع قلب) و محرک های بیرونی (مثلاً، آسانسور پر ازدحام، پل هوایی) که در اولین حملات وحشت زدگی روی می دهند (حملات وحشت زدگی محرک های غیرشرطی هستند)، می توانند به محرک های شرطی تبدیل شوند که قادر هستند پاسخ شرطی اضطراب پیش بین (**anticipatory anxiety**) یا حملات وحشت زدگی را آغاز کنند. علاوه بر آن، یک محرک شرطی (مثلاً، تپش سریع قلب) که باعث آغاز وحشت زدگی یا اضطراب پیش بین (پاسخ شرطی) در محیطی می شود که اولین بار تداعی بین محرک شرطی و حمله وحشت زدگی در آن روی داده است، ممکن است به سایر محیط ها تعمیم داده شود.

برای مثال، درمانجو در ایستگاه مترو است، ناگهان احساس می کند ضربان قلبش افزایش یافته است و بعد از آن دچار حمله وحشت زدگی می شود. در این درمانجو یک اضطراب پیش بین به وجود می آید، به این صورت که از این پس، هر بار که به ایستگاه مترو می رود، اگر احساس کند تپش قلبش سریع شده است، نگران می شود که مبادا دچار حمله وحشت زدگی شود. یعنی، افزایش ضربان قلب در ایستگاه مترو در او اضطراب پیش بین به وجود می آورد. این موضوع ممکن است تعمیم پیدا کند، طوری که وقتی سوار آسانسور است و ناگهان دچار تپش سریع قلب می شود، باز هم در او اضطراب پیش بین به وجود می آید، هر چند این رابطه (تپش سریع قلب که به اضطراب پیش بین منجر می شود) در این محیط جدید (آسانسور) کسب نشده است (کسب آن در ایستگاه مترو روی داده است).

عده‌ای از روان‌شناسان معتقدند که بعضی افراد یک سری باورهای غلط دارند و فکر می‌کنند که حس‌های بدنی می‌توانند نشان دهند که به زودی رویدادهای خطرناک و مضر را تجربه خواهند کرد. این باور یا تفسیر شخصی از رویدادها حساسیت به اضطراب (**anxiety sensitivity**) نامیده می‌شود و منظور از آن تمایل فرد به ترسیدن از سمپتوم‌های مربوط به اضطراب (مثلاً، افزایش ضربان قلب، عرق ریختن، گرفتگی عضلات، و سردرد) است؛ زیرا این باور در او نهفته است که این گونه علائم، پیامدهای منفی به دنبال خواهند داشت (مثلاً، حمله قلبی).

فوبیا خاص

فوبیاهای خاص (**specific phobias**) عبارتند از ترس‌های افراطی، غیرمنطقی، و مداوم نسبت به یک شیء یا یک وضعیت خاص. فوبیا ریشه یونانی دارد و از فوبوس، یکی از خدایان یونانی که دشمنان خود را می‌ترساند، مشتق شده است. محرک‌های فوبیازا معمولاً ترس بسیار شدیدی ایجاد می‌کنند و به همین دلیل، افراد فوبیک برای اجتناب از آنها استراتژی‌هایی بکار می‌برند تا احتمال مواجه شدن با محرک‌های فوبیازا به حداقل برسد (رفتارهای ایمنی).

افراد فوبیک معمولاً می‌دانند که ترس آنها از یک موقعیت یا رویداد فوبیازا بیش از حد زیاد یا غیر منطقی است، اما مجموعه‌ای از باورهای فوبیک (**phobic beliefs**) ایجاد کرده‌اند که ظاهراً ترس آنها را در کنترل دارد. این باورها در درون خود اطلاعاتی به همراه دارند، اطلاعات درباره این که چرا فکر این یا آن محرک تهدیدآمیز است و وقتی در وضعیت فوبیک قرار دارند چه واکنشی نشان دهند (مثل اجتناب از مواجهه با آن محرک). امروزه بسیاری از روش‌های درمان فوبیاهای خاص برای این طراحی شده‌اند که باورهای غلط را به چالش بکشند و آنها را با افکار بهتری جایگزین کنند که نزدیک شدن به محرک‌های فوبیازا و مواجهه با آنها را تشویق و تقویت می‌کنند. معیارهای DSM V برای فوبیاهای خاص را در جدول زیر مشاهده می‌نمایید:

A: ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک شیء یا یک موقعیت خاص (مثلا پرواز با هواپیما، ارتفاع، حیوانات، آمپول، مشاهده خون).

توجه: کودکان ممکن است این ترس یا اضطراب را با گریه، قشقرق، بی حرکت ماندن یا چسبیدن به بزرگترها نشان دهند.

B: شیء یا موقعیت فوبیک تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب بلافاصله می شود.

C: فرد تمام تلاش خود را به کار می برد تا از شیء یا موقعیت فوبیک اجتناب کند یا این شیء یا موقعیت فوبیک را با ترس یا اضطراب بسیار زیاد تحمل می کند.

D: شدت ترس یا اضطراب با شدت خطری که از طرف اشیا یا موقعیت های خاص او را تهدید می کند تناسب ندارد. (توجه داشته باشید که "تناسب نداشتن" به شرایط اجتماعی - فرهنگی اشاره دارد).

E: ترس، اضطراب، یا اجتناب دایمی و تکراری است و معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می کشد.

F: ترس، اضطراب، یا اجتناب باعث می شود فرد به رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه های مهم زندگی دچار شود. فرد از این موضوع به شدت ناراحت است (دیسترس شخصی دارد) و عملکرد او در کارها و وظایف اجتماعی، شغلی و سایر زمینه های مهم مختل می شود.

این اختلال را نمی توان با علایم یک اختلال روانی دیگر توضیح داد از جمله، ترس، اضطراب و اجتناب از موقعیت های مرتبط با علایم اختلال هراس یا سایر علایم ناتوان کننده (مثلاً در آگورافوبیا)؛ اشیا یا موقعیت های مرتبط با وسواس ها (مثلاً در اختلال وسواسی - اجباری)؛ یادآورهای رویدادهای تروماتیک (مثلاً در اختلال PTSD) جدایی از خانه یا افراد دلبسته (مثلاً در اختلال اضطراب جدایی)، از موقعیت های اجتماعی (مثلاً در اختلال اضطراب اجتماعی).

انواع فوبی خاص

فوبی حیوان (Zoophobia): مثلاً، عنکبوت، حشرات، سگ.

فوبی محیط طبیعی (Ombrophobia): مثلاً ارتفاع، طوفان، آبهای عمیق (مثلاً، برکه، دریاچه، دریا، استخر).

فوبی خون - آمپول - زخم (Hemophobia): سرنگ، سوزن، رویه‌های پزشکی تهاجمی (مثلاً، بخیه زدن، جراحی).

فوبی موقعیتی (Clastrophobia): مثلاً، هواپیما، آسانسور، مکان‌های بسته.

سایر موارد: مثلاً موقعیت‌هایی که ممکن است به گیر کردن چیزی در گلو یا به استفراغ منجر شوند. در کودکان مواردی مثل صداهای بلند یا کسانی که لباس‌های مخصوص پوشیده‌اند (مثلاً کسانی که لباس بابا نوئل یا لباس میکی ماوس پوشیده‌اند).

شایع‌ترین فوبیاهای خاص

اکثر فوبیها معمولاً روی گروه‌های نسبتاً کوچکی از اشیاء و موقعیت‌ها متمرکز می‌شوند (خاص فقط یک شیء یا یک رویداد هستند) و مهم‌ترین آنها عبارتند از فوبیای حیوانات (از جمله ترس از مار، عنکبوت، موش، سوسک، حلزون، کرم)، فوبیای دندان پزشکی، فوبیای آب‌های عمیق (deep water phobia)، فوبیای ارتفاع، کلاستروفوبیا (claustrophobia) ترس از محیط‌های بسته و مجموعه‌ای از فوبیاهای خون، زخم، و آمپول) که به BII معروف

است (blood - injury - injection phobia)

سایر فوبیها عمومیت کمتری دارند و از این لحاظ که تا چه حد تهدید واقعی به حساب می‌آیند، می‌توان آنها را غیرعادی دانست. از این گونه فوبیها، می‌توان ترس از انواع پنبه (گوش پاک کن، پنبه توپک)، دکمه، شکلات، عروسک و گیاهان را نام برد. بعضی شواهد نشان داده است که اگر فرد از یک فوبیای خاص رنج ببرد، احتمال اینکه از یک یا چند فوبیای دیگر نیز رنج ببرد بیشتر خواهد بود. بنابراین احتمال اختلالات همبودی برای همه فوبیها بالاست.

خلاصه شیوع فوبیاهای خاص

۱- فوبیای حیوانات، که طبق تخمین‌های مختلف از منابع مختلف، ۳,۳٪ تا ۷٪ است. این نوع فوبیا در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان از همه بیشتر شایع است.

۲- فوبیای محیط‌های طبیعی از همه شایع‌تر است و میزان شیوع آن ممکن است به ۸,۹٪ تا ۱۱,۶٪ برسد. در این گروه، ارتفاع هراسی یا فوبیای ارتفاع از همه شایع‌تر است (۳,۱٪ تا ۵,۳٪).

۳- فوبیاهای موقعیتی با میزان شیوع ۵,۲٪ تا ۸,۴٪ که در این گروه، ترس از محیط‌های بسته (کلاستروفوبیا) بیشترین نرخ شیوع را دارد (۳,۲٪ تا ۳,۳٪).

سبب‌شناسی فوبیاهای خاص

تلاش برای توضیح فوبیاهای خاص گذشته طولانی دارد و به روزهای اول رویکرد روان کاوی فروید و رویکرد شرطی سازی، که مورد علاقه واتسون و سایر رفتارگرایان بود، بر می‌گردد. روند کار این بود که تنها با یک نظریه (مثل شرطی سازی عامل) همه انواع فوبیاها توضیح داده شود، اما امروزه عقیده بر این است که فوبیاهای مختلف عللمختلف دارند. اکنون این بحث وجود دارد که آیا فرایندهای تکاملی فوبیاها را به طور بیولوژیک تعیین می‌کنند یا واکنش‌هایی هستند که فرد در طول زندگی یاد می‌گیرد.

(۱) رویکرد روانکاوی در فوبیا: بیش از صد سال است که روان شناسان مفتون فوبیاها شده‌اند. شاید به این

علت که فوبیاها به صورت ترس غیر منطقی از چیزهایی نشان داده می‌شوند که اصلاً خطرناک نیستند یا خطر واقعی آنها بسیار کم است. علاوه بر آن، نمی‌توان این فوبیاها را با نظریه‌های یادگیری و تجارب گذشته مثل رویدادهای تروماتیک توضیح داد. این کار باعث شده است که بعضی رویکردهای پسیکولوژیک، فوبیاها را نشانه‌های نمادین بعضی مشکلات روانی و عمیق دیگر بدانند. برای مثال، رویکرد روان کاوی، که فروید طرفدار آن بود، فوبیا را نوعی دفاع در مقابل اضطراب ناشی از تمایلات غریزی و سرکوب شده‌ای (id) می‌دانست و معتقد بود که رویدادها یا موقعیت‌هایی که با غریزه

سرکوب شده ارتباط نمادین دارند باعث ترس می‌شوند. یک مورد کلاسیک، «هانس کوچولو» است که نسبت به اسب فوبیای شدید داشت.

۲) **رویکرد شرطی‌سازی کلاسیک در فوبیا:** تلاش برای توضیح فوبیاها با فرآیند شرطی‌سازی کلاسیک، به داستان معروف «آلبرت کوچولو» برمی‌گردد که در سال ۱۹۲۰ واتسون و رینر با او یک آزمایش انجام دادند. آلبرت یک کودک ۱۱ ماهه بود که واتسون و رینر تلاش کردند ترس از یک موش سفید و دست‌آموز را در او شرطی کنند. آنها این کار را با همراه کردن موش (محرک شرطی، یا محرک غیر طبیعی) با رویدادی وحشتناک (محرک غیرشرطی یا طبیعی) انجام دادند.

رویداد وحشتناک عبارت بود از صدای بلندی که با زدن چکش به یک میله آهنی تولید می‌شد. این کار باعث ترس آلبرت می‌شد (پاسخ غیرشرطی یا طبیعی). بعد از چند بار همراه کردن موش با صدا، آلبرت هر وقت موش را می‌دید شروع می‌کرد به گریه کردن (پاسخ شرطی، پاسخ غیر طبیعی). این نوع توضیح در ۶۰ سال گذشته بسیار رایج بوده است و امروزه نیز روش‌های پیچیده‌تر و جدیدتری برای شرطی‌سازی فوبیاهای خاص ایجاد شده است.

- مدل دو عاملی مورر (Mowrer ' s two - factor model) درباره اختلالات اضطرابی، که در سال ۱۹۴۷ ارائه شد، هنوز هم در نظریه‌های سبب‌شناسی فوبیاهای خاص و سایر اختلالات اضطرابی نفوذ دارد. مدل مورر می‌گوید اختلالات اضطرابی، در دو مرحله روی می‌دهند:
- از طریق شرطی‌سازی کلاسیک، فرد یاد می‌گیرد که از یک محرک خنثی، که در اثر جفت یا همراه شدن با یک محرک آزارنده، به محرک شرطی تبدیل می‌شود، بترسد.
 - از طریق شرطی‌سازی عامل، فرد با اجتناب کردن از محرک شرطی از اضطراب رها می‌شود. این پاسخ اجتنابی (avoidant response) حفظ می‌شود و ادامه می‌یابد زیرا تقویت‌کننده است (از ترس فرد می‌کاهد).
- البته توضیح همه فوبیاها (و در کل، اختلالات اضطرابی) با نظریه‌های شرطی‌سازی دشوار است.

اضطراب اجتماعی

اضطراب اجتماعی یا جمع هراسی نوعی اختلال اضطرابی است که در آن فرد ترس شدید و اضطراب شدید از قرار گرفتن در یک اجتماع یا جمع دارد. این اختلال تاثیر زیادی بر جنبه‌های زندگی فرد مبتلا دارد و می‌توان گفت در اکثر مواقع او را ناتوان کرده و روند زندگی فرد مختل می‌شود. در این اختلال ممکن است فرد مدت‌ها از خانه خود بیرون نیاید یا خود را در جمعی قرار ندهد.

ملاک های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)



ترس یا اضطراب محسوس در مورد یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آنها فرد با احتمال بررسی دقیق دیگران مواجه شود. از جمله نمونه‌های آن عبارتند از: تعاملات اجتماعی (مثل گفتگو داشتن، ملاقات کردن با افراد نا آشنا)، مورد مشاهده قرار گرفتن (مثل خوردن یا نوشیدن) و عمل کردن جلوی دیگران (مثل ایراد سخنرانی).



در کودکان، اضطراب باید در موقعیت‌های همسالان و نه فقط هنگام تعامل با دیگران روی دهد.



فرد می‌ترسد که طوری عمل کند یا نشانه‌های اضطراب بروز دهد که به صورت منفی ارزیابی شوند (یعنی، خجالت آور یا تحقیرآمیز باشند؛ به طرد یا دلخوری دیگران منجر شوند).



موقعیت‌های اجتماعی تقریباً همیشه **ترس** یا اضطراب را برانگیخته می‌کنند.



در کودکان، ترس یا اضطراب ممکن است با گریه، قشقرق، میخکوب شدن، چسبیدن، جمع کردن خود یا ناتوانی در صحبت کردن در موقعیت‌های اجتماعی ابراز شود.



از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌شود یا این موقعیت‌ها با ترس یا اضطراب شدید تحمل می‌شوند.



ترس یا اضطراب با تهدید واقعی که توسط موقعیت اجتماعی ایجاد می‌شود و با زمینه اجتماعی - فرهنگی بی تناسب است.

9

ترس، اضطراب یا اجتناب مداوم است، معمولاً ۶ ماه یا بیشتر ادامه می یابد. ترس، اضطراب یا اجتناب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد می کند.

ز

ترس، اضطراب یا اجتناب ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوء مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر نیست.

ح

ترس، اضطراب یا اجتناب با نشانه های **اختلال روانی** دیگر، مانند اختلال وحشتزدگی، اختلال بدشکلی بدن یا اختلال طیف اوتیسم بهتر توجیه نمی شود.

ط

اگر بیماری جسمانی دیگری (مثل بیماری پارکینسون، چاقی، بدشکلی ناشی از سوختگی ها یا جراحی) وجود داشته باشد، ترس، اضطراب، یا اجتناب آشکارا نامربوط یا بیش از حد است.

افراد مبتلا به فقط نوع عملکردی اختلال اضطراب اجتماعی، ترس های عملکردی دارند که معمولاً زندگی حرفه ای آنها (مثل موسیقی دان ها، رقصنده ها، بازیگران، ورزشکاران) یا در نقش هایی که در صحبت کردن در انظار است اختلال زیادی را ایجاد می کنند. ترس های عملکردی ممکن است در موقعیت های شغلی یا تحصیلی نیز که معمولاً به سخنرانی در انظار نیاز دارند، آشکار شوند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فقط عملکردی، از موقعیت های اجتماعی غیرعملکردی نمی ترسند یا از اجتناب نمی کنند.

ویژگی های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)

ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی، ترس یا اضطراب محسوس یا شدید از موقعیت های اجتماعی است که در آنها ممکن است فرد مورد بررسی دقیق دیگران قرار بگیرد. در کودکان ترس یا اضطراب باید در موقعیت های همسالان و نه فقط در مدت تعامل با بزرگسالان روی دهد (**ملاک الف**).

وقتی فرد با این گونه موقعیت‌های اجتماعی مواجه می‌شود، می‌ترسد که مورد ارزیابی منفی قرار گیرد. فرد نگران است که به صورت مضطرب، ضعیف، دیوانه، احمق، کسل‌کننده، ترسناک، کثیف یا دوست نداشتنی قضاوت شود. فرد می‌ترسد که به شیوه خاصی عمل کند یا به نظر برسد یا نشانه‌های اضطراب بروز دهد، مثل سرخ شدن، لرزیدن، عرق کردن، لکنت زبان یا خیره شدن که دیگران آنها را به صورت منفی ارزیابی کنند (ملاک ب).

برخی افراد می‌ترسند دیگران را دلخور کنند یا در نتیجه آن طرد شوند. ترس از رنجاندن دیگران - برای مثال با خیره شدن یا نشان دادن نشانه‌های اضطراب - ممکن است ترس غالب در افراد فرهنگ - هایی باشد که گرایش‌های جمع‌گرای (collectivist) نیرومندی دارند. فردی که از لرزش دست می‌ترسد، ممکن است از نوشیدن، خوردن، نوشتن یا اشاره کردن در انظار خودداری کند؛ فردی که از عرق کردن می‌ترسد امکان دارد از تکان دادن دست یا خوردن غذاهای تند اجتناب کند؛ و فردی که از سرخ شدن می‌ترسد ممکن است از عملکرد در انظار، نورهای درخشان یا بحث درباره موضوعات محرمانه اجتناب کند. برخی افراد از ادرار کردن در توالت‌های عمومی در مواقعی که افراد دیگری حضور دارند می‌ترسند یا از آن اجتناب می‌کنند (paruresis یا «نشانگان مثانه خجالتی»).

موقعیت‌های اجتماعی تقریباً همیشه ترس یا اضطراب ایجاد می‌کنند (ملاک ج)؛ بنابراین فردی که فقط گاهی در موقعیت (موقعیت‌های) اجتماعی مضطرب می‌شود، مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص داده نخواهد شد. با این حال، میزان و نوع ترس و اضطراب ممکن است در موقعیت‌های مختلف تفاوت داشته باشد (مثل اضطراب انتظاری، حمله وحشت‌زدگی). گاهی اضطراب انتظاری ممکن است خیلی پیش‌تر از موقعیت‌های قریب الوقوع روی دهد (مثل نگرانی هر روز یا به مدت چند هفته قبل از حضور در یک موقعیت اجتماعی، از پیش تکرار کردن گفتار به مدت چند روز). در کودکان، ترس یا اضطراب ممکن است با گریه، قشقرق، میخکوب شدن، چسبیدن یا جمع کردن خود در موقعیت‌های اجتماعی ابراز شود.

فرد اغلب از موقعیت‌های اجتماعی که می‌ترسد، اجتناب می‌کند، و گرنه این موقعیت‌ها با ترس یا اضطراب شدید تحمل می‌شوند (ملاک د) اجتناب می‌تواند گسترده (مثل نرفتن به میهمانی‌ها، خودداری از رفتن به مدرسه)

یا ملایم باشد (مثل آماده کردن بیش از حد متنی برای سخنرانی، منحرف کردن توجه به دیگران، محدود کردن تماس چشمی).

ترس یا اضطراب با خطر واقعی ارزیابی منفی شدن یا پیامدهای چنین ارزیابی منفی، بی تناسب قضاوت می‌شود (ملاک ه). گاهی ممکن است اضطراب، بیش از حد **قضاوت** نشده باشد، زیرا با خطر واقعی ارتباط دارد (مثل مورد قلدری یا آزار دیگران قرار گرفتن). با این حال، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اغلب پیامدهای منفی موقعیت های اجتماعی را بیش از حد برآورد می‌کنند و بنابراین، قضاوت بی‌تناسب بودن توسط متخصص بالینی صورت می‌گیرد. وقتی چنین قضاوتی صورت می‌گیرد، زمینه اجتماعی - فرهنگی فرد باید در نظر گرفته شده باشد. برای مثال در برخی فرهنگ‌ها، رفتاری که ممکن است از جهات دیگری اضطرابی به نظر برسد، شاید در موقعیت‌های اجتماعی مناسب محسوب شود (مثلا ممکن است به صورت نشانه احترام در نظر گرفته شود). مدت این اختلال معمولا حداقل ۶ ماه است (ملاک و). این آستانه مدت به متمایز کردن این اختلال از ترس های اجتماعی موقتی که رایج هستند، مخصوصا در بین کودکان و در جامعه، کمک می‌کند.

با این حال، از این ملاک **مدت** باید به عنوان رهنمود کلی، با در نظر گرفتن درجاتی از انعطاف‌پذیری استفاده شود. ترس، اضطراب و اجتناب باید روال عادی، عملکرد شغلی یا تحصیلی، یا فعالیت‌های اجتماعی یا روابط فرد را به طور قابل ملاحظه‌ای مختل کند، یا باید ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد او ایجاد کند (ملاک ز). برای مثال، فردی که از صحبت کردن در انظار می‌ترسد، در صورتی که به طور معمول با این فعالیت در محل کار یا تکالیف درسی روبرو نشود و اگر به طور قابل ملاحظه‌ای از آن ناراحت نباشد، مورد تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی قرار نخواهد گرفت. با این حال، اگر فرد به علت نشانه‌های اضطراب اجتماعی از شغل یا تحصیلاتی که واقعا دوست دارد اجتناب کند یا کنار گذاشته شود، **ملاک ز** برآورده می‌شود.

ویژگی های مرتبط با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)

افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است به طور نامناسبی جسور و از خود مطمئن یا بیش از حد سلطه پذیر باشند و به ندرت، بسیار کنترل کننده گفتگو باشند. ممکن است آنها وضع بدن بسیار خشک یا تماس چشمی نامناسب نشان دهند، یا با صدای بسیار ملایم و لطیف صحبت کنند. این افراد ممکن است خجالتی یا گوشه گیر باشند، در گفتگوها کمتر بی پرده باشند و اطلاعات کمی را در مورد خودشان افشا کنند. امکان دارد آنها مشاغلی را جستجو کنند که به ارتباط اجتماعی نیاز نداشته باشند، هرچند که این در مورد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فقط عملکردی، صدق نمی کند. امکان دارد آنها طولانی تر در خانه به سر برند. مردان ممکن است در ازدواج و تشکیل خانواده تأخیر کنند، در حالی که زنانی که می خواهند خارج از خانه کار کنند، ممکن است زندگی خود را به عنوان خانه دار و مادر بگذرانند. خوددرمانی با مواد متداول است (مثل مشروب خواری قبل از رفتن به میهمانی). اضطراب اجتماعی در افراد مسن ممکن است تشدید نشانه های بیماری های جسمانی، مثل افزایش لرزش یا تپش قلب را نیز در بر گیرد. سرخ شدن، پاسخ جسمانی شاخص اختلال اضطراب اجتماعی است.

شیوع اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)

برآورد شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی برای ایالات متحده تقریباً ۷ درصد است. برآوردهای شیوع کمتر از ۱۲ ماه در خیلی از مناطق دنیا با استفاده از ابزار تشخیصی یکسان، پیرامون ۵/۰ تا ۳/۰ درصد است؛ شیوع متوسط در اروپا ۳/۲ درصد است.

میزان شیوع ۱۲ ماهه در کودکان و نوجوانان با میزان شیوع در بزرگسالان برابر است. میزان شیوع با افزایش سن کاهش می یابد. میزان شیوع ۱۲ ماهه برای افراد مسن بین ۲ تا ۵ درصد است. در مجموع، میزان اختلال اضطراب اجتماعی در کل جمعیت، در زنان بالاتر از مردان است (با نسبت احتمال ۵/۱ تا ۲/۲) و تفاوت جنسیت در شیوع، در نوجوانان برجسته تر از جوانان است. میزان های جنسیتی برای مردان در نمونه های بالینی برابر یا اندکی بالاتر هستند و فرض شده که نقش های جنسیتی و انتظارات اجتماعی، نقش مهمی را در توجیه کردن رفتار کمک خواهی بیشتر در بیماران مرد، ایفا می کنند. میزان شیوع در ایالات متحده، در سرخپوستان

آمریکایی بالاتر و در افراد آسیایی، لاتینی، آمریکایی آفریقایی تبار و نژاد آفریقایی - کارائیبی در مقایسه با سفید پوستان غیراسپانیایی، پایین تر است.

شکل گیری و روند اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)

سن متوسط هنگام شروع اختلال اضطراب اجتماعی در ایالات متحده ۱۳ سالگی است و ۷۵ درصد افراد، سن شروع ۸ تا ۱۵ سال دارند. در تحقیقات آمریکایی و اروپایی، معلوم شده است که این اختلال از سابقه کودکی **بازداری** یا کم رویی اجتماعی پدیدار می شود. شروع می تواند در اوایل کودکی نیز باشد. شروع اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است بعد از تجربه استرس زا یا خجالت آور باشد (مثل مورد قلدری قرار گرفتن، استفراغ کردن در طول سخنرانی در انتظار). یا ممکن است پنهان باشد و به کندی ایجاد شود. اولین شروع در بزرگسالی نسبتاً نادر است و به احتمال زیاد بعد از واقعه ای تنش زا یا خجالت آور یا پس از تغییرات زندگی که به نقش های اجتماعی تازه نیاز دارند روی می دهد (مثل ازدواج کردن با فردی از طبقه اجتماعی متفاوت، دریافت ترفیع شغلی). اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است بعد از ازدواج فردی که از قرار ملاقات گذاشتن می ترسد، کاهش یابد و پس از **طلاق** دوباره پدیدار شود. در بین افرادی که برای مراقبت بالینی مراجعه می کنند، این اختلال گرایش دارد به اینکه خیلی بادوام باشد.

نوجوانان در مقایسه با کودکان خردسال، الگوی گسترده تر ترس و اجتناب، از جمله قرار ملاقات را تایید می کنند. افراد مسن، اضطراب اجتماعی را در سطوح پایین تر نشان می دهند، اما در موقعیت های گسترده تر، در حالی که افراد جوان تر، سطوح بالاتر اضطراب اجتماعی را در موقعیت های خاص نشان می دهند. در افراد سالخورده، اضطراب اجتماعی ممکن است به ناتوانی ناشی از کاهش عملکرد حسی (شنوایی، بینایی) یا شرمندگی در مورد ظاهر (مثل لرزش ناشی از نشانه بیماری پارکینسون) یا عملکرد ناشی از بیماری های جسمانی، بی اختیاری ادرار، یا اختلال شناختی (مثل فراموش کردن اسامی افراد) مربوط باشد. در جامعه، تقریباً ۳۰ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ظرف ۱ سال و در حدود ۵۰ درصد ظرف چند سال به بهبود نشانه های را **تجربه** می کنند. در تقریباً ۶۰ درصد افراد بدون درمان خاص برای اختلال اضطراب اجتماعی، این روند چند

سال یا بیشتر طول می‌کشد. تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در افراد سالخورده به چند دلیل ممکن است دشوار باشد، که از جمله آنها تمرکز بر نشانه‌های جسمانی، بیماری جسمانی همزمان، بینش محدود، تغییرات در محیط یا نقش‌های اجتماعی هستند که ممکن است اختلال در عملکرد اجتماعی را نامشخص کنند یا موجب سکوت در مورد شرح دادن ناراحتی روانشناختی شوند.

عوامل خطر و پیش آگهی اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)

✓ خلق و خویی

صفات اساسی که افراد را برای اختلال اضطراب اجتماعی آماده می‌کنند، بازداری رفتاری و ترس از ارزیابی منفی را شامل می‌شوند.

✓ محیطی

میزان بیشتر بدرفتاری در دوران کودکی یا مصیبت روانی - اجتماعی دیگر با شروع زودهنگام، در شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی نقش علیتی ندارد. با این حال، بدرفتاری و **مصیبت** در دوران کودکی، عوامل خطر برای اختلال اضطراب اجتماعی هستند.

✓ ژنتیکی و فیزیولوژیکی

صفات که افراد را مستعد اختلال اضطراب اجتماعی می‌کنند، مانند بازداری رفتاری، قویا تحت تأثیر عوامل ژنتیکی قرار دارند. تأثیر ژنتیکی در معرض تعامل ژن - محیط قرار دارد؛ یعنی کودکانی که بازداری رفتاری زیاد دارند بیشتر مستعد تأثیرات محیطی، مانند الگوبرداری اضطرابی از والدین هستند. همچنین، اختلال اضطراب اجتماعی ارثی است (اما اضطراب فقط عملکردی، کمتر ارثی است). خویشاوندان درجه اول، ۲ تا ۶ برابر بیشتر احتمال دارد که اختلال اضطراب اجتماعی داشته باشند و آمادگی برای این اختلال مستلزم اثر متقابل عوامل ژنتیکی اختصاصی اختلال (مثل ترس از ارزیابی منفی) و غیر اختصاصی (مثل روان رنجورخویی) است.

موضوعات تشخیصی مرتبط با فرهنگ

نشانگان تای جین کیوفوشو: (مثلا در ژاپن و کره) اغلب با مسایل ارزیابی اجتماعی مشخص می‌شود، ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی را برآورده می‌کند، که با ترس از اینکه فرد دیگران را ناراحت کند، ارتباط دارند (مثل «زل زدن من مردم را ناراحت می‌کند، بنابراین آنها روی خود را بر می‌گردانند و از من اجتناب می‌کنند»)، ترسی که گاهی با شدت هذیانی تجربه می‌شود. این نشانگان ممکن است در کشورهای غیرآسیایی نیز یافت شود. جلوه‌های دیگر تای جین کیوفو شو ممکن است ملاک‌های اختلال بدشکلی بدن یا اختلال هذیانی را برآورده کنند. وضعیت مهاجر با میزان بسیار پایین تر اختلال اضطراب اجتماعی در گروه‌های سفید پوست لاتینی و غیرلاتینی ارتباط دارد. میزان شیوع اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است با سطوح اضطراب اجتماعی گزارش شده توسط فرد در فرهنگی یکسان، هماهنگ نباشد- یعنی، جوامعی که گرایش‌های **جمع‌گرایی** نیرومند دارند ممکن است از سطوح بالای اضطراب اجتماعی، اما شیوع پایین اختلال اضطراب اجتماعی خبر دهند.

موضوعات تشخیصی مرتبط با جنسیت

زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از تعداد بیشتر ترس‌های اجتماعی و افسردگی، دوقطبی و اختلالات اضطرابی خبر می‌دهند، در حالی که مردان بیشتر احتمال دارد که از قرار ملاقات بترسند، اختلال نافرمانی و لجبازی با **اختلال سلوک** داشته باشند و برای تسکین نشانه‌های این اختلال، الکل و داروهای غیر مجاز استفاده کنند. «نشانگان مثانه خجالتی» در مردان شایع‌تر است.

پیامدهای کارکردی اختلال اضطراب اجتماعی

اختلال اضطراب اجتماعی با میزان بالای ترک تحصیل و کاهش سلامتی، استخدام، بازدهی شغلی، جایگاه اجتماعی - اقتصادی و کیفیت زندگی ارتباط دارد. اختلال اضطراب اجتماعی همچنین با مجرد بودن، متأهل نبودن یا مطلقه بودن و نداشتن فرزندان، مخصوصا در مردان، ارتباط دارد. در افراد سالخورده، امکان دارد اختلال در وظایف مراقبت کردن و فعالیت‌های داوطلبانه وجود داشته باشد. اختلال اضطراب اجتماعی از فعالیت‌های اوقات فراغت نیز

جلوگیری می‌کند. با وجود وسعت ناراحتی و اختلال اجتماعی مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی، تنها نیمی از افراد مبتلا به این اختلال در کشورهای غربی تا کنون در صدد درمان برآمده‌اند و فقط بعد از ۱۵ تا ۲۰ سال تجربه کردن نشانه‌های آن، جویای درمان می‌شوند. شاغل نبودن، پیش بین قدرتمندی برای ادامه اختلال اضطراب اجتماعی است.

تشخیص افتراقی اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)

کم‌رویی هنجاری

کم‌رویی (یعنی، خموشی اجتماعی) صفت شخصیت رایجی است و به خودی خود بیمارگون نیست. در برخی جوامع، حتی کم‌رویی به صورت مثبت ارزیابی می‌شود. با این حال، در صورتی که تاثیر ناگوار قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد اجتماعی، شغلی و زمینه‌های مهم دیگر عملکرد وجود داشته باشد، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی باید در نظر گرفته شود و چنانچه ملاک‌های کامل **اختلال اضطراب اجتماعی** برآورده شده باشند، این اختلال باید تشخیص داده شود. فقط اقلیت (۱۲ درصد) افرادی که در ایالات متحده خود را کم‌رو می‌دانند، نشانه‌هایی دارند که ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی را برآورده می‌کنند.

آگورافوبیا

افراد مبتلا به آگورافوبیا ممکن است از موقعیت‌های اجتماعی بترسند و از آنها اجتناب می‌کنند (مثل رفتن به سینما)، زیرا ممکن است گریز دشوار باشد یا در صورت وقوع نشانه‌های ناتوان‌کننده یا شبه **وحشت‌زدگی**، کمک در دسترس نباشد، در حالی که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از بررسی دقیق دیگران می‌ترسند. از این گذشته، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی وقتی کلاً تنها گذاشته می‌شوند، آرام هستند، که این اغلب در مورد آگورافوبی صدق نمی‌کند.

اختلال وحشت‌زدگی

افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است حملات وحشت‌زدگی باشند، ولی نگرانی آنها ترس از ارزیابی منفی است، در حالی که در اختلال وحشت‌زدگی، در مورد خود حملات وحشت‌زدگی نگرانی وجود دارد.

اختلال اضطراب فراگیر

نگرانی‌های اجتماعی در **اختلال اضطراب فراگیر** شایع هستند، اما نگرانی بیشتر بر ماهیت روابط جاری است، نه بر ترس از ارزیابی منفی. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مخصوصاً کودکان، ممکن است نگرانی‌های بیش از حد در مورد کیفیت عملکرد اجتماعی خود داشته باشند، اما این نگرانی‌ها به عملکرد غیر اجتماعی و هنگامی که فرد توسط دیگران ارزیابی نمی‌شود نیز مربوط می‌شوند.

اختلال اضطراب جدایی

افراد مبتلا به اختلال اضطراب جدایی ممکن است از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کنند (از جمله امتناع از رفتن به مدرسه) که علت آن نگرانی‌هایی درباره جدا بودن از اشخاص دلبسته یا، در کودکان، نگرانی در مورد نیاز به حضور والد به هنگامی است که با سطح رشد تناسب ندارد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب جدایی معمولاً در محیط‌های اجتماعی در مواقعی که شخص دلبسته آنها حضور دارد یا به هنگامی که در خانه هستند، **احساس** آرامش می‌کنند، در حالی که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی وقتی موقعیت‌های اجتماعی در خانه روی می‌دهند یا در حضور اشخاص دلبسته، ناراحت هستند.

فوبی‌های خاص

افراد مبتلا به فوبی‌های خاص ممکن است از شرمندگی یا تحقیر بترسند (مثل شرمندگی از غش کردن به هنگامی که افت فشار خون دارند)، اما آنها عموماً در موقعیت‌های اجتماعی دیگر از ارزیابی نمی‌ترسند.

لالی انتخابی

افراد مبتلا به لالی انتخابی ممکن است به علت ترس از ارزیابی منفی نتوانند صحبت کنند، اما در موقعیت‌های اجتماعی که صحبت کردن لازم نیست (مثل بازی غیرکلامی) از ارزیابی منفی نمی‌ترسند.

افسردگی اساسی

افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ممکن است به علت اینکه احساس می‌کنند بد هستند یا ارزش ندارند که کسی آنها را دوست بدارد، در مورد ارزیابی شدن منفی توسط دیگران نگران باشند. در مقابل، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، به دلیل رفتارها یا نشانه‌های جسمانی خاص، از ارزیابی شدن منفی نگران هستند.

اختلال بدشکلی بدن

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن دل مشغول یک یا چند نقص یا عیب در ظاهر جسمانی خود هستند که برای دیگران قابل مشاهده نیستند یا جزئی به نظر می‌رسند؛ این دل مشغولی به موجب اضطراب و اجتناب اجتماعی می‌شود. در صورتی که ترس‌ها و اجتناب اجتماعی آنها فقط توسط عقاید آنها در مورد ظاهرشان ایجاد شده باشند، تشخیص جداگانه اختلال اضطراب اجتماعی موجه نیست.

اختلال هذیانی

افراد مبتلا به اختلال هذیانی ممکن است در ارتباط با موضوع هذیانی که بر طرد شدن از جانب دیگران یا رنجاندن آنها تمرکز دارند، هذیانها و یا توهمات داشته باشند که عجیب و غریب نباشند. گرچه میزان بینش نسبت به عقاید مربوط به موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند فرق داشته باشد، اما خیلی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به اینکه عقاید آنها با تهدید واقعی از جانب موقعیت اجتماعی مناسب نیستند، بینش خوبی دارند.

اختلال طیف اوتیسم

اضطراب اجتماعی و کمبودهای ارتباط اجتماعی، شاخص های **اختلال طیف اوتیسم** هستند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً از روابط اجتماعی و توانایی ارتباط اجتماعی مناسبی برخوردارند که با سن آنها متناسب هستند، هرچند که وقتی برای اولین بار با همسالان یا بزرگسالان غریبه تعامل می کنند، ممکن است به نظر برسند که اختلالی در این زمینه ها دارند.

اختلالات شخصیت

اختلال اضطراب اجتماعی با توجه به اینکه شروع فراوانی در کودکی دارد و تا بزرگسالی ادامه می یابد، ممکن است شبیه اختلال شخصیت به نظر برسد. واضح ترین همپوشی با اختلال شخصیت دوری جوست. افراد مبتلا به **اختلال شخصیت دوری جو**، الگوی اجتناب گسترده تر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارند. با این حال، اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً با اختلال **شخصیت دوری جو** همزمان تر از اختلالات شخصیت دیگر است و **اختلال شخصیت دوری جو** با اختلال اضطراب اجتماعی همزمان تر از اختلالات اضطرابی دیگر است.

اختلالات روانی دیگر

ترس ها و ناراحتی اجتماعی وانند به عنوان بخشی از اسکیزوفرنی روی دهند، ولی شواهد دیگر برای نشانه های روان پریشی معمولاً وجود دارند. در افراد مبتلا به اختلال خوردن، قبل از تشخیص دادن اختلال اضطراب اجتماعی، معلوم کردن این موضوع مهم است که ترس از ارزیابی منفی در مورد نشانه ها یا رفتارهای اختلال خوردن (مثل پاکسازی و استفراغ) تنها علت اضطراب است. همچنین، **اختلال وسواس فکری - عملی** ممکن است با اضطراب اجتماعی ارتباط داشته باشند، اما از تشخیص اضافی اختلال اضطراب اجتماعی فقط در صورتی استفاده می شود که ترس ها و اجتناب اجتماعی از کانون وسواس های فکری و وسواس های عملی **مستقل** باشند.

بیماری های جسمانی دیگر

بیماری‌های جسمانی ممکن است نشانه‌هایی را ایجاد کنند که خجالت‌آور باشند (مثل لرزش در بیماری پارکینسون). در صورتی که ترس از ارزیابی منفی ناشی از بیماری‌های جسمانی دیگر بیش از حد باشد، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی باید در نظر گرفته شود.

اختلال لجبازی و نافرمانی

امتناع از صحبت کردن به علت نافرمانی از صاحبان قدرت باید از ناتوانی صحبت کردن به خاطر ترس از ارزیابی منفی، متمایز شود.

همزمانی اختلالات

اختلال اضطراب اجتماعی اغلب با اختلالات اضطرابی دیگر، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات مصرف مواد همزمان است و شروع اختلال اضطراب اجتماعی، به جز فوبی خاص و اختلال اضطراب جدایی، عموماً قبل از اختلالات دیگر است. انزوای اجتماعی مزمن در دوره اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است به اختلال افسردگی اساسی منجر شود. همزمانی با افسردگی در افراد سالخورده نیز بالاست. امکان دارد که از مواد به عنوان خود درمانی برای ترس‌های اجتماعی استفاده شود، اما نشانه‌های مسمومیت با مواد یا ترک مواد، مانند لرزش، نیز ممکن است مایه ترس اجتماعی (بیشتر) باشد. **اختلال اضطراب اجتماعی اغلب با اختلال دوقطبی و اختلال بدشکلی بدن همزمان است؛** برای مثال، فرد علاوه بر اختلال اضطراب اجتماعی به علت ترس شدید از اینکه کودن به نظر برسد، در مورد اشتغال ذهنی به نامنظمی جزئی بینی خود، اختلال بدشکلی بدن دارد. نوع فراگیرتر اختلال اضطراب اجتماعی، اما نه اختلال اضطراب اجتماعی فقط عملکردی، اغلب با اختلال شخصیت دوری جو همزمان است. در کودکان، همزمانی اختلالات با اوتیسم پرکارکرد و **لالی گزینشی** شایع است.

درمان اختلالات اضطرابی

■ روش‌های درمان اضطراب بدون دارو

درمان اختلال اضطراب به شیوه‌های گوناگونی اتفاق می‌افتد و روش‌های متعددی برای آن وجود دارد. درمان‌های روانشناختی در این حوزه اهمیت ویژه‌ای دارند و سال‌هاست که با روش‌های مختلف درمان‌های غیردارویی مواجهیم. از جمله راه‌های درمان اضطراب بدون دارو یا همان درمان‌های روانشناختی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

① رفتار درمانی

یکی از مهم‌ترین راه‌های درمان اضطراب که به صورت گسترده در این حیطه به کار می‌رود، رفتار درمانی است. در این روش از درمان و تمرین‌های مشخص رفتاری و عملی استفاده می‌شود که بسیار جزئی انجام می‌گیرد. مانند حساسیت‌زدایی نظام‌دار یا تدریجی. در این روش از سلسله مراتب استفاده می‌شود. به این صورت که موقعیت‌های گوناگون فرد را از کمترین میزان اضطراب تا بالاترین میزان آن تنظیم کرده و تلاش می‌کنند به شکل واقعی یا تجسمی فرد را با آن روبه‌رو کنند. به این صورت، فرد می‌تواند به مرور زمان توانایی مقابله با موقعیت‌های اضطراب‌آور خود را به دست آورد.

② بیوفیدبک

بیوفیدبک نیز یکی دیگر از راه‌های درمان اختلال اضطراب است که در واقع نوعی پس‌خوراند زیستی به شمار می‌رود. در این روش با نصب گیرنده‌های خاصی به بدن فرد، درباره واکنش‌های فیزیکی فرد، مانند دمای بدن، ضربان قلب او و ... بازخوردهایی به او داده می‌شود. به این ترتیب فرد با آگاهی از تغییرات بدنی خود که ناشی از شرایط اضطرابی است، راه‌های مدیریتی و کنترلی مناسبی را در برابر آن‌ها پیاده‌سازی می‌کند. در این روش، عامل تنظیم احساسات و مدیریت آن‌ها، خود فرد است.

③ روش شناختی رفتاری

یکی دیگر از مهم‌ترین و گسترده‌ترین راه‌های درمان اختلال اضطراب استفاده از روش شناختی رفتاری است. در این روش روی شناخت فرد، تصورات و تصویرهای او، برداشت‌های غلط فرد و تحریف‌های شناختی فرد در موقعیت‌های گوناگون تمرکز می‌شود.

همچنین روش شناختی درمانی به اصلاح رفتارهای اشتباه فرد می‌پردازد. برای مثال فرد اطلاعات یا باورهای تحریف‌شده‌ای نسبت به خطرناک بودن دنیا دارد. از طرفی رفتارهای مقابله‌ای که برای رویارویی با آن‌ها انتخاب می‌کند، ناشی از همین تصورات و شناخت اشتباه اوست؛ بنابراین تلاش می‌شود که فرد با اصلاح باورها، به یک نگاه، عقیده و باور سالم‌تر دست یابد. از طرفی هم سعی می‌شود که با اصلاح رفتاری، فرد در موقعیت‌های اضطراب‌آور مدیریت و کنترل بسیار خوبی را روی خود داشته باشد.

④ روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت

این روش درمانی که یکی از راه‌های درمان اختلال اضطراب است، در حوزه درمان‌های تحلیلی روانشناختی جای می‌گیرد. این رویکرد بر پایه این فرض بنا شده که بروز اضطراب در فرد، به دلیل کاهش توانایی مقابله‌ای او برای مواجه شدن با تکانه‌ها و احساسات ناخوشایند و نامطلوب فرد است. از این منظر این روش با روانکاوی شباهت‌های زیادی دارد.

در روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت، تلاش می‌شود که با افزایش ظرفیت فرد برای تحمل اضطراب و آگاهی از علائم و بازخوردهای فرد، نسبت به خودش، در جلسه مشاوره، درمان صورت بگیرد.

⑤ درمان متمرکز بر هیجان یا روش Emotional Freedom Techniques (EFT)

روش EFT روش دیگری است که در واقع یک روش متمرکز بر هیجان است. EFT نوعی روش تجربی است که تلاش می‌کند با اصلاح هیجانی، فرد را درمان کند. در این درمان، ارتباطات فرد و سبک‌های رفتاری او تحلیل می‌شوند؛ بنابراین بر اساس چرخه‌های تعاملی فرد در ارتباطات او که تصورات تحریف‌شده‌ای را در فرد ایجاد می‌کنند، درمان شروع می‌شود. روش EFT در تلاش است که با ایجاد بینش جدید در افرادی که به اضطراب مبتلا هستند، شناسایی احساسات پنهان‌شده آن‌ها و در نهایت شناخت عواملی که فرد را از ابراز سالم هیجانی منع می‌کند، درمان آن‌ها را انجام دهد.

⑥ نوروفیدبک

روش دیگری که در میان راه‌های درمان اضطراب جای می‌گیرد، درمان‌های مبتنی بر نوروتراپی هستند. مانند روش نوروفیدبک که شباهت‌هایی با روش بیوفیدبک دارد. در روش درمان اضطراب با نوروفیدبک، گیرنده‌هایی به سر فرد وصل می‌شود و از طریق واکنش‌های او که روی مانیتور ثبت می‌شود، می‌توان کار درمان را انجام داد.

⑦ درمان اضطراب با روش Transcranial direct-current stimulation (TDCS)

روش TDCS هم درمان دیگری در حوزه نوروتراپی است. این روش، روش درمانی غیرتهاجمی است و به کاهش میزان تحریک‌پذیری نوروهای مغزی می‌پردازد. از آنجایی که نوروهای مغزی در انتقال اطلاعات مغزی و همچنین ایجاد بسیاری از اختلالات نقش دارند، کاهش تحریک‌پذیری آن‌ها در موارد خاص، اهمیت می‌یابد.

در TDCS یک جریان الکتریکی بسیار ضعیف به حجمه منتقل می‌شود. بسته به مکانی که در مغز تحریک می‌شود، شدت و اندازه الکتروود و اسفنجی که الکتروود به کمک آن به سطح حجمه متصل می‌شود، روی کارکرد مغز فرد اثر می‌گذارد.

⑧ درمان اضطراب با Repetitive transcranial magnetic stimulation (RTMS)

RTMS روش دیگری در نوروتراپی است که جریان قوی‌تری را نسبت به TDCS ایجاد و منتقل می‌کند. این روش روی نورون‌های مغزی، اثر تحریکی بیشتری دارد. در واقع، در مقایسه با روش TDCS فعال کردن یا شلیک نورونی را قوی‌تر انجام می‌دهد. این روش اثربخشی بالایی دارد. اما، ممکن است ریسک آن، خصوصاً در افرادی که احتمال تشنج در آن‌ها وجود دارد، بیشتر باشد.

■ درمان‌های دارویی برای کاهش اضطراب

علاوه بر درمان‌های روانشناختی، طیفی از درمان‌های دارویی هم در میان راه‌های درمان اختلالات اضطرابی وجود دارد. معروف‌ترین داروهایی که برای درمان اضطراب استفاده می‌شوند، در گروه بنزودیازپین‌ها جای می‌گیرند.

① خانواده بنزودیازپین‌ها

گروه داروهای بنزودیازپین‌ها، از معروف‌ترین درمان‌های دارویی اضطراب هستند که در موارد زیادی به کار می‌روند.

داروهایی مانند دیازپام که با نام تجاری **والیوم** شناخته می‌شود، **آلپرازولام** یا **زاناکس**، **کلونازپام** یا **کلونوپین**

و **لورازپام** یا **آتیوان** برای درمان استرس و اضطراب، از این خانواده دارویی استفاده می‌شوند.

این داروها به‌عنوان داروهای اصلی در اختلال اضطراب فراگیر تجویز می‌شوند. اما، درباره انواع دیگر اضطراب مانند هراس اجتماعی و ... این داروها به‌عنوان مکمل به کار می‌روند.

② داروهای گروه مسدودکننده بتا

داروهای دیگری با عنوان گروه مسدودکننده بتا هم وجود دارند که معروف‌ترین‌ها، پروپرانولول یا پروپرانولول است.

ترونلومین هم در این خانواده جای می‌گیرد. به‌طور کلی داروهای گروه مسدودکننده بتا تلاش می‌کنند از طریق کاهش ضربان قلب و فشارخون، اثرگذاری متغیرهای مرتبط با اضطراب و استرس را کاهش دهند؛ بنابراین زمانی که علائمی مانند لرزش، تعریف و ... علائم غالب فرد باشند، این داروها در کاهش آن بسیار مناسب‌اند.

③ داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین

داروهای این گروه نیز در میان راه‌های درمان اختلال اضطراب به کمک دارو نقش زیادی دارد. داروهایی مانند **سرترالین** یا **آسنترا** و **آلونتاز** جمله داروهای این گروه هستند که برای برخی افراد تجویز می‌شوند. داروهای این طیف، ضدافسردگی به حساب می‌آیند اما در برخی اضطراب‌ها مانند اضطراب اجتماعی هم تأثیر بسیار خوبی دارند.

سیتالوپرام و فلوکستین از دیگر داروهای معروف در این گروه هستند.

برخی از مجموع داروهایی که نام‌برده شد، ممکن است با عوارضی مانند یبوست، خشکی دهان، احساس سر بودن بدن، کم یا زیاد شدن میزان خواب و کاهش شدید میل جنسی به‌ویژه در ابتدای مصرف همراه باشند. البته باید به این نکته اشاره کرد که این عوارض به مرور زمان کاهش پیدا می‌کنند. اما، در صورتی که این عوارض به شکل شدیدی ادامه یافتند، فرد حتماً باید آن را به پزشک معالج خود اطلاع دهد تا در صورت لزوم، تغییری در دوز مصرفی یا داروها ایجاد شود.

در بسیاری از موارد، فرد هم‌زمان، نیاز به روان درمانی و دارو درمانی دارد. این مورد برای افرادی که تجربیات اضطرابی شدیدی دارند، بسیار مؤثر و ضروری است؛ بنابراین اگر فردی به هر دو نوع درمان نیازمند باشد، نباید نسبت به انجام آن مقاومت کند.

■ استراتژی‌های کمکی برای مدیریت اضطراب

یکی از مهم‌ترین نکاتی که درباره مدیریت اضطراب مطرح می‌شود، جدای از روان درمانی و دارو درمانی، استراتژی‌های کمکی و مقابله‌ای هستند که فرد باید آن‌ها را به کار بگیرد. این راه‌کارها با عنوان راه‌کارهای **مدیریت استرس**، **مدیریت هیجان** یا **تمرین‌های آرام‌بخشی** شناخته می‌شوند.

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) Post-Traumatic Stress Disorder

اختلال استرس پس از سانحه یکی دیگر از اختلالات روانپزشکی است که پس از یک رویداد ناگوار و آسیب‌زا مانند تجاوز جنسی، جنگ، تصادف رانندگی و دیگر عواملی که جان فرد را تهدید می‌کند، بروز پیدا می‌کند. رویداد تروماتیک، رویدادی است که فرد را با تهدید شدن به مرگ، احتمال مرگ واقعی، جراحت جسمانی جدی و یا خشونت و تجاوز جنسی روبه‌رو می‌کند. ترس و فشار روانی که پس از برخورد با این رویدادها در فرد پدید می‌آید بیش از اندازه است و فرد توانایی کنترل شرایط را از دست می‌دهد.

انسان در زندگی روزمره با رویدادهای ناگوار گوناگونی روبه‌رو می‌شود اما هر رویدادی را نمی‌تواند تروماتیک دانست. برای نمونه ورشکستگی، مشکلات زناشویی و طلاق، مرگ عزیزان جزو رویدادهای زمینه‌ساز PTSD نیستند. پس هر رویداد ناگواری زمینه‌ساز PTSD نمی‌شود. آمارها نشان می‌دهد احتمال خودکشی در کسانی که دچار اختلال استرس پس از سانحه یا PTSD هستند، بیش از دیگران است؛ پس این اختلال روانپزشکی باید جدی گرفته شود. اختلال PTSD در کودکان نیز می‌تواند بروز کند و نباید از درمان آن چشم‌پوشی کرد؛ چون اگر این اختلال درمان نشود زمینه‌ساز مشکلات بزرگ‌تری در بزرگسالی خواهد شد.

نشانه‌ها و معیارهای DSM V برای اختلال استرس پس از سانحه PTSD

A: قرار گرفتن در معرض مرگ یا تهدید شدن به مرگ، جراحت شدید یا تجاوز جنسی به یکی از شیوه‌های زیر:

- ۱- فرد رویداد یا رویدادهای تروماتیک را به طور مستقیم تجربه می‌کند.
- ۲- فرد رویداد یا رویدادهای تروماتیک که برای دیگران پیش آمده را به طور مستقیم مشاهده کند.
- ۳- فرد از رویداد یا رویدادهای تروماتیک که برای یکی از اعضای خانواده یا دوستان نزدیکش پیش آمده آگاه شود. در صورت وقوع مرگ یا تهدید شدن به مرگ، برای یکی از اعضای خانواده یا دوستان، این رویدادها باید فاجعه‌آمیز، خشونت‌بار یا تصادفی باشند.

۴- فرد بارها یا به شدت در معرض جزئیات ناراحت کننده‌ی رویدادهای تروماتیک قرار می‌گیرد. برای نمونه نخستین کسانی که به محل حادثه می‌روند تا جنازه‌ها و بقایای انسانی را جمع‌آوری کنند. یا افسران پلیس که پیایی بد رفتاری با کودکان یا کودک‌آزاری را مشاهده می‌کنند و از آن آگاه می‌شوند.

نکته: قرار گرفتن در معرض جزئیات ناراحت کننده‌ی رویدادهای تروماتیک، در صورتی که از طریق رسانه‌های اجتماعی، اینترنت، تلویزیون کلیپ‌های ویدیویی یا تصاویر باشد. جزء معیارهای شماره‌ی ۴ نیست. مگر این که با شغل و کار فرد در ارتباط باشد. برای نمونه فرد به خاطر شغلش ناچار باشد اخبار رویداد تروماتیک را در روزنامه‌ها بخواند یا کلیپ‌هایش را در اینترنت یا تلویزیون نگاه کند.

B: حضور یک یا چند نشانه از نشانه‌های زیر در رابطه با نفوذ یا ورود افکار مزاحم و ناخواسته مربوط به رویدادهای تروماتیک که پس از رخ دادن آن‌ها آغاز شده‌اند.

۱- خاطرات تکراری، مزاحم و ناخواسته از رویداد یا رویدادهای تروماتیک به طور ناخواسته یا به خاطر برخی محرک‌ها به یاد فرد می‌آیند. کودکان بزرگ‌تر از ۶ سال ممکن است به پیایی به بازی‌هایی بپردازند که در آن‌ها، موضوعات یا جنبه‌هایی از رویداد تروماتیک به نمایش در می‌آیند.

۲- کابوس‌های تکراری و آزار دهنده که در آن‌ها، محتوا یا احساسات موجود در رویا با رویدادهای تروماتیک در ارتباط هستند.

۳- واکنش‌های گسستگی مانند فلش‌بک که در آن‌ها فرد طوری احساس یا عمل می‌کند که انگار رویدادهای تروماتیک دوباره در حال رخ دادن هستند. این گونه واکنش‌ها ممکن است روی یک پیوستار قرار گیرند که در شدیدترین حالت آن ممکن است که فرد آگاهی خود را درباره‌ی پیرامونش به طور کامل از دست بدهد.

۴- هنگامی که فرد در معرض محرک‌های درونی یا بیرونی قرار می‌گیرد به فشار روانی شدید یا دراز مدت دچار می‌شود. این محرک‌های بیرونی و درونی به طور مستقیم یا غیرمستقیم به یکی از جنبه‌های رویدادهای تروماتیک شبیه هستند.

۵- فرد همیشه به محرک‌هایی که او را به یاد رویدادهای تروماتیک می‌اندازند واکنش‌های شدید فیزیولوژیکی نشان می‌دهد.

توجه: ممکن است کودکان در بازی‌های خود، رویدادهای تروماتیک را بازسازی کنند.

C: فرد همیشه از محرک‌هایی که با رویدادهای تروماتیک تداعی شده‌اند خودداری می‌کند. این خودداری کردن پس از رخ دادن رویداد تروماتیک آغاز شده‌اند. این موضوع را یک یا هر دو مورد زیر نشان می‌دهند:

۱- فرد از خاطرات، افکار یا احساساتی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم با رویدادهای تروماتیک در ارتباط هستند اجتناب می‌کند یا تلاش می‌کند اجتناب کند. این اجتناب از محرک‌های درونی است.

۲- فرد از برخی محرک‌های یادآور بیرونی (مانند برخی افراد، مکان‌ها، گفت‌وگوها، کارها، چیزها و موقعیت‌ها) که باعث می‌شوند خاطرات، افکار یا احساسات ناراحت کننده درباره‌ی رویدادهای تروماتیک، یا در ارتباط نزدیک با آن‌ها زنده شوند اجتناب می‌کند؛ یا تلاش می‌کند اجتناب کند.

D: در شناخت‌ها (فعالیت‌های فکری و ذهنی) و در مود یا خلق فرد، تغییراتی منفی و مرتبط با رویدادهای تروماتیک ایجاد می‌شود که بعد از وقوع رویدادهای تروماتیک آغاز می‌شوند. یا اگر پیش‌تر آغاز شده‌اند شدیدتر و بدتر می‌شوند. این موضوع را دو یا چند مورد از موارد زیر نشان می‌دهند:

۱- ناتوانی در به یاد آوردن یکی از جنبه‌های مهم رویدادهای تروماتیک (معمولاً در اثر فراموشی)

۲- گسسته نه در اثر آسیب مغزی، الکلی یا مواد مخدر).

۳- فرد در مورد خودش، دیگران، یا دنیا باورها یا انتظارات منفی، همیشگی و اغراق‌آمیز دارد. (مانند: من آدم بدی هستم. به هیچ کس نمی‌توان اعتماد کرد. جهان جای خطرناکی است). این موضوع می‌تواند به شیوه‌ی دیگری نیز خودش را نشان دهد. برای نمونه: من روحیه‌ام را برای همیشه از دست دادم. یا، کل سیستم عصبی من برای همیشه دچار مشکل شده است.

۴- فرد افکار منفی همیشگی، درباره‌ی دلیل یا پیامدهای رویداد تروماتیک دارد که باعث می‌شوند فرد خودش را دیگران را مقصر بداند.

۵- فرد همیشه در حالت هیجانی منفی قرار دارد برای نمونه ترس، وحشت، خشم، احساس عذاب وجدان، گناه از علاقه‌ی فرد به کارهای مهم زندگی یا میزان مشارکتش در آن‌ها به شدت کاسته شده است.

۶- احساس می‌کند نمی‌خواهد با دیگران ارتباط داشته باشد یا با آن‌ها غریبه شده است.

۷- فرد به طور دائم نمی‌تواند هیجان‌های مثبت را تجربه کند. برای نمونه نمی‌تواند شادی را تجربه کند. از زندگی خود رضایت ندارد. یا نمی‌تواند کسی را عاشقانه دوست داشته باشد.

E: در برانگیختگی و شیوهی واکنش فرد تغییراتی پدید آمده که با رویدادهای تروماتیک مرتبط است. این تغییرات پس از رخ دادن یک رویداد تروماتیک آغاز یا بدتر شده‌اند. این موضوع را دو یا چند مورد از گزینه‌های زیر نشان می‌دهند:

۱- زودرنج است و ناگهان بدون هیچ تحریک یا با کوچک‌ترین تحریکی از خشم منفجر می‌شود. این زودرنجی یا انفجار خشم، بیش‌تر به صورت پرخاشگری زبانی یا فیزیکی در برابر دیگران یا اشیاء نشان داده می‌شود.

۲- بی‌احتیاط است کارهای خطرناک می‌کند یا رفتارهای خودتخریبی نشان می‌دهد.

۳- همیشه گوش به زنگ است و بیش از اندازه به پیرامونش توجه می‌کند.

۴- واکنش‌های «از چاپریدگی» فرد بیش از اندازه زیاد و افراطی است.

۵- نمی‌تواند به سادگی تمرکز حواس داشته باشد.

۶- دچار اختلال خواب است. نمی‌تواند به سادگی به خواب برود. بدخواب می‌شود یا در خواب بی‌تاب و بی‌قرار است.

F: مدت ناراحتی‌های معیارهای B, C, D, E بیش از یک ماه است.

G: این ناراحتی‌ها به رنج شخصی یا نابسامانی شدید در عملکرد شغلی، اجتماعی، خانوادگی و سایر جنبه‌های مهم زندگی بیانجامند.

H: این اختلال با بیماری جسمانی یا مصرف مستقیم ماده (مانند دارو، مواد مخدر یا الکل) قابل توجیه نباشد. پس اگر چنین مواردی دلیل بهتری برای این حالت باشد نمی‌توانیم فرد را دچار PTSD بنامیم.

به همراه علایم گسستگی: سمپوتوم‌های فرد معیارهای لازم برای اختلال PTSD را دارند. همچنین در واکنش به عوامل تنش‌زا فرد همواره یکی از دو علامت زیر را نشان می‌دهد:

۱- مسخ شخصیت: فرد احساس می‌کند که از خودش جدا شده و انگار فرد دیگری است که از بیرون به بدنش یا به فرآیندهای روانی و افکارش نگاه می‌کند. برای نمونه احساس می‌کند در خواب است. احساس می‌کند که شخصیتش، خودش یا بدنش وجود ندارند و غیرواقعی هستند؛ یا احساس می‌کند که زمان به کندی می‌گذرد.

۲- مسخ واقعیت: فرد احساس می‌کند که محیط پیرامونش غیرواقعی است. برای نمونه محیط پیرامونش را به صورت جهانی غیرواقعی، رویایی، مخدوش و تحریف‌شده تجربه می‌کند. احساس می‌کند که انسان‌های پیرامونش مقوایی هستند.

توجه: برای به کار بردن این ملاک‌ها، علایم گسستگی نباید به دلیل تاثیرات فیزیولوژیک و تحت تاثیر مصرف ماده (مانند مواد مخدر، الکل، دارو) یا به دلیل عارضه‌ی پزشکی مانند تشنج‌های جزئی و پیچیده باشند.

به همراه ظهور دیر هنگام: هنگامی که معیارهای کامل تا حداقل ۶ ماه بعد از رویداد مورد نظر وجود ندارند. هر چند آغاز و بروز برخی از علایم ممکن است بلافاصله باشد.

روش‌های درمانی اختلال استرس پس از سانحه PTSD

روان‌درمانی

روان‌درمانی اختلال استرس پس از سانحه یا PTSD به روش‌های گوناگونی انجام می‌شود که بستگی به رویکرد روان‌شناس دارد. یکی از بهترین روش‌ها برای درمان PTSD، روش درمان شناختی-رفتاری یا CBT است. درمان PTSD ممکن است ماه‌ها به طول بیانجامد بهبود فرد به این بستگی دارد که تا چه اندازه با روان‌شناس همکاری کند. یکی دیگر از روش‌های درمانی PTSD، حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش دوباره یا EMDR است. EMDR تکنیکی است که از حرکات کره چشم برای کمک به مغز به منظور پردازش تداعی‌ها و منطقی‌سازی

رویدادهای تروماتیک بهره می‌گیرد. این روش درمانی نیز یکی از روش‌هایی است که در درمان PTSD بسیار اثرگذار بوده است.

دارو درمانی

دارودرمانی می‌تواند به بهبود اختلال PTSD کمک کند اما باعث درمان کامل این اختلال روانپزشکی نمی‌شود. داروهای ضدافسردگی SSRI در بهبود PTSD اثرگذار می‌باشند.

اختلال افسردگی اساسی

اختلال افسردگی اساسی یا سرماخوردگی روانی را می‌توان با خلق افسرده و یا احساس غمگینی و بی‌علاقگی به هرگونه کوشش و لذت روزانه، شناخت. افراد افسرده دارای نارسایی‌های و مشکل حافظه هستند، به‌سختی می‌توانند تصمیم بگیرند، عزت نفس پایینی دارند و احساس بی‌ارزشی و ناامیدی می‌کنند.

تاریخچه اختلال

مردم موارد افسردگی را از زمان‌های بسیار دور ثبت کرده‌اند و توصیف‌هایی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می‌خوانیم در بسیاری از منابع قدیم وجود دارد. داستان «عهد عتیق» شاه سائول و داستان خودکشی آژاکس در ایلپاد هومر، هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده‌اند.

حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی بکار برد. حدود سال ۳۰ میلادی، پزشک رومی، سلسوس celsus در کتاب De-re-Medicina ملانکولی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود (از ریشه یونانی melan به معنای سیاه و chole به معنای صفرا). در سال ۱۸۵۴، ژول فالره حالتی را توصیف نمود و آن را جنون ادواری نامید. چنین بیمارانی متناوباً حالات خلقی مانی و افسردگی را تجربه می‌کنند. در سال ۱۸۸۲، کارل کالبام روانپزشک آلمانی، با استفاده از اصطلاح سایکلوپاتی، مانی و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف کرد. امیل کرپلین در سال ۱۸۹۹، بر اساس معلومات روانپزشکان فرانسوی و آلمانی، مفهوم بیماری منیک - دپرسیو را شرح داد که شامل اکثر ملاک‌های تشخیصی است که امروزه روانپزشکان برای تشخیص اختلال دو قطبی I از آنها استفاده می‌کنند. فقدان سیر رو به دمانس و تباهی در پسیکوز منیک - دپرسیو آن را از دمانس پره کوز (اسکیزوفرنی آن زمان) تفکیک می‌نمود.

کرپلین نوع خاصی از افسردگی را نیز شرح داد که پس از یائسگی در زنان و اواخر بزرگسالی در مردها شروع می‌شود و بعداً به افسردگی رجعتی *involucional melancholia* معروف شد و از آن پس یکی از معادل های اختلالات خلقی با شروع دیررس شمرده می‌شود.

در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اختلالات یک قطبی (افسردگی) و اختلالات دوقطبی روی هم اختلالات خلقی در نظر گرفته می‌شد، اما در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM V) این دو طبقه را جداگانه قرار داده است:

اختلالات افسردگی (دربگیرنده اختلال خلقی اخلاک‌گرانه، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی دائم یا دیستیمیا) و اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط با آنها.

ملاک های DSM-V برای اختلال افسردگی اساسی:

A: پنج یا تعداد بیشتری از نشانه ها در طول مدت دو هفته و انحراف از عملکرد قبلی

حداقل یکی از نشانه ها: الف) خلق افسرده ب) فقدان علاقه یا لذت نشان دهنده افسردگی اساسی است.

۱- خلق افسرده در بخش عمده روز تقریباً هر روز

الف) توسط گزارش ذهنی احساس غمگینی، پوچی ناامیدی

ب) مشاهده دیگران (بیمناک به نظر می‌رسد) و در کودکان و نوجوانان بصورت خلق تحریک پذیر دیده می‌شود.

۲- کاهش علاقه یا لذت در فعالیت‌ها در بخش عمده روز و تقریباً هر روز

۳- کاهش یا افزایش وزن (بیش از ۵٪ وزن) یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز (ناتوانی در کسب وزن مورد انتظار)

۴- بی‌خوابی یا پر خوابی هر روز

۵- سراسیمگی یا کندی روانی حرکتی هر روز قابل مشاهده نه صرفاً ذهنی

۶- خستگی یا فقدان انرژی هر روز

۷- احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه

۸- کاهش توانایی فکر یا تمرکز کردن یا دو دلی تقریباً هر روز (مشکل فکر کردن، تمرکز کردن، تصمیم گرفتن)

۹- افکار مکرر مرگ (نه فقط ترس از مردن)، اندیشه‌پردازی خودکشی بدون برنامه‌ریزی یا اقدام به خودکشی یا برنامه خاص برای دست زدن به خودکشی.

B: اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر عملکرد ها ایجاد می‌کند.

C: این دوره ناشی از تاثیرات فیزیولوژیکی مواد یا بیماری جسمی نباشد.

وجود دوره افسردگی اساسی علاوه بر پاسخ طبیعی به صدمه باید در نظر گرفته شود و این قضاوت بر اساس سابقه فرد و هنجار های فرهنگی برای ابراز ناراحتی در زمینه صدمه می‌باشد.

D: با اختلالات روان پریشی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود.

E: هرگز دوره منیک یا هایپومنیک وجود نداشته البته اگر دوره منیک یا هایپومنیک ناشی از مواد باشد یا بیماری جسمانی، موردی ندارد.

ویژگی بنیادی اختلال افسردگی اساسی که گاهی آن را افسردگی یک قطبی نیز می نامند، غم شدید، دوری جویی از دیگران و احساس بی فایده‌گی و بی ارزشی است. علت یک قطبی نامیده شدنش این است که در آن چرخه مانیک وجود ندارد.

همه انسان‌ها در دوره‌ای از زندگی خود احساس افسردگی می کنند و معمولاً می توانند پیدایش این افسردگی را به رویدادهای روشنی ربط دهند. در پیدایش افسردگی دو گونه رویداد اهمیت ویژه دارند: فقدان (از دست دادن) و شکست. تجربه‌هایی مانند از دست دادن کار یا درگذشت بستگان نزدیک می توانند مایه آغاز چرخه‌ای از غم، خمودگی و تکرار پاره‌ای افکار منفی شوند. همچنین شکست‌ها، مانند رد شدن در یک آزمون یا ناکامی در قانع کردن فرد مورد علاقه برای ازدواج نیز می توانند به ناامیدی و احساسات و اندیشه‌های منفی منجر شوند.

بیشتر مردم می توانند این احساسات منفی را پس از چند روز یا چند هفته از میان ببرند و به زندگی عادی خود بازگردند اما در برخی دیگر، نشانه‌های افسردگی به مدت طولانی باقی می ماند و زندگی آن‌ها را دستخوش دگرگونی می کند.

اختلال افسردگی مداوم یا پایدار (افسرده خوبی) Dysthymia

افسردگی مزمن و با دوام حداقل ۲ سال و ۱ سال برای کودک و نوجوان است. مجموعه نشانه‌ها محدودتر از افسردگی اساسی است. اختلال خواب و اشتها، انرژی کم یا خستگی، عزت نفس پایین، مشکل تمرکز و تصمیم‌گیری و احساس ناامیدی درمان جو ۵ ملاک افسردگی اساسی را بر آورده می کند. با وجود اینکه تمام نشانه‌های افسردگی اساسی را تجربه نمی کند اما به مدت ۲ ماه بدون نشانه نیستند.

احتمال ابتلا به اختلال روانی جدی دیگر (افسردگی اساسی، اختلال شخصیت، مصرف مواد) نیز در این افراد بیشتر است. ۲٪/۵ بزرگسالان در طول عمر مبتلا می شوند اوج مبتلایان بین ۴۵-۵۹ سالگی هستند. شیوع دوازده ماهه آن ۱٪/۵ می باشد. در افراد مسن اختلال در عملکرد جسمانی بیشتر از عملکرد روانی است.

ملاک DSM-V برای اختلال افسردگی مداوم

- A: خلق افسرده در بخش عمده روز، بیشتر روزها با گزارش ذهنی یا مشاهده دیگران حداقل دو سال در کودکان و نوجوانان خلق تحریک پذیر حداقل یکسال
- B: در حالی که فرد افسرده است دو یا تعداد بیشتری از موارد زیر:
- ۱- کم اشتهایی یا پر خوری ۲- بی خوابی یا پر خوری ۳- انرژی کم یا خستگی ۴- عزت نفس پایین ۵- تمرکز ضعیف یا مشکل تصمیم گیری ۶- احساس ناامیدی.
- در طول دو سال یا یکسال در کودک یا نوجوانان فرد بیش از دو ماه بدون نشانه‌های A و B نبوده است.
- C: ملاک‌های افسردگی اساسی به مدت دو سال نیز ممکن است وجود داشته باشد.
- D: هرگز دوره منیک یا هیپو منیک وجود نداشته و ملاک‌ها هرگز اختلال ادواری خویی را برآورده نمی‌کند.
- E: این اختلال با اسکیزو افکتیو، اسکیزو فرنی و اختلال هذیانی توجیه نمی‌شود.
- F: نشانه‌ها ناشی از تاثیر فیزیولوژیکی مواد یا بیماری جسمانی دیگر نیستند.

نکات

باید مشخص نمود در حال بهبود نسبی یا کامل است. شروع زود هنگام (زیر ۲۱ سال) یا دیر هنگام (۲۱ سالگی) است. از نظر شدت خفیف، متوسط، شدید می باشد.

همراه با دوره افسردگی اساسی متناوب با دوره کنونی (دوره ۸ هفته ای در حداقل دو سال گذشته) یا همراه با دوره‌های افسردگی اساسی متناوب است.

ویژگی‌های تشخیصی اختلال افسردگی مداوم

افرادی که ملاک‌های دوره افسردگی اساسی را به مدت دو سال برآورده می‌کنند، تشخیص افسردگی مداوم بعلاوه افسردگی اساسی داده می‌شود. افسردگی مداوم خلق غمگین یا بی‌حوصله و در طول دوره خلق افسرده دو نشانه از ۶ نشانه B را دارد. در شروع زود هنگام چون همیشه بوده ممکن است گزارش نشود و در طول دو سال کمتر از دو ماه بدون نشانه نبوده‌اند.

احتمال شیوع در جمعیت عمومی، ۰/۵٪ افسردگی مداوم و ۱/۵٪ افسردگی اساسی مزمن دیده می‌شود.

شکل گیری و روند

اغلب شروع زود هنگام و پنهان با روندی مزمن دارد. شروع زود هنگام با اختلال شخصیت مرزی و مصرف مواد همزمان ارتباط دارد. همچنین دو اختلال افسردگی مداوم و شخصیت مرزی با ویژگی‌های همانند از عملکرد مکانیسم مشترک در افراد مبتلا به دو اختلال حکایت دارد.

در صورتی که نشانه‌ها به سطح افسردگی اساسی برسد احتمالاً دوباره به سطح پایین بر می‌گردند و نشانه‌های افسردگی مداوم کمتر از افسردگی اساسی احتمال دارد ظرف مدت معین برطرف شود.

عوامل خطر و پیش آگهی اختلال افسردگی مداوم

① **خلق و خوی:** پیامد بلند مدت ضعیف سطوح بالای روان رنجور خویی، شدت بیشتر نشانه‌ها عملکرد کلی نامناسب و وجود اختلالات اضطرابی یا اختلال سلوک

② **محیطی:** عوامل خطر کودکی از دست دادن یا جدایی والدین

③ **ژنتیکی و فیزیولوژی:** در مقایسه با افسردگی اساسی، افراد با اختلال افسردگی مداوم نسبت بالاتر خویشاوندان درجه اول مبتلا به اختلال افسردگی مداوم و اختلالات افسردگی بوده‌اند.

چند منطقه مغز قشر پیش پیشانی، شکنج کمر بند قدامی، بادامه و هیپوکامپ موثر در افسردگی مداوم هستند.

پیامدهای کارکردی

این اختلال بر عملکردهای اجتماعی و شغلی تأثیرات زیاد یا زیاد تری از اختلال افسردگی اساسی دارد.

تشخیص افتراقی

اگر هم اکنون ملاک‌های افسردگی اساسی را برآورده کند همراه با افسردگی اساسی متناوب دوره کنونی مشخص می‌شود.

اگر افسردگی اساسی دو سال ادامه و موجود باشد همراه با افسردگی مداوم تشخیص گذاشته می‌شود.

گر در طول دو سال دوره افسردگی اساسی نداشته همراه با نشانگان افسرده خویی خالص تشخیص گذاشته می‌شود.

✓ اگر نشانه‌های افسردگی فقط در طول دوره اختلال روان پریشی روی دهد تشخیص جداگانه افسردگی مداوم داده نمی‌شود.

✓ اگر افسردگی ناشی از بیماری جسمی باشد تشخیص افسردگی یا دو قطبی و اختلال مرتبط ناشی از بیماری جسمانی گذاشته می‌شود.

✓ اگر افسردگی ناشی از بیماری جسمانی نباشد اختلال روانی اصلی افسردگی مداوم و بیماری جسمانی همراه ذکر می‌شود.

✓ اگر مواد ارتباط سبب شناختی با اختلال خلقی دارد افسردگی ناشی از مواد و اگر ملاک‌های بالینی جلوه هر دو اختلال افسردگی مداوم و اختلال شخصیت را برآورده کند، هر دو تشخیص گذاشته می‌شود.

اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر بر اساس DSM V

ملاک های تشخیص اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر در DSM-V

- دوره خلق افسرده برجسته و مداوم یا کاهش محسوس علاقه یا لذت در تمام، یا تقریباً تمام فعالیت‌ها که در تصویر بالینی غالب است.

- شواهدی از سابقه، معاینه بدنی، یا نتایج آزمایشگاه وجود دارد مبنی بر اینکه این اختلال پیامد پاتوفیزیولوژیکی مستقیم بیماری جسمانی دیگر است.

- این اختلال با بیماری جسمانی دیگر (مثل اختلال سازگاری، همراه با خلق افسرده، که عامل استرس‌زا در آن، بیماری جسمانی جدی است) بهتر توجیه نمی‌شود.

- این اختلال منحصراً در طول دوره دلیریوم روی نمی‌دهد.

- این اختلال ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند.

ویژگی‌های تشخیصی اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر

ویژگی اصلی اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر، دوره خلق افسرده برجسته و مداوم یا کاهش محسوس علاقه یا لذت در تمام، یا تقریباً تمام فعالیت هاست که در تصویر بالینی غالب است (ملاک A) و تصور می‌رود که با تأثیر فیزیولوژیکی مستقیم بیماری جسمانی دیگر ارتباط داشته باشد (ملاک B). متخصص بالینی برای اینکه معلوم کند آیا اختلال خلقی ناشی از بیماری جسمانی عمومی است، ابتدا باید وجود بیماری جسمانی عمومی را تعیین کند.

به علاوه، متخصص بالینی از طریق مکانیسم فیزیولوژیکی، باید معلوم کند که اختلال خلقی از لحاظ سبب شناختی با بیماری جسمانی عمومی ارتباط دارد. برای چنین قضاوتی، ارزیابی دقیق و جامع عوامل متعدد ضروری است.

گرچه برای اینکه معلوم شود آیا رابطه بین اختلال خلقی و بیماری جسمانی عمومی، سبب شناختی است یا نه، هیچ رهنمود خطاناپذیری وجود ندارد، اما ملاحظات چندی رهنمودهایی را در این زمینه تأمین می‌کنند. یک ملاحظه وجود ارتباط زمانی بین شروع، تشدید یا بهبود بیماری جسمانی عمومی و اختلال خلقی است. ملاحظه دوم، وجود ویژگی‌هایی است که در اختلالات خلقی اصلی نامتعارف هستند (مثل سن نامتعارف هنگام شروع یا دوره یا فقدان سابقه خانوادگی).

شواهد به دست آمده از تحقیقات حکایت دارند که بین بیماری جسمانی عمومی مورد نظر و ایجاد نشانه‌های خلقی می‌تواند رابطه مستقیم وجود داشته باشد و این زمینه مفیدی را برای ارزیابی موقعیت خاص فراهم می‌آورد.

سبب شناسی (یعنی، رابطه علیتی با بیماری جسمانی دیگر بر اساس بهترین شواهد بالین) متغیر اصلی در اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر است. ثبت کردن بیماری‌های جسمانی که گفته شده می‌توانند افسردگی اساسی را ایجاد کنند هرگز کامل نیست، و بهترین قضاوت متخصص بالینی، اساس این تشخیص است. ارتباطات آشکار، به علاوه همبسته‌های نورواناتومیک افسردگی با سکته، بیماری هانتینگتون، بیماری پارکینسون، و صدمه مغزی آسیب‌زا وجود دارند. از جمله بیماری‌های عصبی درون ریز که ارتباط بسیار نزدیکی با

افسردگی دارند، بیماری کوشینگ و کم کاری تیروئید است. بیماری‌های دیگری نظیر تصلب چندگانه یا ام اس نیز وجود دارند که تصور می‌رود با افسردگی ارتباط داشته باشند .

با این حال، تأیید شواهد برای رابطه علیتی در مورد برخی بیماری ها، مثل بیماری پارکینسون و بیماری هانتینگتون بیشتر از بیماری‌های دیگر است، که تشخیص افتراقی برای آنها می‌تواند اختلال سازگاری، همراه با خلق افسرده باشد.

عوامل خطر و پیش آگهی اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر

به نظر می‌رسد که خطر شیوع حاد اختلال افسردگی اساسی پس از حادثه مغزی-عروقی (ظرف ۱ روز تا یک هفته از واقعه) همبستگی نیرومندی با محل ضایعه داشته باشد، به طوری که بیشترین خطر با سکته‌های پیشانی چپ و کمترین خطر با ضایعات پیشانی راست در افرادی که ظرف چند روز پس از سکته مراجعه می‌کنند، ارتباط دارد. در حالت‌های افسردگی که ظرف ۲ تا ۶ ماه بعد از سکته روی می‌دهند، ارتباط با مناطق پیشانی یا برتری جانبی مشاهده نشده است.

موضوعات تشخیصی مرتبط با جنسیت

تفاوت‌های جنسیتی به آنهایی مربوط می‌شوند که با بیماری جسمانی ارتباط دارند (برای مثال، لوپوس اریتماتو سیستمی در زنان شایع‌تر است؛ سکته در مردان میانسال در مقایسه با زنان، قدری شایع‌تر است).

شاخص‌های تشخیصی اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر

شاخص‌های تشخیصی به آنهایی مربوط می‌شوند که با بیماری جسمانی ارتباط دارند (مثلاً سطح استروئید در خون یا ادرار به تأیید بیماری کاشینگ کمک می‌کند که می‌تواند با مجموعه نشانگان مانیک یا افسردگی ارتباط داشته باشد).

خطر خودکشی در اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر

تحقیقات همه گیر شناختی وجود ندارند که شواهدی را برای متمایز کردن خطر خودکشی از دوره افسردگی اساسی ناشی از بیماری جسمانی دیگر در مقایسه با خطر ناشی از دوره افسردگی اساسی در کل فراهم آورند. در ارتباط با دوره‌های افسردگی اساسی مرتبط با بیماری جسمانی دیگر، گزارش‌های موردی خودکشی وجود دارند.

بین بیماری‌های جسمانی جدی و خودکشی ارتباط آشکاری وجود دارد، مخصوصاً مدت کوتاهی بعد از تشخیص بیماری. بنابراین، عاقلانه است که فرض شود خطر خودکشی برای دوره‌های افسردگی اساسی مرتبط با بیماری‌های جسمانی کمتر از انواع دیگر دوره افسردگی اساسی نیست و شاید حتی بیشتر هم باشد.

پیامدهای کارکردی اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر

پیامدهای کارکردی به آنهایی مربوط می‌شوند که با بیماری جسمانی ارتباط دارند. در مجموع، ثابت نشده است که دوره افسردگی ناشی از بیماری کوشینگ در صورتی که بیماری کوشینگ مداوم یا متوقف شده باشد، عود نخواهد کرد.

با این حال، این نیز توصیه شده، اما ثابت نشده است که مجموعه نشانگان خلقی، از جمله مانیک/هیپومانیک، ممکن است در برخی افراد مبتلا به صدمات مغزی ایستا و بیماری‌های دیگر دستگاه عصبی مرکزی، دوره ای باشند (یعنی، عودکننده).

تشخیص افتراقی اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر

اختلالات افسردگی که ناشی از بیماری جسمانی دیگر نیستند. معلوم کردن اینکه آیا بیماری جسمانی همراه با اختلال افسردگی این اختلال را ایجاد می‌کند بستگی دارد به:

(الف) فقدان دوره (دوره‌های) افسردگی قبل از شروع بیماری جسمانی

(ب) احتمال اینکه بیماری جسمانی مرتبط توان ایجاد کردن اختلال افسردگی را داشته باشد.

(ج) دوره نشانه‌های افسردگی مدت کوتاهی بعد از شروع یا وخیم شدن بیماری جسمانی

مخصوصاً اگر نشانه‌های افسردگی نزدیک به زمانی فروکش کنند که بیماری جسمانی به طور موثری درمان شده یا فروکش کرده باشد.

هشدار مهم این است که برخی از بیماری‌های جسمانی با داروها درمان می‌شوند (مثل استروئیدها یا آلفا-اینترفرون) که می‌توانند نشانه‌های افسردگی یا مانیک را ایجاد کنند.

در این موارد، قضاوت بالینی، براساس تمام شواهد موجود، بهترین راه برای مجزا کردن دو عامل سبب شناختی است که خیلی احتمال دارند و/یا خیلی مهم هستند (یعنی، ارتباط با بیماری جسمانی در برابر نشانگان ناشی از مواد).

اختلالات سازگاری

متمایز کردن دوره افسردگی از اختلال سازگاری اهمیت دارد، زیرا شروع بیماری جسمانی به خودی خود عامل استرس‌زای زندگی است که می‌تواند اختلال سازگاری یا دوره افسردگی اساسی را پدید آورد. عناصر متمایزکننده عمده عبارتند از فراگیر بودن تصویر افسردگی و تعداد و کیفیت نشانه‌های افسردگی که بیمار در معاینه وضعیت روانی، گزارش یا نشان می‌دهد. تشخیص افتراقی بیماری‌های جسمانی مرتبط مناسب است، اما عمدتاً از حیثه این کتاب راهنما خارج است.

همزمانی اختلالات

بیماری‌های همزمان با اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر آنهایی هستند که با بیماری‌های جسمانی مرتبط بوده و ارتباط سبب شناختی دارند. اشاره شده است که دلیریوم می‌تواند قبل یا همراه با نشانه‌های افسردگی در افرادی روی دهد که به انواع بیماری‌های جسمانی، نظیر بیماری کاشینگ مبتلا هستند. ارتباط نشانه‌های اضطرابی، معمولاً نشانه‌های اضطراب فراگیر، صرف نظر از علت، در اختلالات افسردگی رایج است.

اختلال افسردگی مشخص دیگر بر اساس راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی

اختلال افسردگی مشخص دیگر در مورد جلوه‌هایی به کار برده می‌شود که در آنها نشانه‌های مخصوص اختلال افسردگی که ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند غالب باشند، اما ملاک‌های کامل را برای هیچ یک از اختلالات در طبقه تشخیصی اختلالات افسردگی برآورده نکنند.

طبقه اختلال افسردگی مشخص دیگر در موقعیت‌هایی به کار برده می‌شود که متخصص بالینی تصمیم بگیرد دلیل خاص را برای اینکه جلوه، ملاک‌های هیچ اختلال افسردگی مشخص را برآورده نمی‌کند انتقال دهد. این با ثبت کردن «اختلال افسردگی مشخص دیگر» و به دنبال آن دلیل خاص انجام می‌شود (مثل «دوره افسردگی کوتاه مدت»).

■ اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) Obsessive-Compulsive Disorder

OCD با وسواس‌های فکری و یا وسواس‌های عملی مشخص می‌شود. وسواس فکری، خواسته‌ای یا برداشتی تکراری و مداوم است که آشفته و ناخواسته به نظر می‌رسد، در حالی که وسواس‌های عملی رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر

وجود دارند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به وسواس فکری یا برطبق مقرراتی که باید با قاطعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آنها می‌شود. برخی دیگر از **وسواس‌های فکری- عملی** و اختلالات مربوط همچنین با **اشتغال‌های ذهنی** و رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر در پاسخ به این اشتغال‌های ذهنی، مشخص می‌شوند. وسواس فکری- عملی و اختلالات مربوط دیگر عمدتاً با رفتارهای مکرر عودکننده متمرکز بر بدن (مثل **موکنی**، **پوست کنی**) و تلاش‌های مکرر برای کاهش دادن یا متوقف کردن این رفتارها مشخص می‌شوند.

در حالی که محتوای ویژه وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی در افراد تفاوت دارد، اما برخی از ابعاد نشانه در OCD مشترک هستند، از جمله ابعاد **نظافت** (وسواس‌های فکری آلودگی و وسواس‌های عملی نظافت)؛ **تقارن** (وسواس‌های فکری تقارن و وسواس‌های عملی تکرار کردن، منظم کردن، و شمردن)؛ **افکار ممنوع** یا **تابو** (مثل وسواس‌های فکری پرخشگری، جنسی، و مذهبی و وسواس‌های عملی مربوط)؛ و **صدمه** (مثل ترس از صدمه زدن به خود یا دیگران و وسواس‌های عملی واریسی کردن). **از شاخص مرتبط با تیک OCD زمانی استفاده**

می‌شود که فرد سابقه جاری با گذشته اختلال تیک داشته باشد.

وسواس فکری- عملی و اختلالات مربوط که مؤلفه شناختی دارند، دارای بینش به عنوان مبنای شاخص‌ها هستند؛ در هر یک از این اختلالات، بینش از (بینش خوب یا نسبتاً خوب) تا (بینش ضعیف) تا (فقدان بینش/ عقاید هذیانی) با توجه به عقاید مرتبط با اختلال، گسترش دارد. در مورد افرادی که وسواس فکری- عملی و نشانه‌های اختلال مرتبط آنها، شاخص (با فقدان بینش/ عقاید هذیانی) را موجه می‌سازد، این علائم نباید به عنوان اختلال **روان پریشی** تشخیص داده شوند.



داشتن وسواس های فکری، وسواس های عملی، یا هر دو:

وسواس های فکری به وسیله معیارهای ۱ و ۲ زیر تعریف شده اند:

- ۱- افکار، خواسته ها، یا برداشت های تکراری و مداوم که در برخی مواقع هنگام این اختلال، به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می شوند، و اغلب باعث **اضطراب** یا ناراحتی قابل توجه در بیشتر افراد می شوند.
- ۲- فرد سعی می کند این افکار، خواسته ها، یا تصورات را نادیده گرفته یا متوقف کند، یا آنها را با افکار یا اعمال دیگر بی اثر نماید (یعنی، با انجام دادن وسواس عملی).

وسواس های عملی به وسیله معیارهای ۱ و ۲ زیر تعریف شده اند:

- ۱- رفتارهای تکراری (مثل دست شستن، منظم کردن، واریسی کردن) یا اعمال ذهنی (مثل دعا کردن، شمردن، تکرار کردن بی صدای کلمات) که فرد تصور می کند در پاسخ به وسواس فکری یا بر طبق مقرراتی که باید با قاطعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آنهاست.
- ۲- **هدف** این رفتارها یا اعمال ذهنی، جلوگیری یا کاهش دادن اضطراب یا ناراحتی، یا جلوگیری از رویداد یا وضعیت ترسناک است؛ با این حال، این رفتارها یا اعمال ذهنی با آنچه قرار است بی اثر یا پیشگیری شود ارتباط واقع بینانه ای ندارند یا آشکارا افراطی هستند.



توجه: کودکان خردسال ممکن است نتوانند هدف های این رفتارها یا اعمال ذهنی را بیان کنند.



وسواس های فکری و وسواس های عملی وقت گیر هستند (مثلا هر روز بیش از ۱ ساعت طول می کشند) یا

ناراحتی یا شکایت قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های دیگر عملکرد ایجاد می کنند.



علائم وسواس فکری- عملی ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوء مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری

جسمانی دیگر نیستند.



این اختلال با نشانه‌های اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود (مثل نگرانی‌های بیش از حد، همچون در اختلال اضطراب فراگیر؛ اشتغال ذهنی به ظاهر، همچون در اختلال بدشکلی بدن؛ مشکل دور انداختن یا دل کندن از اموال، همچون در اختلال ذخیره کردن؛ موکنی، همچون در اختلال موکنی؛ پوست کنی، همچون در اختلال پوست کنی؛ حرکات قالبی، همچون در اختلال حرکت قالبی؛ رفتار خوردن تشریفاتی، همچون در اختلالات خوردن؛ اشتغال ذهنی به مواد یا قماربازی، همچون در اختلالات مرتبط با مواد اعتیادآور؛ اشتغال ذهنی به داشتن بیماری، همچون در اختلال اضطراب بیماری؛ امیال یا خیال‌پردازی‌های جنسی، همچون در اختلالات نابهنجاری جنسی؛ تکانه‌ها، همچون در اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه، و سلوک؛ نشخوارهای احساس گناه، همچون در اختلال **افسردگی** اساسی؛ تحمیل فکر یا دل مشغولی‌های ذهنی هذیانی، همچون در طیف **اسکیزوفرنی** و اختلالات روان‌پریشی دیگر؛ یا الگوهای **رفتار** مکرر، همچون در اختلال طیف اوتیسم.

بیش و آگاهی از بیماری:

همراه با بیش خوب یا نسبتاً خوب: فرد تشخیص می‌دهد که عقاید اختلال وسواس فکری- عملی قطعاً یا احتمالاً درست نیستند یا شاید درست باشند یا نباشند.

همراه با بیش ضعیف: فرد فکر می‌کند که عقاید اختلال وسواس فکری- عملی احتمالاً درست هستند.

همراه با فقدان بیش / عقاید هذیانی: فرد کاملاً متقاعد شده است که عقاید اختلال وسواس فکری- عملی درست هستند.

مشخص کنید اگر:

مرتبط با تیک: فرد سابقه کنونی یا گذشته اختلال تیک دارد.

بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی (OCD) باور کژکار دارند. این باورها می‌توانند منجر به احساس کاذب مسئولیت و گرایش به زیاد برآورد کردن تهدید؛ کمال گرایی و عدم تحمل شک؛ و اهمیت بیش از حد افکار (مثل اعتقاد به اینکه داشتن افکار ممنوع به اندازه عمل کردن مطابق با آن، بد است) و نیاز به کنترل کردن افکار را در بر داشته باشند.

افراد مبتلا به OCD از نظر درجه بینشی که در مورد درستی عقایدی دارند که مبنای علائم وسواس فکری- عملی آنها را تشکیل می‌دهند، متفاوت هستند. شماری از افراد بینش خوب یا نسبتاً خوب دارند (مثلاً فرد معتقد است که اگر اجاق گاز ۳۰ بار واریسی نشود، خانه قطعاً، احتمالاً، آتش نخواهد گرفت، یا ممکن است آتش بگیرد یا نگیرد). برخی بینش ضعیف دارند (مثلاً فرد معتقد است که اگر اجاق گاز ۳۰ بار واریسی نشود، خانه احتمالاً آتش خواهد گرفت)، و شمار معدودی (۴ درصد یا کمتر) فقدان بینش / عقاید هذیانی دارند (مثلاً فرد متقاعد شده است که اگر اجاق گاز ۳۰ بار واریسی نشود، خانه آتش خواهد گرفت). بینش می‌تواند طی دوره این بیماری در فرد تغییر کند. بینش ضعیف با پیامدهای طولانی‌مدت ارتباط دارد.

بالغ بر ۳۰ درصد افراد مبتلا به OCD اختلال دایمی عمر دارند. این در مردانی که شروع OCD آنها در کودکی بوده، خیلی رایج است. این افراد با کسانی که بدون سابقه اختلالات تیک هستند از لحاظ موضوعات نشانه‌های OCD، همزمانی اختلالات، روند، و الگوی انتقال خانوادگی شان تفاوت دارند.

آدرین ولز



در هم آمیختگی افکار و باورهای فرد درباره اهمیت، معنا و قدرت فکر است که باعث تشکیل و تداوم وسواس شده است.

ویژگی‌های تشخیصی وسواس فکری - عملی

نشانه‌های مخصوص OCD، وجود وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی هستند.

ملاک A: وسواس‌های فکری، افکار (مثل آلودگی)، ادراکات (مثل صحنه‌های خشونت آمیز یا وحشتناک)، یا خواسته‌ها (مثل آسیب رساندن به کسی) تکراری و ادامه‌دار هستند. مهم این است که وسواس‌های فکری خوشایند نیستند یا به صورت عمدی و ارادی **تجربه** نمی‌شوند. فرد می‌کوشد این وسواس‌های فکری را نادیده بگیرد یا متوقف کند (مثلاً با اجتناب کردن از راه اندازها یا استفاده از توقف فکر) یا آنها را با فکر یا عمل دیگری بی‌اثر سازد (مثل انجام دادن وسواس عملی). وسواس‌های عملی (یا تشریفات) رفتارها (مثل شستن، چک کردن) یا کارهای ذهنی تکراری (مثل شمارش، تکرار کردن بی صدای کلمات) هستند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به وسواس فکری یا بر اساس تشریفات که باید با قاطعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آنهاست.

اغلب افراد مبتلا به OCD هم وسواس‌های فکری و هم عملی دارند. وسواس‌های عملی معمولاً در پاسخ به وسواس فکری ایجاد می‌شوند (مثلاً افکار آلودگی به تشریفات شستن منجر می‌شود یا چیزی که نادرست است به تکرار کردن تشریفات تا زمانی که (کاملاً درست) احساس شود، می‌انجامد). هدف کاهش ناراحتی ناشی از OCD یا جلوگیری از یک اتفاق ترسناک (مانند بیماری) است. با این حال، این وسواس‌های عملی یا به صورت واقع بینانه با رویداد ترسناک ارتباط ندارند (مثلاً چیدن اشیا به صورت قرینه برای پیشگیری از صدمه دیدن فردی عزیز) یا اینکه آشکارا افراطی هستند (هر روز حمام کردن به مدت چند ساعت). وسواس‌های عملی برای لذت انجام نمی‌شوند، هرچند که برخی افراد احساس می‌کنند از اضطراب یا ناراحتی‌های یافته‌اند.

ملاک B تاکید می‌کند که وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی باید وقت‌گیر باشند (مثلاً بیش از ۱ ساعت در روز) یا باعث ایجاد ناراحتی یا اختلال بالینی قابل توجه در تشخیص اختلال وسواس شود. این معیار به تشخیص اختلال از افکار مزاحم یا اقدامات تکراری دوره‌ای که در جمعیت رایج است، کمک می‌کند (مثل دو بار واریسی کردن در برای اطمینان از قفل بودن آن).

فراوانی و شدت وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی در بین افراد مبتلا به OCD متفاوت است (مثلاً برخی علائم خفیف تا متوسط دارند و روزی ۱ تا ۳ ساعت را صرف وسواس‌های فکری یا انجام دادن وسواس‌های عملی می‌کنند، در حالی که دیگران تقریباً به طور مداوم افکار یا وسواس‌های عملی مزاحم دارند که می‌توانند ناتوان کننده باشند).

ویژگی‌های مرتبط با تشخیص اختلال وسواس فکری – عملی

محتوای خاص وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی در افراد مختلف متفاوت است. با این حال، برخی مشکلات یا ابعاد، مشترک هستند، از جمله موضوعات **نظافت** (وسواس‌های فکری آلودگی و وسواس‌های عملی نظافت)؛ **تقارن** (وسواس‌های فکری تقارن و وسواس‌های عملی تکرار کردن، نظم دادن، و شمردن)؛ **افکار ممنوع یا تابو** (مثل وسواس‌های فکری پرخاشگری، جنسی، یا مذهبی و وسواس‌های عملی مربوط)؛ و **صدمه** (ترس از صدمه زدن به خود یا دیگران و وسواس‌های عملی واریسی کردن). برخی افراد در نتیجه وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی معمول، مانند **ترس** از صدمه زدن به دیگران، مشکلاتی نیز در دور انداختن و انباشته کردن (ذخیره) چیزها دارند. این موضوعات در **فرهنگ‌های** مختلف روی می‌دهند، با گذشت زمان در بزرگسالان مبتلا به این اختلال نسبتاً پایدار هستند، و ممکن است با زیر لایه‌های عصبی مختلف ارتباط داشته باشند. مهم اینکه، افراد اغلب نشانه‌هایی در بیش از یک بعد دارند.

افراد مبتلا به OCD وقتی با موقعیت‌هایی روبرو می‌شوند که وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی را راه می‌اندازند، دامنه‌ای از پاسخ‌های عاطفی را تجربه می‌کنند. برای مثال، شماری از افراد دستخوش اضطراب محسوس می‌شوند که می‌تواند حملات وحشت‌زدگی عودکننده را در بر داشته باشد. دیگران از احساسات عمیق نفرت خبر می‌دهند. برخی افراد هنگام انجام دادن وسواس‌های عملی، از احساس ناراحت کننده «**ناقص بودن**» تا زمانی که چیزها «**کاملاً درست**» به نظر برسند، احساس شوند، یا دقیق باشند، خبر می‌دهند.

معمولاً افراد مبتلا به این اختلال برای تطابق با مشکل خود، از افراد، مکان‌ها، و چیزهایی که وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی را راه می‌اندازند، اجتناب می‌کنند. برای مثال، افرادی که نگران آلودگی هستند برای کاهش دادن مواجهه با آلودگی‌های ترسناک، از مکان‌های عمومی (مثل رستوران‌ها، توالت‌های عمومی) اجتناب می‌کنند؛ افرادی که در مورد صدمه زدن به دیگران افکار مزاحم دارند، ممکن است از تعامل‌های اجتماعی خودداری کنند.

شیوع ۱۲ ماهه OCD در ایالات متحده ۱/۲ درصد است که شبیه شیوع بین‌المللی است (۱/۱ تا ۱/۸ درصد). زنان در بزرگسالی به میزان قدری بیشتر از مردان مبتلا می‌شوند، هر چند که مردان معمولا در کودکی بیشتر مبتلا می‌شوند.

شکل‌گیری و روند وسواس فکری - عملی

در ایالات متحده، متوسط سن به هنگام شروع OCD ۱۹ سالگی است، و ۲۵ درصد موارد در ۱۴ سالگی شروع می‌شوند. شروع بعد از ۳۵ سالگی غیرعادی است، اما روی می‌دهد. سن شروع در مردان زودتر از زنان است: تقریباً ۲۵ درصد مردان شروع قبل از ۱۰ سالگی دارند. شروع نشانه‌ها معمولا تدریجی است؛ اما شروع حاد نیز گزارش شده است.

اگر OCD درمان نشده باشد، روند آن معمولا مزمن است، و نشانه‌ها اغلب افزایش و کاهش می‌یابند. بعضی از افراد روند دوره‌ای دارند، اقلیت افراد روند وخیم شونده دارند. میزان بهبود بدون درمان در بزرگسالان پایین است (مثلا ۲۰ درصد در کسانی که ۴۰ سال بعد دوباره ارزیابی شدند). شروع در کودکی یا نوجوانی می‌تواند به یک عمر OCD منجر شود. با این حال، ۴۰ درصد افرادی که شروع OCD در کودکی یا نوجوانی دارند ممکن است در اوایل بزرگسالی بهبود را تجربه کنند. روند OCD اغلب با وقوع همزمان اختلالات دیگر پیچیده می‌شود.

تشخیص وسواس‌های عملی در کودکان راحت‌تر از وسواس‌های فکری است، زیرا وسواس‌های عملی قابل مشاهده هستند. با این حال، اغلب کودکان هم وسواس‌های فکری و هم عملی دارند (مانند اغلب بزرگسالان). الگوی نشانه‌ها در بزرگسالان می‌تواند به مرور زمان پایدار باشد، اما در کودکان متغیرتر است. هنگام مقایسه نمونه‌های کودکان و نوجوانان با نمونه‌های بزرگسالان، تفاوت در محتوای وسواس و وسواس عملی گزارش شد. این تفاوت‌ها احتمالا محتوای متناسب با مراحل **رشد** مختلف را منعکس می‌کنند (مثل میزان بالاتر وسواس‌های جنسی و

مذهبی در نوجوان در مقایسه با کودکان؛ میزان بالاتر وسواس‌های صدمه (مثل ترس از وقایع فاجعه آمیز، مانند مرگ یا بیماری **خود** یا افراد عزیز) در کودکان و نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان.

عوامل خطر و پیش‌آگهی وسواس فکری – عملی

خلق و خویی

درونی کردن بیشتر نشانه‌ها، تهییج پذیری منفی بالاتر، و مهار رفتاری در کودکی، عوامل خطر **خلق و خویی** احتمالی هستند.

محیطی

بهره‌کشی جسمی و جنسی در کودکی و رویدادهای **استرس** زا و **آسیب** زای دیگر با خطر بیشتر مبتلا شدن به OCD همراه است. برخی کودکان ممکن است دچار شروع ناگهانی نشانه‌های وسواس فکری- عملی شوند، که با عوامل محیطی مختلف، از جمله عوامل عفونی گوناگون و نشانگان خودایمنی پس از عفونت ارتباط داشته‌اند.

ژنتیکی و فیزیولوژیکی

میزان OCD در بین خویشاوندان درجه اول بزرگسالان مبتلا به OCD تقریباً ۲ برابر خویشاوندان درجه اول افراد فاقد این اختلال است؛ با این حال، در بین خویشاوندان درجه اول افرادی که شروع OCD در کودکی یا نوجوانی دارند، این میزان به ۱۰ برابر افزایش می‌یابد. انتقال خانوادگی تا اندازه‌ای ناشی از عوامل ژنتیکی است (مثل میزان همگامی ۰/۵۷ برای دوقلوهای یک تخمکی در برابر ۰/۲۲ برای دوقلوهای دو تخمکی). کژکاری در قشر پیشین حلقه ای، قشر کمربندی قدامی، و جسم مخطط قویا دخالت دارد.

موضوعات تشخیصی مرتبط با فرهنگ

OCD در سر تاسر دنیا روی می‌دهد. از نظر توزیع جنسیتی، سن بروز و همزمانی اختلالات OCD، بین فرهنگ‌ها شباهت‌های قابل توجهی وجود دارد. علاوه بر این، در سرتاسر جهان، ساختار نشانه مشابهی وجود دارد که شامل نظافت، تقارن، ذخیره کردن، افکار تابو، یا ترس از صدمه است. با این حال در ابراز نشانه، تنوع منطقه‌ای وجود دارد، و عوامل فرهنگی ممکن است محتوای وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی را شکل دهند.

موضوعات تشخیصی مرتبط با جنسیت

شروع OCD در مردان زودتر از زنان است و تیک‌ها در مردان همزمان بیشتر است. تفاوت‌های جنسیتی در الگوی ابعاد نشانه گزارش شده‌اند، به طوری که برای مثال، زنان بیشتر احتمال دارد که نشانه‌هایی در بعد نظافت و مردان نشانه‌هایی در ابعاد افکار ممنوع و تقارن داشته باشند. شروع و تشدید OCD، به علاوه نشانه‌هایی که می‌توانند در رابطه مادر- کودک اختلال ایجاد کنند (مثل وسواس‌های فکری پرخاشگرانه که به اجتناب از کودک منجر می- شوند)، در دوره پیش از زایمان گزارش شده‌اند.

خطر خودکشی

تقریباً نیمی از مبتلایان به اختلال وسواس فکری در برخی موارد فکر خودکشی دارند. خودکشی در یک چهارم افراد مبتلا به **وسواس فکری عملی** گزارش شده است. داشتن همزمان اختلال افسردگی اساسی این خطر را افزایش می‌دهد.

پیامدهای کارکردی اختلال وسواس فکری – عملی

وسواس با کیفیت پایین زندگی و میزان بالای اختلالات اجتماعی و شغلی مرتبط است. اختلال در چند زمینه متفاوت زندگی روی می‌دهد و با شدت نشانه ارتباط دارد. اجتناب از موقعیت‌هایی که می‌توانند وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی را راه اندازی کنند نیز می‌تواند عملکرد را به شدت محدود کند. برای مثال، وسواس‌های فکری

در مورد صدمه می‌توانند باعث شوند که روابط با خانواده و دوستان مخاطره آمیز احساس شود؛ نتیجه آن می‌تواند اجتناب از این روابط باشد.

وسواس‌های فکری درباره تقارن می‌توانند تمام کردن به موقع پروژه‌های تحصیلی یا شغلی را منحرف کنند، زیرا هرگز احساس نمی‌شوند که چنین پروژه‌هایی «کاملاً درست» باشند که این خود می‌تواند به رشد شدن در مدرسه یا از دست دادن کار منجر شود. پیامدهای سلامتی هم می‌تواند روی دهند. برای مثال، افراد مبتلا به نگرانی‌هایی درباره آلودگی ممکن است از مطب دکترها و بیمارستان‌ها اجتناب کنند (مثلاً به خاطر ترس از مواجه شدن با میکروب‌ها) یا دچار مشکلات پوستی شوند (مثلاً زخم‌های پوستی ناشی از شستن مفرط). گاهی نشانه‌های اختلال در درمان خودش اختلال ایجاد می‌کنند (مثل زمانی که داروها آلوده تصور می‌شوند). در صورتی که این اختلال در کودکی یا نوجوانی شروع شود، ممکن است از معاشرت با همسالان خودداری کنند؛ جوانان ممکن است در مورد اینکه چه موقعی خانه را برای زندگی مستقل ترک کنند، مشکل داشته باشند. نتیجه می‌تواند روابط مهم معدود خارج از خانواده و فقدان استقلال شخصی و مالی از خانواده اصلی باشد. علاوه بر این، برخی افراد مبتلا به OCD به خاطر اختلال خود سعی می‌کنند مقررات و ممنوعیت‌هایی را برای اعضای خانواده وضع کنند (مثلاً به خاطر ترس از آلودگی هیچ کس در خانواده نمی‌تواند مهمان داشته باشد) و این می‌تواند به کژکاری خانواده منجر شود.

همزمانی اختلال وسواس فکری - عملی

✓ افراد مبتلا به OCD اغلب آسیب روانی دیگری نیز دارند. شماری از بزرگسالان مبتلا به این اختلال، تشخیص طول عمر اختلال اضطرابی (۷۶ درصد؛ مثل اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، فوبی خاص) یا اختلال افسردگی یا دو قطبی (۶۳ درصد برای هرگونه افسردگی یا اختلال دو قطبی، به طوری که شایع‌ترین آن اختلال افسردگی اساسی است [۴۱ درصد]) دارند.

✓ شروع OCD معمولاً بعد از اکثر اختلالات اضطرابی همزمان (به استثنای اختلال اضطراب جدایی) و PTSD است، اما اغلب قبل از اختلالات افسردگی واقع می‌شود. اختلال شخصیت وسواسی-جبری همزمان نیز در افراد مبتلا به OCD شایع است (از ۲۳ تا ۳۲ درصد).

✓ بالغ بر ۳۰ درصد افراد مبتلا به OCD اختلال تیک دایمی نیز دارند. اختلال تیک همزمان در مردانی که شروع OCD در کودکی دارند بیش از همه شایع است. این افراد با آنهایی که بدون سابقه اختلال تیک هستند از نظر موضوعات نشانه‌های OCD شان، همزمانی اختلالات، روند، و الگوی انتقال خانگی تفاوت دارند. مثلث OCD، اختلال تیک، و اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی نیز در کودکان دیده می‌شود.

✓ شایع‌ترین اختلالات در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی در مقایسه با افراد فاقد این اختلال شامل چندین وسواس فکری-عملی و اختلالات مربوط مانند اختلال بدشکلی بدن، اختلال مو کنی و اختلال پوست کنی. سرانجام اینکه، ارتباط بین OCD و چند اختلال که با تکانشگری مشخص می‌شوند، مانند اختلال لجبازی و نافرمانی، گزارش شده است.

وسواس در افراد مبتلا به اختلالات دیگر بسیار بیشتر از آنچه باید در جمعیت عمومی باشد دیده می‌شود. در صورت تشخیص هر یک از این اختلالات دیگر، فرد باید از نظر وسواس نیز مورد غربالگری قرار گیرد. به عنوان مثال، شیوع اختلال وسواس در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال اسکیزوافکتیو حدود ۱۲٪ است. وسواس در اختلال دو قطبی؛ اختلالات خوردن مانند بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی و اختلال توره نیز زیاد است.

روش‌های درمانی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی

① **روان‌درمانی:** بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی - جبری بر خلاف بیماران دچار سایر اختلالات شخصیت اغلب خود می‌دانند که بیمار هستند و لذا خودشان به جست و جوی درمان برمی‌آیند.

این بیماران که از تحصیلات خیلی بالایی برخوردارند و خیلی هم معاشرتی هستند، تداعی آزاد (free association) و درمان غیر هدایت‌گرانه را خیلی ارج می‌نهند. اما این درمان‌ها اغلب طولانی و پیچیده است و بروز مشکلاتی از نظر انتقال متقابل در آنها شایع است.

از گروه‌درمانی و رفتاردرمانی هم گاه نتایج خوبی به دست می‌آید. در هر دو به راحتی می‌شود تعاملها یا توضیحات غیرانطباقی بیمار را در جا قطع کرد و مانع شد.

این مانع شدن از بیمار برای انجام کامل رفتار عادی خود باعث افزایش اضطراب او می‌شود و به این ترتیب او را آماده و مستعد آموختن راهبردهای جدید مدارا (coping) می‌سازد.

به علاوه، در گروه درمانی اغلب بیمار به خاطر تغییراتی که در رفتار خود می‌دهد، پاداش‌های مستقیمی دریافت می‌کند که شاید در روان‌درمانی‌های فردی آن قدرها ممکن نباشد.

② **دارودرمانی:** کلونازپام (klonopin) بنزودیازپینی با مصارف ضد تشنجی است که علایم بیماران دچار اختلال وسواسی - جبری شدید را تخفیف می‌دهد، ولی هنوز معلوم نیست که در اختلال شخصیت وسواسی - جبری هم مفید واقع می‌شود یا نه.

اگر علایم و نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری (OCD) غالب شود، کلومی‌پیرامین (anafranil) و داروهای سروتونرژیک نظیر فلوکستین معمولاً به مقدار ۶۰-۸۰ mg در روز ممکن است مفید واقع گردد.

نفازودون (serzone) ممکن است برای برخی بیماران مفید باشد.

■ اختلالات سازگاری

اختلال سازگاری یا انطباقی، به اختلالی می‌گویند که در آن تغییر کردن و سازگار شدن برای فرد دشوار است و فرد دچار **استرس** زیادی می‌شود. این اختلال نوعی واکنش **غیر انطباقی** نسبت به عوامل استرس‌زا است.

A: ایجاد نشانه‌های هیجانی یا رفتاری در پاسخ به عامل (عوامل) استرس‌زا که ظرف ۳ ماه از شروع عامل (عوامل) استرس‌زا روی می‌دهند.

B: این نشانه‌ها یا رفتارها از لحاظ بالینی اهمیت دارند، که به وسیله یک یا هر دو مورد زیر ثابت می‌شود:

۱- ناراحتی محسوسی که با در نظر گرفتن موقعیت بیرونی و عوامل فرهنگی که ممکن است بر شدت نشانه و جلوه آن تأثیر داشته باشند، با شدت عامل استرس‌زا بی تناسب است.

۲- اختلال قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد

C: اختلال مرتبط با استرس، ملاک های اختلال روانی دیگر را برآورده نمی‌کند و صرفاً تشدید اختلال روانی از پیش موجود نیست.

D: نشانه‌ها بیانگر داغدیدگی عادی نیستند.

E: بعد از اینکه عامل استرس‌زا و پیامدهای آن خاتمه یافته باشند، نشانه‌ها به مدت بیش از ۶ ماه دیگر ادامه نمی‌یابند.

مشخص کنید آیا:

همراه با خلق افسرده: خلق پایین، اشک آلودگی، یا احساس ناامیدی غالب هستند.

همراه با اضطراب: حالت عصبی، نگرانی، تنیدگی، یا اضطراب جدایی غالب است.

همراه با اضطراب و خلق افسرده مختلط: ترکیبی از افسردگی و اضطراب غالب است.

همراه با اختلال سلوک: اختلال سلوک غالب است.

همراه با اختلال هیجانات و سلوک مختلط: نشانه های هیجانی (مثل افسردگی، اضطراب) و اختلال سلوک غالب هستند.

نامشخص: برای واکنش های ناسازگارانه ای که با عنوان یکی از انواع فرعی مشخص اختلال سازگاری قابل طبقه بندی نیستند.

سبب شناسی اختلالات سازگاری

محققان در حال تلاش برای کشف عامل موثر در اختلالات سازگاری هستند. همانند اختلالات روانی، علت این اختلال پیچیده است و ممکن است با ژنتیک، تجربیات زندگی، خلق و خوی و حتی تغییر در مواد شیمیایی طبیعی مغز مرتبط باشد.

عوامل تشدید کننده اختلالات سازگاری

اگر چه علت اختلالات سازگاری ناشناخته است، اما برخی عوامل ممکن است موجب اختلالات سازگاری شود. شانس ابتلا به این اختلال در میان کودکان و نوجوانان، دختران و پسران به یک اندازه است. اما در میان بزرگسالان، زنان ^۲ برابر بیشتر از آقایان با اختلالات سازگاری تشخیص داده شده اند.

✓ وقایع استرس زا

یک یا چندین وقایع تنش زا در زندگی ممکن است خطر ابتلا به اختلال سازگاری را افزایش دهد و این ممکن است در هر نوع رویداد تنش زا در زندگی فرد اتفاق بیافتد. هر دو رویدادهای مثبت و منفی نیز می تواند موجب استرس شدیدی شود. برخی از نمونه های رایج عبارتند از:

تشخیص یک بیماری جدی مشکل در مدرسه طلاق یا فروپاشی یک رابطه از دست دادن شغل داشتن یک نوزاد مشکلات مالی حمله فیزیکی جان سالم به در بردن از یک فاجعه بازنشستگی مرگ یک دوست ادامه تحصیل در مکانی دور

در برخی موارد، افرادی که با موقعیت‌های تنش‌زا روبرو هستند بیشتر در معرض ابتلا به اختلال سازگاری قرار می‌گیرند. خطر ابتلا به اختلالات سازگاری در دوران کودکی بیشتر است. بیش فعالی و یا سوء استفاده جنسی و اختلالات خانوادگی در اوایل زندگی ممکن است فرد را بیشتر در معرض این اختلال قرار دهد.

✓ دیگر عوامل تشدید کننده عبارتند از:

مشکلات روحی و روانی، قرار گرفتن در معرض جنگ یا خشونت و شرایط دشوار زندگی

پیامدهای اختلالات سازگاری

بیشتر افراد بزرگسال در ظرف شش ماه بهبود می‌یابند و پیامدهای بلند مدتی ندارد. گرچه افرادی که دچار یکی از اختلالات روانپزشکی، مشکل سوء مصرف مواد یا یک اختلال سازگاری مزمن باشد، بیشتر احتمال دارد که دچار مشکلات روحی و روانی طولانی‌مدت شود مانند: افسردگی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر، افکار و رفتار خودکشی در مقایسه با بزرگسالان، نوجوانان مبتلا به اختلال سازگاری به طور قابل توجهی در معرض خطر مشکلات طولانی مدت هستند. علاوه بر افسردگی، سوء مصرف مواد و رفتار خودکشی، نوجوانان با اختلال سازگاری در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی زیر نیز می‌باشند از جمله: اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی اختلال شخصیت ضد اجتماعی

درمان اختلالات سازگاری

مراقبت از خود، روان درمانی و در بعضی از موارد، استفاده از دارو.

- ① انتخاب درمان بر مبنای شدت اختلال سازگاری و تأثیری که بر زندگی فرد گذاشته است خواهد بود.
- ② خانواده و دوستان فرد می‌توانند به وی در سازگاری با واقعۀ کمک کنند. همچنین فرد با کمک آنها می‌تواند در زندگی خود تغییراتی را به وجود آورد که در آینده بتواند سازگاری بهتری با وقایع زندگی داشته باشد.
- ③ خود فرد هم می‌تواند روش سازگاری با واقعۀ استرس‌زا را فرا گیرد، عوامل استرس‌زا و احساسات خود را در مورد آنها به طور روزانه یادداشت کند، با دوست خود در مورد تجربیاتش صحبت کند، به یک گروه حمایتی بپیوندد، سلامت جسمی خود را فراموش نکند، رژیم غذایی، ورزش، و خواب مناسب داشته باشد.
- ④ روش‌های روان‌درمانی مختلفی برای کمک به فائق آمدن به اختلال سازگاری موجود هستند و اثربخشی آنها به اثبات رسیده است.

هر کدام از این روش‌ها که مورد استفاده قرار گیرد، غالباً برای مدت کوتاهی مورد نیاز خواهد بود. در بعضی از موارد ممکن است خانواده درمانی توصیه شود، از جمله مشاوره زناشویی.

سلامت روان افراد در قرنطینه

قرنطینه کردن به معنای جداسازی و محدود کردن رفت و آمد افرادی گفته می‌شود که به طور بالقوه در معرض یک بیماری واگیر دار قرار گرفته‌اند تا در صورت مشخص شدن بیماری از آلوده شدن سایر افراد جامعه جلوگیری شود. تعریف قرنطینه از ایزوله کردن به طور کامل متفاوت است زیرا ایزوله کردن به معنای جداسازی افرادی که بیماری واگیردار آنها تشخیص داده شده و باید از افرادی که بیمار نیستند مجزا گردند. در طی روند قرنطینه، با توجه به شرایط محیط و همچنین نوع بیماری عفونی منتشر شده ممکن است به سلامت روان افراد آسیب وارد شده و برخی از اختلالات روانشناختی در افراد در قرنطینه بروز نمایند. به طور کلی تمامی مطالعاتی که اختلالات روانشناختی افراد در قرنطینه را مورد بررسی قرار داده‌اند نشانه‌های زیادی از آسیب روان مثل اختلال هیجان، افسردگی، استرس، کاهش خلق، تحریک‌پذیری، بیخوابی، کاهش توجه، اختلال استرس بعد از سانحه، خشم و کرختی عاطفی را گزارش کرده‌اند.

در یک مطالعه که بر روی پرسنل یک بیمارستان بعد از یک دوره قرنطینه ۲۹ روزه به دلیل تماس با افراد آلوده به ویروس سارس انجام شد، افراد نشانه‌هایی از اختلال استرس حاد را نشان دادند. همچنین نتایج این مطالعه مشخص کرد که پرسنل در قرنطینه نشانه‌هایی از خستگی، جدا شدن از دیگران، اضطراب حین کار کردن با افراد تبار، تحریک‌پذیری، بیخوابی، کاهش توانایی تصمیم‌گیری و تمرکز و کاهش کیفیت عملکرد را نشان می‌دهند. نتایج بررسی یک تحقیق نشان می‌دهد اختلال استرس پس از حادثه از علائم روان شناختی مهم بوده که در افراد مختلف قرنطینه شده به دلیل بیماری واگیردار آنفولانزا در پرسنل بیمارستانی مشاهده شده است. در این میان نکته قابل تامل این است که علائم استرس پس از حادثه در میان کودکان قرنطینه شده حدود چهار برابر بیشتر از کودکان قرنطینه نشده می‌باشد که نشان دهنده وقوع علائم روانشناختی با نسبت بیشتر در کودکان نسبت به بزرگسالان است. افسردگی از دیگر نشانه‌های اختلال در سلامت روان افراد و پرسنل بیمارستانی بعد از قرنطینه بوده که بر اساس نتایج یک تحقیق حدود ۱ سال بعد از قرنطینه شدن علائم شدید افسردگی را از خود نشان داده‌اند. محرک‌های

ایجاد استرس و عامل ایجاد کننده اختلالات روانشناختی در افراد در حال قرنطینه به دلیل بیماری کووید-۱۹ ترس از آلوده شدن یا آلوده کردن دیگران، دوره طولانی قرنطینه، حمایت‌های ناکافی و عدم دسترسی به مراقبت‌های پزشکی و مواد غذایی کافی و در نهایت خستگی و بی‌حوصلگی ناشی از قرنطینه و ایزوله شدن گزارش شده است. تمامی موارد ذکر شده بالا و همچنین اضافه شدن برخی افکار ناخوشایند مثل احساس تنهایی، برچسب‌زنی (stigmatization)، انکار، ناامیدی و در درجات شدیدتر پرخاشگری و افکار خودکشی ممکن است باعث گردد پایبندی به ادامه درمان را در قرنطینه به دلیل بیماری کووید-۱۹ کاهش یابد و حتی افراد در فکر ترک محل قرنطینه باشند. نهایتاً، شرایط قرنطینه باعث می‌شود که افراد حمایت‌های روانی خانواده و دوستان خود از دست بدهند که این خود موجب تشدید فشارها و آسیب‌های روانی می‌گردد.

سلامت روان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

با توجه به اینکه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی خط اول مبارزه با بیماری‌های عفونی و بیماری کووید-۱۹ می‌باشند، اولین کسانی هستند که در معرض آلودگی به این ویروس قرار می‌گیرند. یافته‌های یک مطالعه نشان می‌دهد که نسبت درصدی میزان آلودگی کارکنان مراقبت‌های پزشکی در طی شیوع بیماری ۱۹ درصد می‌باشد که البته دلیل اصلی این درصد بالای آلودگی کارکنان پزشکی، تماس‌های محافظت نشده با بیماران آلوده در ابتدای شیوع بیماری کووید-۱۹ گزارش شده است. بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعات قبلی که در زمان انتشار بیماری سارس و ابولا به دست آمده است، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از برخی از اختلالات روانشناختی همچون اضطراب، ترس و استرس برچسب زنی رنج می‌برند که می‌تواند کیفیت فعالیت و خدمات‌رسانی آنها را به شدت تحت تاثیر قرار دهد. از طرفی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌بایست لباس‌های محافظتی سنگین و ماسک N-۹۵ بپوشند که باعث ایجاد محدودیت حرکتی و سختی کار جهت انجام روش‌ها و اعمال پزشکی در مقایسه با شرایط طبیعی می‌گردد.

تمامی این فاکتورها و همچنین خطر آلوده شدن و آلوده کردن دیگران خطر بروز اختلالات روانشناختی را در بین کارکنان پزشکی افزایش می‌دهد. نتایج تحقیق Koh و همکاران که در طی اپیدمی بیماری سارس در سنگاپور انجام شده نشان می‌دهد بیش از نیمی از کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی افزایش سطح استرس کاری

و فشار کار به میزان ۱۹٪ را گزارش کرده‌اند. تحقیق دیگر که در اپیدمی سارس در هنگ کنگ انجام شده نشان داد که کارکنان مراقبت‌های پزشکی از درجه اضطراب بیشتری بعد از تماس مستقیم با بیماران آلوده شده به سارس رنج می‌بردند. بر اساس نتایج تحقیقی که بر روی بهداشت روان پرسنل پزشکی درگیر در انتشار ویروس سارس در سال ۲۰۱۹ ارائه شده حدود ۶۱ درصد از افراد سطوح بالایی از علائم استرس پس از سانحه را گزارش کرده‌اند.

با توجه به سطح گستردگی شیوع بیماری کووید-۱۹ جهان و میزان تلفات ناشی از این بیماری، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به دلیل قرارگیری در خط اول مقابله با این بیماری امکان بیشتری نسبت به سایرین در معرض بروز اختلالات روانشناختی و اضطراب قرار دارند. بررسی نتایج تحقیقی نشان داد که پرسنلی که در تماس مستقیم با بیماران آلوده به کووید-۱۹ هستند، نسبت به افرادی که در تماس مستقیم با این بیماران نیستند دارای شاخص اضطرابی بیشتری هستند. همچنین میزان شاخص اضطراب در پرسنل پزشکی شهرهای آلوده (مثل شهر ووهان) نسبت به پرسنل پزشکی سایر شهرها بیشتر است. در یک بررسی دیگر که بر روی پزشکان و پرستاران بیمارستانی در ووهان چین انجام شده نشان می‌دهد که در طی انتشار بیماری کووید-۱۹ کارکنان مراقبت‌های پزشکی درجه بالایی از علائم افسردگی (۴۴/۴٪)، بی‌خوابی (۹۴/۲٪) و اضطراب (۹۲/۰٪) را تجربه می‌کنند. نکته قابل تامل اینکه بر اساس نتایج به دست آمده از این تحقیق، زنان و افراد در تماس مستقیم با بیماران آلوده به کووید-۱۹ میزان بالاتری از علائم روانشناختی ذکر شده را گزارش کرده‌اند. بنابراین بر اساس نتایج مطالعات ارائه شده به نظر می‌رسد رسیدگی و حفظ سلامت روان کارکنان مراقبت‌های پزشکی در طی مواجهه با بیماران عفونی مسری از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

سلامت روان اعضای خانواده کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در طی پاندمی کووید-۱۹

بر اساس شواهد موجود اعضای خانواده کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی از جمله افراد در معرض خطر در ارتباط با بروز اختلالات روانشناختی قرار دارند. شرایط حاد مبارزه با کووید-۱۹ یکی از عوامل ایجاد کننده و بروز اختلالات روانشناختی مهم از جمله استرس، اضطراب و نشانه‌های افسردگی در بین اعضای خانواده کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد. دلایل بروز این اختلالات روانشناختی این است که اعضای خانواده نمی‌توانند با عزیزانشان که در مراکز بهداشتی و درمانی فعالیت دارند در تماس باشند. زیرا ممکن است کارکنان مراقبت‌های

درمانی تجربه ترس را به دلیل انتشار ویروس به اعضای بهداشتی و خانواده خود نشان داده و نگرانی شدیدی را در مورد انتقال بیماری به اعضای خانواده خود تجربه نمایند. از طرفی اعضای خانواده کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی نیز ممکن است به نوعی اختلالات روانشناختی مشابهی را در ارتباط با ترس از آلوده شدن توسط عزیزانشان به ویروس کووید-۱۹ که در مراکز مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مشغول به فعالیت هستند، داشته باشند. گرچه مطالعات انجام شده در این زمینه بسیار محدود است اما نتایج یک مطالعه مقطعی که سلامت روان اعضای خانواده پرسنل بیمارستان در کشور چین را در طی انتشار بیماری کووید-۱۹ در دهم تا بیستم فوریه ۲۰۲۱ بررسی کرده بود، میزان شیوع شاخص اضطراب در بین این افراد برابر با ۷۹ درصد و افرادی که نشانه‌های افسردگی از خود اظهار نموده‌اند برابر ۲۱ درصد بود. بر این اساس باید توجه ویژه‌ای به وضعیت بهداشت روان اعضای خانواده کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی نمود که مستعد بروز اختلالات روانشناختی در طی همه‌گیری می‌باشند. شایان ذکر می‌باشد این افراد در این شرایط پرمخاطره فعلی ممکن است کمتر مورد توجه قرار گیرند.

سلامت روان دانش‌آموزان و دانشجویان در طی پاندمی کووید-۱۹

تعطیلی مدارس و قرنطینه کردن خانگی به دلیل شیوع بیماری عفونی و مسری مانند کووید-۱۹ بر روی سلامت جسمی و روانی کودکان و نوجوانان تاثیرگذار است. یافته‌های تحقیقات بر روی الگوی خواب کودکان و نوجوانان نشان می‌دهد که آنها زمانی که در تعطیلات آخر هفته یا تابستانی هستند کمتر فعالیت فیزیکی انجام داده و کمتر از رژیم غذایی مناسب پیروی می‌کنند. این پدیده زمانی که به بچه‌ها در خانه محدود شوند و فعالیت خارج از منزل نداشته باشند، تشدید می‌یابد. از طرفی به وجود آمدن محرک‌های استرس‌زا در منزل مانند ترس طولانی-مدت از مبتلا شدن به کووید-۱۹، افکار ناخوشایند و کسالت، کمبود ارتباط با همکلاسی‌ها، دوستان و معلمان، کمبود فضای مناسب در خانه و در مواردی مشکلات مالی و اقتصادی والدین می‌تواند اثرات ماندگار بر روی سلامت روان کودکان و نوجوانان داشته باشد. نکته قابل تامل اینکه بر اساس نتایج تحقیقی میانگین شاخص استرس پس از سانحه در کودکان قرنطینه شده ۴ برابر بیشتر از کودکان غیر قرنطینه است. از این رو کودکانی که به دلیل شرایط بیماری فعلی ایزوله یا قرنطینه هستند، قطعاً علائم روانشناختی شدیدتری مثل اختلال استرس حاد، اختلال سازگاری و سوگ را از خود نشان خواهند داد. به طوری که بر اساس گزارشات، ۱۹ درصد از این کودکان علایم

اختلال استرس پس از سانحه از خود نشان می‌دهند. دانشجویان دانشگاه از دیگر افراد مستعد بروز علائم روانشناختی شمار می‌روند. به طوری که در ابتدای شیوع این بیماری در کشور عزیزمان ایران همچون سایر کشورهای دنیا تعطیلی دانشگاه‌ها از اولین و ابتدایی‌ترین اقدامات برای جلوگیری از انتشار گسترده بیماری کووید-۱۹ بود.

در نتایج تحقیقی که در طی پاندمی آنفلوآنزا H₁N₁ بر دانشجویان کشور چین انجام شده نشان می‌دهد حدود ۲۱ درصد از آنها نشانه‌هایی از اختلال استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند. بر اساس نتایج تحقیقی که در کشور چین بر روی ۷۱۱۱ دانشجو در طی انتشار کووید-۱۹ انجام شده نتایج حاکی از آن است که حدود ۱۷ درصد افراد علائم اضطراب شدید را تجربه کرده‌اند. از مهم‌ترین دلایل ایجاد اضطراب در بین دانشجویان، نگرانی از تأثیر ویروس کووید-۱۹ بر روی آینده تحصیلی، وضعیت شغلی آینده و کاهش ارتباطات اجتماعی است. همچنین عامل اضطراب در برخی از دانشجویان ممکن است مشکل در تامین شهریه دانشگاه به دلیل از دست دادن منابع مالی ناشی از بیکاری و از دست دادن شغل افراد باشد. بر این اساس داشتن درآمد ثابت خانواده و زندگی در مناطق شهری و البته زندگی در کنار خانواده از مهم‌ترین عوامل کاهش اضطراب در بین دانشجویان به شمار می‌رود. نهایتاً، بر اساس یافته‌های تحقیقی، ابتلای خویشاوندان و آشنایان به بیماری کووید-۱۹ از دیگر عوامل بروز اضطراب در بین دانشجویان است.

سلامت روان مادران باردار در طی پاندمی کووید-۱۹

شیوع کووید-۱۹ یکی از عواملی است که می‌تواند باعث افزایش سطح اضطراب و استرس در زنان باردار شود. بر اساس یافته‌های مطالعات، افزایش سطح نگرانی و استرس در طی حاملگی باعث افزایش مسمویت بارداری، افسردگی بارداری، میزان تهوع و استفراغ در دوران بارداری، زایمان زودرس، کم وزنی نوزاد و حتی نمره اپگار پایین می‌گردد. طرح فاصله‌گذاری اجتماعی و برخی محدودیت‌های تردد و قرنطینه‌ای از دلایل اصلی است که میزان اضطراب و نگرانی را در اغلب مادران باردار در طی انتشار بیماری کووید-۱۹ افزایش می‌دهد. مطابق یافته‌های تحقیقی که در کشور چین انجام شد، افسردگی زنان باردار در طول شیوع بیماری کووید-۱۹ افزایش یافته بود. از طرفی مادران باردار نیاز به حمایت‌های عاطفی بیشتری دارند که ممکن است به دلیل این محدودیت‌های اعمال

شده به دلیل شیوع ویروس کووید-۱۹ این حمایت‌ها را به دلیل کاهش ارتباط با خویشاوندان خود از دست بدهند. همچنین به دلیل تشدید و استفاده زیاد از مواد بهداشتی و شوینده‌ها امکان مسمومیت در این افراد افزایش می‌یابد. حتی در مواردی برخی از مادران باردار به دلیل ترس از ابتلا به کووید-۱۹ ممکن است برای پیگیری وضعیت خود و جنین به متخصص مربوطه مراجعه نمایند. از این رو در مواردی گزارش شده است که به دلیل نگرانی‌ها و اضطراب بیش از اندازه، برخی از مادران باردار خواستار ختم بارداری و سزارین انتخابی هستند. نهایتاً، برخی از مادران باردار نگران فرزندان خود پس از زایمان برای غربالگری و واکسیناسیون در شرایط شیوع بیماری کووید می‌باشند.

سلامت روان عموم مردم جامعه در طی پاندمی کووید-۱۹

با توجه به این موضوع که بیماری کووید-۱۹ بیماری ناشناخته‌ای است و هنوز بعد از گذشت ۲ سال از شیوع بیماری، درمان موثری برای این بیماری پیدا نشده است، بنابراین قرنطینه و ماندن افراد مختلف جامعه در منزل گسترش (فاصله‌گذاری اجتماعی) رایج‌ترین و بهترین استراتژی ممانعت از انتشار بیماری به شمار می‌رود. بر این اساس با توجه به ماندن افراد در خانه ممکن است اختلالات مختلف روانشناختی در بین افراد مختلف خانواده مشاهده گردد. نتایج یک تحقیق که کیفیت خواب را در ژانویه ۲۰۲۱ در افرادی که به مدت ۶۴ روز در طی انتشار کووید-۱۹ در چین خود را ایزوله کرده بودند نشان می‌دهد اختلال در خواب با افزایش اضطراب و استرس در این افراد مرتبط بوده که می‌توان با حمایت‌های اجتماعی مناسب سبب بهبود کیفیت خواب در این بیماران شد. نتایج تحقیق دیگری که در اوایل سال ۲۰۲۱ در بین مردم عادی پس از انتشار کووید-۱۹ در چین انجام شد، نشان می‌دهد از حدود ۲۱۶۱ نفر شرکت کننده که ۴۱ درصد افراد به صورت آنلاین در این مطالعه شرکت داشته‌اند، حدود ۵۴ درصد سطوح بالایی از نشانه‌های استرس پس از سانحه را گزارش کرده‌اند. در این میان به نظر می‌رسد برخی از عوامل که در بروز علائم روانشناختی در عموم مردم تاثیر گذار باشند، می‌توان به نگرانی در ارتباط با خطر ابتلای بیماری، وضعیت آینده شغلی و منابع درآمدزایی افراد و خانواده‌ها و همچنین دوران طولانی قرنطینگی خانگی اشاره نمود.

تا به امروز نتایج مطالعات طولی حاکی از این واقعیت دارد که بیش از نیمی از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ که در بیمارستان بستری شده بودند، پس از بهبودی دچار سندرم کووید-۱۹ شده بودند و بین ۳ تا ۶ ماه علایم و

نشانگان بیماری را تجربه می‌کردند. نتایج مطالعات همچنین مشخص کرده است که در دوران پسا کووید-۱۹ شاهد شیوع اختلالات روانشناختی، مشکلات جسمانی و تغییر سبک غذایی بسیار مردم جهان خواهیم بود. علایم طولانی مدت افسردگی و اضطراب در بیماران تازه بهبود یافته کرونایی از جمله دیگر عوارض روانی کووید-۱۹ گزارش شده است.

سندروم پس از کووید-۱۹ می‌تواند به دلیل مکانیسم‌های مختلفی مانند سندرم بعد از بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان، سندرم خستگی ناشی از قرنطینه خانگی، آسیب دائمی اندام‌ها یا موارد دیگر باشد. در دل هر ناراحتی جسمی، ارتباط محکمی بین مفاهیم اجتماعی، روانشناختی و فیزیولوژیک نهفته است. محور هر گزارش بیماری، شخصی است که عملکرد فیزیولوژیک او تغییر یافته و از حالت تعادل خارج شده است و ممکن است محدودیت‌های روانشناختی به او تحمیل شده و روابط اجتماعی‌اش به طور جدی تهدید شده باشد. بنابراین شیوع کرونا، علاوه بر ناراحتی جسمی و فیزیولوژیکی، از نظر روانی نیز باعث مشکلاتی از قبیل اختلالات روانی ناشی از ترس از انتقال ویروس به دیگران، تنهایی، بی‌خوابی، قرنطینه خانگی، کاهش روابط اجتماعی، اختلال در روند عادی زندگی و غیره می‌شود.

با ادامه روند بیماری، نشانه‌های بالینی و مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ شدیدتر خواهد شد و بسیاری از این بیماران درجاتی از اختلالات اضطرابی و افسردگی را حتی بعد از اینکه از نظر جسمی بهبود یافتند و از بیمارستان مرخص شدند، خواهند داشت. یکی دیگر از اختلالات روانشناختی که در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا مثل تجربه تروماتیک مقابله با یک عفونت ویروسی تهدیدکننده زندگی رخ می‌دهد، اختلال استرس پس از سانحه است. طبق پنجمین متن ویرایش شده راهنمای اطلاعات آماری و تشخیص اختلالات روانی (DSM-V)، PTSD شامل مجموعه‌ای از علایم است که به دنبال یک عامل فشارزای آسیب‌زا شامل یک تهدید ادراک‌شده درباره حادثه می‌شود و معمولاً زندگی خود شخص یا زندگی شخص دیگر یا تمامیت فیزیکی و ترس شدید، درماندگی یا وحشت باشد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که وقتی اپیدمی SARS به اختلال روانی PTSD منجر می‌شد، علایم بیماری بسیار شبیه آن دسته از بیمارانی بود که با موقعیت‌های استرس‌زای شدید مثل حمله تروریستی یا زلزله مواجهه

می‌شدند. نسبت بالایی از جامعه هنگ کنگ بین سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴ در پی شیوع بیماری SARS، نشانه‌های متوسط تا شدیدی از PTSD را نشان دادند.

بر اساس نتایج برخی از مطالعات روی سلامت روانی کادر درمانی در سال ۲۰۰۳ در زمان شیوع بیماری سندرم تنفسی حاد، حدود یک درصد از شرکت‌کنندگان سطح بالایی از PTSD حاد را گزارش کردند. به علاوه، یک پژوهش درباره میزان اختلال روانپزشکی مزمن در میان بهبودیافتگان SARS نشان‌دهنده این بود که اختلال PTSD شایع‌ترین اختلال روانپزشکی مزمن بود. میزان بروز تجمعی اختلال PTSD در طول ۳۰ ماه از زمان شیوع بیماری SARS در حدود ۴۷/۸ درصد بود. در یک پژوهش دیگر، حدود ۴۴/۱ درصد از بیماران مبتلا به SARS در طی ۲ تا ۶ ماه، تشخیص اختلال PTSD را دریافت کردند. با توجه به این پژوهش‌ها، پیگیری و مداخلات اولیه برای اختلال PTSD در زمان شیوع بیماری جسمی تهدیدکننده زندگی ضروری به نظر می‌رسد. بر اساس یک پژوهش جدید که توسط سان و همکاران حدود یک ماه پس از پاندمی و همه‌گیر شدن بیماری کووید-۱۹ انجام شد، حدود ۴/۶ درصد از افراد شرکت‌کننده سطح بالایی از نشانه‌های استرس پس از سانحه را تجربه کرده‌اند. عوامل زیادی همچون جنسیت زن، اقامت در یک شهر درگیر بیماری کووید-۱۹، کیفیت بد خواب و تجربه قبلی مواجهه با یک بیماری جسمی خطرناک و همه‌گیر با شدت PTSD رابطه معناداری داشت، اما بین میزان PTSD با سن و تحصیلات رابطه معناداری وجود نداشت. بنابراین طبق بررسی‌ها ضروری به نظر می‌رسد که عوامل پرخطر در میزان شیوع اختلال PTSD همچون جنسیت زن، میزان کیفیت خواب، اقامت در شهرهای درگیر با بیماری کووید-۱۹ و غیره مورد توجه قرار گیرد.

با توجه به احتمال شیوع اختلال PTSD در بیماران کووید-۱۹ که عوامل خطری مانند جنسیت زن را نیز دارا هستند، مداخلات روانی اجتماعی دیر هنگام می‌تواند به مزمن شدن، تداوم و تثبیت علائم و واکنش‌های شدید روانی منجر شود؛ بنابراین مدیریت بحران در این گروه از افراد و کاستن از ابعاد این بحران جز با توجه به تمام ابعاد و جنبه‌های مسائل انسانی امکان‌پذیر نخواهد بود. در دوران شرایط بحرانی کووید-۱۹، این گروه از بیماران که با چنین رویدادهای تروماتیکی روبرو می‌شوند به حمایت‌های اجتماعی کافی نیاز دارند. برخی رویکردهای درمان روانشناختی که در زمان شیوع SARS به کار گرفته شده را می‌توان برای درمان اورژانس‌های روانپزشکی کووید ۱۹

به کار برد. در واقع، با توجه به اینکه خدمات روانپزشکی سنتی مثل مشاوره چهره به چهره در زمان اپیدمی کووید-۱۹ در دسترس نیست، درمانگران بر خدمات روانشناختی برخط متمرکز شده‌اند.

انجمن جامعه بین‌المللی مطالعات استرس‌های تروماتیک روانپزشکی آمریکا (APA) پیشنهاد داده‌اند که درمانگران باید بعد از وضعیت پایدار جسمی بیماران، وضعیت سلامت روانی آنان را به طور مرتب ارزیابی کنند و همچنین رویکردهای متمرکز بر شواهد و مقرون به صرفه مثل درمان شناختی رفتاری، درمان فرایند شناختی و مواجهه درمانی را برای بیماران PTSD به کار بگیرند. بررسی‌ها نشان داده که مداخله در بحران باید به صورت پویا یا فعال باشد و با مراحل مختلف اپیدمی بیماری کووید-۱۹ در طول و بعد از شیوع بیماری انطباق داشته باشد. متخصصان حوزه سلامت طی شیوع بیماری، باید به طور فعال در فرایند مداخله برای بیماران شرکت کنند. به طوری که در این فرایند مداخله، دو فعالیت همزمان باید انجام شود: (۱) مداخله برای ترس فرد از بیماری که بیشتر توسط پزشکان و با کمک روانشناسان انجام می‌شود؛ (۲) مداخله برای نقص بیمار در انطباق با شرایط بحرانی که بیشتر توسط روانشناسان اجتماعی انجام می‌شود، اما مشکلات روانی جدی مثل خشونت و خودکشی توسط روانپزشک مدیریت می‌شود.

به طور کلی، متخصصان سلامت روان و مددکاران اجتماعی می‌توانند با مداخلات متنوع و متناسب با نیازهای این گروه از بیماران و پرداختن به مسائل روانی اجتماعی آنها از طریق شبکه‌های اجتماعی و مشاوره‌های تلفنی، میزان اضطراب و نگرانی‌های طاق‌فرسا و استرس‌های روانی را در آنها کاهش دهند؛ بنابراین ارائه مداخلات و آموزش‌های روانی اجتماعی پزشکی، می‌تواند باعث سازگاری روانشناختی و اجتماعی، ارتقای سطح سلامت روان و در نهایت پیشگیری از عوارض مشکلات روانی ناشی از این بحران است. بنابراین، ضرورت طراحی و تدوین مداخلات و پروتکل‌های کوتاه‌مدت و غیرحضور روانی-اجتماعی برای گروه‌های آسیب‌پذیر بیش از پیش آشکار می‌شود.

سخن آخر

سلامت روانی بخش مهمی از سلامت و بهداشت کلی ما را تشکیل می‌دهد و بر شیوه تفکر، احساس و عملکرد انسانها تاثیر می‌گذارد و به چگونگی کنترل استرس در طی بحران همه گیر جهانی مثل کرونا مهم است.

افرادی که پیش از شروع کرونا، دچار مسایل و مشکلاتی در زمینه بهداشت روانی می‌باشند، در طی شیوع کرونا آسیب‌پذیرتر می‌باشند. کسانی با بیماری‌های افسردگی، اضطراب، اختلالات دوقطبی یا سایر مسایل روانشناختی بهتر است که درمان‌های خود را ادامه دهند، از علایم جدید یا بدتر شدن علایم خود آگاه باشند و با روانپزشک یا روانشناس خود در ارتباط باشند و از بهداشت روانی خود مراقبت به عمل آورند. در مورد سایر افراد نیز همه‌گیری جهانی کرونا فشارآور است. ترس و اضطراب درباره یک بیماری جدید و عواقبی که دارد، ناتوان‌کننده است و عواطف و هیجانات شدیدی را در بزرگسالان و کودکان پدید می‌آورد. اقدام نهادهای اجتماعی از قبیل فاصله‌گذاری فیزیکی و اجتماعی باعث می‌شود که مردم احساس انزوا و تنهایی داشته باشند و فشار روانی و اضطراب آنها افزایش یابد. انطباق با استرس به شکل سالم در سلامت افراد و کسانی که از آنها مراقبت می‌کنند، موثر است. در عین حال هر کس به گونه‌ای متفاوت به این موقعیت فشارآور پاسخ می‌دهد. چگونگی این پاسخ به زمینه و سوابق قبلی افراد، حمایت اجتماعی که از خانواده و دوستان دریافت می‌کنند، موقعیت مالی، گروه اجتماعی یا جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، بستگی دارد. کسانی که در این بحران شدیدتر از سایرین واکنش نشان می‌دهند را می‌توان به چندین دسته تقسیم کرد:

۱- سالمندان و افرادی که در گروه سنی خاص دچار بیماری‌های جسمی زمینه‌ای هستند.

۲- کسانی که شغل خود را از دست داده‌اند، ساعت‌های کاریشان کاهش یافته است و به موجب آن تغییرات اساسی در وضعیت اقتصادی‌شان پدید آمده است.

۳- افرادی باناتوانایی‌های جسمی

۴- افرادی که تنها زندگی می‌کنند و کسانی که در نواحی روستایی به سر می‌برند و یا حاشیه‌نشین هستند.

۵- گروه‌های اقلیت قومی و نژادی

۶- کسانی که دسترسی به اطلاعات را به زبان مادری خود ندارند.

۷- افراد بی‌خانمان

۸- افرادی که در شرایط گروهی زندگی می‌کنند.

احساس نگرانی و اضطراب، غم و اندوه، بی‌حوصلگی، خستگی، تنهایی و احساس ناکامی در طی این بحران طبیعی است و برای اکثر افراد آن احساسات موقتی و گذرا می‌باشد. با انجام کارهای ساده می‌توان از بهداشت روانی خود در طی این بحران، مراقبت کنید. نکات زیر به شما کمک می‌کند تا احساس نگرانی و اضطراب شما کاهش یابد:

- ۱- با دیگران در ارتباط باشید.
- ۲- درباره نگرانی‌های خود گفتگو کنید.
- ۳- از دیگران حمایت کنید و به آنها یاری برسانید.
- ۴- احساس آمادگی داشته باشید و به این نکته بیندیشید که در صورت ابتلا چه کارهایی را باید انجام دهید. به کجا باید مراجعه نمایید.
- ۵- هر نوع خود درمانی را کنار بگذارید.
- ۶- به جسم خود توجه کنید. سلامت جسمی تاثیر زیادی بر احساسات ما می‌گذارد. در چنین دورانی به آسانی می‌توان دچار الگوهای ناسالم رفتاری شد که احساسات شما را بدتر کند. غذای سالم، خواب خوب، آب کافی، ورزش، اجتناب از استعمال سیگار و مواد مخدر و مصرف الکل، پیاده‌روی، دویدن، دوچرخه سواری با رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی روزانه به مدت ۱۰ دقیقه خلق شما را بهتر می‌کند.
- ۷- به منابع خبری مطمئن و قابل اعتماد متوسل شوید. اطلاعات غیردقیق تاثیر منفی بر سلامت روانی شما دارد. بدون بررسی دقیق اطلاعات آن را به دیگران منتقل نکنید.
- ۸- بر روی اموری متمرکز شوید که در کنترل شما هستند. مثل رفتار خودتان، افرادی را که با آنها در ارتباط هستید و منابع کسب اطلاعات و چگونگی دریافت اطلاعات. برخی امور خارج از کنترل ما هستند. مواردی را که بر روی آنها کنترل دارید و مواردی که خارج از کنترل شما است، یادداشت کنید.
- ۹- به انجام کارهای لذت‌بخش بپردازید. روی سرگرمی مطلوب خود متمرکز شوید.

۱۰- در زمان حال تمرکز داشته باشید. بجای نگرانی درباره آینده زمان حال و تمرکز بر آن به شما در کاهش اضطراب کمک می کند.

۱۱- از روش‌های آرامش‌بخشی و روش‌های ذهن‌آگاهی و روش‌های آرامش تنفسی استفاده کنید. برای ذهن- آگاهی وقت بگذارید و آگاهانه و هدف‌مندانه بر لحظه حال بدون قضاوت درباره خود و شرایط، متمرکز شوید. در جایی آرام قرار بگیرید اندام‌های خود را شل کنید و عمیقاً نفس بکشید و نفس‌های خود را بشمارید: دم را با یک شماره انجام دهید و بازدم را با دو شماره، سپس با سه شماره رها سازید. این کار را تکرار کنید تا زمانی که بازدم را در طی ۱۰ شماره رها سازید. سپس از نو شروع کنید. هنگامی که تمرکزتان کاهش یافت، دوباره روی تنفس خود متمرکز شوید.

۱۲- مهربانی را تمرین کنید. با همسایگان خود در تماس باشید و در رفع نیازهای آنها کمک نمایید. رفتارهای ساده مهربانی مفید است. بین مهربانی و احساسات شادمانی ارتباط وجود دارد. کمک به دیگران و مهربانی با آنها موجب کاهش استرس می شود.

۱۳- به برنامه خواب خود رسیدگی کنید. خواب خوب و کیفیت خواب بر روی احساسات منفی تاثیر می گذارد. الگوی خواب خود را تنظیم کنید.

۱۴- شوخی کنید، لطیفه بگویید؛ خندیدن بهترین درمان برای کاهش اضطراب و نگرانی است.

۱۵- خوش بین باشید و از عبارت‌های مثبت و مشخص استفاده کنید. برای مثال به خودتان بگویید «مطمئن هستم که هیچ اتفاقی نمی افتد و ما راه‌حلی برای برخورد با این مشکل پیدا خواهیم کرد. من مطمئن هستم که هنوز نفس می کشم، خورشید می درخشد و من از این لحظه‌ها قدرانی می کنم. بیشتر روی مواردی که قدردان آن هستید متمرکز شوید و نه روی خواسته‌های که امکان پذیر نیستند.

۱۶- کارهای ناتمام خود را تکمیل کنید.

۱۷- با دوستان قدیمی خود ارتباط برقرار کنید.

۱۸- از کودکان خود بیشتر مراقبت کنید، تاب‌آوری و امید برای آنها فراهم آورید.

۱۹- همبستگی گروهی و اجتماعی خود را حفظ کنید و احساس پیوند ملی و جهانی با همه انسانها در سرتاسر کره زمین داشته باشید. بدانید که با یک همبستگی جهانی است که می‌توان بر این ویروس غلبه پیدا کرد. برای آینده‌ی بدون کرونا برنامه‌ریزی نمایید.

با امید به اینکه همه ما با رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی و رعایت نکات مرتبط با بهداشت روانی، بتوانیم مقاومت و تاب‌آوری خودمان را در مبارزه با این همه‌گیری جهانی افزایش دهیم و آینده‌ی بهتر و سالمتر را برای خودمان و نسل‌های بعدی فراهم سازیم.

- ۱- اکرم خمسه، کتاب راهنمای ویروس کرونا و اضطراب. تهران: انتشارات ارجمند. ۱۳۹۹
- ۲- باقری فرزین و بنفشه شیخا. شیوع اختلالات روانشناختی در بیماران مبتلا به سندرم کووید-۱۹. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال ۱۴۰۰، دوره ۶، شماره پیاپی ۲۱. صص: ۱۸۷-۱۸۴.
- ۳- شهیداد شیما و محمدی محمد تقی. آثار روانشناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری. مجله طب نظامی. اردیبهشت ۱۳۹۹، شماره ۲، دوره ۲۲، صص: ۱۸-۱۲.
- ۴- عسگری محمد، قدمی ابوالفضل، امینایی هنگامه، امنایی و رضازاده ریحانه. ابعاد روانشناختی بیماری کووید ۱۹ و آسیب‌های روانی ناشی از آن: مطالعه مروری نظام‌مند. بهار ۱۳۹۹، شماره ۵۶، دوره ۱۶، صص: ۱۶۷-۱۶۷.
- ۵- شاهد حق قدم، فتحی آشتیانی، راه نجات امیر محسن، احمدی طهور سلطانی تقوا، ارسیا ابراهیمی دنیوی و جهاننداری پیمان. پیامدها و مداخلات روان‌شناختی در پاندمی کووید-۱۹: مطالعه مروری. مجله طب دریا، ۱۳۹۹. دوره دوم، شماره یک.
- ۶- جوادی سید محمد حسین، مرسا رویا و رحمانی فهمیه. نشانه‌ها و عوامل خطر ساز اختلال استرس پس از سانحه در طول پاندمی شدن کووید-۱۹ در ایران پاییز ۱۳۹۹. دوره ۲۶. شماره ۳: (ویژه کووید-۱۹)
- ۷- عقیلی سید مجتبی و رمرودی آزاده راحت. بررسی رابطه بین اضطراب ادراک شده ناشی از ویروس کرونا (کووید-۱۹) با اختلال استرس پس از سانحه و درد مزمن در پرستاران. مجله روانشناسی بالینی. سال ۱۳۹۹، دوره سیزدهم، شماره ۳ (پیاپی)، ۱۵-۱۱.
- ۸- ابراهیمی سارا. بررسی اختلال اضطراب فراگیر معلمان در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹. مجله علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز. پاییز و زمستان ۱۳۹۹، دوره ششم، شماره ۴، صص ۴۴-۲۷.

۹- شاه رجبیان، صمیمی، زبیر و عمادی چاشمی. بررسی پیامدهای روانشناختی ناشی از اپیدمی کووید-

۱۹ در بین دانشجویان دانشگاه های سراسر ایران: یک مطالعه مقطعی. فصلنامه بازیابی دانش و

نظام‌های معنایی، سال ۲۰۲۲، دوره نهم، شماره سی و یکم.

۱۰- بنجامین جیمز سادوک، ویرجینیا آلکوت سادوک، پدرو روئیز، خلاصه روانپزشکی کاپلان و

سادوک، ترجمه فرزین رضاعی و اکبر گنجی، چاپ دوازدهم، انتشارات ارجمند. ۱۴۰۱

-۱۱

- ۱- Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G.K. and Menon, V., ۲۰۲۰. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-۱۹ patients amidst the COVID-۱۹ pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, ۲۹۳, p.۱۱۳۳۸۲.
- ۲- Sun, N., Wei, L., Wang, H., Wang, X., Gao, M., Hu, X. and Shi, S., ۲۰۲۱. Qualitative study of the psychological experience of COVID-۱۹ patients during hospitalization. *Journal of Affective Disorders*, ۲۷۸, pp.۱۵-۲۲.
- ۳- da Silva Neto, R.M., Benjamim, C.J.R., de Medeiros Carvalho, P.M. and Neto, M.L.R., ۲۰۲۱. Psychological effects caused by the COVID-۱۹ pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, ۱۰۴, p.۱۱۰۰۶۲.
- ۴- Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T. and Du, B., ۲۰۲۰. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-۱۹ pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity*, ۸۷, p.۴۹.
- ۵- Tee, M.L., Tee, C.A., Anlacan, J.P., Aligam, K.J.G., Reyes, P.W.C., Kuruchittham, V. and Ho, R.C., ۲۰۲۰. Psychological impact of COVID-۱۹ pandemic in the Philippines. *Journal of Affective Disorders*, ۲۷۷, pp.۳۷۹-۳۹۱.
- ۶- Giusti, E.M., Pedroli, E., D'Aniello, G.E., Stramba Badiale, C., Pietrabissa, G., Manna, C., Stramba Badiale, M., Riva, G., Castelnovo, G. and Molinari, E.,

٢٠٢٠. The psychological impact of the COVID-١٩ outbreak on health professionals: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, ١١, p.١٦٨٤.
- ٧- Chakraborty, K. and Chatterjee, M., ٢٠٢٠. Psychological impact of COVID-١٩ pandemic on general population in West Bengal: A cross-sectional study. *Indian Journal of Psychiatry*, ٦٢(٣), p.٢٦٦.
- ٨- Pedrosa, A.L., Bitencourt, L., Fróes, A.C.F., Cazumbá, M.L.B., Campos, R.G.B., de Brito, S.B.C.S. and Simões e Silva, A.C., ٢٠٢٠. Emotional, behavioral, and psychological impact of the COVID-١٩ pandemic. *Frontiers in Psychology*, ١١, p.٥٦٦٢١٢.
- ٩- Al-Rabiaah, A., Temsah, M.H., Al-Eyadhy, A.A., Hasan, G.M., Al-Zamil, F., Al-Subaie, S., Alsohime, F., Jamal, A., Alhaboob, A., Al-Saadi, B. and Somily, A.M., ٢٠٢٠. Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, ١٣(٥), pp.٦٨٧-٦٩١.
- ١٠- Hu, C., Chen, C. and Dong, X.P., ٢٠٢١. Impact of COVID-١٩ pandemic on patients with neurodegenerative diseases. *Frontiers in Aging Neuroscience*, ١٣, p.٦٦٤٩٦٥.
- ١١- Hawryluck, L., Gold, W.L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. and Styra, R., ٢٠٠٤. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, ١٠(٧), p.١٢٠٦.
- ١٢- Al Najjar, N.S., Attar, L.M., Farahat, F.M. and Al Thaqafi, A., ٢٠١٦. Psychobehavioural responses to the ٢٠١٤ Middle East respiratory syndrome-novel coronavirus [MERS CoV] among adults in two shopping malls in Jeddah, western Saudi Arabia. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, ٢٢(١١), pp.٨١٧-٨٢٣.
- ١٣- Smith, L.E., Amlôt, R., Fear, N.T., Michie, S., Rubin, G.J., and Potts, H.W., ٢٠٢٢. Psychological wellbeing in the English population during the COVID-١٩ pandemic: a series of cross-sectional surveys. *Journal of Psychiatric Research*.
- ١٤- Lee, A.M., Wong, J.G., McAlonan, G.M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P.C., Chu, C.M., Wong, P.C., Tsang, K.W. and Chua, S.E., ٢٠٠٧. Stress and

psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(4), pp.433-440.

- 15- Barnes, V.A., 2018. Transcendental Meditation and treatment for post-traumatic stress disorder. *The Lancet. Psychiatry*, 4(12), pp.946-947.
- 16- Koohboomi, Z., Ghamari, M. and Hosseinian, S., 2021. Predicting domestic violence against women during coronavirus quarantine based on cognitive flexibility: The mediating role of resilience. *Journal of Family Psychology*, 35(2), pp.33-46.
- 17- Firoozi, M., 2020. Covid-19 as a Facilitator for increasing domestic violence against women: A systematic review study. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 9(9), pp.200-214.
- 18- Koh, D., Lim, M.K., Chia, S.E., Ko, S.M., Qian, F., Ng, V., Tan, B.H., Wong, K.S., Chew, W.M., Tang, H.K. and Ng, W., 2003. Risk perception and impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare Workers in Singapore What can we Learn? *Medical Care*, pp.676-682.