

ANXIETY DISORDER

Presented by: Nasim Kamalahmadi, MD, Psychiatrist.

August 2026

Introduction

- Definition
- Somatic Therapy
- Psychotherapy



مرور سوالات

1. کدام داروی ضد اضطراب زیر عوارض جنسی بیشتری دارد؟
2. قطع کدام دارو با شدت بیشتری باعث علائم سندروم ترک سروتونین می شود؟
3. کدام داروی آنتی سایکوتیک برای درمان اختلال اضطرابی منتشر **GAD** تایید شده است؟
4. کدام داروی آنتی هیستامین به عنوان داروی ضد اضطراب کاربرد دارد؟
5. دانشجویی از ارائه سخنرانی در کلاس درس مضطرب می شود، کدام درمان دارویی را برای ایشان تجویز می کنید؟
6. کدام داروی زیر به عنوان خط اول درمان تک دارویی اختلالات اضطرابی توصیه نمی شود؟

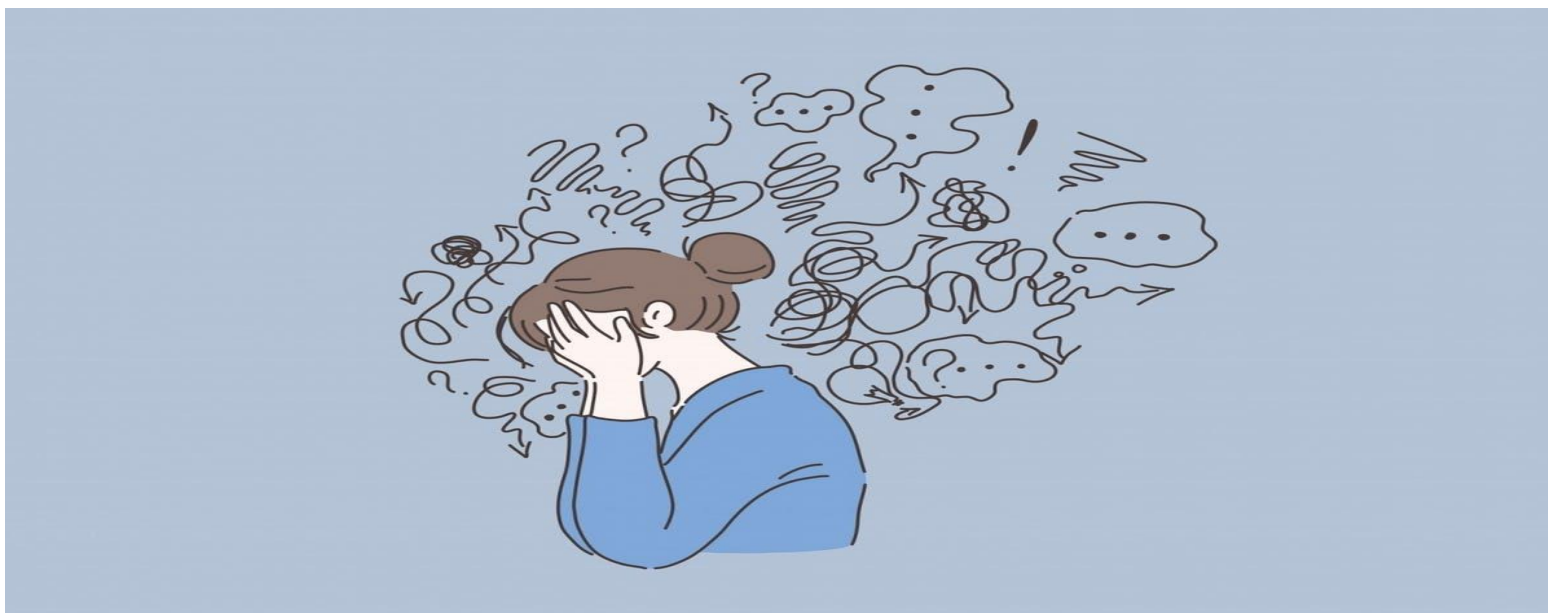
مرور سوالات

1. کدام داروی زیر به عنوان خط اول درمان اختلال اضطراب اجتماعی توصیه نمی شود؟
2. کدام روش از مواجهه سازی در حال حاضر برای درمان اختلالات اضطرابی توصیه نمی شود؟
3. درمانگر در تمرینی به بیمار می گوید: " باید بدانی که اضطراب حسی است که وجود دارد، و بتوانی بدون قضاوت آن را تماشا کنی " چه نوع از رواندرمانی انجام می شود؟
4. کدام درمان برای درمان فوبیا موثر تر است؟
5. درمانگری از مراجع خود می خواهد که در زمانی که دچار استرس می شود، افکار خود را یادداشت کند، سپس واقعی بودن آن ها را ارزیابی کند. در این تمرین کدام نوع رواندرمانی انجام می شود؟
6. کدام یک از داروی ها بنزودیازپین برای مصرف منظم و طولانی بیشتر توصیه می شود؟

✓ اختلالات اضطرابی شایعترین اختلال روانپزشکی، هم در جمعیت بزرگسالان و هم در جمعیت کودکان است.

✓ یکی از عوامل موثر بر کاهش سلامت جهانی می باشد.

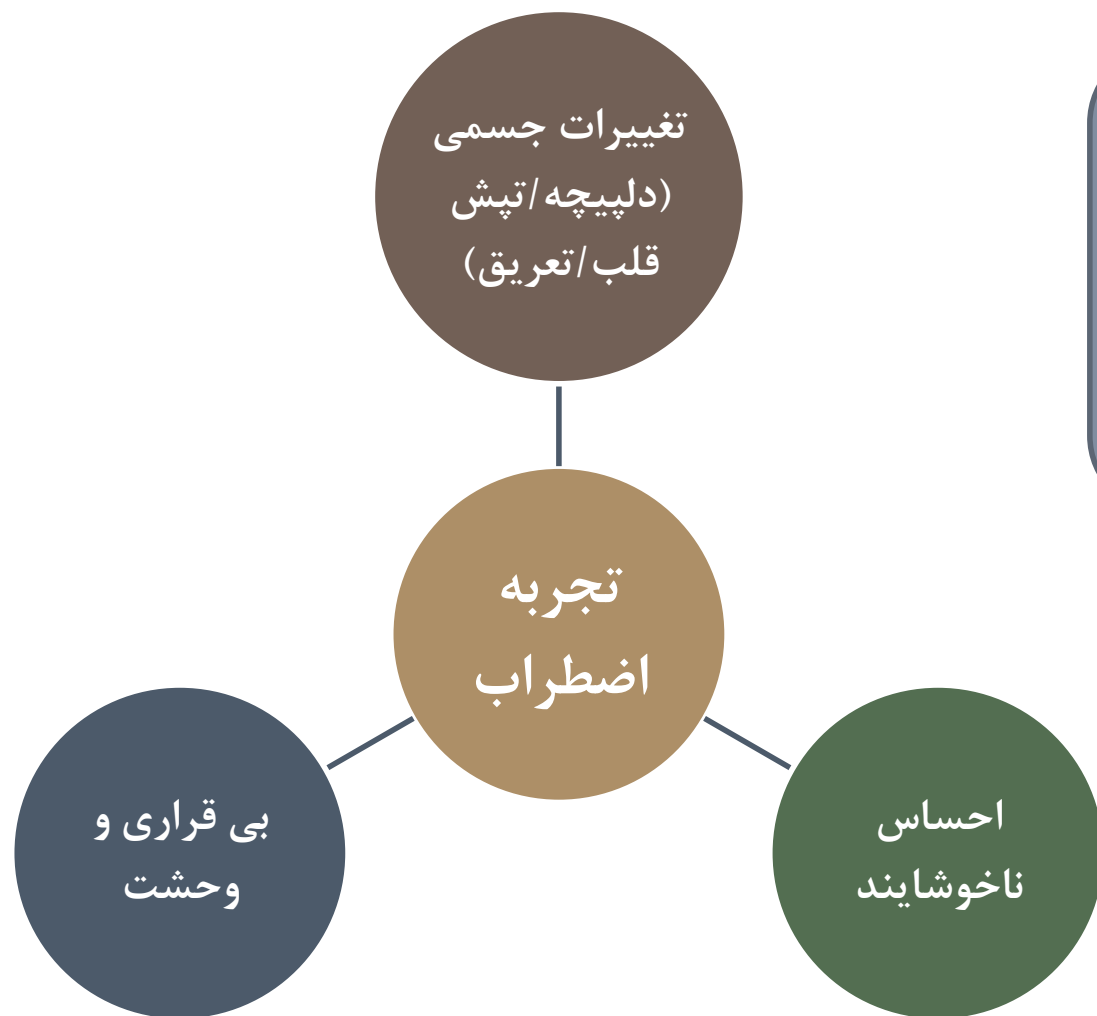
✓ عامل ۱۰ درصد از سال های ازدست رفته زندگی با ناتوانی می باشد.



❖ میزان اختلالات اضطرابی در خانم ها بیشتر از آقایان است.

❖ البته اختلال اضطراب اجتماعی در زنان و مردان یکسان می باشد.



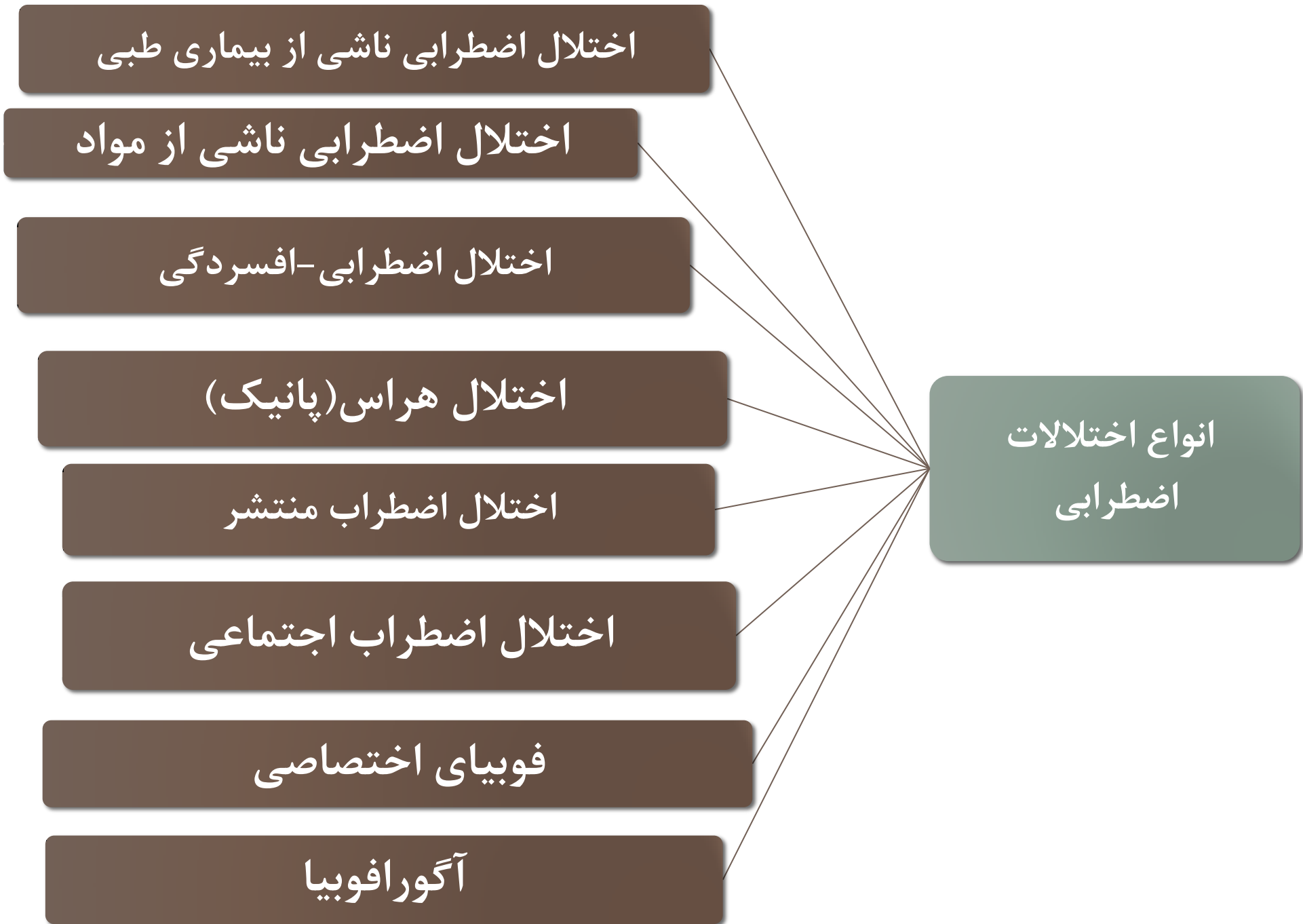


علامت های ترس و اضطراب، مشابه هم هستند. اما این دو باهم فرق دارند.

ترس: یک مکانیسم دفاعی برای در امان ماندن از خطر می باشد.
سوژه خطر واضح می باشد.

اضطراب: پاسخ به یک خطر مشخص نمی باشد.





Anxiety disorder due to General Medical Condition

(اختلال اضطرابی ناشی از یک بیماری طبی عمومی)

✓ انواع بیماری های نورولوژیک، سیستمیک، غددی (اختلالات تیروئیدی، دیابت و ...)، کاهش ویتامین ها

✓ درمان: برطرف کردن بیماری زمینه ای

✓ بصورت کوتاه مدت: SSRI+BZD



Anxiety disorder due to substance

(اختلال اضطرابی ناشی از مصرف مواد)

❑ کانابیس، آمفتامین، سیگار و ...

❑ تا یک ماه پس از قطع مصرف ماده، اضطراب برطرف شود.

❑ درمان: رواندرمانی عدم مصرف + SSRI



Mixed(Depressive-Anxiety) disorder

(اختلال افسردگی - اضطرابی)

❑ وجود همزمان علامت هایی از افسردگی و اضطرابی باهم

❑ درمان: رواندرمانی + SSRI+BZD



Panic Attack (حمله هراس)

Panic



Panic Disorder (بیماری هراس)

Panic Attack (حمله هراس):

- ✓ حمله غیر منتظره و بدون دلیل خاص
- ✓ بروز حملات در حالت آرامش یا حین فعالیت



تنگی نفس

تعریق

لرزش

تپش قلب

گرگرفتگی

سرگیجه

تهوع و ناراحتی
شکمی

درد قفسه سینه

احساس
قریب مرگ

ترس از مردن

مسخ شخصیت

پارستزی

Panic disorder (اختلال هراس) :

یک یا چند حمله پانیک که بیشتر از یک ماه ، یکی از دو ویژگی زیر را داشته باشند:

۱. نگرانی یا مشغولیت ذهنی مداوم در مورد بروز حمله دیگر

۲. اجتناب کردن از آن رفتار(ورزش نکردن، نرفتن به آن مکان)



❖ علائم زیر جز پانیک نیست:



- ❑ وزوز گوش
- ❑ سردرد
- ❑ درد گردن
- ❑ جیغ کشیدن

نیاز بررسی بیشتری دارند.



❖ هر بیماری با حمله پانیک مراجعه داشت:

✓ کنترل علائم حیاتی

✓ چک قند با گلوکومتر

✓ نوار قلب

✓ اکسیژن تراپی در صورت نیاز

✓ آرام کردن بیمار

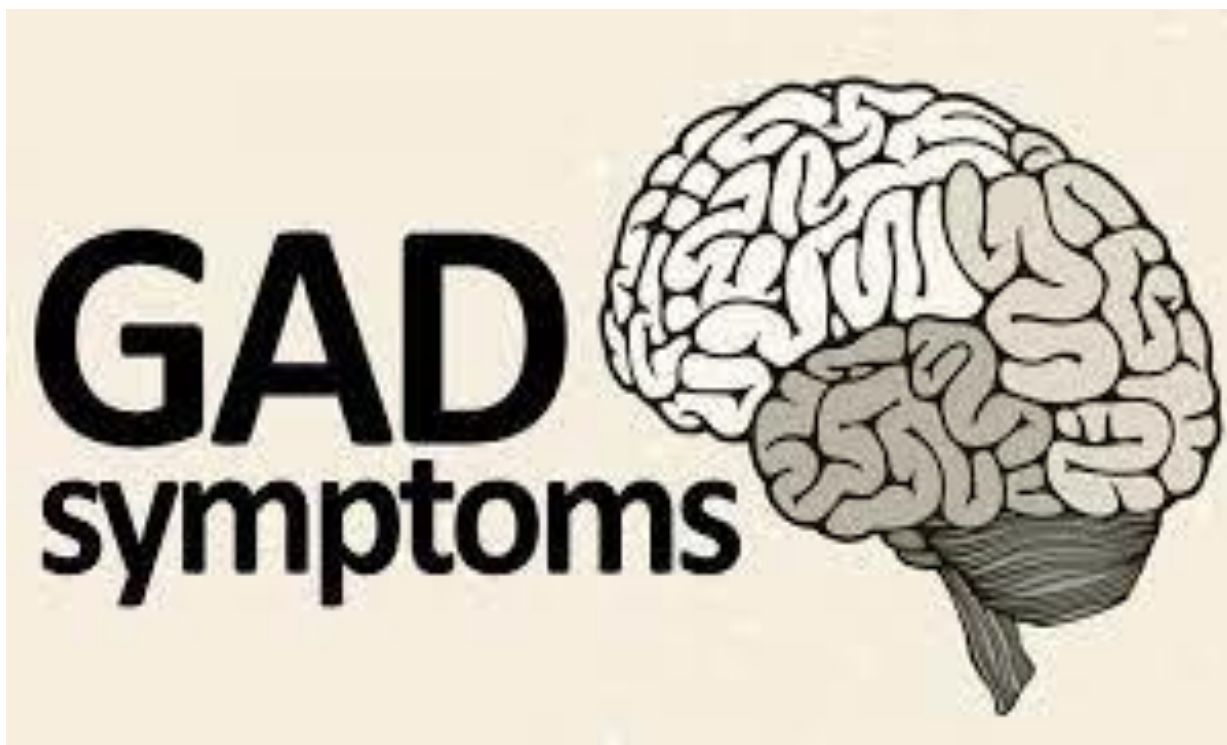
❖ بنزودیازپین ها (آلپرازولام، کلونازپام، میدازولام و ...)

❖ بررسی های طبی را مد نظر داشته باشید.

General Anxiety Disorder

(اختلال اضطرابی منتشر)

- ❖ اضطراب و نگرانی مفرط درباره چندین واقعه یا فعالیت در اکثر ایام روز
- ❖ عدم توانایی در اولویت بندی کارها



- + بی قراری (بی تابی)
- + زود خسته شدن
- + اشکال در تمرکز
- + تحریک پذیری
- + تنیدگی عضلانی
- + اختلال خواب

Social Anxiety disorder (اختلال اضطراب اجتماعی)

❑ ترس از موقعیت های اجتماعی (موقعیت هاییکه مستلزم تماس با افراد غریبه یا زیرنظر بودن آن هاست)

❑ ترس از شرمساری

❑ ترس از قضاوت منفی

❑ ترس محدود به صحبت یا انجام فعالیت در انظار عمومی است.



Specific Phobia

(فوبیای خاص)

- ❑ ترس افراطی و غیر منطقی و بسیار شدیدتر از احتمال خطری که ممکنه پیش بیاید.
- ❑ ترس از یک موضوع، شرایط ، موقعیت خاص و معین



- ❖ شایعترین اختلال اضطرابی
- ❖ خیلی به دنبال درمان نیستند.
- ❖ بهترین درمان : رواندرمانی
- ❖ درمان خیلی دارویی نمی باشد.

Agoraphobia

(آگورافوبيا)

فرد در یک موقعیت دچار هراس می شود ، که گریز از آن مشکل است.

❑ وسایل نقلیه

❑ بودن در فضاهای باز یا بسته

❑ ایستادن در صف یا جای شلوغ

❑ تنها ماندن در خانه



بهترین درمان: رواندرمانی

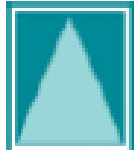


Table 14.7–1.

Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Key Principles

- ▶ Diagnostic assessment
 - ▶ Determine primary diagnosis
 - ▶ Assess medical or psychiatric comorbidity
 - ▶ Document contributions of psychosocial stressors
 - ▶ Determine baseline symptom severity/frequency
 - ▶ Physical examination and laboratory investigation
 - ▶ Psychoeducation
 - ▶ Choice of pharmacologic agent
 - ▶ Based on evidence
 - ▶ Family history
 - ▶ Past response
 - ▶ Drug interactions
 - ▶ Cost and access
 - ▶ Monitor treatment program with validated tools
-

**Table 14.7–2.****Frequency of Sexual Dysfunction among Most Commonly Prescribed Agents for Anxiety Disorders**

Class	Drug	Frequency of Sexual Dysfunction
<i>SSRI</i>	Desvenlafaxine	<10%
	Citalopram	10–30%
	Escitalopram	10–30%
	Fluoxetine	>30%
	Fluvoxamine	>30%
	Paroxetine	>30%
	Sertraline	>30%
<i>SNRI</i>	Reboxetine	<10%
	Duloxetine	10–30%
	Levomilnacipram	10–30%
	Venlafaxine	10–30%
<i>RIMA</i>	Moclobemide	<10%
<i>Other Psychotropics</i>	Agomelatine	<10%
	Buspirone	<10%
	Mirtazapine	<10%
<i>Atypical Antipsychotics</i>	Quetiapine	10–30%
<i>Anticonvulsant</i>	Pregabalin	10–30%

Classes and Agents	Anxiety Disorders		
	SAD	GAD	PD
<i>SSRIs</i>	First-line	First-line	First-line
<i>SNRIs</i>	First-line	First-line	First-line
<i>TCA</i> s	Not recommended	Second-line	Second-line
<i>MAO</i> s	Second-line	Insufficient evidence	Second-line
<i>RIMA</i>	Second-line	Insufficient evidence	Insufficient evidence
<i>Buspirone</i> (serotonergic agent)	Second-line	Second-line	Second-line
Novel Antidepressants			
<i>Agomelatine</i>	Needs further evaluation	Preliminary evidence	Needs further evaluation
<i>Bupropion</i>	Needs further evaluation	Needs further evaluation	Needs further evaluation
<i>Mirtazapine</i>	Needs further evaluation	Preliminary evidence	Preliminary evidence
<i>Vortioxetine</i>	Needs further evaluation	Preliminary evidence	Needs further evaluation
<i>Vilazodone</i>	Needs further evaluation	Preliminary evidence	Needs further evaluation
<i>Milnacipran</i>	Needs further evaluation	Preliminary evidence	Preliminary evidence
<i>Benzodiazepines</i>	Second-line	Second-line	Second-line
<i>Quetiapine (AAPs)</i>	Not recommended	Second-line	Insufficient evidence
<i>Pregabalin</i> (anticonvulsant)	First-line	Second-line	Insufficient evidence



انتخاب دارو

- دسته های دارویی اصلی:
- Antidepressants,
- Benzodiazepines (BZDs),
- Anticonvulsants,
- Antipsychotics

Antidepressants

- خط اول SSRIs , SNRIs
- خط دوم TCAs, monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)
- اغلب گایدلاین ها داروهای **SSRIs** و **ونلافاکسین** را به عنوان شروع درمان اختلال اضطرابی توصیه می کنند.
- درمان شروع با دوز کم، تا اثر اضطراب آور شروع دارو (که اغلب طول عمر کوتاهی دارد) کم شود. و آرام دوز زیاد میشه
- اگرچه پاسخ اولیه ممکنه همون هفته ۲ تا ۴ درمان دیده بشه، ولی، بهتره ۸ تا ۱۲ هفته صبر کنیم.
- در بعضی بیماران پاسخ به درمان ممکنه حتی ۶ ماه بعد از شروع دارو طول بکشه.
- هدف درمان باید رمیشن کامل باشه و اگر علائمش باقی بمونه و یا پاسخ نسبی بده، احتمال عود بالاتره.
- اگرچه بازم بعد از رمیشن عود علائم بعد قطع دارو دیده میشه

عوارض دارویی

- خود داروهای **SSRI, SNRI** بینشون یک تفاوت هایی وجود داره. ولی به طور مشترک یک سری عوارض بلقوه دارن مثل حالت تهوع در شروع دارو، بی خوابی، مشکلات گوارشی، آرتیتیشن، ترمور، سردرد، و سرگیجه. که اکثر این علائم بعد چند روز مصرف از بین میروند.
- اگر این علائم تا چند هفته ادامه داشت، باید یا دوزش رو کم کنیم یا دارو رو تغییر بدیم یا یک دارو بهش آگمنته کنیم.
- دو تا عارضه نادر با این دارو ها که باید بهش توجه کنیم، تشنج و مانیای القایی.
- عوارض جنسی با این داروها شایع است و کمی در **SNRI** کمتر از **SSRI** هست. به این علت که به عارضه جنسی تحمل ایجاد نمیشه، باید یا دارو رو به کلاس دارویی دیگه تغییر بدیم، یا دوزشو کم کنیم با داروهایی ادجوانت کنیم مثل سیلدنافیل.
- داروهایی که کمترین عوارض جنسی را دارند شامل:
- **agomelatine (not available in the United States), bupropion, mirtazapine,**

عوارض دارویی

- عارضه در مصرف طولانی SSRI ها:
- عوارض جدی اما ناشایع شامل سندروم سروتونین و NMS
- عوارضی که در بیماران کمی گزارش شده:
- هیپوناترمی، آگرانولوسیتوز، استئوپروز، و شکستگی در سالمندان
- یک عارضه مهم دیگر خصوصا در ترکیب با داروهای NSAID: خونریزی گوارشی

عوارض دارویی

- **SNRIs** عوارضی مشابه با **SSRIs** دارند، و به طور کلی به خوبی تحمل می شن، از بین آن ها، ونلافاکسین آهسته رهش، از همه بیشتر تجویز می شه. عوارض شایع اون شامل:
- خشکی دهان، افزایش تعریق، و یبوست
- عوارض دیگه شامل:
- سردرد، بیخوابی، اسهال، و اختلالات جنسی
- شدت عوارض، با دوزهای بالاتر، زیادتر می شود.
- در بالاترین دوز درمانی ونلافاکسین، (حدود ۲۲۵ میلی با بیشتر)، باید به طور روتین فشار خون مانیتور شود، چون بعضی از بیماران، (کمتر از ۵٪) مبتلا به هیپرتنشن وابسته به دوز می شوند. ونلافاکسین در دوزهای پایین تر (یعنی کمتر از ۱۵۰ میلی) خواص سروتونرژیک دارد. و برای ایجاد ایجاد خواص دوگانه اش، باید در دوزهای بالاتر تجویز بشود.

عوارض دارویی

- دلوکستین، داروی جدیدتر، اثر مشابه دارد و به اندازه ونلافاکسین تحمل می شود، و مشابه ونلافاکسین عوارض سندروم قطع دارو می دهند. دلوکستین برای بیماران مبتلا به دیسفانکشن کبدی تجویز نمی شود.

آیا داروهای آنتی دپرسان باعث القای خودکشی میشن؟

- **FDA** اومد یک هشدار جعبه سیاه در این مورد خصوصا در کودکان و نوجوان داد، اما مطالعات نتونست اون رو ثابت کنه. برای سن ۲۴ سال و بالاتر، که اصلا ثابت نشد و حتی فواید این داروها خیلی زیاده.
- برای کودکان و نوجوان دیده شد که بین ۱.۵ تا ۲ برابر، ریسک افکار و رفتار خودکشی بیشتر میشه، اما هرگز خودکشی کامل زیادتر نشد.
- برای اختلالات اضطرابی توصیه میشه که درمان با این داروها برای کودکان و نوجوان انجام بشه.

سندروم قطع ناگهانی سروتونین

- با قطع ناگهانی SSRIs and SNRIs که معمولاً ۲ تا ۴ روز بعد قطع دارو ایجاد میشه
- علائم: اضطراب، تحریک پذیری، اشک زیاد، سرگیجه، سبکی سر، مالزیا، بی خوابی، و سختی تمرکز
- این سندروم با داروهای نیمه عمر کوتاه تر بیشتره، یعنی پاروکستین و ونلافاکسین
- اگر بیمار در حال کاهش دوز دچار علائم شد، باید دوز را زیاد کنیم تا علائم از بین برود، و بعد دوباره با سرعت کمتر تپیر شروع بشود. یا اینکه به خاطر نیمه عمر طولانی تر از فلوکستین استفاده بشود.

TCAs

• **Desipramine, Nortriptyline, Clomipramine, Amitriptyline, Doxepin.**

- این داروها برای اختلال اضطرابی توصیه میشه.
- باعث افزایش سروتونین و نوراپی نفرین میشه.
- با بلاک کردن کولینرژیک، هیستامین، و گیرنده آلفا یک آدرنرژیک، باعث ایجاد عوارض میشه.
- عوارض: سدیشن، افزایش وزن، افت فشار خون، خشکی دهان، تاری دید، و یبوست.
- **“jitteriness”** بعضی از بیماران در شروع دارو گزارش کردند، که با کاهش دوز و تیتراژ کردن آهسته از بین میره.

- **TCA** از داروهای **SSRIs/SNRIs** برای درمان اضطراب کمتر موثر هستند، و عوارض بیشتری دارند. مثلا خطر تشنج و کاردیوتوکسیک داره، خصوصا در اوردوز خطرناک.
- همچنین دو تا عارضه تداخل دارویی و سندروم قطع هم در این داروها زیاده.

داروهای آنتی دپرسان جدید:

- **میرتازاپین:** یک داروی نورآدرنرژیک و سروتونرژیک است، در مورد اختلال اضطرابی خیلی در موردش تحقیق نشده، اما برای درمان علائم پنیک و اختلال **GAD** مفید است. همچنین برای درمان علائم اضطرابی در سالمندان مفید است. عوارض سریع و کوتاه مدت دیده میشه، شامل سدیشن، خشکی دهان، و سرگیجه است. عوارض جنسی نداره، اما باعث افزایش اشتها و افزایش وزن می شود. برای بیماران دچار بیخوابی درمان کمکی خوبی هست.
- **بوپروپیون** مهارکننده بازجذب نوراپینفرین، و دوپامین هست، که برای درمان اضطراب خط اول نیست. در بالین دیده میشه که در شروع درمان با بوپروپیون، آذیتیشن و بدترشدن اضطراب اتفاق میفته. معمولاً این دارو برای علائم باقی مانده اضافه میشه یا برای درمان عوارض جنسی.

بنزودیازپین ها

- درمان اضطراب ساداتیو و ضد تشنج و شل کننده عضلانی،
- عارضه شایع : سرگیجه خفیف، و سدیشن است که هردو با گذر زمان و با کاهش دوز کم می شود. به بیمار میگویم رانندگی نکنه و حواسش باشه. مصرف همزمان الکل نباشه چون اثر بنزو رو بیشتر میکنه.
- اگرچه پتانسیل ابیوز و تحمل مورد نگرانی است، اما اگر درست تجویز بشه این داروها خیلی موثر هستند حتی اگر مزمن مصرف بشن. شروع اثر سریع دارند و به خوبی تحمل میشن. خصوصا برای **PRN** برای درمان پنیک و اضطراب عملکردی خوبن. با این حال استفاده همیشگی از بنزو به عنوان **PRN** پنیک توصیه نمیشه چون به جاش استفاده مرتب برای پروفیلاکسی پنیک توصیه میشه.

• **Short or intermediate half-life (e.g., alprazolam or lorazepam): more PRN**

• **Long-acting agents (e.g., clonazepam): more Regular use**

بنزودیازپین ها

بنزودیازپین ها اغلب برای یک دوره کوتاه ۳ تا ۴ هفته ای همراه با انتی دپرسان شروع میشه، هدف اینه که عوارض این داروها شامل بی خوابی و جیتزینش رو کم کنه و پاسخ تاخیری اون ها رو بهبود ببخشه.

- مونوتراپی با بنزو، زمانی انجام میشه که درمان های دیگه شکست می خوره یا فرد نمیتونه تحمل کنه و اضطرابش ادامه داره.
- بنزو میتونه به عنوان درمان ادجوانت به انتی دپرسان باشه زمانی که درمان با انتی دپرسان تنها، باعث کاهش نسبی نه کامل اضطراب میشه.
- بعضی بیماران برای سالها با درمان با بنزوها استیبل میمونند، و هیچ علائمی از تحمل و ابیوز هم ندارند.
- بهتره که درمان با بنزو برای بیماران الکلی و وابسته به مواد داده نشه مگه اینکه دیگه مجبور باشیم.

داروی ضد تشنج

- پره گابالین برای GAD ، پنیک و اضطراب اجتماعی، هم میتونه مونوترایی باشه، هم درمان کمکی باشه برای اختلال اضطرابی هم پروفیلاکسی. اگر بیمار همزمان شرایطی از درد داره و یا بی خوابی داره، این دارو میتونه مفید باشه براش. عوارض پره گابالین شامل سرگیجه، خوابآلودگی، و در بعضی از بیماران افزایش وزن میده. در بیمارانی که اختلال کبدی دارن به راحتی استفاده میشه، اما در بیماران نارسایی کلیه نباید داده بشه.

آنتی سایکوتیک ها

- قدیمی ها که عوارض دارن که هیچ،
- از بین جدید ها تنها دارویی که اثرش رو اضطراب ثابت شده، کوئتیاپین در درمان GAD

سایر داروها ضد اضطراب

- بتابلایک در اضطراب عملکردی همیشه استفاده شده، علائمی مثل لرزش دست و تپش قلبی رو کم میکنه،
- پروپرانولول با دوز ۲۰ تا ۴۰ میلی گرم
- آتنولول با دوز ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم
- عوارض: سرگیجه، و اختلال خواب
- برای چه کسانی کنترا اندیکه است؟
- Certain Cardiac or Pulmonary Diseases, Angle Closure Glaucoma, or Diabetes
-

سایر داروها ضد اضطراب

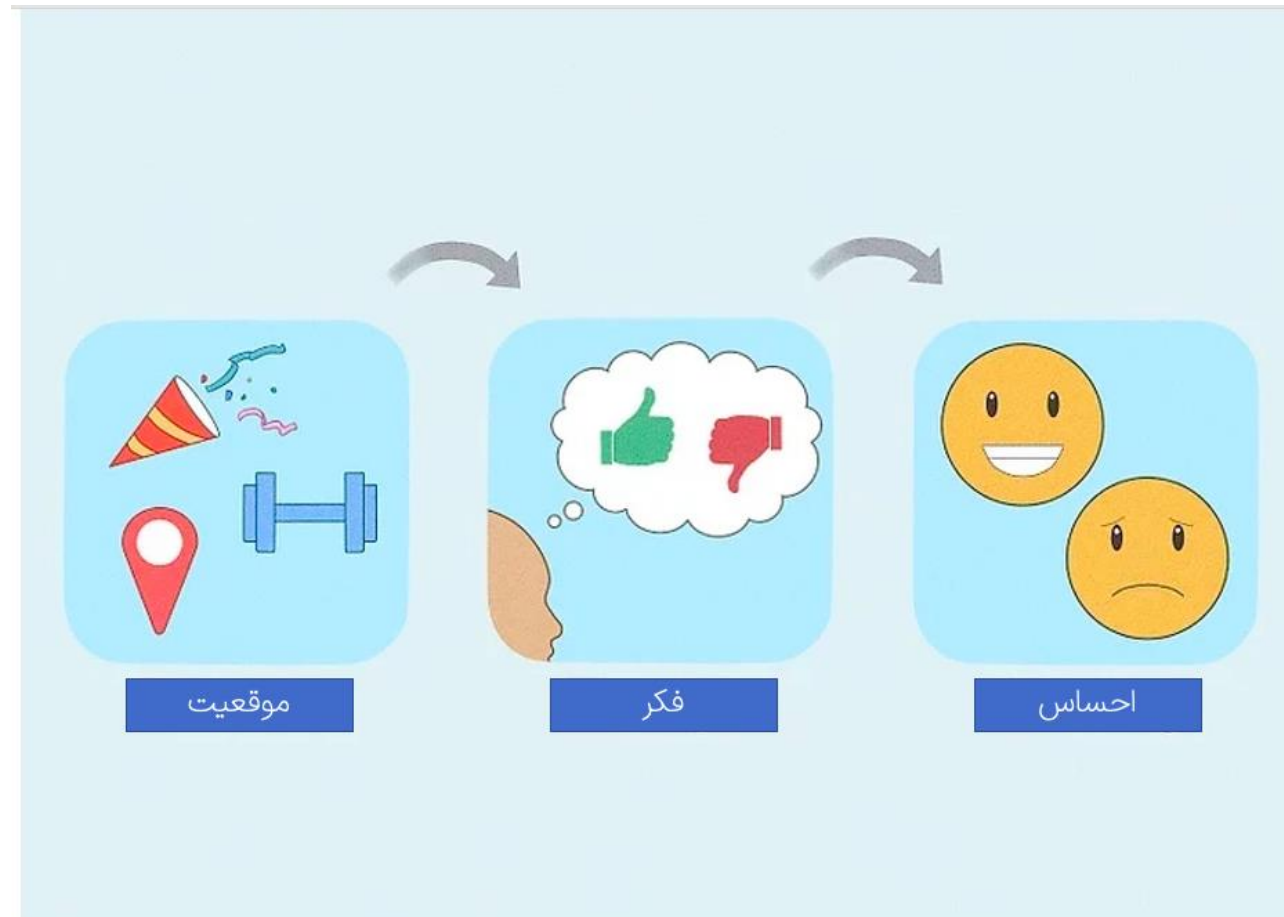
- بوسپیرون: مناسب درمان GAD مزمن، دو یا سه بار در روز تجویز میشه، با دوز ۲۰ تا ۶۰ میلی گرم.
- مثل داروهای انتی دپرسان برای شروع اثرش نیاز به زمان داره ،
-
- هیدروکسی زین: انتی هیستامین که برای درمان GAD کاربرد داره،
- اگر چه همون اول استفاده بعد از ۱۵ تا ۲۰ دقیقه، احساس آرامش میده، اما چند هفته طول میکشه که اثر درمانی شو ببینیم.
- عوارض: خشکی دهان، سدیشن، ترمور
- می تونه جایگزین بنزو بشه ،اما تحمل به اثرات ضد اضطرابش سریع تر اتفاق می افته.

CBT

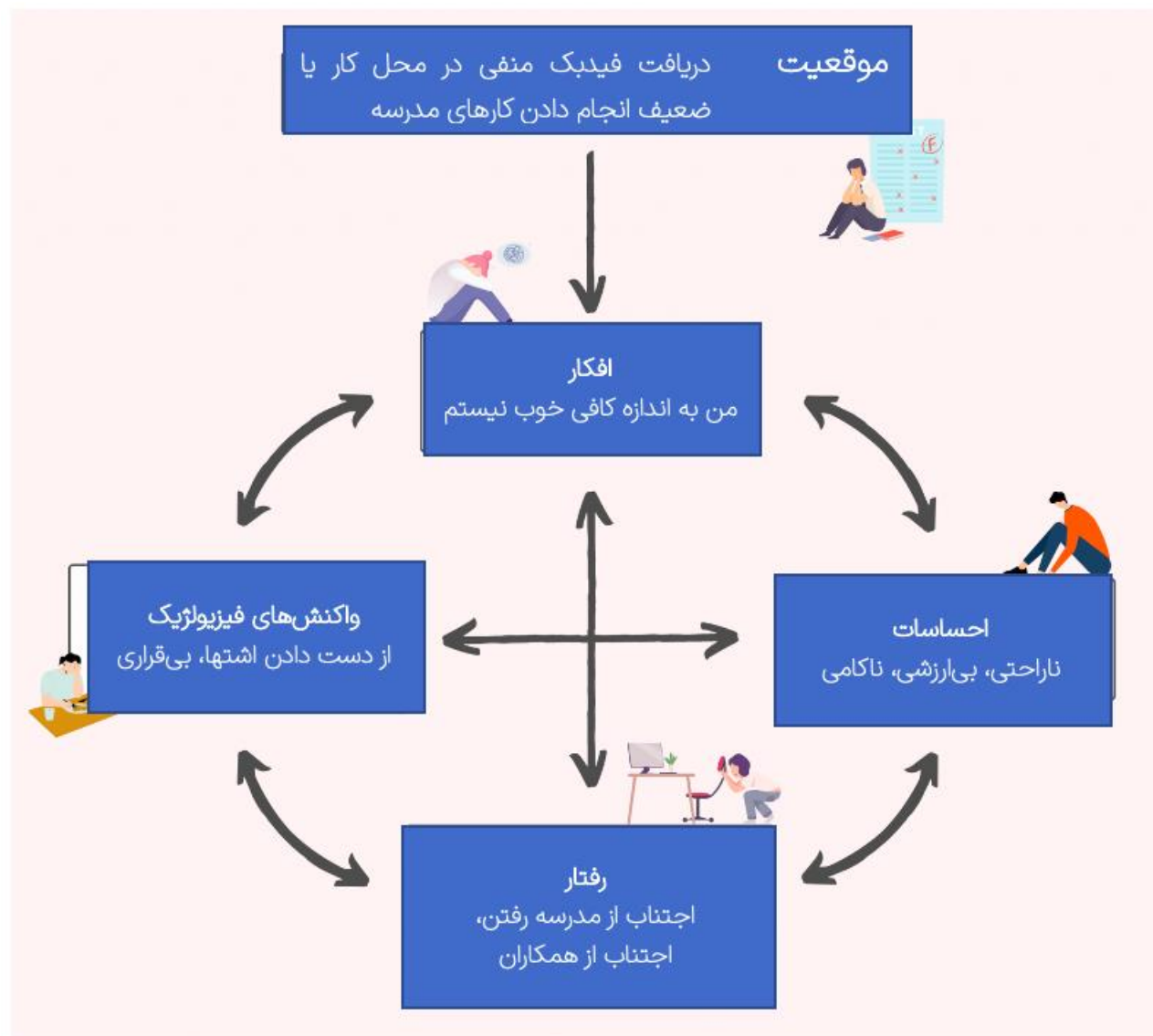
- Assessment,
- Patient Education
- Specific Treatment Planning.
- 1) Exposure
- 2) Train: stress management techniques (including acceptance or mindfulness)
- 3) cognitive therapy techniques;
- 4) training in specific skills, such as assertiveness



Cognitive-Behavioral model



CBT



Exposure Therapy

- Systematic desensitization, where gradual imaginal and in vivo exposure was combined **with relaxation: not appear helpful**
- In vivo exposures: OCD, agrophobia, specific phobia
- Imaginal exposure: PTSD, OCD, GAD
- Interoceptive exposure: induce feared physiologic sensations: panic disorder and certain specific phobias

Anxiety Management

- Diaphragmatic breathing and progressive muscle relaxation (e.g., Jacobson “tense and relax” method).





Acceptance and Mindfulness-Based Training

- Acceptance-based techniques emphasize the need to first acknowledge that the anxiety exists and to try to objectively and nonjudgmentally observe it.



References

- Kaplan_and_Sadock's_Comprehensive_Textbook_of_Psychiatry,_
11th_edition



0915 126 2669
@ drnasimkamalahmadi



دکتر نسیم کمال احمدی

روانپزشک و رواندرمانگر

کاندیدای روانکاوی

سابق هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بجنورد عضو

رتبه برتر آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۲