

پیشگیری از اضطراب

گروه هدف: والدین، دانش آموزان

آموزش دهنده: پزشک

اهداف رفتاری: انتظار می‌رود پس از مطالعه این فصل بتوانید:

- اختلالات اضطرابی را تعریف نماید.
- انواع اختلالات اضطرابی را نام برده و هر کدام را توضیح دهید.
- روشهای درمان اختلالات اضطرابی را نام برده و به صورت مختصر شرح دهید.
- به روشهای دست یابی به اهداف و موارد اصول سلامت روان در خانواده توجه نمایند.

مقدمه:

تعریف اختلالات اضطرابی:

«اختلالهای اضطرابی شامل اختلالهای است که در آنها یا اضطراب نشانه اصلی اختلال است یا اضطراب وقتی تجربه می‌شود که شخص نتواند از موقعیتهای ترس آور معینی دوری کند یا آن که شخص سعی کند در برابر میل به انجام دادن شعائر معین و یا فکر کردن به اندیشه های سمج مقاومت کند.

«اختلالهای اضطرابی شامل اختلالاتی هستند که در آنها اضطرابی مشخصه اصلی بالینی را تشکیل می‌دهد و به سه مقوله تقسیم می‌شوند؛ در دو مقوله نخست اضطراب بر موقعیت های مشخص و دقیقی متمرکز می‌کند، مواجه هستیم».

مشکلات اصلی مبتلایان به اختلالهای اضطرابی، احساس اضطراب یا عصبی بودن است که به نظر می‌رسد توجیه منطقی ندارند. فرد می‌تواند تفکر و استدلال یکپارچه و منسجمی داشته باشد و معمولاً نخستین کسی است که متوجه بی‌معنا بودن ترس خود می‌شود.

در حد خطوط کلی می‌توان گفت که اختلالهای اضطرابی به مجموعه ای اختلالها پوشش می‌دهند که اضطراب یکی از نشانه های اصلی آن هاست. وجه مشترک این اختلالها، رنج روانی و بخصوص حالت اضطرابی است که به صورت محض یا همراه با نشانه های دیگر، متجلی می‌شود. بنابراین با در نظر گرفتن موضع گیریهای مختلف متخصصان در این زمینه و همچنین با توجه به وجه مشترک این اختلالها، می‌توان پذیرفت که هر اختلالی که نشانه اصلی آن اضطراب است، خواه این اضطراب حاد یا پراکنده و مبهم آشکار شود، خواه مزمن یا متناوب باشد، خواه به موقعیتهای معین وابسته باشد یا آن که در موقعیتهای متنوع بروز کند، می‌تواند در قلمرو اختلالهای اضطرابی قرار گیرد.

تعریف اضطراب:

با وجود آن که درباره معنا و منابع اضطراب بررسیهای نظری فراوانی از نظر فلسفی و دینی وجود داشته است، اما اغلب این افتخار نصیب فروید می‌گردد، زیرا تصور می‌کنند که او نخستین کسی است که این پدیده را مورد بررسی قرار داده است.

اضطراب در معنی لغوی یعنی: «پریشان شدن، جنبیدن، لرزیدن، آشفتگی، بی‌تابی، بی‌آرامی».

«اضطراب عبارت است از واکنش فرد در مقابل یک موقعیت ضربه آمیز، یعنی موقعیتی که زیر تأثیر بالا گرفتن تحریکات اعم از بیرونی یا درونی واقع شده و فرد در مهار کردن آنها ناتوان است»

«اضطراب به منزله حالت هیجانی توأم با هشپاری مستقیم نسبت به بی معنایی، نقص و نابسامانی جهانی است که در آن زندگی می کنیم»..

«اضطراب یک احساس منتظر، بسیار ناخوشایند، اغلبی مبهم دلواپسی است که اغلب با علائم دستگاہ اتونوم همراه می گردد: مثل تنگی نفس، تعریف و غیره»

«اضطراب پیش بینی حاکی از نگرانی خطری در آینده یا بداقبالی، همراه با یک احساس ملایم یا علائم جنسی تنش. که کانون خطر پیش بینی ممکن است درونی یا بیرونی باشد».

در یک جمع بندی کلی، شاید بتوان اضطراب را به عنوان احساس رنج آوری که با یک موقعیت ضربه آمیز کنونی یا با انتظار خطری که به شیء نامعین وابسته است، تعریف کرد. در واقع، به جز در پاره ای از نظریه های رفتاری نگر، از اصطلاح اضطراب معمولاً معنای وسیع تر از آنچه با تجربه های رنج آور فرد مرتبط است، استنباط می شود. به عبارت دیگر، اضطراب مستلزم مفهوم ناایمنی یا تهدیدی است که فرد منبع آن را به وضوح درک نمی کند.

در DSM-IV-TR دوازده طبقه برای اختلالات اضطرابی ارائه شده است:

۱- اختلال هراس با گذر هراسی - اختلال هراس بدون گذر هراسی - گذر هراسی بدون سابقه اختلال هراس - فوبی خاص - فوبی اجتماعی - اختلال وسواسی جبری - اختلال استرس پس از سانحه - اختلال استرس حاد - اختلال اضطراب منتشر - اختلال اضطرابی ناشی از یک اختلال طبی عمومی - اختلال اضطرابی ناشی از مواد - اختلال اضطراب که به گونه ای دیگر مشخص نشده است.

البته شش طبقه عمده که DSM-IV-TR برای اختلالات اضطرابی ارائه کرده است که ما نیز در این اثر به شرح آنها می پردازم عبارت است از:

الف) فوبی ها:

«فوبی ها ترس های نیرومند و غیر منطقی از اشیا یا موقعیت های خاص هستند.

این کلمه در اصل از فوبوس، خدای ترس یونانی اقتباس شده است که شکل آن روی ماسکهایی نقاشی می شد تا دشمنان را در نبرد بترسانند.

آسیب شناسان روانی نیز «فوبی را نوعی اجتناب ناراحت کننده و ناشی از ترس می دانند»

در صورتی که ترس افراطی از بلندی، فضاها، بسته، مار به قدری ناراحت کننده باشد که منجر به آشفتگی در زندگی شخص شود می توان تشخیص فوبی را داد.

بعضی از رایج ترین فوبیها عبارت اند از: فوبی از مکانهای بسته، آگورافوبی و فوبی از ارتفاعات، فوبی های غریب تری هم که از نامهای یونانی مشتق شده اند، یافت می شود: فوبی از نوشتن، فوبی از غلتیدن، فوبی از زنده به گور شدن، فوبی از انگلیس، فوبی از موشها، فوبی از واژه های شبه علمی.

روانشناسان بسته به پرادمی که اتخاذ کرده اند، معمولاً به جنبه های متفاوتی تأکید دارند. رانکاوان بر محتوای فوبی تأکید دارند. آنها معمولاً شیء هراس آور را نمادی از یک ترس ناهشپار مهم می دانند و لذا، برای آن معنای و اهمیت زیادی قایل اند. نکته اصلی این است که به عقیده روانکاوان، محتوای فوبیها ارزش نمادین مهمی دارند. از طرف دیگر، رفتار گرایان معمولاً محتوای فوبیها را نادیده می گیرند و در عوض بر کارکردهای آن تأکید می کنند. برای رفتارگرایان، ترس از مارها و ارتفاعات به این خاطر شبیه هم هستند که به یک روش یاد گرفته شده اند، و این که نحوه کاهش این ترسها به یک صورت است.

دو نوع فوبی عمده که وجود دارد:

«فوبیهای خاص ترسهای ناموجهی هستند که در اثر حضور یا پیش بینی یک موضوع یا موقعیت خاص به وجود می آیند».

DSM-IV-TR این گونه فوبیها را براساس منبع به چند نوع فرعی تقسیم بندی کرده است: خون، جراحت و تزریق؛ موقعیتها (فضای بسته)، حیوانات، محیط طبیعی (ارتفاع یا آب). این فوبیها غالباً با یکدیگر همبندی مرضی دارند. شیوع در طول زندگی برای این اختلال حدود ۷ درصد در مردان و ۱۶ درصد در زنان است. منبع ترس در فوبی خاص در بین فرهنگها متفاوت است.

فوبی اجتماعی

«فوبی اجتماعی عبارت است از ترس غیر منطقی و پایداری که معمولاً به خاطر دیگران به وجود می آید».

این ترس می تواند شدیداً توانکاه باشد، به قسمی که نرخ خود کشی در میان افراد مبتلا به این اختلال اساساً بالاتر از افراد مبتلا به سایر اختلالهای اضطرابی است. فرد مبتلا به فوبی اجتماعی معمولاً سعی می کند از موقعیت خاصی که در آن ممکن است از سوی دیگران مورد ارزیابی قرار گیرد، و نشانه هایی از اضطراب از خود بروز دهد یا با دستپاچگی رفتار کند، اجتناب ورزد. فوبی اجتماعی بسته به دامنه موقعیتهایی که ترس و اجتناب را می خوانند، می تواند اختصاصی یا فراگیر باشد. در نوع فراگیر، سن شروع اختلال پایین تر است، با اختلالهای دیگر نظیر افسردگی و سوء مصرف الکل و اختلالات شدیدتر همبندی مرضی دارد، و تخریب شدیدتری به وجود می آورد. در صورتی که بیمار درمان موفقیت آمیزی نداشته باشد، این اختلال معمولاً رو به وخامت گذاشته و مزمن می شود.

فوبیهای اجتماعی نسبتاً رایج و شیوع آنها در طول زندگی در حدود ۱۱ درصد مردان و ۱۵ درصد در زنان گزارش شده است. همانگونه که انتظار می رود، شروع آن معمولاً در خلال نوجوانی یعنی زمانی که آگاهی اجتماعی و تعامل با دیگران در زندگی فرد اهمیت ویژه ای پیدا می کند، رخ می دهد فوبی اجتماعی هم مثل فوبی اختصاصی تا اندازه ای از فرهنگی و به فرهنگ دیگر متفاوت است.

ب) اختلال وحشتزدگی:

اختلالهای وحشتزدگی به طور ناگهانی و پیش بینی ناپذیر روی می دهند و بسیار شدید هستند. نشانه های حملات وحشتزدگی می توانند وحشتناک باشند. حملات وحشتزدگی در اغلب موارد یک مرتبه و ناگهانی، در غیاب هر گونه محرک قابل شناسایی روی می دهند. همین ویژگی پیش بینی ناپذیری است که حملات وحشتزدگی را برای قربانیان آن بسیار اسرار آمیز و وحشتناک می کند در اختلال وحشتزدگی، فرد به ناگهان و بی دلیل دچار یک مجموعه نشانه آزار دهنده می شود.

تنگی نفس، طپش قلب، حالت تهوع، درد سینه، احساس خفگی، سرگیجه، تعریق، رعشه، بیم شدید، وحشت و احساس مرگ قریب الوقوع. دگرسان بینی خود یعنی احساس حضور در خارج از کالبد و دگر شدن یا حتی مردن، ممکن است بیمار را به ستوه آورده و او را از پای در آورد. حملات وحشتزدگی ممکن است فراوان- شاید هفته ای یک بار- رخ دهند. معمولاً چند دقیقه دوام می یابند و به ندرت چند ساعت طول می کشند، گاهی با موقعیتهای خاصی نظیر رانندگی کردن گره می خورند. وقت این حملات پیوند تنگاتنگی با ماشه چکانهای موقعیتهای پیدا می کنند به آنها حملات وحشتزدگی نشانه دار می گوئیم. هنگامی که میان یک محرک و یک حمله ارتباط وجود داشته باشد اما نه به صورت قوی، آن را حمله برخوردار از زمینه موقعیتی می نامیم. همچنین، حملات وحشتزدگی می توانند در حالتهایی نظیر آرمیدگی، خواب، یا در موقعیتهای پیش بینی نشده رخ دهند. در این موارد به آنها حملات فاقد نشانه می گوئیم. برای اختلال وحشتزدگی باید حملات مکرر فاقد نشانه و نگرانی از وقوع حملات در آینده حضور داشته باشد، اما حمله های وحشتزدگی در کسانی که ملاکهای اختلال وحشتزدگی را دریافت نمی کنند. (سالانه ۳ تا ۵ درصد جمعیت عمومی) به طور نسبتاً رایج رخ می دهد و حضور حملات نشانه دار به احتمال زیاد بیانگر نوعی فوبی است. شیوع اختلال وحشتزدگی در طول زندگی حدود ۲ درصد برای مردان و بیش از ۵ درصد برای زنان است. این اختلال معمولاً در سنین نوجوانی آغاز می شود و شروع آن توأم با تجارب تنش زای زندگی است. میزان شیوع این حملات از فرهنگی و به فرهنگ دیگر متفاوت است. مثلاً در آفریقا حدوداً ۱ درصد از مردان و ۶ درصد از زنان این تشخیص را می گیرند.

آگورا فوبی

در DSM-IV-TR اختلال وحشتزدگی به صورت همراه با آگورافوبی یا بدون آن تشخیص داده می شود.

آگورافوبی (که از واژه یونانی agora به معنای «بازار» گرفته شده است) شامل آن دسته از ترس‌هایی است که در مکان‌های عمومی ظاهر میگردد و فرد از آن می ترسد که در صورت درماندگی در این موقعیتها نتواند فرار کند یا کسی به یاری وی نشتابد، ترس از خرید کردن، ترس از ازدحام، ترس از سفر غالباً دیده می شود، بسیاری از بیماران مبتلا به آگورافوبی قادر به ترک منزل نیستند و یا فقط این کار را با پریشانی فراوان انجام می دهند، بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی معمولاً از موقعیتهایی که در آن ممکن است حملاتشان خطر سار بوده یا احساس شرمندگی کنند، اجتناب می ورزند. اگر این امتناع ورزیدن دامنه دار و فراگیر شود، نتیجه آن اختلال وحشتزدگی به همراه آگورافوبی خواهد بود. هر دو حالت اختلال وحشتزدگی نیز هستند، هر چند نه به آن تعدادی که تشخیص اختلال وحشتزدگی همراه با آگورافوبی و آگورافوبی فاقد سابقه اختلال وحشتزدگی، در زنان بسیار رایج تر است.

بیش از ۸۰ درصد بیمارانی که تشخیص سایر اختلالات اضطرابی را دریافت کرده اند، دچار حملات وحشتزدگی نیز هستند، هر چند نه به آن تعدادی که تشخیص اختلال وحشتزدگی را ایجاب کند.

ج- اختلال اضطراب فراگیر:

افراد مبتلا له اختلال اضطراب فراگیر تقریباً همراه از نگرانی های اغراق آمیز رنج می برند. با اینکه آنها بیشتر از دیگران دلیلی برای نگرانی ندارند، به قدری تنیده، و خسته می شوند که به سختی می توانند کار کنند از زندگی لذت ببرند. گاهی آنها حتی مطمئن نیستند که درباره چه چیزی نگران هستند.

شخص مبتلا له اختلال اضطراب فراگیر (GAD) همواره در رابطه با موضوعات جزئی شدیداً مضطرب می شود. بسیاری از آدمیان گهگاه نگران می شوند. اما بیماران مبتلا به GAD نگرانیهای مزمن دارند آنها ساعتها راجع به گستره وسیعی از موضوعات احساس نگرانی می کنند و این دلشوره ها را اموری مهار ناپذیر می دانند. ویژگیهای دیگر GAD عبارت است از مشکل در تمرکز، خستگی زودرس، بیقراری، تحریک پذیری و تنش عضلانی شدید.

با اینکه بیماران مبتلا له اختلال اضطراب فراگیر معمولاً به دنبال درمان روانی نمی روند، شیوع آن در طول زندگی بسیار بالا است، این اختلال حدود ۵ درصد از کل جمعیت را شامل می شود. بسیاری از مبتلایان با GAD اظهار می کنند که در سراسر زندگی به آن دچار بوده اند، لیکن این اختلال معمولاً از اواسط دوران نوجوانی آغاز می شود. به نظر می رسد که رویدادهای تثنی ازی زندگی در ایجاد آن نقش دارند. این اختلال در زنان دو برابر مردان است و با سایر اختلالات اضطرابی و اختلالهای خلق همایندی مرضی بالایی دارد. درمان موفقیت آمیز اختلال اضطراب فراگیر کاری دشوار است. در یک بررسی پیگیری ۵ ساله تنها ۱۸ درصد بیماران توانسته بودند کاملاً از نشانه های اضطراب فراگیر فارغ شوند.

در DSM-IV این اختلال باید در اکثر روزها در ضمن حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد و کنترل نگرانی مشکل بوده و علائم جنسی نظیر تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بیقراری با آن همراه باشد و از نظر ذهنی ناراحتی برانگیز و در زمینه های مهم زندگی شخص اختلال ایجاد کند.

اختلال اضطراب فراگیر احتمالاً شایعترین اختلالی است که با یک اختلال روانی دیگر دیده می شود تا ۲۵ درصد بیماران بالاخره به اختلال هراس مبتلا می گردند، در صد بالائی از این بیماران احتمال دارد به افسرده خوئی و اختلالات وابسته به مواد .

د- اختلال وسواس فکری- عملی

افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی (OCD) دو نوع مشکل دارند وسواس فکری، جریان فکر تکراری و ناخواسته است. وسواس عملی، عمل تکراری و تقریباً مقاومت ناپذیر است. وسواسهای فکری ناراحتی ناشی از وسواس عملی منجر می شوند و وسواس تلاشی است برای کاهش دادن وسواس فکری یا عموماً به وسواسهای عملی منجر می شوند و وسواس عملی تلاشی است برای کاهش دادن وسواس فکری یا گونه ای رفتار کنند که شرم آور یا حتی خطرناک است. اما فقط عده قلیلی هستند که به اختلال وسواس فکری- عملی دچار می شوند. «اختلال وسواس فکری- عملی (OCD) یک اختلال اضطرابی

است که در آن، ذهن فرد از افکار مهار نشدنی و پایدار نشدنی و پایدار لبریز شده و فرد را مجبور به تکرار مجدد اعمال مشخصی کند که سبب درماندگی و اختلال در کارکرد روزانه اش می شود.

شیوع این اختلال در طول زندگی بین ۱ تا ۲ درصد جمعیت برآورده شده و در میان زنان بیش از مردان شایع است. معمولا از اوایل بزرگسالی شروع می شود و اغلب در پی رویدادی تنش زا مثل کشمکش های خانوادگی، یا مشکلات شغلی بروز می کند. شروع زود هنگام آن در مردان رایج تر و با وسوسه های عملی مربوط به واریسی همراه است. شروع دیر هنگام آن در زنان شایعتر است و به صورت وسوسه و شستشو ظهور می کند. در خلال یک دوره افسردگی، گاهی بیماران دچار اختلال وسوسه فکری - عملی می شوند و در بیماران مبتلا به وسوسه فکری - عملی غالبا افسردگی مشخص و آشکار دیده می شود اختلالهای وسوسه فکری - عملی معمولا با اختلالات اضطرابی دیگر به ویژه وحشتزدگی و فوبیها و اختلالات مختلف شخصیتی همبندی مرضی دارند.

اختلال وسواسی - جبری را پس از فوبیها، اختلالات وابسته به مواد و اختلالات افسردگی در دریف چهارم شایعترین تشخیص های روانپزشکی قرار می نهند. بین نوجوانان پسرها بیشتر از دخترها به این اختلال مبتلا می شوند و میانگین سن شروع حدود ۲۰ سالگی می باشد ولی ممکن است در نوجوانی یا کودکی و در مواردی حتی در ۲ سالگی شروع شود. افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل به اختلال وسواسی - جبری مبتلا می شوند و این اختلال در سیاهپوستان کمتر از سفید پوستان شایع است، هر چند تفاوت دسترسی به مراقبت بهداشتی می تواند قسمت عمده این اختلاف را توجیه کند، تا تفاوت شیوع نژادها.

وسواس فکری

وسواسهای فکری افکار، تکانه ها و تصورات مزاحم و تکراری هستند که ناخواسته به ذهن می آیند و در نظر فرد اموری غیر عقلانی و مهار نشدنی جلوه می کنند.

با اینکه بسیاری از ما ممکن است تجارب زودگذر مشابهی داشته باشیم، قدرت و فراوانی این وسواسهای فکری در بیماران به قدری بالاست که کارکرد بهنجار آنان را در هم می ریزد. از نظر بالینی، شایعترین وسواسهای فکری عبارتند از ترس از آلودگی، ترس از بروز تکانه های جنسی یا پرخاشگری، یا ترسهای خود بیمار انگارانه راجع به بد کاریهای بدن، همچنین ممکن است وسواسهای فکری به صورت تردید، تنبلی و اهمال کاری، و بلا تکلیفی مفرط پدیدار شود. تفکر وسواسی از لحاظی مثل پدیده نگرانی است که خصیصه معرف اختلال اضطراب فراگیر به شمار می آید. این نوع تفکر سرشار از نگرانیهای افراطی با ماهیت نشخواری راجع به احتمال وقوع اتفاقات منفی نامحتمل تفاوت میان این دو نوع تفکر در این است که فرد مبتلا به OCD اشتغالات فکری خود را بیگانه با خود ناهمخوان می داند. یعنی آنها فکریهای مزبور را مسایلی می دانند که بیرون به آنان تحمیل می شود و معنای چندانی ندارد و بر عکس، فرد مبتلا به GAD قادر است در باب نگرانی خود چنان سخنان منطقی داشته باشد که آن را توجیه کند.

* وسواس عملی

و عملی عبارت است از رفتار با اعمال ذهنی تکراری که بیمار برای کاهش پریشانی ناشی از افکار وسوسه آمیز با جلوگیری از رویدادی هولناک انرا انجام می دهد.

این اعمال هیچ گونه ارتباط واقعی با هدف ظاهری اش ندارد یا آشکارا دارای ارتباطی اغراق آمیز است. غالبا کسی که به صورت دائمی عمل خاصی را تکرار می کند، از این می ترسد که در صورت عدم اجرای آن، عواقب هولناکی نصیبش شود. ممکن است تعداد دفعاتی که یک عمل تکرار می شود، حیرت آور باشد.

وسواسهای عملی که معمولا گزارش می شوند عبارتند از: کوشش برای پاکیزگی و نظم، اجتناب از اشیاء خاص، مبادرت به اعمال تکراری، جادویی و حفاظتی، واریسی کردن، اجرای عملی خاص، رایج ترین نتیجه نامطلوب اختلال وسواسی فکری عملی، تاثیر نامطلوب آن بر روابط فرد با دیگران، به خصوص با اعضای خانواده است.

اختلال فشار روانی پس آسیبی (PTSD) که اولین بار به عنوان یک مقوله تشخیص در DSM-III معرفی شد، بیانگر پاسخ شدید در برابر یک عمل تنش زای شدید است که به صورت اضطراب بالا، اجتناب از محرکهای مرتبط با آسیب روانی و کرختی در پاسخهای هیجانی و عاطفی ظاهر می شود. گرچه قبلاً می دانستیم که فشارهای روانی ناشی از جنگ می تواند اثرات نامطلوب و شدید بر سربازان داشته باشد، عوارض بعد از جنگ ویتنام باعث گردید که این تشخیص جدید مطرح و پذیرفته شود. PTSD مانند سایر اختلالات DSM با مجموعه ای از نشانه ها تعریف می شود. اما برخلاف سایر اختلالات روانشناختی در تعریف PTSD بخشی از سبب شناسی فرضی آن نیز گنجانده شده است. یعنی، رویدادهای آسیب زایی که فرد مستقیماً آنها را تجربه کرده یا شاهدش بوده است. مانند مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، آسیب جدی و یا به خطر افتادن سلامت جسمی خود یا سایرین این رویداد باید ترس وحشت با احساس درماندگی شدید را ایجاد کرده باشد.

تقریباً هر کسی که با آسیب مواجه می شود، دچار فشار روانی می گردد که گاه شدت قابل ملاحظه ای دارد، این امری طبیعی است. اگر عامل تنش زا در کارکرد شغلی یا اجتماعی فرد به مدت کمتر از یک ماه اختلال ایجاد کند، تشخیص اختلال فشار روانی حاد داده می شود. گرچه عده ای بر اختلال فشار روانی حاد غلبه می کنند، تعداد قابل توجهی از آنان دچار PTSD می شوند. پس می توان گفت که PTSD در بالاترین سطح از واکنشهای نامطلوب در برابر فشار روانی قرار دارد. اینکه در DSM فشار روانی شدید به عنوان عامل ایجاد کننده PTSD گنجانده شده است، به معنای آن است که علت PTSD عمدتاً یک رویداد است نه خود فرد. نشانه های هر یک از طبقات بیشتر از یک ماه دوام داشته باشد.

۱- تجربه دوباره رویداد آسیب زا. فرد به دفعات رویداد را به خاطر می آورد و کابوس آن را می بیند محرکی که یادآور نمادین آن است، (مثل رعد و برق) یا روزهای سالگرد مربوط به بعضی از وقایع خاص، آشفتگی هیجانی شدیدی ایجا می کند.

۲- اجتناب از محرکهای مربوط به رویداد یا کرختی در پاسخ دهی شخص تلاش می کند تا از فکر کردن یا مواجهه با محرکی که آسیب مزبور را در ذهنش زنده می کند، اجتناب ورزد، ممکن است بیمار نسبت به رویداد یاد زودوده شود. مراد از کرختی، کاهش تمایل و علاقه نسبت به دیگران، احساس بیگانگی، و ناتوانی در ابراز هیجانات مثبت است.

۳- نشانه های برانگیختگی بالا. این نشانه ها شامل مشکل در خواب رفتن یا حفش خواب، دشواری در تمرکز، گوش به زنگی مفرط و پاسخ شدید یک خوردن است.

سایر مشکلاتی که غالباً در PTSD به چشم می خوردند عبارت اند از: افسردگی، خشم، احساس گناه، سوء مصرف مواد، مشکلات زناشویی، ضعف در سلامت جسمانی و مشکلات شغلی و افکار خودکشی و مشکلات روان فیزیولوژیکی مانند سر درد یا کمر درد.

استثناء اینکه علائم ظرف چهار هفته پس از رویداد ظاهر شده و ۲ روز تا ۴ هفته ادامه می یابند. اگر علائم بیشتر از آن ادامه یابند تشخیص PTSD گذشته می شود، شیوع اختلال استرس پس از سانحه در طول عمر تا ۸ درصد جمعیت کلی تخمین زده می شود. میزان شیوع در طول عمر بین ۱۰ تا ۱۲ درصد برای زن ها و ۵ تا ۶ درصد برای مردها است.

میزان شیوع در طول عمر برای زن ها بالاتر است و نسبت بالاتری از آنها دچار این اختلال می گردند. این اختلال بیش از همه در افراد مجرد، مطلقه یا بیوه، از نظر اقتصادی پائین و از نظر اجتماعی کناره گیر مشاهده می گردد. معهداً، مهمترین عوامل خطر ساز برای این اختلال عبارتند از: شدت، طول مدت، و نزدیکی شخص به ترومای واقعی.

روشهای درمان اختلالات اضطرابی:

در درمان اضطراب نیز مانند افسردگی از روشهای متعددی استفاده می شود. اما عمده درمان ها را دو گروه درمان زیستی (دارو درمانی) و روان درمانی در بر می گیرد.

دارو درمانی:

اغلب داروهایی که برای درمان اختلالات اضطرابی استفاده می شود در انواع این اختلالات متفاوت است، اما به خانواده و مجموعه ای به نام بنزودیازپین ها تعلق دارند. این داروهای ضد اضطراب تنش را کاهش می دهند و با کند کردن فعالیت دستگاه عصبی مرکزی موجب خواب آلودگی می شوند. آنها عموماً به داروهای آرام بخش معروف هستند و تحت اسامی تجاری مانند والیوم، لیبریوم و زانکاس عرضه می شوند.

داروهای مورد استفاده در درمان اختلال هراس سه داروی آلپرازولام، سرتالین و پاروکستین سه داروی مورد قبول FDA هستند. البته درمانهای دارویی مختلفی برای درمان هراس وجود دارد و اگر مؤثر واقع شود طول مدت درمان باید ۸ تا ۱۲ ماه ادامه یابد. داده های موجود حاکی است که اختلال هراس یک اختلال مزمن و احتمالاً همیشگی است که با قطع درمان عود می کند. بنزودیازپین ها، آلپرازولام و کلونازپام، نیز برای فوبی اجتماعی، منتشر و خاص مؤثر هستند. تأثیر دارو درمانی در اختلالات وسواس فکری عملی در بسیاری از آزمایش های بالینی به ثبوت رسیده است. تأثیر دارو با توجه به این که مطالعات نشان داده اند پاسخ به دارو نما حدود ۵ درصد است بیشتر تأیید می شود. دوره درمان این نوع اختلال برای کسب حداکثر اثرات درمانی به طور معمول ۸ تا ۱۶ هفته به طول می انجامد و از داروهای ضد افسردگی می توان در درمان این نوع اختلال استفاده کرد. داروهایی که در خط اول درمان برای PTSD قرار دارند و اثر بخشی و قابلیت تحمل و درجه بندی ایمنی دارند، SSRIS مثل سرتالین و پاروکستین هستند. همچنین، تأثیر ایمی پرامین و آمی تریپ تیلن، دو داروی سه حلقه ای در درمان اختلال اضطراب فراگیر ندرتاً لازم است در ملاقات اول به عمل آید. به علت ماهیت مزمن اختلال طرح درمان باید به دقت ریخته شود. سه داروی عمده که در درمان اختلال اضطراب فراگیر مطرح هستند عبارتند از بنزودیازپین ها و با سپیرون و مهار کننده اختصاصی جذب مجدد سروتونین (SSRIS). دوره درمان دارویی برای این اختلال گاهی یک درمان ۶ تا ۱۲ ماهه تلقی می شود، قرائنی وجود دارد که درمان باید طولانی و شاید برای تمام عمر باشد.