



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی لرستان

مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی مهر خرم آباد

کتابچه پنج بیماری و اختلالات شایع روانپزشکی مهر

تأیید کننده: دکتر احد فاضلی (روانپزشک)

تهیه کننده: خدیجه فرضی (سوپروایزر آموزشی/سوپروایزر سلامت)

ED_BKLT_01

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۳/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۳/۱

مقدمه :

امروزه آموزش بعنوان هسته اصلی فعالیتهای بهداشتی- درمانی شناخته شده است.

آموزش بهداشت روان ، علائم و نشانه های اختلالات روان و نحوه برخورد اطرافیان بیمار با آن و ارتقاء توانایی افراد جهت مراقبت از خود کلید اصلی رسیدن به حفظ و ارتقاء سلامت روان می باشد.

آموزش یکی از عملکردهای مهم پرستاری در تمامی حیطه های فعالیت پرستاران محسوب می شود . تمامی فعالیتهای پرستاری معطوف به حفظ و اعاده سلامتی ، پیشگیری از بیماریها و کمک به افراد برای کسب تطابق و سازگاری با بیماری و استفاده بهینه از توانائی های بازمانده خود می باشد.

به منظور تحقق پیشگفت ضروری است که پرستاران عزیز با جدیدترین یافته های علمی در رابطه با بهداشت روان آشنا شده تا بتوانند پاسخگوی نیازهای بیماران و جامعه باشند. پرستار با بررسی توان و تمایل بیمار ، اعتقادات و ارزشهای خانواده و بیمار ، بررسی سطح سواد و معلومات و زبان آنها ، موانع عاطفی و انگیزه ها ، محدودیتهای فیزیکی و شناختی و تمایل بیمار برای کسب اطلاعات می تواند تاثیر اساسی در ارتقاء کیفی خدمات داشته باشد.

مطالب پیش رو به منظور ارتقاء سطح دانش کارکنان بالینی جهت ارائه خدمات آموزشی و درمانی به گیرندگان خدمت خدمات بالینی تهیه و تنظیم شده است.

فهرست مطالب

ردیف	موضوع مطالب
۱	اختلال افسردگی
۲	درمان بیماران افسرده
۳	اقدامات پرستاری در بیماران افسرده
۴	اختلال دو قطبی
۵	درمان بیماران دو قطبی
۶	اقدامات پرستاری در بیماران دو قطبی
۷	اختلال اسکیزوفرنیا
۸	درمان بیماران اسکیزوفرن
۹	اقدامات پرستاری در بیماران اسکیزوفرن
۱۰	استرس
۱۱	نکاتی برای مقابله با استرس
۱۲	اضطراب و راههای درمان
۱۳	۸ روش درمان طبیعی اضطراب
۱۴	داروهای ضد اضطراب
۱۵	اختلال وسواس
۱۶	درمان وسواس

۱۷	ترک اعتیاد
۱۸	درمان و باز پروری افراد وابسته به مواد
۹۱	اختلال و بهداشت خواب
۲۰	کنترل توهم
۲۱	کنترل هذیان
۲۲	کنترل خشم
۲۳	منابع

اختلال افسردگی:

افسردگی یکی از اختلالات خلقی است که به علت شیوع فراوان آن در میان اختلالات روانپزشکی به سرما خوردگی روانی شهرت دارد این بیماری با غمگینی شدید و یأس و ناامیدی و ناتوانی در لذت بردن کارهای روزمره تعریف می شود و نباید این اختلال را با احساس غمگینی گذرای که در زندگی تجربه می کنیم و معمولاً در واکنش به اتفاق ناخوشایند ایجاد می شود، اشتباه گرفت.

این بیماری در هر سنی، از کودکی تا سالمندی ممکن است دیده شود و حدوداً "از هر ۵ زن ۲ نفر و از هر ۱۰ مرد، یک نفر در طول زندگی خود، زمانی بیماری افسردگی را تجربه خواهد کرد. در اختلال افسردگی، افراد علائمی را تجربه می کنند که شامل موارد زیر می باشد.

۱/ احساس خستگی زیاد که ممکن است با دردها و ناراحتی های جسمی از جمله سردرد همراه باشد که به آن کمبود انرژی می گویند.

۲/ عده ای از این افراد ممکن است احساس کنند، غذایی را که می خورند بی مزه است یا اشتهایی برای غذا خوردن نداشته باشند که به آن بی اشتهایی می گویند و یا ممکن است میل شدیدی به غذا خوردن داشته باشند و به عبارتی پر اشتها شوند.

۳/ عده ای از این افراد ممکن است به سختی بخوابند و در خواب بارها بیدار شوند، به عبارتی دچار کم خوابی شوند و عده ای ممکن است تمام ساعات روز را بخوابند، به عبارتی دچار پر خوابی شوند.

۴/ معمولاً در این افراد میل جنسی از بین می رود و دچار کاهش میل جنسی می شوند.

۵/ عده ای از بیماران افسرده ممکن است احساس کنند، که دست و پاهایشان سست و بیحال است و به کندی و به آرامی کار می کنند و راه می روند که به این حالت کندی روانی- حرکتی گویند.

۶/ عده ای از بیماران هم نمی توانند یک جا بند شوند و آرام و قرار ندارند، مدام قدم می زنند و راه می روند و بی تاب و بیقرار می باشند که به این حالت بی قراری روانی- حرکتی گویند.

۷/ وقتی این افراد کاملاً ناامید و غمگین هستند ، ممکن است که قصد خودکشی و آسیب زدن جهت خاتمه دادن به زندگی خود را داشته باشند و به خودکشی فکر کنند.

۸/ توجه کردن به قدری برای این افراد سخت است که در یادگیری دچار مشکل می شوند و نمی توانند در مورد اینکه چه کاری می خواهند انجام بدهند ، تصمیم بگیرند به عبارتی دچار مشکل در تصمیم گیری یا تمرکز می شوند.

۹/ این افراد مدام خود را سرزنش می کنند و احساس بی لیاقتی و به عبارتی احساس بی ارزشی دارند.

انواع افسردگی:

به شکل اصلی ، افسردگی براساس علائمی که ذکر شد مشخص می شود و به طور تشخیصی دو نوع اختلال افسردگی از هم متمایز می شود .

Disorder major depressive و اختلال افسرده خویی **Dysthymia disorder**

نحوه برخورد اطرافیان با افراد دارای اختلال افسردگی

کاری که اطرافیان افراد دارای افسردگی می توانند انجام دهند تا آنها دوباره به حالت طبیعی برگردند و از زندگی لذت ببرند، می تواند پیشنهادات ساده زیر را دربر گیرد.

• مدام به آنها سر بزیند.

• به چشمانشان نگاه کنید و بیشتر به آنها لبخند بزیند.

• بیشتر به حرفهایشان گوش کنید.

• به آنها بگویید که کدام کارهایشان شما را تحت تاثیر قرار داده است ، شما را به فکر انداخته و احساس بهتری به شما داده یا باعث شده روحیه تان بهتر شود.

• از آنها بخواهید با شما به پیاده روی ، سینما ، یک رستوران زیبا یا حتی باغ وحش بیایند.

• اگر به خودشان تکان ندادند، اشکالی ندارد، از آنها بخواهید با شما شطرنج بازی کنند یا یک فیلم کمدی بگیرید و در کنارشان تماشا کنید .
یادتان باشد نباید آنها را مجبور به کاری بکنید.

• از آنها بخواهید چیزهایی را لمس کنند، اشیایی با بافت و رنگهای مختلف بیاورند و از آنها نظرشان را بخواهید یک غذای خوشمزه و خوش ظاهر برای آنها درست کنید، سعی کنید لذتهای کوچک وارد لحظاتیان کنید.

• بلند به آنها بگویید که برایتان مهم هستند ، بگویید که دلتان برایشان تنگ شده و دلتان می خواهد برگردند و دوباره با شما خوش بگذرانند ، هر چیزی که در موردشان دوست دارید را به زبان بیاورید.

• کارهایی که فقط با دوستان صمیمی خود انجام می دهید با آنها تکرار کنید ، مثلاً با آرنجتان به بازویشان بزیند یا آرام با یک دسته کاغذ لوله شده بزیند روی سرشان، باید سعی کنید رفاقت خود را به آنها نشان دهید.

• به جای اینکه بپرسید حالشان چطور است بپرسید دوست دارند برای خوش گذرانی امروز چه کاری کنند و در آن کار همراهیشان کنید ، به آنها بگویید که کاملاً مشخص است که حالشان بهتر شده و بعد حالش را بپرسید و واقعاً به جوابی که می دهند گوش کنید.

• اگر خجالت زده بودنیک داستان مشابه در مورد خودتان بگویید و پشت سر آن داستان های دیگر که از خجالت زدگی کسان دیگر شنیده اید را مثل لطفه برایشان تعریف کنید، هیچ چیز بیشتر از دیدن احساس خجالت زدگی دیگران این درد را در انسان تخفیف نمی دهد.

• اگر افسرده هستند پس حتماً احساس ناامیدی می کنند این مشکل برایشان بدون راه حل به نظر می رسد ، بعد از اینکه برای کم کردن شدت افسردگی شان به آنها کمک کردید ، اگر دوست داشتند در مورد آن صحبت کنند به آنها نشان دهید که چطور می توانند این مشکل را شکسته و به چند تکه تبدیلش کنند و بعد ببینند که کدام قسمت آن بهتر است و سعی کنند راه حل های سالمی برای آن مشکل خاص پیدا کنند تا بتوانند مشکلات و دشواری ها را حل کنند نه تحمل.

درمان دارویی افسردگی:

استفاده از دارو درمانی احتمال بهبود بیمار افسرده را ظرف یکماه آینده تقریباً ۲ برابر می کند ظهور اثرات درمانی چشمگیر تمامی داروهای ضد افسردگی موجود ۳-۴ هفته طول می کشد و هر چند اثرات این داروها ممکن است زودتر شروع گردد.

شایعترین اشتباه بالینی که باعث می شود امتحان یک داروی ضد افسردگی با شکست روبرو گردد مصرف دارو به مقدار ناکافی مدت نا کافی داروی ضد افسردگی را باید تا حداکثر سطح توصیه شده بالا برد و حداقل ۴ یا ۵ هفته در آن سطح نگه داشت تا بتوان امتحان یک دارو را ناموفق دانست.

مدت مصرف دارو و پیشگیری : درمان ضد افسردگی حداقل به مدت ۶ ماه یا اگر دوره قبلی طولانی تر بود به اندازه طول مدت آن باید ادامه داد. در چندین مطالعه نشان داده شده است که درمان پیشگیرانه با ضد افسردگی ها در کاهش تعداد و شدت موارد عود موثر است.

هدف مرحله نگهدارنده درمان، پیشگیری از بروز دوره های جدید خلقی «عود» است. فقط بیمارانی که افسردگی های عود کننده یا مزمن داشته اند کاندید درمانی نگهدارنده هستند.

انتخاب اولیه دارو: داروهای ضد افسردگی موجود از نظر اثر بخشی کلی، سرعت تاثیر یا اثر بخشی طولانی مدت تفاوتی ندارند وجود افتراق این داروها عبارتند از : ۱- خصوصیات داروئی ۲- تداخلات داروئی ۳- عوارض کوتاه مدت و بلند مدت ۴- احتمال بروز علائم قطع دارو ۵- سهولت تنظیم دارو

انواع داروهای ضد افسردگی:

۱/ سه حلقه ای ها و چهار حلقه ای ها:

سه حلقه ای ها همانند: آمی تریپتیلین - کلومی پرامین - ایمی پرامین - تری میپرامین - داکسپین - پروتریپتیلین - دزی پرامین - نورتریپتیلین چهار

حلقه ای ها همانند: آموکسپین - ماپروتیلین

۲/ **SSRI** ها: شامل فلوکستین - سرترالین - فلووکسامین - پاروکستین - سیتا لوپرام

۳/ **MAOI** : فنلزین - ایزو کربوسازید - ترانیل سیپرومین - ملکوبوماید

اقدام پرستاری در افسردگی:

مراقبت از بیمار افسرده می تواند در منزل ، درمانگاه و یا در بیمارستان انجام شود . این مسئله بستگی به شدت و ضعف علائم و نشانه های بیماری ، منابع حمایتی از بیمار و مراکز درمانی در دسترس دارد . اقدامات پرستاری از فرد بیمار باید ابعاد فیزیولوژیکی ، شناختی ، هیجانی و رفتاری وی را در برگیرد که به ترتیب در رابطه با هر بعد توضیح داده خواهد شد.

الف (مشکلات جسمی

سلامت جسمی بیمار افسرده معمولاً به فراموشی سپرده می شود ، زیرا بیمار قادر به مراقبت از خود نیست و در نتیجه ممکن است نیاز به مداخله در خصوص تغذیه ، دفع ، خواب و بهداشت داشته باشد . نیازهای ایمنی ، رژیم غذایی ، شوک درمانی حیطة های دیگری هستند که نیاز به مداخله دارند.

کاهش اشتها

کاهش اشتها از علائم شایع افسردگی است ؛ بنابراین بررسی وضع تغذیه بیمار امری ضروری است ، بدین منظور باید میزان جذب و دفع بیمار و وزن روزانه اندازه گیری و ثبت شود . برای افزایش اشتهای بیمار پیشنهاد می شود ، غذاهایی که مورد علاقه و یا مورد تنفر بیمار است ، شناسایی شوند و غذای دلخواه وی فراهم گردد ؛ مطمئناً بیمار غذایی را که بیشتر دوست دارد بهتر می خورد . او را تشویق کنید که اگر اشتها ندارد ، در دفعات متعدد غذای مختصر تری را مصرف کند تا کالری بیشتری دریافت کند . هرگز غذای حجیم در سه وعده در اختیار بیمار قرار ندهید زیرا ممکن است مورد اعتراض بیمار قرار گیرد و حتی برای او غیر قابل تحمل باشد . در صورتی که صلاح می دانید از خانواده بیمار بخواهید تا غذایی را که بیمار از آن لذت می برد ، برایش تهیه کنند . در طول صرف غذا به منظور کمک کردن به بیمار و حمایت و تشویق وی ، در کنار او بمانید . از آنجا که ممکن است بیمار دانش کافی و دقیقی در ارتباط با نقش غذای خوب در سلامت کلی انسان نداشته باشد ؛ در خصوص اهمیت تغذیه کافی و مایعات دریافتی برای بیمار توضیح دهید.

مشکلات مربوط به دفع

بیماران افسرده غالباً مشکلات دفعی دارند و بیشتر بدلیل بیحرکتی و کم تحرکی و کاهش تغذیه دچار یبوست می شوند . توصیه می شود که بیماران مواد غذایی پرفیبر به منظور پیشگیری از یبوست مصرف کنند و به نوشیدن مایعات زیاد و انجام ورزشهای جسمی به منظور افزایش اعمال دفعی بطور طبیعی تشویق شوند . بیمار ممکن است دچار احتباس ادرار شود که معمولاً با نوشیدن مایعات و تدابیر خاص این مشکل از بین می رود و ندرتاً نیاز به سونداژ پیدا می کند.

غفلت در بهداشت فردی

بیماران افسرده به دلیل کاهش فعالیت سایکوموتور (**Psychomotor**) و کاهش علاقه به خود و دیگران بطور معمول نسبت به بهداشت فردی خود غفلت می ورزند در صورتیکه بیمار قادر به انجام این فعالیتها نباشد ، پرستار باید او را در حمام دادن ، لباس پوشاندن و آراسته کردن خود ، کمک کند و در صورت لزوم حتی این اعمال را برای او انجام دهد ؛ ولی باید توجه داشت که درماندگی و وابستگی بیمار را تقویت نکند و تا آنجا که ممکن است به بیمار کمک کند تا خودش مراقبتهای لازم را در مورد خود انجام دهد . تمیز بودن بیمار و علاقه و توجه او به ظاهر خود باید از جانب پرستار مورد توجه قرار گیرد و بطور مثبت تقویت شود . باید به بیمار کمک کنید تا با اهداف مراقبتی مورد انتظار خویش آشنا شود . البته ، اهداف باید من ط قی باشند زیرا اهداف غیر قابل دسترس ، بیمار را در معرض شکست قرار می دهد و احساس ضعف را در او تقویت می کند.

اختلال خواب :

اختلال خواب در بیماران افسرده شایع است. بیمارانی که مشکل به خواب می روند و یا در طول شب از خواب بر می خیزند و مجدداً به سختی به خواب می روند، ممکن است با ماساژ پشت، دوش ولرم و یا صحبت کوتاه، یک لیوان شیر ولرم، بهتر بخوابند. نباید اجازه داده شود که بیمار در طول روز بخوابد خوابهای مختصر در طول روز، مانع خواب شب می گردد. بیماران افسرده دوست ندارند روز را از نو شروع کنند، در نتیجه از رختخواب خود بیرون نمی آیند که در اینصورت پرستار باید با روشی آرام ولی جدی با آنها برخورد کند و از آنها بخواهد که از رختخواب خارج شوند. چنانچه بیمار در طول روز خواب آلود است، به پزشک معالج پیشنهاد شود که داروهای بیمار به

هنگام خواب تجویز شوند. همچنین انجام تمرینهای آرام سازی و موسیقی ملایم ممکن است قبل از خواب کمک کننده باشد و بیمار از خوردن و آشامیدن مواد غذایی حاوی کافئین از قبیل چای، قهوه، کولا قبل از خواب اجتناب کند.

دستورات دارویی:

چون بیماران افسرده داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای ویا لیتیوم (**Lithium Carbonate**) مصرف می کنند، باید به عوارض جانبی، نشانه های مسمومیت و تداخل دارویی توجه شود. از عوارض جانبی این داروها می توان اثرات آنتی کلینرژیک را ملاحظه نمود که عبارتند از: خشکی دهان، تاری دید، یبوست، احتباس ادرار، کاهش فشار خون وضعیتی، تندی ضربان قلب، آریتمی، بحران افزایش فشار خون.

در خصوص خشکی دهان استفاده از آب نبات بدون شکر، یخ و تر کردن لب ممکن است کمک کننده باشد لیکن رعایت بهداشت دقیق دهان بسیار مهم است. در مورد تاری دید به بیمار اطمینان دهید که پس از چند هفته علایم برطرف می شوند. در مورد یبوست، غذاهای پرفیبر تجویز می شود و افزایش ورزشهای جسمی و مایعات دریافتی نیز باید مدنظر باشند. در مورد احتباس ادرار، استفاده از کمپرس آب گرم و سرد در بالای پوبیس و باز نمودن شیر آب و در صورت لزوم استفاده از سونداژ توصیه می شود. در مورد کاهش فشار خون به بیمار آموزش دهید که بطور آهسته از حالت نشسته به حالت ایستاده تغییر وضعیت بدهد. کنترل فشارخون بطور مکرر انجام شود و تغییرات عمده باید گزارش و ثبت شود. بیمارانی که سابقه صرع دارند، باید به دقت تحت نظر قرار گیرند. همچنین مصرف همزمان

بازدارنده های مونوآمینوآکسیداز (**Mono Amino oxidase Inhibitor**) و غذاهای حاوی تیرامین (**Tyramin**) ممکن است بحران افزایش فشار خون ایجاد کند؛ بدین منظور باید غذاهای حاوی تیرامین از قبیل پنیر، ماست، موز، شکلات، کشمش و ترشیجات مصرف نشوند. علایم بحران شامل سردرد پس سری، افزایش ضربان قلب، درد قفسه سینه، تهوع، استفراغ، افزایش فشار خون و اغماء است که در صورت مشاهده علائم، دارو قطع گردد و داروهای ضدفشارخون با اثر کوتاه مدت طبق تجویز پزشک داده شود.

از اثرات آنتی دوپامینرژیک (**Antidopaminergic**) این داروها عوارض عصبی است که بعنوان عوارض خارج هرمی یا

اکسترایپرامیدال نامیده می شود که شایعترین آنها پارکینسون (**Disease ' Parkinson**) است. معمولاً پنج روز بعد از شروع مصرف داروها، از علائم بصورت آبریزش از دهان، رعشه و لرزش اندام از نوع چرخاندن تسبیح، لرزش اطراف دهان، کندی حرکتی، سفتی عضلانی، راه رفتن در وضعیت خمیده و شتابزده بروز می کند. شروع و شدت علایم ثبت و گزارش شود و طبق تجویز پزشک معالج از داروهای آنتی پارکینسون استفاده شود. با توجه به اینکه شروع اثرات درمانی این داروها با تاخیر ۷ الی ۲۸ روز بعد است به بیمار آموزش داده شود که حداقل دوره درمانی با این داروها ۲۸ روز است و در صورت جواب به دارو ممکن است به مدت هشت ماه بعد از رفع علائم

افسردگی، تحت درمان با دوز نگهدارنده قرار گیرند. در ضمن باید از قطع ناگهانی دارو اجتناب کنند و دارو باید تحت نظر پزشک معالج در یک دوره سه الی چهار هفته ای بتدریج قطع شود.

الکترو شوک درمانی:

شوک درمانی در بیمارانی که بیماری آنان عود کننده است و یا در مقابل درمان مقاوم هستند و بیمارانی که در خطر خودکشی هستند و یا از خوردن غذا امتناع می کنند و به درمان سریع نیاز دارند ، درمان انتخابی است مراقبتهای پرستاری قبل و بعد از شوک درمانی مانند عملهای جراحی عمومی است از علایم متداول پس از شوک درمانی ، فقدان حافظه و گیجی موقت است که بسیار مهم است وقتی بیمار بهوش می آید ، پرستار باید در کنار بیمار حضور داشته باشد تا ترس ناشی از فقدان حافظه کاهش یابد . باید به بیمار اطمینان دهید که این مشکل موقتی است و آنچه برایش اتفاق افتاده است ، توضیح دهید.

بیمار را مجدداً به زمان و مکان آشنا کنید و اجازه دهید تا بیمار ترسها و اضطرابهای خود را در ارتباط با دریافت شوک درمانی بیان کند.

خطر خودکشی:

هر زمان که بیمار افکار خودکشی را بیان کند و یا اعمال ، حرکات و قیافه های خاص به خود می گیرد که نشانگر افکار مربوط به خودکشی است ، پرستار باید مداخله کند . بطور کلی مراقبت از بیماری که بطور بالقوه در معرض خودکشی است ، بسیار دشوار است . تجربه و دانش پرستار در آن نقش بسزایی دارد . اولین قدم در مراقبت پرستاری ، تشخیص خطر خودکشی با توجه به معیارهای ارزیابی خودکشی و مشاهده دقیق الگوهای رفتاری بیمار است . که الگوی روزانه زندگی بیمار و تغییرات حاصله در آن مانند تغییر در خواب و خوراک ، رفتارهای بهداشتی ، عدم پذیرش رژیم غذایی ، تغییرات خلق رفتارهای پرخاشگری ، اختلال اعمال روزانه ، اضطراب ، کناره گیری ، انزوا طلبی باید به دقت بررسی ، مشاهده و گزارش شود . همچنین برقراری ارتباط با بیمار و توجه به پیامها و گفتارهای بیمار که بطور مستقیم یا غیر مستقیم است مربوط به افکار خودکشی بیمار باشد و با برقرار ارتباط صحیح با بیمار می توان روش و نقشه خودکشی بیمار را شناسایی نمود . به هر حال مراقبت از این بیماران کاری گروهی شیفت بعدی داده شود . اغلب خودکشی ها در جاهای کم رفت و آمد مانند گنجینه لباس ، انباری ، اتاقهای خلوت ،توالت ، حمام و هنگام تعویض شیفت و یازمانی که پرستاران سخت مشغول کارند ، بسیار مهم است . در مواردی که خطر خودکشی خیلی شدید است ، نیاز به محدودیت فیزیکی بیمار است و پرستار در ارتباط با این بیماران باید بطور مستقیم و غیر مستقیم این پیام را بدهد که به علت علاقمندی به زندگی بیمار او را محدود نموده اند و این بصیرت را در بیمار تقویت کند که افکار تخریبی او ناشی از بیماری است.

ب (مشکلات شناختی

بیماران افسرده دید منفی دارند زیرا تفکر آنها براساس ایده ها و عقاید منفی استوار است و علیرغم کارها و مراقبتهای خوب و مناسب ، بد و منفی آنها می بینند . اندیشه های منفی بیمار ممکن است در حد خفیف تا شدید بصورت هذیان بروز کند و احساسات بی کفایتی ، بی ارزشی و پوچی و گناه ، آنان را به سوی افکار خودکشی سوق می دهد.

اقدامات پرستاری براساس افزایش عزت نفس و شناسایی و کنترل افکاری که بنای واقعی ندارند ، استوار است . بدین منظور برقراری ارتباط همدلانه ضروری است و در این ارتباط به بیمار نشان دهید که حرفهای او را درک می کنید ولی نه خود هذیانهای او را ؛ بنابراین بدون اینکه با بیمار بحث و جدل کنید و یا سعی در قانع کردن او داشته باشید ، حقایق را به او بازگو کنید . این روش برای نشان دادن اشتباه بیمار بکار نمی رود بلکه نشان دادن حقیقت در اصل پیشنهاد خط فکری دیگری به بیمار است که آنها را دنبال کند . بطور مثال بیمار بیان می کند که مبتلا به یک بیماری غیرقابل علاج و ناشناخته شده است ؛ در اینجا پرستار پاسخ می دهد نتایج معاینات و نتایج پزشکی این مطلب را تایید نمی کند . ایجاد

شک و تردید منطقی باعث می شود بیمار در تفسیر خود از وقایع و موقعیتهای تجدید نظر کند بدین نحو که با طرح سوال و تکرار حرف بیمار بصورت شک و تردید می توان او را به ارزشیابی دوباره اعتقاداتش تشویق نمود تا شک و تردید نسبت به حرف خودش ایجاد شود؛ بطور مثال: ((این حرف بعید به نظر می رسد)) باید توجه داشت که تفکر منفی در بیماران افسرده یک فرآیند خودبخود است که خود او را از آن آگاه نیست و با دو روش می توان با آن مقابله نمود، اولاً از طریق انعکاس که پرستار همچون آینه ای نگرشهای آنان را نشان می دهد و ضمن اینکه بیمار احساس می کند مورد درک و فهم پرستار واقع شده است، حالت دفاعی و مقاومت او کاهش می یابد و به بیمار امکان می دهد بطور عینی درباره عقاید و عواطف وابسته به آنها بیشتر بیندیشد و آنها را بخشی از شخصیت خودش بداند. ثانیاً پرستار بیمار را بسوی تفکر مثبت سوق دهد بدین نحو که برای هر فکر منفی بیمار، یک فکر مثبت شناسایی شود.

بطور مثال، بیماری که خود را آدم ترسویی می داند، با به یاد آوردن شجاعتها و موفقیتهای وی، بیمار ممکن است به این نتیجه برسد که در مواقع خاص دچار ترس می شود.

بیمار افسرده نباید در طولانی مدت تنها گذاشته شود زیرا اینکار منجر به تشدید گوشه گیری و افکار هذیانی او می شود و بیمار بعلتنهایی و اضطراب افکاری را در ذهن خود خلق می کند و خود را با آن مشغول می کند؛ وقت خود را بیشتر در رابطه با این افکار اختصاص می دهد و وقت کمتری برای تماس با واقعیت پیدا می کند. آنها احتیاج دارند افراد دیگری همراه آنان باشند و با آنان به صحبت بنشینند و در واقع پرستاران باید سعی کنند جانشین افراد خیالی شوند.

ج (مشکلات هیجانی

بیماران افسرده نمی توانند هیجانهای خود را ابراز کنند؛ خصوصاً خشم، گناه، غمگینی، ناامیدی و اضطراب. آنها فکر می کنند چنین هیجانهایی مورد قبول واقع نمی شوند و غیر طبیعی هستند. غالباً این احساسها ناخود آگاه بوده و در نتیجه گاهی از احساس به شکلی برای بیمار تهدید آور است؛ در نتیجه پرستار باید با نهایت دقت با بیمار برخورد کند و هرگز فکر نکند که تفسیر مستقیم احساسات خود صحیح و درمانی است ولی به شرطی که آهسته و با صبر و حوصله براساس ارتباط همدلانه باشد. بطور کلی بیمار افسرده نیاز خود را برای داشتن هم صحبت در محیط زندگی تکذیب می کنند؛ ولی زمانیکه بدانند کسی به آنها توجه دارد و یا مایل است با آنها به صحبت بنشیند، بطور ظریفی احساس ارزشمندی می کنند و اعتماد بنفس آنها افزایش می یابد. این بیماران باید تشویق شوند که در مورد مسائل و مشکلاتشان صحبت کنند و احساساتشان را بیان نمایند هر چند که ممکن است این گفتار توأم با گریه باشد؛ اینکار آنها را آرام می کند و موجب آرامش خواهد شد؛ لیکن اظهاراتی از قبیل ((همه چیز درست خواهد شد))، ((اصلأ در موردش فکر نکن))، ((هیچگونه هماهنگی با احساسات بیمار ندارند. در واقع باید ضمن برقراری ارتباط همدلانه آنها را به صحبت کردن بیشتر تشویق نمود و اظهاراتی از قبیل)) خیلی غمگین به نظر می آید))، ((چه چیز باعث گریه شما شده))، ((آیا از چیزی رنج می برید)) لطفأ اگر مایلید در مورد آن صحبت کنید))؛ آنها را به صحبت کردن بیشتر تشویق می کند. نگرشی حاکی از پذیرش را به وی منعکس کنید و در این انعکاس به بیمار بفهمانید که می توانید دنیایی را که او احساس می کند به نحو صحیحی دریابید. نگرشی حاکی از پذیرفتن به او نشان می دهد که بیمار فردی ارزشمند است و بدین ترتیب حس اعتماد افزایش می یابد. آگاهی و پاسخگویی به احساسات بیمار مهارتی است که باید بدون توجه به ماهیت احساس (مثبت یا منفی) و بدون توجه به جهت احساس (بطرف خود یا دیگران) صورت پذیرد. بطور مثال اگر بیمار نسبت به پرستار ابراز خشم کند، حالت دفاعی به خود نگرید، اجازه دهید بیمار در محیطی عاری از تهدید، احساسات خود را بیان کند و بدین طریق بیمار را در مواجه شدن با موضوعات حل نشده یاری دهید و شرایطی را فراهم نمایید تا بیمار خشم انباشته شده را از طریق ورزشهای جسمی مانند والیبال، مشت زدن به کیسه بوکس، و دوچرخه سواری، تخلیه کند. ورزشهای جسمی روشی مطمئن و موثر جهت تخلیه تنش انباشته شده است و موجب کاهش اضطراب و افسردگی خواهد شد. در ضمن بیمار را با مراحل طبیعی غم و اندوه، احساساتی مناسب و قابل قبول است؛ زیرا آگاهی از

پذیرفته شدن احساسات مربوط به غم و اندوه طبیعی به بیمار کمک می کند تا از احساس گناهی که این واکنشها در او ایجاد کرده است کاسته شود.

د (مشکلات رفتاری

فقدان انرژی باعث می شود که برآوردن نیازهای جسمی برای بیمار ناراحت کننده باشد ؛ زیرا کوشش بسیار زیادی برای کمترین کار لازم است . مادامیکه در فعالیتهای فیزیولوژیکی بدن وقفه وجود دارد ، حالت عاطفی نیز تغییر نمی کند . خلق افسرده زمانی بهتر می شود که اعمال فیزیولوژی بدن بهتر شود . تحرک زیاد سبب ایجاد ماده شیمیایی بنام اندورفین) **Endorphin** (می شود که این ماده موجب بالا بودن خلق می گردد بنابراین از اقدامات مهم پرستاران ، فعال کردن بیمار است . پرستار با همکاری بیمار فعالیتهایی را تنظیم می کند که با اهداف درمانی منطبق است . دخالت دادن بیمار در طرح و برنامه درمان ، مسئولیت تغییر را به عهده بیمار می گذارد و این به بیمار نشان می دهد که می تواند در خود تغییر ایجاد کند و در نتیجه در او امید به آینده را بوجود آورد . در ابتدا پرستار باید دریابد که آیا بیمار آماده شرکت در فعالیتهای هست یا خیر ، سپس موقعیتهای را ایجاد کند که شرکت بیمار در آنها میسر شود . بیماران افسرده در جمع و براساس احتمال موفقیت وی برنامه ریزی می کند . زیرا عزت نفس بیمار پایین است و اگر پرستار انجام کاری را به وی محول کند که از عهده آن برنیاید ، عزت نفس او کاهش خواهد یافت . شکست ، احساس درماندگی ، بیچارگی و بی ارزشی را در بیمار تقویت می کند . ضمناً برنامه هایی که برای بیمار افسرده تنظیم می شود ، نباید نیاز به صرف زمان زیادی داشته باشد زیرا قوه تمرکز بیمار افسرده کاهش یافته است . فعالیتهای و کارهایی که زود انجام می گیرد و مخصوصاً بیمار حتماً در انجام آن موفقیت کسب می کند ، جنبه درمانی بسیاری دارد . باید به آنچه که بیمار انجام می دهد توجه شود ؛ نه گذشته و نه آینده . تقویت مثبت باید براساس عملکرد واقعی بیمار استوار باشد . پرستاری که با بیمار صادق است ، موجب احترام و اعتماد بیشتر بیمار می شود . سایر فعالیتهای درمانی شامل تمرینات ورزشی مناسب است که اغلب همراه با احساس سلامت از طرف بیمار است و در نتیجه سبب کاهش احساس اضطراب و افسردگی خواهد شد . فعالیت درمانی ، کلاسهای ورزشی ، قدم زدن ، شنا کردن و دوچرخه سواری فرصتهای خوبی را برای افزایش حرکت بدن ایجاد می کند و این کارها تنش را نیز می کاهش دهد . با پیشرفت حال عمومی بیمار ، نیاز به تفریحاتی مانند بیرون رفتن ، سینما رفتن ، صرف شام در رستوران ، شرکت در اجتماعات ورزشی و غیره بیشتر می شود.

مداخله با خانواده

بستری شدن بیمار در بیمارستان روی خانواده تاثیر می گذارد و الگوی تعاملی در خانواده را به هم می زند و در اینجا مداخله در الگوهای خانواده لازم است . وقتی یکی از اعضای خانواده به بیمارستان می رود ، سایر اعضای دیگر دچار تنیدگی می شوند ؛ بین اعضای خانواده ، فردی که بیمار را دوست دارد ، ممکن است دچار افسردگی ، خشم ، احساس گناه و اضطراب و یا دچار گنجی شود . در چنین مواقعی باید خانواده را حمایت نمود . قبل از اینکه بتوانیم به خانواده کمک کنیم باید الگوهای تعاملی بین اعضاء را شناسایی نمود ؛ نقشی که هر یک از اعضای خانواده ایفا می کنند ، شناسایی شود و اینکه ارتباط و اهمیت بیمار برای اعضای دیگر خانواده چگونه است ؛ خاطرات و تجربیات مشترکی که بیمار با سایر اعضای خانواده دارد ، غالباً مساله ساز است ؛ بطوریکه می تواند احساس گناه ، ناراحتی و عصبانیت را برانگیزد . همینطور وابسته بودن بیمار به خانواده موثر است و یا ممکن است بیمار تصورات و اعتقادات غیر واقعی راجع به خانواده خود داشته باشد . پرستار باید روی این عوامل تاثیر گذار باشد و احساسات متقابل را درک کند و بشناسد . ممکن است بیمار به گذراندن ساعتی در کنار خانواده خود احتیاج داشته باشد ، که این نیاز باید تامین شود . پرستار باید به بیمار کمک کند که بتواند به راحتی جدایی و دوری از خانواده را تحمل کند ؛ برای مثال ممکن است که احساس ناراحتی بیمار بدنبال مرگ یکی از اعضای مهم خانواده ایجاد شده باشد و او یک منبع حمایتی و احساسی را از دست داده است و امکان دارد احساس کند که هیچکس نمی تواند جای او را بگیرد . در اینجا پرستار باید به بیمار کمک کند که سایر ارتباطات رضایت

بخش را که می تواند وابستگی او را کمتر کند ، پیدا نماید . فرد افسرده نیازمند است که دید غیر منطقی نسبت به خود را تغییر دهد و پرستار باید بتواند به چنین فردی کمک کند تا احساس جدا بودن و کامل بودن خود را بعنوان یک فرد ، یعنی فردی که وابسته به دیگران و یا خانواده نیست ، ایجاد کند . همچنین پرستار باید افسردگی را در سایر اعضای خانواده شناسایی کند ، که باید پیگیری و درمان شود . افراد خانواده باید بدانند که فرد افسرده اغلب به احساسات آنها که ناشی از عشق و علاقه است ، بطور منفی پاسخ می دهد . عدم آگاهی به این مطلب باعث می شود فردی که به بیمار افسرده اهمیت میدهد ، احساس کند که تمام نیروی وی گرفته شده و بالاخره هم توسط بیمار طرد شده است .

مداخله در جامعه

بیماران افسرده غالباً دچار کمبود و فقدان مهارت های ارتباط بین فردی هستند و در روابط و موقعیتهای اجتماعی احساس ناراحتی می کنند کاهش اعتماد بنفس معمولاً باعث می شود که این افراد خودشان را در موقعیتهای اجتماعی بی تاثیر ، بی قدرت و مضر احساس کنند . بیمار تصور می کند تنهایی را که تجربه کرده به عنوان حالتی منفی یا تهدید کننده بر او تحمیل شده است . بدین دلیل پرستار باید با

بیمار وقت صرف کند و این ممکن است فقط بصورت ساکت نشستن در کنار بیمار باشد . حضور پرستار به بیمار کمک خواهد کرد تا خود را فردی ارزشمند درک کند و از طریق تماسهای مکرر و مختصر ، نگرشی حاکی از پذیرفتن بیمار ، ارتباط درمانی پرستار با بیمار شکل می گیرد . پس از اینکه بیمار در یک رابطه رویارو احساس راحتی کرد ، او را تشویق به حضور در فعالیتهای گروهی کنید . ممکن است لازم شود که در چند جلسه اول به منظور حمایت از وی با او در گروه مشورت کنید ، چنانچه اضطراب بیمار در گروه افزایش یافت ، به وی اجازه دهید تا از آن خارج شود . برای تعامل داوطلبانه بیمار با دیگران ، باز خورد مثبت فراهم آورید . همینکه بیمار احساس کند فرد مفیدی است ، می تواند زندگی اش را اداره کند و احساس قدرت و توانایی خواهد کرد .

اختلال دو قطبی) Bipolar mood Disorder (اختلال

دو قطبی چیست؟

اختلال دو قطبی نوعی اختلال خلقی و یک بیماری روانی است که ۸ درصد مردم به این اختلال مبتلا می شوند ، این اختلال در بین مردان و زنان به یک اندازه مشاهده می شود و به طور معمول در آخر دوره نوجوانی یا اوائل بزرگسالی تظاهر پیدا می کند . افراد مبتلا به این بیماری دچار تغییرات شدید خلق می شوند به عبارتی علاوه بر افسردگی ، دوره هایی از سرخوشی ، شغف و لذت بالا را تجربه می کنند . علائم سرخوشی و شیدایی را که فرد در این بیماری تجربه می کند و از اصلی ترین ویژگی های تعیین کننده این اختلال است ، شامل موارد زیر می باشد:

۱/ افراد در دوره شیدایی وجود شادی زیاد را تجربه می کنند که به آن خلق بالا یا تحریک پذیر می گویند .

۲/ افراد در این دوره نمی توانند یک جا آرام بگیرند و بند شوند ، به عبارتی بی قراری جسمی دارند .

۳/ ممکن است افراد در این دوره رک تر و بی پرده تر حرف بزنند و یا مداوم در مورد موضوعاتی صحبت کنند که هر لحظه ممکن است توجه آنها را به خود جلب کند به عبارتی پرحرفی کنند که به این حالت پرحرفی غیر عادی (گفتار تند) گویند .

۴/ هنگام صحبت کردن این بیمار ممکن است از موضوعی به موضوع دیگر بپرند به طوری که به سختی می توان صحبت آنها را قطع کرد به این حالت پرش افکار می گویند .

۵/ ممکن است در این دوره نیاز به خواب افراد کم شود.

۶/ ممکن است این افراد اعتقاد داشته باشند که توانایی‌ها و استعداد‌های خاصی دارند و نسبت به سایر افراد برتر هستند به این ویژگی افراد عزت نفس کاذب گفته می‌شود.

۷/ در دوره شیدایی فرد به سختی می‌تواند توجه خود را نسبت به موضوع خاصی متمرکز کند به عبارتی توجه او به آسانی منحرف می‌شود، در این حالت گفته می‌شود که شخص حواس پرت می‌باشد.

۸/ افراد در این دوره ممکن است تا حدی با دیگران معاشرت و رفت و آمد داشته باشند که باعث مزاحمت آنها شوند، همچنین نسبت به نتیجه‌ای که اعمال و رفتارشان دارد بی‌توجه شوند، این رفتارها می‌تواند شامل رفتارهای جنسی نسنجیده، ولخرجی و رانندگی پرخطر باشد.

اختلال دوقطبی چند نوع می‌باشد؟

علائم شیدایی که ذکر شد اصلی‌ترین ویژگی اختلال دو قطبی می‌باشد. اختلال دو قطبی از لحاظ تشخیصی به سه شکل اختلال دوقطبی I

Bipolar I Disorder (، اختلال دو قطبی **Bipolar II Disorder**) II (و اختلال خلق ادواری) **Cyclothymic Disorder**

Disorder (مشخص می‌شود. **اختلال دو قطبی I چیست؟**)

این اختلال شامل یک دوره شیدایی یا یک دوره که در آن شیدایی و افسردگی را با هم تجربه می‌کند (مختلط) می‌باشد.

اختلال دو قطبی II چیست؟ این اختلال شکل خفیف تری دارد این اشخاص دست کم یک دوره افسردگی و یک دوره شیدایی

خفیف را تجربه می‌کنند.

اختلال خلق ادواری چیست؟

این اختلال نوع مزمن اختلال دو قطبی است که ۲ سال به طول می‌انجامد در این اختلال، شخص دچار علائم پی در پی اما خفیف، افسردگی و شیدایی می‌شود حتی اطرافیان بیمار معمولاً متوجه فراز و نشیب‌ها می‌شوند شخص در خلال نشیب‌ها ممکن است غمگین باشد، احساس بی‌کفایتی کند، از دیگران کناره‌گیری کند و ۱۰ ساعت در شب بخوابد و در خلال فرازها ممکن است پرسرو صدا، بیش از حد با اعتماد به نفس و از لحاظ اجتماعی راحت و معاشرتی باشد و به خواب کمی نیاز داشته باشد.

پیشنهاداتی جهت کمک به افراد دارای اختلال دو قطبی یا نحوه برخورد اطرافیان با افراد دارای اختلال دو قطبی

درباره اختلال دو قطبی بیاموزید: درباره اختلال دو قطبی بیشتر یاد بگیرید، هرچه می‌توانید درباره علائم و گزینه‌های درمانی بیاموزید.

هر قدر بیشتر درباره اختلال دو قطبی بدانید، برای کمک به عزیزتان و کنترل اوضاع مجهزتر خواهید بود.

فرد را بکمک گرفتن تشویق کنید: هر قدر اختلال دو قطبی زودتر تحت درمان قرار بگیرد، کنترل آن ساده‌تر خواهد بود. بنابراین از دوست یا عضو خانواده تان بخواهید فوراً از یک متخصص کمک بخواهد با این امید که شاید بدون درمان بهتر شود، منتظر نمانید.

سعی کنید درک کنید: عزیزتان را متوجه کنید که اگر نیاز به درد دل، تشویق یا کمک در امر درمان داشته باشد، شما درکنار او خواهید بود به او یادآوری کنید که موضوع برای شما مهم است و هر کاری که بتوانید برای کمک به او انجام دهید.

صبور باشید : انتظار بهبودی سریع یا علاج کامل نداشته باشید، مدیریت اختلال دو قطبی فرآیندی است که در تمام عمر جریان دارد در دوره بهبودی صبور باشید و خودتان را برای چالش ها و یا عودهای احتمالی آماده کنید.

محدودیت دوست یا عضو خانواده تان را بپذیرید :افراد مبتلا به اختلال دو قطبی نمی توانند بر خلق خود کنترل داشته باشند، آنها نه می توانند در دوره افسردگی به خود انگیزه بدهند نه می توانند در دوره مانیک خود را کنترل کنند ، بنابراین گفتن جملاتی مانند ”مثل دیوانه ها رفتار نکن ” یا “از یک زاویه دیگر به دنیا نگاه کن ” به او کمکی نخواهد کرد.

محدودیت های خودتان را بپذیرید : شما نه می توانید ناجی فرد دو قطبی باشید، نه می توانید به او فشار بیاورید که مسئولیت بهتر شدن را به عهده بگیرد، شما تنها می توانید در این مسیر هدایت کننده او باشید.

اضطراب را کاهش دهید: استرس اختلال دو قطبی را بدتر می کند، بنابراین سعی کنید راههایی را برای کاهش استرس در زندگی عضو خانواده خود پیدا کنید، از خود بپرسید که چگونه می توانید در انجام برخی مسئولیت ها به او کمک کنید. همچنین قرار دادن و تقویت کردن یک برنامه منظم روزانه (زمان منظم برای غذا خوردن، بیدار شدن از خواب و به خواب رفتن) می تواند کمک کننده باشد.

با او ارتباط موثر برقرار کنید : ارتباط صادقانه و شفاف برای کنار آمدن با فرد مبتلا به دو قطبی در خانواده ضروری است نگرانی خود را به شیوه دوستانه مطرح کنید. از او درباره احساساتش سوال کنید و به خوبی و با دقت و همدلی به حرف های او گوش کنید، حتی اگر با حرف هایش موافق نیستید، جملاتی که می تواند برای کمک، به فرد دارای اختلال دو قطبی باشد، به او بگویید:

– تو در این مسیر تنها نیستی، من برای تو اینجا هستم

– من می دانم که تو یک بیمار واقعی داری و این بیماری است که باعث احساسات و افکار تو می شود.

– ممکن است الان باور نداشته باشی، اما روشی که تو احساس می کنی، تغییر خواهد کرد.

– ممکن است من قادر نباشم دقیقاً احساس تو را درک کنم، اما از تو مراقبت می کنم و به تو کمک خواهم کرد.

– تو برای من مهم هستی و زندگی تو برای من مهم است.

درمان اختلالات دو قطبی

درمان مناسب دو قطبی می تواند به تثبیت قابل توجه خلق و نیز کنترل سایر علائم در اکثر بیماران حتی آن دسته که از شدیدترین فرم های اختلال رنج می برند، بینجامد. از آن جایی که اختلال دو قطبی یک بیماری عود کننده است، در اکثر موارد درمان پیشگیرانه طولانی مدت توصیه شده و مورد نیاز می باشد. برنامه درمانی مناسب و مورد قبول شامل ترکیبی از درمان های دارویی و درمان های روانی - اجتماعی می باشد که در طول زمان به کنترل اختلال منجر شود . در اکثر موارد، درمان طولانی و ممتد اختلال دو قطبی بسیار موثرتر از درمان های مقطعی است . با این همه ، حتی در صورت درمان منظم و مستمر ، احتمال تغییرات خلقی وجود داشته و خانواده ها و بیماران باید این تغییرات را به روان پزشک معالج بیمار گزارش نمایند . گزارش بیمار و خانواده می تواند به روان پزشک در تنظیم مجدد برنامه درمانی کمک کند تا شاید از بروز یک دوره کامل و شدید اختلال جلوگیری گردد. همکاری نزدیک با روان پزشک و طرح آزادانه سوالات و نگرانی ها در مورد برنامه درمانی و راه

حل های موجود می تواند میزان اثربخشی درمان را افزایش دهد. بعلاوه، درج یک نمودار تغییرات روزانه علائم خلقی و خانواده وی کمک کند تا درک بهتری از اختلال داشته باشد. این نمودار همچنین به روان پزشک کمک خواهد کرد تا بتواند روند درمان را پیگیری نماید.

داروها

درمان دارویی اختلال دوقطبی توسط روان پزشکان که در تشخیص و درمان اختلالات روانی تخصص دارند، صورت می پذیرد. داروهایی که به طور معمول جهت کنترل اختلال دوقطبی تجویز می گردند، "داروهای تثبیت کننده خلق" نام دارند. امروزه داروهای تثبیت کننده خلق متنوعی در دسترس هستند. بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی باید مدتی طولانی (گاه چندین سال) تحت درمان با داروهای تثبیت کننده خلق باشند. در صورت نیاز، انواع دیگری از داروها معمولاً به صورت دوره ای و موقت به داروهای تثبیت کننده خلق افزوده می شوند تا دوره های شدید ای / مانیا یا افسردگی که علیرغم مصرف دارو رخ می دهند، درمان شوند.

به دلیل احتمال تأثیر نامطلوب داروهای تثبیت کننده خلق بر جنین و شیرخوار، خانم های مبتلا به این اختلال در صورت تمایل به بارداری و یا بارداری با مشکلات خاصی روبرو خواهند شد. بنابراین در این موارد مشاوره با روان پزشک جهت اطلاع از فواید و خطرات احتمالی درمان های موجود ضروری است.

داروهای مورد استفاده در درمان

۱/ لیتیوم

۲/ ضد تشنج (کاربامازپین - والپرات - کلونازپام)

۳/ آنتاگونیست کلسیم لیتیوم:

* درمان مانیای حاد

* درمان نگهدارنده

* سطح سمی

اندیکاسیون: اختلال دو قطبی، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال افسردگی اساسی، پرخاشگری

عوارض: ناراحتی معده، افزایش وزن، لرزش، احساس خستگی، اختلال شناختی خفیف، علائم معده ای روده ای (تهوع، استفراغ، اسهال، کاهش اشتها)، لکوسیتوز **مراقبت:**

۱/ قبل از تجویز لیتیوم لازم است آزمون های کار تیروئید، **CBC**، الکترولیت سرم، کار کلیه انجام شود (احتمال مسمومیت)

۲/ به بیمار و خانواده وی آموزش دهید اثر ضد مانیای لیتیوم ۱۴-۱۰ روز بعد مشخص می گردد.

۳/ حداقل هفته ای ۲ بار لیتیوم سرم را چک کنید.

۴/ برای اندازه گیری سطح خونی لیتیوم ۱۲-۸ ساعت پس از آخرین دوز دارو (شب قبل) نمونه خون گرفته شود.

۵/ برای کنترل عوارض گوارشی دارو را بصورت منقسم تجویز نمائید.

۶/ برای کنترل عوارض گوارشی دوز دارو را با غذا تجویز نمایید.

۷/ در صورت افزایش وزن کم خوردن را برای کنترل وزن توصیه کنید.

۸/ در صورت افزایش وزن فعالیت را برای کنترل وزن توصیه کنید.

۹/ در صورتی که داروهای دیگری مثل دیورتیک مصرف می نمایید پزشک را مطلع نمایید.

۱۰/ آموزش کافی به بیمار و خانواده وی در مورد علائم مسمومیت دارو داده شود تا در صورت بروز آنها دارو را **hold** نماید چرا که مسمومیت با لیتیوم فوریت طبی است (چون آسیب عصبی دائمی و یا مرگ را به دنبال عدم درمان سبب می شود)

۱۱/ رژیم پر نمک و مایعات فراوان را توصیه نمایید.

علائم اولیه مسمومیت: لرزش، آتاکسی

علائم بعدی مسمومیت: اختلال هوشیاری، فاسیکولاسیون عضلانی، میوکلونوس، تشنج، اغماء **درمان مسمومیت:**

۱- قطع لیتیوم

۲- اصلاح کم آبی

۳- شستشوی معده جهت تخلیه آخرین دوز

۴- همودیالیز در موارد شدید

داروهای ضد تشنج در موارد زیر بکار می رود:

۱- پاسخ ناکافی پس از حداقل ۴ هفته درمان

۲- عدم تحمل داروهای ضد جنون یا لیتیوم

۳- تغییر سریع در علائم

۴- اختلال در الکترو آنسفالوگرام

۵- ضربه مغزی **کاربرد**

لیتیم ۱- فاز مانیا

علائم خفیف: لیتیوم + بنزودیازپین

علائم شدید: لیتیوم + آنتی سایکوتیک + بنزودیازپین

۲- فاز افسردگی: لیتیوم + هترو سیکلیک (غالباً تک حلقه ای و سه حلقه ای) (۳- دوره بهبودی) خلق نرمال (لیتیم +) به عنوان پروفیلاکسی (درمان های روانی - اجتماعی)

علاوه بر درمان های دارویی، درمان های روانی - اجتماعی هم مفید هستند این درمان ها شامل انواع خاصی از روان درمانی در ارائه حمایت به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده های آنان و بهره مکند ساختن ایشان از آموزش و راهنمایی می باشند. مطالعات انجام پذیرفته نشان می دهند که انجام مداخلات روانی - اجتماعی می تواند سبب افزایش تثبیت خلق، کاهش میزان بستری بیماران، و بهبود عملکردشان در زمینه های مختلف گردد. چنین درمان های به طور معمول توسط یک روان شناس، مددکار، و یا یک کار درمانگر ارائه می گردد. این افراد روان پزشک را در پیش سیر وضعیت بیمار کمک می کنند. تعداد جلسات، فواصل بین آن ها و نیز نوع درمان انتخابی بر اساس نیازهای درمانی هر بیمار تعیین می گردد. درمان های روانی - اجتماعی که به طور معمول در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به کار می روند عبارتند از درمان رفتاری - شناختی، آموزش روان شناختی ۲ و آموزش روان شناختی برای خانواده.

سایر درمان ها (الکترو شوک)

در شرایطی که درمان های دارویی قادر به کنترل اختلال نبوده و یا از سرعت کافی برای کنترل علائم شدید از قبیل سایکوز و یا افکار

خودکشی برخوردار نیست، ممکن است درمان با الکترو شوک گزینه مناسبی باشد. این روش درمانی همچنین ممکن است برای درمان دوره های شدید اختلال در مواردی که به دلیل وجود شرایط طبی خاص از قبیل بارداری استفاده از داروها همراه با خطراتی باشد، بکار گرفته شود. درمان الکتروشوک برای درمان دوره های شدید افسردگی، شیدایی / مانیا، و یا دوره های مختلط ۳ بیماری بسیار مناسب است. استفاده از روش های جدید درمانی الکترو شوک، احتمال بروز اختلال دیرپای حافظه (عارضه ای که در گذشته باعث نگرانی بود) را به طور چشمگیری کاهش داده است.

بیماری با دوره طولانی که به طرز موثری قابل کنترل است

به طور طبیعی دوره های افسردگی و شیدایی در بیماران مبتلا ماهیت عود کننده دارند، درک این واقعیت که در حال حاضر درمانی قطعی (بهبود کامل) برای این اختلال وجود ندارد، می تواند اختلال را به خوبی تحت کنترل درآورده و احتمال بروز دوره های مکرر و وخیم تر بیماری را کاهش دهد.

مداخلات پرستاری در توانایی بالقوه آسیب به خود و دیگران:

- ۱- اصول و مقررات بخش را دقیقاً و چند بار برای این بیماران توضیح دهید. (تمرکز این بیماران کم است)
- ۲- محرکهای محیطی را کاهش دهید (اتاق خصوصی، نور ملایم، صدای کم، تزئینات ساده، و.....)

۳- در صورت امکان بیمار را در بخش آرام قرار دهید.

۴- فعالیت گروهی را کنترل کنید.

۵- وسایل و لوازم خطرناک را از محیط بیمار دور کنید چون منطبق بیمار مختل است و ممکن است به خود صدمه بزند.

۶- برنامه های سازمان یافته ای (مثل ایجاد زمان استراحت در طول روز) برای بیمار ایجاد کنید.

۷- در بیمار احساس امنیت (اعم از جسمی و روانی) را ایجاد کنید.

۸- فعالیتهای جسمی هدفدار مثل ورزش و ضربه به توپ، کارهای منزل و..... را جایگزین فعالیتهای بی هدف نمائید.

۹- طبق تجویز پزشک آرامبخشی به بیمار بدهید.

۱۰- زمانی که تشویش بیمار زیاد می شود و فعالیت او افزایش می یابد در کنار وی بمانید و او را حمایت کنید.

۱۱- بیمار را به فعالیتهایی که نیاز به تحرک زیادی ندارد تشویق کنید. (نقاشی کردن)

۱۲- در پاسخ به انتقاد و فحاشی یا تهاجم بیمار از دفاعهای شخصی استفاده نکنید.

۱۳- کلیه رفتارهای بیمار را دقیقاً ارزیابی نموده و در پرونده ثبت نمایید.

رهنمودهای استفاده از مهار فیزیکی: در بیماران مبتلا به خشم نسبت به خود و یا دیگران

۱- کار مهار را به کسی واگذار کنید که در این مورد آموزش دیده است.

۲- در صورت مسلح بودن بیمار وی را خلع سلاح نمایید حتی اگر مسلح نبود با حداکثر قدرت با وی برخورد نمایید و به گونه ای بدون تهدید به بیمار نزدیک شوید.

۳- بهتر است برای شروع اقدام ۱۰-۵ نفر حضور داشته باشند.

۴- برای پیشگیری از صدمه به بیمار حتی الامکان از مهارهای چرمی استفاده کنید

۵- بیمار را در وضعیت بی خطری قرار دهید.

۶- به بیمار توضیح دهید که چرا او را مهار می کنید.

- ۷- هنگام مهار کردن بیمار ، یکی از اعضاء باید در معرض دید بیمار باشد.
- ۸- پاهای بیمار را باز نگهدارید، یک دست در پهلو و دست دیگر روی سر بیمار باشد.
- ۹- مهار طوری باشد که امکان اجرای تزریق وریدی وجود داشته باشد.
- ۱۰- مهارهای فیزیکی را از نظر ایمنی مرتباً امتحان کنید.
- ۱۱- سر بیمار کمی بالاتر از سطح بدنش باشد.
- ۱۲- داروهای آرامبخش تزریقی بیمار را اجراء نمایید.
- ۱۳- دلیل مهار کردن بیمار بطور کامل در پرونده درج شود.
- ۱۴- ضمن مهار شدن بیمار به دقت مراقب وی باشید و علائم حیاتی را مکرراً چک کنید.
- ۱۵- بلافاصله پس از مهار بیمار ، طرح روشی دیگر (دارو درمانی، اطمینان بخشی) را بریزید و بیمار را ارزیابی کنید.

۱۶- اقدامات و درمانهای انجام شده و پاسخ بیمار به درمان باید دقیقاً ثبت شود **اختلال**

اسکیزوفرنیا

(schizophrenia disorder) اختلال

اسکیزوفرنیا چیست؟

اسکیزوفرنیا یکی از شدیدترین اختلال های روانی است ، که آشوب گسترده ای را در زندگی شخص ایجاد می کند شیوع این اختلال در طول عمر کمتر از ۱ درصد می باشد و زنان و مردان تقریباً به یک اندازه دچار آن می شوند این اختلال معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی پدیدار می شود و معمولاً در مردان در سن پایین تری نسبت به زنان پدیدار می گردد. اسکیزوفرنیا اختلالی است که مشخصه اصلی آن آشفتگی در تفکر ، هیجان و رفتار می باشد ، به عبارتی افراد اسکیزوفرن از واقعیت های روزمره کناره گیری می کنند ، ممکن است ظاهری ژولیده داشته باشند و رفتارهای عجیب و غریب بکنند و تجربیات عجیبی را گزارش دهند . اسکیزوفرنی باعث رنج و پریشانی چشمگیر هم برای خود بیمار و هم اعضای خانواده بیمار می شود. افراد اسکیزوفرن معمولاً نشانه های را که در ذیل توضیح داده می شود را دارند.

۱/ این افراد باورهایی دارند که در دنیای واقعی وجود ندارد برای مثال بیمار ممکن است اعتقاد داشته باشد کسی او را در خیابان تعقیب می کند یا اطرافیان قصد آسیب زدن به او را دارند یا اینکه افکار بیمار پخش و منتشر می شود به این باورهای غلط بیمار هذبان گفته می شود.

۲/ این افراد ممکن است چیزهایی را تجربه کنند که محرک مربوط به آن در دنیای واقعی وجود نداشته باشد به این تجربیات توهم گفته می شود، برای مثال فرد ممکن است صدای آدم هایی را بشنود که با هم جر و بحث می کنند یا صداهایی می شنود که درباره رفتار فرد نظر می دهد. توهم بیشتر شنوایی است تا دیداری

۳/ این افراد ممکن است که در انجام کارهای روزمره بی علاقه شوند و نسبت به آن بی تفادت شوند که به این حالت بی ارادگی می گویند.

۴/ در این اختلال ممکن است صحبت های بیمار اطلاعات اندکی را به فرد شنونده منتقل بکند و یا اینکه بیمار تکراری صحبت کند و یا صحبت های او مبهم باشد ، به این ویژگی ناگویایی می گویند.

۵/ در این اختلال ممکن است بیمار از فعالیت هایی از جمله غذای خوب و تفریح که برای بیشتر مردم لذت بخش است ، کمتر لذت ببرند که به این ویژگی بی لذتی می گویند.

۶/ ممکن است این بیماران دچار حالتی شوند که در آن هیچ چیز در آنها هیجانی را ایجاد نکند برای مثال حالت بهت زده داشته باشند، چشم ها بی روح باشد، ماهیچه های صورت شل و آویخته باشد و با صدایی آهسته و بی حالت پاسخ بدهند که به این ویژگی که بیماران تجربه می کنند افت عاطفی گویند.

۷/ ممکن است افراد دارای این اختلال از برقراری روابط اجتماعی دوری بکنند و دوستان خود را از دست بدهند و در تنهایی و انزوا به سر ببرند به این ویژگی بی تفاوتی اجتماعی گویند.

۸/ گاهی این بیماران ممکن است طوری صحبت کنند که شنونده نتواند آن را بفهمد به عبارتی گفتار آشفته داشته باشند.

۹/ ممکن است این بیماران در برقراری ارتباط کلامی با شنونده موفق باشند اما در ادامه دادن بحث مشکل داشته باشند به عبارتی دارای ویژگی تداعی های سست باشند.

۱۰/ این بیماران ممکن است دارای رفتارهای آشفته از جمله رفتار کردن به شیوه کودکانه ، پوشیدن لباس های غیر عادی و جمع آوری چیزهای ببرد نخور و ... باشند.

اختلال اسکیزوفرنیا چند نوع است؟

با توجه به نشانه هایی که فرد مبتلا به اسکیزوفرنی دارد، اسکیزوفرنیا به انواع فرعی تقسیم می شود.

۱- نوع پارانوئید **Paranoid Type**

۲- نوع آشفته **Disorganized Type**

۳- نوع کاتاتونیک **Catatonic Type**

۴- نوع نامتمایز **Undifferentiated Type**

۵- نوع باقیمانده **Residual Type**

اسکیزوفرنیای پارانوئید چیست؟

بیماران مبتلا به نوع پارانوئید یک یا چند هذیان غیر عادی (باور غلط غیر عادی)، یا توهمات شنوایی دارند بدون اینکه این افراد گفتار آشفته و رفتار آشفته ای داشته باشند.

اسکیزوفرنیای آشفته چیست؟

اسکیزوفرنی آشفته با گفتار بیمار که غیر قابل فهم برای شنونده است و رفتار آشفته و پاسخ هیجانی ضعیف آشکار می شود این بیماران از لحاظ ظاهری غیر عادی هستند حتی هذیان ها و توهمات این بیماران در مورد موضوع واحد و مشخصی نیست.

اسکیزوفرنیای کاتاتونیک چیست؟

نشانه بارز اسکیزوفرنی نوع کاتاتونیک رفتارهای حرکتی غیر عادی است ممکن است این بیماران ساعت ها در یک حالت مشخص ثابت بمانند و نسبت به اتفاقات محیطشان پاسخی ندهند.

اسکیزوفرنیای نامتمایز چیست؟

این بیماران مجموعه ای از نشانه ها از جمله هذیان، توهم، رفتار آشفته را نشان می دهند اما ملاک های لازم برای تشخیص نوع پارانوئید، کاتاتونیک و یا آشفته را برآورده نمی سازند.

اسکیزوفرنیای باقی مانده چیست؟

تشخیص این نوع از اسکیزوفرنی زمانی به کار می رود که بیمار تمام ملاک های لازم برای تشخیص اسکیزوفرنی را ندارد اما هنوز برخی از نشانه های این بیماری از جمله افت عاطفی و انزوای اجتماعی را از خود بروز می دهد.

نحوه برخورد اطرافیان با افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا در شرایط بحرانی

منظور از شرایط بحرانی حالتی است که بیمار عصبی و پرخاشگر به نظر می رسد و هر آن ممکن است به کار خشن دست بزند استفاده از روشهای زیر به شما کمک می کند تا از بدترین وضعیت جلوگیری کنید:

• تا جایی که می توانید آرام باشید.

• محرک های خارجی را به حداقل برسانید، به عنوان مثال تلویزیون و رادیو را خاموش نمایید.

• شمرده شمرده و آرام صحبت کنید و سعی کنید به او دستور ندهید.

• خودتان بنشینید و سعی کنید بیمار را تشویق به نشستن و صحبت کردن کنید و به صورت نشسته با بیمار صحبت کنید.

• بالای سر یا پشت سر بیمار قرار نگیرید و فاصله خودتان را با او حفظ کنید.

• تا حد امکان وسایل تیز و برنده و یا اشیائی را که به راحتی قابل پرتاب شدن هستند، از دسترس دور نگه دارید.

• از او بخواهید که در مورد حالات روحی خودش مانند ترس و نگرانی صحبت کند. در این حالت سعی نکنید که او را مجاب یا متقاعد کنید که اشتباه می کند.

• از درگوشی صحبت کردن یا پیچ کردن یا دیگران در مقابل بیمار خودداری کنید.

• از بیان جملاتی مثل «چرا مثل بچه ها رفتار می کنی»، «اصلاً این گونه که تو می گویی نیست»، «این چه کاری است که می کنی» اجتناب کنید.

• در مورد نحوه رفتار با فرد در شرایط بحرانی با سایر اعضای خانواده صحبت کنید و باهم به تفاهم برسید تا در چنین شرایطی تمامی اعضای خانواده بدانند که چگونه باید رفتار کنند.

• مسیر حرکت یا خروج بیمار را از منزل سد نکنید.

• او را تشویق کنید که با شما یا فردی که رابطه خوبی با او دارد به بیمارستان برود.

• از آدرس و تلفن خدمات اورژانس یا مراکز روانپزشکی که دارای اورژانس هستند مطلع باشید.

• حتی الامکان تلفن پزشک معالج بیمار یا مددکار اجتماعی بیمارستان روانپزشکی را در دست داشته باشید.

• بدانید که در این مواقع از چه کسانی اعم از دوست، اقوام یا همسایگان می توانید تقاضای کمک نمائید.

علل عمده بستری کردن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی:

۱/ نیل به اهداف تشخیص

۲/ برقرار کردن درمان دارویی

۳/ تضمین امنیت بیمار بخاطر افکار خودکشی یا دیگر کشی

۴/ رفتارهای که به وضوح نامتناسب و نامناسب و نابسامان هستند از جمله ناتوانی در تأمین سرپناه، خوراک و ...

۵/ برقراری پیوند موثر بین بیمار و نظام های حمایتی اجتماعی درمان

بیماری اسکیزوفرنیا

۱- درمان روان پریشی (سایکوز) حاد:

درمان مرحله حاد بر تخفیف شدیدترین علائم روانپزشکی متمرکز است که عموماً ۸-۴ هفته طول می کشد. در هنگام سراسیمگی بالا **Agitation** " تجویز عضلانی داروهای ضد روانپریشی اثرات سریع دارد داروهای ضد روانپریشی به ۲ گروه عمده تقسیم بندی می شوند.

I. داروهای ضد روانپریشی متعارف قدیمی (تیپیک) یا نسل اول یا **DA** .

II. داروهای ضد روانپریشی نسل دوم یا آتیپیک یا **SDA**

• داروهای ضد روانپریشی قدیم یا **DA** ها شامل: هالوپریدول - فلوپنارین - پیموزاید - تیوتکسین - پرفنازین - مولیندون - تری فلوپرازین - کلرپرومازین - تیوریدازین

• داروهای ضد روانپریشی جدید یا **SDA** ها شامل: ریسپریدون - الانزاپین - کلوزاپین - آری پیرازول - زپیراسیدون - کوئتیاپین.

داروهای نسل جدید هم روی علائم مثبت و هم علائم منفی بیماری موثرند ولی داروهای نسل قدیم فقط روی علائم مثبت بیماری موثرند.

۲- درمان در حین مرحله تثبیت و نگهدارنده : هدف از این درمان جلوگیری از عود روانپریشی و کمک به بهبود سطح عملکرد بیمار است عموماً توصیه می گردد بیمارانی که چند حمله روانپریشانه را تجربه کرده اند دست کم ۵ سال تحت درمان باشند و بسیاری از متخصصین توصیه می کنند درمان دارویی بصورت نامحدود ادامه پیدا کند.

۳- درمان موارد مقاوم: اگر بیمار به یک **DRA** پاسخ خوبی نشان ندهد، احتمالاً تغییر دارو به یک **SDA** مفیدتر است، در بیمارانی که پاسخ مناسب به آنتی سایکوتیک ها نشان نمی دهند، کلوزاپین موثر است.

همچنین داروهای تثبیت کننده خلق و خو که در درمان نوسانات خلقی مورد استفاده قرار می گیرند.

داروهای ضد افسردگی که بر سطح سروتونین و دوپامین در بدن اثر می گذارند. پزشکان گاهی یک نوع دارو یا ترکیبی از داروهای بالا را برای درمان این افراد تجویز می کنند.

درمان از طریق مداخلات اجتماعی: آموزش روانی خانواده: این نوع درمان شامل حمایت خانواده، توانایی حل مشکلات و دسترسی به مراقبتها در زمان بحران بیماری می باشد. این نوع مداخلات حداکثر چندین ماه طول می کشد میزان عود بیماری را کاهش می دهد و روابط اجتماعی و عاطفی خود را بهبود می بخشد. همچنین بار مسئولیت خانواده های دارای یک فرد مبتلا به اسکیزوفرنی را کاهش میدهد اعضای خانواده تمایل دارند بیشتر درباره این اختلال بدانند و به طور کلی روابط خانواده، دوباره تحکیم می شود.

❶ تحقیقات نشان می دهد که اگر فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا مورد حمایت اعضاء خانواده باشد، زندگی بهتری خواهد داشت.

۱/ درمان سوء مصرف مواد:

فراهم کردن مداخلات پزشکی و روانشناختی در این باره بخشی از درمان این افراد می باشد حدود ۵۰ درصد از افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، از مصرف مواد مخدر و یا وابستگی به آنها رنج می برند.

۲/ درمان جامعه:

درخانه، محل کار و غیره بیماران هر روز با هم جلسه گروهی می گذارند. بهتر است محل قرارها در خانه، محل کار و یا محل های دیگر باشد و نباید محل قرارها را در بیمارستان گذاشت. یک تیم درمانی نیز باید حضور داشته باشند. اعضای این تیم شامل روانپزشک، پرستار، مدیر برنامه، مشاور مشاور و مشاور افراد مصرف کنندگان مواد مخدر می باشند. این تیم تمایل دارند افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را کمتر در بیمارستان بستری کنند.

۳/ آموزش مهارت های اجتماعی:

این درمان به نام های «مدیریت بیماری» و یا «برنامه نویسی برای بهبود» نیز خوانده می شوند. این آموزش شامل راههایی برای رسیدن به شرایط اجتماعی مناسب و شامل بازی کردن در نمایشنامه می باشد و مشکلات و موقعیتهایی که در جامعه برای این بیماران رخ می دهد را نمایش می دهند و راه حل آنها را به صورت نمایش بازی می کنند. این نوع درمان، مقاومت در برابر استفاده از مواد را فراهم می کند و روابط خوبی را بین فرد مبتلا و پزشک برقرار می سازد.

درمان شناختی و رفتاری:

اساس این درمان عبارتست از تمرکز دریافتن روش ها و تغییر روش هایی که با توانایی های بیمار تداخل دارد به جز در مورد بیماران روانی شدید، درمان شناختی و رفتاری می تواند باعث کاهش علائم اسکیزوفرنی گردد و عملکرد اجتماعی فرد را بالا ببرد. این درمان به صورت جلسه خصوصی و یا عمومی قابل انجام است.

کنترل وزن: باید به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی درباره وزن مناسب و رابطه بین وزن تداخل داروهای مورد استفاده آگاهی داده شود. این نکته را باید به یاد داشته باشید که اگر بیماری دارای وزن مطلوب باشد، درمان موثر خواهد بود.

مراقبت‌های پرستاری در بیماران اسکیزوفرنی:

بیشترین رفتارهای مداخله طلب در کار با این بیماران مربوط به بیماری‌های است که تشخیص اسکیزوفرنی پارانوئید دارند، این بیمار با الگوی رفتاری حاکی از سوءظن شدید، با نشان دادن نگرش‌های برتری طلبی، استهزاء و کنایه آمیز موانعی جهت انجام مراقبت‌ها ایجاد می‌کند. این نگرش‌ها یک روش جهت مقابله با احساسات بی‌کفایتی است. چنانچه اضطراب افزایش یابد، وی عقاید گزند و آسیب را نشان می‌دهد.

بنابراین هدف پرستاری کمک به بیمار برای یافتن روش‌های سازنده برخورد با این نیازها است این بیماران احساسات پرخاشگرانه را دردیگران بیدار کرده و تحریک می‌کنند. متعاقباً پرستار باید قبل از کار کردن با بیمار به این احساسات بپردازد.

پیشنهادات زیر جهت راهنمایی‌های لازم برای کار با بیمارانی که اسکیزوفرنیای پارانوئید دارند:

• هرگز با تندی با بیمار صحبت نکنید یا به عقاید بیمار نخندید.

• به داستان بیمار گوش دهید و لی‌نه موافقت و نه رد کنید.

• سوالات مستقیم بیمار پیرامون عقایدش به آرامی و با تأکید بر حقایق پاسخ دهید. عین کلمات تغییر خواهد یافت ولی دو عقیده، درک پرستار و حقیقت وجود دارند که آنها می‌رسانند که عقاید بیمار واقعیت را منعکس نمی‌کنند، یک پاسخ بیشتر ممکن است چنین باشد «من می‌دانم که این برای شما واقعیت دارد ولی این طور نمی‌بینم و آن واقعیت نیست»

• این مهم است که با صدای غیر انتقادی، با تن صدای متعادل صحبت شود.

• تا حد امکان بیمار را به انجام کار تشویق کنید.

• اگر بیمار صدایی می‌شنوند (توهمات شنوایی) روش‌هایی برای کمک به بیمار در پرداختن به صداها پیشنهاد دهید.

۱- اگر صدا می‌گوید «شما خوب نیستید» با صدای بلند بگوید «درسته حالا من احساس می‌کنم که خوب نیستم» تشخیص بدهید افکار از آن خودتان است، صداها فروکش می‌کنند.

۲- زمان- مکان- محیط و شرایط شنیدن صداها را ثبت کنید. به طور اتفاقی ممکن است شما الگویی را متوجه شوید و قادر شوید در موقعیتهای معین دوری کنید بدین وسیله صداها را حذف کنید.

• بیماری که سوءظن دارد، اغلب رفتار دیگران را به خودش اختصاص می‌دهد نجوا کردن یا رمزی صحبت کردن ممکن است سوءظن بیشتری را تحریک کند.

• قبل از اینکه بیمار بتواند اعتماد کردن را بیاموزد، باید اعتماد کردن به خودش را یاد بگیرد یک پرستار می‌تواند با شناسایی لحظاتی که بیمار رفتار حاکی از اعتماد را نشان می‌دهد، در قالب یک ارتباط فرد با فرد کمک نماید، برای مثال زمانی که بیمار یک تصمیم مثبتی پیرامون زندگی اش می‌گیرد، می‌توان با گفتن «آن یک انتخاب مثبتی بود که شما داشتید، ببینید، شما می‌توانید به تصمیم هایتان اعتماد کنید».

• صادق بودن با بیمار ضروری است.

* بیماران دارای سوءظن بیش از حد به طور بالقوه برای خودشان و دیگران خطرناک هستند، بیمار برای صاعقه های عصبانیت و پرخاشگری نیاز به خروجی های سازنده دارد. پرستار باید جهت علائم رفتاری زودرس (مثلاً ابراز ناراحتی از طریق چهره، صورت برافروخته، صدای لرزان، محدود شدن حیطة توجه) هوشیار باشد.

استرس (Stress) (تعریف)

استرس : استرس واکنش

فیزیولوژیک بدن در مقابل هر

تهدید، تغییر یا فشار بیرونی و

درونی است که تعادل روانی

فرد را بر هم می زند. فشار

عصبی شماری از اختلالات را

که با علائم جسمی واقعی

مشخص می شوند، به وجود

می آورد. این اختلالات عبارتند

از بیماری های قلبی، عروقی

، آسم، ایدز، سردرد، التهاب

معدة و ...

مقابله با هیجانات منفی و فشارهای روانی

فشارهای روانی یا استرس در زندگی روزانه بسیارند اما اکثر اوقات به آنها توجه نمی کنیم. در واقع استرس ها بالا و پایین رفتن های زندگی هستند و آن را از حالت یکنواختی خارج می کنند. همه ما فشارهای روانی متفاوتی را تجربه کرده ایم. مثلاً بگو مگو با دوستان و یا روزهایی که بدون دلیل نگران و دلواپس هستیم . دو مورد اخیر نمونه ای از فشارهای روانی منفی است اما برخی فشارهای روانی مثبت اند .

فشار روانی موقعیت و وضعیت روانی تهدید کننده یا حتی آسیب زایی است که ما را به مبارزه می طلبد. امکان دارد عامل فشار روانی جسمی (ابتلا به یک بیماری)، روانی (دلشوره و احساس گناه) یا اجتماعی (گرانی اجناس و تورم) باشد. اما باید بدانیم که همه فشارهای روانی منفی نیستند بلکه موقعیت های مثبتی مانند قبولی در دانشگاه، گرفتن دیپلم، یک دوستی جدید یا ازدواج کردن هم باعث فشار روانی می شود.

آنچه مسلم است این است که ارزیابی و برداشتی (درک) که از یک وضعیت داریم در به وجود آمدن عوارض و آثار استرس و پاسخ های ما

در برابر آن نقش دارد. مثلاً به عهده گرفتن مسئولیت هماهنگی و مدیریت یک فعالیت کلاسی برای دانشجویی که گوشه گیر و ظاهراً بدون اعتماد به نفس است، یک فشار روانی شدید محسوب می شود زیرا احساس می کند برای این کار، توان و مهارت کافی را ندارد. ولی همین موقعیت برای دانشجویی که اهل معاشرت و با اعتماد به نفس است، فرصتی برای نشان دادن شایستگی ها و کفایت ها تلقی می شود. بنابراین برای دانشجوی اول فشار روانی بسیار شدید تر از دانشجوی دوم است. همچنین اگر دانشجویی شکست خود را در امتحان به دشواری آن نسبت دهد و سایر دانشجویان نیز در این امتحان موفقیت زیادی به دست نیاورده باشند، در این حالت او فشار روانی کمتری را نسبت به زمانی احساس خواهد کرد که شکست خود را به کم هوشی و ضعف حافظه نسبت دهد.

بنابراین زندگی هیچ کس خالی از استرس و فشار روانی نیست و اگر زندگی عاری از این فشار بود بسیار کنسل کننده و یکنواخت می شد. به گونه ای که دائم به امید آن بودیم که اتفاق یا حادثه ای رخ دهد. در واقع آنچه که به زندگی معنا می بخشد، رویارویی با مشکلات و دست و پنجه نرم کردن با آنهاست. موفقیت و یا شکست در این رویارویی، بخش مهمی از زندگی ما را تشکیل می دهد که در جای خود و در زمان مناسب، به بروز استعدادها و توانایی های درونی ما می انجامد.

مردم در مقابله با فشارهای روانی واکنش های متفاوتی نشان می دهند. بخشی از این واکنش ها جسمی است و بدن ما به هنگام تجربه فشار روانی دستخوش تغییراتی می شود. به طوری که ضربان قلب و فشار خون افزایش می یابد، عضلات سفت و منقبض می شود، بیشتر عرق می کنیم، آدرنالین بیشتری در بدن ترشح می شود و سیستم اعصاب سمپاتیک بدن فعال می شود. پس از این تغییرات جسمی وارد مرحله ای می شویم که مقاومت و ایستادگی در برابر فشار روانی نام دارد. اگر عامل فشارزا ادامه یابد ممکن است در این مرحله به برخی بیماری های جسمی مبتلا شویم که ریشه روانی و عصبی دارند. نظیر فشار خون بالا، زخم معده، بی خوابی، آسم و تنگی نفس (با این حال باید بدانیم عوامل روانی تنها علت بیماری ها نیستند). اگر تلاشهای ما برای مقابله و از بین بردن یا کاهش فشار روانی به جایی نرسد و فشار روانی باز هم ادامه یابد، وارد مرحله جدیدی می شویم که درماندگی و تسلیم نام دارد.

بخش دیگری از واکنش های ما در برابر استرس روانی است که مهم ترین آنها حالت عاطفی یا هیجانی خاصی نظیر اضطراب و افسردگی است. اضطراب یا تنش زیاد، یک عکس العمل عاطفی است که مشخصه اصلی آن حالت ترس، نگرانی و دلشوره زیاد همراه با تغییرات بدنی است (تغییراتی شبیه به همان هایی که برای تغییرات جسمی ذکر شد نظیر بالا رفتن فشار خون). در حالت اضطراب همیشه در وضعیت نگرانی از آینده به سر می بریم، بی قرار می شویم و در انتظار آن هستیم که هر لحظه خبر ناگواری به ما برسد. به علاوه ترسی مبهم، عمیق و نامشخص نظیر حالت شب قبل از امتحان یا ساعات پیش از شروع یک امتحان مشکل، دست می دهد.

یک عکس العمل روانی دیگر در برابر فشار روانی به خصوص اگر تلاشهایمان برای حل آن ثمربخش نباشد، ناامیدی و غم است که اگر شدت یابد به افسردگی می انجامد. اگر افسردگی هم مانند اضطراب شدید باشد، در عملکرد روزانه ما اختلال زیادی ایجاد می کند برای مثال بر درس خواندن، رفتار اجتماعی، روابط با دوستان و هم کلاسی ها و یا روابط ما با والدین و خواهران و برادران آثار منفی و ناخوشایندی می گذارد. از علائم افسردگی می توان به گوشه گیری و احساس غم، ناامیدی، احساس بی ارزشی و پوچی، گریه کردن، بی حالی و کسل بودن، ناتوانی در تمرکز کردن و درس خواندن، بی تفاوتی، لذت نبردن از زندگی و بدخواهی اشاره کرد.

با این که حالت های روانی (اضطراب و غمگینی) بسیار آزار دهنده و نامطلوبند، در درجات کم و قابل تحمل مفید واقع می شوند. برای مثال تحقیقات نشان داده است که اندکی نگرانی و اضطراب در انجام دادن یک کار، سبب بهبود نحوه انجام دادن آن خواهد شد. کمی اضطراب برای امتحان باعث می شود که بیشتر و بهتر درس بخوانیم ولی اضطراب زیاد مانع از درس خواندن و تمرکز حواس می شود و این همان حالتی است که به آن اضطراب امتحان می گویند.

در جدول زیر آثار متفاوت استرس به شکلی خلاصه آورده شده است:

نشانه های جسمی استرس	
لرزش	گرفتگی و انقباض (در گلو، سینه، معده ، شانه ها، گردن و فک)
خستگی	سر درد و میگرن
درد معده و زخم معده	کمر درد
حالت تهوع	درد گردن
افزایش ادرار	تنفس نامنظم
اسهال	تپش قلب
مشکلات خواب	تنگی نفس حتی در حالت استراحت
مشکلات جنسی	بی قراری
عدم هضم غذا ، استفراغ	تیک (در صورت، چشم ها، دهان و ...)
حساس شدن به صداها	خشک شدن دهان
تنش پیش از قاعدگی	عرق کردن

	سرد شدن دست ها و پا ها
نشانه های روانی و فکری استرس	
افزایش اشتباهات	ناتوانی در تمرکز
قضای نادرست در ارتباط با دیگران و موقعیت ها	فراموشکاری
بی دقتی	ناتوانی در بیاد آوردن وقایع اخیر
دشوار شدن کارهای ساده	ناتوانی در کسب اطلاعات
توجه نامتناسب به جزئیات	افکار مزاحم چرخنده
افکار وسواسی	تردید
افکار منفی	تصمیم گیری بدون فکر و ناگهانی
	آشفتگی

قرص های ریتالین (متیل فنیدایت)

نشانه های رفتاری استرس	نشانه های هیجانی استرس
پرخاشگری	اضطراب
سیگار کشیدن یا افزایش دفعات آن	ترس های غیر عادی
مشروب خوردن یا افزایش دفعات آن	حملات اضطرابی
پر خوری	احساس خصومت
کم خوردن و بی اشتها	خشمت

<ul style="list-style-type: none"> بی توجهی به وضع ظاهری 	<ul style="list-style-type: none"> احساس گناه
<ul style="list-style-type: none"> شروع کردن چند کار به طور همزمان ولی نیمه کاره رها کردن آنها 	<ul style="list-style-type: none"> نوسان خلق
<ul style="list-style-type: none"> ناخن خوردن 	<ul style="list-style-type: none"> فسردگی
<ul style="list-style-type: none"> کندن موها 	<ul style="list-style-type: none"> بغض و گریه
<ul style="list-style-type: none"> نیشگون گرفتن پوست 	<ul style="list-style-type: none"> کابوس دیدن
<ul style="list-style-type: none"> اعمال وسواسی 	<ul style="list-style-type: none"> درماندگی و تسلیم
<ul style="list-style-type: none"> رانندگی توام با عصبانیت 	<ul style="list-style-type: none"> از دست دادن شوخ طبعی

انسانها به صورت طبیعی استرس های مختلفی مانند تصادف ناگهانی و از دست دادن یک عزیز، اختلاف خانوادگی شدید، تحقیر از طرف یکی از بستگان نزدیک، مشروط شدن در دروس دانشگاهی، قطع یک دوستی، ابهام در آینده کاری و ... را تجربه می کنند. بعضی از افراد هنگام رویارویی با این عوامل استرس زا، قادر به مقابله سالم نیستند، به خصوص آن که استرس، هیجان های منفی شدیدی را ایجاد کرده باشد. تعدادی از این افراد برای کسب آرامش و تسکین آلام و دردهای خویش به مصرف مواد روی می آورند.

منظور از مقابله، کوشش ها و فعالیت های مختلفی است که فرد انجام می دهد تا استرس های زندگی را از میان برداشته، کاهش دهد و یا به حداقل برساند. کوشش های مقابله ای می تواند به صورت انجام دادن یک فعالیت مشخص متمرکز بر مسئله باشد که مقابله "مسئله مدار" نامیده می شود. مقابله می تواند به صورت انجام دادن یک فعالیت هیجانی و روانی باشد که به آن مقابله "هیجان مدار" می گویند.

مثلا هنگامی که فرد مشکل مالی دارد ابتدا با استفاده از مقابله های هیجان مدار سعی می کند خود را آرام کند و سپس با استفاده از مقابله های مسئله مدار سعی می کند مشکل خود را از میان بردارد.

گاهی اوقات بعضی جوانان به هنگام مواجهه با استرس ها به جای استفاده از مقابله های سالم به مقابله های ناسالم روی می آورند.

نمونه ای از مقابله های مسئله مدار سالم	نمونه ای از مقابله های هیجان مدار سالم
<ul style="list-style-type: none"> • اقدام به عمل نمودن و انجام فعالیتی خاص • راهنمایی و مشورت گرفتن • برنامه ریزی کردن • مطالعه و جمع آوری اطلاعات • فکر کردن و استفاده از روش حل مسئله 	<ul style="list-style-type: none"> • دعا و نیایش • تخلیه و ابراز احساسات مانند: گریستن و ابراز خشم بطور سالم. • گفتگوی درونی مثل دلداری دادن به خود • مثبت اندیشی، دادن معنی مثبت به آنچه رخ داده • توکل به خداوند و صبور بودن • درد دل کردن با دوستان و آشنایان

همان طور که ملاحظه گردید اعتیاد و پناه بردن به مواد یکی از شایع ترین مقابله های هیجان مدار ناسالم است. در صورتی که با انتخاب مقابله های مسئله مدار و هیجان مدار سالم، جوان می تواند استرس های زندگی خود را از میان برداشته و یا آن را به حداقل برساند.

نمونه ای از مقابله های مسئله مدار ناسالم	نمونه ای از مقابله های هیجان مدار ناسالم
<ul style="list-style-type: none"> • دزدی • فرار از منزل • توسل به زور • تهدید کردن 	<ul style="list-style-type: none"> • اعتیاد و پناه بردن به مواد مخدر • بدگویی • خشونت و پرخاشگری

<ul style="list-style-type: none"> • انجام رفتارهای تکانشی (رفتار بدون فکر و ناگهانی که، ا پشیمانی همراه است) • درماندگی و ناامیدی • دست از تلاش و کوشش برداشتن • به خواب و خیال و رویا فرورفتن • پناه بردن به خرافات و فال و فال گیری 	<ul style="list-style-type: none"> • پرخاشگری و خشونت • بزهکاری • نیرنگ و حيله برای رسیدن به هدف • خودکشی
--	---

در ادامه ضمن ارائه نکات عملی برای مقابله با استرس، روشی شش مرحله ای را برای رویارویی با استرس برایتان توضیح داده ایم.

نکاتی برای مقابله با استرس:

۱- تغییر برداشت و درک خود

یعنی آن که به یک موقعیت استرس آور معنای جدیدی دهیم. برای مثال دانشجویی، شکست در یک امتحان را فرصتی جدید برای نشان دادن توانایی های خود در آینده بداند و مشتاقانه بپذیرد که در این مسابقه پیشرفت تحصیلی و شکوفا ساختن استعدادها (یعنی معنای جدید برای امتحان) شرکت کند. همچنین اگر فردی به دنبال قطع یک دوستی، بسیار ناراحت و غمگین شده است، وضعیت پیش آمده را فرصتی برای دوستی با دیگران و نیز یادگیری چگونگی برقراری روابط مناسب تر و مطلوب تر با دیگران محسوب کند.

۲- کسب اطلاعات بیشتر

بسیار شنیده ایم که دانش و آگاهی معادل قدرت است. گاهی اوقات کسب اطلاعات و آگاهی بیشتر در مورد یک موقعیت، فشار روانی ناشی از آن را کاهش می دهد. در واقع اطلاع از آنچه که از ما انتظار می رود، باعث می شود احساس کنترل بیشتری بر رفتار خودمان داشته باشیم و آن موقعیت فشار را کمتر تهدید آمیز بدانیم. برای مثال، اگر بدانیم که ارائه یک مطلب در کلاس درس به صورت شفاهی یا همان کنفرانس دادن، به چه مهارت هایی نیاز دارد و چگونه می توان شنوندگان را تحت تأثیر قرار داد، با تمرین کردن آن مهارت ها به نتیجه مطلوب دست می یابیم (مهارت هایی نظیر ارائه مطالب برای یکی از اعضای خانواده پیش از روز کنفرانس، حرکت دادن دست ها به هنگام ارائه کنفرانس کلاسی، شمرده و واضح صحبت کردن، به همراه داشتن یادداشت های مختصر یا استفاده از پاورپوینت، به چشم مخاطبان نگاه کردن، تسلط کافی داشتن بر موضوع، مکث به موقع در کلام، بالا و پایین بردن بلندی صدا و امثال آن).

۳- از رقابت غیر ضروری بپرهیزید.

۴- محدودیتهای خود را شناخته و بپذیرید. بخاطر داشته باشید که هرکسی منحصر به فرد و با دیگران متفاوت است.

۵- سرگرمی هایی برای خودتان در نظر بگیرید، حالت آرامش خود را حفظ کرده و شوخ طبع باشید.

۶- بطور منظم ورزش کنید.

۷- از غذاهای مناسب به صورت روزانه استفاده کنید.

۸- درباره نگرانی ها و مشکلات خود با دوستانی که مورد اعتمادتان هستند، صحبت کنید (مرکز مشاوره دانشگاه را فراموش نکنید.) ۹- برای آینده طرح داشته باشید و از طفره روی و به تعویق انداختن آن خودداری کنید.

۱۰- برنامه کاری هفتگی داشته و سعی کنید به آن عمل کنید.

۱۱- اهداف واقع گرایانه انتخاب کنید.

۱۲- به هنگام مطالعه برای یک امتحان، مطالعه را با دور ه های کوتاه شروع کنید و سپس زمان مطالعه را به تدریج افزایش دهید.

۱۳- فراغت های کوتاه و مکرر برای خود در نظر بگیرید.

۱۴- عبادت میتواند تاثیر آرام کننده برایتان در بر داشته باشد.

روش مقابله شش مرحله ای با استرس

گام اول- موقعیت یا اتفاق استرس آور: در گام اول باید موقعیت یا اتفاقی را که باعث نگرانی ما شده است به دقت بشناسیم. برای مثال ارایه یک کنفرانس در برابر همکلاسی ها و استاد

گام دوم- باورها: به معنای افکار و باورهای ما درباره آن موقعیت است. برای مثال من بسیار استرس دارم پس نمی توانم کنفرانس خوبی بدهم.

گام سوم- نتایج: به معنای واکنش ها و پاسخ های خودکار ما در مقابل افکار و باورهایی است که نسبت به آن موقعیت پیدا کرده ایم . این در واقع پاسخ ما در برابر استرس است برای مثال واکنش های عاطفی نظیر به گریه افتادن یا عصبی شدن، واکنش های جسمی نظیردل آشوب شدن ، به تپ تپ افتادن قلب به محض شنیدن نام کنفرانس و واکنش های رفتاری نظیر دور شدن از دوستان و در فکر فرو رفتن ، تحریک پذیری و زود از کوره در رفتن.

گام چهار- مجادله با افکار منفی: برای مثال آیا واقعا همه به من می خندند؟ آیا دارم واقع بینانه به موضوع نگاه می کنم؟ آیا می توانم کاری بکنم تا اضطرابم کم شود؟

گام پنجم - یادگیری روش های مقابله موثر با عامل استرس آور مرحله اول برای مثال آموختن روش آرام سازی(ریلکسیشن) یا درک این که کدام بخش از ارایه کنفرانس باعث اضطراب من می شود.

گام ششم- مداومت در رسیدن به هدف به معنای تمرکز بر یادگیری رویکرد جدید برای روبرو شدن با موقعیت های مشابه در آینده

از آنجا که مشکلات خواب نظیر بی خواب شدن، دیر بخواب رفتن، زود از خواب برخاستن و خواب منقطع و آشفته از شایعترین واکنشهای ما در برابر فشارهای روانی می باشد، آشنایی با چند روش برای بهبود الگوی خواب ضروری است:

۱- به وجود آوردن یک خلاء ذهنی. وقتی که تحت استرس هستیم در دام حلقه ای از افکار نگران کننده و اضطراب زا می افتیم که مانع از خوابیدن ما می شود. در چنین مواقعی هر یک از نگرانی های خود را به طور کامل در ذهن بازگویی کنید و بگویید " بعدی ". در انتها درمی یابید که دیگر چیزی نیست که به آن فکر کنید و این همان لحظه ای است که دیگر در خواب فرو می روید.

۲- یک فهرست ذهنی تهیه کنید ، برای مثال همان طوری که دراز کشیده اید، فهرستی از لوازمی که در خانه دارید تهیه کنید، اگر هنوز هم بیدار بودید فهرستی از لوازم خانه خانواده خود و یا دوستانتان تهیه کنید.

۳- برای یک خواب خوب خود را آماده کنید:

• از ورزش قبل از خواب پرهیز کنید.

• با کشیدن عضلات بدن آنها را آرام کنید.

• دمای اتاق خود را پایین ولی بدن خود را گرم نگه دارید.

• بین شام و زمان خواب حداقل یک ساعت فاصله در نظر بگیرید.

• در حالی که دراز کشیده اید و چشمان خود را بسته اید به رادیو گوش کنید.

• در صورت امکان دوش آب گرم بگیرید.

• از خوردن چای یا قهوه پیش از خواب پرهیزید.

• از کار کردن در تخت خواب و یا بحث درباره مشکلات خودداری کنید.

• به تدریج برای زمان خوابیدن و بیدار شدن نظمی را ایجاد کنید. به سه چیز خوبی که در طول روز برای شما رخ داده است فکر کنید هر چند آنها ساده و معمولی باشند.

اضطراب و راههای درمان

آیا شما نیز وقتی در جمعی حضور مییابید، احساس میکنید همه شما را زیر نظر گرفته و ارزیابی میکنند؟ و هنگام صحبت در چنین شرایطی آیا دچار تپش قلب، احساس گُلرگرفتنی و قرمزی صورت، تعریق، لرزش دست و پا و یا لرزش صدا میشوید؟ آیا بهطور تقریبی همیشه و بدون دلیل خاصی دچار تشویش و دلشوره هستید؟ آیا مرتب و بهطور اغراقآمیزی نگران وقوع اتفاقات بد مانند تصادف، بیماری و حوادث ناگوارید؟ آیا تاکنون برایتان پیش آمده که بدون پیشزمینه یا دلیل خاصی، ناگهان دچار حملهی شدید وحشت و اضطراب شوید؛ بهقدری شدید که حتی احساس کنید در شرف مرگ هستید؟ و....

هریک از این حالات، نشاندهدی احتمال وجود یک مشکل از طیف بیماریهایی است که درمجموع «اختلالات اضطرابی» نامیده میشوند. اضطراب، یک احساس بسیار ناخوشایند دلوآپسی، تشویش و نگرانی است که بهطور معمول با نشانههای جسمی و شناختی همراه میشود. اگرچه هرگز تمامی علائم اضطراب با هم دیده نمیشوند ولی هر فرد بسته به شدت اختلال، ممکن است یک یا چند حالت زیر را تجربه کند:

تپش قلب، تنگی نفس، احساس خفگی، خشکی دهان، تعریق، احساس سرما یا داغی، لرزش دست و پا یا تمام بدن، لرزش صدا، تهوع، دلپیچه، نفخ شکم، اسهال، تکرر ادرار، حرکات غیرارادی، بیقراری، سفتی و تنش عضلانی، سردرد، لکنت زبان، اختلال در تمرکز، فراموشی، بیخوابی و تحریکپذیری

نمیتوان همهی انواع اضطراب را مخرب و نابهنجار نامید. برخی از انواع خفیف اضطراب حتی میتوانند مفید باشند. بهعنوان مثال اگر اصلاً نگران نتیجهی امتحان هفتهی آینده نباشیم، ممکن است سعی کافی برای یادگیری مطالب درسی نکرده و آمادگی مناسب برای امتحان نداشته باشیم و

یا اگر نگران شغل و زندگی آینده‌مان نباشیم، برای به‌دست آوردن موقعیت اجتماعی بهتر، تلاش نمی‌کنیم، اما از سوی دیگر چنانچه این احساس از حد طبیعی فراتر رود، خود به یک مشکل تبدیل خواهد شد. در اینصورت نهتنها سودمندیش را از دست می‌دهد بلکه موجب اختلال در عملکرد طبیعی فرد میشود.

اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی، یک اصطلاح کلی و شامل دست‌های از بیماریها با تظاهر اصلی اضطراب میباشند. این دسته شامل حملات آسیمیگی (پانیک)، اضطراب فراگیر و انواع هراسها است.

اختلال آسیمیگی (پانیک)

عبارت است از بروز غیرمنتظره‌ی حملات اضطراب بسیار شدید که طی آن بیمار احساس وحشت و یا حتی مرگ قریبالوقوع دارد. حمله به‌طور ناگهانی شروع میشود و با دامنه‌ی وسیعی از ناراحتیهای جسمی و شناختی همراه است. تعداد کمی از این بیماران در فاصله‌ی بین حملات، کاملاً آرام هستند در حالیکه بیشتر آنان به دلیل پیشبینی وقوع حمله، همیشه حالتی از اضطراب انتظاری را تجربه میکنند.

در اضطراب فراگیر، مسأله‌ی اصلی، اضطراب و تشویش شدید و غیر واقع بینانه‌ی است که به صورت نگرانی در مورد اتفاقات و شرایط مختلف زندگی بروز میکند. در این حالت، میزان نگرانی بیماران بیش از خطر احتمالی موقعیت مورد نظر است.

هراس، عبارت است از ترسی مقاوم و شدید از شیء یا موقعیتی که یا اصلاً خطرناک نیست و یا میزان این ترس، بسیار شدیدتر از خطر احتمالی آن است. با آنکه اغلب افراد میدانند این ترس، غیرمنطقی است ولی قادر به کنترل خویش نیستند و از رویارویی با موقعیت مورد نظر اجتناب میکنند. هراسها برخلاف ترسهای بهنجار که خصوصیت انطباقی و هشداردهنده دارند، فلجکننده‌اند و فعالیت‌های روزمره را با اشکال مواجه میسازند.

اختلال هراس سه نوع عمده دارد که عبارتند از:

۱- هراس ساده: یعنی وحشت از رویارویی با شیء یا موقعیتی که فرد آن را ترسناک ارزیابی میکند مانند ترس از گربه، ترس از بلندی، ترس از پرواز، ترس از آسانسور، ترس از محیطهای بسته، ترس از بیماری، ترس از دیدن خون و...

۲- هراس اجتماعی: عبارت است از اضطراب هنگام قرارگرفتن در موقعیتهای اجتماعی و شرایطی که فرد احساس میکند توسط دیگران تحت ارزیابی و انتقاد است.

۳- گذر هراسی: در این اختلال، فرد در صورت دوری از مکانهای امن مانند خانه، دچار اضطراب میشود، بنابراین از رفتن به مکانهای شلوغ و محدود مانند فروشگاه، سینما و... میترسد و تا حد امکان اجتناب میکند.

پیشگیری و درمان

مانند هر بیماری دیگر، پیشگیری مقدم بر درمان است. اگرچه ممکن است وجود زمینه‌ی ژنتیکی، فرد را نسبت به اختلالات اضطرابی، آسیبپذیرتر نماید ولی بیشک توجه به معنویات، عدم درگیری در رقابتهای غیرضروری و نامتناسب، آشتی با طبیعت و تقویت ارتباطهای سالم انسانی و خانوادگی، بهترین راه کاهش استرس و در نتیجه پیشگیری از این اختلالات است.

روشهای درمانی متنوعی مانند دارودرمانی، رفتاردرمانی، شناختدرمانی، خانواده‌درمانی، مشاوره، یوگا، مدیتیشن، روشهای تن‌آرامی، هیپنوتراپی و... برای مداوای اضطراب به‌کار رفته‌اند.

هیپنوتراپی که در شاخه‌های مختلف طب به‌ویژه روانپزشکی کاربردهای فراوانی دارد، به‌دلیل توانایی‌های متنوع و شکل خاص تکنیکها، همواره مورد توجه هر دو گروه بیمار و درمانگر بوده است. باورهای اشتباهی مانند قدرت هیپنوتیزور، تحت سلطه قرار گرفتن سوژه، دخالت نیروهای ماوراءالطبیعه و... سالها مانع پیشرفت هیپنوتیزم علمی بوده‌اند. خوشبختانه طی ۵۰ سال اخیر، پیرو توجه فزاینده به مطالعه علمی هیپنوتیزم، بسیاری از شُبّهات برطرف شده و این پدیده‌ی منحصر به‌فرد، به‌عنوان درمانی مؤثر و قدرتمند، مورد تأیید و استفاده‌ی مراکز معتبر علمی در سطح بین‌المللی قرار گرفته است. در حال حاضر در سراسر اروپا و آمریکا، تمایل مردم و درمانگران برای بهره‌گیری از فواید ارزشمند هیپنوتیزم، روز به روز بیشتر میشود و این روش درمانی، محبوبیت و کاربرد افزونتری مییابد.

خلسه‌ی هیپنوتیزمی به‌دلیل همراهی همیشگیاش با تن‌آرامی و آرامش عمیق، به خودی خود موجب کاهش اضطراب و تنش میشود. اگرچه حتی هنگام دوچرخه‌سواری میتوان مجموعه‌ی کاملی از فرآیندهای هیپنوتیزمی را تجربه نمود، اغلب جلسات هیپنوتراپی شامل حالتی از آرامش خوشایند و لذتبخش نظیر احساس سبکی، شناوری و آرامش عمیق جسمی و روحی است که موجب تقویت اثرات درمانی هیپنوتیزم میشوند. بیمار به کمک هیپنوتیزم می‌آموزد که بیش از آنچه تصور می‌کرده، بر بدن خود کنترل دارد و میتواند تغییرات فیزیولوژیک بدنش را هدایت نماید. زمانی که شخص چنین توانایی مفیدی را در خود ایجاد و تقویت نماید، اعتماد به‌نفسش بیشتر میشود و بهتر قادر است آرامش خود را در موقعیتهای مختلف، حفظ کرده و بر اضطرابش غلبه نماید. از سوی دیگر، یک هیپنوتراپیست ماهر و باتجربه قادر است با استفاده از تکنیکهای مؤثر هیپنوتیزمی، اختلال اضطرابی بیمار را درمان نموده و او را برای همیشه از دست اضطراب نجات دهد.

۸ روش درمان طبیعی اضطراب

اضطراب و نگرانی، مساله عجیب و غریبی است. وقتی نگران مسائل مالی، سلامت، کار یا خانواده هستید، قلب شما به شدت می‌تپد، نفس هایتان کوتاه و کم عمق می‌شود و ذهنتان تصویرهای منفی می‌سازد و در آخر، دوست دارید هر چه زودتر آرام شوید. فرقی نمی‌کند اینکه همیشه اضطراب زیاد داشته باشید یا به طور موقت دچار این درد باشید، احتمالاً تمایلی به مصرف دارو ندارید. شاید واقعا هم نیاز نباشد.

درمان‌های غیردارویی بسیاری برای برطرف کردن اضطراب و تشویش وجود دارد.

از جمله می‌توان به تکنیک‌های کنترل ذهن برای آرام شدن اشاره کرد.

البته برخی از این روش‌ها فوری پاسخگو هستند، در حالی که برخی دیگر در طول زمان خاصیت درمانی دارند.

۱. ورزش

ورزش برای ذهن و جسم بسیار مفید است. با انجام تمرینات ورزشی می‌توانید اضطراب خود را در لحظه از بین ببرید. اگر بر اساس یک برنامه مشخص و منظم ورزش کنید، اعتماد به‌نفستان افزایش می‌یابد و احساس سلامت بیشتری می‌کنید. از جمله دلایل اضطراب، بیماری و چاقی است که در اثر ورزش کردن هر دو آنها از بین می‌روند.

درمان ۲۱ دقیقه‌ای

۲۱ دقیقه: این زمان نشان می‌دهد چقدر ورزش کمک می‌کند تا اضطراب خود را کاهش دهید. هنگامی که واقعا مضطرب هستید روی تردمیل بدوید تا پس از ورزش آرامش خود را به دست بیاورید. بهتر است روزانه ۲۰ تا ۳۰ دقیقه ورزش‌هایی همچون تردمیل، دویدن، بالا رفتن از پله‌ها را انجام دهید که تپش قلب شما را افزایش می‌دهند. اگر اهل ورزش نیستید حداقل روزانه مسافتی را با سرعت بالا پیاده روی کنید.

۲. تمرین تنفس و سوال پرسیدن

برای هوشیاری کامل هنگام تنفس، از خود سوال های ساده ای بپرسید. در یک جای آرام بنشینید، چشمان خود را ببندید و به نحوه تنفس خود و دم و بازدم هایتان توجه کنید. همزمان از خود سوال های ساده ای بپرسید و روی تنفس خود تمرکز کنید. مثلا، دمای هوایی که وارد بینی شما می شوند چند است؟ وقتی نفستان خارج می شود چه تغییری در بدن شما ایجاد می کند؟ وقتی هوا وارد ریه های شما می شود چه حسی دارید؟

۳. حبس نفس

نفس خود را بگیرید و رها کنید. البته لازم نیست این کار را تا حدی که کبود شوید ادامه دهید. فقط کافیست همچون تمرینات یوگا با تنفس های عمیق روح خود را آرام کنید. یکی از بهترین تنفس های عمیق روش ۴-۷-۸ یوگا است. برای این منظور به طور کامل از طریق دهان هوا را بیرون بدهید، سپس از طریق بینی هوا را به داخل بکشید و تا ۴ بشمارید. نفس خود را تا ۷ بشمارید و نگه دارید و سپس اجازه دهید از دهان شما با شمارش تا عدد ۸ خارج شود. این کار را دست کم دوبار در روز انجام دهید.

۴. سریع غذا بخورید

برخی مواقع مردم در نتیجه گرسنگی مضطرب و عصبی می شوند. بنابراین هنگامی که دچار اضطراب شدید، یعنی قند خون شما کاهش یافته و بهترین کار خوردن یک میان وعده سبک همچون گردو یا یک تکه شکلات تلخ به همراه یک لیوان آب یا چای گرم است. رژیم غذایی مناسب در طولانی مدت موجب کاهش استرس می شود. سعی کنید از گیاهان همچون کلم، غذاهای دریایی و گوشت در وعده های غذایی خود استفاده کنید. این نوع مواد اسید فولیک و مواد مغذی دیگری دارند که به کاهش اضطراب کمک شایانی می کنند.

۵. صرف صبحانه

از اینکه به خودتان گرسنگی بدهید دست بردارید. بیشتر افرادی که دچار تشویش و استرس فراوان هستند، صبحانه نمی خورند. توصیه ما این است که حتما چیزی همچون تخم مرغ که سرشار از پروتئین و کولین است، میل کنند. کمبود کولین باعث افزایش اضطراب بیهوده در انسان می شود.

۶. دست برداشتن از تفکرات منفی

وقتی دچار اضطراب هستید، بسیار آسان است که همیشه افکار منفی داشته باشید و به دنبال انتهای بد یا فاجعه باشید. ذهن شما درگیر مسایل غیر قابل تحمل می شود و همیشه هراس این را دارد اگر این اتفاق ها واقعا رخ دهند چه می شود؟ این مساله واقعا زندگی انسان را خراب می کند و روح را از بین می برد. به جای این افکار بیهوده، نفس عمیق بکشید، پیاده روی کنید و روی مسایل واقعی تمرکز کنید.

۷. حمام آب گرم

هرچقدر هم احساس اضطراب داشته باشید، پس از استراحت در سونای خشک یا بخار، احساس آرامش خواهید داشت. با گرم کردن بدن خود، گرفتگی عضلات و استرس خود را کاهش می دهید. احساس گرما روی تولید سروتونین تاثیر می گذارد. گرم کردن بدن را می توان نوعی ورزش نیز دانست.

۸. به خود اعتماد داشته باشید

آیا افکار مشوش و نگران کننده در سر دارید؟ تبریک می گوئیم. شما کاملا به حالت های روحی خود آگاه هستید و این نوع آگاهی در واقع نخستین قدم برای کاهش اضطراب است.

همیشه به این دلیل که اضطراب های خود را می شناسید و از تغییرات بدن خود آگاه هستید، به خود اعتماد به نفس بدهید. این مساله واقعا برای برطرف کردن اضطراب الزامی است. قدم بعدی داشتن مکالمه مثبت با خود، تغییر درک و فهم یا استفاده از روش های آرامش بخش است.

داروها:

هم داروهای ضد افسردگی و هم داروهای ضد اضطراب برای درمان اختلال های اضطرابی استفاده می شوند. طیف وسیعی از داروهای ضد افسردگی به همان میزان که برای درمان افسردگی مناسب هستند، برای درمان اختلال های اضطرابی هم مناسب اند.

اولین دارویی که برای درمان **OCD** استفاده می شد یک داروی ضد افسردگی سه حلقه ای به نام **Clomipramine** بود. داروهای گروه **(SSRIs)** مهار کننده های انتخابی با جذب سروتونین (مانند **Fluvoxamine**، **Fluoxetine (Prozac)** و **(Luvox.Paroxetine)** و **Sertraline** نیز اخیراً برای درمان **OCD** (اختلالات وسواس - اجباری) استفاده می شوند.

از **Paroxetine** همچنین برای درمان **Panic Attack**، **GAD**، **Social phobia** و **PTSD** نیز استفاده می شود

داروهای ضد اضطراب (**Anti Anxiety**) (را می توان به سه دسته تقسیم کرد:

: Benzodiazepines دسته

این دسته از داروهای ضد اضطراب می توانند در مدت زمان کوتاهی علائم بیماری های **Anxiety Disorders** را از بین ببرند. از دیگر مزایای این داروها عوارض جانبی نسبتاً کم آنها است. که شامل خواب آلودگی، از بین رفتن تعادل و هماهنگی، خستگی، کم کردن توان ذهنی و گیجی می شوند.

این عوارض زمانی که فرد در حال رانندگی و یا کار با ماشین آلات است می توانند خطرناک باشند. این داروها عوارض جانبی دیگری نیز دارند که نادر هستند.

اثر بخشی این داروها برای مردم مختلف، متفاوت است. از این گروه داروها ممکن است ۲ تا ۳ بار در طول روز استفاده شوند. در بعضی موارد یک عدد آنها در طی روز کافی است و یا حتی ممکن است تنها در مواقعی که به آنها نیاز است مصرف شوند و از دستور خاصی پیروی نکنند.

گفتنی است که از مصرف نوشیدنی های الکلی و این داروها بصورت همزمان باید خودداری کرد چراکه واکنش الکل با

Benzodiazepines می تواند جان فرد را به خطر بیاندازد.

بیمار ممکن است به مصرف طولانی مدت این داروها نسبت به آنها مقاوم شود و نیاز به مصرف دوز بیشتری داشته باشد. این داروها اعتیاد آور هستند به همین دلیل **Benzodiazepines** معمولاً برای دوره های کوتاه مدت تجویز می شوند. و یا ممکن است فقط در مواقعی که فرد دچار استرس می شود از آنها استفاده کند. البته باید گفت بعضی از بیماران برای درمان نیاز به مصرف طولانی مدت

را دارند. Benzodiazepines

قطع مصرف **Benzodiazepines** می تواند با عوارضی مانند استرس، بی ثباتی، سردرد، سرگیجه، بی خوابی، از دست دادن میل جنسی و حمله های ناگهانی همراه باشد. از آنجا که این علائم به علائم **Anxiety Disorders** بسیار شبیه هستند ممکن است تصور شود با قطع دارو بیماری باز گشته است.

رایج ترین داروهای گروه **Benzodiazepines** شامل **Alprazolam**، **Clonazepam (Klonopin)** :

Diazepam (Xanax) و **Lorazepam** می باشند.

: Buspirone

این دارو به غیر از داروهای گروه **Benzodiazepines** تنها دارویی است که صرفاً برای درمان **Anxiety Disorders** استفاده می شود.

بوسپیرون بر خلاف **Benzodiazepines** برای مهار کردن اضطراب نیاز به زمان دارد و حداقل باید ۲ هفته مصرف شود تا تاثیرات خود را نشان دهد. بنابراین نمی توان از این دارو هر جا که احساس شد استفاده کرد بلکه باید طبق دستور، منظم و پیوسته مصرف شود.

دسته **Beta-Blockers** :

این گروه از داروها اغلب برای درمان مشکلات قلبی و فشار خون بالا استفاده می شوند. در بعضی موارد این داروها برای کنترل استرس در زمانی که فرد در موقعیت های استرس زا مانند سخنرانی و یا قرار ملاقات قرار می گیرد استفاده می شوند. **Propranolol** از رایج ترین داروهای این گروه است.

اختلال وسواس فکری- عملی

(Obsessive – Compulsive Disorder)

اختلال وسواس فکری- عملی چیست؟

اختلال وسواس فکری- عملی یکی از نواح اختلالات اضطرابی و یک بیماری روانی است که میانگین سن شروع آن حدود ۲۰ سالگی می باشد. شیوع آن ۲ تا ۳ درصد در جمعیت کلی تخمین زده می شود و احتمال ابتلاء آن در مرد و زن یکسان است. این اختلال از دو جزء وسواسهای فکری (**Obsession**) و وسواسهای عملی (**Compulsion**)

وسواسهای فکری شامل افکار، تصورات یا احساساتی هستند که مزاحم فرد هستند و مدام تکرار می شوند و ناخواسته (علی رغم میل باطنی فرد) به ذهن شخص می آیند و فرد نمی تواند جلوی آنها را بگیرد و باعث اضطراب مشخص می شود.

وسواسهای عملی شامل رفتارها و یا عملی که به طور ذهنی انجام می شود و مدام تکرار می گردد به طوری که شخص احساس می کند مجبور است آنها را انجام بدهد تا اضطرابی را که افکار وسواسی ایجاد می کنند، کاهش بدهد اشخاصی که وسواس عملی دارند از پیامدهای وحشتناک، در صورت انجام ندادن آن عمل می ترسند.

وسواس عملی چند نوع می باشد؟

محققان وسواس فکری – عملی را به چند زیر گروه (براساس شیوع آن) تقسیم نموده اند.

۱- آلودگی (وسواس فکر با وسواس عملی شستن)

این نوع از وسواس به وسیله افکاری که مربوط به ترس شدید فرد از منتقل کردن آلودگی به صورت تصادفی دارد، مشخص می شود به همین علت این افراد خودشان را درگیر شستن و تمیز کردن افراطی اشیاء اطراف خود و لباسها می سازند.

۲ – آسیب (وسواس فکری شک کردن و وسواس عملی وراسی کردن)

در این نوع وسواس بیمار فکر می کند دارای قدرتی است که می تواند مانع از آسیب دیدن دیگران شود از اینرو ممکن است ساعت هایی از روز تنها به واریسی کردن شیر گاز، قفل پنجره ، در و شیرهای آب صرف کند بلکه به صورت ذهنی درگیر واریسی کردن غیر قابل شمارش باشد.

۳- تقارن/ نظم و ترتیب)وسواس فکری تقارن با وسواس عملی مرتب کردن، چیدن، شمردن(

وسواس فکری این نوع وسواسی به این صورت است که فرد به نظم و ترتیب قرار گرفتن اشیاء اطراف خود دقت می کند و وسواس عملی آن به صورت واریسی کردن پی در پی فرد جهت منظم قرار گرفتن اشیاء و شمردن تکراری مشخص می شود.

۴- وسواس فکری خالص)جنسی، مذهبی، پرخاشگری بدون وسواس عملی(

در این نوع وسواس فرد فقط دارای وسواسهای فکری با محتوای جنسی)برای مثال ترس از نمایان کردن اندام جنسی خود به جنس مخالف(محتوای پرخاشگری) برای مثال ترس از خفه کردن فرزند خود(و محتوای مذهبی) برای مثال ترس از کفر گویی در هنگام نماز خواندن(را گزارش می کنند.

۵- انباشتن)وسواس فکری با وسواس عملی جمع کردن(

در این نوع وسواس افراد به جمع آوری اشیائی دست می زنند که اغلب برای دیگران بی ارزش به نظر می رسد و وابستگی عاطفی نسبت به موارد اندوخته شده نشان می دهند.

پیشنهاداتی جهت کمک به افراد دارای اختلال وسواس یا نحوه برخورد اطرافیان با افراد دارای اختلال وسواس

۱/ اعتماد به نفس او را تقویت کنید:

برای این کار می توانید هر روز روی یک کاغذ کارهایی را بنویسید که او توانایی انجام آنها را دارد. او را به انجام ندادن هیچ کاری مجبور نکنیم اما کمکش کنیم تا بتدریج بعضی رفتارها را تعدیل و سپس فراموش کند مثلاً اگر می خواهد برای چندمین بار ظرف ها یا لباس هایش را بشوید، مانع او نشوید به جای آن همراه هم این وسایل را بشوییم تا از پاکیزگی لباسها و ظروف مطمئن شود و بتدرج « وسواس تمیزی» را کنار بگذارد.

۲/ وظایف منزل را طوری تقسیم کنید که او مسئولیت کمتری را به عهده بگیرد.

یکی از مهمترین راههای درمان وسواسی آرامش خیال است حتی در انجام کارهای شخصی هم به او کمک کنید تا اضطرابش کمتر شود از محول کردن کارهای استرس زا به همسران پرهیز کنیم. مثلاً مسئولیت آوردن و بردن بچه ها به مدرسه را به عهده او نگذاریم، چون تنظیم دقیق برنامه ها او را بیشتر به اضطراب و وسواس دچار می کند.

۳/ اگر از ما خواست تا کاری را تکرار کنیم یا درباره مسئله ای چندین بار سوال کرد، از کوره در نرویم با آرامش به او جواب بدهیم اما تلاش کنیم بتدریج دفعات تکرار این رفتار کم شود مقلماً همان بار اول درباره مسئله ای از ما توضیح خواست همه را با جزئیات توضیح بدهیم تا چیزی ناگفته نماند، با تکرار این حرکت کم کم او از پرسیدن های مکرر دست بر می دارد چون مطمئن می شود همه چیز را همان بار اول به او کاملاً توضیح داده ایم.

۴/ هر چقدر فرد وسواسی بیشتر با دیگران رفت و آمد و معاشرت داشته باشد، زودتر درمان می شود. چون باید در جمع رفتارهایش را کنترل کند به این ترتیب بتدریج عاداتهایش را فراموش می کند و کنار می گذارد، حواس او را پرت می کنیم ورزش کردن، انجام ورزش های آرامش بخش و ... می توانند ذهن او را آرام کنند.

۵/ با مواجهه تدریجی با عامل هراس و خودداری از انجام کارهای خاص به مرور از اضطراب و هراس فرد کاسته می شود. مثلاً اگر وسواس شستشو دارید مکرراً شئی را که تصور می کنید آلوده است لمس کنید و ... پس از آن دستهای خود را نشوئید اگر این کار را تکرار کنید به تدریج از هراس و اضطراب شما کاسته خواهد شد. این کار در مورد افکار نابجا نیز موثر است.

۶/ اضطراب و نگرانی دائمی یکی از مشکلات عده ای از افراد وسواسی است. در محیطی همدلانه و عاری از سرزنش و تمسخر، به او اجازه دهیم درباره اضطراب و نگرانی اش با ما صحبت کند.

۷/ از رفتارهای او تعجب نکنیم چون همانگونه که قبلاً ذکر شد رفتارهای او اجبار گونه و فاقد اختیار است و خودش را نیز آزرده ساخته است با هر بارتعجب و عکس العمل نادرست، او را در یک قدم از درمان دور کنیم.

۸/ از اطمینان بخشی در مورد وسواس ها پرهیز کنید.

۹/ با کمک نکردن به اداب وسواسی وی ، کمکش کنید.

درمان دارویی وسواس OCD

با دارو درمانی ، رفتار درمانی یا ترکیب این دو از علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری به نحو موثر و چشمگیری کاسته می شود.

تمام داروهائی که برای درمان اختلالات افسردگی بکار می روند به مقدار معمولشان در درمان اختلال وسواس جبری هم بکار می روند.

اثرات اولیه داروها عموماً پس از ۶-۴ هفته درمان دیده می شود ولی برای کسب حداکثر نفع درمانی معمولاً هشت تا شانزده هفته وقت لازم است.

رویکرد استاندارد آن است که نخست درمان را با یکی از **SSRI** ها یا با کلومی پرایمن شروع کنیم بعد اگر این داروها موثر نبود به راهبرد داروئی دیگر می پردازید.

SSRI : همه **SSRI** ها توسط **FDA** برای درمان اختلال وسواسی جبری تأیید شده اند. بهترین پیامد بالینی زمانی پیدا می شود که

SSRI ها در ترکیب با رفتار درمانی بکار می رود.

تری سیلیک ها: انتخابی ترین دارو از تری سیلیک ها جهت درمان اختلال وسواس جبری کلومی پرامین است بهترین پیامد مصرف وقتی که دارو با رفتار درمانی ترکیب گردد.

رفتار درمانی: خیلی از بالین گران رفتار درمانی را درمانی انتخابی اختلال وسواس جبری می دانند.

رویکردهای اصلی رفتار درمانی:

• مواجهه سازی **Exposure**

▪ حساسیت زدایی **Desensitization**

▪ غرقه سازی **Flooding**

• انفجار درمانی **Implosion Therapy** اعتیاد

(وابستگی به مواد)

Addiction (تعریف)

اعتیاد:

اعتیاد حالتی است که ناشی از استعمال مداوم بعضی از داروها (مرسوم به مواد مخدر) می باشد ، به طوری که قطع استفاده از مواد باعث بروز اختلال در عملکرد بدن انسان می شود. این وابستگی از طرفی باعث تسکین و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می گردد و از طرف دیگر بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فرد برای یافتن مجدد ماده می شود. مطالعات نشان می دهد که حدود ۱۰ درصد از جمعیت آمریکا دچار اعتیاد می باشند و میزان مصرف مواد در مردان بیشتر از زنان و در افراد تحصیلکرده بیشتر از افراد دارای تحصیلات پایین می باشد.

علائم اعتیاد:

۱/ یکی از علائم اعتیاد این است که فرد معتاد مقادیر بیشتری از ماده مورد نیاز را برای ایجاد اثر دلخواه مصرف می کند یا در صورتی که مقادیر همیشگی دارو مصرف می شود ولی اثرات آن بطور بارز کمتر می شود که به این موارد در اصطلاح می گویند وابستگی به مواد، ایجاد تحمل کرده است.

۲/ زمانی که فرد مصرف کننده ، مصرف ماده را قطع می کند یا مقدار آن را کاهش می دهد ، اثرات جسمی و روانی منفی یا به عبارتی نشانه های ترک مواد ایجاد شود.

۳/ مواد به مدت طولانی یا با مقادیر بیشتر از حد مطلوب مصرف شود.

۴/ فرد تمایل برای کاهش یا کنترل مواد داشته باشد.

۵/ فرد زمان زیادی را صرف تلاش برای به دست آوردن مواد بکند.

۶/ فعالیتهای اجتماعی، تفریحی یا شغلی فرد کاهش پیدا کند یا کنار گذاشته شود.

۷/ فرد با وجود اطلاع از مشکلاتی که مصرف مواد به وجود می آورد، مصرف را ادامه بدهد.

انواع مواد اعتیاد آور:

سیگار: سیگار رایج ترین ماده اعتیاد آور می باشد و علت آن وجود نکوتین در توتون است که اعتیاد آور می باشد. اثرات زیانبار آن شامل موارد زیر می باشد:

* برونشیت و بیماریهای تنفسی

* افزایش احتمال خطر بیماری های قلبی، فشار خون، سکته مغزی

* سرطان ریه، دهان، حلق، مری، مثانه، دهانه رحم و پانکراس **حشیش**:

حشیش از گیاه شاهدانه تهیه می شود و اعتیاد روانی آن بسیار قوی می باشد به برگ این ماده گراس یا ماری جوانا و به صمغ آن حشیش می گویند. اثراتی که بعد از مصرف حشیش ایجاد می شود شامل موارد زیر می باشد:

* افزایش ضربان قلب و احتمال بروز عوارض قلبی برای افرادی که از بیماری قلبی رنج می برد.

* حالت خواب آلودگی و گرسنگی کاذب.

* ناتوانی در تعقیب زمان و اختلال در حافظه کوتاه مدت

* قرمز شدن چشم ها

* بی قید شدن

* بدگمانی و سوء ظن

* توهم

* اضطراب شدید

مشروبات الکلی

الکل در واقع یک داروی مخدر است و دارای الکل اتانول می باشد که باعث لذت می شود و تاثیری که دارد به صورت دو مرحله می باشد تاثیر اولیه الکل تحریک کننده است. زمانی که سطح الکل خون به اوج خود می رسد، شروع به کاهش می کند و شخص ممکن است افزایش هیجانهای منفی را تجربه کند. مقادیر زیاد الکل باعث می شود که هماهنگی حرکتی، تعادل، گفتار و قدرت دید دچار مشکل شود. برخی از افراد در این مرحله از مستی، افسرده و گوشه گیر می شوند. در دوزهای بالا الکل باعث خواب و حتی مرگ می شود. مصرف طولانی مدت الکل باعث تضعیف گوارش غذا، کمبود ویتامین ها در بدن، مشکلات شدید حافظه و نابودی سلولهای مغزی می شود همچنین سیروز کبدی، سکته قلبی و مشکلات جنسی را ایجاد می کند.

تریاک

تریاک ماده شیری رنگ است که از خراش پوسته نارس خشخاش به دست می آید. در اثر مصرف کوتاه مدت تریاک علائمی از جمله احساس سرخوشی، احساس شل شدن عضلات، کاهش یا افزایش فعالیت جسمانی، ناتوانی در تمرکز، تهوع، استفراغ، بیبوست و فقدان اشتها ایجاد می شود.

— مورفین یکی از ترکیبات تریاک است که به صورت پودر نرم سفید بدون بو و تلخ مزه می باشد.

– کدئین هم یکی دیگر از ترکیبات تریاک می باشد که سفید رنگ است و معمولاً به صورت قرص های خالص تولید می شود.

کرک هروئین (هروئین فشرده)

هروئین معمولی به صورت پودر است و قدرت اعتیاد آوری آن تا چند برابر بیشتر می باشد. از آنجا که کرک شکل خالص تر هروئین است آثار آن همانند هروئین ولی با شدت بیشتری می باشد. اکثر کسانی که کرک مصرف می کنند در ابتدا احساس سرخوشی و نشئگی می کنند، همراه با این احساس بدن فرد گرمتر می شود. دهان خشم می شود و فرد در دستها و پاهای خود احساس سنگینی می کنند. گاهی فرد مصرف کننده دچار حالت تهوع، استفراغ و بی قراری شدید می گردد و به دنبال آن حالت سرگیجه ایجاد می شود، حرکات قلب کند شده و گاهی تنفس به قدری آهسته می گردد که منجر به مرگ می گردد.

شیشه (متامفتامین)

شیشه به صورت دانه های بلوری و شفاف است که بو ندارد و تلخ می باشد و به سادگی در آب و الکل حل می شود مصرف این ماده که به صورت دود کردن، خوراکی، کشیدن در بینی و تزریقی است علائم زیر را ایجاد می کند:

تحریک پذیری، سرخوشی، پرحرفی، کاهش یا افزایش فشار خون، کاهش خستگی، تهوع و استفراغ، رفتارهای پرخاشگرانه، کاهش اشتها، تند شدن ضربان قلب، افزایش شدید دمای بدن و ضعف عضلات.

کوکائین

کوکائین ماده محرکی است که به صورت پودر سفید رنگ می باشد. مصرف کوکائین میل جنسی را افزایش می دهد و احساس اعتماد به نفس و خستگی ناپذیری را ایجاد می کند، میزان بالای مصرف کوکائین باعث احساس سرما، تهوع، بی خوابی، افزایش درجه حرارت و فشار خون بدن و توهمات وحشتناکی را به صورت جنبش حشرات موزی زیر پوست بدن ایجاد می کند.

مواد توهم زا

مواد توهم زا موادی هستند که حقایق و ماهیت اشیاء را غیر واقعی نشان می دهند. معرف ترین ماده توهم زا **LSD** نام دارد که تحت تاثیر آن احساس جهت، فاصله و زمان دچار مشکل می شود. این مواد باعث رفتار های غیر قابل پیش بینی، ترس از دیوانه شدن، احساس خروج از بدن، به خاطر آوردن خاطرات گذشته می شود که گاهی باعث آسیب شدید و حتی مرگ می گردد. با توجه به غیر قابل پیش بینی بودن آثار این ماده، افزایش میزان ماده باعث تشنج، کما و از کار افتادن ریه و قلب و در نهایت منجر به مرگ می شود.

قرص های اکس (اکستاسی)

اکس یک ماده محرک و در عین حال توهم زا است به صورت قرص های دارای طرح و رنگ مختلف یافت می شود که معمولاً در مهمانی ها مصرف می شود مصرف اکس علائم مختلفی از جمله گشاد شدن مردمک، پرحرفی، شدیدتر شدن احساسات و عواطف، احساس سفت شدن عضلات فک، شدید حس کردن صداها و رنگ ها، افزایش فعالیتها تا چند ساعت بدون احساس تشنگی، افسردگی را شامل می شود.

نحوه برخورد اطرافیان با افراد معتاد (وابسته به مواد)

اعضای خانواده برای اینکه بخواهند رفتار درستی در مورد افراد وابسته به مواد داشته باشند، باید یک سری پیش داوری های خود را نسبت به پدیده اعتیاد تغییر دهند و به اعتیاد به عنوان بیماری نگاه کنند و نباید به آن به صورت یک مسئله حاد نگاه کنند و برای آن به دنبال یک راه حل آنی بگردند.

تغییر افراد وابسته به مواد به پنج مرحله تقسیم می شود:

• در مرحله اول تغییر که مرحله پیش تأمل نامیده می شود، فرد در مورد رفتار خود اصلاً فکر نمی کند و سرخوشی او به حدی است که به چیز دیگر اهمیت نمی دهد. در این مرحله وظیفه اطرافیان، دادن آگاهی به فرد است تا کم کم تشخیص بدهد و مشکلی وجود دارد و این افزایش آگاهی باید در غالب جملات خبری در مورد آثار سوء مصرف مواد با حالت هیجانی و احساسی کم و زمان مناسب باشد تا فرد وابسته به مواد را از خود نرانند. اگر اطرافیان در این مرحله تهدید کنند، بهتر است بعد از آن به این تهدید واقع گرایانه عمل کنند نه آنکه این تهدید در مرحله حرف بماند.

• مرحله دوم مرحله تأمل است. در این مرحله فرد می فهمد که مشکلی دارد و به صورت جدی در مورد آن فکر می کند در این مرحله فرد ممکن است در مورد مشکل خود اطلاعات زیادی داشته باشد ولی هیچ گاه درمان را شروع نکند در این مرحله اطرافیان باید، مثل مرحله قبل، آگاهی فرد را از عواقب رفتارش بیشتر کنند با این تفاوت که گاهی تحریک مثبت عاطفی هم می تواند تا حدی موثر باشد. این اطلاعاتی که داده می شود باید بسیار کوتاه باشد و سریع تمام شود، چون اگر ادامه پیدا کند به دعوا و بحث می کشد. همچنین این اطلاع رسانی باید به دور از اغراق و دروغ باشد. نکته مهم در مورد افرادی که در مرحله تأمل هستند این است که احساس کنند اگر تغییر را شروع کنند، حامی و پشتیبان دارند.

• مرحله سوم، مرحله آمادگی می باشد. در این مرحله فرد تصمیم خودش را برای تغییر گرفته است نقش اطرافیان در این مرحله نقش مشوق است.

• مرحله چهارم، فرد آشکارا رفتار خود را تغییر می دهد، اطرافیان در این مرحله نباید فکر کنند که کار تمام شده است و دیگر برای این فرد ادامه درمان لزومی ندارد.

• آخرین مرحله تغییر، مرحله نگهداری است در این مرحله که فرد مصرف مواد را کنار گذاشته است این نگرانی سراغ خانواده می آید که نکند این فرد برگردد و دوباره مصرف کند این نگرانی باعث شک کردن های بی جا مثل تعقیب کردن، گشتن جیب ها و تهمت به بیمار می شود. در این مرحله خانواده باید جوری رفتار کند که احياناً اگر فرد در مسیر خود لغزش داشت، مستقیماً با خانواده خود و پزشک مطرح کند نه اینکه آنرا مخفی کند.

مواد افیونی Opioid

درمان و بازپروری درمواد افیونی به دو دسته تقسیم می شوند

۱/ درمان بیش مصرف **Toxication**

۲/ ترک نظارت شده و سم زدایی

۱- درمان بیش مصرف: نخستین کار حصول اطمینان از باز بودن راه هوایی است. ناکوکسان به آهستگی از راه وریدی تجویز می گردد و در روز اولیه آن ۸٪ میلی گرم به ازای ۷۰ کیلو گرم وزن بدن است. نشانه های بالینی بهبود (افزایش سرعت تنفس و اتساع مردمکها) باید به سرعت ظاهر گردد. اگر بیمار به دوز اولیه پاسخ ندهد نالوکسان را می توان بعد از چند دقیقه تکرار کرد.

۲- ترک نظارت شده و سم زدائی : متادون یک ماده مخدر مصنوعی شبه افیونی است که از راه خوراکی قابل معرفی است و می توان آن را جانشین هروئین نمود. دوز روزانه ۲۰ تا ۸۰ میلی گرم آن وضعیت بیمار را تثبیت می کند هر چند تا ۱۲۰ میلی گرم در روز نیز مصرف شده است طول مدت تاثیر متادون از ۲۴ ساعت تجاوز می کند بنابراین یک دوز واحد روزانه کفایت می کند درمان نگهدارنده با متادون تا زمانی تجویز می شود که بتوان بیمار را از متادون که خود اعتیاد آور است باز گرفت، درمان نگهدارنده با متادون چندین مزیت دارد.

۱/ شخص وابسته را از مصرف وریدی هروئین رها کرده و لذا احتمال انتشار **HIV** را از طریق سوزن آلوده کم می کند.

۲/ متادون حداقل نشنگی را ایجاد کرده و مصرف دراز مدت به ندرت موجب خواب آلودگی یا افسردگی می شود.

۳/ متادون به بیمار امکان می دهد به جای فعالیتهای جنائی و غیر قانونی به مشاغل مفید روی آورد ، عیب عمده آن این است که بیمار نسبت به یک ماده مخدر وابسته باقی می ماند.

بوپرنورفین با دوز اولیه ۸ تا ۱۰ میلی گرم سبب کاهش مصرف هروئین می شود بوپرنورفین هم چنین بدلیل تجزای آهسته از گیرنده های افیونی با دوز ۳ بار در هفته نیز موثر است.

آنتاگونیستها مواد افیونی عبارتند از:

۱/ نالوکسان که در درمان مسمومیت با مواد افیونی تجویز می گردد

۲/ نالتکسون که طولانی ترین اثر آنتاگونیست "۷۲ ساعت" است فرضیه نالتکسون بدین صورت است که فرد را از رفتار مواد جویانه منصرف ساخته و در نتیجه موجب شرطی زدائی این رفتار می شود و در مصرف مواد مخدر باعث به هم خوردن حال بیمار می گردد و بدین صورت تنفر از مصرف مواد ایجاد می گردد.

معمولاً در دوران سم زدائی کلونیدین از ۰/۱ تا ۰/۳ میلی گرم ۳ تا ۴ بار در روز تجویز می گردد. جهت تسکین دردهای عضلانی از مسکن ها و شل کننده های عضلانی مانند باکلوفن استفاده می گردد.

جهت علائم گوارشی از داروهائی نظیر دیفنوکسیلات استفاده گردد.

کوکائین و کراک

کوکائین آلکالوئیدی که از بوته اریتروکسیلون کوکا استخراج می شود این گیاه (**erthroxyton coca**) جزو گیاهان بومی آمریکای جنوبی است. تا سال ۱۹۰۲ کوکائین یکی از مواد فعال نوشابه کوکا کولا بود.

کراک (**crack**) شکل خالص کوکائین است و بی نهایت قوی است و در بسته های کوچک و آماده تدخین که غالباً **rock** نامیده می شود به فروش می رشد کوکائین کراک بسیار اعتیاد آور است و حتی یک یا دو بار مصرف آن می تواند میل شدیدی برای مصرف بیشتر ایجاد کند.

عوارض مصرف کوکائین و کرک ۱/

مسمومیت با کوکائین:

- ۱/ علائم با دوز پائین: سرخوشی، احساس نشئگی، افزایش عزت نفس و انجام بهتر تکالیف
- ۲/ علائم با دوز بالا: سرآسیمگی، اختلال قضاوت، رفتار جنسی بالقوه خطرناک و تکانشی، پرخاشگری و افزایش همه جانبه در فعالیت روانی حرکتی. افزایش فشار خون و تاکی کاردی و گشادی مردمک
- ۲/ ترک کوکائین: احساس ملال، بی خوابی یا خواب آلودگی، تحریک پذیری، احساس فقدان لذت و خستگی
- ۳/ دلیریوم: دلیریوم وقتی شایعتر است که :
- وقتی مقادیر زیادی کوکائین مصرف می گردد.
 - وقتی کوکائین در طول زمان کوتاهی مصرف می گردد.
 - وقتی کوکائین توأم با سایر مواد روانگردان نظر آمفتامین، الکل و ... مصرف می گردد.
- اختلال سایکوتیک ناشی از کوکائین: تا نیمی از مصرف کنندگان کوکائین دچار توهمات و هذیانهای پارانوئید می شود. بروز علائم سایکوتیک به ۱- دوز مصرفی ۲- طول مدت مصرف ۳- حساسیت فرد نسبت به ماده بستگی دارد.
- احتمال بروز نشانه های سایکوتیک در مردها بسیار بیشتر از زنها است. هذیانهای پارانوئید شایعترین علائم سایکوتیک هستند.
- ۴/ کژ کاری جنسی ناشی از کوکائین: هر چند کوکائین بعنوان وسیله تشدید میل جنسی و به تعویق انداختن ارگاسم مصرف می شود ولی مصرف مکرر آن می تواند موجب ناتوانی جنسی گردد.
- ۵/ اثرات نامطلوب: یک عارضه شایع مصرف کوکائین احتقان بینی است. مصرف طولانی مدت کوکائین هم چنین می تواند به سوراخ شدن تیغه بینی منجر گردد.
- شایعترین بیماری عروقی مغز در ارتباط با کوکائین انفارکتوسهای مغزی بدون خونریزی هستند. مکانیسم فیزیوپاتولوژیک آشکار این اختلالات عروقی ، انقباض عروق است.
- کوکائین در بین مواد مورد سوء مصرف بیش از همه با تشنج همراه است. از این لحاظ آمفتامین در ردیف دوم قرار دارد ، تشنجات ناشی از کوکائین معمولاً رویدادهای واحدی هستند.
- انفارکتوسهای قلبی و آریتمی احتمالاً شایعترین ناهنجاری قلبی ناشی از کوکائین هستند با مصرف دراز مدت کوکائین کاردیومیوپاتی بروز می کند.

درمان treatment

وجه افتراق سندرم ترک کوکائین از ترک مواد شبه افیونی این است که در ترک کوکائین اختلالات جسمی که نیازمند بستری یا ترک

اقامتی باشند وجود ندارد. گاهی لازم است جهت دور نگهداشتن بیمار از زمینه اجتماعی معمول که در آن کوکائین خرید و فروش می شده است بیمار را بستری کرد. روان درمانی انفرادی و گروه درمانی و خانوادگی صورت می گیرد.

در حال حاضر هیچ درمان دارویی برای کاهش مصرف کوکائین وجود ندارد. در مصرف کنندگان که از قبل دچار **ADHD** یا اختلالات خلقی بوده اند به ترتیب ریتالین و لیتیموم تجویز می گردد.

توهم زاها نظیر LSD

۱/ مسمومیت با مواد توهم زا: درمان انتخابی مسمومیت با مواد توهم زا تجویز ۲۰ میلی گرم دیازپام خوراکی است این دارو ظرف ۲۰ دقیقه تجربه **LSD** و هر گونه حمله پانیک (هول) مرتبط با آن را متوقف می کند و نسبت به آرام بخش کلامی که چند ساعت طول می کشد یا تجویز داروهای آنتی سایکوتیک ارجعیت دارد

۲/ اختلال پایدار ناشی از مواد توهم زا (**Flash back**): درمان اختلال ادراکی پایدار ناشی از مواد توهم زا رویکرد تسکینی است. داروهای مورد استفاده عبارتند از بنزودیازپین های طولانی اثر مانند کلونازپام و به میزان کمتر داروهای ضد تشنج از جمله اسید والپرویک یا کاربامازپین در حال حاضر هیچ داروی قادر نیست علائم بیماری را بطور کامل برطرف کند. خط دوم درمان روشهای رفتاری است.

تدخین ماری جوانا در صورت استنشاق غیر فعال اختلالات مزبور را تشدید می کند.

۳/ اختلال همزمان با اختلال ادراکی پایدار ناشی از مواد توهم زا بروز می کند:

• اختلال هول پانیک

• افسردگی اساسی

• وابستگی به الکل

اختلالات مرتبط با حشیش و ماری جوانا

فرآورده های حشیش و ماری جوانا از گیاه شاهدانه هندی **Canabis sativa** تهیه می شود تمام اجزای این گیاه حاوی کانابینوئیدهای روانگردان است که از بین آنها و تتراهیدروکانابینول از همه فراوانتر است، قوی ترین انواع محصولات شاهدانه از سرشاخه های گلدار گیاه (ماری جوانا) یا از ترشح رزینی قهوه ای مایل به سیاه خشک شده برگهای آن که **hashish** (نامیده می شود بدست می آید.

اسامی رایج حشیش، ماری جوانا، علف **Grass** – جام **pot**، علف هرز **Weed**، چای **Tea** و مری جین **Mar jane** و بنگ است.

درمان معرفی حشیش مبتنی بر همان اصول درمانی سایر موارد مورد سوء مصرف یعنی پرهیز و حمایت است. پرهیز از طریق مداخله مستقیم نظیر بستری کردن یا کنترل دقیق بطور سرپائی با استفاده از غربالگری ادراری دارو که وجود حشیش را تا ۴ هفته پس از مصرف نیز نشان می دهد صورت می گیرد.

حمایت از طریق روان درمانی فردی، خانوادگی و گروه درمانی انجام می گیرد. آموزش باید شالوده برنامه های پرهیز و حمایت باشد.

برای برخی بیماران تجویز داروهای ضد افسردگی ممکن است در رفع علائم ترک موثر باشد.

در برخی دیگر از بیماران مصرف حشیش ممکن است با اختلال افسردگی زمینه ای مربوط باشد که به داروهای ضد افسردگی خاص پاسخ دهد.

ماری جوانا با این حال در درمان اختلالات مختلفی نظیر تهوع ثانویه به شیمی درمانی، اسلکروز مولتیپل، درد مزمن، ایدز، صرع و گلوکوم بکار رود.

اختلالات مرتبط با آمفتامین یا شبه آمفتامین

تمام آمفتامین ها سریعاً از راه دهان جذب می شوند و تاثیر آنها معمولاً ظرف یکساعت پس از مصرف خوراکی ظاهر می شود. آمفتامین های کلاسیک از راه وریدی هم مصرف می شوند و از این طریق تاثیر آنها تقریباً بلافاصله ظاهر می شود.

ترک آمفتامین:

پس از مسمومیت با آمفتامین یک دوره فروریزی **Crash** بروز می کند که علائم آن عبارتند از اضطراب، رعشه، خلق ملالت بار، سردرد، تعریق، گرفتگی عضلانی و گرسنگی و سیری ناپذیری جدی ترین علامت ترک، افسردگی است.

بوپروپیون جهت درمان افسردگی ترک آمفتامین مفید است.

اختلال سایکوتیک ناشی از آمفتامین:

شبهت بالینی ناشی از آمفتامین با اسکیزوفرنی پارانوئید است علامت بارز اختلال سایکوتیک ناشی از آمفتامین وجود پارانوئا است.

درمان انتخابی اختلال سایکوتیک ناشی از آمفتامین مصرف کوتاه مدت آنتاگونیستها گیرنده دوپامینی مانند هالوپریدون است.

در غیاب سایکوز، دیازپام برای درمان سراسیمگی و بیش فعالی بیماران مفید است.

اختلال خواب و بهداشت خواب

اختلال خواب چیست و چه اهمیتی دارد؟

خواب یک رفتار عالمگیر است که در تمام گونه های حیوانی دیده شده است و یکی از مهمترین رفتارهای انسان است که تقریباً $\frac{1}{3}$ عمر او را می پوشاند وجود خواب برای دوام عمر ضروری است و چون محرومیت طولانی از خواب به مشکلات جسمی و ذهنی و بالاخره مرگ می انجامد خواب ارتباط خاصی با روانپزشکی دارد و از آنجائیکه آشفتگی در خواب در تمام اختلالات روانپزشکی وجود دارد می توان گفت که بخشی از ملاک های تشخیصی برای برخی از اختلالات روانی است.

اختلال خواب چند نوع می باشد؟

اختلال خواب برای تشخیص دقیق تر به انواع مختلفی تقسیم می شود که در زیر به آنها اشاره می شود:

۱ - بی خوابی اولیه Insomnia

۲ - پر خوابی اولیه **Hypersomnia**

۳ - نارکولپسی **Narcolepsy**

۴ - اختلال خواب مربوط به تنفس

۵ - اختلال خواب ریتم شبانه روزی

۶ - اختلال کابوس **Nightmare Disorder**

۷ - اختلال وحشت شبانه **Sleep Terror Disorder**

Disorder Sleep Walking

اختلال خوابگردی

بی خوابی اولیه :

هنگامی که فرد نمی تواند به خواب برود و در شب مدام و به طور مکرر از خواب بیدار می شود یا هنگامی که صبح از خواب بلند می شود ، احساس خستگی می کند و از این وضعیت خود شکایت دارد، تشخیص بی خوابی اولیه می گیرد.

اختلال پر خوابی اولیه:

زمانی که فرد به میزان بالائی در طول روز احساس خواب آلودگی می کند و هنگامی که به خواب می رود به مدت طولانی می خوابد و در کل میل به خواب زیادی دارد، تشخیص اختلال پر خوابی به شخص گذاشته می شود. این افراد معمولاً زودتر می خوابند و صبح به سختی از خواب بلند می شوند.

اختلال نارکولپسی:

گاهی فرد علاوه بر این که به حد بالایی در طول روز خواب آلود می باشد به طور ناگهانی خواب بر او حمله می کند. و در مواقع نامناسبی مثل غذا خوردن، صحبت کردن، رانندگی و ... به خواب می رود. معمولاً فرد به مدت ۱ تا ۲۰ دقیقه در این حالت باقی می ماند حتی ممکن است رویا هم ببیند. این اختلال خواب راکه با حملات خواب مشخص می شود نارکولپسی می گویند.

در اختلال خواب مربوط به تنفس :

در اختلال خواب مربوط به تنفس، فرد به علت قطع کامل یا نسبی جریان هوا در بینی و دهان از خواب بیدار شود این اختلال باعث خواب آلودگی شدید در فرد یا بی خوابی می شود.

در اختلال خواب ریتم شبانه روزی:

در اختلال خواب ریتم شبانه روزی ، برنامه خواب و بیداری فرد به علت مواردی از جمله نوبت کاری شبانه، مسافرت در مسافت طولانی دچار آشفتگی می شود و خواب آلودگی شدید یا بی خوابی را ایجاد می کند.

اختلال کابوس:

گاهی فرد به علت رویاهای وحشتناک و ترسناک و طولانی ، هراسان از خواب بیدار می شود که به این حالت اختلال کابوس می گویند.

اختلال وحشت شبانه

اختلال وحشت شبانه شامل بیدار شدن ناگهانی فرد از خواب می باشد که تقریباً همیشه با فریاد و گریه های گوشخراش همراه می باشد.

اختلال خوابگردی:

اختلال خوابگردی باعث می شود که فرد در طول شب به طور مکرر از بستر خواب بلند شود و بدون آگاهی کامل راه برود گاهی بیمار در این حالت می نشیند ، لباس می پوشد، دستشویی می رود ، حرف می زند و حتی گاهی رانندگی می کند.

بهداشت خواب چه مواردی را در بر می گیرد؟

۱/ هر روز در وقت معینی از خواب بیدار شوید و یک برنامه منظم برای خواب و بیداری داشته باشید.

۲/ از چرت روزانه بپرهیزید، زیرا خواب روزانه باعث اشکال در خوابیدن فرد در شب می شود.

۳/ یک برنامه ورزشی منظم روزانه داشته باشید.

۴/ سعی کنید شبها بستر خود را عوض نکنید.

۵/ در ساعات معینی غذا بخورید و قبل از خواب غذای سنگین میل نکنید.

۶/ حداقل ۲ ساعت قبل از خواب از خوردن چای ، قهوه ، کافئین ، کاکائو و کشیدن سیگار خودداری کنید.

۷/ ساعات خواب و بیداری حتی در روزهای تعطیل با سایر روزهای کاری تان یکی باشد.

۸/ دمای محیط خواب باید متعادل و نسبتاً خنک باشد.

۹/ از تحریکات شبانگهی از جمله تماشای تلویزیون در رختخواب اجتناب کنید و رادیو یا مطالعه را جایگزین آنها سازید.

۱۰/ غوطه ور شدن به مدت ۲۰ دقیقه در وان آب داغ را که حرارت بدن را بالا ببرد امتحان کنید.

۱۱/ تنها هنگامی به بستر بروید که خوابتان می آید.

۱۲/ از روش آرامسازی مثل انبساط عضلانی تدریجی و مراقبه استفاده کنید.

۱۳/ حداقل یک ساعت قبل از خواب سعی کنید افکار روزانه و استرس های روزانه را از خود دور کنید.

۱۴/ الگوی خواب را هنگام شب یادداشت کنید و در شبهای بعدی از آن به عنوان برنامه خواب استفاده کنید.

کنترل توهم

فردی که در حال توهم باشد ممکن است:

• با خودش با هیجان بحث و گفتگو می کند و به نظر برسد که در حال پاسخ گویی به سوالات یا بیانات فرد دیگری است.

• بدون هیچ دلیل واضحی ناگهان می خندد.

• به نظر می رسد حواسش پرت است و یا مشغولیت ذهنی دارد و یا نمی تواند بر موضوع بحث یا کاری متمرکز شود.

• به نظر می رسد چیزی را می بیند که شما نمی توانید ببینید.

بعضی بیماران می آموزند که با تمرین و ممارست و با استفاده از یک یا ادغام چند شیوه با توهمات خود کنار آیند از جمله:

• صحبت و مشاوره با یک درمانگر یا فردی دیگر.

• افزایش مقدار داروی ضدروان پریشی (سایکوز)مورد مصرف.

• با خواستن از صداها که او را ترک کنند(در صورت وجود توهم شنوایی)

• نادیده گرفتن صداها، تصاویر، بوها، مزه ها و احساس ها.

• تمرکز بر کار یا فعالیتی دیگر.

• گوش دادن به موسیقی بلند (ترجیحا با گوشی.) شما می توانید

با روشی حمایت گرانه، همدلانه و آرام:

• از او بپرسید آیا هم اکنون چیزی شنیده یا دیده است؟ و اگر پاسخ بلی است، آن چه بوده؟

• به منظور درک این که آن تجربه چه احساسی در او ایجاد می کند، اطلاعات کافی بگیرید.

• راه های مختلف برای کنار آمدن با احساسات و نیازهای برخاسته از توهم پیشنهاد کنید. این امر احساس امنیت و توانایی کنترل احساس خود به بیمار می دهد.

• در مورد اینکه آن تجربه ممکن است یک نشانه یا توهم باشد با او گفتگو کنید. (می توان به جای کلمه نشانه یا توهم واژه دیگری که مورد پذیرش بیمار است به کار برد)

• در صورت لزوم محدودیت های رفتارش را به او یادآوری کنید (مثلا فریاد نکشد)

شما نباید او و یا تجربه اش را مسخره کنید.

شما نباید از تجربه اش دچار حیرت و هراس شوید.

شما نباید به او بگویید که تجربه اش واقعی نیست، یا آن را نادیده و دست کم بگیرید.

شما نباید در مورد محتوای توهم یا اینکه چرا او صدائی می شنود یا چیزی می بیند، وارد بحثی طولانی شوید.

پاسخ به هذیان :

در مورد جزئیات هذیان بحث و سوال مفصل نکنید. برای خارج کردن بیمار از هذیان نه با او بحث کنید و نه سعی کنید او را متقاعد کنید . زیرا نتیجه نخواهد داشت.

چنانچه او آرام است ،بی طرفانه ،محترمانه و آرام به او گوش دهید، سپس یک کدام یا کلیه موارد زیر را انجام دهید:

• به نظرات و پیشنهادهای غیر هذیانی فرد پاسخ دهید.

• موضوع صحبت را از محتوای هذیان منحرف کنید.

• واضح و روشن ولی بدون داوری تمایل خود را در تفسیر وضعیت ابراز کنید.

چنانچه خویشاوند بیمار تان اصرار دارد که در مورد موضوع هذیان شما نظری بدهید شما می توانید:

• او را به عنوان یک فرد بپذیرید و همان طور که برای نظر خود احترام قائلید برای نظر او هم احترام قائل شوید و توضیح دهید که بین نظر شما و دیدگاه او تفاوت وجود دارد.

در صورتی که هذیان توأم با عواطف شدید است شما می توانید:

• بدون اشاره به هذیان ، به احساس مزاحم / ناراحت کننده) مانند: ترس ،خشم ،اضطراب،غم) همراه با هذیان را پاسخ دهید.

• کمکش کنید ، با آن احساسات و عواطف مزاحم / ناراحت کننده کنار آید. برای مثال می توانید بپرسید: چه می توانم بکنم تا احساس امنیت بیشتری کنی ؟

• اطراف بیمار آرامش برقرار کنید.

• تعداد افراد و سر و صدا دور بر بیمار را کم کنید.

• ابراز همدلی برای شرایطی که بیمار در آن قرار دارد (در رابطه با فکر غلط/ هذیانی) نشان دهید و در صورت امکان به بیمار کمک کنید (بعنوان مثال تلویزیون را خاموش کنید اگر بیمار فکر می کند در برنامه درباره او صحبت می شود).

کنترل خشم:

چنانچه هر دوی شما خشمگین هستید و می ترسید کنترل خود را از دست بدهید، بهترین کار برای محافظت همگان از صدمه و آسیب این است که از یکدیگر دور شوید.

چنانچه فرد مبتلا به بیماری خشمگین و شما آرامید:

- تا حد امکان آرامش خود را حفظ کنید. آهسته و واضح صحبت کنید.
- برخورد مسلط بمانید و ترس خود را مخفی کنید تا موقعیت وخیم تر نشود و یا مستقیماً به فرد بگوئید که خشم او شما را می ترساند.
- بدون درخواست یا اجازه فرد به او نزدیک نشوید یا او را لمس نکنید.
- به تمامی تقاضاهای او پاسخ مثبت ندهید ، محدودیت ها و پی آمدها را به او یادآوری کنید.
- مشخص کنید که ، آیا خشم او کاملاً غیر منطقی است ؟ در آن صورت علایمی از بیماری است . ولی اگر علتی واقعی برای آن وجود دارد خشم بجائی است.
- در مورد ایده های غیر منطقی او بحث نکنید.
- به احساسات او توجه داشته باشید و تمایل خود را برای درک تجربه او ابراز کنید.
- کمک کنید متوجه شود که چه باید بکند.
- خود و دیگران را از خطر صدمه و آسیب محفوظ بدارید. البته برخی طغیان های خشم قابل پیشگیری یا متوقف کردن نیستند.
- چنانچه طغیان خشم مشکل تکراری است، صبر کنید تا همه آرام شوند، سپس راههایی پیشنهاد کنید که به او بتواند خشم خود را اداره و خود را کنترل کند. راههای کنترل وضعیت می توانند شامل موارد زیر باشند:
- هنگام ناراحتی های خفیف رآلآسا” عمل کنید تا خشم انباشته نشود و به مرحله انفجار نرسد.
- با ورزش و تمرین مقداری انرژی مصرف کند به شیئی بی خطر ضربه بزند) یک بالش(یا در جایی خلوت فریاد بکشد.
- صحنه را ترک کند ، زمانی را صرف نوشتن و یا شمارش اعداد کند.
- در صورت تجویز پزشک یک مقدار اضافی دارو مصرف کند.

منابع:

خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک آسیب

شناسی روانی ۱-۲ نیل دیویسون آسیب شناسی

روانی ۱-۲ سید محمدی

زندگی سالم و بدون از مواد ، نوشته دکتر فرهاد طارمیان ، مرکز مشاوره دانشگاه تهران ۱۳۹۰

- شماره تماس واحد پرستار پیگیر: ۰۶۶۳۳۴۱۵۲۶۵

- شماره کانال جهت آموزش مجازی واحد پرستار پیگیر: ۰۹۳۰۳۳۲۸۶۳۱

- شماره تماس واحد مددکاری-تغذیه جهت مشاوره: ۰۶۶۳۳۴۱۳۰۸۵-۰۶۶۳۳۴۱۳۰۷۸ (داخلی ۱۳۳)

- سایت بیمارستان جهت دسترسی به کلیه مطالب آموزشی (کتابچه - پمفلت - پوستر ...) www.nerves.lums.ir

- آدرس: درمانگاه صدیق: خرم آباد، ابتدای سه راه بالای مطهری، کلینیک خیریه صدیق شماره تماس: ۰۶۶۳۳۴۲۴۳۰ ساعت نوبت دهی: ۸-۱۰

- درمانگاه ترک اعتیاد (MMT): خرم آباد، کوی اندیشه، خیابان اندیشه ۱۳ (جهت تهیه شربت متادون، شربت تننور، قرص B2)

- آرس بیمارستان: خرم آباد - کمالوند - روبروی کهریز مجتمع پردیس دانشگاه علوم پزشکی لرستان - بیمارستان آموزشی درمانی روانپزشکی مهر - ۰۶۶۳۳۴۱۳۰۸۳

- سلامت و نشاط جسمی و روحی شما هدف و آرزوی ماست