

اختلال پانیک

زهرا قیاسی روانپزشک

پانیک

- اختلال پانیک، حمله ی حاد شدید اضطراب همراه با احساس مرگ قریب الوقوع می باشد.
- حمله پانیک یا حمله هراس

همه گیر شناسی

- شیوع مادام العمر 1-4%
- شیوع 6 ماهه 0.5-1%
- زن ها 2-3 برابر بیشتر از مردها مبتلا میشوند.
- سفید پوست ها و سیاه پوست ها تفاوتی ندارند.
- طلاق یا جدایی، اندکی پیش از شیوع اختلال تنها عامل اجتماعی شناخته شده است.
- وقوع حملات در میانگین سنی 25 سال بیشتر است. در کودکان و نوجوانان به دلیل تشخیص کم، کمتر است

بیماری های همراه

- 91 درصد از مبتلایان لااقل یک اختلال روانی دارند.
- یک سوم افراد مبتلا قبل از شروع بیماری، اختلال افسردگی اساسی داشته اند و حدود دو سوم در حین یا پس از شروع افسردگی مبتلا شده اند.
- 15-30 درصد مبتلا به جمعیت هراسی
- . 2-20 درصد هراس اختصاصی.
- 15-30 درصد اختلال اضطراب فراگیر

بیماریهای همراه

- 2-10 درصد اختلال استرس پس از سانحه
- 30 درصد اختلال وسواس جبری، خود بیمار انگاری، اختلالات شخصیت و اختلالات مرتبط با مواد.

سبب شناسی

- دستگاه عصبی خودکار در آنها فعالیت سمپاتیک بیشتری دارد و به محرک های متوسط واکنش شدید نشان میدهد.
- نوروترنسمیتر های نور اپی نفرین، سروتونین و گاباآمینو بوتریک اسید نقش دارند.
- کورتیزول و واکنش های قلب و عروق در این بیماران افزایش یافته است.
- مواد پنیک آور که باعث تحریک تنفسی و به هم خوردن تعادل اسید و قلیا میشوند نیز نقش دارند مانند دی اکسید کربن، سدیم لاکتات، بیکربنات، کافئین

سبب شناسی

- افتادگی دریچه ی میترال تاثیری ندارد.
- عوامل وراثتی در اقوام درجه یک بیماران 4-8 برابر بیشتر است.
- در دوقلوهای تک تخمکی نسبت به دو تخمکی، از نظر ابتلا همگامی بیشتری وجود دارد.
- آسیب لوب گیجگاهی به ویژه هایپوکامپ و آمیگدال

سبب شناسی

- انقباض عروق مغز.
- عوامل روانی و اجتماعی در ماه های پیش از شروع اختلال مانند از دست دادن و طلاق.
جدا شدن از مادر در اوایل کودکی
- . سابقه سوء رفتار جسمی و جنسی در دوران کودکی در 60 درصد زنان.

تشخیص اختلال پانیک

- ملاک های تشخیصی در مورد حمله ی پانیک

a. حملات مکرر غیرمنتظره ی پانیک . یک دوره ی پانیک،شامل بروز شدید و ناگهانی ترس شدید یا احساس ناراحتی فوق العاده است که در عرض چند دقیقه به اوج میرسد و در طی این مدت (چهار مورد یا بیشتر) از علایم بروز میکند.

- توجه : بروز ناگهانی حملات هم در حالت آرامش و استراحت و هم در حالت اضطراب رخ میدهد.



1. تپش قلب، کوبش قلب یا افزایش ضربان آن .

• ۲. تعریق

• ۳. لرزش یا احساس تکان خوردن

• ۴. احساس تنگی نفس و نرسیدن هوا

• ۵. احساس خفگی

• ۶. درد یا ناراحتی قفسه ی سینه

• ۷. تهوع یا ناراحتی شکمی

• ۸. احساس سرگیجه، بی ثباتی، منگی یا غش



- ۵. احساس خفگی
- ۶. درد یا ناراحتی قفسه ی سینه
- ۷. تهوع یا ناراحتی شکمی
- ۸. احساس سرگیجه، بی ثباتی، منگی یا غش
- ۹. احساس گرما یا لرز (گرگرفتگی و سرما)
- ۱۰. احساس پارسندگی (خواب رفتگی یا سوزن سوزن شدن)
- ۱۱. گسست از واقعیت (احساسات غیرواقعی بودن) یا گسست از خویشتن (احساس جدا شدن از خود)
- ۱۲. ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن
- ۱۳. ترس از مردن



- نکته: علائم مختص فرهنگ هم دیده می شود (مثل وزوز گوش، درد گردن، سردرد، گریه و فریاد غیر قابل کنترل) این گونه علائم را نباید به عنوان یکی از چهار علامت لازم برای تشخیص محسوب کرد.
- B. حداقل یکی از حملات در عرض یک ماه یا بیش تر از یکی یا هر دو مورد زیر رخ داده باشد.
 - ۱. نگرانی یا مشغولیت ذهنی مداوم در مورد بروز یک دوره ی دیگر ، یا پیامد آن (مثلا از دست دادن کنترل، دچار حمله ی قلبی شدن، و دیوانه شدن)
 - ۲. تغییر آشکار ناسازگارانه ی رفتاری ناشی از حملات فوق (مثلا رفتارهایی برای جلوگیری از حملات بعدی مانند ورزش نکردن یا نرفتن به مکان های نا آشنا)



- C. اختلال حاضر ناشی از اثرات فیزیولوژیکی یک ماده (مانند داروی سوء مصرفی، یک دارو) یا یک بیماری طبی دیگر (مانند پرکاری تیروئید، بیماریهای قلبی ریوی) نیست.
- D. اختلال موجود توسط یک اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی شود. (مثلا حملات پانیک که فقط در واکنش به ترس از موقعیت های اجتماعی بروز می کنند، مانند آنچه در اختلال اضطراب اجتماعی دیده می شود؛ در پاسخ به شرایط هراس آور ناشی از جسم یا موقعیت خاصی بروز می کند. مانند هراس اختصاصی در پاسخ به افکار وسواسی بروز می کند، مانند اختلال وسواسی جبری؛ در پاسخ به نشانه هایی که حادثه ی آسیب رسان را به خاطر می آورند بروز می کند، مانند PTSD یا در پاسخ به جدا شدن از افرادی که به آنها دلبستگی وجود دارد بروز می کند مانند آنچه در اختلال اضطراب جدایی دیده می شود.)

خصایص بالینی

- نخستین حمله پانیک اغلب کاملاً خود به خود است
- ، اما گاهی نیز حمله های پانیک در پی برآشفستگی، فعالیت بدنی، فعالیت جنسی، یا آسیب هیجانی متوسطی ممکن است روی دهند.
- بالینگر باید سعی کند هر گونه عادت یا موقعیتی را که اغلب بر حمله های پانیک بیمار مقدم است، پیدا کند: اعمالی از قبیل مصرف کافئین، الکل، نیکوتین، یا مواد دیگر؛ تغییر الگوهای خواب یا تغذیه؛ و برخی وضعیتهای خاص محیطی نظیر استفاده از نور تند

خصایص بالینی

- حمله پانیک اغلب وقتی که شروع شد، علایمش در عرض ده دقیقه به سرعت تشدید می شود
- . علایم روانی عمده اش عبارت است از: ترس مفرط و احساس قریب الوقوع بودن مرگ و نابودی
- بیمار اغلب نمی تواند علت ترس خود را بیان کند.
- ممکن است دچار سردرگمی شود و در تمرکز اشکال پیدا کند
- بیمار اغلب می کوشد در هر جایی که هست، آنجا را ترک کند تا از کسی کمک بگیرد.
- حمله عموماً بیست تا سی دقیقه و ندرتاً بیش از یک ساعت طول می کشد

خصایص بالینی

- اگر در حین حمله پانیک، وضعیت روانی بیمار به طور معمول معاینه شود، نشخوار ذهنی، اشکال در صحبت کردن (مثل من و من کردن)، و مختل شدن حافظه دیده می شود.
- بیمار ممکن است در حین حمله دچار افسردگی باگسست از خویشتن (depersonalization) شود.
- علایم حمله پانیک ممکن است به سرعت یا به تدریج برطرف شود.
- بیمار در فاصله حملات ممکن است از اینکه مبادا حمله ای دیگر به سراغش بیاید، دچار اضطراب انتظار گردد.

خصایص بالینی

- نگرانی جسمی از مرگ به دلیل مشکل قلبی یا تنفسی ممکن است کانون اصلی توجه بیمار در حین حمله پانیک باشد.
- بیمار ممکن است معتقد باشد تپش قلب و درد قفسه سینه اش نشاندهنده آن است که دارد می میرد.
- بسیاری از این بیماران - یعنی حدود بیست درصد از آنها واقعا در حین حمله پانیک دچار حمله های سنکوپ می شوند.
- اینها افراد جوان بیست تا سی ساله ای هستند که به بخش فوریتها مراجعه می کنند و با اینکه از نظر جسمی سالم اند، اصرار میکنند که دچار حمله قلبی شده اند و دارند می میرند.
- پزشک بخش فوریتها بهتر است به جای آنکه فوراً تشخیص خودبیمارانگاری (هیپوکندریازیس) را مطرح کند، به تشخیص اختلال پانیک فکر کند.

خصایص بالینی

- . نفس نفس زدن امرونتیلاسیون) می تواند الکلوز تنفسی و سایر علایم را ایجاد کند
- . درمان قدیمی نفس کشیدن در داخل کیسه کاغذی گاه مفید است، چون شدت آلکلوز را کم می کند.

تشخیص افتراقی

- اختلالات قلبی عروقی:
- آنمی- آنژین قلبی - فشار خون - افتادگی دریچه میترال - عفونت میوکارد - تاکی کاردی
- اختلالات تنفسی:
- آسم – افزایش تعداد تنفس- آمبولی ریوی
- بیماری های نورولوژیک:
- بیماری های عروق مغز – تشنج – عفونت – هانتینگتون – بیماری منیر – میگرن – مولتیپل اسکلروزیس – ویلسون – تومور

تشخیص افتراقی

- بیماری های غدد درون ریز:
- آدیسون – کوشینگ – دیابت – هایپر تیروئیدی – هایپوپاراتیروئیدی- هایپوگلاسمی – منوپوز- فنوکروم
- مسمومیت دارویی :
- آمفتامین – آنتی کولینرژیک – کوکائین – ماریجوانا – نیکوتین – تنوفیلین – سندرم قطع داروها – الکل – داروهای ضد فشارخون – اوبیوئید- داروهای خواب آور

سیر و پیش آگهی

- شروع معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی است. اختلال مزمنی است.
- 30-40 درصد از بیماران بی علامت میشوند. 50 درصد علایم مختصر. 10-20 درصد علایم قابل توجه دارند.
- افسردگی ممکن است در 40 تا 80 درصد از کل موارد بر نمای علامتی بیمار افزوده شود.
- خطر خودکشی در آنها بالاست.
- وابستگی به الکل و سایر مواد حدود 20-40 درصد.
- اختلال عملکرد تحصیلی، شغلی و تعامل خانوادگی
- در بیماران با کارکرد پیش مرضی خوب، پیش آگهی مناسب است.

درمان

- دارو درمانی: مهار کننده اختصاصی بازجذب سروتونین – خط اول درمان
- پاروکسیتین: به دلیل اثرات رخوت زا اغلب بیماران را بلافصله آرام میکند
- سیتالوپرام - اسیتالوپرام – فلووکسامین – سرترالین
- شروع داروها با مقادیر کم و افزایش به آهستگی باشد.
- مثلاً در مورد پاروکسیتین شروع با 5 یا 10 میلی گرم به مدت 1-2 هفته و سپس هر هفته یا هر دو هفته افزایش 10 میلی گرم به آناضافه شود تا نهایتاً بر اساس پاسخ 60 میلی گرم تجویز شود.

درمان

- بنزودیازپین ها
- اثرات سریع بر پانیک
- آلپرازولام پرمصرف ترین ولی از نظر اثر بخشی با لورازپام یکسان است.
- گزارش های موردی در مورد موثر بودن کلونازپام
- 4-12 هفته میتوان تجویز کرد .

درمان

- داروهای سه حلقه ای و چهار حلقه ای :
- کلومی پرامین موثرترین – دزیپرامین – مایروتیلین – ترازودون – نورتریپتیلین – آمی تریپتیلین – داکسپین
- برخی گزارش ها حاکی از نقش ونلافاکسین و بوسپیرون
- به عنوان درمان کمکی- آنتاگونیست گیرنده بتا مفید نمی باشد.

درمان

- گزارش های موردیتاثير کاربامازپين و والپروات را نشان ميدهد.
- مدت دارودرمانی:
- از زمانی که تاثير دارو معلوم شد به مدت 8-12 ماه داده شود.
- معمولاً 30-90 درصد از بيماران مبتلا که با موفقيت هم درمان شدند با قطع درمان دچار عود ميشوند.

درمان

- درمان شناختی رفتاری :
- بر دارودرمانی صرف ارجحیت دارد. ترکیب این روش با دارودرمانی موثرتر است.
- شناخت درمانی:
- دو کانون توجه عمده در شناخت درمانی عبارت است از نشان دادن اعتقادات غلط بیمار برای تفسیر اشتباه حواس خفیف جسمی اش به گونه ای که آنها را قریب الوقوع بودن حمله ی پانیک، نابودی و مرگ خود میپندارد.
- دادن اطلاعات صحیح در مورد حمله ی پانیک و اینکه اگر روی دهد مدت محدودی است و مرگ آور و خطرناک نیست.



دارو	مقدار شروع (mg)	مقدار نگهدارنده (mg)
SSRIs		
پاروکستین	۵-۱۰	۲۰-۶۰
فلوکستین	۲-۵	۲۰-۶۰
سرتالین	۱۲/۵-۲۵	۵۰-۲۰۰
فلوکسامین	۱۲/۵	۱۰۰-۱۵۰
سیتالوپرام	۱۰	۲۰-۴۰
اس سیتالوپرام	۱۰	۲۰
ضد افسردگی های سه حلقه ای		
کلومی پرامین	۵-۱۲/۵	۵۰-۱۲۵
ایمی پرامین	۱۰-۲۵	۱۵۰-۵۰۰
دزیپرامین	۱۰-۲۵	۱۵۰-۲۰۰
بنزودیازپین ها		
آلپرازولام	سه بار در روز	سه بار در روز ۰/۵-۲
کلونازپام	دو بار در روز	دو بار در روز ۰/۲۵-۰/۵
دiazپام	دو بار در روز ۲-۵	دو بار در روز ۵-۳۰
لورازپام	دو بار در روز	دو بار در روز ۰/۵-۲
MAOIs		
فنلزین	دو بار در روز ۱۵	دو بار در روز ۱۵-۴۵
ترانیل سیپرومین	دو بار در روز ۱۰	دو بار در روز ۱۰-۳۰
RIMAs		
موکلوبماید	۵۰	۳۰۰-۶۰۰
بروفارومین	۵۰	۱۵۰-۲۰۰
ضد افسردگی های آتیپیک		
ونلافاکسین	۶/۲۵-۲۵	۵۰-۱۵۰
ونلافاکسین (XR)		۳۷/۵
۱۵۰-۲۲۵		
(گسترده رهش)		
سایر داروها		
والپروئیک اسید	دو بار در روز ۱۲۵	دو بار در روز ۵۰۰-۷۵۰
اینوزیتول	دو بار در روز	دو بار در روز ۶,۰۰۰
۶,۰۰۰		

باتشكر از توجه شما