

به نام خدا

اختلالات دوقطبی

Bipolar Disorder

فتانه آقائی

www.ketab.ir

سرشناسه :	آقائی، فتنه، ۱۳۶۶ -
عنوان و نام پدیدآور :	اختلالات دوقطبی = disorder Bipolar
تألیف فتنه آقایی :	
مشخصات نشر :	تهران: گیوا، ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهری :	۱۱۹ ص
شابک :	978-600-8479-73-4
وضعیت فهرست نویسی :	فیبا
یادداشت :	کتابنامه: ص. ۴۹ - ۶۲.
رده بندی کنگره :	RC۵۱۶/۵۱۶۶الف۳ ۱۳۹۵
رده بندی دیویی :	۸۹۵/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی :	۴۳۴۸۸۸۵

عنوان کتاب :	اختلالات دوقطبی
مؤلف :	فتنه آقائی
ویراستار :	فاطمه انصاری
ناشر :	انتشارات بین المللی گیوا
همکار ناشر :	باشگاه پژوهش های علمی ساداکو
مشاور پژوهشی :	روح الله تقی نژاد
ناظر فنی :	سیده محبوبه حسینی
صفحه آرا و طراح جلد :	آدینه کبرایی
سال و نوبت چاپ :	۱۳۹۵ / اول
شمارگان :	۱۰۰۰
شابک :	۹۷۸-۶۰۰-۸۴۷۹-۷۳-۴
قیمت :	۱۲۰,۰۰۰ ریال
آدرس :	میدان انقلاب، ضلع شمال غرب میدان، جنب بانک رفاه، پلاک ۵۹، طبقه ۲، واحد شرقی
تارنما :	www.sadako.ir

فهرست مطالب

۷	پیشگفتار.....
۱۰	تشخیص اختلالات دوقطبی.....
۱۱	ملاک‌های تشخیصی اختلال دوقطبی I بر اساس DSM-5.....
۱۱	دوره مانیا.....
۱۳	دوره هیپومانیا.....
۱۵	دوره افسردگی اساسی.....
۱۷	ویژگی‌های تشخیصی.....
۲۲	ویژگی‌های همراه مؤید تشخیص.....
۲۳	شیوع.....
۲۳	بروز و سیر.....
۲۴	عوامل خطر ساز: عوامل مربوط به پیش آگهی.....
۲۴	مسائل تشخیصی مرتبط با فرهنگ.....
۲۵	مسائل تشخیصی مرتبط با جنسیت.....
۲۵	خطر خودکشی.....
۲۵	پیامدهای کارکردی اختلال دوقطبی I.....
۲۶	تشخیص‌های افتراقی.....
۲۸	هم ابتلایی.....
۲۹	ملاک‌های تشخیصی اختلال دوقطبی II بر اساس DSM-5.....
۲۹	دوره هیپومانیا.....
۳۰	دوره افسردگی اساسی.....
۳۳	ملاک‌های تشخیصی اختلال دوقطبی II.....
۳۴	ویژگی‌های تشخیصی.....
۳۵	ویژگی‌های همراه مؤید تشخیص.....
۳۶	شیوع.....
۳۶	بروز و سیر.....
۳۸	عوامل خطر ساز و عوامل مربوط به پیش آگهی.....
۳۹	مسائل تشخیصی مرتبط با جنسیت.....
۳۹	خطر خودکشی.....
۴۰	پیامدهای کارکردی اختلال دوقطبی II.....
۴۱	تشخیص‌های افتراقی.....
۴۲	هم ابتلایی.....
۴۳	همزمانی اختلال‌ها و تشخیص افتراقی.....
۴۷	عوامل خطرزا در اختلال دوقطبی.....
۴۷	شرایطی که معمولاً در مبتلایان به اختلال دوقطبی رخ می‌دهند.....

۴۸	پیدا کردن داروی مناسب
۴۹	ناباوری به دارو
۴۹	دارو درمانی و سیردرمان دارویی اختلال دوقطبی
۵۳	داروها و بارداری
۵۴	انواع رواندرمانی برای اختلال دوقطبی
۵۷	تغییر شیوه زندگی
۵۷	رژیم غذایی در اختلال دوقطبی
۵۸	آیا برای اختلال دوقطبی رژیم غذایی خاصی وجود دارد؟
۶۲	نتایج نشانه‌های
۶۳	کارکرد اجتماعی - شغلی
۶۵	روان درمانی چه بایی دارد؟
۶۶	الگوی آسیب پذیری در برابر تنش در بروز اختلال دوقطبی
۶۷	تنش رویدادهای زندگی
۶۸	تنش خانوادگی
۷۲	شرایط درمان
۷۲	هدفها و ساختار تدابیر درمانی
۷۵	فضای آزمایشی
۷۶	متغیرهای درمان جویان
۷۸	تدابیر دارویی همزمان
۸۰	سنجش‌های پیش از درمان
۸۰	ارزیابی و تشخیص
۸۲	نمودار خلق و هیجان
۸۳	ارزیابی خانواده
۸۷	تدابیر درمانی
۸۷	آموزش روانی
۹۰	نشانه‌های اختلال دوقطبی
۹۳	پیشگیری از بازگشت (عود)
۹۳	انکار بیماری
۹۷	آموزش ارتباط‌های اجتماعی
۱۰۱	مهارت حل مسئله
۱۰۷	نتیجه‌گیری
۱۱۱	منابع

همه ما در زندگی روزمره خود، گاهی احساس ناراحتی و افسردگی و گاهی نیز احساس شور و شادی زیادی داریم. این تغییرات کاملاً طبیعی بوده و از اتفاقات خوب و بد یا به اصطلاح بالا و پایینهای زندگی ناشی می‌شود. اما این تغییرات رفتاری و احساسی در برخی افراد به قدری شدید است که تأثیر مخربی بر روی روابط کاری، زندگی مشترک، ارتباط با دوستان و نزدیکان داشته است و به طور کلی زندگی فردی و اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

این شرایط طبیعی نیست، بلکه نشانگر حاکمیت یک اختلال بالینی بر سلامت کلی بدن است. که به آن اختلال دوقطبی یا افسردگی-جنون^۱ می‌گویند. منظور از این اسامی گوناگون تنها یک بیماری است که ما آن را با عنوان اختلال دوقطبی ذکر خواهیم کرد.

بیماری دوقطبی از جمله اختلالات روانپزشکی است که در آن عمدتاً وجه غالب بیماری مربوط به اختلال در هیجانات و احساسات فرد است و سایر علائم بیماری از جمله اختلال در خواب، اشتها و یا تفکر در پی اختلالات هیجانی بروز می‌سند.

این اختلال، طیف گسترده‌ای از افسردگی مزمن تا جنون و دیوانگی را در بر می‌گیرد. تغییرات رفتاری و خلقی در اختلال دوقطبی معمولاً چرخه‌های چندروزه، چند هفته‌ای و یا چندماهه دارد که در افراد، بسته به شدت بیماری متفاوت است.

تغییرات خلق و خو در این بیماران معمولاً به قدری شدید است که باعث اختلال جدی در توانایی برقراری ارتباط با دیگران و سایر عملکردهای آنها می‌شود.

اختلال دو قطبی یک بیماری مرموز است. اولین حمله (جنون) شیدایی و یا افسردگی در این بیماران معمولاً در اواخر نوجوانی و یا اوایل بزرگسالی تظاهر می‌کند. این بیماری در تمام جوامع و در تمام طبقات اجتماعی دیده می‌شود از اینرو به خانواده یا افراد خاصی اختصاص ندارد.

نوع شدید بیماری دوقطبی حدود ۱/۵-۱ درصد افراد جامعه را در طول عمر مبتلا می‌کند. و انواع خفیف آن تا ۶ درصد نیز گزارش شده است. ملاحظه می‌شود که بیماری دو قطبی بیماری نادری نیست.

علل واقعی و اصلی این بیماری هنوز به طور کامل مشخص نشده اند. اما ریشه های خانوادگی برای آن تعریف شده است. که به نظر میرسد عوامل محیطی و فیزیولوژیکی نیز در گسترش این اختلال نقش داشته باشند.

عوامل محیطی به عنوان شروع کننده عملگر گرفته می‌شوند. این شروع کننده‌ها می‌توانند علائم اولیه جنون و افسردگی را آغاز کنند و یا عدم رجود را بدتر کنند. با این حال در خیلی از موارد اختلال دوقطبی هم بدون وجود شروع کننده آغاز می‌شود. این شروع کننده‌ها از قرار زیر هستند:

۱- استرس: زندگی پر استرس می‌تواند شروع کننده اختلال دوقطبی در افرادی باشد که قابلیت ژنتیکی آن را دارند. این رویدادهای استرس زا می‌تواند تغییرات ناگهانی ذهنی و یا بد در زندگی باشند. مثل ازدواج کردن، رفتن به دانشگاه، از دست دادن یکی از نزدیکان، اخراج شدن از محل کار، تصادف و یا هر واقعه دیگری...

۲- اعتیاد: اگرچه اعتیاد به مواد مخدر به عنوان شروع کننده اصلی اختلال دو قطبی جدی گرفته نمی‌شود ولی این وضعیت می‌تواند باعث شروع حملات جنون گردیده و یا تشدید کننده علائم اولیه اختلال دوقطبی باشد. مخدرهایی نظیر کوکائین، قرص اکس و داروهای آفتامین می‌تواند شروع

کننده جنون و دیوانگی باشند. در حالی که مصرف الکل و داروهای مسکن می‌تواند از عوامل بسیار مهم در شروع افسردگی باشد.

۳- روشهای درمانی: برخی درمانهای خاص مخصوصاً مصرف داروهای ضد افسردگی می‌تواند شروع کننده دیوانگی و شیدایی باشد. از سایر داروهایی که چنین تأثیری را دارند داروهای بدون نسخه، داروهای کاهش دهنده اشتها، کافئین، کورتونها و داروهای درمان کننده بیماری غدد تیروئید هستند.

۴- تغییر فصل: تغییرات خلق و خو در اختلالات دوقطبی و نیز افسردگی از تغییرات فصلها تأثیر می‌پذیرند. مثلاً حملات جنون و شیدایی در طول فصل تابستان شایعتر است. و حملات افسردگی در طول فصل پائیز، زمستان و بهار.

۵- بی‌خوابی: کمبود خواب یکی از تازگی شروع شده باشد می‌تواند از عوامل خطر برای شروع حملات جنون و دیوانگی باشد.

شاید اولین واکنش بیمار و نیز وابستگان نزدیک در مواجهه با این بیماری ترس، نگرانی و وحشت باشد. در اکثر موارد این ترس و نگرانی به انکار بیماری علی‌الخصوص پس از سپری شدن دوره بیماری و بهبود فرد، منجر می‌شود. و انکار بیماری مانع از کنترل صحیح آن خواهد شد. توصیه متخصصین آن است که تا جای ممکن در مورد بیماری دوقطبی مطالعه کنید و با این بیماری آشنا شویم و با روبرو شدن با واقعیت وجود بیماری دوقطبی، هراس نداشته باشیم. روشهای درمان و کنترل این بیماری را از متخصصین فرا بگیریم و ارتباط خود را با کارشناسان بهداشت روان مانند روانپزشک، روانکاو و مددکار اجتماعی حفظ کنیم.

به این مهم توجه داشته باشیم که قطع زود هنگام درمان، خطر برگشت بیماری را بسیار افزایش می‌دهد و باعث می‌شود که بیماری در فاصله چند ماه عود کند و همچنین به بیمار و خانواده وی

توصیه می‌شود که خود را برای یک مقابله تقریباً دراز مدت بیماری آماده کنند تا مراحل درمان این بیماری را تا بهبود کامل به پایان برسانند.

با رعایت این نکات مطمئن باشید:

بیماری کمترین عارضه را بر شما یا عزیز شما خواهد گذاشت. در رویارویی با این بیماری کمترین ناامیدی را خواهید داشت و می‌توانید مانند دیگر افرادی که بیماری دوقطبی را ندارند با حفظ شرایطی، زندگی خوب و موفق را برای خود و دیگران فراهم کنید.

تشخیص اختلالات دوقطبی

در DSM-5 اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط از اختلالات افسردگی جدا شده‌اند و برای شناساندن جایگاه واسطه‌ای آنها در بین طیف اسکیزوفرنی و اختلالات افسردگی از دید علامت‌شناسی، سابقه خانوادگی و ژنتیک، تشخیص‌ها عبارتند از: اختلال دوقطبی I، اختلال دوقطبی II، اختلال خلق‌ادواری (سیکلوتایمی)، اختلال دوقطبی، اختلالات ناشی از دارو/مواد، اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط ناشی از یک بیماری طبی دیگر، سایر اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط مشخص و اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط نامعین.

ملاک‌های تشخیصی اختلال دوقطبی I معرف برداشتی نوین از اختلال افسردگی مانیک یا روانپریشی خلقی است که در قرن نوزدهم شرح داده شده بود. تفاوت عمده ایجاد شده با شرح کلاسیک اختلال دوقطبی در این موضوع است که نه روانپریشی و نه بروز یک دوره افسردگی اساسی در طول عمر برای تشخیص دوقطبی I ضروری نیست. البته اکثریت عمده افرادی که علایمشان ملاک‌های تشخیصی سندرم دوره مانیک را برآورده می‌کند در طول بیماریشان دچار حملات افسردگی اساسی نیز می‌شوند.

برای تشخیص گذاری اختلال دوقطبی II وجود حداقل یک دوره افسردگی اساسی و حداقل یک دوره هیپومانی ضرورت دارد. این اختلال دیگر به عنوان شکل خفیف اختلال دوقطبی I محسوب نمی شود زیرا مدت زمانی که این افراد دچار افسردگی هستند طولانی بوده و نوسانات خلقی که در فرد مبتلا به اختلال دوقطبی II دیده می شود سبب افت شدید کارکرد شغلی و اجتماعی آنان می شود.

تشخیص اختلال خلق ادواری در بزرگسالانی گذاشته می شود که حداقل دو سال (در کودکان یک سال کامل) دوره های افسردگی و هیپومانی داشته اند و هیچگاه ملاک های تشخیصی یک دوره مانیا، هیپومانیا یا افسردگی اساسی را کامل نکرده اند. تعداد زیادی از موادی که سوء مصرف می شوند، برخی از داروهای تجویزی و چندین بیماری طبی می توانند حالتی شبه مانیا ایجاد نمایند.

آگاهی از این نکته که افراد یارز به سوس کودکان و به میزان کمتر نوجوانان، دچار حملات شبه دوقطبی می شوند که فاقد ملاک های تشخیصی اختلال دوقطبی I، دوقطبی II یا خلق ادواری است، در طبقه تشخیصی سایر اختلالات معین دوقطبی و اختلالات مرتبط بازتاب یافته است. به علاوه ملاک های خاصی برای اختلالی که به صورت حملات کوتاه مدت هیپومانیا بروز می کند. به این امید است که مطالعات بیشتری در مورد این اختلال صورت بگیرد.

ملاک های تشخیصی اختلال دوقطبی I بر اساس DSM-5

برای تشخیص اختلال دوقطبی I باید ملاک های زیر برای دوره مانیا احراز شود. امکان بروز حملات افسردگی اساسی یا هیپومانیا قبل یا بعد از حملات مانیا وجود دارد.

دوره مانیا

A. طی دوره مشخصی که حداقل یک هفته طول بکشد، خلق به شکلی غیرطبیعی و مداوم بالا، گشاده یا تحریک پذیر باشد و فعالیت هدفمند یا انرژی فرد به شکلی ناهنجار و مداوم افزایش یابد و این حالات در اکثر اوقات شبانه روز و تقریباً در تمام روزها دیده شود (در صورت لزوم بستری شدن فرد، مدت اختلال اهمیت نخواهد داشت).

B. طی دوره آشفتگی خلقی و افزایش انرژی یا فعالیت، حداقل سه مورد از علائم زیر (چهار مورد اگر خلق منطقی تحریک پذیر است) با شدت قابل ملاحظه ای وجود داشته باشد و نسبت به رفتارهای معدوم فرد تغیب قابل ملاحظه ای را نشان دهد.

۱. افزایش اعتدال به مسرتا خود بزرگ بینی
۲. کاهش نیاز به خواب (ملاً فقط) پس از سه ساعت خوابیدن احساس شادابی و رفع خستگی می کند)

۳. پرحرفی بیش از حد معمول یا احساس نیاز برای حرف زدن
۴. پرش افکار یا تجربه ذهنی سبقت افکار از یکدیگر

۵. حواس پرتی (به این معنی که توجه فرد به راحتی به طرف محرک های خارجی بی اهمیت و نامربوط جلب می شود) که یا خود فرد به این موضوع اذعان دارد یا توسط دیگران مشاهده می شود.

۶. افزایش فعالیتهای معطوف به هدف (اجتماعی، شغلی و تحصیلی یا جنسی) یا سرآسمی
روانی - حرکتی (فعالیت های بدون هدف و نامعین)

۷. اشتغال مفرط به فعالیتهایی که می تواند پیامدهای دردناک زیادی برای فرد ایجاد کنند (مانند ولخرجی بی حد و حصر، بی مبالاتی جنسی یا سرمایه گذاری های تجاری احمقانه)

C. اختلال خلق آنقدر شدید هست که موجب افت بارز کارکرد اجتماعی یا شغلی فرد می‌شود و یا منجر به بستری شدن فرد، برای پیشگیری از آسیب به خود یا دیگران می‌گردد و یا همراه ویژگی‌های روانپریشی است.

D. دوره بیماری ناشی از اثرات فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً یک دارو، ماده سوء مصرفی، سایر درمانها) یا یک بیماری طبی دیگر نیست.

نکته: یک دوره کامل مانیا که در حین درمان ضدافسردگی (مانند داروها یا درمان با شوک الکتریکی) بروز می‌کند ولی به شکل سندروم کامل در حدی بیش از اثرات فیزیولوژیک درمان فوق ادامه می‌یابد، سواست کافی برای یک دوره مانیا و تشخیص اختلال دوقطبی I را فراهم می‌کند.

نکته: ملاک‌های A-D تشکیل دهنده دوره مانیا است. برای تشخیص اختلال دوقطبی I حداقل یک دوره مانیا در طول عمر ضروری است.

دوره هیپومانیا

A. طی دوره مشخصی که حداقل چهار روز طول کشد، خلق به شکلی غیرطبیعی و مداوم بالا، گشاده یا تحریک پذیر باشد و فعالیت هدفمند یا انرژی فرد به شکلی ناهنجار و مداوم افزایش یابد و این حالات در اکثر اوقات شبانه روز و تقریباً در تمام روزها دیده شود.

B. در حین دوره آشفتگی خلقی و افزایش انرژی یا فعالیت حداقل سه مورد از علایم زیر (اگر خلق فقط تحریک پذیر است، چهار مورد) با شدت قابل ملاحظه ای که نشانگر تغییری بارز نسبت به رفتار معمول فرد است، وجود داشته باشد.

۱. افزایش اعتماد به نفس یا خود بزرگ بینی

۲. کاهش نیاز به خواب (مثلاً احساس رفع خستگی و راحتی فقط پس از سه ساعت خواب)

۳. پرحرفی بیشتر از حد معمول یا احساس فشار برای حرف زدن