

بسم الله الرحمن الرحيم

نویسندگان و راهکارهای غلبه بر آن

چاپ و تألیف:

عقده نویسی

سنگین

با مقدمه:

دکتر امیراله ابراهیمی

(عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی)

ویراستار علمی:

حمید نصیری

(مدرس دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی)

سرشناسه : نکویی، عاطفه، ۱۳۵۸-
 عنوان و نام پدیدآور : نوسان خلق و راهکارهای غلبه بر آن/ ترجمه و تألیف عاطفه نکویی، سمانه مختاری؛ مقدمه امراله ابراهیمی؛ ویراستار علمی حمید نصیری.
 مشخصات نشر : اصفهان: نشر نوشته، ۱۳۹۳.
 مشخصات ظاهری : ۱۰۶ص.
 شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۶۰۰۵-۶۳-۸

وضعیت فهرست‌نویسی : فیا
 موضوع : روان پریشی شیدایی
 موضوع : روان پریشی شیدایی - - درمان
 موضوع : افسردگی
 موضوع : اختلالات عاطفی
 شناسه افزوده : مختاری، سمانه، ۱۳۶۲-
 شناسه افزوده : ابراهیمی، امراله، ۱۳۴۳-، مقدمه نویس
 شناسه افزوده : نصیری، حمید، ۱۳۵۱، ویراستار
 رده بندی دکره : RC۵۱۶/ن۸۹ ۱۳۹۲
 رده بندی دیوبند : ۶۱۶/۸۹۵
 شماره ثبت کتابخانه ملی : ۳۴۳۷۱۰۱



اصفهان - خیابان قائم‌مقام - ساختمان نوید

کد پستی : ۴۳۱۷۸۴۱۱۷

تلفن : ۲۲۰۸۶۱۰ - ۲۲۶۰۰۵۵

Email : NOSHTE_PUB @ Yahoo.co.uk

نوسان خلق و راهکارهای غلبه بر
 تألیف:

عاطفه نکویی

سمانه مختاری

طرح جلد: مجتبی عصایی

لیتوگراف : طلوع

چاپ : هشت بهشت

صحافی : سپاهان

شمارگان : ۱۰۰۰ نسخه

نوبت چاپ : اول ۱۳۹۳

قیمت : ۵۰۰۰ تومان

شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۶۰۰۵-۶۳-۸

ISBN: 978-600-6005-63-8

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است

فهرست مطالب

	فصل اول: مروری بر اختلالات خلقی دوقطبی
۱۳	مروری بر اختلالات خلقی دوقطبی
۱۴	دوره‌های مانیا
۱۵	دوره‌های افسردگی
۱۷	دوره‌های مختلط
۱۷	برگه‌ی ثبت علائم
۱۹	تشخیص اختلالات خلقی دوقطبی
۲۰	عبث مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی چیست؟
۲۱	مدل آسیب‌پذیری استرس
۲۴	کاربرگ آسیب‌پذیری استرس
	فصل دوم: درمان‌های موجود برای اختلالات خلقی دوقطبی
۲۷	درمان‌های دارویی برای اختلالات خلقی دوقطبی
۲۸	مراحل درمان
۲۹	داروهای مصرفی در درمان اختلالات خلقی دوقطبی
۳۱	برگه‌ی ثبت داروها
۳۱	درمان‌های روان‌شناختی برای اختلالات خلقی دوقطبی
۳۱	درمان شناختی - رفتاری (CBT)
۳۵	درمان بین فردی و ریتم اجتماعی (IPSRT)
	فصل سوم: خودارزیابی برای پیشگیری از عود

۳۹	خودارزیابی
۴۱	بازبینی خُلق
۴۲	بازبینی علائم
۴۳	آماده شدن
۴۴	طرح مداخلات اولیه
۴۵	کاربرگ علائم هشدار دهنده
۴۶	کاربرگ عملی
۴۷	تمرین زیاده‌روی خود
	فصل چهارم: راهکارهای رفتاری برای مدیریت و پیشگیری از افسردگی
۵۳	چرخه‌ی افسردگی
۵۴	معکوس کردن چرخه‌ی افسردگی
۵۶	کاربرگ فعال‌ساز رفتاری
۵۷	در مورد خود، به چه چیزهایی پی برده‌اید؟
۶۰	فهرست فعالیت‌های هفتگی
	فصل پنجم: راهکارهای شناختی برای مدیریت و پیشگیری از افسردگی
۶۳	افکار و احساسات
۶۳	چگونه افکار، احساسات را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟
۶۴	احساسات، همان افکار نیستند
۶۵	برقراری ارتباط
۶۷	احساسات خود را بهبود بخشید
۷۰	ثبت افکار روزانه‌ی من
	فصل ششم: راهکارهای شناختی برای پیشگیری از عود دوره‌ی مانیا
۷۵	تغییرات شناختی در دوره‌ی مانیا
۷۶	دوره‌ی مانیا و هیپومانیا
۷۸	رویکرد شناختی - رفتاری برای جلوگیری از عود دوره‌ی مانیا

۸۰	برگه‌ی تعادل
	فصل هفتم: راهکارهای رفتاری برای پیشگیری از عود دوره‌ی مانیا
۸۳	راهکارهای رفتاری برای پیشگیری از عود دوره‌ی مانیا
۸۳	پیشگیری از قطع و کاهش خواب
۸۵	برنامه‌ریزی و اولویت دادن به طرح‌ها و ایده‌ها
۸۷	برنامه‌ریزی فعالیت‌های هفتگی
۸۸	برنامه‌دهی فهرست ایده‌ها
	فصل هشتم: راهکارهای مقابله با استرس و مدیریت خود
۹۳	مقابله با استرس‌های روانی - اجتماعی
۹۴	تشخیص و فرایند مشکلات
۹۶	کاربرگ منابع مقابله‌ای
۹۸	حل مسئله
۱۰۱	مدیریت خود
۱۰۳	طرح مدیریت خود
۱۰۴	مدیریت فکر
۱۰۴	منابع حمایتی من چه هستند؟
۱۰۵	منابع

تدّمه

شاید کسانی که خود یا یکی از اطرفیانشان به اختلالات خُتقی زملی مبتلا شده‌اند، با اصطلاح نوسانات خُتقی (mood swing) آشنا باشند. امروزه نظر مدّیست نوسانات خُتقی، اصطلاح طیف اختلالات دو قطبی (bipolar spectrum) مطرح است. این طیف به شرایط خُتقی اطلاق می‌شود که بیماران نوسانات خُتقی در حدّ خفیف تا شدید تجربه می‌کنند.

بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی مسکن است دوره‌های واضح و مشخصی از فسرّدگی و اُپیم شیدایی (هیپومانیا) و شیدایی (مانیا) را تجربه کنند. در دوره‌های فسرّدگی، علائم خُتقی، حسّاس به تغییر، کاهش انگیزه و انرژی، کاهش احساس لذّت، افکار خودکشی و سایر علائم افسردگی دیده شود. در فاز نیمه شیدایی، شیدایی نشانه‌های تحریک‌پذیری، خُلق شاد (بیش از معمول)، افزایش انرژی، کاهش نیاز به خواب، افزایش اعتماد به نفس غیرمعمول، پُرحرفی و فعالیت‌های مشاهده می‌شود. با این حال دوره‌های نوسانات خُتقی همیشه با این وضوح مشخص نیست و بیمار ممکن است هم‌زمان از علائم آمیخته‌ای از افسردگی و نیمه شیدایی رنج ببرد. بنا براین اختلال دو قطبی غالباً با وجود علائم مانیا و یا هیپومانیا که همراه با میان دوره‌هایی از افسردگی است، تشخیص داده می‌شود.¹ با این حال موضوع مهمّ حالت غالب خُلق افسرده آن است

1- Mitchell PB, Malhi GS. The expanding pharmacopocia for Bipolar Disorder. *Annu Rev Med* 2002;53:173-188.

که همراه با ریسک بالای خودکشی است و با این وجود هنوز تشخیص افتراقی آن بر مبنای دوره‌هایی از بروز خلق بالا است. درست مانند اختلال افسردگی عمده، اختلال دوقطبی یک بیماری شایع روان‌پزشکی است. اگرچه بر اساس مطالعات انجام شده شیوع آن ۱٪ در جمعیت عمومی ذکر شده^۱، ولی مطالعات اخیر حاکی از شیوع بیش از ۶.۴٪ در جمعیت کلی می‌باشد (البته با در نظر گرفتن علائم زیر مجموعه‌ی مانیا و هیپومانیا)^۲. با در نظر گرفتن این موضوع که غالباً این علائم تشخیص داده نمی‌شود^۳ و عمدتاً بیش از یک سوم بیماران حتی پس از ده سال از شروع علائم همچنان در انتظار تشخیص باقی بمانند و در نهایت هم ۷۹٪ آن‌ها به اشتباه تشخیص‌گذاری می‌شوند^۴. این تأخیر در شناسایی و تشخیص اختلال دوقطبی غالباً ناشی از تشخیص اولیه‌ی اختلال افسردگی اساسی در غالب بیماران است. دلیل این موضوع این است که اغلب بیماران دوقطبی علائم اختلال افسردگی را به فاز اول از خود نشان می‌دهند. اگرچه این سوء تفاهم در تشخیص بیشتر به دلیل حرکت به نظر می‌رسد ولی در نهایت برای خود بیماران و خانواده‌ی آنان گران تمام می‌شود.

بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی بیشتر از آن‌که فاز مانیا و یا

- 1- Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1995;50:143-151.
- 2- Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorder in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account sub-threshold cases. *J Affect Disord* 2003;73:123-131.
- 3- Ghahai S, Bolman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 2006;61:804-808.
- Manning JS, Haykal RF, Connor PD, Akiskal HS. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting. the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Comp Psychiatry* 1997;38:102-108.
- 4- Hirschfield RMA, Calabrese JR, Weissman MM et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003;64:53-59.

هیپومانیا را تجربه کنند، دوره‌های فاز افسردگی را تجربه می‌کنند. طول دوره‌ی افسردگی در اختلال دوقطبی به طور متوسط معمولاً بین ۳ تا ۶ ماه می‌باشد. نسبت جنسیت در اختلال دوقطبی تقریباً مساوی است. هم‌چنین مسن شروع نیز پایین‌تر از اختلال خلقی تک‌قطبی است.^۱ علائم و نشانه‌های افسردگی از قبیل: خستگی‌ناپذیری، پرخوابی، پراشتهایی هم بیشتر در اختلال دوقطبی دیده می‌شود تا اختلال تک‌قطبی که به ویژه در همه‌ها تشابه‌تر است.^۲

درمان‌های روان‌شناختی رایج اختلالات طیف دوقطبی

اگرچه هیچ‌یک از درمان‌های اختلالات دوقطبی و نوسانات خلقی، درمان‌های دارویی به ویژه تثبیت‌کننده‌های خلق است، اما در سال‌های اخیر نقش انواع روان‌درمانی در کاهش علائم و پیشگیری از تکرار دوره‌های خلقی افسردگی یا نیمه شبانه مورد توجه قرار گرفته است. یکی از درمان‌های روان‌شناختی اختلالات طیف دوقطبی، درمان‌های

- 1- Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003;6: 127-137.
- 2- Angst J, Sellaro R. Clinical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48:445-457.
- 3- Weissman MM, Blazer RC, Canino GJ et al. Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276:293-299.
- Manning J, Gabor PD, Sahai A. The bipolar spectrum. A review of current concepts and implications for the management of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1998;7:63-72.
- 4- Judd LL, Greenfield SF, Weiss RD, Zarate CA, Vagge LM. The effect of comorbid substance use disorders on the course of bipolar disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1998;6:133-141.
- Zimmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 1995;35:147-152.
- Perugi G, Akiskal HS, Rossi L et al. Chronic mania. Family history, prior course, clinical picture and social consequences. *Br J Psychiatry* 1998;173:514-518.

شناختی- رفتاری (CBT) است. بدون تردید وقتی که بیمار در مرحله‌ی حاد بیماری است، مثلاً اوج حمله شیدایی است و تحریک‌پذیری، پُرحرفی، سبقت افکار و بی‌قراری شدید دارد، زمان مناسبی برای آموزش مهارت‌های رفتاری و شناختی نیست. زمانی که بیمار به درجه‌ی مطلوبی از ثبات خلق رسیده، مداخلات شناختی - رفتاری برای پیشگیری از حملات و پیدایش دوره‌های شیدایی، مفید خواهد بود.

نقش آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری در کاهش محور دوره‌های شیدایی
زمان‌های شناختی- رفتاری در دوره‌های مانیا و هیپومانیا، پیشگیری از تکرار دوره‌ها از طریق شناسایی علائم و سرنخ‌های شروع تدریجی نشانه‌های حمله مداخله به موقع جهت کاهش و جلوگیری از آن است. برنامه‌ی پیشگیری از عود دوره‌های مانیا می‌تواند شامل یک طرح مداخله‌ای ۵ مؤلفه‌ای باشد. این ابعاد شامل مدیریت سبک زندگی، شناسایی علائم، آمادگاری برای عود، تجزیه و تحلیل پس از حمله بیماری است. هر حمله‌ی هیپومانیا، فرصتی برای یادگیری سرنخ‌های عود و تجربه‌ی عدم بیماری است که می‌تواند برای پیشگیری حمله‌های بعدی از آن استفاده شود.

همان‌طور که اشاره شد یکی از مؤلفه‌های برنامه شناختی- رفتاری برای کاهش دوره‌های هیپومانیا و مانیا، مدیریت سبک زندگی است. در مدیریت سبک زندگی بر چند نکته تأکید می‌شود. اولین موضوع مدیریت مصرف داروهاست. بیمار ممکن است به هر دلیل مصرف به موقع داروها را کنار بگذارد یا میزان آن را کم کند و سدی که در برابر عود بوده را از بین ببرد. CBT با تغییر و اصلاح نگرش و رفتار بیمار و خانواده نسبت به اهمیت مصرف داروها، در واقع با افزایش تبعیت درمانی به کاهش عود کمک می‌کند. بعد دوم مدیریت سبک زندگی این بیماران «مدیریت خواب» است.

بی‌تردید کاهش نیاز به خواب یک علامت مهم مانیاست. شاید بتوان ادعا کرد که تمام علائم در اصل به اختلال خواب منجر شده و عود حمله‌ها شروع شود. برخی بیماران در بخواب رفتن مشکل دارند یا از شب و فعالیت‌های شبانه مثل تماشای تلویزیون، فعالیت جنسی، جستجوی اینترنتی و دید و بازدید لذت می‌برند. برنامه‌های ساده برای رعایت بهداشت خواب شامل: توقف فعالیت‌ها حداقل یک ساعت قبل از خواب، ترجیح دادن خواب به جای ادامه‌ی فعالیت شبانه، آزادسازی ذهن از فعالیت مقاومت و اصلاح برای انجام دادن هم‌زمان چندین کار، انجام یک فعالیت قبل از شروع فعالیت بعدی، اولویت‌بندی کارها و وظایف، برنامه‌ریزی معمول و متناسب با شرایط منطقی در قالب درمان شناختی - رفتاری و به دست خواب کمک می‌کند.

بعد سوم مدیریت استرس. مدیریت استرس است که یکی دیگر از جنبه‌های درمان شناختی - رفتاری در مانیاست. بیماران مبتلا به نوسانات خلقی نسبت به سایر مبتلایان استرس حساسیت بیشتری دارند. بنابراین تقویت شیوه‌های فعلی مقابله با افزایش آگاهی نسبت به وضعیت خلقی و مدیریت آن در حفظ شیوه‌های مؤثر است. مدیریت استرس علاوه بر افزایش توان مقابله‌ای خود، در حال و فصل منابع استرس، نظیر مشکلات شغلی، تعارض با دیگران و سلامت خانواده نیز تأکید دارد. آموزش روش‌های حل مساله و رفتارهای غیرمربوطه در این مورد اهمیت دارد.

از آنجایی که یکی از نشانه‌های مشکلات این بیماران مشکلات مربوط به فعالیت است، کنترل و مدیریت فعالیت ضروری است. ممکن است بیمار و خانواده از این‌که پس از یک دوره‌ی افسردگی، بیمار احساس انرژی و انگیزه کرده، از کار و تفریح لذت می‌برد و کارهای

متعددی را هم‌زمان انجام می‌دهد، خوشحال شوند ولی این نشانه‌ها بایستی تحت کنترل درآیند.

مدیریت مواد مخدر نیز یکی از مؤلفه‌های مداخلات شناختی- رفتاری در نوسانات خلقی به ویژه مانیا است. این بیماران ممکن است از مواد یا الکل برای کنترل بی‌قراری و بی‌خوابی و کاهش سبقت افکار استفاده کنند. شیوع در طول عمر مصرف مواد در افرادی که سابقه‌ی شیدایی دارند ۶۰٪ تا ۷۰٪ گزارش شده است. در مورد این افراد که باور دارند استیصال مواد به آن‌ها کمک می‌کند درمان شناختی- رفتاری مخصص مصرف مواد کمک کننده است. به طور خلاصه نکات کلیدی برای درمان این بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی را می‌توان به شکل زیر خلاصه نمود:

۱- از آنجایی که در هر بیمار، تظاهر منحصر به فردی از علائم شیدایی دارد، می‌توان رژیم را با استفاده از برگ خلاصه علامت، شناسایی نمود و با کاربرد نوسان خلق پایش کرد.

۲- می‌توان بازگشت افسردگی و شیدایی را از طریق مدیریت سبک زندگی و اقدام سریع جهت کنترل علائم نوسان خلق کاهش داد.

۳- شیوه‌های متداول بازسازی شناختی می‌توانند به بیماران کمک کنند تا اختلال دوقطبی را بپذیرند و کنترل نمایند.

۴- هر چه بیمار درباره‌ی عوامل دخیل در شیدایی‌اش تر بداند، جهت اقدام برای پیشگیری از بازگشت بیماری توانمندتر خواهد شد.

درمان‌های بین فردی و ریتم اجتماعی (IPSRT)

یکی دیگر از مداخلات روان‌شناختی مناسب برای اختلالات نوسانات خلقی، درمان بین فردی و ریتم اجتماعی است. درمان‌های بین فردی در اصل، یک درمان پیشگیرانه در خصوص یک اختلال مزمن

دوره‌ای است. هدف درمان در مرحله‌ی اول، پیشگیری از وقوع فازهای جدید بیماری یا حداقل افزودن به فواصل زمانی بین این مراحل است. براساس این مدل، احتمالاً سه مسیر برای مراحل جدید بیماری در بیماران دوقطبی وجود دارد که با کربنات لیتیوم یا دیگر تثبیت کننده‌های عصبی خلقی سعی می‌شود تحت کنترل قرار گیرند:

وابستگی به دارو

۲. رخدادهای استرس‌زای زندگی، به ویژه رخداد‌های بین فردی و

تغییرات در ریت اجتماعی

۳. اختلال در ریت اجتماعی

IPSGRT (درمان بین فردی و ریت اجتماعی) به طور ویژه هر یک از این مسیرهای ممکن را به دست می‌آورد. فراهم کردن محیطی که در آن بیماران بتوانند احساسشان را در مورد بیماری به اشتغال و نیز آندوه بابت آنچه ما «از دست دادن» می‌نامیم خود می‌نمایند. متوجه شوند که این اختلال چگونه زندگی‌شان را دگرگون کرده و به واسطه آن در ریت اجتماعی، تلاش می‌کند که انکار فردی را کاهش داده و پذیرش این موضوع را که داین بیماری دائمی است» را افزایش دهد. این روش اثبات رتمندی در استفاده فرد از دارو دارد. با تمرکز بر مشکلات بین فردی و اختلال نقش اجتماعی، درمان بین فردی و ریت اجتماعی، سعی می‌کند تا تعداد و شدت روابط بین فردی را براساس تجربه‌ی بیماران دچار استرس و تأثیر این عوامل بر آن‌ها را هم روی خلق بیمار - و غیرمستقیم روی نظم شیوه‌ی کار روزانه‌شان کاهش دهد. نهایتاً، درمان بین فردی و ریت اجتماعی، به طور مستقیم روی کارهای روزانه بیماران (هم زمان‌بندی وقایع و هم میزان تحریکاتی که ایجاد کرده‌اند) با هدف افزایش مستقیم نظم کارهای روزمره بیماران و هشیاری‌شان با رعایت درمان منظم تمرکز دقیقی دارد.

کاهش استرس بین فردی در این جمعیت بیماران به چند دلیل مهم است، اول این که وقایع تنش‌زای زندگی موجب برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار و منجر به کاهش خواب و اشتها می‌شود. دوم این که بسیاری از وقایع تنش‌زا، منجر به تغییر عمده‌ای در برنامه‌های روزانه می‌شود. حتی موضوع کم اهمیتی مانند رفتن فرزند از دبستان به راهنمایی و این که هر روز باید یک ساعت زودتر در ایستگاه اتوبوس آماده باشد، برای بیماران دوقطبی بسیار چالش‌برانگیز است. سوم، وقایع واقعه تنش مانند از دست دادن شغل یا طلاق گرفتن نه تنها باعث تغییر در چشمانداز زندگی در کارهای اجتماعی می‌شود بلکه به طور نسبی دارای اثر منفی بر خلق فرد بوده و بیمار به ناچار با دوره‌ی جدید افسردگی روبرو می‌شود.

اجزای اصلی درمان بین فردی و ریتم اجتماعی

اجزای اصلی درمان بین فردی و ریتم اجتماعی، مشابه روش قبلی‌اش یعنی IPT، مدیریت علائم عاطفی و حل مشکلات بین فردی است. اهداف درمان بین فردی و ریتم اجتماعی - وقتی عنوان درمانی دقیق پیش‌نهاد می‌گردد - بهبود علائم عاطفی و حل مشکلات بین فردی است که ارتباط نزدیکی با شروع دوره‌ی عاطفی اخیر دارد. هم‌چنین وقتی به عنوان پیشگیری استفاده می‌شود، هدف، حفظ خلق و سرحالی بوده و زندگی بین فردی بیمار و ریتم اجتماعی او را بهبود می‌بخشد. (جلوگیری از بحران‌های جدید)

مدیریت علائم عاطفی (هیجانی) بیمار

برای بیماران با اختلال دوقطبی، مدیریت علائم هیجانی بیمار از طریق درمان دارویی و تلاش برای تنظیم ریتم‌های اجتماعی فرد انجام می‌شود. برای درمان بیماری با اختلال دوقطبی II، بسته به شدت علائم

خُنقی، از IPSRT یا به تنهایی یا همراه دارو استفاده می‌شود. در هر دو مورد، تثبیت ریتم اجتماعی، جنبه‌ی کلیدی مدیریت علائم خُنقی است.

حل مشکلات بین فردی (IPT)

حل مشکلات بین فردی بیمار و حفظ عملکرد ریتم اجتماعی و بین فردی، با انتخاب حیطه‌های مشکل‌ساز بین فردی که توسط کمرن و همکارانش مطرح شده است، انجام می‌شود. IPT، چهار مشکل اصلی، مایع مذاخده قرار می‌دهد: ناراحتی حل نشده، تغییرات نقش اجتماعی، تعارضات در بین‌های بین فردی (معمولاً با همسر، والدین یا فرزند) و مشکلات در زندگی عمومی یافته (انزوای مریض یا ناراحتی مریض از اکثر روابط بین فردی). در IPSRT (درمان بین فردی و ریتم اجتماعی) پنجمین مشکل اضافه شده است که آن «ناراحتی برای از دست دادن سلامتی خود» می‌باشد. در این بخش، با این قبیل مشکلات عمدتاً از همان رهیبرده و تکنیک‌هایی که در بخش «تک‌قطبی» به کار می‌رود، استفاده می‌شود.

درباره کتاب حاضر

کتابی که پیش روی دارید به زبانی ساده و در عین حال با حفظ محتوا و چارچوب علمی، اختلالات طیف دوقطبی را توصیف کرده و راهکارهای مؤثر مدیریت علائم و غلبه بر نوسانات خلقی را بیان کرده است.

این کتاب راهنما، به خوبی توانسته است اختلالات خلقی به ویژه مشکلات نوسانات خلق و طیف دوقطبی را برای مخاطب عام و علاقه‌مندان به روان‌شناسی و روان‌پزشکی، به زبان ساده و قابل فهم برای کسانی که به اختلالات طیف دوقطبی مبتلا بوده و در فرایند درمان قرار دارند و هم خانواده‌های این بیماران و همچنین همه‌ی مردم که فعلاً

این اختلالات را تجربه نکرده‌اند، کتاب مفیدی است. با توجه به این که محتوای کتاب آموزش روش‌های کنترل و مدیریت نوسانات خلقی و پیشگیری از ایجاد یا تکرار دوره‌های اختلال خلقی است، لذا توصیه‌ی اکید می‌کنیم که راهکارها و تکنیک‌ها و تمرین‌هایی که بیان شده را طبق برنامه اجرا نمایید.

از طرف دیگر این کتاب برای روان درمانگران و مشاوران، روان‌پزشکان و دستیاران روان‌پزشکی نیز از این نظر قابل استفاده است که در فرایند درمان این گروه مراجعان، مطالعه‌ی این کتاب را به عنوان تکلیف منزل به مراجعان خود پیشنهاد نمایند.

دکتر ام‌اله ابراهیمی

روان‌ساز، استاد گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان