

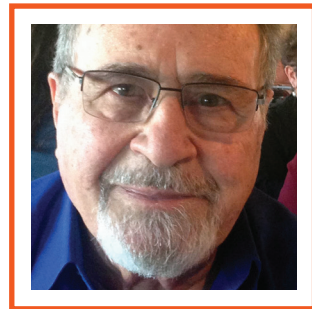
مروری بر اختلالات دوقطبی

Bipolar Disorders

بخش دوم

دکتر بنجامین بهین

در این بیماری، حالات خلقی و عاطفی یا Mood خود را به صورت سرخوشی و شیدائی یا Elation با درجات مختلف از شدت نشان می‌دهد که ممکن است بیمار را تا سرحد جنون یا Mania نیز سوق دهد و یا خلق و خوی بیمار را در جهت عکس یعنی افسردگی عمیق Deep Depression بکشاند؛ به همین جهت اختلال سرخوشی و افسردگی یا Manic Depressive Disorder نام گرفته است.

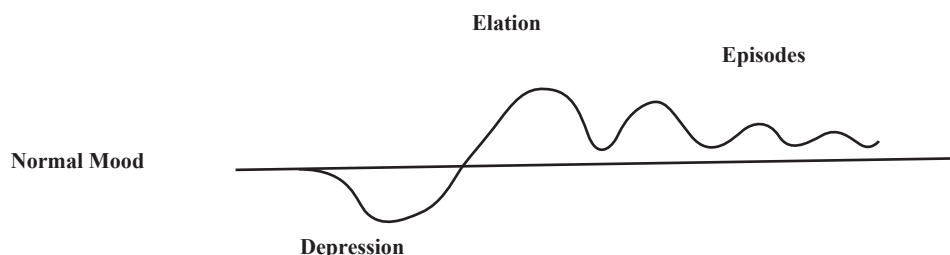


لازم به توضیح است که افسردگی در بیمار دوقطبی Bipolar Depression یا آنچه به نام افسردگی واکنشی Reactive Depression که در مقاله قبل، در ره‌آورد شماره ۱۱۵ آورده شده است، کاملاً متفاوت می‌باشد و عوامل ایجادشده آن‌ها از نظر مکانیسم روانشناسی و روانپزشکی متفاوت از هم هستند.

یکی از اختصاصات بیماری سرخوشی و افسردگی Manic Depressive Disorder حالت دوره‌ای بودن آن است؛ به طوری که گاهی خود را به صورت افسردگی Depression و زمانی با سرخوشی و نشاط خلقی Elation شدید یا Mania ظاهر می‌سازد. چنانچه این سرخوشی و نشاط فاقد علایم جنون باشد، نام شیدائی خفیف یا هایپومانیا Hypomania را به خود می‌گیرد.

Bipolar Disorder

برای درک بیشتر این بیماری چنانچه حالت خلقی عادی و نرمال انسان را به صورت یک خط مستقیم فرض کنیم به طوری که در تصویر زیر مشاهده می‌شود، حالات و نوسانات بالای خط نشان‌دهنده حالات سرخوشی و شیدائی خلقی یا Elation و نوسانات پایین خط نماینده‌ی خلق و خوی پایین یا افسردگی Depression است.



بیماری دوقطبی یا Bipolar Disorder یا اختلال سرخوشی و افسردگی که از نظر کلینیکی Manic Depressive Disorder خوانده می‌شود، معمولاً با یک دوره از افسردگی اولیه Depression شروع شده و سپس با دوره و یا دورانی Episodes از سرخوشی و شیدائی Elation ادامه می‌یابد که البته در تمام موارد یکسان نبوده و درجات متفاوت از شدت را ممکن است به خود بگیرد.

بنا به نامگذاری و تعریف سازمان روانپزشکی آمریکا که در کتاب مخصوص آن DSM 5 آمده است، چنانچه دوران سرخوشی و شیدائی بیمار همراه با علائم روانی بیمارگونه (علائم دیوانگی Psychosis) نظیر توهم Hallucination یا خیالبافی و پندار بیهوده Delusion همراه باشد، بیمار دچار دیوانگی یا Mania یا دوقطبی شماره ۱، Bipolar Disorder I شده است. ولی اگر علائم سرخوشی و شیدائی خفیف باشد و در ضمن آثار و علائم غیرعادی نظیر Hallucination و خیالبافی بیهوده یا Delusion را فاقد باشد، نام هایپومانیا Hypomania یا Bipolar Disorder II را به خود می‌گیرد. در هایپومانیا وجود بیماری تأثیری در روال طبیعی زندگی و فعالیت‌های اجتماعی فرد نگذاشته و شخص نیاز به بستری شدن را نخواهد داشت.

آمار نشان می‌دهد که ۹۰٪ از افرادی که دچار حالت Bipolar Disorder I یعنی شکل بسیار جدی بیماری دوقطبی می‌باشند، حداقل یک‌بار بستری شدن در بیمارستان‌های روانی را در تاریخچه‌ی زندگی خود داشته‌اند. به صورت دیگر، دو نفر از هر سه نفر مبتلا به این بیماری، سابقه دو یا چندین بار بستری شدن را در گذشته‌ی خود تجربه کرده‌اند.

معمولاً روانپزشک درمان‌کننده جهت اطمینان از وجود بیماری دوقطبی Bipolar و یا عدم وجود آن در بیمار ممکن است قبل از شروع هر نوع درمان و اقدامات لازم، نیاز به دستیابی به اطلاعات دقیق‌تر و بیشتری را داشته باشد؛ لذا همکاری نزدیکان و فامیل بیمار در جهت رسیدن به تشخیص درست و شروع درمان بیمار، لازم و از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. به خصوص که دانستن این که آیا تغییری در روال زندگی روزمره بیمار و یا مواردی از بالا بودن خلق و خوی او و یا زیاد شدن قابل ملاحظه انرژی جسمی، و روانی، کم‌خوابی شدید، وجود تغییرات قابل ملاحظه در روش فکری و قضاوت و تصمیم‌گیری در بیمار بدون آن که خود بیمار متوجه آن باشد، نکات بسیار حساس و قابل اهمیت در تشخیص و شروع درمان را دارا هستند.

علائم و نشانه‌های بیماری Bipolar یا بیماری Manic Depressive

چنانچه گفته شد، علائم در بیماری‌های دوقطبی می‌توانند اشکال و درجات مختلفی را به خود بگیرند به طوری که در حالت خفیف و معتدل آن یا هایپومانیا Hypomania ممکن است نه بیمار و حتی نه افراد فامیل تصور این بیماری را در فرد داشته باشند. به خصوص که علائم آن اغلب ممکن است هیچ‌گونه وضع و حالت غیرعادی و واضحی را در زندگی فرد بیمار نشان ندهد و مورد توجه خود بیمار و یا اطرافیان قرار نگیرد و بیمار را فردی پُر حرارت، پُر کار و فعال، و دارای محاسن شغلی خوب همراه با داشتن ایده‌های بلندپروازانه به حساب بیاورند.

شناخت حالات و اشکال مختلف بیماری سرخوشی و افسردگی

۱- دوره جنون بیماری یا Manic Episodes

حالت Mania یا جنون ادواری یک دوره‌ی بسیار مشخص از بیماری دوقطبی است که بیمار بایستی حداقل یک هفته به طور مداوم دارای خلق و خو و سرخوشی بسیار بالایی باشد و سه - چهار و یا بیشتر از علائم زیر را از خود نشان بدهد.

۱. صحبت و گفتار بسیار سریع و غیرقابل انقطاع و تعویض موضوع صحبت از یکی به موضوع دیگری که به آن پرش افکار یا Flight of idea می‌گویند.
۲. پریشان شدن به آسانی Easily Distracted.
۳. دارا بودن افکار بسیار سریع Racing Thoughts.
۴. وجود افکار متفاوت و درهم در مورد آینده Goaloriented Activity.
۵. احساس و وجود تحریک‌پذیری Feel agitated.
۶. بروز رفتار و یا تصمیمات ناگهانی با احتمال خطرات زیاد به خصوص در مسائل جنسی - مصرف غیرمعتاد مالی (پول) تا حدی که موجب توقف و یا صدمه به فعالیت‌های اجتماعی و شغلی گردد.

این حالت Mania چنانچه در همین حدّ و بدون درمان بماند، پس از سه تا شش ماه خاتمه می‌یابد و ممکن است پس از آن بیمار وارد مرحله افسردگی گردد و یا حمله مجددی از Mania ظاهر گردد.

۲- دوره هایپومانیا Hypomanic Episodes

هایپومانیا حالت ملایم‌تری از حالت مانیا Mania می‌باشد و تفاوت عمده و اصلی در این است که در هایپومانیا علائم بیماری آن قدر شدید نیستند که بر روی روابط اجتماعی و شغلی شخص تأثیر منفی شدید بگذارد، به خصوص که بیمار فاقد توهم Hallucination و تخیلات پوچ Delusion است و هرگز نیاز به بستری شدن در بیمارستان روانی را پیدا نمی‌کند.

تبدیل هایپومانیا به مانیا بسیار غیرمعمول و نادر است.

افراد دارای خلق و خوی هایپومانیا، افرادی پُرانرژی و موفق در کار و شغل خود بوده و گاهی خلاقیتی نشان می‌دهند که مورد تأیید دیگران قرار می‌گیرد به طوری که شخص احساس رضایت و خوبی و موفقیت از کار و تجربیات خود دارد. تغییرات خلق و خو حتی ممکن است فقط توسط فامیل و یا نزدیکان شخص دیده و احساس شود، ولی خود شخص به هیچ وجه متوجه این حالت نباشد و حتی آن را انکار کند.

دوره افسردگی Depressive Episodes

علائم افسردگی در اختلال دوقطبی Bipolar Disorders عبارتند از: احساس افسردگی مداوم، اضطراب، احساس گناه، عصبانیت، دور شدن از دیگران و میل به تنهایی، ناامیدی، اختلال در خواب و اشتها، احساس بی‌تفاوتی و یا تفرغ از فعالیت‌های شادی بخش، اختلال در تمرکز فکری، احساس تنهایی و بی‌کسی، بی‌میلی و احساس نفرت از زندگی، بی‌حرکتی و یا بی‌تفاوتی همراه با تغییرات واضح در سازمان شخصیتی فرد، فقدان توجه به فعالیت‌های جنسی، خجل بودن و یا اضطراب اجتماعی، تحریک‌پذیری، احساس دردهای مختلف (اعم از دانستن و یا ندانستن علل آن)، کمبود علاقه و توجه، و مهم‌تر از همه وجود تفکرات خودکشی به درجات کم و یا بسیار خطرناک و ممکن است بیمار به تدریج دارای علائم جنون Psychotic گردد که در آن صورت به یک مورد از افسردگی دوقطبی بسیار شدید تبدیل شود که همراه است با تصورات پوچ و بیهوده Delusion بیشتر ولی توهم یا Hallucination را کمتر نشان بدهد که در این صورت افسردگی بیمار شکل افسردگی عمده یا Major Depression را به خود می‌گیرد که دوران حمله‌ی آن در صورت عدم درمان، بین دو هفته تا شش ماه است و پس از آن ممکن است بیمار وارد مرحله شیدائی و یا افسردگی مجدد گردد.

نکته بسیار قابل توجه این است که در جریان اختلالات دوقطبی Bipolar Disorders اعم از آن که بیمار در حالت Mania و یا افسردگی مهم Major Depression باشد، بستری شدن و درمان، یک ضرورت حتمی است. به خصوص که در نوع افسرده آن که همراه با علائم روانی هذیان و توهم Hallucination & Delusion باشد میزان خودکشی بسیار بالا در آمار وجود دارد.

نکته مورد توجه دیگر که در ارتباط با تشخیص اولیه و دقیق وجود اختلال دوقطبی می‌باشد، این است که گاهی وجود همزمان سایر مشکلات روانی در بیمار ممکن است کل قضیه را مشکل کند و تشخیص را به بیراهه بکشاند.

این گرفتاری‌های روانی عبارتند از: وجود وسواس اجباری یا OCD، اعتیاد به مواد مخدر Substance Abuse، اختلال در تغذیه Eating Disorders، بیماری اختلال در توجه Attention Deficit، بیماری ترس اجتماعی Social Phobia، تغییرات خلق و خو به صورت ملالت و افسردگی قبل از عادات ماهیانه Premenstrual Dysphoria Disorders و بالآخره بیماری احساس وحشت Panic Disorders که خود همگی عوامل کمک‌کننده منفی در تشخیص و درمان Mania می‌باشند.

به همین دلیل بر ضرورت یک مطالعه دقیق و موشکافانه و تحقیق و شناخت علایم و سایر مشکلات در خود بیمار و یا زندگی بیمار تأکید جدی می‌گردد.

علل بیماری Causes

علت به وجود آمدن اختلال و یا بیماری دوقطبی Bipolar و مکانیسم این بیماری تا کنون به وضوح و به طور مطمئن ابراز نشده است ولی آنچه به اثبات رسیده، اثری بودن آن و وجود انتقال ۶۰ تا ۸۰ درصدی این بیماری است که بر ژنتیکی و موروثی بودن آن مٌهر تأیید می‌گذارد. البته باید دانست که این تنها عامل نیست بلکه عوامل محیطی Environmental نیز دخالت دارند.

در مورد بیماری دوقطبی شماره ۱ یا Bipolar Disorders I بر پایه فهرست میزان اطلاعات و مطابقت‌های جدید نشان می‌دهد که تقریباً حدود ۴۰٪ در دوقلوهای حاصل از یک تخم (Identicals) بوده و حال آن‌که این میزان در دوقلوهای حاصل از دو تخم (Fraternal) عدد ۵٪ را نشان می‌دهد که از نظر ژنتیکی و موروثی بودن کاملاً قابل توجه است.

از نظر شیوع بیماری، تصور می‌شود که ۳٪ از مردم آمریکا بیماری دوقطبی Bipolar را در طول زندگی خود تجربه کرده‌اند و حال آن‌که این آمار در مورد سایر کشورها متفاوت و حدود ۱٪ را نشان می‌دهد. سن معمول گرفتاری و شروع علایم بیماری حدود ۲۵ سالگی است و یا کمتر و میزان ابتلاء زنان با مردان تقریباً به یک اندازه می‌باشد.

عوامل مؤثر در بروز این بیماری عبارتند از:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Genetic Factors | عوامل ژنتیکی | - |
| Physiological Factors | عوامل فیزیولوژیکی | - |
| Environmental Factors | عوامل محیطی | - |
| Neurological Factors | عوامل عصبی | - |
| Endocrinological Factors | عوامل مربوط به غدد داخلی | - |

درمان Managment

امروزه تکنیک‌های دارودرمانی و روان‌درمانی متعددی جهت کنترل اختلالات دوقطبی Bipolar Disorders وجود داشته و به کار گرفته می‌شود. بستری شدن بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی Bipolar I، جهت درمان قطعاً ضروری است و انجام آن ممکن است از طریق مراجعه شخصی بیمار و یا به همراه اعضاء

خانواده و کمک آن‌ها صورت گیرد و یا در صورت مخالفت شدید و مقاومت از طریق قانونی اقدام به بستری شدن انجام گیرد.

امروزه مدت بستری شدن طولانی دیگر معمول نیست، ولی در بعضی موارد استثنائی ممکن است ضرورت پیدا کند.

۱- دارو درمانی

تاکنون داروهای زیادی در درمان اختلالات دوقطبی Bipolar Disorders به کار گرفته شده است ولی بر پایه مشاهدات کلینیکی، بهترین دارویی که نتایج بسیار مشهودی را دارا بوده است لیتیوم Lithium می‌باشد. لیتیوم در زمان گرفتاری بیمار به حالت حاد و وجود علائم مانیا Mania اثرات مفید درمانی و حتی امکان جلوگیری از برگشت بیماری را به خوبی نشان داده است.

لیتیوم همچنین اثر درمانی مؤثر خود را در افسردگی دوقطبی Bipolar Depression نیز نشان داده است به طوری که مصرف لیتیوم موجب کاهش چشمگیری در احتمال خطر خودکشی Suicide و آسیب به خود می‌گردد.

داروهای ضد بیماری صرع Anticonvulsant Medications نیز در درمان اختلالات دوقطبی Bipolar Disorders به کار گرفته شده‌اند و اثرات مثبتی هم در درمان حالت مانیا Mania نشان داده‌اند، ولی این دارو متأسفانه تأثیر چندانی در جلوگیری از برگشت بیماری را که در زمان مصرف لیتیوم Lithium مشاهده می‌کنیم نداشته‌اند. ولی مصرف آن‌ها همراه با مصرف لیتیوم به طور همزمان می‌تواند کمک شایانی به بیمار را در بر داشته باشد.

داروهای ضد بیماری‌های روانی Antipsychotic Medication که در درمان‌های کوتاه مدت از اختلالات دوقطبی به کار برده شده‌اند، ارجحیت بیشتری را نسبت به درمان با لیتیوم که بیشترین کاربرد در درمان‌های طولانی مدت را دارا می‌باشد از خود نشان داده‌اند.

داروهای آرام‌بخش نیز ممکن است علاوه بر داروهای اصلی در جهت تثبیت حالت خلق و خو یا Mood stabilization مورد استفاده قرار گیرند.

۲- روان‌درمانی Psychological Treatment

روان‌درمانی در بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی Bipolar Disorders بر پایه و در جهت تخفیف و کم کردن علائم اصلی و از طریق شناخت عوامل محرک محیطی در ایجاد آن‌ها قرار می‌گیرد و باید در جهت تخفیف احساسات و هیجانات منفی تا قبل از ظهور علائم و یا برگشت علائم اصلی متمرکز باشد.

مطالعات و تجارب نشان داده است که درمان بر پایه شناخت رفتاری یا Behavioral Cognitive Therapy مفیدترین تأثیر را بر روی بیمارانی که هنوز آثار و علائم افسردگی را دارند، داشته است.

درمان با تمرکز بر روی خانواده Family Focused Therapy و آموزش آن‌ها به طور همزمان با درمان‌های دیگر، تأثیرات مثبت خود در پیشگیری از رجعت بیماری را نشان داده است.

همچنین درمان بین فردی Interpersonal Therapy بر پایه تمرکز به ایجاد ریتم موزون اجتماعی بیمار Social Rhythm Therapy تأثیرات مثبتی بر روی آثار باقیمانده‌ی افسردگی داشته است. باید توجه داشت که کلیه تحقیقات و مطالعات تاکنون تنها بر روی بیماری دوقطبی ۱ Bipolar Disorders I انجام شده است.

نکته بسیار حائز اهمیت، توجه به وجود و یا میل اقدام به خودکشی و یا انجام آن در جریان ابتلا به بیماری دوقطبی Bipolar Disorders است و سوابق نشان داده است که درصد بالایی از این بیماران افکار و عقاید خودکشی در خود دارند.

مطالعه در سوابق بیماران نشان داده است که آن دسته از مبتلایان به اختلالات دوقطبی که ناراحتی آن‌ها با افسردگی شروع شده باشد و یا بیمارانی که تاریخچه‌ای از حالات مخلوط سرخوشی و افسردگی Mixed Affective Episodes را داشته‌اند، دارای پیش‌بینی Prognosis بدتر بوده و احتمال خطر خودکشی بیشتری را دارا می‌باشند.

مشاهدات نشان می‌دهد که یکی از هر دو بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی حداقل یک بار اقدام به خودکشی را در طول زندگی خود داشته‌اند که متأسفانه تعداد زیادی از بین آن‌ها با موفقیت خود را از بین برده‌اند. در بین بیماران دوقطبی، متوسط میزان خودکشی سالانه در آمریکا ۰/۴ درصد است که تقریباً ۱۰۲۰ برابر نسبت به کل جمعیت جامعه می‌باشد.

بیشترین میزان مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی در بین بیماران دوقطبی در سنین بین ۱۸ تا ۲۵ سالگی گزارش شده است و خطر خودکشی در طول زندگی بیماران دوقطبی حدود ۲۰٪ اعلام گردیده است.

ادامه دارد...