

# من یک فرد دچار اختلال دوقطبی هستم

## مفهوم اختلال دوقطبی



بخش اول از سری آموزشی برای بیمار و خانواده:

نوشته دکتر امیر شعبانی، روان‌پزشک (۲۶/۴/۱۳۹۵)

### • شرح کوتاهی از زبان فرد مبتلا

«من مرد ۲۹ ساله‌ای با مدرک کارشناسی و کارمند یک اداره دولتی هستم. از حدود ۱۸ سالگی در ارتباط با دیگران اغلب زود عصبی می‌شدم و کمی اضطراب داشتم. در حدود ۲۰ سالگی، وقتی به دنبال یک مشکل خانوادگی نتوانستم برای چند ماه خوب درس بخوانم و چند واحد دانشگاه را قبول نشدم، ناگهان دچار بی‌خوابی شدیدی شدم به طوری که در چهار شبانه‌روز در مجموع فقط حدود ۵ تا ۶ ساعت خوابیدم. همه اتفاقات آن روزها را به خاطر ندارم، ولی یادم می‌آید که یک روز به قدری عصبانی بودم که موقع رانندگی از اتومبیل پیاده شدم و بی‌دلیل با راننده اتومبیل دیگر به شدت درگیر شدم. در آن روزها خانواده‌ام به کمک دیگران من را به بیمارستان بردند و در بخش روان‌پزشکی بستری کردند.

آنها می‌گویند در آن موقع نمی‌توانستم یکجا بنشینم و دائم در حال راه رفتن یا حرف زدن با دیگران بودم. می‌گویند اغلب دیگران را نصیحت می‌کردم و خود را با همه بسیار صمیمی احساس می‌کردم. وقتی از بیمارستان مرخص شدم از هر نظر عادی بودم و به زودی توانستم روال طبیعی زندگی را از سر بگیرم. چند بار وسوسه شدم که داروهای تجویز شده را کنار بگذارم که با اصرار خانواده‌ام که همواره رعایت دستور اکید پزشک معالجم را ضروری می‌دانند از قطع مصرف داروها منصرف شدم. البته یک بار داروها را کنار گذاشتم که بعد از چند هفته اضطراب و بی‌قراری پیدا کردم و به ناچار دوباره تن به درمان دادم. گاه و بی‌گاه بعضی از دوستان یا بعضی از بستگانم از روی دلسوزی، من را به قطع مصرف داروها تشویق می‌کنند و می‌گویند این‌ها عوارض زیادی دارد و تو را وابسته می‌کند، اما توضیحاتی که هر بار پزشکم در جلسه

ویزیت می‌دهد دوباره آرام می‌کند و الآن سعی می‌کنم تحت تأثیر دخالت افرادی که سررشته‌ای از درمان این بیماری ندارند قرار نگیرم.»

### • اختلال دوقطبی چیست؟

ویژگی اصلی اختلال دوقطبی، «سیر دوره‌ای» آن است؛ به شکلی که فرد به تناوب مدتی را در شرایط بیمارگونه و مدتی را در بهبودی کامل یا نسبی سپری می‌کند. آشفتگی اصلی در این اختلال آن است که «خُلُق» یا «روحیه» یا «احساس درونی مستمر» فرد دستخوش دگرگونی می‌شود. در اختلال افسردگی نیز «خُلُق» دچار دگرگونی است، اما اختلال دوقطبی دارای این تفاوت است که فرد مبتلا به جز سابقه احتمالی افسردگی، دست‌کم یک بار دوره‌ای از زندگی خود را در حالت به اصطلاح شیدایی (مانیا) سپری می‌کند. البته علایم این دوره ممکن است خفیف باشد که در این صورت «نیمه‌شیدایی» (هایپومانیا) نامیده می‌شود. افرادی که تجربه‌ای از مانیا دارند دچار اختلال دوقطبی نوع یک، و کسانی که سابقه افسردگی شدید دارند و دوره یا دوره‌هایی از هایپومانیا را نیز گذرانده‌اند مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو تلقی می‌شوند. نوع خفیف‌تری از اختلال دوقطبی نیز وجود دارد که در آن فرد به شکل مزمن (طولانی‌مدت) و متناوب یا در وضعیت افسردگی خفیف است و یا در حالت نیمه‌شیدایی. به این اختلال، «سایکلوتایمیا» گفته می‌شود و فرد مبتلا به آن برخلاف اختلال دوقطبی نوع یک و دو، در بیشتر روزها در وضعیت خُلُق غیر عادی است.

### • علایم دوره شیدایی و نیمه‌شیدایی

فهرست این علایم به شرح زیر است و در نمونه بالا نیز برخی از علایم زیر قابل شناسایی است:

- ۱- احساس شادی بیش از حد (خُلُق بالا)، ۲- عصبانیت بیش از حد (تحریک‌پذیری)، ۳- فعالیت هدفمند بیش از حد، ۴- خودبزرگ‌بینی، ۵- کم شدن نیاز به خواب (خستگی‌ناپذیری)، ۶- پُر حرفی، ۷- پراکنده‌گویی/افکار پراکنده، ۸- حواس‌پرتی، ۹- بی‌قراری، ۱۰- ولخرجی و بی‌احتیاطی‌های بیش از حد

این علایم اغلب بیش از چهار روز طول می‌کشد و ممکن است تا چند ماه ادامه یابد. طبق تعریف، دوره نیمه‌شیدایی خفیف‌تر از دوره شیدایی و معمولاً کوتاه است.

### • لزوم تشخیص به موقع

تشخیص به موقع اختلال دوقطبی دست‌کم از دو جهت اهمیت دارد:

- ۱- با توجه به ماهیت دوره‌ای و عودکننده این اختلال، هر چه عود بیشتری رخ دهد، احتمال «عود بعدی» و «عدم بهبودی کامل» بیشتر می‌شود. بنابراین پیگیری مستمر درمان برای جلوگیری از عود امری بسیار ضروری است. به بیان دیگر، به جز درمان دوره حاد اختلال که ممکن است به شکل افسردگی، شیدایی یا نیمه‌شیدایی باشد، درمانی با عنوان «درمان نگهدارنده» برای جلوگیری از عود الزامی است. بدیهی است که درمان نگهدارنده در زمانی انجام می‌شود که فرد در بهبودی به سر می‌برد.

۲- فرد مبتلا، پس از تجربه اولین دوره بیماری، معمولاً بیش از آن که در دوره شیدایی یا نیمه‌شیدایی باشد در وضعیت افسردگی یا اضطراب به سر می‌برد. در چنین شرایطی، در صورتی که سابقه شیدایی یا نیمه‌شیدایی توسط پزشک معالج تشخیص داده نشود یا توسط فرد مبتلا یا خانواده او به اطلاع پزشک نرسد، ممکن است به اشتباه تنها یک داروی ضدافسردگی تجویز شود. این تجویز اشتباه اغلب به عدم بهبودی مناسب علائم بیماری منتهی می‌شود و ممکن است سیر آینده اختلال را نیز وخیم‌تر کند.

### • راه‌های درمان

شیوه‌های گوناگونی در درمان اختلال دوقطبی به کار گرفته می‌شود؛ دارو، آموزش فرد و خانواده، روان‌درمانی، خانواده‌درمانی، مشاوره، و الکتروشوک (تشنج‌درمانی الکتریکی یا ECT).

#### ۱- دارو:

مصرف دارو بخش اصلی و غیرقابل حذف درمان اختلال دوقطبی است. دانستن این نکته اهمیتی حیاتی دارد که درمان دارویی معمولاً پس از چندین هفته و گاهی پس از چند ماه مصرف مداوم دارو اثر می‌کند و رعایت دقیق مقدار تجویز شده دارو ضروری است. بنابراین نباید پس از مدت کوتاهی از شروع مصرف یک داروی جدید در مورد مؤثر بودن یا نبودن آن قضاوت کرد. دسته‌های دارویی اصلی در این مورد عبارت است از:

**الف- داروهای تثبیت‌کننده خلق:** لیتیوم، دیوالپروئکس، والپروات سدیم، لاموتریژین، کاربامازپین

**ب- داروهای آنتی‌سایکوتیک:** از قبیل کوتیاپین، آلانزاپین، ریسپریدون، آریپیپرازول

این دو دسته هم در درمان حاد (دوره وجود علائم) و هم در درمان نگهدارنده (دوره بهبودی و بدون علامت) تجویز می‌شود و دست‌کم یکی از این داروها باید همواره در میان داروهای تجویز شده وجود داشته باشد.

به جز این دو دسته، داروهای دیگری هم در درمان اختلال دوقطبی به کار می‌رود که برخی از مهم‌ترین آنها عبارت است از:

**الف- داروهای ضد افسردگی:** فلوکستین، سرتالین، سیتالوپرام، فلوکسامین، بوپروپیون، ونلافاکسین و دولوکستین نمونه‌هایی از داروهای ضد افسردگی هستند. این داروها ممکن است به عنوان درمان کمکی در دوره افسردگی تجویز شوند، اما این تجویز باید با احتیاط انجام شود و اشتباه در شناسایی شرایط مصرف آن ممکن است به تشدید علائم منجر شود. در این میان، تجویز بعضی از داروهای ضد افسردگی مانند آمی‌تریپتیلین، نورتریپتیلین، ایمی‌پرامین و داکسپین حتی احتیاط بیشتری می‌طلبد. داروهای ضد افسردگی در اختلال دوقطبی معمولاً به شکل درازمدت تجویز نمی‌شود.

**ب- داروهای خواب‌آور:** کلونازپام، لورازپام، دیازپام، اکسازپام و آلپرازولام در این دسته هستند. این داروها برای کاهش اضطراب، بی‌قراری و کم‌خوابی تجویز می‌شوند اما به تنهایی قادر به درمان اختلال نیستند. دو داروی اول (کلونازپام و لورازپام) بیشتر به کار می‌رود و داروی آخر (آلپرازولام) اصولاً برای درمان این اختلال توصیه نمی‌شود.

## ۲- آموزش فرد و خانواده:

آگاهی فرد مبتلا و اطرافیان نزدیک او از اختلال دوقطبی و چگونگی جلوگیری از عود علائم آن، در کنترل بهتر این اختلال مؤثر است.

## ۳- روان‌درمانی:

روان‌درمانی بر اساس یک رابطه درمانی توأم با صداقت و همدلی میان درمانگر و بیمار انجام می‌شود. این درمان به روش‌هایی از قبیل «حمایتی»، «رفتاری»، «شناختی-رفتاری»، «بین فردی»، «روان‌پویشی (تحلیلی)» و «وجودی» به کار می‌رود. در میان انواع روش‌های روان‌درمانی، اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری و بین فردی در درمان اختلال دوقطبی بیشتر نشان داده شده است.

روان‌درمانی با گفتار انجام می‌شود، اما با «گفتاردرمانی» کاملاً متفاوت است. گفتاردرمانی روشی برای درمان اختلالات تکلم است و ارتباطی با روان‌درمانی ندارد.

## ۴- خانواده‌درمانی و مشاوره:

در درمان اختلال دوقطبی، روش‌هایی مانند خانواده‌درمانی و مشاوره بیشتر به مسائلی می‌پردازد که ممکن است مانع درمان مناسب اختلال یا باعث افزایش تنش‌های محیطی شده باشد. این تنش‌ها ممکن است به عود یا عدم بهبودی کامل منجر شود و بدیهی است که نیاز به رسیدگی دارد.

## ۵- الکتروشوک (تشنج‌درمانی الکتریکی یا ECT):

الکتروشوک عبارت است از قرار دادن دو الکتروود بر روی سر و انتشار یک جریان الکتریکی درون مغز که به بروز تغییرات شیمیایی در مغز منجر می‌شود و بهبودی بیمار را میسر می‌کند. این روش زیر بیهوشی عمومی انجام می‌شود.

الکتروشوک یکی از ابزارهای درمان حاد افسردگی و شیدایی است که در موارد لزوم مداخله سریع درمانی یا عدم پاسخ کافی به سایر درمان‌ها به کار می‌رود. برخلاف نظر منفی بسیاری از مردم و برخی از تبلیغات گمراه‌کننده، این روش معمولاً به شکلی بی‌خطر به کار گرفته می‌شود و در درمان دوره افسردگی، مؤثرترین روش است. عارضه جانبی معمول آن، اختلال حافظه در مورد رویدادهای اخیر است که عموماً گذراست.

### • چند توصیه مهم

۱- درمان عوارض جانبی داروها: در صورت بروز هر عارضه‌ای که به دنبال مصرف داروها روی دهد، لازم است موضوع به اطلاع پزشک معالج برسد تا با مدیریت درست، از قطع درمان جلوگیری شود و وقفه‌ای در درمان دارویی پیش نیاید.

۲- **تنظیم خواب:** تنظیم خواب اهمیت زیادی در ثبات روحیه فرد دارد. حتی در شرایط بهبودی، خواب کافی و به اندازه برای تداوم وضعیت سالم لازم است و در بسیاری از موارد، عود علائم شیدایی به دنبال دوره‌ای از کم‌خوابی یا معکوس شدن ساعات خواب و بیداری بروز می‌کند.

۳- **ورزش:** «ورزش منظم هوازی» در دوره افسردگی کمک‌کننده است. ورزش همچنین در حفظ سلامت جسمانی و جلوگیری از بروز عارضه جانبی برخی از داروها (افزایش وزن، افزایش چربی خون) مؤثر است.

#### • مدیریت بحران‌ها

خانواده فرد مبتلا ممکن است گاهی در شرایط دشواری قرار گیرد. رفتارهای مزاحم یا پرخاشگرانه بیمار در دوره شیدایی، و احتمال تمایل او به خودکشی در دوره افسردگی از جمله این دشواری‌هاست.

تلاش نزدیکان بیمار برای درک کردن او، ابراز حمایت از او، و دور نگه داشتن او از تنش‌های محیطی و خانوادگی از اهمیت زیادی برخوردار است. همچنین باید ضمن توجه به شرایط خلقی و رفتاری بیمار، به استقلال فردی او احترام گذاشت و از توصیه‌های پی‌درپی و مداخلات بی‌مورد اجتناب کرد. «انگ زدن»، انتقاد مکرر، و خطاب‌های غیرمحترمانه شرایط بیمار و خانواده را دشوار می‌کند.

البته انجام این موارد همیشه کار ساده‌ای نیست و گاهی اطرافیان بیمار به دلیل ناتوانی در کنترل خشم خود یا ناتوانی در درک کردن بیمار نمی‌توانند به کنترل آشفتگی‌های او کمک کنند و حتی خود ممکن است عامل وخامت شرایط باشند. بنابراین گاهی لازم است اطرافیان بیمار برای ارزیابی رفتارهای خود با روان‌پزشک مشورت کنند. «مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی»، «روش‌های کنترل خشم»، «روش‌های کنترل اضطراب» و «روش‌های حل مسأله» همگی قابل آموزش به بیمار و افراد خانواده اوست.