

اختلال دوقطبی

تألیف

لکشمی یاتم
جین مالھی

ترجمہ

دکتر سیدعلی فخرایی
روان پزشک



فهرست

فصل ۱: مقدمه و زمینه تاریخی.....	۷
فصل ۲: شناسایی اختلال دوقطبی: عالیم بالینی و تشخیص‌ها.....	۱۱
۱۱..... نمای بالینی.....	۲-۱
۱۹..... ارزیابی تشخیصی و غربالگری.....	۲-۲
۲۰..... تشخیص افتراقی و همبودی در اختلال دوقطبی.....	۲-۳
۲۴..... تشخیص قطعی اختلال دوقطبی.....	۲-۴
فصل ۳: همه‌گیرشناسی.....	۲۵
۲۵..... ۳-۱ همه‌گیرشناسی.....	۲۵
۲۶..... ۳-۲ عوامل آماری (demographic).....	۲۶
۲۸..... ۳-۳ سیر بالینی اختلال دوقطبی.....	۲۸
فصل ۴: علل اختلال دوقطبی.....	۳۰
۳۰..... ۴-۱ مقدمه.....	۳۰
۳۱..... ۴-۲ علل ژنتیک.....	۳۱
۳۳..... ۴-۳ علل محیطی.....	۳۳
۳۴..... ۴-۴ علل عصب-زیستی.....	۳۴
۴۰..... ۴-۵ جمع‌بندی.....	۴۰
فصل ۵: درمان داروبی اختلال دوقطبی.....	۴۱
۴۱..... ۵-۱ ارزیابی اوئلیه (قبل از درمان).....	۴۱
۴۲..... ۵-۲ لینیم.....	۴۲
۴۵..... ۵-۳ داروهای ضدتشنج (دیوالبروکس، کاربامازپین، لاموتریپین).....	۴۵
۴۸..... ۵-۴ داروهای ضد تشنج جدیدتر.....	۴۸
۴۹..... ۵-۵ داروهای ضدجنون سنتی (conventional).....	۴۹
۴۹..... ۵-۶ داروهای ضدجنون آنپیک.....	۴۹
۵۲..... ۵-۷ ضد افسردگی‌ها.....	۵۲
فصل ۶: درمان‌های روان‌شناختی.....	۵۵
۵۵..... ۶-۱ مقدمه.....	۵۵
۵۵..... ۶-۲ انواع درمان‌های روان‌شناختی.....	۵۵
۶۰..... ۶-۳ روان‌درمانی چه موقع و برای چه مرحله‌ای؟.....	۶۰

فصل ۷: راهنمای درمانی برای مدیریت درمان اختلال دوقطبی

۶۲.....	۷-۱ مانیاک حاد.
۶۳.....	۷-۲ افسردگی دوقطبی حاد.
۶۷.....	۷-۳ درمان نگهدارنده اختلال دوقطبی
۷۰.....	۷-۴ اختلال دوقطبی تند چرخ
۷۳.....	۷-۵ اختلال دوقطبی ۲
۷۴.....	۷-۶ طیف بیماری‌های دوقطبی.
۷۶.....	

فصل ۸: گروه‌های خاص

۷۸.....	۸-۱ کودکان و نوجوانان
۷۸.....	۸-۲ سالمدان
۸۲.....	۸-۳ اختلال دوقطبی در زنان
۸۴.....	

فصل ۹: منابعی برای بیمار

۹۰.....	۹-۱ مدیریت درمان خود، آموزش روان‌شناختی، نقش، و مسئولیت در بیماری، آگاهی
۹۰.....	۹-۲ ارتباط درمانی، نقش مراقبین تخصصی، روان‌پزشکان، روان‌شناسان، تیم بهداشت روان و خانواده
۹۱.....	۹-۳ گروه‌های خودداری، انجمن‌های مصرف‌کنندگان (consumer)، و نقش نهادهای دولتی..
۹۴.....	۹-۴ مداخلات اینترنتی و منابع
۹۴.....	

پیشگفتار

اختلال دو قطبی بیماری شایعی است که اشکال بالینی متفاوتی دارد و سبب از کارافتادگی و مرگ و میر قابل توجهی می‌شود. پس جای تعجب نیست که به خصوص در دو دهه گذشته انسوهی از مطالعات پژوهشی برای درک پیچیدگی‌های بالینی، سیر، علل و درمان این اختلال صورت گرفته است. برای یک پزشک و یا متخصص مراقبت بهداشتی معمولی که وظیفه نگهداری و درمان بیماران دوقطبی را به‌عهده دارد به روزداشتن اطلاعات و آشنایی با این پیشرفت‌ها و به‌کارگیری آنها در کار بالینی وظیفه‌ای سخت و دشوار می‌باشد.

هدف اصلی نگارش این کتاب در دسترس قرار دادن خلاصه‌ای دقیق و شفاف از اطلاعات مربوط به درمان بالینی بیماران است. تکامل مفهوم اختلال دوقطبی قبل از پیدایش مفاهیم جدید انواع تشخیصی، مشخصه‌های بالینی، و تشخیص‌های افتراقی و راه‌های تشخیص آنها صورت گرفته است. بازنگری صریح تعاریف و اصطلاحات از آنجایی که یک زبان واحد را برای فهم و درمان اختلال دوقطبی مهیا می‌کند اهمیت زیادی دارد. فصل مربوط به مسائل عصب-زیست‌شناسی عمدتاً ساده و مختصر نگاشته شده که حس پیگیری به روز بودن و پیشرفت‌های بوجود آمده را در خواننده حفظ و تقویت نماید. فصول درمان دارویی و روان‌شناسی بر مبنای آخرین اطلاعات موجود در زمان نگارش کتاب تهیه شده در عین حال فصول راهنمای درمان و جمعیت‌های خاص راهنمایی‌های لازم برای اخذ تصمیم درمانی را به پزشکان و درمانگران پیشنهاد می‌کند. این فصول کلیدی می‌باشند و توصیه‌های عملی لازم که اکثر پزشکان باید برای درمان بیماران از آنها آگاه باشند در اختیار آنان قرار می‌دهد. در هر حال پیام اصلی کتاب این است که، گرچه درمان دارویی ستون و پایه اصلی درمان اختلالات دوقطبی است، درمان‌های روان‌شناسی کمکی می‌توانند برای بهبودی کارایی و عاقبت بیماری مفید باشند.

در آخر، بهترین درمان اختلال دوقطبی توسط یک تیم درمانی که راهکردهای دارویی و روان‌شناسی را با هم به کار می‌برند بدست می‌آید، نقطه

قوت این درمان ارتباط خوب درمانی بیمار مبتلا با پزشک درمانگر است. در این زمینه، امیدواریم که این کتابچه برای پزشکان درگیر با درمان این بیماری و همچنین برای بیماران مبتلا منبع خوبی باشد.

لاکشمی ن. یاتام
جین اس. مالهی

فصل ۱

مقدمه و زمینه تاریخی

نکات کلیدی

- اختلال دوقطبی، که قبلاً بیماری مانیک - دپرسیو نامیده می‌شد، بیماری جدیدی نیست.
- اختلال دوقطبی در سال‌های اولیه رشد شخصیتی، با توجه به بلوغ شناختی و هیجانی این سال‌ها بروز می‌کند.
- علاج قطعی برای اختلال دوقطبی وجود ندارد.
- درمان بر تشخیص زودرس، کنترل علایم و پیشگیری تأکید دارد.

۷

اختلال خلقی مورد تازه‌های ایران باستان و یونان قدیم توصیفاتی از تغییرات خلقی وجود دارد. آرتیوس پژشک رومی [Aretaeus of Cappadocia] حدود ۲۰۰۰ سال قبل تشخیص داده بود که افسردگی و مانیا هر دو، در اصل جزئی از یک بیماری انسانی هستند. دست نوشته‌های او لیه او نه تنها شامل حالات متفاوت هیجانی است بلکه تغییرات خلقی را که در طول زمان رخ می‌دهد نیز در بر می‌گیرد. او در یادداشت‌هایش افرادی را شرح داده است که در یک دوره زمانی بدون دلیل، خیلی غمگین و افسرده بوده و همان افراد در یک دوره دیگر خیلی پرحرف و گستاخ و مطمئن به نظر می‌رسیده‌اند، به صورتی که در تمام طول شب مشغول رقص بوده‌اند. او شاید اولین فردی بوده که به شکل معنی‌داری افسردگی و مانیا را به هم ارتباط داده و ماهیت چرخشی آنها را شرح داده، آرتیوس می‌گوید برای من مشخص است که افسردگی شروع و قسمتی از مانیا است. متأسفانه این بصیرت هوشمندانه او لیه تأثیر کمی روی تفکرات بعدی داشت. در واقع تا قرن ۱۹ یعنی تا زمانی که ژان پییر فالرت (Jean Pierre Falret) (۱۸۷۰-۱۷۹۴) و ژولی

بیلارگر (Jules Baillarger ۱۸۰۹-۱۸۹۰) جداگانه مذکور این نکته شدند که افسردگی و مانیا دو روی یک سکه یک بیماری هستند این موضوع به فراموشی سپرده شده بود. فالرت آن را جنون چرخشی نامید و همراه بیلارگر پایه‌گذار اصلی این اصطلاح بود، تا زمانی که امیل کرپلین با مشاهدات دقیق خود روی افسردگی و مانیا آن‌ها تحت یک نام جدید جنون افسردگی مانیا نامید. جالب اینکه کرپلین بر مبنای کارهای ایوالد هکر hecker و کارل لوودویگ کالbaum Karl Ludwig kahlbaum بعد از اختلال افسردگی مانیا (افسردگی مازور یا یک قطبی و اختلال دوقطبی) را از دمانس زودرس (اسکیزوفرنی) جدا کرد، طبقه‌بندی اساسی که تا امروز هم ادامه دارد.

به هر حال ذکر این نکته مهم است که چهره بیماری افسردگی -مانیا در طی قرن گذشته تغییر زیادی کرده است، اغلب بیمارانی که توسط روان‌پژوهان و پژوهشکان علاقه‌مند به بیماری‌های روانی ویزیت می‌شدند افراد بدحالی بودند که ساکن آسایشگاه‌ها بودند، بیشتر آن‌ها عالیم روان‌پریشی راه‌مراه افسردگی و مانیا داشتند و اغلب گزارشات اولیه به صورت اختصاصی بیماران را بر اساس تغییرات خلق دسته‌بندی نکرده بودند، به علاوه دوقطبی بودن مفهوم نسبتاً جدیدی است که در اواسط قرن بیستم پدیدار شد. ولی به هر حال یک افتراق مهم که کرپلین بین اسکیزوفرنی و جنون خلقی قابل شد که اهمیت بالینی زیادی هم دارد مربوط به فرجام این بیماری‌ها است، به این معنی که او اسکیزوفرنی را بیماری‌ای با نتیجه‌های همیشه ناخوشایند، سیر پیشرونده، کاهش کارایی بیمار و عالیم باقیمانده تلقی می‌کرد و در مقابل افسردگی -مانیا را بیماری‌ای دوره‌ای (حمله‌ای) و با امکان بالقوه بهبودی کامل در نظر می‌گرفت. جالب اینکه این دیدگاه در بیشتر تقسیم‌بندی‌های امروزه معتبر و مورد بازبینی مجدد قرار گرفته و به چالش کشیده شده است.

در طول این کتاب ما به اختصار منابع محاط به کشف و تشخیص و طبقه‌بندی اختلال دوقطبی را بررسی می‌کنیم، همچنین آزمون‌ها و تکنولوژی‌های جدید را فراموش نخواهیم کرد، یافتن نقایص و تغییراتی که بر پایه نشانگرهای عصب - زیستی‌شناسی بوده دیدگاه و فهم ما را از بیماری تغییر داده‌اند.

در طی دهه‌ی گذشته توجه رو به رشدی نسبت به اختلال دوقطبی می‌بینیم که ناشی از پدید آمدن درمان‌های جدید یا اندیکاسیون‌های تازه برای داروهای موجود و به موازات آن یا حتی مهم‌تر از آن در درازمدت، درک رو به رشد از مداخلات روان‌شناختی و اهمیت درمان‌های غیر دارویی می‌باشد. علیرغم پیشرفت فهم ما از بیماری و درمان‌های بهتر و بصیرت بیشتر هنوز علاج قطعی برای اختلال دوقطبی وجود ندارد و مدیریت درمان بر درمان علامتی و تأکید بیشتر بر پیشگیری است. تشخیص زودرس، رژیم درمان دارویی و غیردارویی مناسب که شامل کنترل حمله بیماری و پیشگیری از حملات بیشتر است، سبب بهبود کارایی فرد و سرانجام بهتر بیماری شده است.

با درک بهتر بیماری شاهد پذیرش گسترده‌تری از بیماری چه در سطح فردی و چه اجتماعی هستیم ولی به هر حال انگ بیماری روانی هنوز مشکل بزرگی محسوب می‌شود. به اضافه اینکه جنبه‌هایی از بیماری هنوز با شخصیت و به غلط با نبوغ یا بر عکس با عقب ماندگی ذهنی آمیختگی گنجی دارد.

فردیت هسته مرکزی بیماری است، تا آنجا که ما می‌دانیم اختلال دوقطبی در سنین رشدی عمر بروز می‌کند و بر بلوغ شناختی هیجانی تأثیر می‌گذارد که خود این موضوع سبب مشکلات بین فردی، آموزشی و اقتصادی می‌شود که امکان بالقوه تأثیر مخربی را برای تمام عمر خواهد داشت.

به غیر از خود فرد، تأثیر بیماری بر فامیل و دوستان وی نیز اهمیت دارد لذا در نگاه کل نگر این اختلال رنج و عذاب زیادی را برای فرد مبتلا و جامعه ایجاد می‌کند، افراد مبتلا به اختلال دو قطبی اغلب این بار اضافه تحمل شده بر دوستان و جامعه را با یک حس گناه و شرم تحمل می‌کنند. لذا تأکید مشتاقانه درمان‌ها نه تنها بر بهبودی طولانی تر تأکید دارد بلکه با علاقه دنبال کاهش تأثیر بیماری و درمان‌های آن بر جنبه‌های شناختی و کارکرد فردی و اجتماعی فرد مبتلا دارد.

به هر حال اکثر درمان‌های فعلی هم بخاطر اثر ناکافی و هم عوارض جانبی آن‌ها کامل نیستند و تحمل آن‌ها را با مشکل مواجه می‌کنند. مادامی که این معضل در غیاب یک علاج واقعی در صحنه تلاش‌های درمانی وجود دارد، جای تعجبی ندارد که افراد مبتلا به این اختلال از علت نیاز به درمان سؤال

می‌کنند، لذا باید تلاش‌هایمان برای فهم بهتر بیماری و علل آنرا بیشتر کنیم که نه تنها درمان حملات بیماری و عودهای مکرر انجام شود بلکه امیدوارانه دنبال یافتن علاج قطعی آن باشیم.

منابع و مطالعه بیشتر

- Benazzi F(2007) .bipolar disorder-focus on bipolar 2 disorder and mixed depression .The lancet 369.935
- Ghaemi SN, Baldesarini RJ,(2007) .The manic –depressive spectrum and mood stabilization:Kraeplin,s ghost. Psychotherapy and psychosomatics 76.65.
- Kraeplin E (1921) Manic –depressive insanity and paranoia .Edinburgh:E&S Livingstone
- Monodimore FM (2005) kraeplin and manic –depressive insanity: an historical perspective .international review of Psychiatry 17.49-52

فصل ۲

شناسایی اختلال دوقطبی: علایم بالینی و تشخیص‌ها

نکات کلیدی

- حمله مانیا وجه تشخیصی اختلال دوقطبی است ولی حملات افسردگی در این بیماری شایع‌تر است.
- تمام بیماران مبتلا به افسردگی باید با کمک مصاحبه‌های بالینی جهت غربالگری مانیا و هیپومانیا مورد معاینه قرار گیرند.
- همبودی سوء‌صرف مواد و الکل و سایر اختلالات روان‌پزشکی در اختلال دو قطبی امری شایع است.
- برای یک تشخیص دقیق و قابل اعتماد اختلال دوقطبی شرح حال کامل، غربالگری داروهای مصرفی و معاینه فیزیکی لازم است.

۱۱

۲-۱ نمای بالینی

اختلال دوقطبی کلاسیک یک بیماری حمله‌ای راجعه می‌باشد که معمولاً شکل چرخشی به خود می‌گیرد. حملات مانیا یا هیپومانیا به شکلی کاملاً قابل افتقاض در بین حملات افسردگی، آنرا از بیماری افسردگی یک قطبی عمدۀ مشخص می‌سازد و این اوج‌ها معمولاً به صورت پراکنده در بین حملات افسردگی که پایین (قعر) نامیده می‌شوند رخ می‌دهند. از نظر تشخیصی، بر مبنای ملائت و شدت علایم مانیا، اختلال به دو زیر گروه دوقطبی ۱ و دوقطبی ۲ تقسیم شده است (برای جزئیات بیشتر نشانه‌ها، علایم و تقسیم‌بندی تشخیصی به جدول ۲-۱ و نمودار ۲-۱ رجوع نمایید). با گذرازمان تقسیم‌بندی اختلالات دو