



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی  
و درمانی استان قزوین  
مرکز آموزشی و درمانی ۲۲ بهمن

# کتابچه آموزشی دو قطبی برای خانواده بیماران



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

تهیه و تنظیم :

آقای سعید محمدی

خانم مهرک رهبریان

آقای محمد رضا بیگدلو

زیر نظر : آقای دکتر سید حسین قافله باشی

---

سال چاپ اول : ۱۳۹۰

---

باتشکر از همکاران:

خانم رحیمی

آقای جلال عباس پور

آقای سید جمال جواهری

چاپ : شرکت دانش چاپ قزوین

## فهرست مطالب

۲	تعریف اختلالات دو قطبی.....
۴	شیوع اختلالات دو قطبی و انواع آن .....
۶	درمان بیماری اختلال دو قطبی .....
۹	درمان روان شناختی .....
۱۲	آموزش خود درمانی .....
۱۶	منابع .....

## اختلال دو قطبی :

این بیماری جزء اختلالات خلقی است که موجب آشفتگی های ناتوان کننده هیجان در فرد می شود.

سازمان جهانی بهداشت اختلال های خلقی را یکی از مشکلات بهداشتی در قرن ۲۱ دانسته است.

علت نامگذاری دو قطبی بر این اختلال آن است که در جریان آن شخص به طور متناوب دوره های از خلق با شیدایی و یا کاهش خلق (افسردگی) را تجربه می کند.

## دوره شیدایی (مافیا):

عبارت است از حالت وجد ، شادی یا تحریک پذیری شدید که با علائم ذیل همراه است :

در خلال این دوره شخص بسیار پرحرف می شود و یا تند تند و با تن بالا صحبت می کند و مرتب از جوک یا عبارت های نسنجیده استفاده می کند.

این حرف ها ممکن است به سختی قطع شوند و یا از موضوعی به موضوع دیگر منحرف شوند که نشان دهنده پرش افکار در شخص می باشد .

همچنین ممکن است در فرد ، کاهش نیاز به خواب دیده شود ، نسبت به پیامدهای بالقوه مصیبت با رفتارش بی توجه می شود که می تواند شامل فعالیت های جنسی نسنجیده ، ولخرجی ، رانندگی بی محابا و بدون ملاحظه و

مسافرت های ناگهانی باشد. معمولاً تلاش دیگران برای جلوگیری از این زیاده روی ها می تواند به سرعت باعث ایجاد خشم و غیظ در فرد شوند. حواس فرد به راحتی پرت می شود.

در صورت بروز نشانه های روان پریشی ، این نشانه ها اغلب با خلق سازگار خواهند بود به عنوان مثال در حالت شیدایی فرد بیش از حد هیجان زده شده و اعتماد به نفس وی بالا می رود ، احساس بزرگ منشی دارد و گاهی حالت هذیانی پیدا می کند (منظور از حالت هذیانی باور غلطی است که نمی توان آن را تغییر داد ) به طوری که شخص فکر می کند فرد بسیار مهمی است ، توانایی های زیادی دارد و یا با خدا و ائمه ارتباط ویژه ای دارد. پر از ایده های جدید و مهیج است و برنامه ریزی های بلند پروازانه و غیرواقعی دارد. در این صورت قضاوت و بینش در فرد مختل می شود و معمولاً قابل اعتماد نیست. بیماران در این دوره ممکن است

بی ثباتی هیجانی را نیز تجربه کنند یعنی در عرض چند دقیقه یا چند ساعت حالت هیجانی شان از خنده به تحریک پذیری و سپس افسردگی تغییر یابد. دوره افسردگی: افسردگی نیز عبارت است از احساس غمگینی و یا ناتوانی از تجربه کردن خوشی و لذت است. اغلب ما در زندگی خود غمگینی را تجربه می کنیم ولی بیشتر این تجربه ها شدت و دوام کافی ندارند. اما وقتی فرد دچار اختلال افسردگی می شود ممکن است صدای سرزنش خود در ذهنش

طنین انداز شود و توجه خود را تنها بر عیوب و کاستی ها تمرکز کند. توجه کردن می تواند برای آنها به قدری سخت باشد که در فراگرفتن چیزهایی که می خواند و یا می شنود دچار مشکل می شود فرد با دید منفی به اوضاع می نگرد و مستعد از دست دادن امید می باشد.

علائم جسمی افسردگی شامل: خستگی ، کمبود انرژی ، دردها و ناراحتی های جسمی است این علائم گاهی آن چنان شدید است که شخص مبتلا را متقاعد می کند که قطعاً دچار نوعی بیماری پزشکی جدی شده است هر چند این علائم ، علامت جسمی آشکاری ندارد اما این فرد احساس خستگی می کند، به سختی به خواب می رود و بارها بیدار می شود و یا برعکس تمام ساعات روز را می خوابد. احساس می کند غذایی مزه است و یا اشتها ندارد و یا بعضی اوقات برعکس افزایش اشتها را تجربه می کند میل و علاقه جنسی از بین می رود حتی عده ای احساس می کنند که دست و پایشان سست و بی حال است و افکار و حرکاتشان کند می شود اما عده ای دیگر نمی توانند آرام و قرار داشته باشند، قدم می زنند، بی تابی می کنند و به صورت مداوم دستهایشان را به هم می مالند. در عده ای نیز احساس نیاز به گریستن بدون هیچ دلیل خاصی وجود دارد و همراه آن اعتماد به نفس فرد از بین میرود احساس بی ارزش و ناامیدی می کند ، قدرت تصمیم گیری

حتی در موارد ساده ندارد. افکار مکرر در رابطه با مرگ یا خودکشی وجود دارد همچنین شخص در شروع و به پایان رساندن کارها مشکل دارد.

### **شیوع اختلالات دوقطبی :**

در حدود یک تا دو نفر از هر صد بزرگسال در طول زندگی دچار این اختلال می گردد. معمولاً این اختلال بعد از سن نوجوانی و بین ۳۰ - ۲۰ سالگی اتفاق می افتد. ولی ندرتاً در کودکی و نوجوانی بروز مینماید. مردان و زنان به یک اندازه در معرض ابتلا به این اختلالات قرار دارند.

### **انواع اختلالات دوقطبی :**

بسته به شدت و طول مدت علایم و همچنین نوع علایم موجود، اختلالات دوقطبی به انواع: نوع یک، دو، اختلال دوقطبی با متناوب سریع و اختلال خلق ادواری تقسیم می شود.

علت شناسی اختلال خلقی :

هیچ عاملی به تنهایی نمی تواند اختلالهای خلقی را تبیین کند اما تحقیقات نشان میدهد که این اختلالات منشأ ارثی دارد و ژنها بیشتر از عوامل محیطی در به وجود آمدن این اختلال نقش دارند. همچنین انتقال دهنده ها عصبی و میزان آن نیز در بروز بیماری دخیل می باشند.

مشکل فیزیکی در قسمتی از مغز که کنترل حالات روانی را به عهده دارند نیز عامل این اختلالات است؟

رویدادهای زندگی و مشکلات بین فردی در شروع دوره های افسردگی به خوبی ثابت شده است. از دست دادن شغل و یا یک دوست مهم یا رابطه عاشقانه از جمله رویدادهای شایع هستند. شیدایی همان طور که به دنبال وقایعی مثل موفقیت و هیجان روی میدهد ممکن است پس از حادثه ای هم چون داغدیدگی (که انتظار میرود باعث واکنش افسردگی) نیز رخ دهد.

فقدان حمایت های اجتماعی مناسب نیز از عواملی است که احتمال مواجهه با رویدادهای فشارزا را کاهش میدهد. پژوهش ها نشان میدهد زنانی که بدون حمایت یک محرم رویدادی بسیار فشارزا را پشت سر میگذارند، با ۴۰٪ خطر ابتلا به افسردگی روبرو میشوند در حالی که زنانی که از حمایت یک محرم اسرار برخوردارند فقط با ۴٪ خطر ابتلا روبرو می شوند. پیامدهای اجتناب ناپذیر و سنگین اختلالهای خلقی و ماهیت عود کننده و هزینه های سنگین آن سبب شده است که این اختلال در ردیف اختلالهای ناتوان کننده به شمار رود و متخصصان به مراقبت و درمان این اختلال توجه ویژه ای داشته باشند.

## درمان بیماریهای دوقطبی :

درمان این بیماری شامل درمانهای دارویی و درمانهای روان شناختی میباشد گاهی بستری شدن در بیمارستان ضرورت می یابد.

### \* درمان دارویی :

درمان با این داروها وابستگی ایجاد نمی کند و درمان طولانی به جهت کاهش احتمال

عود بیماری میباشد. مهمترین داروها تثبیت کننده خلق شامل : لیتیوم - سدیم والپروات - کاربامازپین و لاموترژین می باشد که توسط روانپزشک با توجه به خصوصیات بیماری و خود بیمار انتخاب میشود. ممکن است همزمان از داروهای دیگر مثل خواب آورها - ضدافسردگی ها - داروهای ضدجنون مثل (الاتزاپین - رسپریدون و ...) هم استفاده شود.

درمان ابتدایی اگر شدت اختلال دوقطبی شدید نباشد معمولاً ۹ ماه تا یکسال میباشد ، اما در مواردی که عود اختلال دوقطبی مطرح شود این درمان را حداقل بر ۵ - ۲/۵ سال ادامه میدهند.

متأسفانه بسیاری از بیماران به علت توجه نشدن یا اشکالات فرهنگی در خصوص مصرف دارو پس از بهبود اولیه با این طرز فکر که بیماری درمان شده و دیگر عود نمیکند درمان نگهدارنده را رها میکنند و نهایتاً دوباره عوارض اختلال دوقطبی گریبانگیرشان میگردد.

بعضی اوقات از الکتروشوک (ECT) در تمام مراحل اختلال دوقطبی تحت نظر روانپزشک استفاده میشود از آن جا که مدت پنجاه سال است لیتیوم مؤثرترین تثبیت کننده های خلقی بشمار میرود(هر چند که هنوز چگونگی عملکرد آن مشخص نیست ) به جاست که توضیحاتی در مورد نحوه استفاده از این دارو داده شود : لیتیوم یک نوع نمک معدنی است . از لیتیوم برای درمان

هر دو نوع افسردگی و شیدایی استفاده میشود و شروع اثر این دارو بین ۳-۱ هفته است.

توجه : قبل از درمان با لیتیوم بررسی سابقه بیماری جسمی ، معاینه فیزیکی و انجام تستهای آزمایشگاهی و بررسی از نظر بارداری ضروری است.

درمان با لیتیوم باید توسط روانپزشک شرع شود و تعیین مقدار دقیق لیتیوم در بدن لازم است چنان که مقدار کم آن ، بی اثر و مقدار زیاد آن سمی است پس آزمایش خون جهت بررسی میزان لیتیوم در خون در چند هفته اول ضروری است با ثابت ماندن مقدار دارو ، پزشک مقدار لیتیوم را همراه با آزمایش خون منظم برای شما تجویز میکند. مقدار لیتیوم در خون به مقدار آب بدن بستگی دارد اگر آب بدن کم شود(مثلاً در آب و هوای گرم که تعریق زیاد صورت میگیرد و احتمال گرمزدگی وجود دارد یا در مواقع اسهال و استفراغ شدید) چون مقدار لیتیوم در خون بالا رفته و احتمال بروز

اثرات منفی آن و یا حتی اثرات سمی آن وجود دارد باید آب بسیار مصرف شود میزان چای و قهوه کمتر شود (چون باعث افزایش ادرار میشوند). اثرات جانبی احساس تشنگی - ادرار زیادتر از معمول و افزایش وزن در چند هفته اول شروع مصرف وجود دارد که با گذشت زمان بهبود می یابد. علائم مسمومیت با لیتیوم شامل تهوع یا اسهال شدید، بیحالی شدید، خواب آلودگی، لرزش شدید و تلو تلو خوردن است که باید سریع با پزشک تماس گرفت.

### **\*درمانهای روان شناختی:**

در سالهای اخیر به روان درمانی ها به ویژه مداخله های روانی - اجتماعی در کنار دارو درمانی بیشتر توجه شده است از جمله این مداخله ها که بر پایه خانواده نیز میباشد آموزش روانی خانواده است.

بررسیها نشان داده اند که ابتلاء یک عضو خانواده به اختلال خلقی، کل خانواده را تحت تأثیر قرار میدهد و سبب از دست رفتن توانایی ها و نیروی سازگاری خانواده میشود. نارسایی های خانواده نه تنها در هنگام حاد و بیماری سبب استرس در خانواده میشود بلکه بر جریان بیماری نیز تأثیر میگذارد.

آموزش روانی خانواده یک روش مؤثر برای کمک به خانواده بیماران در زمینه اداره مشکلات ناشی از اختلال در خانواده و نیز ایجاد مهارتهای لازم

برای حمایت از بهبود فرد مبتلا میباشد ، همچنین استرس در محیط خانواده کاهش می یابد . فرد کنترل بیشتری بر بیماری پیدا میکند . شدت و طول مدت بیماری کاهش می یابد.

آموزش روانی مربوط به اختلالات خلقی ، علل و علائم ، راهکارهای درمانی برای جلوگیری از عود، چگونگی ارتباط با بیمار و حل بحرانهای مربوط به بیمار و گسترش بهداشت روان در خانواده است.

فرد مبتلا به علائم حاد ممکن است تنها بخواهد بداند آیا کسی وجود دارد که بتواند تجربیات او را درک کند و به او اطمینان بدهد که بهبود خواهد یافت یا نه ؟ و بخواهد راههای عملی برای جلوگیری از حمله های بعدی را بیاموزد از جمله روشهای کنترل و مدیریت استرس و تشخیص به موقع نشانه های هشدار دهنده بیماری از جمله نشانه هایی مثل : (کاهش نیاز به خواب - پرحرفی - ولخرجی - افسردگی - افزایش انرژی و...) میتواند یکی از راههای عملی برای جلوگیری از حملات آینده باشد. نکته های آموزشی مهم قابل تأمل در آموزش خانواده ها این است که برخلاف اعتقاد غلط برخی ازدواج درمان بیماریهای روانی نمیشود و در زمان عود بیماری میتواند موجب تشدید علائم شود. برحذر بودن از مشاغلی که مستلزم ساعات کار چرخشی میباشد مثل : خلبانی - پزشکی و ..... مسافرت هم نقشی در درمان نداشته و مثل سایر بیماریها در دوران نقاهت مسافرت توصیه نمیشود.

\* زوج درمانی در هنگام ناسازگاری زناشویی: زوج درمانی جهت بهبودی و درمان نقش ویژه ای دارد چرا که عوامل اجتماعی و روان شناختی در بازگشت بیماری دوقطبی نقش دارند.

\* درمان رفتاری: جهت محدود کردن تکانه یا رفتار نامتناسب استفاده از تکنیکهایی نظیر تقویت مثبت و منفی و اقتصاد ژتونی کمک کننده است.

\* درمانهایی حمایتی: به خصوص در مبتلایان به اختلال دو قطبی مزمن که دچار تباهی اجتماعی شده اند، کمک کننده است.

\* درمان گروهی: برای برطرف کردن برخی از مشکلات شایع بیماران در طی حملات شیدایی از جمله تنهایی، شرم، بی کفایتی، ترس از بیماری روانی و از دست دادن کنترل سودمند است.

\* درمان شناختی - رفتاری: آموزش تکنیک های آرام سازی - تشویق بیمار به مرور خاطرات گذشته جهت پیگیری از حوادث همانند آن در طی دوره های شیدایی قبلی، آموزش برنامه ریزی و حل مسئله به این بیماران، ارزیابی تفکرات غیرمنطقی - استفاده از تکنیک های نقش گذاری - ثبت روزانه افکار - ثبت گفته های منطقی - تنظیم هیجانها که به وسیله تکالیفی که به بیمار داده میشود تثبیت میگردد که تمام موارد فوق توسط متخصص ( اعم از روان پزشک یا روان شناس ) صورت میگیرد.

## آموزش خود درمانی :

\* تحت نظر گرفتن رفتار شخصی : نشانه های تغییر حالت و خلق خود را یاد بگیرید تا بتوانید در موقع مناسب کمک بگیرید با این کار شما میتوانید از بروز کامل عارضه و یا بستری شدن در بیمارستان اجتناب کنید. نوشتن حالات خلقی روزانه میتواند به شما در این کار کمک کند.

\* دریافت اطلاعات : تا میتوانید در مورد بیماریتان و آنچه برای درمان آن مفید است اطلاعات کسب کنید.

\* مدیریت استرس را فرا بگیرید.

\* در ابتدا هر هفته یکبار برای اطمینان از سطح لیتیموم در خون آزمایش دهید اما پس از چند ماه اول تعداد آزمایشات کم میشود.

\* روابط اجتماعی افسردگی یا شیدایی ؟ میتوانند اثرات نامطلوبی بر دوستان و خانواده داشته باشد. شما ممکن است مجبور به بازسازی روابطتان پس از یک دوره افسردگی یا شیدایی شوید.

\* استفاده از رژیم غذایی مناسب و نوشیدن مرتب نوشیدنی های غیرشیرین.

\* سعی کنید زندگی ، کار ، استراحت و روابطتان با دوستان و خانواده را متعادل کنید. در صورتی که شما بیش از اندازه مشغول باشید ممکن است دچار دوره شیدایی شوید. زمان کافی برای استراحت در نظر بگیرید.

\* ورزش حدود ۲۰ دقیقه : ورزش سه بار در هفته برای بهبود حالت خلقی شما مفید است.

\* در صورتی که برنامه برای حاملگی دارید با روانپزشک خود در میان بگذارید . تا برای کنترل حالات خلقی شما در طول حاملگی و پس از تولد نوزاد برنامه ریزی شود.

\* در صورتی که لیتیوم مصرف میکنید نباید به نوزاد خود شیر دهید.

## آموزش به خانواده ها :

\* در شیدایی شدید ، شخص ممکن است حالت خصمانه ، بدگمانی به خود گرفته و یا به صورت لفظی و یا فیزیکی درگیر شود در این صورت به او نزدیک نشوید چون منطق و استدلال کمکی نمیکند در نهایت اگر رفتار خشونت آمیز داشت از دیگران و پلیس کمک بگیرید.

\* با عقاید غیر عادی او مستقیماً برخورد و مخالفت نکنید بلکه عنوان شود ما میفهمیم که تو چه میگویی و

بعد مسیر صحبت عوض شود.(بیمار متوجه میشود که درک شده است.)

\* در افسردگی شدید شخص ممکن است تصمیم به خودکشی بگیرد به محض آنکه از تصمیم وی آگاه شدید کلیه محرکهای خطرناک را دور کرده و با پزشک وی تماس بگیرید.

\* به هیچ وجه از او انتقاد نکنید ، از بروز خشم و خشونت و تهدید جداً خودداری کنید.

\* با تقاضاهای او تا جایی که خطرناک نیست موافقت کنید.

\* از توهین و تحقیر وی پرهیز کنید و از این که او بیمار است وی را از خانواده طرد نکنید به عبارتی او را عامل بدبختی خانواده ندانید.

\* در صورتی که متوجه شدید که آنها:

- با نخوردن و نیشامیدن کاملاً از خود غافل شده اند.

- خود یا دیگران را در شرایط خطرناک قرار میدهند.

- از آزار دادن یا کشتن خود حرف میزنند.

سریعاً برای آنان از مراکز درمانی کمک بخواهید.

\* مصرف منظم دارو از اساسی ترین وظایف خانواده است و ترتیبی اتخاذ شود که بیمار تحت نظارت خانواده مرتباً از داروها استفاده کند.

\* در صورتی که فرد شیدا یا افسرده هست به طور موقت نمیتوانند از

کودکش مراقبت کنند در این مدت همسر یا فرد دیگری از خانواده باید این وظیفه را به عهده بگیرد بهتر است در دوران بهبودی در این مورد تصمیم گیری شود.

ممکن است کودک در هنگام حملات خلقی والد احساس نگرانی و

سردرگمی کند این موضوع را از رفتارشان میتوان فهمید پس برای بچه ها

بسیار مفید خواهد بود که بزرگترها با خونسردی و سازگاری به مشکلات آنها پاسخ دهند بزرگترها میتوانند به آنان بفهمانند که چرا پدر یا مادر آنها، رفتاری متفاوت دارد. سؤالات آنها باید با خونسردی و به درستی و به زبانی که متوجه شوند پاسخ داده شود آنها احساس بهتری خواهند داشت اگر به برنامه عادی زندگی شان باز گردند بچه ها ممکن است خود را در بروز مشکل

مقصر بدانند باید آنان را مطمئن ساخت که عامل این بیماری نیستند و میتوانند به بهبود آن کمک کنند.

## منابع:

- کرینگ - دیویسون ، نیل ، جانسون (۲۰۰۷) آسیب شناسی روانی (روان شناسی نا بهنجاری
- ترجمه: شمسی پور، حمید ، ۱۳۸۸- نشر ارجمند.)
- سیمون ، گریگوریس (۲۰۰۰) درمان رفتاری شناختی مترجمان ( جلالی - سید احمد - روحانی آریو- پورامینی ، مریم، ۱۳۸۳ تهران)
- کاپلان ، هارولد ، سادوک ، بنیامین ، ساروک ، ویرجینیا(۵-۲) خلاصه روان پزشکی و علوم رفتاری . مترجم : ۱۳۸۵ .
- گرک ، هاوتون ، کیس کلادک ، ساکلودس (۲۰۰۰) رفتار درمانی شناختی ، راهنمای کاربردی در درمان اختلالات روانی مترجم : حبیب اله قاسم زاده ، ۱۳۸۲ - تهران انتشارات ارجمند.
- امینی ، همایون و همکاران ، پیگیری یک ساله بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بستری شده در بیمارستان روزبه ۱۳۸۸- مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران- سال ۱۵، شماره ۲
- ص ۱۷۴-۱۶۸.
- ۶- شعبانی ، امیر و همکاران ، میزان عود در اختلال دو قطبی نوع یک ، پیگیری ۱۷ ماهه بیماران مبتلا به اولین دوره مانیا- ۱۳۸۵ . تازه های علوم شناختی سال ۸، شماره ۳ ، ص ۴۲-۳۳.

