

مقایسه علائم و درمان‌های اختلال دو قطبی در جوانان و سالمندان

A Comparison of Symptoms and Treatments of Bipolar Disorder in Youth and Older Adults

Masoud Salimi Azizabadi

Master of Science in General Psychology, Islamic
Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah,
Iran

Email: masoudsalimi4471@gmail.com

مسعود سلیمی عزیزآبادی*

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد
کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

Abstract

Bipolar disorder, also known as manic-depressive disorder, is one of the most complex psychiatric illnesses and can appear at any age. Bipolar disorder typically begins from mid adolescence to the mid 20s. In many children, early manifestations include one or more episodes of depression. Bipolar disorder in children is rare; in the past, it was diagnosed in prepubescent children who exhibited severe and unstable mood patterns. However, since such children usually develop depressive disorders rather than bipolar disorder, they are now classified as having disruptive mood dysregulation disorder. Early onset bipolar disorder, occurring before the age of 12, has become an important component of the mood disorder spectrum in youth. Whether a distinct subtype exists—characterized by severe irritability—or whether the emotional outbursts in children are better explained by other conditions remains an unresolved issue. Diagnosing bipolar disorder requires the presence of at least one manic episode, and differences in interpreting manic symptoms often lead to diagnostic challenges. When the disorder emerges in older adulthood, it presents deeper and more complex challenges. Treating bipolar disorder in the elderly requires precision, a multidisciplinary approach, and comprehensive support from clinicians, family members, and caregivers.

Keywords: Pediatric bipolar disorder, adolescents, bipolar disorder in older adults.

چکیده

اختلال دو قطبی یا اختلال شیدایی-افسردگی یکی از پیچیده‌ترین بیماری‌های روانی است که در هر سنی می‌تواند بروز پیدا کند. اختلال دو قطبی معمولاً از اواسط نوجوانی تا اواسط دهه ۲۰ شروع می‌شود. در بسیاری از کودکان تظاهرات اولیه یک یا چند دوره افسردگی است اختلال دو قطبی در کودکان نادر است در گذشته اختلال دو قطبی در کودکان پیش از بلوغ که به دلیل خلق و خوی شدید و ناپایدار از کار افتاده بودند تشخیص داده می‌شد. با این حال از آنجایی که چنین کودکانی معمولاً به یک اختلال افسردگی و نه دو قطبی پیشرفت می‌کنند اکنون به عنوان مبتلایان به اختلال اختلال تنظیم خلقی طبقه بندی می‌شوند. اختلال دو قطبی با شروع بسیار زودرس قبل از ۱۲ سالگی به عضو مهمی از طیف اختلالات خلقی جوانان تبدیل شده است. اینکه آیا یک نوع فرعی جداگانه وجود دارد که با تحریک پذیری شدید مشخص می‌شود یا اینکه آیا مشکل کودکان دارای انفجار عاطفی با شرایط دیگر بهتر توضیح داده می‌شود هنوز در حال حل است. تشخیص اختلال دو قطبی مستلزم یک دوره شیدایی است و درک آن علائم شیدایی منشأ تفاوت در تفسیر است. اما زمانی که این بیماری در دوران سالمندی خود را نشان می‌دهد، چالش‌های متفاوت و عمیق‌تری ایجاد می‌کند. درمان اختلال دو قطبی در دوران سالمندی نیاز به دقت، رویکرد چندجانبه، و حمایت همه‌جانبه از جانب پزشکان، خانواده و مراقبین دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال دو قطبی کودکان، نوجوانان، اختلال دو قطبی در سالمندان.

مقدمه

اختلال دوقطبی مثال واضحی از گونه بیولوژیک یک بیماری روانی است افراد مبتلا به این بیماری دچار تغییرات شدید خلق می‌شوند. که مشخصه آن دوره‌های متناوبی از افسردگی و مانیا یا هیپومانیا است. اختلال دو قطبی به صورت معمول در آخر دوره نوجوانی یا اوائل دوره بزرگسالی تظاهر پیدا می‌کند. بیماری دو قطبی اساساً اختلالی است که در آن فرد دچار بی‌نظمی هیجانی است و این بی‌نظمی ناشی از آسیب‌پذیری بیولوژیکی هیجان و عدم توانایی برای تنظیم هیجان است، بنابراین بیمار بیشتر احتیاج به تنظیم هیجانات خود دارد [۱] این اختلال انواع مختلفی دارد که مهمترین انواع آن اختلال دوقطبی نوع (I) و اختلال دو قطبی نوع II است تفاوت این دو اختلال در وجود دوره شیدایی است؛ که در نوع یک (I) شیدایی کامل اتفاق می‌افتد. افرادی که در فاز شیدایی قرار دارند حالت انبساط خاطر پرش، افکار کاهش، خواب افزایش احترام به نفس افکار بزرگ منشانه دارند. اکثر بیماران هم دوره‌های شیدایی و هم افسردگی را تجربه می‌کنند هر چند ۱۰ تا ۲۰ درصد آنها فقط دوره‌های شیدایی دارند دوره‌های شیدایی به طور معمول شروع حاد دارند اما ممکن است ظرف چند هفته تکمیل شود. در صورت عدم درمان حدود سه ماه دوام می‌یابد [۲] ولی در نوع (II) فرم خفیف‌تری از آن که نیمه شیدایی است، بروز می‌کند. شروع بیماری معمولاً با دوره‌های از افسردگی می‌باشد بیماران که در فاز افسردگی هستند با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه اشکال در تمرکز بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شوند. دوره‌های افسردگی در صورتی که مداوم نشود ۶-۱۲ ماه ادامه پیدا می‌کند اما در اکثر مواقع پس از یک یا چند دوره از افسردگی دوره شیدایی بارز می‌شود. دوره‌های شیدایی بدون درمان نیز بین ۳ تا ۶ ماه به طول می‌انجامد. تعداد دوره‌ها بطور متوسط در سال در حدود ۴ بار اتفاق می‌افتد با پیشرفت اختلال فاصله دوره‌ها کاهش می‌یابد در نوع سوم اختلال دوقطبی می‌تواند تغییر خلق با تناوب سریع بیش از ۴ بار نوسان خلقی در طول یک سال بوجود آید و یا حتی در یک بازه ۲۴ تا ۴۸ ساعت اتفاق بیافتد. دوره‌های شیدایی در مقایسه با افسردگی فراوانی کمتری دارند [۳] اما می‌تواند به صورت هیپومانیا دیسفوریک (بیقراری شدید جلوه گر شود و فرد را تند مزاج تحریک پذیر آشفته، عصبی و یا وحشت زده کند در این حالت هیپومانیا منجر به رفتارهای پرخطر نمی‌شود اما رفتار فرد می‌تواند اطرافیان را حسابی برنجاند چهارمین اختلال دوقطبی اختلال خلق ادواری برای مدت حداقل دو سال در کودکان و نوجوانان حداقل یکسال دوره‌های متعددی از علائم هیپومانیا که هیچگاه ملاک کامل یک دوره هیپومانیا را نداشته (اند و دوره‌های متعدد علائم افسردگی که) هیچگاه) ملاک‌های یک دوره افسردگی اساسی را نداشته‌اند بروز می‌کند در این نوع شدت نوسان خلق به اندازه اختلال دوقطبی نیست اما می‌تواند زمان طولانی‌تری ادامه یابد. این تغییرات می‌تواند باعث اختلال در روابط بین فردی عملکرد تحصیلی و شغلی پایین و حتی خودکشی شود [۴]. مطالعات زیادی نشان داده است که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در موارد بسیاری در ابتدا به غلط تشخیص اختلال افسردگی عمده دریافت می‌کنند و از اولین مراجعهی بیمار تا زمانی که تشخیص اختلال دوقطبی را دریافت کند تقریباً یک دهه طول می‌کشد [۵] این خطای تشخیصی در حالی رخ می‌دهد که تشخیص زود هنگام اختلال‌های خلقی حائز اهمیت است از عوامل مهمی که در این خطای تشخیصی نقش دارد شروع اختلال دو قطبی با علائم افسردگی و شیدایی در طول اختلال است برای بسیاری از بیماران شیوع بیشتر این علائم نسبت به نیمه شیدایی دوقطبی، دوره‌ی اف سردگی، اولین علائم بیماری است و بیمار در شروع اختلال و قبل از اولین دوره‌ی شیدایی و نیمه شیدایی، چندین دوره افسردگی عمده را تجربه می‌کند بنابراین تشخیص غلط می‌تواند به این دلیل رخ دهد که به احتمال زیاد بیمار اولین بار با شکایت افسردگی مراجعه می‌کند و متخصص بالینی تنها به دوره‌ی افسردگی جاری توجه می‌کند [۶]. تشخیص غلط دوقطبی می‌تواند عواقبی مانند محروم شدن بیمار از موثرترین درمان درمان نگهدارنده‌ی درازمدت، عوارض دارویی و

کاهش کیفیت زندگی بیمار انگ بیماری روانی برای بیمار و خانواده و سوگیری پزشکان برای تشخیص اختلال‌های دو قطبی در بستگان بیمار را به همراه داشته باشد [۷].

شیوع اختلال دوقطبی در کل دوره زندگی بین ۸/۲ تا ۵/۶ درصد می‌باشد [۸] بیماری دو قطبی ششمین عامل ناتوانی در سراسر دنیا در گروه سنی بزرگسالان محسوب می‌شود. معمولاً این اختلال بعد از سنین نوجوانی اتفاق می‌افتد. در سنین بالاتر از ۴۱ سال این اختلال غیر معمول است مردان و زنان به یک اندازه در معرض ابتلا به این اختلال قرار دارند. با این حال اولین دوره در مردان به احتمال زیاد منیک، است اما در زنان به احتمال بیشتری افسردگی اساسی است. میانگین سنی شروع این اختلال ۳۱ سالگی می‌باشد اما از سن ۵ سالگی تا ۵۰ سالگی گسترده است از لحاظ و وضعیت تأهل نیز این بیماری ممکن است در افراد مطلقه یا مجرد بیش از افراد متأهل دیده شود [۹].

اصطلاح «اختلالات طیف دوقطبی به مجموعه‌ای از تشخیص‌ها که شامل اختلال دوقطبی نوع اول، دوقطبی نوع دوم اختلال خلق ادواری سایر اختلالات دوقطبی و مرتبط با آن و اختلال دوقطبی نامشخص و مرتبط اشاره دارد. به عنوان یک مجموعه اختلالات طیف دوقطبی در بین نوجوانان شایع‌تر از آن چیزی است که اغلب تصور می‌شود. خطر اختلالات طیف دوقطبی با شروع بلوغ تقریباً سه برابر می‌شود. دلایل متعددی وجود دارد که بلوغ می‌تواند با اختلال مرتبط باشد از جمله تغییرات در هورمون‌ها تغییر در الگوهای خواب و تغییر در روابط بین فردی متوسط شیوع اختلالات طیف دوقطبی نوجوانان در جهان ۹/۳ درصد تخمین زده شده است و در ایران نیز میزان شیوع کلی آن در نوجوانان ۲۹/۰ درصد که در پسران ۲۶/۰ درصد و در دختران ۲۹/۰ درصد می‌باشد. اختلالات طیف دو قطبی می‌تواند بر هر جنبه‌ای از زندگی فرد تأثیر بگذارد اغلب پیشرفت تحصیلی و حرفه‌ای را محدود می‌کند تعارض را به روابط می‌افزاید و با همبودی بالای اختلالات، پزشکی کیفیت پایین، زندگی تکنشگری بیشتر، رفتار پرخطر و مصرف مواد مخدر و خطر بالای خودکشی همراه است. تظاهرات اختلالات طیف دو قطبی می‌تواند بسیار ناهمگن باشد. علاوه بر تغییر در خلق و خو و رفتار ناشی از دوره‌های نیمه شیدایی یا افسردگی، تنوع زیادی در بین افراد از نظر نحوه بروز اختلال نیز وجود دارد. در طول دوره بیماری برای یک فرد می‌تواند حالت‌های شیدایی، دوره‌های افسردگی و دوره‌هایی از سلامتی نسبی داشته باشد که هر کدام احتمالاً رویکرد متفاوتی برای درمان یا مراقبت را طلب می‌کنند [۹]. در نتیجه مدیریت اختلالات طیف دوقطبی معمولاً نیازمند یک رویکرد درمانی چندوجهی است. انتخاب روش درمان این اختلال بیشتر با علائم خاص و عملکرد فعلی فرد مشخص می‌شود. اهداف درمانی که احتمالاً بیشترین دستاوردها را در عملکرد کلی فرد ایجاد می‌کنند شامل مواردی مانند تنظیم برنامه، خواب تقویت راهبردهای تنظیم هیجان بهبود عملکرد اجتماعی آموزش مهارت‌های حل مسئله و کاهش رفتارهای مشکل ساز است. مداخلات روانی اجتماعی به طور خاص برای بهبود استرس و فرآیندهای آسیب پذیری طراحی شده‌اند که بر روند و نتیجه درمان اختلال دوقطبی تأثیر می‌گذارند این مداخلات شامل درمان خانواده محور، رفتار درمانی دیالکتیکی، ریتیم درمانی بین فردی و اجتماعی درمان شناختی - رفتاری و آموزش روانی فردی یا گروهی است درمان متمرکز بر خانواده از این مشاهدات ناشی می‌شود که بیماران دوقطبی که در خانواده‌های پرتعارض و استرس زندگی می‌کنند بیشتر از بیمارانی که در محیط‌های کم تعارض و استرس هستند عود علائم اختلال را نشان می‌دهند رفتار درمانی دیالکتیکی نیز شامل تجزیه و تحلیل عملکردی موقعیتهایی است که منجر به احساسات ناسازگار می‌شود و همچنین راهبردهایی را در بر می‌گیرد که به منظور افزایش کنترل بر پاسخهای هیجانی می‌باشد. رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلالات طیف، دوقطبی، احساسات منفی و مثبت بیش از حد را هدف قرار می‌دهد ریتیم درمانی بین فردی و اجتماعی مبتنی بر این مشاهده است که اختلال در روال روزانه و شبانه منجر به عود شیدایی می‌شود [۱۰]. بنابراین، هدف اصلی آن تثبیت روال روزانه و چرخه خواب و بیداری است. درمان شناختی رفتاری علائم اختلال دوقطبی را با شناخت‌های ناکارآمد و سبک‌های پردازش اطلاعات مرتبط می‌داند که از طریق بازسازی شناختی قابل تغییر هستند. آموزش روانی فردی و گروهی نیز بر نقش حمایت اجتماعی و به اشتراک گذاری اطلاعات آموزشی در سازگاری با اختلال دو قطبی تأکید دارد این

مداخلات کانونها و قالبهای متفاوتی دارند اما شامل عناصر مشترکی هستند که برای درمان اختلال دوقطبی حیاتی هستند تمامی، مداخلات، بیمار را تشویق می‌کنند تا در درمان خودش یک همکار فعال باشد. همه آنها به دنبال آموزش بیمار در مورد اختلال دوقطبی هستند و در نتیجه پذیرش بیمار از اختلال خود و نیاز به درمان را تقویت می‌کنند [۶].

تعاریف و مبانی نظری

علل اختلالات دو قطبی

دانشمندان از طریق مطالعات مختلف به عوامل احتمالی ایجاد کننده اختلال دو قطبی پی برده‌اند امروزه بیشتر دانشمندان به این توافق رسیده‌اند که علت واحدی برای اختلال دو قطبی وجود ندارد بلکه عوامل بسیاری در ایجاد این بیماری دخیل هستند.

عوامل زیستی

اختلال دوقطبی یکی از ارثی‌ترین بیماریهای روان پزشکی است و اغلب الگوی ابتلای خانوادگی دارد. خطر ابتلا اقوام درجه یک فرد مبتلا به این اختلال نزدیک ۱۰ برابر افراد عادی جامعه است. احتمال وقوع بیماری در دوقلوهای یک تخمکی حدود ۷۰-۴۰٪ است. در حالی که این میزان در دوقلوهای دو تخمی ۲۰-۱۱۰٪ است. بستگان درجه اول چهار تا شش برابر شانس ابتلا به این بیماری را در قیاس با جهت کلی دارند در مجموع موضوع توارث در اختلال دو قطبی پیچیده است و توسط چندین ژن و نه فقط یک ژن تنظیم می‌شود این نکته که بیماری دو قطبی یک بیماری چندژنی است کاملاً پذیرفته شده و این چندژنی بودن سبب الگوهای توارثی متعددی می‌شود در اختلال دوقطبی ژن کروموزومهای ۲۲ و ۱۳ تأثیر گسترده بر اختلال دوقطبی دارد.

همچنین انتقال دهنده‌های مهم و دخیل در این اختلال شامل نوراپی نفرین دوپامین و سروتونین می‌باشند؛ به عبارت دیگر دو قطبی با سطح بالای نوراپی نفرین و دوپامین و سطح پایین سروتونین ارتباط دارد. در بیماری دوقطبی در حملات مانیا اختلال کار دوپامین نقش اصلی را بر عهده دارد آمفتامین می‌تواند سرخوشی و سایر تغییرات شناختی رفتاری شبیه مانیا را در فرد سالم ایجاد کند عملکرد اولیه، آمفتامین آزاد سازی دوپامین و سایر واسطه‌های عصبی و افزایش سرعت چرخه انتقال دوپامین است.

در مطالعات کارکردی، اختلال دوقطبی با پاسخ دهی بیشتر در، بادامه به اضافه فعالیت کمتر هیپوکامپ و قشر جلو پیشانی، مرتبط است. در مطالعات ساختاری اختلال دوقطبی با کاهش حجم قشر جلوپیشانی عقده‌های پایه، هیپوکامپ و کمر بند قدامی مرتبط است و در برخی مطالعات افزایش حجم بادامه گزارش شده است اختلال دوقطبی با حجم کمتر هسته‌های رافه، ساختار مغزی درگیر در تولید سروتونین نیز مرتبط است [۱۱].

علل روانی اجتماعی

اگر ژن یا بیولوژیک تنها عوامل تأثیرگذار بر روی اختلال دوقطبی، باشند، تجربیات شخص در طول زندگی اش نباید به پیشرفت این اختلال بیانجامد و یا منجر به بازگشت بیماری شود. شواهد روشنی وجود دارد که تجربه تغییرات اساسی و یا مشکلات در شکل گیری اولین دوره این اختلال نقش دارند وقتی که تشخیص اختلال دوقطبی برای شخص داده می‌شود، دوره‌های بعدی این اختلال با مشکلاتی که در زندگی فرد وجود دارد ارتباط دارد.

تئوری روانی - اجتماعی

علاوه بر تأثیر مستقیم از طریق تعامل با عوامل ژنتیک به طور غیر مستقیم هم در اختلال دوقطبی مؤثرند. حوادث زندگی و به خصوص مشکلات بین فردی در بروز و عود حملات بیماری نقش زیادی دارند ردیابی عوامل سببی دوران کودکی نشان می‌دهد که نسبت قابل توجهی از بزرگسالان مبتلا به اختلال دوقطبی دچار مشکلات روحی از قبیل تروما و مورد سوءاستفاده قرار گرفتن در دوران کودکی یا کمی قبل از شروع بیماری بوده‌اند مکانیسم دقیقی که این عوامل محیطی سبب بروز و عود حملات خلقی می‌شوند نامشخص است. این حوادث زندگی مثل فقدانها و استرسهای روزمره در بروز و پیشرفت بیماری دوقطبی هم مؤثر است ولی نقش آنها در این بیماری کمتر شناخته شده است به نظر می‌رسد که رویدادهای منفی زندگی در تسریع دوره‌های افسردگی در اختلال دوقطبی اهمیت دارد. همچنین نارضایتی زناشویی و طلاق و از دست دادن یکی از والدین و عدم حمایت اجتماعی با اختلال دوقطبی در ارتباط است وقایع سترسزای زندگی، غالباً قبل از اولین دوره اختلالات خلقی رخ می‌دهند. این وقایع ممکن است تغییرات نرونی دائمی ایجاد کنند که شخص را مستعد دوره‌های بعدی اختلال دوقطبی نمایند [۳].

تئوری روانکاوی

بر اساس نظر فروید، دو سوگرایی نسبت به شیء محبوب که در ذهن خود درونی شده با شد ممکن است چنانچه شیء از دست برود یا بیمار تصور کند از دست رفته است، منجر به یک شکل مرضی از داغدیدگی شود. این سوگ به شکل افسردگی شدید همراه با احساس گناه بی ارزشی و افکار خودکشی در می‌آید فقدان نمادین یا واقعی شیء محبوب به صورت "طرده" تلقی می‌شود. شیدایی و سرخوشی به منزله‌ی مکانیسم دفاعی در برابر افسردگی زمینهای محسوب می‌شوند. فراخود سخت و انعطاف پذیر، فرد را تنبیه کرده و موجب احساس گناه درباره‌ی تکانه‌های جنسی یا پرخاشگرانه می‌شود. کارل آبراهام دوره مانیک را به عنوان دفاعی بر علیه افسردگی زمنیه ای می‌داند به اعتقاد وی دوره مانیا بازتاب ناتوانی در تحمل مصائب دوران کودکی نظیر از دست دادن والدین. باشد دوره مانیک راهی است برای رهایی از چنگ سوپر خشن و جایگزین رضایت مندی از خود به جای خود ملامتگری است. ملانی کلاین مانیا را یک واکنش دفاعی به افسردگی می‌داند او معتقد است دفاعهای مانیک هم برای کنترل و غلبه بر موضوعات ناخوشایند خطرناک و هم نگهداری موضوعات خوب دوست داشتنی لازم است. این دفاعها شامل همه توانی انکار آرمانی سازی و تحقیر می‌باشد [۵].

تئوری شناختی

آرون یک نظریه شناختی را که اساساً بر روی افسردگی تمرکز داشت را پدید آورد و سپس آن را به سایر زمینه‌های آسیب شناسی روانی و روان درمانی گسترش داد تئوری بک (۱۹۷۲) افسردگی را با واژه‌های شناختی توصیف می‌کند. وی عناصر اصلی اختلال را به عنوان مثلث شناختی می‌پندارند (الف) دیدگاه منفی نسبت به خود (ب) دیدگاه منفی نسبت به جهان (ج) دیدگاه منفی نسبت به آینده بک بیان می‌دارد که مانیا تصویر آینه‌ای از افسردگی است که به وسیله مثلث شناختی مثبت از خود جهان و آینده و تمرینات شناختی، مثبت توصیف می‌شود خود بسیار دوست داشتنی، جذاب قدرتمند و با تواناییهای نامحدود در نظر گرفته می‌شود جهان پر از موقیتهای عالی و تجارب مثبت تلقی می‌شود و آینده پر از امید و فرصتهای نامحدود به نظر می‌رسد تفکر بیش از اندازه مثبت به وسیله تحریفات شناختی همانند آنچه در افسردگی است، نشان داده می‌شود اما در جهت مثبت است. در این افراد تجارب مثبت زندگی بطور انتخابی در نظر گرفته شده و این طور فرض می‌شود. که از این طریق باورهای زیربنایی و طرحواره‌های مشخصی که رفتار فکر و احساس را هدایت می‌کند، حفظ شده و گسترش می‌یابند [۲].

پیشگیری

متأسفانه در اغلب موارد نبود مداخلات حمایتی به موقع در خانواده‌ها باعث آسیب روانی به اعضاء آن می‌گردد. در تمام اختلالات روانی مداخلات پیشگیری کننده دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد پیشگیری باعث آسیب پذیری، حذف یا به حداقل رساندن رفتارها و شرایط محیطی که منجر به افزایش خطر ابتلاء می‌گردد، در حقیقت تشخیص به موقع می‌تواند بهترین نوع پیشگیری باشد تشخیص سریع و افتراق این اختلال از افسردگی یکی از وظایف گروه درمان محسوب می‌شود. درمان به موقع علائم افسردگی و شیدایی بسیار حائز اهمیت می‌باشد. در استراتژیهای پیشگیری از اختلال دوقطبی شناسایی عوامل محافظت کننده و تدوین یک برنامه برای هر بیمار با توجه به نیازهای ایشان و اولویت مداخلات درمانی ضروری می‌باشد. بعنوان مثال ممکن است برخی از بیماران تحت دارو درمانی قرار گرفته تا از پیامدهای تغییرات هورمونی بر روی سیستم نوروترانسمیترها محافظت گردند و یا به برخی کمک شود تا مهارتهای مدیریت استرس آنها افزایش یابد گروه دیگری از بیماران تحت حمایتهای اجتماعی قرار گرفته اساساً کاربرد مداخلات درمانی در این سطح از پیشگیری با توجه به وضعیت بیمار و نیازهای او برنامه ریزی می‌شود. در این مرحله حمایت به شکل‌های متعددی چون کمک به فرد به منظور فهم و مقابله بهتر رویداد استرس زا؛ حمایت، مادی حمایت اطلاعاتی در زمینه رویداد استرس زا و اطمینان بخشی و یا دلگرمی دادن به فرد در شرایط استرس زا به فرد ارائه می‌گردد. بطور کلی گروه درمان باید قادر باشد افرادی را که مستعد ابتلا به اختلالات روانی خصوصاً دوقطبی، هستند شناسایی نموده و آنها را در مورد مراقبتها و حمایتهای این دوره راهنمایی نمایند [۱۲].

درمان

درمان اختلال دوقطبی یکی از چالشهای بالینی دشوار است که مهارتهای مدیریتی بالینی تیم روانپزشکی را ایجاب می‌کند. درمان بیماران مبتلا به اختلالات خلقی باید معطوف به چند هدف باشد اولاً سلامتی و ایمنی بیمار باید تضمین شود. ثانیاً، ارزیابی تشخیصی کامل باید به عمل آید ثالثاً طرح درمانی باید نه تنها به علائم فعلی بلکه به رفاه کلی بیمار معطوف باشد. بستری کردن در بیمارستان اولین و مهمترین تصمیم پزشک این است که آیا لازم است بیمار بستری شود یا درمان سرپایی مناسب است خطر خودکشی و دیگر کشی کاهش بارز توانایی در مراقبت از خود از نظر تغذیه مسکن و لباس و نیز نیاز به آزمایشات تشخیصی از موارد لزوم آشکار برای بستری شدن است موارد خفیفتر اگر پزشک با فواصل کم مریض را مرتباً ارزیابی نماید؛ نشانه‌های بالینی اختلال قضاوت کاهش وزن یا بیخوابی حداقل باشد و بیمار از سیستم حمایتی قوی برخوردار باشد بطور سرپایی نیز قابل درمان است. درمان دارویی اختلال دو قطبی می‌تواند بسیار نوسان دار باشد، از افسردگی به شیدایی یا، برعکس، بنابراین ممکن است مرتباً نوع درمان عوض شود گاهی درمان ضد افسردگی و گاهی ضد شیدایی در آن اهمیت می‌یابد. آنچه در درمان ثابت می‌ماند درمان تثبیت کننده خلق است اختلال دوقطبی یک شرایط مزمنی است که همیشه خطر بازگشت دارد و از این نظر شبیه بیماری - مرض قند است این بیماریها را می‌توان برای مدت طولانی کنترل کرد. مهم‌ترین دارو در این اختلال لیتیوم است. که در درمان اختلال دوقطبی حاد مؤثر است این دارو در پیشگیری و درمان دوره‌های مانیا نیز مؤثر است؛ بنابراین اغلب به آن داروی تثبیت کننده خلق گفته می‌شود. نتایج نشان داد که ۵۰ درصد بیماران دو قطبی در ابتدا به خوبی به لیتیوم پاسخ می‌دهند که به این معناست که حداقل ۵۰ علائم مانیا را کاهش می‌دهد [۹]. اگرچه لیتیوم اثربخش است ولی برای برخی از افراد عوارض درمانی نامناسبی به همراه دارد بیمارانی که به لیتیوم پاسخ نمی‌دهند می‌توانند داروی دیگری با ویژگی ضد مانیا مصرف کنند از جمله ضد تشنجهایی مثل کاربامازپین و والپروات و مسدود کننده‌های مسیر کلسیم مانند وراپامیل، والپروات اخیراً بر لیتیوم سبقت گرفته است چون یک تثبیت کننده خلق برای اختلال دوقطبی است که در موارد بیشتری تجویز می‌شود و حتی برای بیمارانی با علامت تند چرخه مناسب هستند؛ اما تحقیقات جدیدتر نشان داد که آنها یک

عیب خاص نسبت به لیتیوم دارند و آن این است که نسبت به لیتیوم تأثیر کمی در پیشگیری خودکشی دارند؛ بنابراین لیتیوم برای اختلال دوقطبی یک داروی ارجح است [۱۳]. آموزش روان شناختی هدف اصلی این درمان قدرت بخشیدن به بیمار برای مدیریت مشکل خویش است، این هدف از طریق کمک برای آگاهی یافتن به علائم، بیماری سیر و نحوه درمان، آن توجه به پیشرفت درمان، تشخیص علائم هشداردهنده عود بیماری پرهیز از عوامل برانگیزاننده، بیماری آموزش راهبردهای تطابقی و بهبود چرخه خواب و بیداری و فعالیتهای اجتماعی به دست می‌آید آموزش دادن به اشخاص درباره بیماریشان مؤلفه مشترک در درمان بسیاری از اختلال‌ها است. رویکرد آموزش روانی معمولاً به اشخاص کمک می‌کند تا اطلاعاتی از علائم اختلال، سیر زمانی قابل پیش بینی علائم عوامل زیستی و روان شناختی علائم و راهکارهای درمانی را فراگیرند. شواهد کافی در مورد تأثیر آموزش روان شناختی وقتی در دوره خلق عادی بیماران برگزار می‌گردد برای کاهش دفعات عود بیماری وجود دارد، در این افراد فاصله زمانی یک حمله خلقی یا مانی نسبت به کسانی که آموزش ندیده‌اند طولانی‌تر است [۱۴].

روان درمانی شناختی - رفتاری

جزء شناختی درمان برای کمک به بیماران در شناسایی افکار خودکار ناکارآمد (بزرگنمایی بی اهمیت تلقی، کردن تعابیر، منفی تعمیم دادن فاجعه بار خواندن و فرضیات زمینه‌ای فکر خود به کار می‌رود جزء رفتار درمانی به بیمار کمک می‌کند مدیریت بیماری خود را بر عهده گیرد و علائم زنگ خطر بیماری را به شنا سد، پیوستگی مصرف دارویی خوبی داشته باشد و راهبردهای تطابق با مشکلات ناشی از بیماری را فراگیرد درمان شناختی - رفتاری در افسردگی دو قطبی حاد و در پیشگیری از عود حملات خلقی به کار رفته و مفید بوده است. درمان شناختی رفتاری در کاهش دفعات عود، کاهش روزهای ابتلا به حملات حاد و بستری بودن کاملاً مؤثر عمل کرده است [۹]. درمان متمرکز بر خانواده قسمتی از درمان اختلال دوقطبی بر اساس نتایج مطالعات هیجان ابراز شده بنا نهاده شده است که میزان عود در بین بیماران دوقطبی که در خانواده‌شان ابراز هیجانات بالاست، بیشتر است. درمان شامل سه مرحله است شامل آموزش روان شناختی تعلیم، علائم سیر بیماری تشخیص و مدیریت درمان آموزش بهبود روابط بین فردی گوش کردن فعال ابراز هیجان مثبت دادن بازخوردهای منفی سازنده و درخواست مثبت برای تغییر رفتار) و مرحله آموزش مهارتهای حل مسئله تسهیل شناخت مشکلات یافتن و ارزیابی راه حل مناسب و به کارگیری (آن‌ها است. هیجان ابراز شده بازگشت سریع‌تر اختلال دو قطبی را پیش بینی می‌کند این یافته بر ضرورت مداخله‌های خانوادگی تأکید می‌کند. در درمان FFT به آموزش خانواده درباره بیماری افزایش ارتباط در خانواده و فراگیری مهارتهای حل مسئله تأکید می‌شود. مطالعات کنترل شده نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر خانواده سبب افزایش زمانهای ثبات خلق و کاهش میزان عود در بیماران دو قطبی می‌شود و حداقل مثل سایر درمانهای روان شناختی مؤثر است و نسبت به آموزش روان شناختی به تنهایی مفیدتر است [۱۵]

درمان‌های روانی - اجتماعی

اخیراً روشهای مورد استفاده برای درمان اختلال دوقطبی به سمت درمانهای روانی اجتماعی کشیده شده آلن فرانک و همکارانش نوعی درمان روان شناختی را توسعه دادند که در آن به بیمار کمک می‌شود تا با تنظیم چرخه خوردن و خوابیدن و سایر برنامه‌های روزانه مانند مقابله اثر بخش با رویدادهای استرس‌زای زندگی به خصوص آنچه به روابط بین فردی مربوط است چرخه شبانه روزی خود را تنظیم نمایند در ارزیابی این رویکرد که درمان چرخه فردی و اجتماعی IPSRT نامیده می‌شود بیمارانی که تحت درمان استاندارد بالینی قرار گرفته‌اند مدت طولانی‌تری را بدون دوره‌های جدید مانیا و یا افسردگی سپری می‌کنند نتایج اولیه که در مورد نوجوانان به دست آمده امیدوار کننده است [۴].

اثر بخشی کلی درمان‌ها

مطالعات نشان داده است که تنش شدید خانواده با عود اختلال دو قطبی در ارتباط است. تحقیقات اولیه نشان می‌دهد که درمانهایی که به منظور کمک به خانواده‌ها برای درک علائم و توسعه مهارت‌های مقابله‌ای و سبک‌های ارتباطی صورت می‌گیرند سبک‌های ارتباطی را تغییر می‌دهند و از عود اختلال جلوگیری می‌کند با فروکش کردن علائم، به خصوص در اوایل سیر بیماری معمولاً فرد به وضعیت قبل از بیماری خود برمی‌گردد و به همین دلیل بسیاری از بیماران یا خانواده‌های آنان تصور می‌کنند بیماری کاملاً ریشه کن شده و دیگر نیازی به ادامه درمان وجود ندارد بنابراین درمان خود را قطع می‌کنند. اما قطع زودهنگام درمان خطر برگشت بیماری را بسیار افزایش می‌دهد و باعث می‌شود که بیماری در فاصله چند ماه عود کند حدود ۴۱ تا ۵۱ درصد بیماران دو قطبی ممکن است دو سال پس از حمله اول دچار حمله دوم گردند.

تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان

به پدر و مادری که رفتارهای مرتبط با اختلال دوقطبی را حداقل برای دوهفته در کودکانشان مشاهده می‌کنند توصیه می‌شود که آن‌ها را برای معاینه نزد پزشک متخصص ببرند. آغاز اختلال دوقطبی یا با افسردگی و یا با حالت‌های مانیایی خواهد بود. تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان می‌تواند دشوار و پیچیده باشد. در بسیاری از موارد، نشانه‌های این بیماری در سایر اختلالات روانی نیز وجود دارد و یا این بیماری باعث به وجود آمدن اختلالات دیگر می‌گردد. به طور مثال می‌توان اختلال اضطراب و نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) را ذکر کرد. به علاوه، برخی از نشانه‌هایی که ظاهراً مرتبط با اختلال دوقطبی هستند ممکن است در واقع، در نتیجه اختلال دیگری به وجود آمده باشند. برای مثال، کودکانی که در معرض سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی یا خشونت خانگی قرار دارند ممکن است دارای نشانه تغییر سریع حال باشند. در این موارد، تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ممکن است مناسب‌تر از تشخیص اختلال دوقطبی باشد [۱۵].

کودکانی که اختلال دوقطبی دارند معمولاً مانند بالغین، به طور کامل ضوابط تشخیص بیماری را برآورده نمی‌کنند و همین امر، تشخیص را دشوار می‌سازد. هرچند، وضعیت در کودکان ممکن است بسیار جدی‌تر و حادث‌تر از بالغین باشد. مشخصه اختلال دوقطبی در کودکان می‌تواند تغییر سریع و مداوم خلق و خو و وجود نشانه‌های مختلط از مانیا و افسردگی باشد.

اختلال دوقطبی غالباً یا بدون تشخیص باقی می‌ماند و یا اشتباه تشخیص داده می‌شود و این امر مستقل از سن و جنسیت بیمار است. براساس مطالعات انجمن ملی سلامت ذهنی آمریکا (NMHA)، نزدیک به ۸۰ درصد بیمارانی که دچار اختلال دوقطبی هستند تا مدت ۱۰ سال یا بیماریشان تشخیص داده نمی‌شود و یا اشتباه تشخیص داده می‌شود. آمارها نشان می‌دهد که این اختلال در بین گروه‌های تحصیل کرده و در جوامع اقتصادی و اجتماعی پیشرفته، بیشتر است. البته علت این امر ممکن است به آگاهی بیشتر این گروه از این اختلال و احتمال بیشتر پذیرش اختلالات ذهنی از سوی آنان برگردد.

پیش از آن که اختلال دوقطبی بتواند تشخیص داده شود، پزشک باید آزمایش‌های پزشکی را انجام دهد تا بیماری‌های احتمالی دیگری که ممکن است باعث این نشانه‌ها و عوارض شده باشند منتفی گردند. بیماری‌های دیگری مثل عفونت‌های ویروسی می‌توانند عوارض مشابهی با اختلال دوقطبی را به وجود آورند. کارکرد غده تیروئید نیز باید مورد آزمایش قرار گیرد زیرا پرکاری یا کم‌کاری آن می‌تواند نشانه‌های اختلال دوقطبی را بدتر کند. استفاده از داروهای تغییر حال که می‌توانند باعث نشانه‌های مشابه گردند نیز از طریق آزمایش ادرار قابل تشخیص است [۱۶].

تشخیص قطعی اختلال دوقطبی با ارزیابی سلامت روانی توسط یک متخصص بیماری‌های روانی (معمولاً روان‌پزشک کودک و نوجوان) آغاز می‌گردد. این ارزیابی شامل به دست آوردن سابقه کامل عوارض، مانند زمان شروع، مدت ماندگاری و میزان شدت

آن‌هاست. همچنین باید مشخص گردد که آیا کودک قبلاً نیز این عوارض را داشته یانه، و اگر داشته، آیا درمان شده یا نه، و اگر درمان شده چگونه. برای این منظور، معمولاً از پرسشنامه اختلال خلق و خو (MDQ) استفاده می‌شود. این پرسشنامه، مجموعه‌ای از سوالاتی است که از بیمار پرسیده می‌شود و به تشخیص این که کودک نشانه‌های مانیایی قبلی داشته یا نه کمک می‌کند [۶].

روان‌پزشک معمولاً درباره این که کودک به مرگ یا خودکشی فکر کرده است یا نه و نیز این که سایر افراد خانواده سابقه اختلال خلق و خود یا مصرف الکل و دارو داشته‌اند سؤال می‌کند. سابقه پزشکی خانوادگی در تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان، بسیار اهمیت دارد. بسیاری از کودکانی که دچار اختلال دوقطبی هستند دارای پدر و یا مادر دوقطبی هستند. هر چند ممکن است بیماری در آن‌ها تشخیص داده نشده باشد.

مشخصه اختلال دوقطبی عموماً دوره‌های جداگانه مانیا و افسردگی است. برای این که یک دوره به عنوان یک دوره جدید در نظر گرفته شود باید ضوابط زیر وجود داشته باشد:

باید تغییر خلق و خو یا گذشت زمان وجود داشته باشد. بیمار باید یک تغییر عمده در خلق و خو نشان دهد، مثلاً از افسردگی حاد به مانیا. یک دوره جدید باید از دوره قبلی حداقل دو ماه فاصله داشته باشد و در این مدت حال بیمار عادی باشد. البته اغلب کودکانی که دچار اختلال دوقطبی هستند این ضابطه را برآورده نمی‌سازند و تغییر خلق و خو در آن‌ها با سرعت بیشتری صورت می‌گیرد.

دوره‌ها باید خود به خود بروز یابند و نباید مستقیماً بر اثر ابتلاء به یک بیماری خاص یا مصرف دارو و مواد به وجود آمده باشند. احتمال اختلالات روانی (مثل اسکیزوفرنی) باید منتفی باشد [۸].

تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان عمدتاً به نشانه‌ها و عوارض بستگی دارد. و این امر بسیار دشوار است زیرا نشانه‌ها به سرعت تغییر می‌کنند و مثلاً ممکن است فقط در خانه بروز یابند و تنها توسط افراد خانواده یا پرستاران مشاهده شوند.

گزینه‌های درمانی برای اختلال دوقطبی

اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان معمولاً شدیدتر از بالغین است. این اختلال با ترکیبی از دارو درمانی و مراقبت‌های روانی اجتماعی قابل درمان است ولی به طور کامل معالجه نمی‌شود.

در بعضی موارد، تشخیص این اختلال در کودکان یا نوجوانان در چنان شرایط بحرانی صورت می‌گیرد که بستری کردن بیمار زیر نظر روان‌پزشک را ایجاب می‌کند. علت بستری کردن، استفاده از دارو درمانی، پایش وضعیت بیمار و بازداشتن او از آسیب رساندن به خود یا دیگران است. بستری کردن بیمار در شرایطی که احتمال عدم مصرف صحیح دارو و دسترسی بیمار به وسایل خطرناک (مثل اسلحه) وجود داشته باشد نیز صورت می‌گیرد.

دارو درمانی

معمولاً نخستین درمان برای اختلال دوقطبی است. از دارو درمانی برای کنترل سریع و برطرف کردن خطر یا کاهش عوارض و جلوگیری از بروز دوره‌های بعدی استفاده می‌شود. اگر اختلال کارکرد غده تیروئید وجود داشته باشد، باید پیش از آن که اختلال دوقطبی مورد بررسی قرار گیرد، برطرف گردد. دارو درمانی‌هایی که برای درمان اختلال دوقطبی به کار می‌رود عبارتند از:

داروهای تثبیت‌کننده خلق و خو.

نخستین دارویی که برای اختلال دوقطبی تجویز می‌شود. انواع مختلف تثبیت‌کننده‌های خلق و خو ممکن است در بیماران مختلف، اثر بخشی متفاوتی داشته باشند و در صورتی که یک دارو اثربخش نباشد ممکن است داروی تثبیت‌کننده خلق و خوی دیگری نیز به عنوان داروی دوم افزوده گردد. لیتیوم (lithium) متداول‌ترین داروی تثبیت‌کننده خلق و خوست و معمولاً به عنوان نخستین دارو برای درمان اختلال دوقطبی تجویز می‌گردد. اثربخشی این دارو معمولاً هنگامی که مصرف آن از ابتدای دوره تغییر حال شروع گردد بیشتر است. بنا بر اطلاعات منتشر شده از سوی انجمن ملی سلامت ذهنی (NMHA)، لیتیوم در ۶۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی برای کنترل مانیا اثربخش بوده است. این دارو در جلوگیری از بروز دوره جدید بیماری، هم افسردگی و هم مانیا، مؤثر بوده و در کاهش خودکشی در بین بیماران دوقطبی، اثربخش به نظر می‌آید [۱۷]. در مورد اثربخشی داروهای تثبیت‌کننده خلق و خو در درمان اختلال دوقطبی در کودکان، اطلاعات کافی وجود ندارد. پژوهش‌ها در مورد میزان اثربخشی و ایمنی این داروها در جوانان ادامه دارد. داروهای ضد تشنج، داروهای تثبیت‌کننده خلق و خو هستند و می‌توانند برای کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی مفید باشد. البته برخی از انواع این داروها دارای اثرات جانبی جدی نظیر افزایش وزن و خطر اختلال هورمونی منجر به نازایی در دختران می‌باشند.

داروهای ضد جنون

این داروها ممکن است برای درمان برخی از کودکانی که رفتار پرخاشگرانه دارند یا نشانه‌های روان پریشی در آن‌ها مشاهده شده، به کار رود. البته استفاده از این داروها باید با آزمایش‌های مرتب خون، پایش گردد. هنگامی که اختلال دوقطبی تشخیص داده شود، مصرف برخی داروها باید قطع گردد یا به دقت زیر نظر گرفته شود. برای مثال، برخی از کودکان دوقطبی که برای درمان نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD)، داروهای محرک استفاده می‌کنند ممکن است حالت‌های مانیایی در آن‌ها تشدید شود. داروهای ضد افسردگی نیز در بیماران دوقطبی باعث دوره‌های مانیایی یا بدتر کردن آن می‌شوند. هرچند، گاهی اوقات ممکن است به همراه داروهای تثبیت‌کننده خلق و خو برای درمان دوره‌های افسردگی در اختلال دوقطبی به کار روند [۱۸].

با وجودی که تجویز داروهای ضد افسردگی برای برخی از کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی مفید است اما این داروها باید با دقت و احتیاط زیاد مصرف گردند. اداره دارو و غذای آمریکا (FDA) هشدار داده است که داروهای ضد افسردگی می‌تواند باعث افزایش خطر فکر کردن به خودکشی در برخی بیماران - به ویژه کودکان - گردد و تمام افرادی که از این داروها مصرف می‌کنند باید از نزدیک برای تغییرات غیرعادی رفتاری زیر نظر قرار داشته باشند. نشان داده شده است که مصرف داروهای ضد افسردگی بدون یک داروی تثبیت‌کننده خلق و خو باعث افزایش حالت مانیا در کودکان دوقطبی می‌گردد.

روان‌درمانی معمولاً تنها هنگامی مورد استفاده قرار می‌گیرد که شدیدترین نشانه‌های اختلال دوقطبی با دارو درمانی تحت کنترل درآمده باشند. کودکانی که تحت روان‌درمانی قرار می‌گیرند یاد خواهند گرفت که خود را بهتر درک کنند و ارزش بیشتری برای خود قائل شوند. همچنین روش‌هایی برای کاهش استرس و بهبود روابط به آن‌ها یاد داده خواهد شد [۱۹].

روان‌درمانی‌هایی که معمولاً در درمان اختلال دوقطبی به کار می‌روند عبارتند از:

رفتار درمانی شناختی (CBT).

بیمار یاد می‌گیرد که الگوهای فکری و رفتارهای نامناسب خود را تغییر داده و کنترل کند. در مورد کودکان، این روش درمانی تنها بر روی رفتار تمرکز می‌کند تا زمانی که آن‌ها درک بهتری از توانایی‌های شناختی خود به دست آورند.

آموزش روانی.

به بیمار در مورد اختلال دوقطبی، روش درمان آن و چگونگی تشخیص علائم اولیه هر دوره جدید بیماری آموزش داده می‌شود. این آموزش‌ها معمولاً برای افراد خانواده بیماران دوقطبی نیز مفید است.

روان درمانی خانواده.

سطح درماندگی در بین اعضای خانواده، ناشی از نشانه‌های اختلال دوقطبی را کاهش می‌دهد. روان درمانی خانواده به اولیاء کمک می‌کند که چگونگی برخورد با کودکان دوقطبی خود را یاد بگیرند. این مساله در مورد خواهر و برادرها نیز صادق است.

روان درمانی بین فردی.

باعث بهبود روابط بین فردی بیماران می‌گردد و روال‌های روزانه و زمان‌بندی خواب آن‌ها را به حالت عادی در می‌آورد و به آن‌ها کنترل بیشتری بر روی زندگی و شرایطشان می‌بخشد.

گروه درمانی

بر روی پذیرش بیماری اختلال دوقطبی و نیاز به دارو درمانی طولانی مدت تمرکز دارد. این نوع درمان ممکن است افراد خانواده را نیز دربرگیرد.

درمان اختلال دوقطبی در کودکان ممکن است به محیط مدرسه نیز گسترش یابد. در این حالت باید برنامه آموزشی خاصی برای کودک با همکاری معلمان و اولیاء مدرسه تنظیم گردد [۱۷].

راهنمایی‌هایی برای کنار آمدن با اختلال دوقطبی در کودکان

اختلال دوقطبی می‌تواند تأثیرات عمده‌ای بر زندگی کودکان داشته باشد. در حالی که با درمان صحیح، کودک می‌تواند زندگی عادی داشته باشد. توصیه‌های زیر برای اولیاء یا پرستاران کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی است:

به دقت مراقب باشید که برنامه درمانی به طور کامل توسط کودک پیگیری شود. کودک باید مقدار دارو را دقیقاً طبق تجویز پزشک مصرف کند و هیچ وعده مصرف دارو را فراموش نکند. اگر کودک دارای پدر و یا مادر دوقطبی باشد باید از نزدیک زیر نظر روان‌پزشک قرار داشته باشد. اگر روان درمانی توصیه شده باشد، باید کودک را به طور مرتب در جلسات شرکت داد. بدون مشورت با روان‌پزشک هیچ تغییری در درمان ندهید.

شروع هر دوره بیماری را به دقت زیر نظر داشته باشید. اگر محرک‌های خاصی برای شروع یک دوره تشخیص داده شد، نسبت به آن‌ها حساس باشید و به کودک کمک کنید که در صورت امکان از آن‌ها پرهیز کند. دوستان و افراد خانواده می‌توانند در این مورد کمک کنند. به محض آن که به نظر رسید یک دوره جدید بیماری در حال شکل گرفتن است به روان‌پزشک و یا متخصص بیماری‌های روانی مراجعه کنید [۳].

از الکل، دارو و یا سایر محرک‌ها اجتناب کنید. بسیاری از این گونه مواد می‌توانند بر روی خلق و خو اثرگذار باشند. داروهای نشاط آور می‌توانند بسیار خطرناک باشند و داروهای مجاز مثل داروهای که برای رژیم غذایی مصرف می‌شوند نیز بهتر است کنار گذاشته شوند. اولیاء باید مواظف غذایی که ممکن است محرک به وجود آمدن یک دوره جدید بیماری شود باشند. برای مثال، مصرف بیش از حد شکر می‌تواند موقتاً باعث افزایش انرژی و در پی آن خستگی و رخوت گردد که این امر به نوبه خود می‌تواند باعث تشدید عوارض در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی گردد.

به علاوه پدر و مادرها باید رژیم غذایی کودک خود را زیر نظر داشته باشند و مطمئن باشند که مواد غذایی کافی (مثل ویتامین آ، ویتامین ب ۱۲، ویتامین ث، کلسیم و آهن) به او می‌رسد. این امر به طور کلی در سلامت جسمی و روانی مهم است [۱۱].

سالمندان

اختلال دوقطبی در سالمندان یکی از اختلالات روانی پیچیده و چالش‌برانگیز است که با نوسانات شدید خلقی بین فازهای شیدایی (مانیا) و افسردگی مشخص می‌شود. در سالمندان، این اختلال می‌تواند به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی مرتبط با پیری، پیچیده‌تر و چالش‌برانگیزتر باشد. با افزایش جمعیت سالمندان، توجه به سلامت روانی این گروه سنی اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است.

سالمندان مبتلا به اختلال دو قطبی ممکن است با چالش‌های متعددی مواجه شوند، از جمله تشخیص دشوار به دلیل همپوشانی علائم با سایر بیماری‌ها مانند زوال عقل، افسردگی و عوارض دارویی، و همچنین نیاز به مراقبت‌های ویژه و شخصی‌سازی شده. در این میان، نقش پرستار سالمند به عنوان یک "سفیر آرامش" بسیار حائز اهمیت است. پرستاران سالمند با ارائه مراقبت‌های جامع و همدلانه، می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به اختلال دوقطبی کمک کنند [۱۵].

پرستاران سالمند با ارزیابی جامع سلامت سالمندان، از جمله بررسی وضعیت روانی، شناختی، جسمی و اجتماعی، می‌توانند نیازهای خاص هر فرد را شناسایی کرده و برنامه‌های مراقبتی مناسب را تدوین کنند. آن‌ها با برقراری ارتباط مؤثر و همدلانه، می‌توانند احساس امنیت و آرامش را در سالمندان تقویت کرده و به کاهش اضطراب و افسردگی کمک کنند. همچنین، پرستاران با آموزش خانواده‌ها و ارائه راهکارهای مقابله‌ای، می‌توانند نقش مهمی در حمایت از سالمندان و خانواده‌های بیمار دو قطبی ایفا کنند.

مروری بر اختلال دوقطبی در سالمندان

اختلال دوقطبی در سالمندان یک اختلال خلقی است که با دوره‌های متناوب شیدایی و افسردگی مشخص می‌شود. در دوره‌های شیدایی، فرد احساس انرژی زیاد، تحریک‌پذیری و افکار سریع دارد، در حالی که در دوره‌های افسردگی، احساس غم، بی‌انگیزگی و خستگی غالب است که مراقب سالمند می‌تواند در کنترل اوضاع نقش مهمی ایفا کند.

تفاوت‌های بالینی در سالمندان

در سالمندان، علائم اختلال دوقطبی ممکن است با تغییراتی همراه باشد: شروع دیر هنگام: حدود ۱۰ درصد از موارد اختلال دوقطبی برای اولین بار پس از ۵۰ سالگی ظاهر می‌شوند، که به آن "اختلال دوقطبی با شروع دیر هنگام" گفته می‌شود.

علائم متفاوت: در سالمندان، علائم ممکن است کمتر شدید یا متفاوت از جوانان باشد، مانند تحریک‌پذیری به جای سرخوشی در دوره‌های شیدایی [۱۷].

عوامل خطر: تغییرات زندگی مانند بازنشستگی، از دست دادن عزیزان و بیماری‌های جسمی می‌توانند به بروز یا تشدید علائم کمک کنند.

تشخیص اختلالات دو قطبی در سالمندان: چالش‌ها و راهکارها

تشخیص اختلال دوقطبی در سالمندان به دلیل همپوشانی علائم با سایر اختلالات روانی سالمندان و همین‌طور مشکلات جسمی مرتبط با سن، فرآیندی پیچیده و چالش‌برانگیز است. تغییرات خلقی در این گروه سنی ممکن است به اشتباه به افسردگی، زوال عقل یا عوارض دارویی نسبت داده شود.

انواع اختلالا دوقطبی در سالمندان

۱. اختلالات دوقطبی نوع I: مشخصه این نوع، وجود حداقل یک دوره شیدایی (مانیا) است که ممکن است با دوره‌های افسردگی همراه باشد. در سالمندان، این دوره‌ها می‌توانند با علائمی مانند تحریک‌پذیری، بی‌خوابی و رفتارهای پرخطر همراه باشند.
۲. اختلال دوقطبی نوع II: در این نوع، فرد دوره‌های افسردگی شدید و هیپومانیا (شیدایی خفیف‌تر) را تجربه می‌کند. هیپومانیا ممکن است در سالمندان کمتر مشهود باشد و به‌اشتباه نادیده گرفته شود.
۳. اختلال دوقطبی با دوره‌های مختلط: در این حالت، علائم مانیا و افسردگی به‌طور همزمان یا در فاصله زمانی کوتاه بروز می‌کنند. این وضعیت می‌تواند تشخیص را پیچیده‌تر کند و نیاز به ارزیابی دقیق‌تری دارد.
۴. اختلال دوقطبی با چرخه‌های سریع: در این نوع، فرد در طول یک سال حداقل چهار دوره مانیا، هیپومانیا یا افسردگی را تجربه می‌کند. این الگو در سالمندان کمتر شایع است اما باید مورد توجه قرار گیرد [۱۰].

علائم اختلال دوقطبی در سالمندان

- دوره‌های شیدایی (مانیا): افزایش انرژی، کاهش نیاز به خواب، خودبزرگ‌بینی، رفتارهای پرخطر، تحریک‌پذیری و افکار سریع.
 - دوره‌های هیپومانیا: شبیه به مانیا اما با شدت کمتر و بدون اختلال شدید در عملکرد روزمره.
 - دوره‌های افسردگی: احساس غم و ناامیدی، کاهش علاقه به فعالیت‌ها، تغییرات اشتها و خواب، خستگی و افکار خودکشی.
- چالش‌های تشخیص در سالمندان
- همپوشانی علائم با سایر اختلالات: علائم اختلال دوقطبی ممکن است با زوال عقل، افسردگی یا عوارض دارویی اشتباه گرفته شود.
 - کاهش شکایت از علائم روانی: سالمندان ممکن است علائم خود را به‌عنوان بخشی طبیعی از پیری تلقی کنند و از بیان آن‌ها خودداری کنند.
 - تأثیر بیماری‌های جسمی: بیماری‌های مزمن مانند دیابت یا بیماری‌های قلبی می‌توانند بر خلق و خو تأثیر بگذارند و تشخیص را پیچیده‌تر کنند.

روش‌های درمان؛ عاقبت بیماران دوقطبی

- در سالمندان مبتلا به اختلال دوقطبی، انتخاب داروها باید با احتیاط و با در نظر گرفتن وضعیت کلی سلامت فرد صورت گیرد:
- تثبیت‌کننده‌های خلق (Mood Stabilizers):**
- لیتیوم (Lithium): این دارو همچنان به‌عنوان درمان اصلی در تثبیت خلق در نظر گرفته می‌شود. با این حال، در سالمندان به‌دلیل تغییرات عملکرد کلیه و خطر سمیت، باید با دوز پایین‌تر (معمولاً ۰.۴-۰.۷ mEq/L) و با پایش منظم سطح سرمی مصرف شود. همچنین، باید عملکرد کلیه، تیروئید و الکترولیت‌ها به‌طور دوره‌ای بررسی شود [۹].
 - دیوالپروئیک اسید (Valproate): این دارو در مدیریت دوره‌های شیدایی مؤثر است، اما در سالمندان ممکن است با عوارضی مانند آسیب کبدی یا پانکراتیت همراه باشد. بنابراین، باید با دقت و تحت نظارت دقیق مصرف شود.
 - لاموتریژین (Lamotrigine): این دارو بیشتر برای پیشگیری از دوره‌های افسردگی در اختلال دوقطبی نوع II استفاده می‌شود و نسبت به سایر تثبیت‌کننده‌ها عوارض کمتری دارد.
- داروهای ضدروان‌پریشی (Antipsychotics):

کوئتیاپین (Quetiapine): این دارو در درمان دوره‌های شیدایی و افسردگی مؤثر است و در سالمندان به دلیل اثرات آرام‌بخش آن، می‌تواند مفید باشد. با این حال، باید از عوارضی مانند خواب‌آلودگی یا افت فشار خون آگاه بود. لوراتیدون (Lurasidone): این دارو برای درمان افسردگی در اختلال دوقطبی نوع I در سالمندان مورد استفاده قرار می‌گیرد و نسبت به سایر داروهای ضدروان‌پریشی عوارض کمتری دارد. داروهای ضدافسردگی (Antidepressants):

استفاده از داروهای ضدافسردگی در درمان افسردگی در اختلال دوقطبی باید با احتیاط انجام شود، زیرا ممکن است منجر به تحریک دوره‌های شیدایی شود. در صورت لزوم، باید همراه با تثبیت‌کننده‌های خلق مصرف شوند و تحت نظارت دقیق قرار گیرند. این داروها در مورد بیماری‌هایی مانند اختلال پارانوئید نیز تجویز می‌شود.

درمان‌های غیردارویی؛ روان‌درمانی

علاوه بر درمان‌های دارویی، رویکردهای غیردارویی نیز در مدیریت اختلال دوقطبی در سالمندان مؤثر هستند:

- درمان شناختی-رفتاری (CBT): این روش به فرد کمک می‌کند تا الگوهای فکری منفی را شناسایی کرده و آن‌ها را تغییر دهد [۱۴].
 - درمان بین‌فردی و ریتم اجتماعی (IPSRT): این درمان بر تنظیم الگوهای خواب، فعالیت و روابط اجتماعی تمرکز دارد و به پیشگیری از عود علائم کمک می‌کند.
 - آموزش خانواده: آموزش اعضای خانواده در مورد اختلال دوقطبی و نحوه حمایت از فرد مبتلا می‌تواند به بهبود نتایج درمانی کمک کند.
 - سبک زندگی سالم: ترویج فعالیت بدنی منظم، خواب کافی و تغذیه مناسب می‌تواند به بهبود وضعیت روانی و جسمی سالمندان کمک کند.
- در مورد عاقبت بیماران دوقطبی باید گفت عاقبت بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به عوامل متعددی بستگی دارد، از جمله زمان تشخیص، نوع و کیفیت درمان، پایبندی به برنامه‌های درمانی، و وجود حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی. پایبندی به درمان دارویی و روان‌درمانی، شناسایی زود هنگام علائم هشداردهنده، و داشتن حمایت خانوادگی و اجتماعی می‌تواند به بهبود پیش‌آگهی بیماران کمک کند. مراقبت‌های منظم پزشکی و روان‌پزشکی نیز برای مدیریت مؤثر بیماری ضروری است.

پیشگیری از عود اختلال دوقطبی در سالمندان

اگرچه پیشگیری کامل از اختلال دوقطبی امکان‌پذیر نیست، اما با اقدامات مناسب می‌توان از عود آن جلوگیری کرد: شناسایی علائم هشداردهنده: آگاهی از علائم اولیه مانند تغییرات خواب، انرژی یا خلق می‌تواند به شناسایی زود هنگام دوره‌های شیدایی یا افسردگی کمک کند. رعایت دقیق دستورات دارویی: مصرف منظم داروها طبق تجویز پزشک و عدم قطع یا تغییر دوز بدون مشورت با پزشک از اهمیت بالایی برخوردار است. پرهیز از مصرف مواد مخدر و الکل: مصرف این مواد می‌تواند با داروهای مصرفی تداخل داشته و علائم را تشدید کند. حمایت اجتماعی و روانی: حضور خانواده و دوستان و مشارکت در گروه‌های حمایتی می‌تواند به مدیریت بهتر وضعیت کمک کند.

سبک زندگی سالم: رعایت رژیم غذایی متعادل، ورزش منظم و خواب کافی از عوامل مؤثر در پیشگیری از عود اختلال دوقطبی هستند.

در نهایت، تشخیص دقیق و درمان مناسب این اختلالات در سالمندان نیازمند همکاری نزدیک بین پزشکان، پرستاران و خانواده‌ها است تا کیفیت زندگی سالمندان حفظ شود [۱۲].

بحث و نتیجه گیری

اختلال دوقطبی مثال واضحی از گونه بیولوژیک یک بیماری روانی است افراد مبتلا به این بیماری دچار تغییرات شدید خلق می‌شوند. بطوری که خلق و خوی آنها از حالت بی نهایت سرخوشی و پر انرژی بودن به غم و اندوه بدل می‌گردد. بیماری دو قطبی اساساً اختلالی است که در آن فرد دچار بی نظمی هیجانی است و این بی نظمی ناشی از آسیب پذیری بیولوژیکی هیجان به اضافه عدم توانایی برای تنظیم هیجان است اختلال دو قطبی یکی از ارثی‌ترین بیماریهای روان پزشکی است و اغلب الگوی ابتلای خانوادگی دارد این نکته که بیماری دوقطبی یک بیماری چندژنی است کاملاً پذیرفته شده و این چندژنی بودن سبب الگوهای توارثی متعددی می‌شود. در اختلال دوقطبی ژن کروموزوم‌های ۲۲ و ۱۳ تأثیری گسترده بر اختلال دو قطبی دارد. همچنین انتقال دهنده‌های مهم و دخیل در این اختلال شامل نوراپی نفرین دوپامین و سروتونین می‌باشند؛ به عبارت دیگر دو قطبی با سطح بالای نوراپی نفرین و دوپامین و سطح پایین سروتونین ارتباط دارد. در مطالعات ساختاری اختلال دو قطبی با کاهش حجم قشر جلوپیشانی عقده‌های پایه هیپوکامپ و کمر بند قدامی مرتبط است. اختلال دوقطبی قابل درمان است. شاید بتوان آن را مانند بیماری بیولوژیکی، قند بیماری نمک لیتیم قلمداد کرد. مانند بیماری قند که همواره نیازمند استفاده از دارو است بیماری نمک هم همین حالت را خواهد داشت نگاه جدید به اختلال دو قطبی باعث می‌گردد تا تحمل افراد در مقابله با بیماری دوقطبی بالا برود. عمده‌ترین اقدامی که برای درمان و پیشگیری از بازگشت مجدد اختلال دو قطبی صورت می‌گیرد دارو درمانی است ولی نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده است که بسیاری از افراد به دلیل نگرش و احساسات منفی حتی در تکمیل دوره‌ی درمان دارویی تعلل می‌ورزند. بنابراین به نظر می‌رسد در کنار درمانهای دارویی به عنوان درمان نگهدارنده نیاز به انجام اقدامات غیر دارویی احساس می‌شود [۱۷].

منابع

- [1] American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013
- [2] Case BG, Olfson M, Marcus SC, et al: Trends in the inpatient mental health treatment of children and adolescents in US community hospitals between 1990 and 2000.
- [3] Arch Gen Psychiatry 2007; 64:89–96 Blader JC, Carlson GA: Increased rates of bipolar disorder diagnoses among US child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. Biol Psychiatry 2007; 62:107-114
- [4] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013: 140-76.
- [5] Brickman HM, Fristad MA. Psychosocial Treatments for Bipolar Disorder in Children and Adolescents. Annu Rev Clin Psychol 2022; 18: 291-327.
- [6] Mohammadi MR, Alavi SS, Gharaati Sotoudeh H, Khaleghi A, Ahmadi N, Hooshiyari Z, et al. Prevalence and Socio-Demographic Factors of Bipolar Mood Disorders in Children and Adolescents: Identifying the Principal Predictors. Iranian Rehabilitation Journal 2022; 20(2): 149-60.
- [7] Fristad MA, MacPherson HA. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Bipolar Spectrum Disorders. J Clin Child Adolesc Psychol 2014; 43(3): 339-55.
- [8] Goldstein BI, Birmaher B, Carlson GA, DelBello MP, Findling RL, Fristad M, et al. The International Society for Bipolar Disorders Task Force Report on Pediatric Bipolar Disorder: Knowledge to Date and Directions for Future Research. Bipolar Disord 2017; 19(7): 524-43.
- [9] Miklowitz DJ. A Review of Evidence-Based Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. J Clin Psychiatry 2006; 67(Suppl 11): 28-33.
- [10] Disorder: Current State of The Research. J Affect Disord 2016; 201: 203-14.
- [11] Mizziou S, Tsitsipa E, Moysidou S, Karavelas V, Dimelis D, Polyzoidou V, et al. Psychosocial Treatment and Interventions for Bipolar Disorder: A Systematic Review. Ann Gen Psychiatry 2015; 14: 19. 20-Goldstein TR, Fersch-Podrat RK, Rivera M, Axelson
- [12] DA, Merranko J, Yu H, et al. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Results from a Pilot Randomized Trial. J Child Adolesc Psychopharmacol 2015; 25(2): 140-9. 21-Goldstein TR, Fersch-Podrat R, Axelson DA, Gilbert
- [13] A, Hlastala SA, Birmaher B, et al. Early Intervention for Adolescents at High Risk for the Development of Bipolar Disorder: Pilot Study of Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT). Psychotherapy (Chic) 2014; 51(1): 180-9.
- [14] Miklowitz DJ, Schneck CD, Singh MK, Taylor DO, George EL, Cosgrove VE, et al. Early Intervention for Symptomatic Youth at Risk for Bipolar Disorder: A Randomized Trial of Family-Focused Therapy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013; 52(2): 121-31.
- [15] Lolich M, Vázquez GH, Alvarez LM, Tamayo JM. Psychosocial Interventions in Bipolar Disorder: A Review. Actas Esp Psiquiatr 2012; 40(2): 84-92.
- [16] Miklowitz DJ, Chang KD, Taylor DO, George EL, Singh MK, Schneck CD, et al. Early Psychosocial Intervention for Youth at Risk for Bipolar I Or II Disorder: A One-Year Treatment Development Trial. Bipolar Disord 2011; 13(1): 67-75.
- [17] Crowe M, Whitehead L, Wilson L, Carlyle D, O'Brien A, Inder M, et al. Disorder-Specific Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder—A.