

اختلالات خلقی

اختلالات خلقی گروه وسیعی از اختلالاتی را شامل می شوند که خلق مرضی (پاتولوژیک) و آشفتگی های مرتبط با آن، نمای بالینی غالب آنها را تشکیل می دهد. در بیمارانی که خلق بالایی دارند (یعنی درمانی)، گشاده خویی، پرش افکار، کاهش خواب، افزایش اعتماد به نفس و افکار خود بزرگ بینانه دیده می شود. در بیمارانی که خلق افسرده ای دارند، از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، دشوار شدن تمرکز، از دست دادن اشتها و افکار مرگ یا خودکشی وجود دارد. دیگر نشانه ها و علائم اختلالات خلقی عبارت است از تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم و کارکردهای نباتی (از قبیل خواب، فعالیت جنسی و سایر نظمهای زیستی). این تغییرات تقریباً همیشه موجب مختل شدن کارکردهای بین فردی، اجتماعی و شغلی بیمار می شود. اختلالات عمده در این گروه عبارتند از: اختلال افسردگی عمده (ماژور)، اختلال خلقی دوقطبی، اختلال خلقی با سیکل های سریع، افسردگی های فصلی، اختلال ویس تایمیک (کج خلقی)، اختلال سیکلوتایمیک (خلق دوره ای).

اختلال دوقطبی I و II

اختلال دوقطبی I عبارت است از داشتن حداقل یک یا چند حمله مانی به تنهایی یا همراه با حملات افسردگی ماژور یا بروز حملات مختلط در سیر بالینی بیماری. اگر نخستین حمله فردی که مبتلا به اختلال دوقطبی I است از نوع افسردگی باشد، بیماری وی قابل افتراق از اختلال افسردگی ماژور نمی باشد. قبلاً به جای اختلال دوقطبی I از اصطلاح دوقطبی استفاده می شد. اختلال دوقطبی II عبارت است از وجود یا سابقه حداقل یک حمله افسردگی ماژور و یک حمله هیپومانیک. در اختلال دو قطبی II در سابقه بیمار هرگز حمله مانی وجود نداشته است. حمله مانی با خلق غیر طبیعی و مداوم سرخوش، گسترده یا تحریک پذیری که حداقل یک هفته طول کشیده باشد، مشخص می شود. (در صورتی که بستری کردن بیمار ضرورت پیدا کند، مدت این دوره می تواند کمتر از یک هفته هم باشد). طی این دوره حداقل می بایست ۳ مورد از علائم ذیل بطور چشمگیر و مداوم وجود داشته باشد.

۱- اعتماد به نفس بیش از حد یا خود بزرگ بینی

۲- کاهش نیاز به خواب

۳- خرافاتی بیش از معمول یا احساس فشار در صورت صحبت نکردن

۴- پرش افکار

۵- حواس پرتی (توجه فرد فوراً به محرک های بیرونی بی اهمیت یا بی ارتباط با او جلب شود)

۶- افزایش فعالیت های هدفمند (اعم از فعالیت های اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا جنسی)

۷- پرداختن بیش از حد به امور لذت بخشی که به احتمال خیلی زیاد عواقب ناراحت کننده ای دارند (مانند ولخرجی های بی حد و حساب، بی ملاحظگی های جنسی یا سرمایه گذاری های احمقانه).

(1)

در این بیماران به هم ریختگی خلق به قدری شدید است که کارکردهای شغلی یا فعالیت های معمول اجتماعی یا روابط فرد با دیگران به وضوح مختل شده است. در بسیاری موارد برای ممانعت از صدمه رساندن فرد به خود یا دیگران، بستری کردن بیمار ضرورت می یابد.

در حملات هیپومانی، دوره حمله ۴ روز کامل است که در طی این مدت خلق بطور مداوم بالا، گسترده یا تحریک پذیر است. این دوره باید با زمانی که خلق به طور معمول غیرافسرده است، تفاوتی آشکار داشته باشد. همچنین در حملات هیپومانی برخلاف حملات مانی، در کارکردهای اجتماعی یا شغلی فرد اختلال واضحی ایجاد نمی گردد، به طوری که هیچگاه بستری کردن بیمار ضرورت ندارد.

اختلال دوقطبی I در مردان و زنان شیوع یکسانی دارد. سن شروع آن از کودکی (حتی ۵ تا ۶ سالگی) تا ۵۰ سالگی است و حتی در موارد نادری در سنین بالاتر نیز دیده می شود. سن متوسط بروز این اختلال ۳۰ سالگی است و در گروه های اجتماعی- اقتصادی بالاتر، بیشتر از متوسط جامعه، شیوع دارد. اگر یکی از والدین به اختلال دوقطبی I مبتلا باشد، ۲۵٪ احتمال دارد که هر کدام از فرزندان به یکی از اختلالات خلقی دچار گردند. اگر هر دو والد اختلال دوقطبی داشته باشند، این احتمال به ۵۰ تا ۷۵٪ می رسد.

روشهای درمان بیماری

دارو درمانی

لیتیوم، دی والپروئیکس و اولانزاپین، داروهای استاندارد برای درمان مرحله مانیک اختلال دوقطبی به شمار می روند ولی کاربامازپین نیز داروی تثبیت شده و خوبی برای این منظور است.

اختلال افسردگی ماژور (عمده)

افسردگی ماژور طیف وسیعی از اختلالات گوناگون را دربرمی گیرد که تنها تشابه و نکته مشترک آنها خلق افسرده است.

حمله افسردگی ماژور حداقل باید دو هفته طول بکشد و دست کم چهار علامت از علائم تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت ها، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم گیری، افکار عود کننده مرگ یا خودکشی را به همراه لاقط یکی از دو علامت خلق افسرده یا کاهش علائق و لذت، داشته باشد.

خلق افسرده و بی علاقهگی یا بی لذتی علائم کلیدی افسردگی است. بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، نومیدی، غمگینی یا بی ارزشی می کند. این بیماران اغلب کیفیتی غیرقابل وصف، اما مشخص برای حالت مرضی خود قایل اند. بیماران اغلب علائم افسردگی را نوعی درد مشقت بار روحی توصیف می کنند. گاه از اینکه نمی توانند گریه کنند، شکایت می کنند.

(2)

حدود ۲/۳ این بیماران به فکر خودکشی می افتند. ۱۰ الی ۱۵٪ آنان دست به خودکشی می زنند. درعین حال برخی بیماران از افسردگی خود خبر ندارند ولو اینکه از خانواده، دوستان و فعالیت هایی که سابقاً مورد علاقه شان بود، کناره گرفته باشند. تقریباً همه بیماران افسرده

(۹۷٪) از کاهش انرژی که موجب اختلال در انجام وظایفشان مانند شغل، تحصیل و .. می شود، شکایت دارند. حدود ۸۰٪ بیماران از اشکال در خواب، بویژه سحرخیزی (بی خوابی انتهایی)، بیدار شدن های مکرر در طول شب که طی آن دایم به مشکلات خود فکر می کنند، شکایتی هستند.

بسیاری از بیماران دچار کاهش اشتها و وزن می شوند اما برخی افزایش اشتها و وزن و افزایش خواب پیدا می کنند.

غیرطبیعی بودن قاعدگی و کاهش علاقه و عملکرد جنسی از دیگر علایم افسردگی است. حدود ۵۰٪ بیماران می گویند که علایمشان در طول روز تغییر می کند. طوری که شدت آن در صبح بیشتر و هرچه رو به غروب می روند، کمتر می شود. علایم شناختی افسردگی عبارت است از: احساس ذهنی ضعیف تمرکز و مختل شدن تفکر.

افسردگی در کودکان و نوجوانان ممکن است بصورت هراس از مدرسه و چسبیدن بیش از حد به والدین بروز کند.

تقریباً در سراسر جهان شیوع اختلال افسردگی مازور در زنان ۲ برابر مردان است. متوسط سن شروع اختلال افسردگی مازور حدود ۴۰ سالگی است و در حدود ۵۰٪ از کل این افراد بیماریشان در سنین ۲۰ تا ۲۵ سالگی شروع می شود.

روشهای درمان بیماری

روان درمانی

روان درمانی صرفنظر از نوع و شدت افسردگی، راه اساسی در درمان افسردگی است. از جمله روش های روان درمانی؛ روش های روان پویایی، شناختی- رفتاری، بین فردی و خانواده درمانی می باشند.