

اختلال دوقطبی

تألیف

لکشمی یاتم

جین مالهی

ترجمه

دکتر سیدعلی فخرایی

روان‌پزشک



کتاب ارجمند

سرشناسه: پاتهام، لکشمی ان،، Yatham, Lakshmi N
 عنوان و نام پدیدآور: اختلال دوقطبی / نویسنده
 لکشمی یاتم، جین مالهی؛
 مترجم سیدعلی فخرایی.
 مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۱.
 مشخصات ظاهری: ۹۶ ص، قطع: رقیعی
 شابک: ۶-۲۰۰-۲۰۰-۶۰۰-۹۷۸
 یادداشت: عنوان اصلی:
 Bipolar disorder, 2011
 موضوع: روان‌پریشی شدیدایی، داروشناسی روانی
 عصبی، افسردگی، روان‌پریشی
 شیدایی -- درمان
 شناسه افزوده: مالهی، گین اس. Malhi, Gin S.
 فخرایی، علی، مترجم
 رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ ۳ الف ۵۱۷ RC
 رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۵
 شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۵۹۶۷۶

لکشمی یاتم، جین مالهی
اختلال دوقطبی
 مترجم: دکتر سیدعلی فخرایی
 فروست: ۷۰۶
 ناشر: کتاب ارجمند به همراه انتشارات ارجمند
 صفحه‌آرایی: آیدا روستا
 مدیر هنری: احسان ارجمند
 ناظر چاپ: سعید خانکشلو
 چاپ: سامان، صحافی: روشنگر
 چاپ دوم، شهریور ۱۳۹۴، ۱۱۰۰ نسخه
 شابک: ۶-۲۰۰-۲۰۰-۶۰۰-۹۷۸
 این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

www.arjmandpub.com

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن: ۸۸۹۸۲۰۴۰
 شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶
 شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۳۲۸۷۶
 شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۲۷۷۶۴
 شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱-۸۰۲۰۰۹۰
 شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۸۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۱۰۰۰۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:
 ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک
 ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک
 ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

فهرست

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

فصل ۷: راهنمای درمانی برای مدیریت درمان اختلال دوقطبی..... ۶۲

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

فصل ۸: گروه‌های خاص..... ۷۸

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

فصل ۹: منابعی برای بیمار..... ۹۰

- 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 خودیاری، انجمن‌های مصرف‌کنندگان (consumer)، و نقش نهادهای دولتی.....
- ۹۴ ۹-۴ مداخلات اینترنتی و منابع.....

اختلال دو قطبی بیماری شایعی است که اشکال بالینی متفاوتی دارد و سبب ازکارافتادگی و مرگ و میر قابل توجهی می‌شود. پس جای تعجب نیست که به‌خصوص در دو دهه گذشته انبوهی 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 دو قطبی 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 دو قطبی 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 دو قطبی مهیا می‌کند اهمیت زیادی دارد. فصل مربوط به مسائل عصب-زیست‌شناختی عمداً 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 روان‌شناختی بر مبنای آخرین اطلاعات موجود در زمان نگارش کتاب تهیه شده درعین 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 دو قطبی است، درمان‌های روان‌شناختی کمکی می‌توانند برای بهبودی کارایی و عاقبت بیماری مفید باشند.

در آخر، بهترین درمان اختلال دو قطبی توسط یک تیم درمانی که راهکردهای دارویی و روان‌شناختی را با هم به‌کار 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 علائم و پیشگیری تأکید دارد.

اختلال خلقی مورد تازه‌ای نیست و در نوشته‌های ایران باستان و یونان قدیم توصیفاتی از تغییرات خلقی وجود دارد. آرتیوس پزشک رومی [Aretaeus of Cappadocia] حدود ۲۰۰۰ سال قبل تشخیص داده بود که افسردگی و مانیا هر دو، در اصل جزیی از یک بیماری انسانی هستند. دست نوشته‌های اولیه 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، به‌صورتی 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 اولیه تأثیر کمی روی تفکرات بعدی داشت. در واقع تا قرن ۱۹ یعنی تا زمانی که ژان پیر فالرت (۱۷۹۴-۱۸۷۰) jean pierre falret و ژولی

بیلارگر (۱۸۹۰-۱۸۰۹) Jules Baillarger جداگانه متذکر 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 را تحت یک نام جدید جنون افسردگی مانیا نامید. جالب اینکه کرپلین بر مبنای کارهای ایوالدهکر ewald hecker و کارل لودویگ کالبوم Karl Ludwig kahlbaum بعدها 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 روان‌پزشکان و پزشکان علاقه‌مند به بیماری‌های روانی ویزیت می‌شدند افراد بد حالی بودند که ساکن آسایشگاه‌ها بودند، بیشتر آن‌ها علائم روان‌پریشی راهمراه افسردگی و مانیا داشتند و اغلب گزارشات اولیه به صورت اختصاصی بیماران را بر اساس تغییرات خلق دسته‌بندی نکرده بودند، به‌علاوه 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 قایل شد که اهمیت بالینی زیادی هم دارد مربوط به فرجام این بیماری‌ها است، به این معنی که او اسکیزوفرنی را بیماری‌ای با نتیجه‌ای همیشه ناخوشایند، سیر پیشرونده، کاهش کارایی بیمار و علائم 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 برعکس با عقب ماندگی ذهنی آمیختگی گنگی دارد.

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

به غیر از خود فرد، تأثیر بیماری بر فامیل و دوستان وی نیز اهمیت دارد لذا در نگاه کل‌نگر این اختلال رنج و عذاب زیادی را برای فرد مبتلا و جامعه ایجاد می‌کند، افراد مبتلا به اختلال دو قطبی اغلب این بار اضافه تحمیل شده بر دوستان و جامعه را با یک حس گناه و شرم تحمل می‌کنند. لذا تأکید مشتاقانه درمان‌ها نه تنها بر بهبودی طولانی‌تر 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 تعجیبی 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:Kraepelin,s ghost. Psychotherapy and psychosomatics 76.65.
- Kraepelin E (1921) Manic –depressive insanity and paranoia .Edinburgh:E&S Livingstone
- Monodimore FM (2005) kraepelin 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 سوءمصرف مواد و الکل و سایر اختلالات روان‌پزشکی در اختلال دوقطبی امری شایع است.
- برای یک تشخیص دقیق و قابل اعتماد اختلال دوقطبی شرح حال کامل، غربالگری داروهای مصرفی و معاینه فیزیکی لازم است.

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 افتراق در بین حملات افسردگی، آن‌را از بیماری افسردگی یک قطبی عمده مشخص می‌سازد و این اوج‌ها معمولاً به صورت پراکنده در بین حملات افسردگی که پایین (فقر) نامیده می‌شوند رخ می‌دهند. از نظر تشخیصی، بر مبنای مدت 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 گذر زمان تقسیم‌بندی اختلالات دو

قطبی گسترده تر شده تا بتواند زیر گروه‌های اضافه تری را که به طور روزافزون به عنوان طیف اختلالات دو قطبی در نظر گرفته می‌شوند، در بر گیرد. علیرغم اینکه زیرگروه‌های زیادی برای این بیماری در نظر گرفته شده، اختلال دو قطبی ۱ و دو قطبی ۲ همان‌طور که در DSM-IV آمده مهم‌ترین و شایع‌ترین آن‌ها می‌باشند. (نمودار ۱-۲)

جدول ۱-۲ علایم و نشانه‌های اختلال دو قطبی		
علایم/نشانه‌ها	مانیا	افسردگی دو قطبی
چهره و ظاهر فرد	عجیب، آرایش تند و لباس‌های رنگین	بی‌علاقه به ظاهر، آرایش و بهداشت خود
خلق	شادی طولانی، سرخوشی، خوش بینی بیش از اندازه و بی‌خیالی، افزایش تحریک‌پذیری	احساس غمگینی، افکار خودکشی
تکلم	سریع و بلند حرف می‌زند و قطع سخنان وی مشکل است	تکلم آهسته، تک سیلابی و یکنواخت
فعالیت	پذیرش رفتارهای خطرناک، تکانشی، افزایش فعالیت روانی - حرکتی (بی‌قراری)	اشکال در شروع به کار، کاهش علاقه به سرگرمی‌ها، کاهش فعالیت روانی - حرکتی
خواب	کاهش نیاز به خواب	سحرخیزی، بی‌خوابی یا پر خوابی با چرت‌های روزانه
شناخت	اشکال در استنتاج و برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری، حواس پرتی	کاهش تمرکز و حافظه
تفکر/درک از خود	اعتماد به نفس بالا، افکار بزرگ منشی	کاهش اعتماد به نفس، احساس گناه و بی‌ارزشی، احساس درماندگی و افکار بدبینانه

۱-۱-۲ علایم و نشانه‌ها

۱-۱-۱-۲ حمله مانیا

اختلال دو قطبی با حمله مانیا مشخص می‌شود و معمولاً حمله مانیا با تغییر واضح وضعیت روانی فرد در طی یک دوره مشخص خلق بالا، سرخوش،

گسترده و یا تحریک‌پذیر به راحتی قابل شناسایی است. (نگاه کنید به مربع ۲-۱). به علاوه افزایش قابل توجه انرژی، کاهش نیاز به خواب و تمایل زیاد برای شرکت در رفتارهای پرخطر نکات قابل توجه دیگر می‌باشند. غالباً توجه بیمار محدود شده و حواس پرت به نظر می‌رسد.

مربع ۱-۲ مشخصه‌های تشخیصی مانیا براساس DSM-IV

۱. یک دوره مجزا و مشخص حالت خلقی مداوم غیرعادی بالا، گسترده یا تحریک‌پذیر که حداقل یک هفته تداوم دارد. (یا هر مدتی که بستری بیمارستانی نیاز است)
۲. در طی این دوره اختلال خلقی سه یا تعداد بیشتری از علائم زیر وجود داشته باشند (اگر خلق فقط تحریک‌پذیر است چهارتا) و از شدت قابل توجهی برخوردار باشند.
 - اعتماد به نفس بالا یا بزرگ منشی
 - کاهش نیاز به خواب (مثلاً با ۳ ساعت خواب احساس رضایت می‌کند)
 - پر حرفی بیش از حد معمول و احساس فشار برای تکلم و دشواری توقف آن
 - پرش افکار و یک تجربه ذهنی مبنی بر اینکه افکارشان در حال سبقت از یکدیگرند.
 - حواس‌پرتی (توجه به راحتی به یک موضوع ناچیز و نامربوط معطوف می‌شود)
 - افزایش فعالیت‌های هدفمند (مثل فعالیت‌های کاری، جنسی، اجتماعی و تحصیلی) یا تشویش روانی-حرکتی
 - انجام زیاده از حد فعالیت‌های لذت‌بخش که می‌توانند تبعات بالقوه ناخوشایند بدنال داشته باشند (مثل خریدهای نامعقول، سرمایه‌گذاری‌های احمقانه و فعالیت جنسی غیراخلاقی)
۳. علائم مشخصه‌های تشخیصی یک حمله مخلوط خلقی را برآورده نمی‌کنند.
۴. این اختلال خلقی آنقدر شدید است که در کارایی شغلی-اجتماعی فرد یا ارتباطات بین فردی وی اشکالات جدی ایجاد می‌کند یا برای جلوگیری از صدمه به خود و دیگران نیاز به بستری بیمارستانی است یا علائم روان‌پریشی وجود دارد.
۵. علائم به دلیل اثرات فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (دارو، ماده روانگردان، یا سایر درمان‌ها) یا ناشی از یک بیماری طبی نیست (مثل کم کاری تیروئید)

مبتلایان ذکر می‌کنند که افکار زیادی از ذهنشان به سرعت در حال گذر می‌باشند و تظاهر بالینی آن‌را ما به صورت تکلم سریع و از این شاخه به آن شاخه پریدن می‌بینیم به حدی که قطع سخنان آن‌ها برای پزشک مشکل می‌نماید. قضاوت بیماران در طی دوره مانیا اغلب مختل بوده و می‌تواند منتج به انجام اعمال خطرناک و بی‌ملاحظه‌ای مثل ولخرجی زیاد، رفتارهای جنسی

نامناسب اجتماعی، پذیرش اعمال پر خطر بی‌مورد و صدمه به خود بشود. به‌علاوه به‌دلیل ابتلا به مانیا بسیاری از بیماران گرفتار سوء‌مصرف مواد و به‌خصوص الکل می‌شوند که خود منجر به بروز رفتارهای خشن و بدون کنترل از سوی آنان خواهد شد. بسیاری از مبتلایان اعتماد به نفس بالا، احساس خاص بودن و بزرگ‌منشی پیدا می‌کنند و می‌توانند عقاید هذیانی داشته باشند در نهایت وقتی مانیا شدید است به‌جنون تبدیل می‌شود.

۲-۱-۱-۲ هیپومانیا

این کلمه برای توصیف حالات خفیف‌تر از مانیا و وقتی که فقط بعضی از علائم مانیا بروز می‌کند استفاده می‌شود، به‌علاوه اینکه بیمار توهم و هذیان ندارد (روان‌پریش نیست). معمولاً کارایی فرد دستخوش تغییر زیادی نمی‌شود و فرد کارکرد نسبی خود را حفظ می‌کند و برای درمان به‌ندرت نیاز به بستری خواهد بود. در عمل تشخیص هیپومانیا ساده نیست چرا که اکثر بیماران به دلیل جزیبی و خفیف بودن علائم به آن‌ها توجه ندارند و گزارش نمی‌کنند، جای تعجب نیست که بیماران مبتلا به هیپومانیا به‌ندرت برای درمان مراجعه نمایند. به هر حال باید توجه داشت که هیپومانیا می‌تواند مقدمه و زمینه‌ساز مانیا باشد و از این جهت و از جهت اینکه وجود آن تشخیص افسردگی عمده را به اختلال دوقطبی تغییر می‌دهد اهمیت دارد.

۲-۱-۱-۳ حمله افسردگی دوقطبی

در افسردگی دوقطبی فرد مبتلا تغییری در کیفیت خلقش را تجربه می‌کند که منجر به احساس ناامیدی، غم و خود سرزنش کردن می‌گردد که گاهی با اضطراب و خشم همراه است. این علائم معمولاً به موازات کاهش انرژی فرد و احساس خستگی، بی‌انگیزگی و یک حس بی‌علاقگی به انجام کارهایی که قبلاً برای فرد لذت‌بخش بوده (anhedonia) می‌باشد. اختلال خواب و اشتها، اشکال در تمرکز همراه با نداشتن برنامه و عدم احساس صمیمیت سایر علائمی است که ممکن است وجود داشته باشد و در موارد شدیدتر افکار خودکشی و علائم روان‌پریشی مثل توهم و هذیان بارز است.

احتمال خطر خودکشی در بیماران افسرده دوقطبی بالاست، معمولاً مشخصه‌های ملانکولیک به‌خصوص کندی روانی-حرکتی و علائم آتیپیک مثل پرخوابی در بیماران افسرده دوقطبی از افسردگان عمده تک قطبی بالاتر است. مشخصه‌های تشخیصی حملات افسردگی دو قطبی در مجموع تفاوتی با افسردگی عمده یک قطبی ندارند (مربع ۲-۲). تشخیص افسردگی دوقطبی احتیاج به وجود حداقل ۵ علامت کلیدی از علائم افسردگی برای مدت حداقل ۲ هفته را دارد، ولی باید توجه داشت که نیم‌رخ علائم در افراد مختلف می‌تواند کاملاً متفاوت باشد.

۴-۱-۱-۲ حملات خلقی مخلوط (حالات مخلوط)

تشخیص حالات مخلوط حتی از هیپومانیا هم مشکل‌تر است، ولی با توجه به شیوع بالای این حملات و دیسترس و ناتوانی حاصله، اهمیت تشخیصی آن‌ها کم نیست. حالات مخلوط در واقع دوره‌های اختلال خلقی هستند که حداقل یک هفته طول می‌کشند و در طی این مدت علائم افسردگی و مانیا باهم همزمان وجود دارند. این بیماران معمولاً دچار کج خلقی، تحریک‌پذیری، اضطراب فزاینده و تشویش، به‌اضافه سایر علائم معمول مانیا و افسردگی هستند. زیرگروه‌های حالات مخلوط شناسایی و توصیف شده‌اند، مانیای دیسفوریک (کج خلق)، مانیای مخلوط یا افسردگی مخلوط تعاریف مختلفی هستند که نشان‌دهنده برتری یک قطب بیماری به قطب دیگر آن می‌باشند. در کار بالینی این تقسیم‌بندی‌های جزئی کاربرد محدودی دارند و تغییر خاصی در درمان ایجاد نمی‌کنند. (کاربرد پژوهشی)

۲-۱-۲ تشخیص بالینی

دو سیستم اصلی تقسیم‌بندی بیماری‌های عصبی-روانی که در کار بالینی و تحقیقی بکار می‌روند DSM-IV و ICD-10 می‌باشند، اولی مقبول‌تر بوده و بیشتر بکار می‌رود. لذا برای سادگی کار در این کتاب ما فقط به DSM-IV اشاره می‌کنیم. تقسیم‌بندی اختلال دوقطبی بر مبنای DSM-IV در نمودار ۲-۱ نشان داده شده است.

اختلال دوقطبی با کمک مصاحبه بالینی و معاینه که برای یافتن

مشخصه‌های تشخیصی DSM-IV باشد و یا با استفاده از مصاحبه‌های زیر گروه‌های ساختاریافته برای تشخیص بیماری بر اساس مشخصه‌های DSM-IV (SCID) قابل تشخیص هستند.

مربع ۲-۲ مشخصه‌های تشخیصی افسردگی بر اساس DSM-IV

پنج (یا بیشتر) از علایم زیر در یک مدت دوهفته‌ای که همراه تغییر بارز کارکرد قبلی فرد است، و طی آن حداقل یکی از دو علامت ۱- خلق افسرده یا ۲- فقدان لذت و علاقه نیز وجود دارد. توجه کنید: شامل علایمی که مشخصاً ناشی از یک بیماری طبی است یا هذیان و توهم‌هایی که ناهماهنگ با خلق هستند نمی‌شوند.

- خلق افسرده در بیشتر روز و تقریباً هر روز، که یا با گزارش خود فرد (مثلاً احساس پوچی یا غمگینی) یا با مشاهده دیگران (مثل چهره گریان و غمگین) مشخص است. توجه کنید: در اطفال می‌تواند خلق تحریک‌پذیر باشد.
- کاهش بارز علایق و لذت در تمام، یا نزدیک به تمام فعالیت‌های روزمره در نزدیک به تمام روزها (که با بیان خود فرد یا با مشاهده دیگران مشخص می‌شود)
- کاهش وزن بارز وقتی که رژیم غذایی نگرفته‌اند یا افزایش وزن (مثلاً تغییر بیش از ۵٪ وزن بدن در یک‌ماه)، یا کاهش یا اضافه شدن اشتها در اکثریت روزها، در بچه‌ها عدم افزایش وزن مورد انتظار مدنظر باشد
- کم خوابی یا پر خوابی روزمره
- تشویش یا کندی روانی-حرکتی در اغلب روزها، (توسط دیگران مشاهده می‌شود نه فقط خود فرد گزارش کند یا بی‌قراری یا کند بودن بارز)
- خستگی و فقدان انرژی در اکثر روزها
- احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه بیش از اندازه و بی‌تناسب (که ممکن است هذیانی باشد) در تمام روزها (این احساس گناه و خود سرزنشی فقط مربوط به بیمار بودن نیست)
- کاهش قدرت تفکر و تمرکز، یا عدم قدرت تصمیم‌گیری در نزدیک به تمام روزها (با گزارش خود فرد یا مشاهده دیگران)
- افکار راجعه در مورد مرگ (نه فقط ترس از مرگ)، افکار راجعه در مورد خودکشی بدون برنامه خاصی برای آن، یا اقدام به خودکشی یا برنامه‌ریزی برای اقدام به خودکشی

✓ توجه کنید: علایم هیچگاه مشخصه‌های حمله مخلوط را کامل نمی‌کنند، سبب دیسترس بالینی قابل توجه یا اختلال بارز در کارکرد فردی، اجتماعی و شغلی فرد می‌شوند، به‌دلیل اثرات مستقیم فیزیولوژیک یک ماده یا بیماری طب عمومی نبوده و با سوگ بهتر توجیه نمی‌شود.