

شناخت‌درمانی مبتنی بر تصویرسازی
برای اختلال دوقطبی و ناپایداری خلق

فهرست مطالب

.....	سپاسگزاری	۷
.....	آغاز سخن	۹
.....	مقدمه	۱۲
.....	بخش اول: مقدمه	۱۵
.....	فصل ۱ مقدمه‌ای بر اختلال دوقطبی	۱۶
.....	فصل ۲ مقدمه‌ای بر تصویرسازی ذهنی و توسعه برنامه روان‌شناسی خلق-عمل	۲۸
.....	بخش دوم: اصول کلی و تکنیک‌های پایه	۴۱
.....	فصل ۳ اخلاق درمانی برنامه روان‌شناسی خلق-عمل	۴۲
.....	فصل ۴ بازیابی خلق، مدیریت «بیپ» و مهربان بودن با خود	۵۷
.....	فصل ۵ غلبه بر موانع درمان	۷۵
.....	بخش سوم: سنجش و درمان	۸۵
.....	فصل ۶ سنجش در برنامه روان‌شناسی خلق-عمل	۸۶
.....	فصل ۷ فرمول‌بندی خرد از یک تصویر ذهنی خاص و آموزش روانی به درمانجویان	۱۰۴
.....	فصل ۸ تکنیک‌های فراشناختی برای کاهش قدرت تصویر	۱۲۹
.....	فصل ۹ تکنیک‌های بازنویسی تصویرسازی	۱۴۰
.....	فصل ۱۰ تقویت تصویرسازی مثبت	۱۶۳
.....	فصل ۱۱ معرفی تکالیف تصویرسازی رقابتی	۱۸۲
.....	فصل ۱۲ جلسه‌های تحکیم	۱۹۳
.....	فصل ۱۳ جمع‌بندی	۲۰۳
.....	پایان سخن	۲۰۵
.....	پیوست‌ها	۲۰۷
.....	منابع	۲۳۱
.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۲۳۸
.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۲۴۲
.....	درباره نویسندگان	۲۴۶

به یاد آن ها کمن

به سان کاشف، یاری مان کردی تصاویری را که مکرر به ذهن می آیند، کشف کنیم،
به سان جادوگر، کمک مان کردی ماهیت آنها را تغییر دهیم و با روش های اعجاب انگیز و ظریفی آنها
را محو کنیم،

روش هایی را خلق کردی تا به تصاویر آرامش بخشیم و معنا را در آنها بیابیم،
تو علائم را در امتداد جاده های بنا نهادی که مملو از ژولیدگی های جالب و گاه و بی گاه است،
بهترین مسیر برای سفر.

سپاسگزاری

افراد زیادی هستند که می‌خواهیم به خاطر سهم مهم و ارزشمندشان در نگارش کتاب حاضر از آنها قدردانی کنیم:

- گروه برنامه‌روان‌شناسی خلق‌عمل (MAPP)، از جمله هیتلر میشل، سیمون بلکویل، لالیتا یادوری، ایلا جیمز، یان کلارک، هلن کلوز، آنا بیوان، راشل مانسر، بیتا گودلیوسکا، سوفی والاس هادريل، آیشا مالیک، کریگ استیل، فریتز رینر، آکس لاو ژو، جولی جی، پیتر واتسون و مایک بونسل و مشاور CBT کریس فیبرن.
- همکاران ما در گروه روان‌پزشکی دانشگاه آکسفورد و اتحادیه بنیاد خدمات سلامت ملی (NHS) سلامت آکسفورد، به‌خصوص گای گودوین (به بخش پایان سخن در انتهای کتاب مراجعه کنید) و جان گیدس و همچنین ماری-جان آتنبرو، آندریا سپیریانی، دیگبی کوستند و وال پائولی.
- همکاران ما در اتحادیه بنیاد NHS در کمبریج‌شر و پیتربورو (CPFT) در کمبریج، از جمله راجینی رامانا، فیونا ماک، نیکولت کاباکس، نیمالی کاناکاهیاوا، نیل هانت و لئونورا بروسان.
- گیتا یاکوب به خاطر مشورت‌هایش در ارتباط با کار با *صندلی*.
- افرادی که نظرات پرمهری در ارتباط با پیش‌نویس این راهنما ارائه کردند: سید دیکسون، فیل لوری، فران برادی، یام اکبر، عادل استیونز، میلای وان، زو چیسل و آنتونیا ریکاردی.
- روان‌شناسان بالینی که الهام‌بخش ما بوده‌اند و مباحثی را مطرح کردند، از جمله آن هاکمن، آرنود آرتنز، گیلیان باتلر، هلن کنرلی، میلانی فنل، کریگ استیل، دבורا لی، خاج روف، دیوید کانگ، آندری اشتاینر بیورنسون، پیت مک ایوی، جیمز بنت-لوی و ایرین اوستریش.
- سایر پژوهشگران علوم روانی که با گروه ما برای بررسی تصویرسازی همکاری کردند، از جمله چانتال برنا، استیفانی بارنت هیز، موریل هاگنارز، آنتی هارش، آنابل ایوینز، ماری کانستروپ، هنریک کسلر، اولیویا کواکا، تامارا لنگ، کلارا لوری، سوسی مورفی، سایین نیلز، راجر ان جی، آرنود پیکتت، ویکتوریا پایل، کیت پورکرت، کریستین اسلوفسترا، کلاری راسبورن، هانا استراتفورد، رینی ویسر، آیشیا ویلیامز و مارسلا وود.
- جیم ناگوتی در انتشارات گیلفورد برای ویراستاری فوق‌العاده و حمایت‌هایش.

- از ایلا جیمز به خاطر کمک‌های ارزشمندش در تهیه و تدوین این کتاب تشکر ویژه و فراوانی می‌کنیم.
- از مؤسسه ولکام تراست جهت فلوشیپ بالینی به شماره WT088217 به امیلی هولمز با عنوان، رویکردی روانی به شناخت و درمان اختلال دوقطبی: بررسی مکانیسم‌های شناختی نوین، تشکر می‌کنیم.
- قدردان خانواده‌هایمان شامل نالا و دیوید؛ کریستینا و برنارد؛ داگمار و اوسکار؛ لیندا و تونی، فرانکی، جاس، آسترید، اوی و خوزه؛ و کریگ، آلن، فیل و کورماک هستیم.
- در پایان از درمانجویان خودمان در برنامه روان‌شناسی خلق‌عمل (MAPP) که در دست‌یابی به آنچه پیش روی ماست نقش بسزایی داشتند تشکر ویژه‌ای می‌کنیم.

آغاز سخن

کتاب حاضر بسیار جالب و مفید است. این کتاب متخصصان و درمانجویان را با مجموعه‌ای از تکنیک‌های جدید آشنا می‌سازد که احتمالاً تفاوت‌های بزرگی در درمان اختلال دوقطبی (BD) رقم خواهند زد - اختلالی که ممکن است مشکلات متعدد و بسیار غیر قابل‌کنترلی با خود به همراه داشته باشد. در عین حال، کتاب حاضر رویکردی را جهت توسعه روش‌های نوین به‌کارگیری درمان شناختی رفتاری (CBT) نشان می‌دهد که ممکن است کاربردهای بسیار گسترده‌تری داشته باشد.

به‌خوبی می‌دانیم که درمان شناختی رفتاری بر اصول خاصی استوار است که زیربنای برنامه‌های درمانی آن هستند و با ابزارها و تکنیک‌های خاصی مرتبط هستند. این ویژگی‌ها مشخصاً در موفقیت‌های اصلی آن سهیم بوده و ممکن است ارائه این درمان را ساده (حتی آسان) جلوه دهد. بسته‌های درمانی زیادی برای مشکلات خاصی تدوین شده‌اند و متخصصان با پیشینه‌های متفاوت می‌توانند نسبتاً سریع آموزش ببینند. تمامی این ویژگی‌ها درمان شناختی رفتاری را تبدیل به درمانی در دسترس ساخته است. با این حال، این مشخصه‌ها موجب افزایش احتیاط در ارتباط با سودمندی گسترده‌تر آن شده‌اند. یکی از این موارد احتیاط به شیوه نسبتاً سطحی آن برای افراد دارای مشکلات مزمن و پیچیده نسبت داده می‌شود و گفته می‌شود مناسب این مشکلات نیست.

باید بگوییم که اصلاً هم این‌طور نیست. درمان شناختی رفتاری انطباق‌پذیر است و کاربردهای پیچیده‌تر آن که کار مبتنی بر اصول را با رویکرد بسیار فردی شده ترکیب می‌کنند، در حال حاضر ممکن است به‌عده زیادی که مبتلا به مشکلات مزمن و پیچیده هستند کمک کنند.

در این کتاب، نویسندگان بر یک طبقه تشخیصی به‌صورت یک کل تمرکز نمی‌کنند بلکه بر یکی از جنبه‌های آن متمرکز می‌شوند - و اتفاقاً بر جنبه‌ای تمرکز می‌کنند که تا همین اواخر به‌صورت مجزا شناخته نشده بود. نشان داده شده که تصویرسازی «تقویت‌کننده هیجانی» است؛ از این رو، گفته می‌شود که تجربه تصاویر نقش مهمی در تداوم اختلال دوقطبی ایفا می‌کنند، زیرا موجب نوسان شدیدی در خلق، همراه با اعمال قابل‌درک اما غیر سازنده می‌شود. تمرکز نویسندگان در اینجا صرفاً کار بر روی تصاویر، به‌کارگیری مجموعه‌ای از تکنیک‌های کاملاً اختصاصی و متمرکز در ارتباط با آنچه است که به‌عنوان برنامه روان‌شناسی خلق-عمل (MAPP) توصیف می‌شود. این برنامه هم شامل «طرح‌ریزی» فرایندهای دخیل و هم فهم ما درباره این است که چگونه تصاویر (نه فقط تصاویر

دیداری) در نوسان‌های شدید عاطفی و رفتاری سهیم‌اند. توانایی برای شناسایی و درک این فرایندها متأثر از پژوهش‌های عصب‌روانشناسی و تصویرسازی و شواهدی است که نشان می‌دهند شیوه‌های مورد استفاده در اینجا به میزان زیادی موجب افزایش پتانسیل کنترل نوسان‌های خلقی، یا آن‌طور که در کتاب حاضر گفته شده، یعنی «بیپ» می‌شوند. زبان به‌کار رفته در سرتاسر کتاب هم قابل‌فهم و هم ننگ‌زدا است.

شیوه‌های به‌کار گرفته شده در برنامه روان‌شناسی خلق-عمل (MAPP) هم عمومی و هم اختصاصی هستند. شیوه‌های عمومی شامل عناصر سبکی درمان شناختی رفتاری با تأکید ویژه بر کنجکاوی هستند. کنجکاوی منعکس‌کننده علاقه به تجارب و دیدگاه شخصی دیگر و ایجاد تعادل در این است که ما درباره دیگران چیز زیادی نمی‌دانیم مگر اینکه آنها خود به ما بگویند. این نشان‌دهنده تمایل به کاوش، جست‌وجو برای معانی کلیدی و تلاش برای ابداع روش‌های جایگزین در نظر گرفتن امور است - با استفاده از تصویرسازی به‌جای چالش‌های کلامی. در نتیجه تصمیم‌گیری برای شیوه‌های خاص احتمالی، وابسته به استفاده هم درمانجو و هم درمانگر از کنجکاوی خودشان است و سبکی از درمان شناختی رفتاری است که برای این کار به‌طرز تحسین‌برانگیزی مناسب است.

شیوه‌های اختصاصی عمدتاً برگرفته از پژوهش‌های تصویرسازی هستند و این شبکه به شکل گسترده‌ای درآمده که از میان آنها می‌توان به تکنیک‌های فراشناختی، بازسازی تصویرسازی، تکالیف تصویرسازی رقابتی و تصویرسازی مثبت اشاره کرد. بسیاری از شیوه‌های شناخته‌شده در اینجا با هم به‌صورت «جعبه‌ابزار» جدیدی ارائه شده‌اند و هدف کلی آنها تغییر در نحوه‌ای است که تصویر موجب احساس و/یا واکنش‌های درمانجو به آن می‌شود. اصول راهنمای زیربنای برنامه روان‌شناسی خلق-عمل به ما می‌گوید آنچه در یک تصویر ذهنی اتفاق می‌افتد جالب است اما اینکه چگونه موجب احساس یا واکنش می‌شود چیزی است که لازم است ما به‌عنوان درمانگر توجهمان را بر آن متمرکز سازیم. بسیاری از مثال‌های موردی و نظرات شفاهی درمانجویان نشان می‌دهد که وقتی این هدف برآورده می‌شود بروز تصاویر آزارنده کمتر بی‌ثبات‌کننده می‌شوند. دیگر عامل ارزشمندتر - عاملی که به درمانگران کمک می‌کند تا مداخله‌های انتخابی خود را با دقت مدنظر قرار دهند و همین‌طور در صورت نیاز سایر مداخله‌ها را برگزینند - استفاده از «فرمول‌بندی خُرد» است. مجدداً فرمول‌بندی خُرد مبتنی بر اصول برگرفته از پژوهش‌های بنیادی است و هدف آن نشان دادن این است که چگونه جذب شدن به یک تصویر، در فردی خاص، در تداوم مشکل نقش ایفا می‌کند. این ابزار است که عمومی و اختصاصی را در کنار هم قرار می‌دهد.

در نتیجه، شیوه جدیدی که کتاب حاضر در اختیار ما قرار می‌دهد، هرچند بر تصویرسازی تمرکز می‌کند، اما در دل شیوه شناختی قرار دارد. با داشتن درکی از تأثیر دقیق یک رویداد شناختی (یک تصویر) بر خلق و عمل، درمانگر و درمانجو با هم کار می‌کنند تا بتوانند پادزهری دقیق، سازگارانه و مفید بیابند. ترکیبی از دقت و انعطاف‌پذیری برای این کار لازم است و نویسندگان این کتاب به‌عنوان

درمانگر و پژوهشگر دقت و خلاقیت خود را در سرتاسر کتاب نشان می‌دهند. نتیجه نهایی این است که عقاید و نظرات پیچیده‌ای مطرح می‌شوند. انجام این کار مستلزم مهارت‌های عمومی و اختصاصی و همچنین حساسیت است - یعنی به‌کارگیری علم و هنر در کنار هم. زمانی که درمانجویان تصاویر تکراری و آزاردهنده‌ای را گزارش می‌کنند که با خلق و اعمال آنها مرتبط است این کار بست پیشرفته درمان شناختی رفتاری پتانسیل کاهش سایر مشکلات و همچنین اختلال دوقطبی را دارد. این ابزار را می‌توان بدون در نظر گرفتن تشخیص به‌کار گرفت، یا در واقع در بافت مشکلات همبود به‌طور اختصاصی‌تر می‌تواند برای تجارب آسیب‌زا و برخی تظاهرات اضطراب اجتماعی نیز مفید باشد. به لحاظ نظری، هر زمان که تصویرسازی در تداوم مشکل نقش دارد، کاربرد اصول و شیوه‌های موجود در برنامه روان‌شناسی خلق‌عمل (MAPP) می‌تواند تفاوت‌ها را رقم بزند.

دکتر گیلیان باتلر

آکسفورد، انگلستان

مقدمه

این راهنما مطالب جدیدی ارائه می‌کند: راهنمایی مشروح و گام‌به‌گام برای کار با تصویرسازی ذهنی. همه ما چهار نویسنده کتاب حاضر کنجکاوی زیادی درباره تصویرسازی ذهنی در کارهای بالینی داریم. خواه هنگام کار با افراد پس از تجربه آسیب (برای مثال، افرادی که تصاویر مزاحم ناشی از اختلال استرس پس از آسیب یا PTSD را تجربه می‌کنند) یا درمانجویانی که مبتلا به طیف گسترده‌ای از سایر مشکلات سلامت روان هستند. ما نسبت به تأثیر نیرومندی که تصویرسازی بر هیجان‌ها دارد کنجکاوییم. متوجه شدیم که تصویرسازی‌های منفی پریشانی زیادی با خود به همراه دارند. همچنین دریافتیم که بهره گرفتن از تصویرسازی مثبت‌تر می‌تواند روشی سریع برای تسکین و حرکت رو به جلو باشد.

در چند سال گذشته با کار بر روی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی (BD) تحت تأثیر اهمیت تصاویر ذهنی واضح در آنها قرار گرفتیم. پیش‌تر می‌دانستیم که فکر کردن به شکل تصویر نسبت به فکر کردن به صورت کلامی تأثیر نیرومندتری بر هیجان دارد. به‌علاوه، متوجه شدیم که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نسبت به افرادی که دچار افسردگی یک‌قطبی هستند تصاویر ذهنی خودشان را بیشتر جذاب و متقاعدکننده می‌دانند. با کنار هم قرار دادن این دو یافته، شروع به تأمل در این‌باره کردیم که آیا تصاویر ذهنی هیجانی ممکن است به صورت «تقویت‌کننده هیجانی» در اختلال دوقطبی عمل کنند و در نتیجه در ناپایداری خلق سهیم باشند (هولمز، گیدس، کولوم و گودوین، ۲۰۰۸). اگر چنین باشد، پس مداخله‌ای که تصویرسازی ذهنی را آماج قرار دهد ممکن است به بهبود پایداری خلق در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی کمک کند. در نتیجه ما سنجش و مداخله ۱۰ جلسه‌ای مبتنی بر تصویرسازی تدوین کردیم تا به این امر نائل آییم؛ نام این برنامه را برنامه روان‌شناسی خلق-عمل^۱ (MAPP) گذاشتیم.

این کتاب نسخه بسط‌یافته راهنمای درمان است که ما در سری‌های موردی برنامه اصلی روان‌شناسی خلق-عمل به کار گرفتیم. این کتاب برای افرادی که با درمان شناختی-رفتاری (CBT) آشنایی دارند بسیار مفید خواهد بود، هرچند گمان نمی‌کنیم که خوانندگان باید عضوی از حرفه سلامت روان خاصی باشند تا از مزایای این کتاب بهره‌مند شوند. علاوه بر این، گمان نمی‌کنیم که متخصصان باید صرفاً از این راهنما برای کار با افراد مبتلا به اختلال دوقطبی

استفاده کنند. همان‌طور که پیش‌تر گفتیم، ما به ارتباط تصویرسازی در همه مشکلات سلامت روان علاقه‌مندیم؛ به عبارتی دیگر، این راهنمایی فراتشخیصی است. بر این باوریم که این راهنما کاربرد زیادی برای تصاویر ذهنی در هریک از حیطه‌های سلامت روان دارد. تکنیک‌هایی که توصیف می‌کنیم برای سایر مشکلات از قبیل اختلال استرس پس از آسیب، اختلال اضطراب اجتماعی/هراس اجتماعی، آگورافوبیا، اضطراب سلامتی، اختلال وسواسی اجباری، افسردگی، درد مزمن، سوء‌مصرف مواد، روان‌پریشی و غیره نیز به‌کار گرفته شده و تدوین شده‌اند. در واقع، هر چهار نفرمان به‌طور مرتب از این تکنیک‌ها در کار با درمانجویانی که مبتلا به طیف مختلفی از مشکلات بالینی بودند بهره بردیم.

در هر فرمول‌بندی بالینی موردی، رویکرد خط اول درمان باید همیشه با شواهد موجود منطبق باشد. ما تمایل داریم از تکنیک‌های تصویرسازی برای افرادی که ممکن است در یک «قالب مبتنی بر شواهد» استاندار قرار نگیرند استفاده کنیم. این امر ممکن است ناشی از مشکلات همبود، پیچیدگی، یا تصمیم درمانجو و درمانگر در مورد آماج درمان باشد، در نتیجه تصویرسازی ممکن است آنچه را برخلاف این باشد تقویت کند. از آنجا که ما تصویرسازی ذهنی را به‌عنوان مکانیسمی علی در هیجان و رفتار به‌صورت کلی در نظر می‌گیریم، در نتیجه افزودن رویکرد مبتنی بر تصویرسازی به درمان به دنبال جایگزین شدن نیست، بلکه به دنبال کمک به بهبود خزانه‌گزینه‌های درمانی ماست (هولمز و همکاران، ۲۰۱۸).

همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، این راهنمایی گام‌به‌گام است و جزئیات عملی را برای نحوه کار با تصاویر ذهنی توصیف می‌کند. همیشه از حضور در برنامه‌های آموزشی که در آن مربی دقیقاً به ما می‌گوید چگونه کارها را انجام دهیم لذت می‌بریم. در نتیجه هریک از تکنیک‌ها در این راهنما به‌صورت گام‌هایی آسان توصیف می‌شوند. در قسمت پیوست‌ها نیز دست‌نوشته‌هایی ارائه شده‌اند که قابل تکثیر هستند. برای هر جلسه نیز دستور جلسه ارائه می‌کنیم. همچنین نوشته‌هایی جامع و مکتوب داریم، واژه‌هایی را پیشنهاد می‌کنیم که درمانگران می‌توانند هنگام معرفی و به‌کارگیری تکنیک‌ها از آنها استفاده کنند. همچنین بسیاری از نکات مرتبط با عیب‌یابی و رفع مشکلات را بر اساس تجارب بالینی خودمان و همچنین مثال‌های موردی واقعی و نمونه‌هایی از جلسه‌های بالینی ارائه می‌کنیم. این کتاب و تفکر پشت تکنیک‌ها را می‌توان به‌طور مستقیم با درمانجویان در میان گذاشت. درمانجویانی که بنا بر تجربه ما ممکن است از این کار به‌عنوان بخش شفاف و مشارکتی درمان لذت ببرند. امیدواریم هنگامی که شما خوانندگان کتاب حاضر این راهنما را به پایان رساندید برای انجام سنجش و مداخله مبتنی بر تصویرسازی با هر درمانجویی اعتمادبه‌نفس لازم را کسب کرده باشید و نسبت به قدرت و سادگی بالقوه کار با تصویرسازی مشتاق و علاقه‌مند باشید.



تصویر جلد کتاب [زبان اصلی]، یکی از آثار نقاشی کامی کورو است که منظره‌ای در ایتالیا و صحنه‌ای از حومه آرام شهر را نشان می‌دهد. در رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر تصویرسازی که ما توسعه دادیم، درمانجویان اغلب کارت‌پستال‌هایی را به‌عنوان کمک‌های حافظه جهت بخش‌های مهم یادگیری انتخاب می‌کنند. این نقاشی کورو ما را یاد کارت‌پستالی می‌اندازد که یکی از درمانجویان مان آن را انتخاب کرد تا حس جدیدی از هماهنگی و تعادل را برای زندگی با اختلال دوقطبی نشان دهد. این کارت‌پستال به آن زن کمک کرد که به خاطر بسپارد «در حالی که ممکن است آب‌وهوا تغییر کند، زمین زیر پای من همیشه ثابت خواهد بود.» این تصویر کورو به نظر می‌رسد برای یادسپاری این عبارت مناسب باشد.

نکته‌ای در رابطه با واژه «ارزیابی» (appraisal)

در این کتاب «ارزیابی» صرفاً به معنا/ فکرهای کلامی اشاره دارد که فرد در رابطه با تصویر دارد. برای مثال، «من دارم می‌میرم.» این فکرهای کلامی هستند که هریک از هیجان‌های موجود در تصویر، برای مثال «ترس» را ایجاد می‌کنند.

بخش اول

مقدمه

فصل ۱

مقدمه‌ای بر اختلال دوقطبی

اختلال دوقطبی (BD) با دوره‌های تکرارشونده افسردگی و شیدایی یا شیدایی خفیف مشخص می‌شود. هرچند اکثر افراد مبتلا به اختلال دوقطبی هر دو نوع خلق را تجربه می‌کنند، پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) صرفاً وجود یک دوره شیدایی را برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع اول مشخص کرده است. اختلال دوقطبی انواع متفاوتی دارد و به‌طور معمول تقسیم‌بندی آنها بر اساس طول مدت و شدت علائم شیدایی یا شیدایی خفیف است. از این رو، ما در فصل نخست به توضیح دوره شیدایی می‌پردازیم. سپس انواع مختلف اختلال دوقطبی را به‌صورت مشروح بررسی کرده و بیان می‌کنیم که چگونه دوره‌های افسردگی در چهارچوب تشخیصی قرار می‌گیرند.

شیدایی: تعریف ویژگی‌های تشخیصی اختلال دوقطبی

«شیدایی» را می‌توان به‌عنوان دوره‌ای از خلق بالا و نابهنجار تعریف کرد. در دوره شیدایی، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی حس زیادی از خلق سرخوش، برانگیخته یا تهییج‌پذیر را همراه با سطوح بالا و نابهنجار انرژی یا فزون‌کنشی تجربه می‌کنند. آنها به‌طور معمول افزایش در فعالیت‌های هدفمند را نشان می‌دهند که ممکن است از بسیار سازنده (برای مثال، اتمام تعدادی از برنامه‌های کاری) تا حالتی از پرش مداوم بین تکالیف باشد. این دو ویژگی اصلی (خلق سرخوش / تهییج‌پذیر و فزون‌کنشی) با انواع مختلفی از علائم دیگر، از جمله احساس ذهنی رقابت بین فکرها؛ جریان غیرقابل توقف عقاید و تصورات؛ احساس‌های خوش‌بینی بیش از حد؛ و عزت‌نفس کاذب و بزرگ‌منشی (حسی از برتری) همراه می‌شوند.

سطوح بالای انرژی که در دوره شیدایی وجود دارد با کاهش نیاز به خواب یا حتی بی‌خوابی

همراه می‌شود. افراد اغلب گزارش می‌کنند که کم می‌خوابند (برای مثال، کمتر از ۴ ساعت در هر شب) بدون اینکه احساس خستگی کنند. سایر علائمی که به احتمال زیاد از سوی برخی‌ها گزارش می‌شوند عبارت‌اند از حواس پرتی، بی‌قراری و تند صحبت کردن، طوری که قطع کردن صحبت‌های فرد دشوار است.

طی دورهٔ شیدایی، فرد ممکن است بیشتر از حالت معمول برون‌گرا شود یا حتی بازداری کمتری داشته باشد (برای مثال، در یک موقعیت اجتماعی بی‌ادب یا گستاخ شود). ممکن است دست به کارهای لذت‌بخش اما خطرناکی بزند، از قبیل ولخرجی، رانندگی با سرعت بالا، بی‌بندوباری یا مصرف بیش از حد الکل یا مواد مخدر. این موارد ممکن است موجب تخریب روابط نزدیک او شوند، یا نیازمند مداخلهٔ پلیس یا اقدامات پزشکی باشند، یا موجب بدهی قابل توجهی شوند. علاوه بر این، افراد طی دورهٔ شیدایی ممکن است علائم روان‌پریشی همچون توهم یا هذیان را نیز تجربه کنند که به‌طور معمول محتوای بزرگ‌منشی یا پارانویید دارند.

شیدایی، شیدایی خفیف و تفاوت بین اختلال دوقطبی نوع اول و نوع دوم

وجود شیدایی تمام‌عیار به معنای آن است که فرد ملاک‌های DSM-5 را برای اختلال دوقطبی نوع اول برآورده می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال دوقطبی نوع دوم زمانی مطرح می‌شود که افراد یک یا بیشتر از یک دورهٔ شیدایی خفیف و حداقل یک دورهٔ افسردگی را تجربه می‌کنند. «شیدایی خفیف» اشاره به علائم (به مدت حداقل ۴ روز متوالی) خلق بالا و نابهنجار دارد که خفیف‌تر از علائم شیدایی تمام‌عیار هستند؛ خلق معمول افراد و رفتار آنها ممکن است تغییر کند اما کارکرد خود را در زندگی روزمره حفظ می‌کند.

در عمل، به‌ندرت پیش می‌آید که افراد فقط شیدایی را تجربه می‌کنند. اکثر افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دوره‌های افسردگی را هم تجربه می‌کنند که با دوره‌های شیدایی یا شیدایی خفیف (در دوقطبی نوع اول) و صرفاً شیدایی خفیف (در دوقطبی نوع دوم) جابه‌جا می‌شوند. در حقیقت، افراد مبتلا به هر دو نوع اختلال دوقطبی، به‌طور معمول به‌اندازهٔ سه برابر این دوره‌ها (دورهٔ شیدایی و شیدایی خفیف) در دورهٔ افسردگی به سر می‌برند (کوپکا و همکاران، ۲۰۰۷).

دوره‌های افسردگی

دوره‌های افسردگی با خلق افسرده (پایین)، فقدان انگیزه و ناتوانی در لذت بردن یا کسب لذت از فعالیت‌های لذت‌بخش معمول («بی‌لذتی یا آنهدونیا») مشخص می‌شوند. در کنار این ویژگی‌های اصلی، افراد مبتلا به افسردگی ممکن است این موارد را نیز تجربه کنند: دشواری در تمرکز؛ و

مشکلات مربوط به حافظه. ممکن است این‌گونه به نظر برسد که افراد آهسته‌تر صحبت و حرکت می‌کنند یا به‌طور متناوب ممکن است بی‌قرار و آشفته شوند. به علاوه، الگوی معمول تفکر منفی نیز وجود دارد، از جمله احساس گناه، ناامیدی و درماندگی نسبت به خود، دنیا و آینده. در دوره‌های شدیدتر افسردگی ممکن است فکر و/یا رفتار خودکشی نیز وجود داشته باشند.

در مقایسه با افسردگی یک‌قطبی، ممکن است در افسردگی دوقطبی شاهد بروز فزاینده‌ی روان‌پریشی؛ نوسان‌های خلقی روزانه بیشتر (به‌طور معمول صبح‌ها احساس بدتری دارند اما با گذشت زمان طی روز بهتر می‌شوند)؛ پرخواهی فزاینده (خواهیدن بیش از حد)؛ و تعداد بیشتری دوره‌های افسردگی طی زمان، اما با طول‌مدت کوتاه‌تر، باشیم (فورتی و همکاران، ۲۰۰۸).

«سیمای آمیخته» اختلال دوقطبی

برخی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی هم‌زمان علائم شیدایی و علائم افسردگی را در یک دوره تجربه می‌کنند، یا ممکن است چرخش‌های سریع (حتی ساعتی) را بین شیدایی و افسردگی تجربه کنند. این تجارب با عنوان «سیمای آمیخته» شناخته می‌شوند. برای مثال، فردی ممکن است بی‌قرار و آشفته باشد، در حالی که فکر، گفتار و اعمال سریعی دارد و ممکن است همچنان شناخت‌های افسرده و خلق پایین را هم تجربه کند.

انواع دیگر اختلال دوقطبی

علاوه بر اختلال دوقطبی نوع اول و نوع دوم، انواع دیگری از اختلال دوقطبی در DSM-5 مشخص شده‌اند که شامل اختلال خلق ادواری؛ اختلال دوقطبی ناشی از مواد (از قبیل، محرک‌ها) یا ناشی از دارو (از قبیل کورتیکواستروئیدها)، اختلال دوقطبی ناشی از سایر مشکلات پزشکی (از قبیل پرکاری تیروئید)؛ و سایر اختلال‌های دوقطبی مشخص و نامشخص یا اختلال مرتبط است.

اختلال خلق ادواری، مشکل مزمنی از نوسان‌های خلقی است که با دوره‌های بی‌شماری از علائم شیدایی خفیف و دوره‌های بی‌شماری از علائم افسردگی طی دو سال مشخص می‌شود. با این حال، در این زیرگروه علائم شیدایی خفیف و علائم افسردگی آن‌قدر شدید یا فراگیر نیستند که معیارهای کامل دوره شیدایی خفیف یا افسردگی را برآورده کنند.

تشخیص «سایر اختلال‌های دوقطبی مشخص یا اختلال مرتبط» زمانی گذاشته می‌شود که علائم آشفتگی خلق مشخصه یکی از انواع مذکور اختلال دوقطبی بوده اما معیار کامل هیچ‌کدام از این اختلال‌ها را برآورده نمی‌کنند. نمونه‌هایی از آن شامل دوره‌های شیدایی خفیف کمتر از ۴ روز با علائم ناکافی هستند. همه این تظاهرات همچنین در طبقه «مشکلات طیف دوقطبی» قرار می‌گیرند (گلدس و

میکولویتز، ۲۰۱۳). برچسب «اختلال نامشخص یا اختلال مرتبط» زمانی به کار می‌رود که علائم دوقطبی در حال حاضر وجود دارند اما اطلاعات کافی برای تشخیص خاصی وجود ندارد، یا زمانی که بالینگر تصمیم می‌گیرد دلایل کافی برای تشخیص خاصی وجود ندارد.

نکته‌ای دربارهٔ اختلال دوقطبی و DSM-5

علائم و ویژگی‌های اختلال دوقطبی از فردی به فرد دیگر بسیار متفاوت هستند (ناندی، برد و گائنا، ۲۰۰۹). نظام DSM-5 که اخیراً معرفی شده است، بر رویکرد ابعادی تشخیص تأکید می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) که در آن انواع مختلف اختلال دوقطبی به‌عنوان اختلال‌های جداگانه در نظر گرفته نمی‌شوند بلکه به‌عنوان مشکلات مرتبط با زنجیره‌ای از رفتارها همراه با برخی مشکلات حاکی از علائم خفیف (از قبیل خلق ادواری) و سایر مشکلات که بیانگر علائم شدیدتر (از قبیل اختلال دوقطبی نوع اول) هستند در نظر گرفته می‌شوند. DSM-5 همچنین به اصطلاح «اسپسیفایرها» یا تصریح‌کننده‌ها اشاره می‌کند که مشخصهٔ تظاهرات بالینی ناهمگن اختلال دوقطبی هستند. بالینگران می‌توانند ویژگی‌هایی را که ممکن است برای برخی افراد برجسته باشند و بر مدیریت بالینی تأثیر بگذارند، از قبیل دورهٔ چرخه‌ای سریع، شروع پس از زایمان، علائم روان‌پریشی یا اضطراب، مشخص کنند. این امر به بالینگران امکان می‌دهد تا رویکردهای درمانی را فردی‌سازی کنند.

همه‌گیرشناسی

برآوردها حاکی از شیوع اختلال دوقطبی در ۱ الی ۴ درصد از جمعیت عمومی (کرون و همکاران، ۲۰۱۳) و توزیع برابر آن در دو جنس هستند. اوج سن شیوع اختلال دوقطبی در دورهٔ نوجوانی و اوایل بزرگسالی است (۲۴-۱۵ سال) (مریکانگاس و همکاران، ۲۰۱۱). اختلال دوقطبی اختلالی مزمن است که ۵۰ الی ۶۰ درصد از افراد یک سال بعد، عود اختلال را تجربه می‌کنند (کسینگ، هانسن و آندرسن، ۲۰۰۴).

خودکشی و کیفیت زندگی در اختلال دوقطبی

تأثیر اختلال دوقطبی می‌تواند بسیار گسترده باشد. یکی از نگران‌کننده‌ترین آمارهای مرتبط با اختلال دوقطبی، به خودکشی برمی‌گردد. در بین تمام انواع اختلال‌های روان‌پزشکی، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی میزان خودکشی بالاتری دارند (هاوتون، ساتون، هاو، سینکلایر و هاریس، ۲۰۰۵). ۱۰ الی ۲۰ درصد از افرادی که تشخیص اختلال دوقطبی دریافت می‌کنند به زندگی خود پایان می‌دهند و نزدیک به یک‌سوم بیان می‌کنند که حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی کرده‌اند (مولر-اورلینگهاسون، بروگوفر و

بوئر، ۲۰۰۲). میزان رفتارهای خود آسیب‌رسان بسیار بالا است و حدود ۱۰ الی ۱۴ درصد از این جمعیت بعد از رفتارهای خود آسیب‌رسان به بیمارستان مراجعه می‌کنند (وب، لیختن‌اشتاين، لارسون، گدس و فازل، ۲۰۱۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در تمام ابعاد در مقایسه با افراد سالم هم‌سن از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (رادماچر، بلبلو، آدلر، استنفورد و استارکوسکی، ۲۰۰۷). همچنین زمانی که سازگاری و عملکرد قبل و پس از بیماری مقایسه شد، نشان داده شده که از بین تمام اختلال‌های روانی، اختلال دوقطبی با کاهش بیشتر در پیشرفت شخصی و حرفه‌ای همراه است (اسکات، ۲۰۱۱). این تأثیر بر عملکرد احتمالاً با ناپایداری مزمن خلق مرتبط است که پس از بهبود دوره شیدایی/شیدایی خفیف یا افسردگی، پایدار می‌ماند (هنری و همکاران، ۲۰۰۸؛ هرچفیلد و همکاران، ۲۰۰۷). تا همین اواخر، دیدگاه سنتی این بود که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دوره «خلق متعادل» (خلق بهنجار، غیر افسرده و پایدار) را بین دوره‌های خلقی تجربه می‌کنند. با این حال، مطالعات سال‌های اخیر نشان می‌دهند که اکثر افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در بیشتر عمر خود نوسان‌های خلقی را در سطوح زیرنشانگان تجربه می‌کنند (بیرماهر و همکاران، ۲۰۱۴؛ جاد و همکاران، ۲۰۰۲). این نوسان‌ها با پیش‌آگهی بد و سطوح عملکرد کلی بد مرتبط هستند (باپ، میکولویتز، گودوین، رندل و گدس، ۲۰۱۰؛ استرجلویچ و همکاران، ۲۰۱۳).

یکی دیگر از عوامل مهم تأثیرگذار بر زندگی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی فراوانی اختلال‌های همبود است: یک زمینه‌یابی مقیاس‌بزرگ نشان داد که در بیش از ۹۰۰۰ فرد مبتلا به اختلال دوقطبی، ۹۲ درصد حداقل یک مشکل همبود داشتند (مریکانگاس و همکاران، ۲۰۰۷). شایع‌ترین اختلال‌های همبود سوء‌مصرف مواد (حدود ۵۰ درصد در طول عمر همبود است؛ کاسیدی، آهن و کارول، ۲۰۰۱) و اضطراب هستند. در بخش بعدی، اهمیت مشکل همبود اختلال اضطرابی را به بحث گذاشته و بررسی می‌کنیم که چگونه با دیگر ویژگی مهم اختلال دوقطبی، یعنی تصویرسازی ذهنی هیجانی، تلاقی می‌کند.

اضطراب دوقطبی: آماج مؤثر برای مداخله روانی

میزان شیوع طول‌عمر اختلال‌های اضطرابی در اختلال دوقطبی بسیار بالاست: در اجرای مجدد زمینه‌یابی ملی مشکلات همبود در ایالات‌متحده، ۹۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع اول گزارش کردند که هم‌زمان اختلال اضطرابی دیگری داشتند (فریمن، فریمن و مک‌الوی، ۲۰۰۲؛ مریکانگاس و همکاران، ۲۰۰۷). جدیدترین فراتحلیل از ۴۰ مطالعه که دربرگیرنده ۱۴۹۱۴ نفر از

آمریکای شمالی، اروپا، استرالیا، آمریکای جنوبی و آسیا بود، نشان داد که شیوع طول عمر اختلال‌های اضطرابی در اختلال دوقطبی تقریباً ۴۵ درصد است (پاولوا، پرلیس، آلدو و اوهر، ۲۰۱۵).

حضور اضطراب چگونه تأثیر اختلال دوقطبی را تشدید می‌کند؟ می‌دانیم که حضور اضطراب در اختلال دوقطبی سهم عمده‌ای را در عملکرد ضعیف (کرون و همکاران، ۲۰۱۳) دارد و با پیش‌آگهی بد مرتبط است (اوتو و همکاران، ۲۰۰۶). اضطراب همبود همچنین با خطر بالاتر (و مدت طولانی‌تر) عود افسردگی، حضور کمتر در خلق متعادل بین دوره‌ها و میزان بالاتر بستری شدن و استفاده از داروهای روان‌پریشی مرتبط است (فاگیولینی و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین با افزایش چرخش سریع حالت‌های خلقی و خطر خودکشی بیشتری همراه است (سیمون و همکاران، ۲۰۰۷). به‌طرز جالبی شواهد نشان می‌دهند که حضور اضطراب در افراد جوان در مراحل مقدماتی اختلال طیف دوقطبی بیانگر دوره‌های طولانی در جهت اختلالی تمام‌عیار است (اکجلد، مالت و هالت، ۲۰۱۰). از این رو، واضح است که پرداختن به علائم اضطراب در درمان برای بهبود کامل اختلال دوقطبی بسیار مهم است.

راهنماهای درمانی اخیر که از سوی انجمن دارودرمانی انگلستان (BAP) منتشر شده‌اند (گودوین و همکاران، ۲۰۱۶) بر لزوم انجام پژوهش‌های بیشتر تأکید می‌کنند، که این امر ما را قادر می‌سازد مشکلات همبود اضطراب در جمعیت اختلال دوقطبی را بهتر درک و درمان کنیم. به ویژه، لازم است که بفهمیم آیا سیمای دوقطبی در ارتباط با اضطراب وجود دارد که فراتر از همبودی ساده با سایر اختلال‌های اضطرابی است. با توجه به اینکه هم علائم اضطراب و هم ناپایداری خلق طی دوره خلق بهنجار پایدار در زیرنشانگان مشاهده شده است و از آنجایی که می‌دانیم آنها تأثیر عمیقی بر عملکرد و پیش‌آگهی دارند، درک رابطه بین این دو پدیده می‌تواند در بهبود بهزیستی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بسیار مهم باشد.

تأثیر تصویرسازی ذهنی هیجانی

افزایش شیوع اضطراب در اختلال دوقطبی ممکن است با سطوح بالای «تصویرسازی ذهنی هیجانی» که از سوی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تجربه می‌شود مرتبط باشد. گروه پژوهشی ما بسیاری از جنبه‌های این پدیده را در اختلال دوقطبی بررسی کرد و مطرح کردیم که تصویرسازی ذهنی مزاحم و واضح ممکن است در نقش «تقویت‌کننده هیجانی» عمل کند و باعث اضطراب و تشدید حالت‌های خلقی در اختلال دوقطبی شود (هولمز، گلدس، کلوم و گودوین، ۲۰۰۸). برای نمونه، بسیاری از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تصویر ذهنی واضح اضطراب‌برانگیز، منفی و مرتبط با آینده را تجربه می‌کنند. این تصاویر ذهنی منفی ممکن است انتظار تهدید آینده را تشدید کرده و سبب اضطراب یا خلق پایین

و در نتیجه ناپایداری خلق شوند (هولمز و همکاران، ۲۰۱۱). به‌طور مشابه، تصاویر «آینده‌نگر»^۱ از اعمال خودکشی خیالی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با افراد مبتلا به افسردگی یک‌قطبی دارای حالتی جذاب و متقاعدکننده گزارش شده است (هولمز، دیپروس، گودوین و هولمز، ۲۰۱۱). در مقابل، تصاویر ذهنی مثبت واضح در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با افراد مبتلا به افسردگی یک‌قطبی هیجان‌انگیزتر درجه‌بندی شده است و با سطوح بیشتری از فعال‌سازی رفتاری مرتبط است (ایونز، دی سیمپلیکو، کلوزف گودوین و هولمز، ۲۰۱۴). در نتیجه می‌توان دید که تجربه تصاویر ذهنی که دارای مزاحمت بیشتر و جذابیت هستند چگونه ممکن است در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی به‌عنوان عاملی برای ناپایداری خلق عمل کنند.

زمینه بیشتر در تجربه تصاویر مزاحم ذهنی (مالیک، گودوین، هاپیت و هولمز، ۲۰۱۴؛ نگ، بورنت هیز، مک‌مانائوس، کنرلی و هولمز، ۲۰۱۶؛ نگ، دی اسیمپلیکو، مک‌مانائوس، کنرلی و هولمز، ۲۰۱۶) و گرایش به تصاویر ذهنی واضح برای تشدید خلق (آدونل، دی سیمپلیکو، براون، هولمز و بروننت هیز، ۲۰۱۸) در نمونه‌های سالم با آسیب‌پذیری بالا به اختلال دوقطبی (فرد نمره بالایی در اندازه‌گیری‌های صفت اختلال دوقطبی کسب می‌کند) نیز گزارش شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که خصوصیات تصویرسازی ذهنی ممکن است مربوط به کل طیف اختلال دوقطبی باشد نه فقط افرادی که معیارهای کامل اختلال دوقطبی را برآورده می‌کنند. علاوه بر این، در مطالعه آزمایشی اخیر نشان داده شد که خصوصیات تصویرسازی ذهنی (از قبیل واضح بودن تصویر منفی آینده و تأثیر تصاویر مزاحم) با شدت اضطراب و تغییرپذیری خلق در انواع تشخیص‌های مختلف مرتبط است (دی سیمپلیسیو و همکاران، ۲۰۱۶). این نشان می‌دهد که تصویرسازی ذهنی می‌تواند آماج خاص مداخله در انواع تشخیص‌ها باشد.

در اختلال دوقطبی، جایی که اضطراب و علائم ناپایداری خلق غالباً در تصاویر ذهنی واضح و جذاب و متقاعدکننده درهم تنیده می‌شوند، به نظر می‌رسد بررسی امکان‌تعمیم این یافته‌های آزمایشی از آزمایشگاه به حیطة بالینی قابل‌درک باشد. اعضای گروه ما این کار را انجام داده‌اند و ما در سری‌های موردی بالینی نشان داده‌ایم که مداخله مبتنی بر تصویرسازی که به برنامه روان‌شناسی خلق-عمل (MAPP) معروف است، می‌تواند اضطراب و ناپایداری خلق را در اختلال دوقطبی کاهش دهد (هولمز، بونسال و همکاران، ۲۰۱۶). برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ تدوین و کاربرد این مداخله می‌توانید به فصل دوم و سایر فصل‌ها مراجعه کنید.

رویکردهای درمانی کنونی برای اختلال دوقطبی

سال‌های بسیار زیادی دارودرمانی رویکرد غالب برای درمان اختلال دوقطبی بود، اما اخیراً درمان‌های روانی توسعه یافته، مورد آزمون قرار گرفته و اثربخشی آنها نیز نشان داده شده است. قبل از پرداختن به درمان‌های روانی، به شکل اجمالی نگاهی به درمان‌های دارویی اصلی برای اختلال دوقطبی خواهیم داشت.

رویکردهای دارویی

همهٔ راهنماهای مداخله برای درمان اختلال دوقطبی توصیه می‌کنند که این اختلال را می‌توان با دارو، از جمله تثبیت‌کننده‌های خلق مدیریت کرد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۲؛ یاتام و همکاران، ۲۰۱۳؛ مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت (NICE)، ۲۰۱۴). داروهایی که غالباً تجویز می‌شوند شامل لیتیوم، والپرات، اولانزاپین، ریسپریدون، کوئتاپین و لاموتریژن هستند. با این حال، موفقیت این داروها برای درمان دوره‌های حاد و پیشگیری از عود بسیار متفاوت است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به راهنماهای درمانی انجمن دارودرمانی انگلستان برای اختلال دوقطبی (گودوین و همکاران، ۲۰۱۶) و راهنماهای درمانی کالج بین‌المللی عصب‌روان داروشناسی (CINP) برای اختلال دوقطبی بزرگسالان مراجعه کنید (فانتولاکیس و همکاران، ۲۰۱۷).

در حالی که هنوز درمان اصلی اختلال دوقطبی دارودرمانی است اما شاهد عودهای مکرر آن هستیم. یک مطالعه گزارش کرد که ۳۷ درصد از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی افسردگی بازگشتی یا شیدایی را طی یک سال و ۶۰ درصد طی دو سال تجربه می‌کنند (پرلیس و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه بر این، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در یک‌سوم از عمر خود علائم افسردگی بازگشتی را تجربه می‌کنند (جاد و همکاران، ۲۰۰۲) که بر عملکرد و کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار است. درمان و پیشگیری از عود افسردگی هنوز هم چالش بزرگی محسوب می‌شود و تنها تعداد انگشت‌شماری از داروها (لاموتریژن، لیتیوم و کوئتاپین) تأثیرات قانع‌کننده‌ای از این نظر دارند (یاتام و همکاران، ۲۰۱۳؛ گودوین و همکاران، ۲۰۱۶). به علاوه، استفاده از ضدافسردگی‌ها برای درمان افسردگی در اختلال دوقطبی هنوز بحث‌برانگیز است، زیرا این داروها ممکن است در جابه‌جایی افراد از حالت افسردگی به شیدایی نقش داشته باشند؛ این پدیده اغلب به «جابه‌جایی شیدایی»^۱ معروف است (بالدسراینی و همکاران، ۲۰۱۳؛ پاچپاروتی و همکاران، ۲۰۱۳).

رویکرد مراقبت پیشرفته

۱. manic switch: به بروز دورهٔ شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی پس از دورهٔ کوتاهی مصرف داروهای ضدافسردگی اشاره دارد. (م.م.)

در کنار دارو، یکی دیگر از پایه‌های اصلی مدیریت اختلال دوقطبی مدل «مراقبت پیشرفته» است که به موجب آن هدف درمانگران ایجاد اتحاد درمانی خوب با درمانجویان و مشارکت دادن مراقبان یا سایر افراد مهم در مراقبت از آنهاست. هدف هر دو راهبرد تضمین این موضوع است که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی درگیر پایش بلندمدت خلق خود و برنامه درمانی بلندمدت شوند. این رویکرد همچنین در راهنماهای درمانی انجمن دارودرمانی انگلستان (گودوین و همکاران، ۲۰۱۶) تأیید شده است: «همسر، خانواده و مراقبان می‌توانند سهم بسزایی در فرایند سنجش، مدیریت دوره‌های حاد، افزایش بهبود بلندمدت و پیشگیری از عود داشته باشند.»

مراقبت‌های پیشرفته همچنین شامل ارائه آموزش روانی بالینی به درمانجویان و مراقبان درباره عوامل مهم تأثیرگذار بر سیر اختلال دوقطبی است. مسائل تحت پوشش شامل تأثیر عوامل استرس‌زا بر خلق، روش‌های مدیریت آشفتگی خواب، نشانه‌های اولیه عود و اهمیت الگوهای فعالیت منظم هستند (NICE، ۲۰۱۴). در حالی که تأثیر بسته‌های راهنمای ساختاریافته آموزش روانی گروهی بر کاهش عودهای افسردگی نشان داده شده است (کولوم و همکاران، ۲۰۰۹)، توصیه شده که آموزش روانی تبدیل به بخشی از اقدام بالینی مناسب برای همه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی شود (گودوین و همکاران، ۲۰۱۶؛ NICE، ۲۰۱۴).

رویکردهای روانی

راهنماهای انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۲) تأکید می‌کنند که وجوه خاص روان‌درمانی در کنار دارو مؤلفه‌های مهم طرح درمان برای بسیاری از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی هستند. به ویژه، این راهنماها از آن دسته از درمان‌های روانی حمایت می‌کنند که با هدف کاهش پریشانی، بهبود عملکرد بیمار بین دوره‌ها و کاهش احتمال عود به کار گرفته می‌شوند. با این حال، آنها نتیجه گرفتند که انتخاب مداخله روانی بر اساس تخصص بالینگر و عملکرد بیمار متفاوت خواهد بود. به‌طور مشابه، در انگلستان، مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت (۲۰۱۴) درمان‌های روانی خاصی را برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی توصیه می‌کند که یا (۱) از عود جلوگیری می‌کنند یا (۲) علائم پایدار بین دوره‌های شیدایی و افسردگی دوقطبی را درمان می‌کنند. در این موارد، توصیه «ارائه مداخله روانی ساختاریافته (فردی، گروهی یا خانوادگی) است که برای اختلال دوقطبی طراحی شده و دارای راهنماهای مبتنی بر شواهدی هستند که نحوه ارائه آنها را توصیف می‌کنند.»

رویکردهای روانی اصلی که تاکنون در کارآزمایی‌های بالینی مورد آزمون قرار گرفته‌اند شامل مداخله‌های خانواده‌درمانی، درمان ریتم‌های بین‌فردی و اجتماعی^۱ (IPSRT) و درمان شناختی‌رفتاری

1. interpersonal and social rhythms therapy

(CBT) هستند. با این حال، شواهد مربوط به اثربخشی مداخله‌های روانی مختلف برای اختلال دوقطبی درهم‌تنیده و گاهی متناقض هستند (جوهار، مک‌کنا و لائو، ۲۰۱۶). تلاش‌های اخیر جهت مقایسه مداخله‌های مختلف نشان می‌دهند که شواهد در رابطه با نتیجه‌گیری‌های معتبر بسیار ناچیز و ناهمگن هستند (چاترتون و همکاران، ۲۰۱۷؛ میکولویتز، سیپریانی و گودوین، ۲۰۱۷).

دلیل احتمالی چنین فقدان کارایی این است که بسیاری از درمان‌ها و مدل‌های به‌کاررفته برای درمان اختلال دوقطبی برگرفته از مدل‌ها و درمان‌های تدوین‌شده برای افسردگی و روان‌پریشی هستند تا اینکه به‌طور اختصاصی برای اختلال دوقطبی و ویژگی‌ها و چالش‌های منحصربه‌فرد آن توسعه یافته باشند. این به‌ویژه در مورد پروتکل‌های درمان شناختی‌رفتاری صادق است.

بسته‌های خانواده‌درمانی مبتنی بر استفاده از آموزش روانی و برخی اصول درمان شناختی‌رفتاری برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و مراقبان آنها هستند. در این نوع مداخله‌ها بیشتر بر بهبود ارتباط در خانواده و مهارت‌های حل مسئله تمرکز می‌شود. نشان داده شده که خانواده‌درمانی (در مقایسه با مراقبت مرسوم) در کاهش عودهای افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی طی ۳۰ ماه پیگیری مؤثر بود (میکولویتز، گودین، باثور و گدس، ۲۰۰۸). با این حال، رویکرد مبتنی بر خانواده ممکن است برای همه افراد مناسب نباشد و لزوماً برتری خاصی نسبت به مراقبت دارودرمانی باکیفیت ندارد (میکولویتز و همکاران، ۲۰۱۴).

درمان ریتم‌های بین‌فردی و اجتماعی (IPSRT) برای دوره‌های افسردگی نیز شامل آموزش روانی است، اما بیشتر بر اصلاح عوامل بین‌فردی، تقویت برنامه‌های خواب و تشویق فعالیت‌های منظم روزانه تأکید می‌کند. نشان داده شده که این برنامه در کاهش عود در پیگیری دوساله مؤثر بود (فرانک و همکاران، ۲۰۰۵). با این حال، یک بررسی نظام‌مند اخیراً نتیجه گرفت که مشخص نیست آیا درمان ریتم‌های بین‌فردی و اجتماعی مزایای بیشتری در مقایسه با مداخله مراقبت حمایتی فشرده در مدت‌زمان مشابه دارد یا نه (کراو، بگلهول و ایندر، ۲۰۱۶).

یک کارآزمایی کنترل‌شده مقیاس‌بزرگ نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری برای اختلال دوقطبی در کاهش عودهای افسردگی و تقویت عملکرد اجتماعی در درمان‌جویان در یک دوره پیگیری ۲۴ ماهه مؤثر بود (لام، هایوارد، واتکینز، رایت و شام، ۲۰۰۵). با این حال، کارآزمایی‌های بعدی به‌طور نامیدکننده‌ای قادر به تکرار نتایج نشدند (اسکات و همکاران، ۲۰۰۶؛ زارتسکی، لانس، میلر، هاریس و پاربخ، ۲۰۰۸). با این حال، شاخص‌هایی مبنی بر این وجود دارند که رویکرد درمان شناختی‌رفتاری ممکن است برای افرادی که دوره‌ها را اخیراً تجربه کرده و دوره‌های خلقی کمتری دارند مفید باشد (اسکات و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات جدیدتر علاوه بر پیامدهای سنتی از قبیل عود خلق، بر اهمیت هدف‌های بهبود شخصی تأکید می‌کنند (جانس و همکاران، ۲۰۱۵).

به طور خلاصه، برخی شواهد محدود نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی از درمان‌های روانی، در شکل کنونی خود، برای پیشگیری از عود بهره‌مند می‌شوند. عناصر کلیدی همه روان‌درمانی‌هایی که تاکنون برای اختلال دوقطبی مفید بوده‌اند در راهنماهای انجمن دارودرمانی انگلستان به صورت زیر خلاصه می‌شوند (میکلویتز و همکاران، ۲۰۰۸):

۱. پایش خلق و نشانه‌های هشداردهنده اولیه.
۲. تشخیص و مدیریت عوامل استرس‌زا و تعارض‌های بین‌فردی.
۳. توسعه طرح‌های پیشگیری از عود.
۴. ثبات ریتم‌های خواب‌بیداری و آئین‌های روزانه.
۵. تشویق پای‌بندی به دارو.
۶. کاهش انگ زدن به خود.
۷. کاهش مصرف الکل یا دارو (از جمله مصرف کافئین در افراد حساس).

یادداشتی در مورد درمان اضطراب در بافت اختلال دوقطبی

همان‌طور که مطرح شد، اختلال‌های اضطرابی همبود می‌توانند مشخصه مهم اختلال دوقطبی باشند. راهنماهای بین‌المللی در ارتباط با رویکرد درمانی ارجح برای اختلال‌های اضطرابی همبود اختلاف‌نظر دارند، طوری که برخی بر استفاده از رویکردهای دارویی در کنار مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی (فانتولاکیس و همکاران، ۲۰۱۷) و برخی بیشتر بر درمان‌های روانی تأکید دارند (یاتام و همکاران، ۲۰۱۳). رویکردهای دارویی برای درمان اختلال‌های اضطرابی همبود با نیاز به احتیاط شدید در استفاده از ضدافسردگی‌ها (که اغلب به‌عنوان ضداضطراب تجویز می‌شوند) به دلیل خطر «جابه‌جایی شیدایی» محدود شده‌اند. از این رو، مداخله‌های روانی ممکن است در این رابطه مفید باشند.

راهنماهای کنونی مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت (۲۰۱۴) برای درمان اختلال دوقطبی توصیه می‌کنند که در صورت وجود اضطراب، برای درمان اختلال اضطرابی همبود (از قبیل، اختلال اضطراب اجتماعی/هراس اجتماعی) باید از مداخله‌های روانی استفاده کرد. به‌طور مشابه، راهنماهای انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۲) نشان می‌دهند که درمان اضطراب و اختلال دوقطبی باید هم‌زمان صورت گیرد. برخی مطالعات به‌طور خاص اثربخشی مداخله‌های روانی برای درمان اختلال اضطرابی در اختلال دوقطبی را بررسی کرده که بیانگر تأثیرات مثبت درمان شناختی‌رفتاری است. با وجود این، رویکردهای متناسب با اضطراب برای اختلال دوقطبی وجود ندارد (استنفورد، بلکویل، دی سیمپلیسیو، کوپر و هولمز، ۲۰۱۴). به‌علاوه، همه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تمامی معیارهای لازم یک اختلال اضطرابی را برآورده نمی‌کنند. این امر با این حقیقت همراه شده است که اختلال دوقطبی به‌طور معمول

یک معیار خروج در کارآزمایی‌های درمان‌های روانی برای اضطراب است و بیانگر این حقیقت است که توصیه‌های مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت در بهترین حالت «نمایانگر برآورد احتمالی است (برون‌یابی)»^۱ (گودوین و همکاران، ۲۰۱۶).

با وجود این، تجربه بالینی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، اضطراب فراگیر پریشان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند که تأثیر زیادی بر عملکرد دارد، اما به‌عنوان علائم زیربالینی اضطراب مختلف چندگانه بروز می‌یابد. شناسایی پروتکل مداخله‌ای مناسب برای اضطراب ممکن است دشوار باشد. در نتیجه ممکن است شناسایی مؤلفه‌های درمان روانی خاص که بتواند اضطراب در اختلال دوقطبی را کاهش دهد معقولانه به‌نظر برسد. راهنماهای انجمن دارودرمانی انگلستان نشان می‌دهند که یکی از این مؤلفه‌ها ممکن است راهبردهایی باشد که در کاهش شدت تصویرسازی ذهنی مؤثر است. با این حال، این راهنماها تأکید می‌کنند که به پژوهش و پیشرفت بیشتری نیاز داریم (گودوین و همکاران، ۲۰۱۶).

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه، با وجود فعالیت پژوهشی گسترده در ارتباط با اختلال دوقطبی، مزایای بالقوه ترکیب دارودرمانی و روان‌درمانی باید با دقت بیشتری مورد بررسی قرار گیرد. با استناد به راهنماهای انجمن دارودرمانی انگلستان، «نیاز گسترده‌ای برای تلفیق مداخله‌های روانی و دارودرمانی وجود دارد» (گودوین و همکاران، ۲۰۱۶). به‌علاوه، در حال حاضر درمان اضطراب در اختلال دوقطبی به‌عنوان یک آماج مداخله‌ای خاص نادیده گرفته شده است اما با توجه به تأثیر اضطراب در سایر جنبه‌های اختلال دوقطبی ارزیابی و پیگیری آن بسیار مفید خواهد بود.

در این راهنما، توضیح می‌دهیم که چگونه گروه ما برنامه روان‌شناسی خلق-عمل (MAPP) را که درمانی روانی برای اختلال دوقطبی است (و در کنار هر مداخله دارویی مورد استفاده قرار می‌گیرد) توسعه داد. هدف کلی ما به حداقل رساندن تأثیرات ناپایدارکننده خلق در اثر تصویرسازی ذهنی و مجهز کردن درمانجویان به ابزاری است که بتوانند اکنون و در زندگی آینده خود از آن استفاده کنند. در فصل بعد، علمی که ورای درک ما از تصویرسازی ذهنی است، نقش آن در سبب‌شناسی آسیب روانی و کاربرد آن را در درمان مشکلات روانی بیان می‌کنیم. در ادامه کتاب اجزای مختلف درمان را توضیح می‌دهیم و کاربست بالینی آن را نشان خواهیم داد. هدف ما ارائه دانش بنیادی درباره تصویرسازی ذهنی؛ شرح واضحی از ساختار برنامه روان‌شناسی خلق-عمل؛ راهنمایی خواننده برای ارزیابی و فرمول‌بندی تصاویر ذهنی و انتخاب راهبرد مداخله‌ای و در نهایت مشخص کردن مسیر نحوه انجام هریک از این راهبردهاست.

1. represent extrapolation