

## اختلالات خلقی

اختلالات خلقی گروه وسیعی از اختلالاتی را شامل می‌شوند که خلق مرضی (پاتولوژیک) و آشفتگی‌های مرتبط با آن، نمای بالینی غالب آنها را تشکیل می‌دهد. در بیمارانی که خلق بالایی دارند (یعنی درمانی)، گشاده‌خویی، پرش افکار، کاهش خواب، افزایش اعتماد به نفس و افکار خود بزرگ بینانه دیده می‌شود. در بیمارانی که خلق افسرده‌ای دارند، از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، دشوار شدن تمرکز، از دست دادن اشتها و افکار مرگ یا خودکشی وجود دارد. دیگر نشانه‌ها و علائم اختلالات خلقی عبارت است از تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های 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 می‌شود.

اختلالات عمده در این گروه عبارتند از: اختلال افسردگی عمده (ماژور)، اختلال خلقی دوقطبی، اختلال خلقی با سیکل‌های سریع، افسردگی‌های فصلی، اختلال ویس تاچمیک (کج خلقی)، اختلال سیکلوتاچمیک (خلق دوره‌ای).

## اختلال دوقطبی | 1 |

اختلال دوقطبی 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 است از نوع افسردگی باشد، بیماری وی قابل افتراق از اختلال افسردگی ماژور نمی‌باشد. قبلاً به جای اختلال دوقطبی از اصطلاح دوقطبی استفاده می‌شد. اختلال دوقطبی عبارت است از وجود یا سابقه حداقل یک حمله افسردگی ماژور و یک حمله هیومانی. در اختلال دوقطبی 11 در سابقه بیمار هرگز حمله مانی وجود نداشته است.

حمله مانی با خلق غیر طبیعی و مداوم سرخوش، گسترده یا تحریک‌پذیری که حداقل یک هفته طول کشیده باشد، مشخص می‌شود. (در صورتی که بستری کردن بیمار ضرورت پیدا کند، مدت این دوره می‌تواند کمتر از یک هفته هم باشد). طی این دوره حداقل می‌بایست 3 مورد از علائم ذیل بطور چشمگیر و مداوم وجود داشته باشد.

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

2- کاهش نیاز به خواب

3- حرافی بیش از معمول یا احساس فشار در صورت صحبت نکردن

4- پرش افکار

5- حواس پرتی (توجه فرد فوراً به محرک‌های بیرونی بی‌اهمیت یا بی‌ارتباط با او جلب شود)

6- افزایش فعالیت‌های هدفمند (اعم از فعالیت‌های اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا جنسی)

7- پرداختن بیش از حد به امور لذت‌بخشی که به احتمال خیلی زیاد عواقب ناراحت‌کننده‌ای دارند (مانند ولخرجی‌های بی‌حد و حساب، بی‌ملاحظگی‌های جنسی یا سرمایه‌گذاری‌های احمقانه). در این بیماران به هم ریختگی خلق به قریب شدید است که کارکردهای شغلی یا فعالیت‌های 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 می‌یابد.

در حملات هیومانی، دوره حمله 4 روز کامل است که در طی این مدت خلق بطور مداوم بالا، گسترده یا تحریک‌پذیر است. این دوره باید با زمانی که خلق به طور معمول غیرافسرده است، تفاوتی آشکار داشته باشد. همچنین در حملات هیومانی برخلاف حملات مانی، در کارکردهای اجتماعی یا شغلی فرد اختلال واضحی ایجاد نمی‌گردد، به طوری که هیچگاه بستری کردن بیمار ضرورت ندارد. اختلال دوقطبی در مردان و زنان شیوع یکسانی دارد. سن شروع آن از کودکی (حتی 5 تا 6 سالگی) تا 50 سالگی است و حتی در موارد نادری در سنین بالاتر نیز دیده می‌شود. سن متوسط بروز این اختلال 30 سالگی است و در گروه‌های اجتماعی-اقتصادی بالاتر، بیشتر از متوسط جامعه، شیوع دارد.

اگر یکی از والدین به اختلال دوقطبی مبتلا باشد، 25% 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 50 تا 75% می‌رسد.

## روش‌های درمان بیماری

دارودرمانی:

لیتیوم، دی‌والپروکس و اولانزاپین، داروهای استاندارد برای درمان مرحله مانیک اختلال دوقطبی به شمار می‌روند ولی کاربامازپین نیز داروی تثبیت‌شده و خوبی برای این منظور است.

## اختلال افسردگی ماژور (عمده)

افسردگی ماژور طیف وسیعی از اختلالات گوناگون را دربرمی‌گیرد 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 فعالیت‌ها، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری، افکار عودکننده مرگ یا خودکشی را به همراه لاق‌ل یکی از دو علامت خلق افسرده یا کاهش علائق و لذت، داشته باشد.

خلق افسرده و بی‌علاقگی یا بی‌لذتی علائم کلیدی افسردگی است. بیمار ممکن است بگوید احساس اندوه، نومیدی، غمگینی یا بی‌ارزشی می‌کند. این بیماران اغلب کیفیتی غیرقابل‌وصف، اما مشخص برای حالت مرضی خود قابل‌اند. بیماران اغلب علائم افسردگی را نوعی درد مشقت بار روحی توصیف می‌کنند. گاه از اینکه نمی‌توانند گریه کنند، شکایت می‌کنند.

حدود 2/3 این بیماران به فکر خودکشی می‌افتند.

10 الی 15% آنان دست به خودکشی می‌زنند. درعین حال برخی بیماران از افسردگی خود خبر ندارند ولو اینکه از خانواده، دوستان و فعالیت‌هایی که سابقاً مورد علاقه‌شان بود، کناره‌گرفته باشند. تقریباً همه بیماران افسرده (97%) از کاهش انرژی که موجب اختلال در انجام وظایفشان مانند شغل، تحصیل و .. می‌شود، شکایت دارند. حدود 80% بیماران از اشکال در خواب، بویژه سحرخیزی (بی‌خوابی‌انتهایی)، بیدارشدن‌های مکرر در طول شب که طی آن دایم به مشکلات خود فکر می‌کنند، شاک می‌هستند.

بسیاری از بیماران دچار کاهش اشتها و وزن می‌شوند اما برخی افزایش اشتها و وزن و افزایش خواب پیدا می‌کنند.

غیرطبیعی بودن قاعدگی و کاهش علاقه و عملکرد جنسی از دیگر علائم افسردگی است. حدود 50% بیماران می‌گویند که علائمشان در طول روز تغییر می‌کند. طوری که شدت آن در صبح بیشتر و هرچه رو به غروب می‌روند، کمتر می‌شود. علائم شناختی افسردگی عبارت است از: احساس ذهنی ضعف 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 ماژور در زنان 2 برابر مردان است. متوسط سن شروع اختلال افسردگی ماژور حدود 40 سالگی است و در حدود 50% از کل این افراد بیماریشان در سنین 20 تا 25 سالگی شروع می‌شود.

## 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.