

# اختلالات دو قطبی نوع یک: همسر آزاری



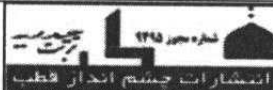
مریم سیدی نصوح آبادی (عضوهیئت علمی، شگده علوم پزشکی تربت جام)

ملیحه اسحاق زاده (عضوهیئت علمی، دانشگاه علوم پزشکی تربت جام)

الهه ارمی (عضوهیئت علمی، دانش علوم پزشکی تربت حیدریه)

- سرشناسه : سیدی نصح آبادی، مریم، ۱۳۶۹-  
عنوان و نام پدیدآور : اختلالات دوقطبی نوع یک: همسرآزاری/ مریم سیدی نصح آبادی،  
ملیحه اسحاق زاده، الهه ارمی.  
مشخصات نشر : تربت حیدریه: چشم انداز قطب، ۱۳۹۸.  
مشخصات ظاهری : ۹۰ص.  
شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۴۹۳-۱۷۲-۴:۳۵۰۰۰۰ ریال  
وضعیت فهرست : فیبا  
موضوع : همسر آزاری مردان  
Wife abuse : موضوع  
روان پریشی شیدایی : موضوع  
Manic-depressive illness : موضوع  
همسر آزاری مردان -- پیشگیری : موضوع  
Wife abuse -- Prevention : موضوع  
همسر آزاری : موضوع  
Spousal abuse : موضوع  
شناسه افزوده : اسحاق زاده، ملیحه، ۱۳۶۸-  
شناسه افزوده : ارمی، الهه، ۱۳۵۹-  
رده بندی کنگره : ۵۶۹.۱۳ :  
رده بندی دیویی : ۶۱۶.۳۸۳۲ :  
شماره : ۷۰۸۰۳۳ :  
کتابشناسی ملی :

اختلالات دوقطبی نوع یک: همسرآزاری



نویسندگان : مریم سیدی نصح آبادی - ملیحه اسحاق زاده - الهه ارمی

ناشر : انتشارات چشم انداز قطب

تیراژ : ۱۰۰۰

نوبت چاپ : اول

تاریخ چاپ : ۱۳۹۸

چاپ: ویونا

قطع : وزیری

تعداد صفحات : ۹۰

قیمت : ۳۵۰۰۰۰ ریال

شابک :

|     |     |     |     |   |
|-----|-----|-----|-----|---|
| ۹۷۸ | ۶۰۰ | ۴۹۳ | ۱۷۲ | ۴ |
|-----|-----|-----|-----|---|

آدرس: تربت حیدریه، خیابان رازی، رازی ۳

تلفن: ۰۹۱۵۳۳۲۸۵۱۶ - ۰۹۲۲۳۵۷۹۱۰۹

## فهرست مطالب

| صفحه | عنوان                                 |
|------|---------------------------------------|
| ۴    | مقدمه                                 |
|      | فصل دوم: اختلالات خلقی                |
| ۱۷   | اختلالات دو قطبی نوع یک               |
| ۱۸   | اختلالات خلقی                         |
| ۱۹   | همهگیر شناسی                          |
| ۱۹   | سبب شناسی                             |
| ۲۰   | خصوصیات بالینی اختلالات خلقی          |
| ۲۱   | انواع اختلالات خلقی بر اساس DSM-5     |
| ۲۱   | اختلال دوقطبی نوع یک                  |
| ۲۲   | سیر و پیش آگهی اختلالات دوقطبی نوع یک |
| ۲۳   | درمان اختلالات دوقطبی نوع یک          |
| ۲۳   | شناخت درمانی                          |
| ۲۳   | رفتار درمانی                          |

درمان مبتنی بر روانکاوی: ..... ۲۴

### فصل سوم: همسر آزاری

همسر آزاری: ..... ۳۰

آزار روانی/عاطفی: ..... ۳۰

آزار جنسی: ..... ۳۰

عوامل موثر بر همسر آزاری: ..... ۳۱

### فصل چهارم: آموزش مهارت حل مساله

آموزش مهارت حل مساله: ..... ۳۶

اجزای حل مساله همسر آزاری و راهبردهای مقابله ای ..... ۳۷

اختلال دو قطبی نوع یک ..... ۴۱

تشخیص مسایل مددجو: ..... ۴۵

تشخیص بن مایه های مددجو: ..... ۴۷

مروری بر مطالعات: ..... ۵۳

منابع و مآخذ: ..... ۶۸

## مقدمه :

یکی از ملاک های دریافت تشخیص اختلالات روانی در پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی عبارت است از ایجاد اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی فرد. اختلال خلقی دو قطبی نوع یک، یکی از آن دست بیماری هایی است که می تواند به طور جدی عملکرد فرد را مختل کند. از آنجا که مشخصه و علامت عمده این اختلال وجود نوسانات خلقی می باشد، میزان بروز تعارض و تنش در زندگی این بیماران فوق العاده چشمگیر است به طوری که تحقیقات حاکی بر آن است که میزان طلاق و جدایی در زندگی این بیماران بسیار بیشتر از سایر بیماران می باشد. و علاوه بر بیمار خانواده بیماران نیز در مشکلات متعدد ناشی از بیماری درگیر می باشند و جهت کنترل خلق تحریک پذیر بیمار ناتوان هستند (۱، ۲).

اختلال خلقی دوقطبی نوع یک،<sup>۱</sup> یک بیماری روانپزشکی مزمن و ناتوان کننده است که به طور تقریبی ۱ درصد جمعیت عمومی را تحت تاثیر قرار می دهد. محققان تلاش می کنند تا از طریق مطالعات مختلف به عوامل احتمالی ایجاد کننده ی این اختلال پی ببرند. امروزه بیشتر دانشمندان به این توافق رسیده اند که علت واحدی برای اختلال دو قطبی نوع یک وجود ندارد بلکه عوامل بسیاری در ایجاد این بیماری دخیل هستند (۳).

<sup>1</sup> Bipolar Mood Disorder

بر این اساس، مدل استرس-آسیب پذیری برای بیماران دو قطبی نوع یک توسط ویلیامز<sup>۲</sup> و هیلی<sup>۳</sup> ارایه شده است (۱۹۸۹). در این مدل فرض شده است که آسیب پذیری زیستی، اثری در بیماران دو قطبی نوع یک وجود دارد که موجب بی نظمی و بی ثباتی خلق در آن ها می گردد و این بی نظمی خلق به دنبال وقایع اجتماعی روزمره ی تنش زا تشدید می شود (۴).

اگرچه درمان دارویی، درمان اصلی برای بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک محسوب می شود اما تحقیقات در طی ۵ سال گذشته نشان می دهد که افزودن مداخلات روانی اجتماعی، نامه ی درمان، کارآمدی آن را افزایش می دهد (۵).

بیشتر بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک با مواردی از قبیل: پیامدهای هیجانی ناشی از دوره های خلقی، بحران و مشکلات ایجاد شده توسط دوره های قبلی، مشکلات بین فردی، ترس از سوداگری، اختلال در عملکرد و ... دست و پنجه نرم می کنند که همگی آن ها نیاز به مداخلات روانی اجتماعی دارند (۶).

بسیاری از بیماران دو قطبی نوع یک که برای درمان مراجعه می کنند، ممکن است مدتی در طول زندگی شان دارای عملکرد خوبی بوده باشند. بی ثباتی بعد از بیمار شدن برای مدتی قادر به داشتن عملکرد مناسبی نیستند و ممکن است به مدتهای جدی بسیاری را در نتیجه رفتارها، افکار و خلق های نامنظم شان تجربه کنند (۷).

تخریب عملکردی حاصل از بیماری طی فازهای مانیا و افسردگی در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است (۸). حتی مطالعات جدید، بیانگر احتمال بروز تغییرات

<sup>۲</sup> viliamz

<sup>۳</sup> hili

عملکردی در طی دوره یوتایمیک<sup>۴</sup> (دوره‌های خلقی آرام) بیماری نیز می‌باشند (۹). مطالعات طولی گذشته نگر نشان می‌دهند که کمتر از نیمی از بیماران دوقطبی نوع یک، پاسخ طولانی مدت مطلوبی به درمان داشته‌اند (۱۰). تنها ۴۰ درصد از مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع یک قادر هستند عملکرد اجتماعی خود را مشابه آن‌چه که قبل از شروع بیماری داشتند حفظ کنند، در حالی که ۲۵ تا ۳۵ درصد از آن‌ها طرز مشخصی کاهش در عملکرد اجتماعی و ۲۵ تا ۳۵ درصد آن‌ها نیز عملکرد اجتماعی بارز این از خود نشان می‌دهند (۱۱).

در اختلال دوقطبی نوع یک، فرد به گونه‌ای متناوب خلق افسرده، تحریک پذیر و سرخوش را تجربه می‌کند، این درحالی است که فرد بیمار، طی دوره‌های افسردگی علائمی همچون کندی روانی، حرکتی، اختلال در میزان و کیفیت خواب، افت انرژی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، انگیزه خودکشی، ناامیدی، احساس درماندگی و فقدان احساس لذت از اموری که در گذشته برای بیمار ارزشمند و لذت بخش بوده است را تجربه می‌کند (۱۲).

به خصوص این بیماران در دوره‌های شیدایی علائم ویژگی دارند که می‌تواند در صورت عدم کنترل به ساختار زندگی آنها صدمات شدیدی را ایجاد سازد، علائمی همچون تکلم سریع و پر حجم کاهش نیاز به خواب، بزرگ‌منشی و اعتماد به نفس بسیار بالا و کاذب، افزایش تمایلات جنسی به صورت تخیلات جنسی، رفتار و یا گفتار جنسی تغییرات خلقی که درطیف، خلق گرفته، تحریک پذیر، پرخاشگر و شاد در نوسان می‌باشد (۱۳).

<sup>۴</sup> Euthymia

مطالعات متعدد نشان داده اند که بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی از جمله افسردگی ماژور (۱۴) اسکیزوفرنی و اختلالات اسکیزوافکتیو (۱۵) و به خصوص اختلال دوقطبی نوع یک (۱۶) دچار رفتارهای تهاجمی و خشونت بیشتری نسبت به افراد نرمال می شوند.

پرخاشگری به عنوان رفتاری قابل مشاهده که با هدف آسیب یا زیان رساندن انجام می شود، رفتار گرفته شده است. خشم و پرخاشگری در تمام فرهنگ ها دیده می شود و از شایع ترین مشکلات رفتاری بوده که بهداشت روانی جامعه را مختل می کند (۱۷).

در انسان ها، پرخاشگری زمانی رخ می دهد که تعادل بین تکانه و کنترل درونی بر هم بخورد. پرخاشگری، رفتاری کلامی یا فیزیکی است که ممکن است با خشونت و رفتار مجادله ای همراه شود. خشم و خشونت با پیامدهای نامطلوب فراوانی در افراد و جوامع، مرتبط هستند. پرخاشگری، رفتاری است که هدف آن صدمه زدن به خود یا دیگران می باشد؛ در این تعریف قصد و نیت حائز اهمیت است. یک رفتار آسیب زا در صورتی پرخاشگری محسوب می شود که از روی قصد و عمد به منظور صدمه زدن به دیگری یا به خود انجام گرفته باشد که در این بین همسر آزاری (خشونت علیه زنان<sup>۵</sup> یا خشونت مبتنی بر جنسیت<sup>۶</sup>) یکی از جدی ترین مسائل اجتماعی، قانونی و چالشی مهم برای سلامت عمومی محسوب میشود و تأثیرات جدی بر سلامت زنان و نسل های آینده دارد (۱۸-۲۱).

<sup>۵</sup> Violence against women

<sup>۶</sup> Gender-based violence



یکی از ابعاد خشونت، همسر آزاری (خشونت علیه زنان) است که طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت<sup>۷</sup> عبارتست از: "هر عمل خشونت بار مبتنی بر جنسیت که منجر به آسیب یا رنجش جسمی، جنسی و روانی زن میشود و شامل تهدید، اعمال زور و یا محرومیت خودسرانه از آزادی می باشد، خواه در حیطه عمومی (آشکار) و یا در زندگی خصوصی (پنهان) اتفاق بیفتد." (۲۲). فرد آزار دهنده در این رابطه یا به عنوان شریک صمیمی<sup>۸</sup> زن و یا فردی به غیر از شریک زن ایفای نقش می کند.

از هر یک زن، یک نفر در جهان خشونت جسمی، جنسی و یا هر دو را (توسط شریک زندگیش) تجربه میکند. آمارها نشان داداند که ۲۹/۸٪ از زنان در آمریکا، ۳۷/۷٪ در اروپا، ۳۶/۶٪ در آفریقا و ۳۰/۳٪ در حوزه مدیترانه شرقی چنین آزاری را توسط شریک صمیمی خود تجربه کرده اند (۳، ۴).

خشونت علیه زنان در جایگاه های مختلف از جمله در بستر خانواده، جامع و دولت ها اتفاق می افتد. خشونت در سطح خانواده به عنوان خشونت خانگی<sup>۹</sup> شناخته شده است خشونت خانگی، رایج ترین خشونت علیه زنان است. (۱۸).

همسر آزاری<sup>۱۰</sup>، کودک آزاری و سالمند آزاری از انواع خشونت می باشند. همسر آزاری توسط شریک زن رخ میدهد و اشاره به خشونت و آزاری دارد که مرد علیه

<sup>7</sup> World Health Organization (WHO)

<sup>8</sup> Intimate partner

<sup>9</sup> Domestic violence

<sup>10</sup> Spouse abuse

همسرش انجام داده و یا در حال انجام است. این خشونت همان طور که قبلاً ذکر شد شامل خشونت جسمی، آزار روانی/عاطفی و خشونت جنسی می شود (۲۴).  
۳۰ درصد زنان جهان، در طول زندگی شان حداقل یکبار توسط شریک زندگی شان مورد آزار جسمی یا روانی قرار گرفته اند (۲۲).

در ایران ۶۶٪ زنان حداقل یکبار از ابتدای زندگی مشترک خشونت را تجربه کرده اند (۲۵). همچنین طبق آمار مطالعات مختلف شیوع کلی همسر آزاری در تهران و شهرهای دیگر کشور طیف گسترده ای از ۱۷/۵ تا ۹۳/۶ درصد گزارش شده است (۲۶-۲۹). نتایج این میان آزار روانی و جسمی بیشترین فراوانی و آزار جنسی کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده اند (۳۰).

همسر آزاری سبب آسیب های جسمی و روانی متعددی در این زنان می شود به گونه ای که طبق آمار، این زنان در معرض بالاترین ریسک خودکشی، افسردگی، سوء استفاده الکل و دارو، بیماری های مقاربتی،<sup>۱۱</sup> فشار خون بالا، درد مزمن لگنی، سندرم روده تحریک پذیر، مشکلات زنانگی و انواع مشکلات روانپزشکی قرار دارند (۱۸، ۳۱).

مطالعات نشان داده اند که حتی ترس از مورد خشونت قرار گرفتن، وضعیت سلامت را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۳).

همچنین در پژوهشی که توسط احمدی انجام شد نشان داد، میزان همسر آزاری در شوهرانی که سابقه بیماری روانی دارند بیشتر از شوهران سالم است (۳۲).

<sup>11</sup> STDs

<sup>12</sup> HIV