

روان‌درمانی در اختلالات دوقطبی

Psychotherapy in Bipolar Disorders

سخنران: اعظم حمیدی

(کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی)

دوشنبه، ۳۰ مهرماه ۱۴۰۳، ساعت ۱۲

آمفی‌تئاتر مرکز آموزشی و درمانی شفای رشت

تعریف اختلال وشناخت وعلایم

اختلال دوقطبی سبب تغییر غیر معمول در خلق انرژی و کارایی فرد میشود
وتخریب در روابط بین فردی شغلی و تحصیلی و حتی اقدام به خودکشی منجر
میشود

این اختلال دارای دو فاز متفاوت افسردگی ومانیا (شیدایی)

در اختلال دوقطبی نوع ۱ دست کم یک دوره مانیا دارد با یا بدون دوره افسردگی
اساسی را فرد تجربه میکند

در اختلال دوقطبی نوع ۲ فرد حداقل یک دوره افسردگی با یا بدون هیپومانیک
را تجربه میکند

ملاک برای افسردگی دوقطبی

اختلال ناشی از سو مصرف مواد اثرات دارو یا مشکلات طبی نباشد

حداقل دوره مانیا یک هفته

مدت دوره هیپومانیا ۴روز یا بیشتر است

اختلال دوقطبی در نوجوانی با اختلال سلوک یا ضد اجتماعی اشتباه
میشود . مانیا در نوجوانی علایم به صورت سو مصرف ماد افست تحصیلی
فرار از مدرسه افزایش حساسیت به طرد بی بند باری جنسی اقدام به
خودکشی و درگیری نزاع است

در سالمندان :مشکلات شناختی و حواس پرتی همراه است .

علایم افسردگی

گاهش توانایی تمرکز و تصمیم گیری

کند شدن فعالیت

خلق افسرده و غمگین

خستگی یا فقدان انرژی

گاهش علاقه به فعالیت های لذت بخش

احساس گناه بی ارزشی

پرخوابی

افکار خودکشی

کاهش میل جنسی

علایم مانیا

خلق بالا

عزت نفس افزایش یافته

کاهش نیاز به خواب

پرحرفی

ناتوانی در تمرکز

درگیری در فعالیت های لذت بخش

فعالیت جنسی زیاد

افکار خود بزرگ بینی

هیپومانیا

این علائم خفیف تر از مانیا و علائم اندازه مانیا کامل یا شدید
تخریب کننده نیست

افسردگی در اختلال دو قطبی مبتدی بر خلق نیست بیشتر علائم
تجربه میکند انرژی کم و فرد سرپا نمب تواند بیايستد
توصیه نمی شود خیلی دنبال خلق باشید

علت بروز اختلال

۲ تا عامل اصلی بروز اختلال آسیب پذیری زینیک واسترس

استرس

هر موقعیت جدید که در زندگی فرد رخ می دهد که لازم فرد خودش با آن سازگار کند چه
استرس مثبت یا منفی باشد

استرس : مثل سوگ

از دست دادن عزیزان

ورشکستگی دعوای بین فردی

تغییرات در کار فرد ازدواج

ژنتیک

برخی افراد آمادگی بیشتری برای ابتلا به اختلال دارند وزمانی که تنظیم مواد شیمیایی مغز
بههم میخورد فرد علائم افسرکی یا شیدایی بروز می دهد

نکاتی درباره نقش استرس

- استرس در بازگشت اپی زودها نقش دارد
- استرس فقط شغلی یا مالی نیست: انواع آن بررسی شود
- استرس تاثیرات بیولوژیک دارد (مثلاً سیستم کورتیکواستروئیدی)

درمان دارویی و غیر دارویی

درمان دارویی اختلال دوقطبی به مراحل حاد و نگهداری تقسیم میشود
داروهای ضد افسردگی و ضد روانپریشی داروهای تثبیت کننده خلق
رویکرد اصلی درمانی بیماری است .

دسته داروهای رایج

لیتیم والپرات سدیم کارمازپین

لاموتیرژین الانزاپین کوتیاپین رسپریدون

درمان الکترو شوک

در مواردی که اختلال با علائم سایکوتیک و علائم شدیدایی حاد و در درمان به دنبال بهبودی سریع
مد نظر بوده و یا عوارض جانبی داروها در درمان به مشکل مواجه شده است یا با درمان تثبیت کننده
خلق نتیجه چندانی به دست نیامد باشد توصیه به درمان الکترو شوک میشود

عوارض شایع :

بی اشتها یا پراشتهایی

خشکی دهان

ریزش مو

کند شدن حرکات

لرزش دست

تهوع و استفراغ

شل شدن بدن

کند شدن حرکات

گرفتگی عضلات

در این جدول داروهایی آمده که داده‌هایی در حمایت از مصرف آنها برای درمان شیدایی حاد وجود دارند.

دارو	دوز معمول، روزانه در بزرگسال	دوز شروع و نحوه تنظیم دوز	حداکثر دوز توصیه شده یا سطح خونی	عوارض جانبی شایع	نظارت بر مصرف	هشدار
لیتیوم و داروهای ضدصرع لیتیوم	0.6-1.2 mEq/L	300-900 mg تنظیم دوز 300 mg	1.2 mEq/L سطح خونی	تهوع، استفراغ، اسهال، رخوتزایی، لرزش، بسرآراری، پرنوشی، افزایش وزن، آکنه، کندی شناختی	سطح لیتیوم ۱۲ ساعت بعد از آخرین دوز به صورت هفتگی در مدت تنظیم دوز و سپس هر ۲ ماه یکبار	مسمومیت با لیتیوم
کاربامازین	۸۰۰-۱۰۰۰ mg دوز تا رسیدن به پاسخ بالینی (سطح پلاسمایی ۴-۱۲ μg/mL)	شروع با ۲۰۰ mg هنگام شب، سپس ۲ بار یا ۳ بار در روز؛ افزایش ۲۰۰ mg در روز	۱۶۰۰ mg/d سطح پلاسمایی ۱۲ μg/mL	رخوتزایی، سرگیجه، تهوع، نقایص شناختی، افزایش آنزیمهای کبدی، سوءهاضمه، بی تعادلی	CBC، آنزیمهای کبدی، سطح دارو هر ۷ تا ۱۴ روز در مدت تنظیم دوز، سپس ماه‌بانه برای ۴ ماه، سپس هر ۶-۱۲ ماه یکبار	کم‌خونی آپلاستیک اگر آنولوسیتوز، تشنج، میوکاردیت
کاربامازین آهسته رهش	۸۰۰-۱۰۰۰ mg دوز تا رسیدن به پاسخ بالینی (سطح پلاسمایی ۴-۱۲ μg/mL)	۴۰۰ mg/d	۱۶۰۰ mg/d سطح پلاسمایی ۱۲ μg/mL	رخوتزایی، سرگیجه، تهوع، نقایص شناختی، افزایش آنزیمهای کبدی، سوءهاضمه، بی تعادلی	CBC، آنزیمهای کبدی، سطح دارو هر ۷ تا ۱۴ روز در مدت تنظیم دوز، سپس ماه‌بانه برای ۴ ماه، سپس هر ۶-۱۲ ماه یکبار	کم‌خونی آپلاستیک اگر آنولوسیتوز، تشنج، میوکاردیت
دی‌والپرونکس	تنظیم دوز تا ۵۰-۱۵۰ mg	شروع با ۲۵۰-۵۰۰ mg هنگام شب برای ۲ روز، افزایش روزی ۲۵۰ mg راه دیگر: شروع خوراکی ۲۰-۳۰ mg/kg/d	سطح خونی ۱۵۰ mEq/L	تهوع، استفراغ، رخوتزایی، افزایش وزن، ریزش مو	CBC و افزایش پلاکت، تستهای کبدی هر هفته تا تثبیت شدن سپس هر ۶ ماه و سپس هر ۶ تا ۱۲ ماه یکبار	سمیت کبدی، تراتوژنیسیته، پانکراتیت

دارو	دوز معمول، روزانه در بزرگسال	دوز شروع و نحوه تنظیم دوز	حداکثر دوز توصیه شده یا سطح خونی	عوارض جانبی شایع	نظارت بر مصرف	هشدار
اکس کاربازین	۲۴۰۰-۶۰۰ منقسم به دو یا سه بار در روز	شروع با ۳۰۰ mg دوبار در روز، افزایش روزی ۳۰۰ mg	۲۵۰۰ mg	خستگی، تهوع، استفراغ، سرگیجه، رختوژی، دوبینی، هیپوناترمی	الکترولیت‌ها (سدیم)	ندارد
آری بی پرازول	۳۰-۱۵ mg	۵-۱۰ میلی گرم در روز و افزایش تا ۱۰ mg/wk	۳۰ mg	تهوع، سوءهاضمه، خواب‌آلودگی، استفراغ، آتاکسی (بی تعادلی)	ندارد	ندارد
کلوزاین	۹۰۰-۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز یا هر روز	۲۵-۱۲/۵ میلی گرم دوبار در روز، افزایش تا ۵۰-۲۵ میلی گرم در روز	۹۰۰ mg	رخت، افزایش ترشح بزاق، تعریق، تاکی کاردی، افت فشارخون، بیوست، تب، افزایش وزن، دیابت ملیتوس	CBC و شمارش افتراقی هر هفته به مدت ۶ ماه (در صورتی که WBC کمتر از ۳۵۰۰ یا به طور بارز کمتر از خط پایه باشد، بیشتر انجام شود)؛ سپس در هفته‌های بعدی به صورت نامحدود وزن و گلوکز کنترل شوند.	آگرانولوسیکوز، تشنج، میوکاردیت، مشکلات قلبی عروقی و تنفسی (افت فشارخون وضعیتی).
الانزاین	۲۰-۱۰ میلی گرم روزانه یا منقسم به دو بار در روز	۵-۱۰ میلی گرم در شب، محلول آن نیز موجود است	۴۰ mg	خواب‌آلودگی، خشکی دهان، گیجی، ضعف، افزایش وزن	وزن، گلوکز	ندارد
کوئتیاپین	۸۰۰-۲۰۰ میلی گرم روزانه یا منقسم به دوبار	۲۵-۲۰۰ میلی گرم در شب، افزایش تا	۸۰۰ mg	خواب‌آلودگی، خشکی دهان، افزایش وزن، گیجی	وزن، گلوکز	ندارد

۱۱: اختلالات خونی

درمان روانی اجتماعی

از سال ۱۹۹۰ روان درمانی به کمک درمان این اختلال BMD اضافه شد. چون متوجه شدند که این اختلال عود کننده است که دانستن یک سری علایم هشدار دهنده و شناختن این علایم و مراجعه زودتر به درمان می تواند از عود مکرر و بستری را کاهش دهد .

اجزای درمان

- پذیرش و قبول بیماری و نیاز به درمان
- شناسایی و مدیریت استرس های روانی و مشکلات بین فردی
- مدیریت افکار خودکار نا کارآمد
- بهبود همکاری در مصرف دارو

هدف از جلسات موارد زیر نیست:

- ⊙ پیگیری و مطرح ساختن مشکلات کودکی
- ⊙ باز کردن تروماهای زندگی
- ⊙ بیرون ریختن و به اشتراک گذاشتن هیجانات
- ⊙ مطرح کردن تناقض ها و مشکلات درونی

Pittsburg, Pennsylvania



IPSRT

- ◉ Interpersonal Social Rhythm Therapy
- ◉ Inspired by IPT: Interpersonal Psychotherapy



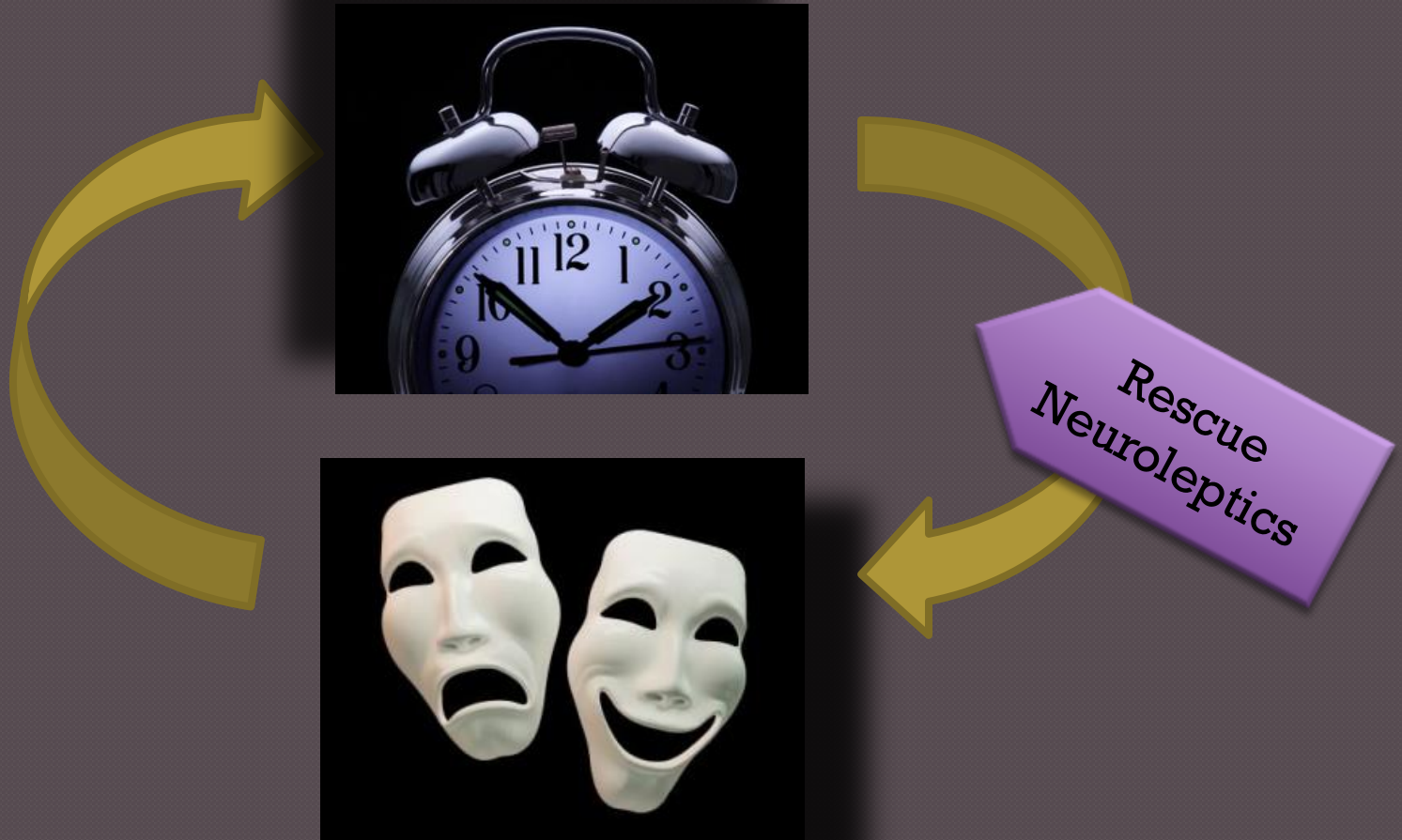
Gerald Klerman
Myrna Weissman

کلید اصلی در این درمان تنظیم ریتم دهندهای بین فردی هر چیزی که زمان را بهم بریزد. (برنامه زندگی نظم بیرونی داشته باشد) مغز توسط یک سری فرایندهای زمانی کنترل میشود

سر ساعت خوابیدن نهار خوردن

هسته اصلی و علت بیماری بهم خوردن سیکل شبانه روزی و فعالیت روزانه و ریتم اجتماعی افراد مختل میشود

مداخله در خواب بعنوان یک اولویت

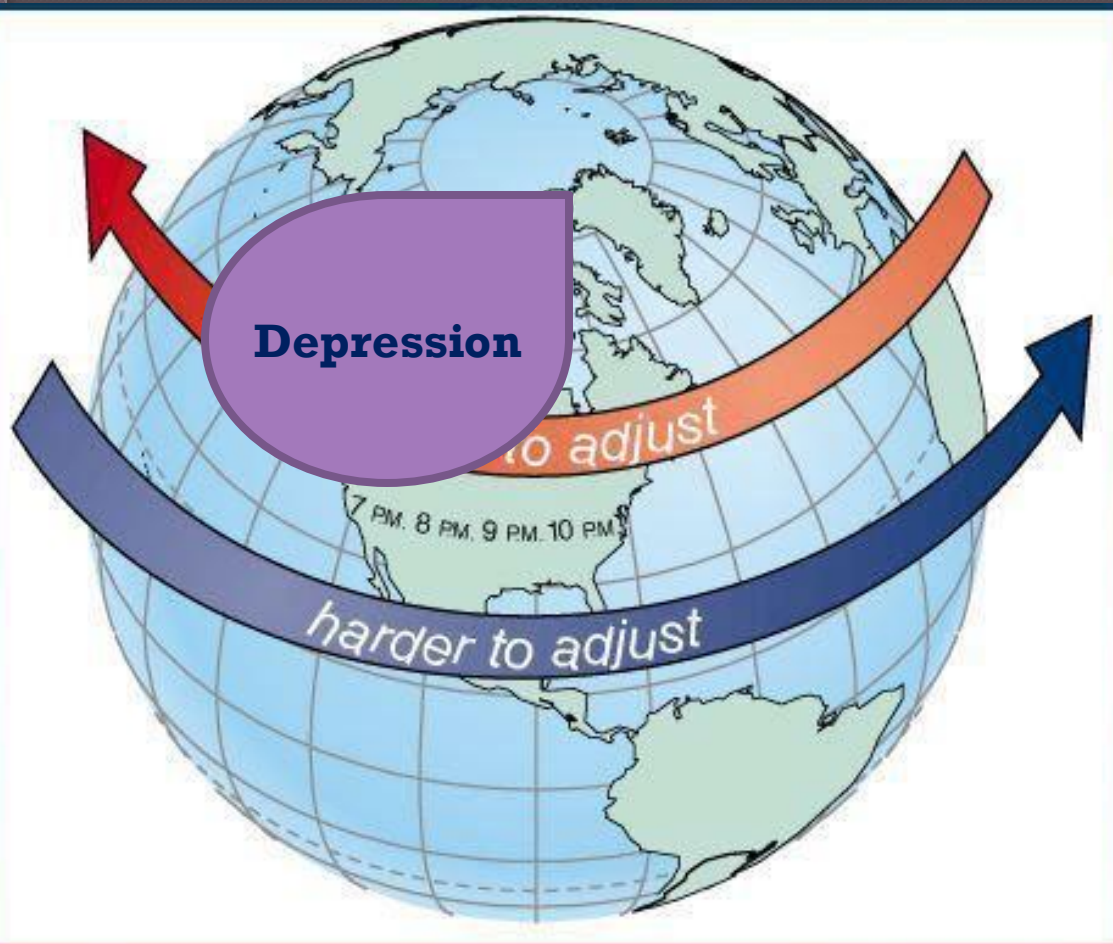


تنظیم خواب

افرادی که تجربه مانیا داشته اند لازم حتما بین ۷-۱۰ ساعت در روز خواب کافی داشته باشند لازم فرد سر ساعت بخواهد و بیدار شود و نظم بیرون داشته باشد. میتوان از فرد درخواست کرد که چارت گزارش که چه ساعتی به خواب میرود و کی بیدار میشود ارائه دهد



Transmeridian Flights



توصیه برای تنظیم خواب

محل خواب راحت باشد

غذای سنگین مصرف نشود

۹۰ دقیقه قبل از خواب دوش بگیرید دمای بده

پایین بیاد

مصرف نکردن قهوه و سگار و نوشیدن انرژی زا

انجام فعالیت ورزشی روزانه به بهبود خواب کمک

میکند

در جلسات چک لیست و جارت فعالیت روزانه

چه ساعت می خوابد

چه ساعت بیدار

اولین تماس با چه کسی و چقدر طول می کشد

چه زمانی شام میخورد و کی میخوابد

Social Rhythm Metric

Directions:

Date (week of): Nov. 29

- Write the ideal target time you would like to do these daily activities.
- Record the time you actually did the activity each day.
- Record the people involved in the activity: 0 = Alone; 1 = Others present; 2 = Others actively involved; 3 = Others very stimulating

Activity	Target time	Sunday		Monday		Tuesday		Wednesday		Thursday		Friday		Saturday	
		Time	People	Time	People	Time	People	Time	People	Time	People	Time	People	Time	People
Out of bed	8:00 A.M.	8:30	0	7:45	0										
First contact with other person	8:05	8:30	3	8:00	3										
Start work/school/volunteer/family care	9:30			9:25	3										
Dinner	6:15 P.M.	4:30	2	6:30	2										
To bed	11:30	11:45	1	11:15	1										
Rate MOOD each day from -5 to +5: -5 = very depressed +5 = very elated		-1		0											

یکی از مولفه های عمده در IPSRT

● پایش ریتم دهنده های اجتماعی

بهم خوردن
ریتم دهنده های
اجتماعی

سرشت
جنسیت
حمایت های اجتماعی
مهلت مقابله با مشکلات

بهم خوردن
ریتم دهنده های
بیولوژیک

عوامل ژنتیکی و استعداد بیولوژیک
عوامل خانوادگی
عدم درمان

بیماری خلقی

حوزه های مهم بین فردی در IPSRT

- ◉ Grief
 - ◉ Grief for the lost healthy self
 - ◉ Interpersonal disputes
 - ◉ Role Transitions
 - ◉ Interpersonal deficits
- ◉ سوگ عزیزان
 - ◉ سوگواری سلامت از دست رفته
 - ◉ منازعات بین فردی
 - ◉ تغییر نقش فردی
 - ◉ کمبودهای بین فردی

سوگ عزیزان اثر بسیار زیادی روی سیکل روزانه و روابط بین فردی دارد
LOOS. نظم را بهم میریزد. افراد دیگه باهم غذا نمیخورند.

این مادر بود همه را باهم جمع میکرد

سوگ برای سلامت از دست رفته

حسرت روزهای سلامت خودش را میخورد

ان روزا سر حال بودم

شاگرد اول بودم شغلم از دست دادم . روزی ۱۰ ساعت کار میکردم

لازم کمک شود بپذیرد ان ادم قبلی نیست

مثال هایی از حوزه های منازعات فردی

- جهان همیشه عادلانه و منطقی نیست
- تغییر انسان ها و روابط دشوار و کند است
- گاهی بالا دستی ها نیز ضعف های جدی دارند
- ... همه به غیر از شما آدم های سالم نیستند

مشاجرات بین فردی و تعارضات خانوادگی

روانشناس لازم است مسایل مشاجرات لازم شناسایی کند

یکی از مهم ترین مشکلات ناشی از انتظارات و باورهای بیماران
است. بخاطر بیماری اطرافیان همیشه معقولانه برخورد کنند

تغییرات نقش

بازنشستگی ازدواج مادر شدن مستقل شدن

کمبودهای بین فردی

خجالتی بودن : فرد نمی تواند حق خودش را بگیرد مشکلات نمی تواند مدیریت کند

مدیریت استرس

علایم روان پزشکی اغلب به استرس حساس هستند و هنگام تنش و نگرانی و فشارها شدت می یابد. و کنترل استرس به کاهش خطر عود علایم منجر میشود و مداخلات شناختی رفتاری در درجه اول مهارت حل مساله به کاهش استرس کمک میکند

مهارت حل مساله

مشخص کردن مساله

مشکل را به صورت ساده و واضح بنویسید

تمام راه حل ها و پیشنهاد ها را یادداشت کند

نکات مثبت و منفی هر راه حل را یادداشت کند

بهترین راه حل با توجه به شرایط و امکانات انتخاب کند

چگونگی اجرایی را حل را برنامه ریزی کند

اصول کلی درباره تکنیک های حل مسئله

Brainstorming

قرار نیست درمانگر رهنمود بدهد

◎ از تصمیمات نهانی و سریع اجتناب کنید

◎ هرچه می توانید راه حل های گوناگون ابداع و تصور کنید

◎ بهترین و عملی ترین راه حل را انتخاب کنید

سایر مداخلات

◎ پایش خلق

◎ افزایش پایبندی به دارو درمانی

◎ آشنایی و پایش علایم هشدار دهنده

◎ فعالسازی رفتاری

◎ پرهیز از مصرف مواد مخدر

افزایش پابندی به درمان

شایع تر عامل برگشت بیماری قطع داروهای تثبیت کننده خلق است و آموزش از تبعیت در مصرف بهتر است در اوایل درمان انجام شود با مصرف هر روز دارو با فرد همدلی نشان دهید خیای مهم اعتراض فرد شنیده و به سوالات پاسخ داده شود . ایجاد انگیزه

برای پیشگیری از عود لازم است در ابتدا روی انگیزه فرد کار شود و فرد تصمیم بگیرد برای پیشگیری از عود بیماری چه تغییری در زندگی ایجاد میشود

برای ایجاد انگیزه لازم است فرد سوالات دغدغه ها مطرح کند

ایا تا به حال فکر کرده ناید دارو قطع کنید

دلایل دارو نخوردن چی بوده است

ایا حالم بد باید دارو بخورم یا حالم خوب دارو لازم دارم

ایا بهبود پیدا میکنم ایا می توانم ازدواج کنم

ایا بیماری عود میکند ایا میتوانم کار کنم

خیلی از بیماران درک نمکنند چرا وقتی سالم خوب هست باید دارو
بخورم ...وقتی سالم بد است می دانم باید دارو بخورم ان موقع بی
قرار بودم ...

هدف از دارو خوردن درمان حمله نیست پیشگیری از حملات بعدی
که دوباره ان طور بیمار نشوید

در باره داروهای تثبیت کننده خلق آموزش داده میشود .

یکی از شایع ترین دلایل ونگرانی های بیماران مطرح میکنند ایا
داروهای روانپزشکی اعتیاد اور است

عوارض جانبی به خوبی به بیماران توضیح داده شود .بگویم لرزش
خشکی دهان دارد .لازم علامت را بداند تا همکاری بهتر شود

قطع ناگهانی دارو پر خطر می باشد

قطه ناگهانی دارو ممکن است باعث عود با شدت بیشتر بیماری شود
و این خطر وجود دارد که آن دارو دیگر نتواند به شما کمک کند که
به معنی مقاوم به دارو است

برخی ایرادات شایع



نکرانی و شکایت بیماران موش آزمایشگاهی هشتم

لازم توضیح داده شود داروها ممکن است تغییر کند. داروهای مختلف وجود دارد و هرکسی به بعضی از داروها جواب میدهد و متاسفانه قانون مشخصی برای محک زدن وجود ندارد که هر کسی به کدام دارو جواب میدهد

پیش داوری ها و باورهای غلط درباره بیماری دوقطبی

- ◉ بخاطر ضعف اراده است
- ◉ این افراد در بیماری خود مقصرند
- ◉ این بیماری نشانه نبوغ است
- ◉ تمام این بیماری ریشه در وقایع کودکی دارد که باید حلاجی شود
- ◉ به دلیل مطالعه زیاد است
- ◉ ...

فراموش نکنید دیدگاه درمانگران از باورهای مردم بسیار دور است

- بر جنبه بیماری بودن و مبانی زیست شناختی اختلال دو قطبی تاکید شود
- پیش از تاکید بر علایم روانی، بر علایم داخلی-طبی اشاره شود:
 - بیخوابی، خستگی، پر تحرکی، بیقراری، کاهش انرژی
 - بجای: پر خاشگری، بدبینی، ستیزه جویی، خود بزرگ بینی، ...
 - از علایم جنجالی مانند افزایش فعالیت جنسی، هذیان های غریب و افکار خودکشی و مرگ بعنوان هسته بیماری اجتناب کنید

پایش خلق

نخستین نشانه هایی که هر فرد تجربه میکند به عنوان علایم هشدار دهنده و زنگ خطر محسوب میشود

فهرست از علایم و هشدار دهنده عمومی وجود دارد که قبل از این علایم ظاهر میشود مثل پر خوابی یا بی خوابی افزایش تحرک علایم ملایم تر است

فرد توجه میکند که رژیم غذایی فرق کرده است یا بیشتر با تلفن صحبت میکند

ترجیح این است هر کسی ۱۰ تا از علایم اختصاصی خندش شناسایی کند این علایم رفتاری باشد بی خوابی .. ولخرجی ... تا علایم پیچده ذهنی مثل بدبینی

علایم ساده

زودرس

قابل شناسایی باشد

فهرست علایم
بیماری



فهرست علایم
هشدار دهنده
عمومی



فهرست علایم
هشدار دهنده
اختصاصی

10 علامت

مانیا

- ◉ خوابیدن بیش از ۱۰ ساعت
- ◉ کاهش دادن فعالیت های ورزشی
- ◉ خسته نکردن خود
- ◉ دوری از فعالیت های هیجان انگیز
- ◉ افزایش داروهای آرامبخش و حتی داروهای ضد پسیکوز
- ◉ پرهیز از مواد و الکل
- ◉ پرهیز از محرک ها و قهوه
- ◉ مراقبت از نظر مخارج

افسردگی

- ◉ کاهش دادن ساعات خواب
- ◉ افزایش فعالیت های فیزیکی
- ◉ اجتناب از الکل و مواد مخدر
- ◉ جلوگیری از شب زنده داری
- ◉ ارائه پاداش به خود
- ◉ دوری از تصمیمات سرنوشت ساز
- ◉ عدم خود درمانی



مصرف نکردن مواد مخدر

در اختلال دوقطبی مصرف مواد مخدر (هرویین الکل حشیش مت امفتامین)
(مشکل افزین است باعث عود میشود و تابلوی بیماری بدتر میکند

نکته: مصرف سیگار

ترک ناگهانی سیگار توصیه نمی شود. زمانی که فرد در حالت ناپایدار هست
ترک سیگار منجر به ایزند مانیا و افسردگی منجر میشود. چون ثبات ندارد به
ضرر تمام میشود

حتى ترك ناگهانی سیگار؟!



برخی ایرادات شایع

● پیشگیری در مقابل درمان حمله

● اعتیاد آوری داروها؟؟

● عوارض جانبی

● کمبود لیتیوم؟؟

● دوز مناسب

● سطح سرمی مطلوب و آزمایش خون

● سیاست درمان بدون دارو

ارکان درمان "متمرکز بر خانواده"

- ◉ Engagement
- ◉ Psychoeducation
- ◉ Communication Enhancement Training (CET)
- ◉ Problem Solving Skills Training
- ◉ درگیر سازی خانواده در درمان
- ◉ آموزش بیمار و خانواده
- ◉ افزایش مهارت های برقراری ارتباط
- ◉ آموزش مهارت های حل مسئله

مباحثی دیگر

- آیا قابل درمان است؟
- چقدر ارثی است؟
- کی مقصر است؟
- آیا شرایط کودکی در ایجاد آن نقش دارند؟

توصیه ها برای خانوادهها

تحریک پذیری :

این افراد تحریک پذیری بالایی دارند اجتناب کردن از هر گونه شوخی و هم چنین از جر و بحث کردن به شدت دوری شود

بدبینی :

به خانواده و اطرافیان توصیه میشود از درگوشی صحبت کردن یا با چشم ابرو حرف زدن در کنار این افراد پرهیز شود... به او نگویند تو بدبین هستی خیره یا زیر چشمی نگاه نشود

فشار تکلم :

زمانی که فشار تکلم بالاست لازم است به او بگوییم می توانی کمی آرام تر صحبت کنی سعی شود از این افراد سوالات به صورت بسته پرسیده شود و از سوالات باز پاسخ اجتناب شود
مثال : رابطه ات با خانواده چطور هست

ایا در کنار خانواده احساس خطر و تهدید میکنید

جمع بندی نهایی: تکنیک های مطرح

- آموزش بیماران و خانواده ها
- تاکید بر بیماری دانستن و دیدن بیماری دو قطبی
- پایش علائم هشدار دهنده و مداخله سریع در زمان بروز
- پایبند سازی به درمان دارویی
- اجتناب از مصرف مواد مخدر
- منظم سازی فعالیت های روزمره
- اصلاح سبک برخورد خانواده با بیمار
- رویکرد حمایتی برای بیمار و خانواده و کمک در گذار از بحران ها
- اصلاح انتظارات و کنار آمدن با عوارض و محدودیت ها

جمع بندی نهایی: تکنیک های مطرح (ادامه)

- فعالسازی و تقویت رفتارهای پاداش دهنده
- حل مشکلات ارتباط بین فردی و تقویت مهارت های آن
- مقابله با استرس
- مهارت تصمیم گیری

پایان