

### اختلالات کنترل تکانه

در اختلالات کنترل تکانه، بیماران در برابر تکانه‌ها یعنی سائق‌ها یا وسوسه‌هایی که برای خود یا دیگری زیانبار است، قدرت مقاومت ندارند. گرچه ممکن است آگاهانه در مقابل تکانه مقاومت بکنند یا نکنند و نیز ممکن است رفتارشان را طرح‌ریزی بکنند. مبتلایان پیش از ارتکاب عمل دچار تنش یا تحریک فزاینده‌ای می‌شوند و هنگام عمل احساس لذت، رضایت یا رهایی می‌کنند ولی ممکن است احساس ندامت واقعی، سرزنش خویش و احساس گناه بکنند که احساس لذت آنها را از بین می‌برد. در متن تجدید نظر شده چاپ چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی، شش طبقه اختلالات کنترل تکانه ذکر شده است که به گونه‌ای دیگر طبقه بندی نشده‌اند. این شش طبقه عبارتند از:

اختلال انفجاری متناوب، جنون دزدی، جنون آتش افروزی، قماربازی، بیمارگون، وسواس کندن مو و اختلال کنترل تکانه‌ای به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است.

### قماربازی، بیمارگون، pathological gambling

ویژگی اصلی قماربازی بیمارگون، رفتار قماربازی ناسازگارانه عودکننده و مداوم است که مشکلات اقتصادی به بار می‌آورد و آشفتگی قابل ملاحظه‌ای را در کارکردهای فردی، اجتماعی یا شغلی سبب می‌شود.

جنبه‌های این رفتار ناسازگارانه عبارتند از: اشتغال ذهنی به قماربازی، احساس نیاز برای قمارکردن با مقادیر فوق‌العاده پول برای کسب هیجان مطلوب، تلاش‌های مکرر ناموفق برای کنترل، کاهش یا ترک قمار، قماربازی به قصد فرار از مشکلات یا قماربازی برای بازگرداندن باخت‌ها، دروغگویی به قصد پنهان کردن وسعت قماربازی، ارتکاب اعمال غیرقانونی برای بدست آوردن پول قمار، به خطر انداختن یا از دست دادن روابط شخصی و حرفه‌ای به دلیل قماربازی و تکیه بر دیگران برای بازپرداخت بدهی‌ها.

علاوه بر خصوصیتی که ذکر شد، قماربازان بیمارگون اغلب مغرور، تاحدی خشن، ولخرج و پرانرژی بوده و علایم آشکار استرس شخصی، اضطراب و افسردگی دارند. این افراد معمولاً معتقدند که پول هم علت و هم حلال همه مشکلات آنهاست. با افزایش میزان قماربازی، معمولاً ناچار می‌شوند به منظور تأمین پول قمار دروغ بگویند و ضمن تداوم قماربازی وسعت آن را پنهان کنند. اینان هیچ وقت اقدامی جدی برای صرفه‌جویی و پس‌انداز نمی‌کنند و وقتی منابع وام‌دهنده محدود شود، برای تأمین پول قمار ممکن است دست به اقدامات ضداجتماعی بزنند. هرگونه رفتار مجرمانه بیماران بدون خشونت صورت می‌گیرد، مثل جعل اسکناس و اسناد یا کلاهبرداری و معمولاً آگاهانه قصد دارند پول را بازپرداخت کنند. عوارض اختلال عبارت است از: بیگانه شدن از خانواده و آشنایان، از دست دادن موفقیت‌های زندگی، اقدام به خودکشی و پیوستن به گروه‌های غیرقانونی و اقلیت. دستگیری به علت جرایم بدون خشونت ممکن است منجر به زندانی شدن فرد شود.

### روشهای درمان بیماری

مبتلایان به ندرت داوطلبانه در پی درمان برمی‌آیند. مشکلات قانونی، فشارهای خانواده یا سایر شکایات روانپزشکی، قماربازان بیمارگون را به سمت درمان سوق می‌دهد. روان‌درمانی بینش‌گرا، خانواده‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری با موفقیت‌هایی همراه بوده است.

### جنون آتش افروزی، pyromania

جنون آتش افروزی عبارت است از برپاکردن حریق به صورت مکرر و هدفمند. خصوصیات مرتبط با آن عبارتند از: احساس تنش یا انگیزش عاطفی پیش از آتش افروزی، شیفتگی، علاقه یا کنجکاوگی و مجذوبیت نسبت به آتش، فعالیت‌ها و تجهیزات مرتبط با آتش‌نشانی، احساس لذت، رضایت یا تسکین هنگام آتش افروزی یا هنگام مشاهده حریق یا شرکت در پیمادهای آن. بیماران ممکن است پیش از شروع آتش افروزی تدارکات پیشرفته قابل ملاحظه‌ای در نظر بگیرند. جنون آتش افروزی با ایجاد حریق از این نظر متفاوت است که حالت دوم به منظور نفع مالی، انتقام‌گیری یا سایر دلایل انجام می‌شود و از قبل برنامه‌ریزی شده است.

### روشهای درمان بیماری

رفتاردرمانی:

در درمان جنون آتش افروزی مطالب چندانی نوشته نشده است. درمان مبتلایان به دلیل فقدان انگیزه در آنها مشکل است. تا زمانی که نتایج تحقیقات موفقیت‌آمیز درمان منفردی را نشان ندهد، است، رویکرد مناسب استفاده از چند روش مختلف و از جمله رویکردهای رفتاری است. به علت ماهیت عودکننده بیماری، برنامه درمانی باید شامل نظارت بر بیمار جهت جلوگیری از تکرار دروه‌های آتش افروزی باشد. زندانی کردن ممکن است تنها روش پیشگیری از تکرار عمل باشد. پس از زندانی کردن می‌توان رفتار درمانی را در موسسات تأدیبی انجام داد.

### وسواس کندن مو

خصوصیت اساسی در وسواس کندن مو، کندن مکرر مو است که سبب از دست دادن محسوس مو می‌شود. سایر نشانه‌های بالینی عبارت است از: احساس تنش فزاینده پیش از کندن مو، احساس لذت و رضایت یا تسکین پس از آن.

اگر کندن مو در نتیجه یک اختلال روانی دیگر (نظیر اختلالی که به هذیان یا توهم همراهند) یا یک اختلال طبی عمومی (مثل یک ضایعه پوستی قبلی) باشد این تشخیص نباید گذاشته شود. پیش از اقدام به کندن مو، بیمار دچار حس فزاینده‌ای از تنش می‌شود و با کندن مو احساس رضایت یا تسکین به وی دست می‌دهد. در این اختلال همه مناطق بدن ممکن است درگیر شود و کندن موی سر شایع‌تر از همه است. سایر نواحی درگیر عبارتند از: ابرو، پلک، ریش، تنه، زیربغل و ناحیه‌عانه کمتر هدف کندن مو قرار می‌گیرند. وجه مشخصه این نوع کاهش مو، وجود موهای کوتاه و شکسته در کنار موهای بلند و طبیعی در نواحی درگیر است. هیچ‌گونه ناهنجاری پوست بدن یا سر دیده نمی‌شود. کندن مو دردناک نیست، هر چند خارش و سوزش در نواحی مبتلا ممکن است وجود داشته باشد.

موخواری (trichophagy)، یا در دهان گذاشتن مو ممکن است، متعاقب کندن مو دیده شود. عوارض موخواری عبارتند از: trichobezoars، سوءتغذیه و انسداد روده. بیماران اغلب رفتار خود را انکار کرده و سعی می‌کنند طاسی حاصل را پنهان کنند. کوبیدن سر، جویدن ناخن، خراشیدن، گاز زدن، کندن پوست و سایر اعمال خودزنی ممکن است دیده شود.

### روشهای درمان بیماری

رفتاردرمانی:

درمان‌های رفتاری موفق مثل: پسخوراند زیستی (بیوفیدبک)، نظارت بر خود، حساسیت‌زدایی پنهان و معکوس کردن عادت نیز گزارش شده است.

وسواس مزمن کندن مو با روان‌درمانی بینش‌گرا به طور موفقیت‌آمیزی درمان شده است. در درمان اختلالات پوستی که عوامل روانی در آنها دخالت دارند، از هیپنوتیزم و رفتاردرمانی به عنوان روش‌های بالقوه موثر یاد شده است.

### دارودرمانی:

در مورد بهترین روش درمان وسواس کندن مو اتفاق نظر وجود ندارد. درمان معمولاً با همکاری روانپزشک و متخصص پوست انجام می‌شود. روش‌های روانی-دارویی که برای درمان اختلالات روانی-پوستی به کار رفته است، عبارتند از:

استروئیدهای موضعی و هیدروکسی‌زین هیدروکلراید، یک داروی ضداضطراب با خواص آنتی‌هیستامینی، داروهای ضدافسردگی، داروهای سروتونرژیک و داروهای ضد جنون.

## [خون، دزدی، kleptomania](#)

خصوصیت اصلی جنون دزدی، ناتوانی مکرر برای مقاومت درمقابل تکانه های دزدی اشیایی است که برای مصرف شخصی ضرورتی نداشته یا ارزش مادی خاصی ندارند. اشیای دزدیده شده اغلب دورانداخته، به طور پنهانی بازگردانده یا در خفا و پنهان نگهداری می شوند. مبتلایان به جنون دزدی معمولاً توانایی خرید اشیایی که به طور تکانشی می دزدند را دارند. در جنون دزدی مانند سایر اختلالات تکانشی شخص قبل از ارتکاب عمل تنش قابل ملاحظه ای دارد و پس از انجام آن احساس رضایت و کاهش تنش می کند و ممکن است با احساس گناه، پشیمانی یا افسردگی همراه باشد یا نباشد. دزدی برنامه ریزی شده نبوده، شخص کسی را در آن درگیر نمی کند. هرچند سرقت ها در مواردی که احتمال دستگیری فوری وجود دارد روی نمی دهد ولی مبتلایان به احتمال گرفتار شدن خود نمی اندیشند، حتی اگر دستگیری های مکرر منجر به رنج و تحقیر شود. مبتلایان ممکن است پس از ارتکاب دزدی دچار اضطراب یا گناه شوند ولی احساس خشم یا انتقام نمی کنند. هر گاه شی دزدیده شده هدف باشد، تشخیص جنون دزدی گذاشته نمی شود. در جنون دزدی نفس دزدی هدف است.

### **روشهای درمان بیماری**

#### **روان درمانی:**

ازآنجاکه جنون دزدی واقعی نادر است، گزارش های درمان محدود به موارد انفرادی یا گروه کوچکی از موارد است.

روان درمانی بینش گرا و روان کاوی موفقیت آمیز بوده اند ولی این امر بستگی به انگیزه بیمار دارد. در مواردی که بیمار دچار احساس گناه و شرم شده است، به دلیل انگیزه قوی او برای تغییر رفتار می توان با روان درمانی بینش گرا به او کمک کرد.

#### **رفتاردرمانی:**

رفتار درمانی از جمله حساسیت زدایی تدریجی، شرطی سازی اجتنابی و ترکیبی از شرطی سازی اجتنابی و تغییر وابستگی های اجتماعی حتی در مواردی که انگیزه ای وجود نداشته است موفقیت آمیز بوده اند.

#### **دارودرمانی:**

مهار کننده های بازجذب اختصاصی سروتونین نظیر فلوکستین و فلووکسامین در برخی بیماران مبتلا به جنون دزدی مفید بوده اند.

06

## [انفجاری متناوب](#)

اختلال انفجاری متناوب به صورت دوره های مجزای فقدان کنترل تکانه های پرخاشگرانه بروز می کند. این دوره ها ممکن است با حملات جدی به دیگران یا تخریب اموال همراه باشد. میزان پرخاشگری ابراز شده با هر عامل استرس زایی که ممکن است در برانگیختن دوره ها موثر بوده باشد کاملاً نامتناسب است. نشانه هایی که بیمار ممکن است آنها را به صورت دوره یا حمله توصیف کند ظرف چند دقیقه یا چند ساعت بروز می کنند و صرف نظر از طول مدت آنها خود به خود و به سرعت از بین می روند. بیمار پس از هر دوره معمولاً دچار تاسف واقعی می شود یا خویشتن را ملامت می کند و در فواصل بین دوره ها نشانه های پرخاشگری یا رفتار تکانشی فراگیر وجود ندارد.

تشخیص اختلال انفجاری متناوب وقتی مطرح می شود که شرح حال بیمار نشان دهنده چندین دوره فقدان کنترل همراه با حملات پرخاشگری باشد. یک دوره واحد برای تشخیص گذاری کافی نیست. سوابق بیمار نشان می دهد که دوران کودکی او در جوی از اعتیاد به الکل، خشونت و بی ثباتی هیجانی سپری شده است. سوابق کاری بیماران ضعیف است و اغلب اظهار می کنند که شغلشان را از دست داده اند و دچار مشکلات زناشویی و درگیری با قانون هستند. اکثر بیماران قبلاً در جستجوی کمک روانپزشکی برآمده اند ولی بی فایده بوده است. اضطراب احساس گناه و افسردگی معمولاً پس از حملات انفجاری رخ می دهد ولی همیشه این گونه نیست.

### **روشهای درمان بیماری**

#### **روان درمانی:**

رویکرد مرکب دارودرمانی و روان درمانی در درمان بیماران احتمال موفقیت بیشتری دارد. ولی روان درمانی مبتلایان انفجاری متناوب دشوار است چون ممکن است حمله های خشم به آنها دست دهد.

گروه درمانی ممکن است فوایدی داشته باشد. همین طور خانواده درمانی نیز بخصوص در مواردی که بیمار نوجوان یا جوان است مفید می باشد.

#### **دارودرمانی:**

داروهای ضد تشنج مدت ها برای درمان این بیماران به کار رفته و نتایج متفاوتی به بار آورده است. گزارشات نشان می دهد که لیتیموم در کاستن از رفتار پرخاشگرانه مفید بوده است. کاربامازپین، والپروات یا دی والپروئکس و فنی توئین نیز مفید گزارش شده است. پروپرانولول و سایر آنتاگونیتهای گیرنده بتا-آدرنژیک و مهارکننده های کانال کلسیم نیز در برخی موارد موثر بوده اند.