



اختلالات کنترل تکانه که به گونه ای دیگر طبقه بندی نشده اند

استاد : دکتر اسلامی
دانشجویان : الین گنجی و رعنا محمودی



مشخصه همه ی این اختلالات، ناتوانی بیمار برای مقاومت در برابر یک تکانه یا وسوسه شدید انجام رفتار به خصوص است.

بیمار بیش از این رفتار ها معمولاً دچار تنش و انگیختگی فزاینده می شود و گاهی هم با انتظار هوشیارانه لذت امیخته می شود .

انجام و تکمیل عمل سبب ارضاء و تسکین فوری میشود و با فاصله ای متغییر بعد از انجام عمل مزبور بیمار دچار پشیمانی ،احساس گناه و وحشت می شود و این احساس شرم باعث مخفی نگه داشتن عمل می شود .

این مخفی کاری کم کم بر کل زندگی فرد سایه می افکند و باعث به تعویق افتادن درمان می شود .

شامل 6 اختلال است :

- اختلال انفجاری متناوب
- جنون دزدی
- جنون آتش افروزی
- قمار بازی بیمار گونه
- وسواس کنندن مو
- اختلال کنترل تکانه نامعین (NOS)

سبب شناسی :

علت آن کاملاً مشخص نیست ولی به نظر می رسد عوامل سایکودینامیک، زیستی و روانی اجتماعی در بروز و پیدایش آنها نقش دارد .

برخی از این اختلالات ممکن است مکانیسم عصبی زیستی زمینه ای مشترکی داشته باشند .

خستگی ، تحریک مداوم ، آسیب روانی مقاومت فرد را جهت کنترل تکانه ها کاهش می دهد .

عوامل روان پویشی :

تکانه : تمایل به انجام عملی به منظور کاهش تنش فزاینده

وجه مشترک اختلالات تکانه ،میانبر زدن تجربه علائم ناتوان کننده یا عواطف دردناک
از طریق عمل روی محیط

- گاهی بر اثر آسیب دیدگی روانی ناشی از محرومیت دوران کودکی
- گاهی به خاطر تلاش فرد برای غلبه بر اضطراب و سایر عواطف دردناک
- گاهی برای رهایی از درد
- گاهی به علت احساس ناقص از خویشتن

همه ی این ها به ندرت موفقیت آمیز است.

عوامل روانی اجتماعی :

الگوی غلط کودک هنگام شکل گیری

مثل والدینی که خود در کنترل تکانه هایشان مشکل دارند و یا سایر عوامل روانی_اجتماعی مثل خشونت های خانگی، سوء مصرف الکل ، بی بند باری جنسی و رفتارهای ضد اجتماعی .

عوامل زیستی:

مناطق خاصی از مغز مثل دستگاه لیمبیک و همچنین نواحی دیگر مغز با فعالیت های خشن و تکانشی در ارتباط است .

بین سطح پایین 5_ هیدروکسی_ ایندول استیک اسید در مایع مغزی نخاعی ،

برخی هورمون ها بخصوص تستوسترون و

بیمارانی که سابقه ضربه مغزی دارند رفتارهای خشن و پرخاشگرانه ارتباط وجود دارد.

همچنین دستگاه ناقل عصبی عامل علائم مشهود در اختلالات کنترل تکانه است .

در افرادی که اقدام به خودکشی کردند میزان 5_HIAA کاهش و مکانهای اتصال سروتونین افزایش میابد.

کودکان مبتلا به کم توجهی_ بیش فعالی علائم کنترل تکانه را تا بزرگسالی ممکن است ادامه دهند.

اختلال انفجاری متناوب:

به صورت دوره های مجزای فقدان کنترل تکانه پرخاشگرانه بروز می کند .
در این نوع اختلال علائمی که بیمار آنها را به صورت دوره یا حمله توصیف می کند ظرف چند دقیقه یا چند ساعت بروز می کند و صرف نظراز طول مدت حمله ،
خود بخود و به سرعت از بین می رود.
بیمار بعد از هر دوره خود را ملامت می کند.
در فواصل بین دوره علائم پرخاشگری وجود ندارد.

همه گیر شناسی (اختلال انفجاری متناوب) :

- در مردان شایع تر است.
- شامل 2% پذیرش های بخش روانپزشکی یک بیمارستان که 85% آنها مردان بودند.
- این اختلال در بستگان درجه اول شایعتر از جمعیت عمومی است .
- عوامل ژنتیکی به تنهایی این اختلال را توجیه نمی کند .

■ بیماری های همراه (اختلال انفجاری متناوب) ■

■ سایر اختلالات کنترل تکانه

■ مصرف مواد

■ اختلال خلق و خو

■ اضطراب

■ خوردن

■ سبب شناسی (اختلال انفجاری متناوب) ■

■ عوامل روان پویشی: این حملات به عنوان دفاعی در برابر رویداد های آسیب

رسان خود شیفتگی عمل میکند.

■ عوامل روانی اجتماعی: معمولاً مردان بزرگ جسه با حس مردانگی ضعیف اند .

محیط نا مساعد کودکی که مملو از وابستگی به الکل ، دعوا و کتک کاری بوده و

همچنین عوامل زمینه ساز دوران نوزادی مثل :صدمات زایمان ، تشنج ضربه مغزی

، انسفالیت و بیش فعالی

■ عوامل زیستی: اختلالات فیزیولوژی مغز، به خصوص دستگاه لیمبیک در اکثر حملات خشم نقش دارد.

کاهش انتقال سروتونرژیک که در نتیجه آن مهار ساخت سروتونین ایجاد می شود.

تجویز L-تریپتوفان یا داروهایی که سطح سیناپسی سروتونرژیک را افزایش میدهد.

سطح پایین 5-HIAA در مایع مغزی-نخاعی با پرخاشگریتهکانش مرتبط است.

غلظت بالای تستوسترون در CFS با حالت پرخاشگری در مردان مرتبط است.

■ عوامل خانوادگی: در بستگان درجه اول افراد مبتلا میزان بالتری از اختلالات کنترل تکانه، اختلالات افسردگی و اختلالات مصرف مواد مشاهده می شود.

و بستگان درجه اول نسبت به جمعیت عمومی سابقه قشقرق و حملات انفجاری بیشتری دارند

تشخیص و خصوصیات بالینی (اختلال انفجاری متناوب) :

- وجود چندین دوره مشخص که طی آن شخص قادر به مقاومت در برابر تکانه های پرخاشگرانه نیست.

- میزان پرخاش هر دوره ، تناسبی با عوامل زمینه ساز روانی _ اجتماعی استرس زا ندارد.

- یک اختلال روانی دیگر برای توجیه دوره پرخاشگری نبوده و این دوره ها ناشی از تاثیرات فیزیولوژیک مستقیم مواد و یا بیماری طبی عمومی نیست .

در هر سنی شروع میشود ، ولی معمولاً در اواخر نوجوانی تا اوایل بزرگسالی ظاهر می شود.

شروع آن می تواند ناگهانی و بی سر و صدا باشد.

درمان (اختلال انفجاری متناوب) :

- رویکرد مرکب دارو درمانی و روان درمانی و خانواده درمانی روان درمانی این بیماران بسیار مشکل است چون ممکن است حمله ی خشم به آنها دست دهد .
- از اهداف درمان وادار کردن بیمار به بیان احساسات و افکار است .
- تجویز دارو های ضد تشنج (با ظهور نتایج متفاوت):
- لیتیوم ، کاربامازپین، والپروات، دی والپروئکس و فنی توئین در کاهش رفتار پرخاشگرانه مفید بوده .
- گاهی بنزودیازپین ها باعث از بین رفتن کنترل شده اند.
- داروهای ضد روانپریشی (مثل : فنوتیازین ها ، آنتاگونیست های توام با سروتونین و دوپامین)

جنون دزدی :

- ناتوانی مکرر برای مقاومت در مقابل تکانه دزدی اشیاء ای که برای مصرف شخصی ضرورتی ندارد.
- این بیماران توانایی خرید اشیایی که می دزدند را دارند.
- مانند سایر اختلالات ،شخص قبل از ارتکاب به جرم تنش دارند وبعد از آن احساس رضایت ایجاد می شود وممکن است با احساس گناه وافسردگی همراه باشد.
- این مبتلایان به احتمال گرفتار شدن نمی اندیشند.

همه گیر شناسی (جنون دزدی) :

- در این بیماران شیوع بیماری های عاطفی ، اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن دیده می شود .

بیماری های همراه (جنون دزدی) :

- به میزان بالایی این اختلال همراه با اختلال کنترل تکانه ، اختلالات خلقی ، اضطرابی ، پراشتهایی عصبی و اختلالات شخصیتی وجود دارد .
- بسیاری از این افراد دارای علائم وسواس _جبری اند .

سبب شناسی (جنون دزدی) :

■ عوامل روانی اجتماعی: در مواقع استرس (مثل از فقدان عزیزی ، جدایی و پایان روابط ظاهر می شود .

دزدی کودکان از کیف مادرانشان نشان می دهد که دزدی ریشه در وحدت اولیه با مادر دارد .

■ عوامل زیستی: بیمار های مغزی و کم توان ذهنی با جنون دزدی در ارتباط اند .

■ عوامل خانوادگی ژنتیکی: 7% بستگان درجه اول این بیماران به وسواس جبری

مبتلا اند و میزان بالایی از اختلالات خلقی در خانداده این افراد گزارش می شود.

خصوصیات بالینی (جنون دزدی) :

- خصوصیات اصلی: میل یا تکانه مزاحم و غیر قابل مقاومت برای دزدی اشیاء غیر ضروری است.
- ممکن است همراه با علائم افسردگی باشند .
- دزدی از اشیاء خانواده خود .

درمان (جنون دزدی) :

- این بیماری نادر است .
- روان درمانی بینش گرا و روانکاوی .
- در موارد پشیمانی و احساس گناه بیمار دارای انگیزه بیشتری برای روان درمانی
بینش گرانه دارد.
- رفتار درمانی
- درمان دارویی (دارو های سه حلقه ای ،ترازودون ،لیتیوم ، والپروات ،نالتروکسون)
- تشنج الکتریکی

جنون آتش افروزی : (pyromania)

- بر پا کردن حریق به صورت عمدی و هدفمند.
- فرد علاقه مند به آتش .
- جنون آتش افروزی با ایجاد حریق متفاوت است .

همه گیر شناسی (جنون آتش افروزی) :

- مردان شایع تر از زنان با نسبت 8 به 1
- 40% افراد دستگیر شده به این جرم زیر 18 سال اند.

بیماری های همراه (جنون آتش افروزی) :

- سوء مصرف مواد (به خصوص الکل)
- اختلالات خلقی
- سایر اختلالات کنترل تکانه نظیر (جنون دزدی ، آتش افروزان مونث)
- اختلال شخصیت مرزی
- کم توانی ذهنی نسبت به جمعیت عمومی

سبب شناسی (جنون آتش افروزی) :

■ عوامل روانی اجتماعی:

- به گفته ی زیگموند فروید آتش نمادی از تمایلات جنسی است .
- روانکاوان دیگری جنون آتش افروزی را میل غیر عادی برای قدرت و حیثیت اجتماعی می دانند.
- بعضی از بیماران داوطلبان آتش نشانی اند و برای اثبات قدرتشان آتش افروزی میکنند و یا برای خاموش کردن آتش قدرت نمایی میکنند.
- این عمل برای تخلیه خشم متراکم ناشی از ناکامی های جنسی ، جسمی ، روانی و اجتماعی است .
- در اکثر موارد مشاهده شده که پدر خانواده در خانه حضور نداشته و این عمل به منظور برگرداندن پدر صورت میگیرد.
- در زنان هم به صورت همراه با هرزگی بدون لذت ، دزدی های کوچک و گرایش بزهکارانه است.

■ عوامل زیستی:

در این افراد 5-HIAA و 3-متوکسی 4-هیدروکسی فنیل گلیکول (MHGP) مایع مغزی_نخاعی به شدت کاهش میابد.

همینطور وجود هیپوگلیسمی در اندازه گیری غلظت گلوکز خون به عنوان علت این جنون مطرح شده .

تشخیص بالینی (جنون آتش افروزی) :

- این افراد به کرات زنگ های خطر را به دروغ به صدا در می آورند .
- به ابزار آتشنشانی علاقمند اند.
- نسبت به عمل خود احساس پشیمانی ندارند .
- از خصوصیات شایع انها : مسمومیت الکلی ، کژکاری جنسی ، ضریب هوشی کمتر از حد طبیعی ، ناکامی شخصی مزمن و نفرت از صاحبان قدرت

درمان (جنون آتش افروزی) :

- درمان مبتلایان به دلیل فقدان انگیزه بسیار مشکل است .
- برنامه درمان باید شامل کنترل بیمار جهت جلوگیری از تکرار دوره های آتش افروزی باشد.
- زندانی کردن ممکن است تنها روش پیشگیری از تکرار عمل باشد .
- درمان در کودکان باید با حد اکثر جدیت انجام شود ، به همراه خانواده درمانی

قمار بازی بیمار گون :

- دارای آشفتگی های قابل ملاحظه در کار کرد های فردی ، اجتماعی و شغلی.
- اکثراً مشکلات اقتصادی به بار می آورند .
- جنبه های این رفتار ناسازگارانه عبارتند از :

اشتغال ذهنی با قمار بازی

احساس نیاز برای قمار کردن با مقادیر بالای پول

تلاش های مکرر ناموفق برای کنترل

قمار بازی به قصد فرار از مشکلات

قمار برای برگرداندن باختها ها

دروغگویی به قصد پنهان کردن

ارتکاب اعمال غیر قانونی

همه گیر شناسی (قمار بازی بیمار گون) :

- 3-5 % جمعیت عمومی دچار قمار بازی اند و 1% واجد شرایط قمار بازی بیمار گون هستند.
- بیماران اکثراً مردان سفید پوست اند با زمینه اقتصادی مناسب و در سنین 35 تا 50 اند.
- به عقیده ی کارکنان یک کازینوی گمنام ، پزشکان قهار ترین برندگان و بازندگان اعضای این گروه اند .
- افزایش قمار در افراد تهی دست و فقیر ، نو جوانان و سالمندان مشاهده می شود .
- در سوابق خانوادگی افراد ، میزان سوء مصرف مواد و اختلالات افسردگی بالاتر از جمعیت عمومی است .
- جو خانواده عموماً رقابتی و مادی گرایانه است .

بیماری همراه (قمار بازی بیمار گون) :

- هم ابتلائی قابل توجه با اختلالات خلقی به خصوص افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی
- اختلالات سوء مصرف به خصوص الکل و کوکائین
- انواع اختلال شخصیت مثل خودشیفتگی، ضد اجتماعی، مرزی
- سایر اختلالات کنترل تکانه

سبب شناسی (قمار بازی بیمار گون) :

■ عوامل روانی اجتماعی: (چند عاملی)

از دست دادن یکی از والدین به علت جدایی ، مرگ و ترک منزل قبل از 15 سالگی
انضباط نا مناسب والدین (غیبت ، بی ثباتی ، خشونت)
تاکید خانواده بر نماد های مالی ، مادی و عدم تاکید خانواده روی پس انداز
افرادی عموماً خیال پرداز در کنترل رویداد ها

■ عوامل زیستی: یک علت زمینه ای عصبی_زیستی داشته

ممکن است غلظت MHPG پلاسما کمتر از حد طبیعی و دفع نورو اپی نفرین

افزایش یابد

خصوصیات بالینی (قمار بازی بیمار گون) :

- مغرور و تا حدی خشن ، ولخرج و پر انرژی ، همراه با علائم اشکار استرس و افسردگی .
 - معتقد اند حلال همه مشکلات پول است .
 - هیچوقت اقدام جدی برای پس انداز و صرفه جویی نمی کنند .
 - هرگونه رفتار جنایی آنها بدون خشونت است (جعل اسکناس، کلاهبرداری) .
 - عوارض ان : بیگانه شدن از خانواده و آشنایان ، از دست دادن موفقیت های زندگی
- اقدام به خودکشی و پیوستن به گروه های غیر قانونی

درمان (قمار بازی بیمار گون) :

- به ندرت داوطلبانه در پی درمان می روند .
- درمان GA که در واقع نوعی روش گروه درمانی القایی است و شامل:
اعتراف در جمع ، فشار افراد هم سنخ و حضور قمار بازان ترک کرده است
- در برخی موارد بستری کردن بیمار باعث دوری از محیط قمار میشود .
- خانواده درمانی بسیار موثر است .
- درمان شناختی_رفتاری (مثل فنون آرام سازی با تجسم اجتناب از قمار بازی) با موفقیت هایی همراه بوده .
- اثر بخشی دارو درمانی (درمان با فلووکسامین)
- در قمار بازی همراه با افسردگی و اضطراب از دارو های ضد افسردگی ولیتیوم و دارو های ضد اضطراب استفاده میکنند

وسواس کندن مو :

- اختلال مزمنی که تحت تاثیر تنش فزاینده است.
- کندن مو کمابیش برای دیگران محسوس است.

همه گیر شناسی (وسواس کنندن مو) :

- شیوع آن به علت همراهی با شرم و مخفی کاری کمتر از حد واقعی است .
- نوع وخیم ومزمن تر ان در اوایل تا اواسط نو جوانی شروع می شود ، با شیوع 0/6 % جمعیت عمومی و نسبت ابتلای جمعیت مونث به مذکر 9 به 1 است .
- این بیماران اکثراً تک فرزند و یا فرزند ارشد خانواده اند
- نوع دیگر این اختلال در کودکی شروع می شود و نسبت ابتلای پسر ها و دختر ها یکسان است و از لحاظ پوستی و روانشناختی وخامت کمتری دارد .
- 30 تا 40 % بیماران در مقاطعی مو های کنده شده را جویده یا می بلعند.

بیماری های همراه (وسواس کندن مو) :

- OCD و سایر اختلالات اضطرابی .
- سندرم توره
- بیماری های خلقی همراه با افسردگی
- اختلالات شخصیتی (وسواسی_جبری ، مرزی ، خودشیفته)
- سوء مصرف مواد

■ سبب شناسی (وسواس کندن مو) ■

- یک اختلال چند بعدی است.
- زمان شروع مرتبط با موقعیت های پر استرس
- سوء مصرف مواد ممکن است ابتلای این اختلال را تسهیل کند .
- افسردگی هم از عوامل زمینه ساز است
- این وسواس به طرز فزاینده ای دارای اساس زیست شناسی است و ممکن است ، موجب فعالیت حرکتی نا مناسب یا رفتار آرایشی فراطی شود .
- اعضای خانواده ی مبتلایان غالباً سابقه تیک و اختلال کنترل تکانه و علایم وسواسی_جبری دارند .

خصوصیات بالینی (وسواس کندن مو) :

- قبل از کندن مو بیمار دچار حس فزاینده ای از تنش می شود و با کندن مو احساس رضایت می کند .
- کندن موی سر بسیار شایع است ولی سایر نواحی درگیر بدن عبارتند از:
ابرو ، مژه ، پلک ها و ریش
- مشخصه این نوع کاهش ، وجود مو های کوتاه و شکسته در کنار مو های بلند و طبیعی
- ناهنجاری های پوستی دیده نمی شود .
- همراه کندن مو ، مو خواری یا در دهان گذاشتن مو دیده می شود ،
(از عوارض مو خواری : سوء تغذیه و انسداد روده)
- همینطور کوبیدن سر ، جویدن ناخن ، خراشیدن ، کندن پوست و سایر اعمال خود زنی

درمان (وسواس کندن مو) :

- همکاری روانپزشک و متخصص پوست
- روش های روان دارویی : استروئید موضعی ، هیدروکسی زین هیدروکلراید ، دارو های ضد افسردگی ، داروی ضد اضطراب با خاصیت آنتی هیستامین ، دارو های سروتونرژیک

اختلال کنترل نا معین :

شامل اختلالات زیر است :

- خرید وسواسی
- وسواس اینترنت
- وسواس تلفن همراه
- خود زنی مکرر
- رفتار جنسی وسواسی



برگرفته از کتاب

خلاصه روانپزشکی (علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی)

با تشکر از همراهیتان