

درمان اختلالات ایدایی
راهنمای درمان‌های روان‌شناختی، دارویی و ترکیبی

فهرست مطالب

فهرست اسامی مشارکت‌کنندگان.....	۷
پیشگفتار ویراستار مجموعه کتب.....	۱۱
مقدمه.....	۱۳
بخش ۱ سبب‌شناسی، همه‌گیری‌شناسی و سیر اختلالات ایدایی.....	
دارودرمانی، آری یا نه.....	۱۹
ساختار و کارکردهای مغزی درگیر در خودکنترلی، تکانشگری و رفتارهای ایدایی.....	۳۳
شناخت خودکنترلی، تکانشگری و رفتارهای ایدایی از دیدگاه‌های روان‌شناختی و تحولی.....	۵۳
همه‌گیری‌شناسی و سیر اختلالات ایدایی.....	۷۳
بخش ۲ اختلالاتی که رفتارهای ایدایی به‌عنوان علامت اصلی آنها محسوب می‌شوند.....	
اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی.....	۹۵
اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه.....	۱۲۶
اختلال سلوک.....	۱۵۱
اختلال توره و سایر اختلالات تیک.....	۱۷۸
اختلال انفجاری متناوب.....	۱۹۸
بخش ۳ اختلالاتی که رفتار ایدایی به‌عنوان یکی از خصوصیات شایع مرتبط با آنها محسوب می‌شود.....	
کم‌توانی هوشی و اختلال طیف اوتیسم.....	۲۲۱
اختلالات خلقی و شخصیت.....	۲۴۷
اختلالات عصبی - شناختی و دلیریوم.....	۲۸۴
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۳۰۹
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۳۱۰

فهرست اسامی مشارکت‌کنندگان

وینسنت پی. آگوئیر، کارشناسی ارشد، بخش روان‌شناسی، دانشگاه A&M تگزاس، کالج استیشن، تگزاس، ایالات متحده آمریکا.

مارگارت جی. آریزاگا، دکتری، برانکسویل، نیویورک، ایالات متحده آمریکا.

لیا بیلینگتون، دکتری، مرکز طب خانوادگی وینسنت، سانتافه، نیومکزیکو، ایالات متحده آمریکا.

الیزابت برستن-نایت، دکتری، بخش روان‌شناسی، دانشگاه آبرن، آبرن، آلاباما، ایالات متحده آمریکا.

لارا باکلی، کارشناسی ارشد، دانشکده عالی روان‌شناسی، دانشگاه لوتران کالیفرنیا، آکسنارد، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا.

جنیفر برگر، دکتری (PsyD)، بورد حرفه‌ای روان‌شناسی آمریکا، بخش روان‌شناسی، دانشگاه ویلمینگتون، بکسلی، اوهایو، ایالات متحده آمریکا.

ایوت ام. کالس، کارشناسی ارشد، بخش روان‌شناسی، دانشگاه A&M تگزاس، کالج استیشن، تگزاس، ایالات متحده آمریکا.

آنیل کی. چاکو، دکتری، بخش روان‌شناسی کاربردی، دانشگاه نیویورک، نیویورک، نیویورک، ایالات متحده آمریکا.

برندی ال، چیو، دکتری، مرکز اوتیسم بیمارستان کودکان سیاتل، سیاتل، واشنگتن، ایالات متحده آمریکا.

مایکل اس. ال. چینگ، دکتری پزشکی، مدرک حرفه‌ای سلامت عمومی، بخش کودکان، مرکز پزشکی نظامی تریپلر، هونولولو، هاوایی، ایالات متحده آمریکا.

دیوید اف. کورتیس، دکتری، بخش کودکان، دانشگاه پزشکی بیلر، بیمارستان کودکان تگزاس، هوستون، تگزاس، ایالات متحده آمریکا.

سارا آر. الکنیز، دکتری، بخش علوم بالینی، سلامت و کاربردی، دانشگاه هوستون-کلرلیک، هیوستون،

تگزاس، ایالات متحده آمریکا.

نیکول فیرسن، کارشناسی ارشد، بخش روان‌شناسی، دانشکده عالی و مرکز دانشگاهی، دانشگاه شهری نیویورک، فلاشینگ، نیویورک، ایالات متحده آمریکا.

کن فاگل، دکتری (PsyD)، پارک ریچ، ایلینویز، ایالات متحده آمریکا.

آنجلای. گورمن، دکتری، هرشلی، پنسیلوانیا، ایالات متحده آمریکا.

لوران پی. هیز، بخش روان‌شناسی، دانشگاه یوتا، سالت لیک سیتی، یوتا، ایالات متحده آمریکا.

رابرت دبلیو. هفر، دکتری، بخش روان‌شناسی، دانشگاه A&M تگزاس، کالج استیشن، تگزاس، ایالات متحده آمریکا.

بنجامین دی. هیل، دکتری، بخش روان‌شناسی، دانشگاه آلابامای جنوبی، موبیل، آلاباما، ایالات متحده آمریکا.

مایکل بی. هایمله، دکتری، بخش روان‌شناسی، دانشگاه یوتا، سالت لیک سیتی، یوتا، ایالات متحده آمریکا.

نیکولت هاولز، دکتری، مرکز درمان شناختی و رفتاری، کلمبوس، اوهایو، ایالات متحده آمریکا.

ادوارد اف. هادسپث، دکتری، بخش آموزش مشاوره، دانشگاه ایالتی هندرسون، آرکادلفیا، آرکانزاس، ایالات متحده آمریکا.

سونیا سی. ایزمیریان، کارشناسی ارشد، بخش روان‌شناسی، دانشگاه هاوایی در مانوا، هونولولو، هاوایی، ایالات متحده آمریکا.

هدر کایک پاتریک، دکتری، برد حرفه‌ای روان‌شناسی آمریکا، مرکز پزشکی منطقه‌ای جنسیس، فلینت، میشیگان، ایالات متحده آمریکا.

پارتیشیا لویز، کارشناسی ارشد، بخش روان‌شناسی تربیتی و آموزشی، دانشگاه بین‌المللی آلیانت، الحمرا، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا.

اشلی آر. لوگان، دکتری، مرکز علوم اعصاب رفتاری، آگوستا، جورجیا، ایالات متحده آمریکا.

ربه کا، لوندین، کارشناسی ارشد، بخش راهنمایی تربیتی، دانشگاه کالیفرنیا جنوبی، لانگ بیچ، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا.

کیمبرلی ام. متیوز، کارشناسی ارشد آموزشی (MED)، بخش آموزش مشاوره و راهنمایی، دانشگاه می‌سی‌سی‌پی، بونویل، می‌سی‌سی‌پی، ایالات متحده آمریکا.

سامانتا میلر، دکتری، آستین، تگزاس، ایالات متحده آمریکا.

ویلیام ای، پلهام، دکتری، برد حرفه‌ای روان‌شناسی آمریکا، بخش روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی فلوریدا، میامی، فلوریدا، ایالات متحده آمریکا.

رابرت پرنا، دکتری، RN، بخش روان‌شناسی/عصب‌روان‌شناسی، بیمارستان مموریال هرمن TIRR، هیوستون، تگزاس، ایالات متحده آمریکا.

استرلا رجوان، بخش روان‌شناسی، دانشکده عالی و مرکز دانشگاهی، دانشگاه شهری نیویورک، فلاشینگ، نیویورک، ایالات متحده آمریکا.

کریشنا پریا رامانوجام، بخش روان‌شناسی، دانشگاه یوتا، سالت لیک سیتی، یوتا، ایالات متحده آمریکا.

میمی سا، دکتری (PsyD)، MSCP، ایسانتی، مینه‌سوتا، ایالات متحده آمریکا.

دیوید شپرچر، دکتری پزشکی، بخش عصب‌شناسی، دانشگاه یوتا، سالت لیک سیتی، یوتا، ایالات متحده آمریکا.

آنجلا وی. سایکنجا، کارشناسی ارشد، بخش روان‌شناسی آموزشی، دانشگاه چپمن، لس‌آنجلس، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا.

چنینگ سافکو، کارشناسی ارشد، بخش روان‌شناسی، دانشگاه آلاباما جنوبی، موبیل، آلاباما، ایالات متحده آمریکا.

تیموتی ثورنبری، دکتری، بخش روان‌شناسی، دانشگاه ایالتی مورهد، مورهد، کنتاکی، ایالات متحده آمریکا.

متیو تایلر، کارشناسی ارشد، بخش مشاوره روان‌شناختی، دانشگاه مونتگومری، وست‌لاندگ‌برنچ، نیوجرسی، ایالات متحده آمریکا.

جنیفر ام. توایفورد، دکتری، دانشکده عالی روان‌شناسی، دانشگاه لوتران کالیفرنیا، آکسنارد، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا.

جسی وارنر-کوئن، دکتری، مدرک حرفه‌ای سلامت عمومی، گلن اوکس، نیویورک، ایالات متحده آمریکا.

دن وایریک، دکتری، دانشکده مشاوره، دانشگاه والدن، مینیاپولیس، مینه‌سوتا، ایالات متحده آمریکا.

تونی وو، دکتری، برد حرفه‌ای روان‌شناسی آمریکا، بخش روان‌شناسی، دانشگاه والدن، مینیاپولیس، مینه‌سوتا، ایالات متحده آمریکا.

آماندا زویلینگ، بخش روان‌شناسی، دانشکده عالی و مرکز دانشگاهی، دانشگاه شهری نیویورک، فلاشینگ، نیویورک.

پیشگفتار ویراستار مجموعه کتب

کتاب *درمان اختلالات ایدایی: راهنمای درمان‌های روان‌شناختی، دارویی و ترکیبی چهارمین کتاب از مجموعه کتب جدید انتشارات روتلیج با عنوان «موضوعات بالینی در روان‌شناسی و روان‌پزشکی» (CTPP)* است. هدف عمده از انتشار این مجموعه کتب، ارائه اطلاعاتی برای متخصصان سلامت روان است که علاوه بر جامعیت، کاربرد آسان‌تری نیز در موقعیت‌های بالینی داشته باشد. این کتاب رویکردی چندرشته‌ای را اتخاذ کرده است؛ زیرا موضوعات مرتبط با دو حوزه روان‌شناسی و روان‌پزشکی را پوشش داده و می‌تواند مورد استفاده دانشجویان و نیز بالینگران باتجربه قرار گیرد. کتاب‌های این مجموعه توسط کارشناسان ملی و بین‌المللی متخصص در هر حوزه تألیف و ویرایش شده‌اند و مشارکت‌کنندگان هر جلد نیز بالینگران بسیار قابل احترامی هستند. این جلد نمونه‌ای از مقصود، نگرش و اهداف مورد نظر در این مجموعه کتب است.

جرج کاپالکا به‌عنوان ویراستار این کتاب، به‌منظور شناخت و مدیریت رفتارهای ایدایی شایعی که در کاربردهای بالینی دیده می‌شوند، بر شماری از کارشناسان برجسته ملی تکیه کرده است. همان‌گونه که او و آنجلا ای. گورمن در فصل ۱ بیان خواهند داشت تا اندکی قبل گزینه‌های محدودی برای مدیریت رفتارهای ایدایی - خواه پرخاشگرانه یا تهاجمی - وجود داشت و به این مطلب توجهی نمی‌شد که آیا رفتار ایدایی از سوی فردی که از اختلالات روان‌پریشی رنج می‌برد انجام شده است یا از سوی یک کودک کلاس سومی که به علت تکانشگری مرتبط با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از برنامه‌های کلاسی عقب افتاده است. امروزه دیگر تجویز داروهای رخوت‌زا برای کسی که برچسب «دشوار» یا «مشکل‌زا» دارد معمول نیست. اکنون تحقیقات به ما نشان می‌دهند که می‌توان بسیاری از رفتارهای ناشی از تمایلات شدید درونی برای سخن گفتن یا انجام دادن رفتار ایدایی را به‌طور اثربخشی کاهش داد؛ حتی اگر بافتار موقعیت‌ها و تظاهرات روان‌پزشکی مختلف نیز بلافاصله برطرف نشوند. امروزه دارودرمانی و نیز درمان‌های شناختی-رفتاری جایگاه مخصوص به خود را دارند و همان‌گونه که در این کتاب شرح داده خواهد شد، رویکردی مبنی بر ترکیب داروشناسی و روان‌شناسی رفتاری می‌تواند قوی‌ترین تأثیرات را در درمان بسیاری از اختلالات و رفتارهای ایدایی به بار آورد.

اگرچه کتاب *درمان اختلالات ایدایی دستورالعمل گام‌به‌گامی* را برای مدیریت اختلالات رفتار ایدایی ارائه نمی‌دهد، اما جدیدترین پژوهش‌ها را در اختیار مخاطبان قرار داده و راهنمایی صحیحی را

به منظور انجام اقدامات هدایت‌شده تجربی فراهم می‌آورد. خواه یک بالینگر تازه‌کار باشد یا کهنه‌کار، با مطالعه این کتاب درخواهد یافت که برای مدیریت موفقیت‌آمیز رفتارهای ایدایی نیازی به یادگیری مدل‌های نظری یا عوامل داروشناختی مبهم نخواهد داشت، بلکه از درمان‌هایی استفاده خواهد کرد که از قبل با آنها آشنا است و به‌طور معمول در کاربردهای بالینی از آنها استفاده می‌کند. احتمالاً این مسئله مفیدترین جنبه کتاب حاضر است.

با اینکه اختلالات ایدایی حوزه‌ای از کاربردهای بالینی است که در طول اعصار و قرون چالش‌های بسیار زیادی را برای فراهم‌کنندگان سلامت روان پدید آورده است، اما جالب است که ما اولین راهنمای جامع در این زمینه را در کتاب حاضر مشاهده می‌کنیم. کاپالکا با گردآوری اثربخش‌ترین درمان‌های داروشناختی، روان‌شناختی و ترکیبی موجود برای رفتارهای ایدایی خدمت بزرگی را در این حوزه به انجام رسانده است.

دکتر برت ای. مور

(بورد حرفه‌ای روان‌شناسی آمریکا)

ویراستار مجموعه کتب موضوعات بالینی

در روان‌شناسی و روان‌پزشکی

مقدمه

واژه «ایذایی» یک سازه روان‌شناختی است. این واژه همچون سایر سازه‌های فرضی تعریف واحدی ندارد و تفسیر افراد از آن متفاوت است. با این حال وقتی به بحث «رفتارهای ایذایی» می‌رسیم، اگرچه ممکن است تعریف دقیق این عبارت از فردی به فرد دیگر تفاوت بسیاری داشته باشد، اما با توجه به اینکه بسیاری از متخصصان سلامت روان رفتارهای خاصی را «ایذایی» تلقی می‌کنند، همپوشی بالایی بین این تعاریف وجود دارد. به‌طور کلی رفتارهای ایذایی با بسیاری از جنبه‌های عملکردی تداخل پیدا کرده و باعث بروز دشواری‌های معناداری برای بیماران، خانواده‌ها یا مراقبان آنان و سایر افراد مهم درگیر در زندگی تحصیلی، شغلی و اجتماعی آنها می‌شوند. همچنین این رفتارها چالش‌های فراوانی را برای متخصصان نیز به همراه دارند؛ زیرا ممکن است کنترل بسیاری از این رفتارها دشوار بوده و در موارد شدید خطراتی را برای بیمار و افراد پیرامون او از جمله متخصصان درمانی به همراه داشته باشند؛ بنابراین واضح است که یافتن شیوه‌های اثربخش برای حل و فصل این رفتارها از اولویت بالایی برخوردار است.

اگرچه ممکن است ماهیت این رفتارهای خاص که به‌عنوان رفتارهای ایذایی شناخته می‌شوند، از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد اما بیشتر متخصصان معتقدند که رفتار ایذایی رفتاری است که به‌طور بالقوه تهدیدکننده (یا مستلزم تعدی به) سلامت جسمانی، اموال و دارایی‌ها، آزادی عمل و کارکرد روزمره افراد باشد؛ بنابراین رفتارهای ایذایی به‌طور معمول مستلزم زیرپا گذاشتن حقوق دیگران هستند، البته دسته‌ای از رفتارهای ایذایی نیز به فرد مبتلا معطوف می‌شوند. رفتارهای پرخاشگرانه اصلی‌ترین نامزد طبقه‌بندی به‌عنوان رفتارهای ایذایی محسوب می‌شوند؛ به‌خصوص هنگامی که سطوح پرخاشگری به حدی شدید باشند که خشونت کلامی یا جسمانی را شامل شوند. ممکن است پرخاشگری جسمانی شامل تهاجم به یک شخص یا تخریب اموال او باشد؛ همچنین ممکن است این رفتارها معطوف به خود بوده و مواردی همچون خودتحریکی و تلاش برای خودکشی را شامل شوند. به‌طور معمول پرخاشگری کلامی نسبت به دیگران ابراز شده و به‌طور عمده شامل فریاد کشیدن، تهدید کردن، لقب ساختن و انواع مختلف ترساندن به‌صورت کلامی می‌شود. در مجموع، رفتارهای پرخاشگرانه‌ای که در بالا ذکر شدند با توجه به تعریف عملیاتی استفاده‌شده در این کتاب یکی از انواع رفتارهایی هستند که ایذایی نامیده می‌شوند.

البته رفتارهای ایذایی همواره شامل پرخاشگری نمی‌شوند. برای نمونه، ممکن است این رفتارها با چنین مواردی تداخل پیدا کنند: توانایی دیگران در بهره‌مندی از تحصیل (برای نمونه، هنگامی که یک دانش‌آموز رفتاری را انجام می‌دهد که با توانایی معلم در تدریس تداخل ایجاد می‌کند)، تمرکز در محیط کاری (همچون زمانی که یک همکار نمی‌تواند تکانه‌های خود را در زمینه تولید صداهای مزاحم یا جنب‌وجوش‌های شدید سرکوب کند)، احساس راحتی در محیط (مثل اوقاتی که برخی از افراد پرحرفی کرده یا به هر نحو موجب حواس‌پرتی دیگران می‌شوند) و تداوم تعاملات اجتماعی معمول (مانند اوقاتی که دیگران مکالمات یا تعاملات اجتماعی افراد را قطع می‌کنند).

در اغلب موارد، عامل شکل‌گیری رفتارهای ایذایی فقدان کنترل تکانه‌ها به شیوه مناسب است. هنگامی که راه‌اندازها موجب بروز یک واکنش می‌شوند-برای مثال، هنگامی که فرد عصبانی می‌شود یا تمایل شدیدی را به حرکت کردن، سخن گفتن یا انجام کاری احساس می‌کند-بیشتر افراد می‌توانند از نشان دادن آن واکنش خودداری کنند و لذا به‌طور معمول رفتارهای ایذایی را انجام نمی‌دهند، مگر اینکه شدت محرک‌ها به‌طور معناداری از خودکنترلی بهنجار آنها پیشی گیرد (برای نمونه، هنگامی که شخصی درمی‌یابد که همسر او در حال خیانت است)؛ اما برخی از افراد کنترل اندکی بر راه‌اندازهای روزمره خود دارند و تکانه‌های خود را در قالب کلمات و رفتارهایی ابراز می‌کنند که نشان‌دهنده توانایی اندک آنها در کنترل تمایلات درونی شدید خویش است. به این ترتیب، کتاب حاضر رفتارهای ایذایی را این‌گونه مفهوم‌بندی می‌کند: رفتارهایی که از تمایلات شدید درونی سرچشمه گرفته و بیشتر افراد می‌توانند آنها را در یک موقعیت معین سرکوب کنند، اما افرادی که رفتارهای ایذایی را نشان می‌دهند در سرکوب آنها ناموفق می‌مانند؛ بنابراین تصور می‌شود که تکانشگری و ضعف در خودکنترلی زیربنای رفتارهای ایذایی هستند و به خشونت یا سایر رفتارهای مشکل‌زا می‌انجامند.

اختلالات ایذایی اختلالاتی هستند که به‌طور شایعی دربرگیرنده خصوصیات و رفتارهای ایذایی بوده و شدت آنها به حدی بالا است که با کارکرد روزمره فرد تداخل پیدا کرده و توانایی او را در کارکرد سازگارانه با دیگران تخریب می‌کند. با اینکه طبقه اختلالات ایذایی یک مقوله تشخیصی رسمی محسوب نمی‌شود، اما به‌عنوان نوعی طبقه‌بندی مفهومی از اختلالاتی شناخته می‌شود که در آنها رفتارهای ایذایی به‌طور بسیار شایعی تجربه می‌شوند. این اختلالات را می‌توان در دو مقوله طبقه‌بندی کرد: در برخی از اختلالات، خصوصیات و رفتارهای ایذایی به‌عنوان علائم اصلی محسوب شده و در فهرست ملاک‌های تشخیصی آن اختلالات نیز ذکر می‌شوند. در این اختلالات، مشکلات ناشی از تکانشگری و خودکنترلی (که اغلب شامل پرخاشگری است) به‌عنوان جنبه‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی زیربنایی شناخته می‌شوند. در موارد دیگر، ممکن است آسیب‌شناسی روانی زیربنایی ضرورتاً به بروز رفتارهای ایذایی در همه افراد نینجامد، اما خصوصیات ایذایی به‌طور شایعی در افراد مبتلا به این

اختلالات دیده می‌شوند.

در این کتاب مخاطبان با مرور داده‌های سبب‌شناسی، همه‌گیری‌شناسی، تشخیصی و درمانی مرتبط با اختلالات ایذایی روبه‌رو خواهند شد (که بر اساس تعاریف عملیاتی فوق طبقه‌بندی شده‌اند). در فصل ۱ به‌طور کلی در مورد فواید و معایب درمان‌های غیر ترکیبی (روان‌درمانی یا دارودرمانی صرف) و درمان‌های ترکیبی (دارودرمانی و روان‌درمانی) سخن گفته خواهد شد. از آنجا که رویکردهای درمانی ترکیبی و غیر ترکیبی فواید و چالش‌های منحصر به فردی را به همراه دارند، مخاطبان تشویق خواهند شد تا پیش از انتخاب رویکردی که بیشترین تناسب را با بیمار آنها داشته باشد، این مسائل را در نظر بگیرند.

در فصل ۲ و ۳ به سبب‌شناسی اختلالات ایذایی پرداخته و به‌طور خاص بر مبحث کنترل تکانه و پرخاشگری تمرکز خواهد شد. این دو مفهوم از دیدگاه‌های روان‌شناختی و زیست‌شناختی مورد بررسی قرار خواهند گرفت تا به مخاطبان کمک شود که عوامل زیربنایی دخیل در بروز رفتارها و علائم ایذایی را شناسایی کنند. در فصل ۴ همه‌گیری‌شناسی و سیر اختلالات ایذایی بررسی شده و بافتار و خطرات ناشی از این اختلالات در زمینه افراد مبتلا، افراد پیرامون مبتلایان و جامعه مورد بحث قرار خواهند گرفت.

فصول گنجانده‌شده در بخش دو، به مرور درمان‌های اختلالاتی اختصاص داده شده‌اند که در آنها رفتارها و خصوصیات ایذایی به‌عنوان علائم اصلی اختلال در نظر گرفته می‌شوند. در فصل ۵ درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD)، در فصل ۶ درمان اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه (ODD) و در فصل ۷ درمان اختلال سلوک (CD) مورد بحث قرار خواهند گرفت. درمان‌های اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه و اختلال سلوک به‌طور عمده بر جمعیت کودکان (کودکان و نوجوانان) متمرکز خواهد شد؛ حال اینکه اختلال ADHD در سرتاسر عمر مورد بررسی قرار خواهد گرفت (از جمله، درمان‌های دوره بزرگسالی). در فصل ۸ درمان اختلالات تیک (به‌خصوص اختلال توره) و در فصل ۹ درمان اختلال انفجاری متناوب مرور خواهند شد.

در بخش سه، درمان‌های مربوط به اختلالاتی مرور خواهند شد که در آنها خصوصیات ایذایی به‌عنوان علائم اصلی اختلال محسوب نمی‌شوند، اما به‌طور معمول در افرادی که تشخیص این اختلالات را دریافت کرده‌اند، دیده می‌شوند. در فصل ۱۰ درمان خصوصیات ایذایی مرتبط با اختلال طیف اوتیسم و کم‌توانی هوشی، در فصل ۱۱ درمان علائم ایذایی رایج در اختلالات خلقی و شخصیت و در فصل ۱۲ درمان خصوصیات ایذایی که به‌طور معمول در دلیریوم و سایر اختلالات عصبی-شناختی دیده می‌شوند، مرور خواهند شد.

اگرچه فهرست اختلالات مذکور، فهرست جامعی نیست و ممکن است خصوصیات ایذایی در

سایر اختلالات نیز دیده شوند، اما به دلیل رعایت اختصار تنها به آن دسته از علائم ایدایی پرداخته‌ایم که احتمال بروز یا همراهی آنها با سایر علائم بیشتر است. امیدوارم این کتاب کاربردی، راهنمایی‌های مورد نیاز را برای متخصصانی که در زمینه درمان بیماران مبتلا به این اختلالات چالش‌برانگیز تلاش می‌کنند، در اختیار آنها قرار دهد.

بخش ۱

سبب‌شناسی، همه‌گیری‌شناسی
و سیر اختلالات ایدایی

۱ دارودرمانی، آری یا نه

مقایسه فواید و چالش‌های درمان‌های

موجود در زمینه اختلالات ایدایی

جرج ام. کاپالکا و آنجلا ای. گورمن

از زمان فروید و کرپلین و حتی تا میانه قرن بیستم تصور بر آن بود که تنها دو گزینه شناخته‌شده برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی وجود دارد: بستری کردن طولانی‌مدت (و بیش از هر چیز استفاده بسیار زیاد از داروهای رخوت‌زا) در ارتباط با بیماری‌های روانی شدید و درمان روان‌تحلیلی فشرده برای افرادی که توانایی عملکرد در خارج از بیمارستان‌های روان‌پزشکی را دارا بودند. تصمیم‌گیری در زمینه تجویز رخوت‌زاها یا بستری کردن بیماران در وهله اول بر اساس میزان مختل شدن زندگی افراد پیرامون این بیماران تعیین می‌شد. به‌طور معمول، بیمارانی که رفتارهای ایدایی بسیار شدید (همچون خشونت) را نشان می‌دادند، تحت درمان رخوت‌زاها قرار گرفته و به احتمال بسیار بالایی بستری می‌شدند.

در طول پنجاه سال اخیر تحولات گسترده‌ای پدید آمده و چهره درمان‌های مرتبط با سلامت روان را دگرگون ساخته است. تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی تفاوت‌های ساختاری و کارکردی زیادی را در مغز خود نشان می‌دهند؛ برای نمونه، تخریب‌های کارکردی در قشر سینگولیت قدامی (ACC) در نوجوانان مبتلا به رفتارهای ایدایی شناسایی شده (گویتا و دیگران، ۲۰۱۲) و همچنین محققان کارکرد و نقش انتقال‌دهنده‌های عصبی مونوآمین همچون سروتونین و دوپامین را که نقشی کلیدی در شکل‌گیری اختلالات ایدایی ایفا می‌کنند مورد بررسی قرار داده‌اند (مالبرگ و دیگران، ۲۰۰۸). به‌طور کل، اکنون تصور می‌شود که فقدان تعادل در فعالیت بین مدارهای مغزی «گرم» و «سرد» زیربنای بسیاری از علائم و خصوصیات ایدایی است (برای مرور این مطلب، فصل ۲ را مطالعه کنید). هورمون‌های استرس، مانند کورتیزول، نیز در این زمینه نقش دارند؛ برای مثال ممکن است در پسران رابطه‌ای بین واکنش‌گری کورتیزول و

صفات سنگدلی-بی هیجانی (CU)، که اغلب در نوجوانان مبتلا به اختلالات رفتار ایذایی دیده می‌شود، وجود داشته باشد (فن دوپل و دیگران، ۲۰۰۴). این یافته با بدنه یافته‌های پژوهشی که بر همبستگی بین واکنش ناشی از محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-فوق‌کلیه (HPA) در هنگام تجربه استرس با ظهور رفتارهای ایذایی/پرخاشگرانه تأکید دارند، هماهنگ است (استادلر و دیگران، ۲۰۱۱).

از آنجا که احتمالاً تغییرات مغزی در احساسات و رفتارها منعکس می‌شوند، رویکردهای روان‌داروشناختی برای حل و فصل برخی از این عوامل زیست‌شناختی که حداقل مسئول بروز بخشی از این علائم شناخته می‌شوند، به وجود آمده‌اند. اثربخشی بسیاری از این رویکردها در کاهش (و گاهی اوقات حذف) بسیاری از علائم، از جمله رفتارهای ایذایی، تأیید شده و لذا مداخله داروشناختی مفید دانسته شده است؛ به خصوص در مواردی که علائم اختلال شدت بالایی داشته و به‌طور بالقوه خطرناک باشند.

اما امروزه بسیاری از منتقدان بر این باور هستند که گرایشی افراطی به درمان‌های دارویی پدید آمده است. از آنجا که سازمان غذا و داروی ایالات متحده محدودیت‌های موجود را در زمینه ارائه مستقیم تبلیغ دارو به مصرف‌کننده کاهش داده است (ایالات متحده یکی از دو کشور در جهان است که مجوز چنین تبلیغاتی را صادر کرده است)، تبلیغات مربوط به داروهای مختلف همه جا را پر کرده‌اند و در بیشتر ساعات روز تقریباً تمامی شبکه‌های رادیویی، تلویزیونی و اینترنتی را به خود اختصاص داده‌اند. این پدیده موجب شکل‌گیری فرهنگی شده است که بر مبنای آن، دارودرمانی به‌مثابه راه‌حل سریعی شناخته می‌شود که با کمترین تلاش یا هزینه، بهبودی را به ارمغان می‌آورد (البته در صورتی که فرد تحت پوشش خدمات بیمه‌ای باشد) و آثار مضر قابل ملاحظه بسیاری از این داروها از کانون توجه کنار رفته است. به‌علاوه، داروها موجب علاج نمی‌شوند، بلکه تنها علائم را کاهش می‌دهند؛ بنابراین هنگامی که مصرف دارو قطع شود احتمالاً علائم بیماری دوباره باز خواهند گشت.

بسیاری از متخصصان غیر پزشکی در حوزه سلامت روان این موارد را مد نظر قرار داده و به‌طور معمول تلاش می‌کنند تا اهمیت رویکردهای داروشناختی را اندک شمرده و در عوض بر درمان‌های روان‌شناختی تمرکز کنند. در طول پنجاه تا شصت سال اخیر پژوهش در زمینه انواع مختلف روان‌درمانی افزایش بسیاری یافته و درمان‌های اختصاصی متعددی برای بسیاری از اختلالات تهیه شده‌اند. این رویکرد به‌خصوص در زمینه جمعیت کودکان و سالمندان منطقی به‌نظر می‌رسد؛ زیرا ممکن است مصرف دارو در این جمعیت‌ها به واکنش‌های پیش‌بینی‌ناپذیر و خطرات دارویی منجر شود؛ اما آیا واقع‌بینانه است که روان‌درمانی را جایگزین نیاز به داروهای روانی کنیم؟ آیا بهبود علائم به میزانی هست که دیگر نیازی به دارودرمانی نباشد؟

سؤال مذکور به‌خصوص در حیطه علائم و رفتارهای ایذایی پرسش به‌جایی به حساب می‌آید.

اختلالات ایدایی، اختلالات ارجاعی شایعی برای دریافت خدمات روان‌پزشکی (جنسن و دیگران، ۲۰۰۷) و سلامت روان (زایسر و آبرگ، ۲۰۱۰) محسوب می‌شوند و بیشتر افرادی که با مبتلایان به این اختلالات مواجه می‌شوند، بایستی تصمیم بگیرند که بیمار را به پزشک ارجاع دهند یا روان‌درمانگر. در طرف دیگر، رفتارهای ایدایی شدت بالایی دارند که لازم است مشکلات آنها به‌طور سریع حل و فصل شود؛ زیرا مشکلاتی که بیماران و افراد پیرامون آنها در نتیجه اقدامات پرخاشگرانه و تکانشی بیمار تجربه می‌کنند دردسرساز و تخریب‌کننده است. این مطلب بیان می‌دارد که گرچه ممکن است درمان دارویی بهبود سریع‌تری را به همراه داشته باشد اما آیا این حقیقت به معنای آن است که درمان‌های روان‌شناختی لازم نیست؟ و آیا در صورت استفاده از رویکردهای درمانی ترکیبی (شامل درمان‌های روان‌شناختی و داروشناختی) فواید حاصل از درمان به بیشترین حد خود نمی‌رسد؟ از آنجا که مشارکت‌کنندگان کتاب حاضر با این سؤال روبه‌رو هستند و تلاش می‌کنند که راهنمایی مورد نیاز برای مخاطبان را در اختیار آنها قرار دهند، بنابراین مضامین مرتبط با این دیدگاه‌ها را به‌طور گسترده‌ای توضیح داده، به این عوامل پرداخته و به مخاطبان توصیه‌هایی خواهند کرد تا به آنها کمک کنند که بر جنبه‌های مهمی که برای انتخاب بهترین درمان ضروری است تمرکز کنند.

درمان داروشناختی اختلالات ایدایی

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که بسیاری از داروها در کاهش علائم و خصوصیات ایدایی اثربخش هستند. داروهای محرک عصبی به‌طور برجسته‌ای در کاهش تکانشگری (گروه مشارکتی MTA، ۱۹۹۹) نقش دارند؛ حال اینکه تثبیت‌کننده‌های خلق-شامل ضد تشنج‌ها (استنفورد و دیگران، ۲۰۰۱)، ضد روان‌پریشی‌های نامتعارف (بوتلار و دیگران، ۲۰۰۱)، لیتیوم (جونز و دیگران، ۲۰۰۱) و نیز ضد افسردگی‌های سرتونرژیک (به‌خصوص مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین یا همان SSRIs؛ کوکارو و دیگران، ۲۰۰۹) - در کاهش تمایل درونی به پرخاشگری و خشونت تکانشگرانه موفق بوده‌اند. البته، داروها با خطراتی همراه هستند و بیماران مصرف داروها را به درجات مختلفی تحمل می‌کنند؛ بنابراین بایستی بالینگران به‌طور مداوم سنگینی کفه فواید بر خطرات مصرف دارو را در نظر داشته باشند. در این حالت، بیماران بهترین نامزدهای دارودرمانی خواهند بود.

در اغلب موارد، توجه به شدت علائم برای تصمیم‌گیری در زمینه انتخاب دارودرمانی مؤثر است؛ برای مثال، احتمالاً تکانشگری یا سراسیمگی خفیف پاسخ خوبی به روان‌درمانی می‌دهد؛ با این حال ممکن است درمان علائم شدیدتر برای روان‌درمانگران کار دشواری باشد؛ به همین دلیل برطرف کردن علائم شدید و خطرناک احتمالاً نیازمند درمان‌های روان‌داروشناختی خواهد بود؛ بنابراین بیشتر بالینگران درمی‌یابند که به‌طور معمول، افراد دارای مشکلات جدی در خودکنترلی و پتانسیل بالا برای

خشونت نیازمند رویکردی هستند که درمان داروشناختی را شامل شود. برای نمونه، جنسن و دیگران (۲۰۰۷) تأیید می‌کنند که به‌طور معمول استفاده از عوامل سایکوتروپیک به مواردی محدود می‌شود که علائم اختلال شدیدتر بوده و به مداخلات روان‌شناختی صرف پاسخگو نباشد.

درحالی‌که درمان‌های روان‌شناختی اثربخش هستند، اما سیر بهبودی ناشی از آنها تدریجی بوده و ظهور بهبودی نیازمند شرکت در جلسات درمانی متعدد است. حتی مواردی که «درمان‌های کوتاه‌مدت» نامیده می‌شوند نیز به‌طور معمول نیازمند ۸ تا ۱۵ جلسه هستند تا بهبودی‌های معنادار مورد انتظار حاصل شود. از آنجا که علائم ایدایی برای بیمار ناتوان‌کننده بوده و خطرات قابل ملاحظه‌ای را بر افراد پیرامون او تحمیل می‌کنند، انتظاری چنین طولانی برای بهبودی به مصلحت نیست. برعکس، بسیاری از درمان‌های داروشناختی دستکم بهبود مختصری را در اولین روزهای شروع مصرف دارو نشان می‌دهند؛ اگرچه چند هفته (در برخی از موارد چهار تا شش هفته) لازم است تا پاسخ کامل‌تری به درمان در فرد ظاهر شود. البته بازهم دارودرمانی از درمان‌های روان‌شناختی سریع‌تر است و ممکن است در طول یک دوره یک‌سان، میزان بهبود مشاهده‌شده در نتیجه مصرف داروها بیشتر از بهبود مشاهده‌شده در روان‌درمانی باشد.

برای اینکه درمان‌های روان‌شناختی اثربخش واقع شوند، لازم است بیماران به‌طور منظم در جلسات درمانی شرکت کنند. اگر پیشرفت سریعی مورد نیاز باشد، لازم است جلسات حداقل یک‌بار در هفته برگزار شوند؛ حال اینکه ممکن است رانندگی به سمت دفتر روان‌شناس به‌طور هفتگی و گذراندن یک ساعت در دفتر او برای برخی از بیماران (یا خانواده‌ها) که با محدودیت‌های زمانی شدیدی مواجه‌اند دشوار باشد. وقتی بیمار یک کودک یا نوجوان باشد، بایستی روان‌درمانی در خارج از ساعات مدرسه صورت گیرد؛ زیرا غیبت هفتگی از مدرسه برای شرکت در روان‌درمانی نه برای خانواده امکان‌پذیر بوده و نه برای دانش‌آموز سودمند است.

هزینه روان‌درمانی هفتگی نیز برای بسیاری از خانواده‌ها بسیار گران است و افراد اندکی توانایی پرداخت هزینه‌های آن را دارند. بیمه درمانی بیشتر بیماران در ایالات متحده توسط برنامه‌های خصوصی پوشش داده می‌شوند که به‌طور معمول توسط کارفرمایان پرداخت می‌شوند. کیفیت این‌گونه پوشش‌ها بسیار متفاوت است. متأسفانه در اغلب موارد، خدمات سلامت روان در صنعت خدمات سلامت به‌عنوان «فرزند ناتنی» شناخته می‌شود و سطوح پوشش درمان‌های سلامت روان اغلب کمتر از درمان‌های پزشکی است. اگرچه قوانین فدرال و ایالتی این شکاف را برطرف کرده‌اند، اما هنوز محرومیت‌های بسیاری وجود دارند و نابرابری بین پوشش خدمات بیمه سلامت روان و پزشکی پابرجا است.

محدود کردن دسترسی بیمار به خدمات درمانی یکی از روش‌های کاهش هزینه‌های خدمات

سلامت است. بسیاری از افرادی که از پوشش مدیریت‌شده خدمات سلامتی برخوردار هستند، از مزایایی بهره می‌برند که صرفاً «بر روی کاغذ» معنا دارد و وقتی این افراد در پی جستجوی درمان برمی‌آیند، مزایای مورد نظر تقریباً ناپدید می‌شوند. مسئولین بیمه نیاز بیمار به دریافت خدمات را بررسی می‌کنند. این بررسی‌ها موجب تأخیر در جلسات شده و در تداوم دریافت خدمات اختلال ایجاد می‌کنند. این مسئولین در ابتدا شرکت در چهار تا شش جلسه را تحت پوشش بیمه قرار می‌دهند و برای برگزاری هریک از جلسات بعدی به بررسی‌های بیشتری نیاز خواهد بود. مجوز ادامه درمان با نظر مسئولین بیمه صادر می‌شود و وقتی آنها بر این باور باشند که بیمار پیشرفت کافی را نشان داده است و یا پیشرفت کافی آشکار نیست، احتمالاً اجازه ادامه درمان صادر نخواهد شد. اگرچه هر فرد بیمه‌شده می‌تواند درخواست بررسی مجدد کند، اما این درخواست‌ها در داخل همان شرکت بیمه بررسی می‌شود و در صورتی که بیمه‌کننده از صدور اجازه برای ادامه درمان خودداری کند، بیماران به‌طور معمول به منابع بیرونی دسترسی نخواهند داشت. آنچه موجب بدتر شدن اوضاع می‌شود این است که فرایند درخواست‌ها چندین ماه به طول می‌انجامد؛ در این حین بیماران هیچ‌گونه خدماتی را دریافت نکرده و در بحث علائم ایدایی همچنان خطرانی را بر خود و افراد پیرامون خویش تحمیل می‌کنند.

چالش دیگر اینکه میلیون‌ها کودک و نوجوان در ایالات متحده به پوشش خدمات سلامت دسترسی ندارند. گرچه مسئولان فدرال و ایالتی برای پر کردن این شکاف تلاش می‌کنند، اما همچنان بخش مهمی از جامعه آمریکا فاقد پوشش بیمه‌ای است و این افراد نمی‌توانند از پس هزینه‌های سلامت روان برآیند. نهادهای متعددی وجود دارند که خدماتی را به این افراد ارائه می‌کنند، از جمله شبکه‌های مراکز سلامت روان جامعه (CMHCs) خدمات مراقبتی لازم را برای افراد نیازمند فراهم می‌کنند که گاهی اوقات بدون هیچ هزینه‌ای (و در مواقع دیگر با کمترین هزینه) صورت می‌گیرد. با این حال مشغولیت‌های کاری CMHCs در بیشتر ایالت‌ها بسیار زیاد بوده و زمانی طولانی (در برخی مواقع تا هشت هفته) مورد نیاز است تا این نهاد توانایی عرضه خدمات را داشته باشد. در این فاصله زمانی، بیماران رنج می‌کشند و درمانی را دریافت نمی‌کنند. به‌علاوه، ممکن است نزدیک‌ترین مرکز CMHC برای ساکنان نواحی روستایی بسیار دور باشد. بنا بر دلایلی که ذکر شد، ممکن است بیماران و خانواده‌های آنها به‌جای مداخلات روانی-اجتماعی یا در کنار این مداخلات، به درمان‌های داروشناختی نیز احتیاج داشته باشند.

درمان‌های روان‌شناختی اختلالات ایدایی

اگرچه دلایل خوبی در زمینه مناسب بودن دارودرمانی برای برخی از بیماران وجود دارد، اما درمان‌های