

درمان اختلالات کنترل تکانه:
یک برنامه درمانی شناختی-رفتاری
راهنمای درمانگر

درمان اختلالات کنترل تکانه:
یک برنامه درمانی شناختی-رفتاری
راهنمای درمانگر

تألیف

جان ای. گرانت

کریستوفر بی. دوناهو

برایان ال. ادلاگ

ترجمه

دکتر هادی هاشمی رزینی

عضو هیات علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی

دکتر رزینا ارشاد سرابی

مدرس دانشگاه



فهرست مطالب

۷.....	مقدمه مترجمان
۱۷.....	دربارهٔ TREATMENTSTHATWORK™
۱۹.....	تقدیر و تشکر
۲۱.....	فصل ۱ اطلاعات مقدماتی برای درمانگران
۳۵.....	فصل ۲ سنجش
۴۳.....	فصل ۳ جلسهٔ ۱: آموزش و ارتقاء انگیزه
۵۵.....	فصل ۴ جلسه ۲: برنامه‌ریزی مالی، برنامه‌ریزی برای راه‌اندازهای اختلالات کنترل تکانه،
۶۳.....	فصل ۵ جلسهٔ ۳: مداخلات رفتاری
۷۵.....	فصل ۶ جلسه ۴: مواجهه تصویری
۹۵.....	فصل ۷ جلسهٔ ۵: باورهای تکانشی: درمان شناختی
۱۰۷.....	فصل ۸ جلسهٔ ۶: پیشگیری از عود
۱۱۰.....	فصل ۹ جلسهٔ ۷: مشارکت خانواده (اختیاری)
۱۱۵.....	ضمیمه مقیاس‌های سنجشی
۱۷۹.....	منابع و پیشنهادات برای مطالعه بیشتر
۱۸۰.....	دربارهٔ نویسندگان
۱۸۱.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۱۸۳.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

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 خویشتن و احساس گناه بکنند که احساس لذت آنها را از بین می‌برد. در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، هفت نوع اختلالات کنترل تکانه ذکر شده است، این هفت طبقه عبارتند از:

اختلال لجبازی نافرمانی، اختلال انفجاری متناوب، اختلال سلوک، آتش‌افروزی بیمارگون، دزدی بیمارگون، اختلال اخلاگر، کنترل تکانه و سلوک مشخص دیگر، اختلال اخلاگر، کنترل تکانه و سلوک نامشخص. علاوه بر این در این کتاب اختلال قماربازی و خرید اجباری نیز اشاره شده است.

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 خصوصیات 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 تامین 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 وام دهنده محدود شود، برای تامین پول قمار ممکن است دست به اقدامات ضداجتماعی بزنند. هر گونه 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.

همچنین آتش افروزی بیمارگون عبارت است از؛ برپاکردن حریق به صورت مکرر و هدفمند. خصوصیات مرتبط با آن عبارتند از: احساس تنش یا انگیزتگی عاطفی پیش از آتش‌افروزی، شیفتگی، علاقه یا کنجکاوی و مجذوبیت نسبت به آتش، فعالیت‌ها و تجهیزات مرتبط با آتش‌نشانی، احساس لذت، رضایت یا تسکین هنگام آتش‌افروزی یا هنگام مشاهده حریق یا شرکت در پیامدهای آن. بیماران ممکن است پیش از شروع آتش‌افروزی تدارکات پیشرفته قابل ملاحظه‌ای در نظر بگیرند. جنون آتش‌افروزی 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. مبتلایان به جنون آتش‌افروزی از تماشاگران همیشه حاضر حریق درحوالی منزل خود هستند، به کرات زنگهای خطر را به دروغ به صدا درمی‌آورند و نسبت به احضار آتش‌نشانی علاقه نشان می‌دهند. کنجکاوی آنها بسیار مشهود است ولی نسبت به اعمال خود هیچ گونه احساس پشیمانی ندارند و نسبت به پیامدهای حریق برای زندگی انسان‌ها و اموال آنها بی‌تفاوت هستند. آتش‌افروزها ممکن است از تخریب ناشی از حریق احساس رضایت کنند و اغلب سرنخ‌های آشکاری برجا می‌گذارند. خصوصیات شایع همراه عبارت است از: مسمومیت الکلی، کژکاری جنسی، ضریب هوش کمتر از حد طبیعی، ناکامی‌های شخصی مزمن و نفرت از صاحبان قدرت. در برخی موارد آتش‌افروزها با آتش‌دچار تحریک جنسی می‌شوند.

افرادی که دچار این اختلال کنترل تکانه ای هستند عمداً آتش روشن می‌کنند بدون

اینکه به خرابی یا جراحاتی که ممکن است این کار ایجاد کند توجهی داشته باشند. بسیاری از متخلفان محکوم شده که شواهدی از اختلال آتش‌افروزی داشته‌اند اغلب نشانه‌هایی از اختلالات شخصیت مانند مخالفت با اصول اجتماعی یا اختلال شخصیتی مرزی نیز دارند.

همچنین دزدی بیمارگون یا کلپتومانیا اختلالی است که در آن فرد با نوعی اجبار و وسواس برای دزدی کردن و سرقت روبه‌رو می‌شود. فرد بیمار وسایلی را که به آن‌ها نیازی ندارد به سرقت می‌برد. در واقع فرد توانایی خرید آن را دارد اما می‌خواهد آن را بدزدد. این اختلال می‌تواند خود را در دوره نوجوانی نشان دهد. از آنجایی که سرقت یک جرم محسوب می‌شود، این اختلال برای افراد دردهای زیادی را ایجاد می‌کند و اغلب فرد مبتلا را با عذاب وجدان و پشیمانی زیادی مواجه می‌سازد. اطلاع از علل و علائم این بیماری به تشخیص هر چه سریع‌تر و درمان کمک می‌کند. از علائم دزدی بیمارگون فرد نمی‌تواند خود را در مقابل دزدی کنترل کند، کششی درونی او را به این سمت هدایت می‌کند. این دست از افراد قبل از دزدی با مشکلاتی دست و پنجه نرم می‌کنند. مثلاً ممکن است یک تنش و یا یک دعوا را پشت سر گذاشته باشند. در واقع وقتی سرقت را انجام می‌دهند نوعی احساس رضایت خاطر به آن‌ها دست می‌دهد که موجب می‌شود اضطراب و استرس و افکار وسواس‌گونه‌ی خود را فراموش کنند افرادی که به این اختلال مبتلا هستند برای رفع نیاز مادی خود دزدی نمی‌کنند، یعنی هیچ انگیزه مالی برای آن‌ها وجود ندارد و بیشتر به دلیل احساس رضایت و آرامش بعد از دزدی این کار را انجام می‌دهند. نکته عجیبی که در مورد این افراد وجود دارد این است که آن‌ها معمولاً وسایلی را که به سرقت می‌برند در جایی ذخیره می‌کنند که شاید اصلاً آن را مورد استفاده قرار ندهند. تعدادی از آن‌ها نیز این اشیاء را به اعضای خانواده و یا دوستان خود به عنوان هدیه می‌دهند و برخی نیز بعد از مدتی سعی می‌کنند هر چیزی را که دزدیده‌اند، پس دهند. کسانی که از این اختلال رنج می‌برند دزدی‌های خود را بدون حساب و کتاب دقیق و بدون داشتن برنامه از پیش تعیین‌شده انجام می‌دهند. ممکن است محل سرقت را در مکان‌های عمومی انتخاب کنند و یا این احتمال وجود دارد که به مکان‌های خلوت بروند. به همین دلیل این افراد هیچ روند ثابتی برای دزدی ندارند. این افراد با احساس مقاومت زیادی در برابر دزدی دست و پنجه نرم می‌کنند که متأسفانه نمی‌توانند مقاومت را به پایان برسانند و عمل دزدی را انجام می‌دهند. معمولاً وقتی عمل دزدی را انجام می‌دهند وسایلی را انتخاب

می‌کنند که ارزش زیادی ندارد و اما با انجامش احساس رضایت و رفع نیاز می‌کنند. این نشانه‌های کلیدی است که می‌توان با آن تشخیص داد فرد یک دزد واقعی است و یا دزد بیمارگون است.

اختلال سلوک نیز یکی دیگر از اختلال‌های در حوزه اختلالات کنترل تکانه است. مهمترین ویژگی اختلال سلوک الگوی پایدار و مداوم رفتارهایی است که در آن حقوق دیگران، هنجارها و قوانین اساسی اجتماعی متناسب با سن کودک نادیده گرفته می‌شود. ویژگی‌های رفتاری افراد با اختلال سلوک را می‌توان در چهار دسته قرار داد: پرخاشگری که موجب آسیب بدنی به سایر افراد یا حیوانات می‌شود یا تهدیدی برای آنان حساب می‌شود؛ آسیب به اموال یا تقلب و سرقت، سرپیچی از قوانین و مقررات. اختلال سلوک، مجموعه‌ای از رفتارهای اجتماعی ضد پایدار در کودکان است که باعث اختلال در چند زمینه‌ی عملکردی آنان می‌شود و ویژگی آن پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است. اختلال سلوک اختلال و نافرمانی مقابله‌ای مربوط به دوران کودکی و نوجوانی هستند. علامت اساسی اختلال سلوک، الگوی تکراری و پیوسته رفتاری است که در آن حقوق اساسی دیگران متناسب با سن فرد نقض می‌شود. این گونه رفتارها در سه مورد (یا بیشتر) از معیارهای زیر در ۱۲ ماه گذشته باید وجود داشته باشند: رفتار پرخاشگرانه که موجب تهدید یا صدمه رساندن به سایرین یا حیوانات می‌شود، رفتاری که موجب آوردن وارد زیان یا خسارت مالی می‌شود، فریبکاری دزدی، نقص جدی مقررات. مشکلات سلوک به آن دسته از رفتارهای ضد اجتماعی اشاره دارد که نشان می‌دهد فرد در انطباق با انتظارات یا اشخاص صاحب قدرت در زندگی (مثل والد یا معلم) و یا هنجارهای اجتماعی یا احترام به حقوق دیگران ناتوان است. این رفتارها می‌تواند کشمکش‌های خفیف یا منابع قدرت (تقابل، عدم اطاعت و مجادله)، انحراف عمده از هنجارهای اجتماعی (فرار از مدرسه و منزل) تا دست درازی جدی به حقوق دیگران (تهاجم، تجاوز جنسی، تخریب، آتش‌افروزی، دزدی) را در برگیرد. این کودکان از لحاظ اجتماعی در تعاملات شان با بزرگسالان نیز شایستگی لازم را ندارد و کمتر احتمال دارد به نمادهای قدرت در بین بزرگسالان احترام بگذارند، مؤدبانه عمل کنند و به طریقی پاسخ دهند که تعاملات مثبت آنها ارتقا یابد. کمبودهای تحصیلی از دیگر مشکلات مطرح در این کودکان است و اغلب سطوح پایینی از پیشرفت تحصیلی از دیگر مشکلات مطرح در این کودکان است و

اغلب سطوح پایینی از پیشرفت تحصیلی را نشان می‌دهند و در مدرسه مردود می‌شوند. رفتارهای پرخاشگرانه و ایذایی این کودکان در ارتباط با مشکلات آنها در فهم مقتضیات موقعیت‌های اجتماعی، حل مسأله بین شخصی، تفسیر اشتباه اعمال دیگران، زورگویی و عزت نفس پایین مرتبط با نقص‌های اجتماعی است. برای رهایی از اثرات مخرب سلوک برخورد فرد، خانواده، مدرسه و در نهایت جامعه باید برنامه‌ها و راهکارهای مؤثر درمانی اندیشیده شود. بهتر است اختلالات سلوک را یک بیماری مزمن در نظر گرفت که به مداخله بازنگری و ارزیابی مستمر در طول زندگی فرد نیاز دارد. با این توصیف درمان اختلال سلوک به دلیل شیوع مشکل و پیش‌آگهی ضعیف آن اولویت مهمی را مطرح می‌کند و به لحاظ تاثیر مجموعه رفتارهای این اختلال بر دیگران و جامعه در سطح وسیعی دارای اهمیت بالینی و اجتماعی است. هیچ روش درمانی برای تمام طیف رفتارهایی که در اختلال سلوک سهیم‌اند درمان بخش‌شمرده نمی‌شود، انواعی از درمان‌ها ممکن است برای اجزاء خاصی از اختلال مزمن مفید باشند. برنامه‌های درمانی در کاهش علائم آشکار اختلال سلوک موفق‌تر از علائم پنهانی بوده‌اند. به نظر می‌رسد طرح ریزی برنامه درمانی موثر برای علائم پنهانی اختلال سلوک دشوارتر از چنین طرحی برای پرخاشگری آشکار است.

اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه نیز یکی از مهمترین اختلال در حوزه کنترل تکانه است. اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه به معنای اختلال دفاعی مقابله‌ای است و والدین کودک یا نوجوانی که اغلب خشمگین و تحریک‌پذیر است، برای هرچیزی جر و بحث راه می‌اندازد، رفتار کینه توزانه و انتقام‌جویانه دارد، بیش از حد زودرنج و حساس است، فعالانه و عمداً از انجام درخواست‌های والدین سر باز می‌زند، باعث ناراحتی آنها می‌شود، در اشتباه‌ها و مشکلات خود دیگران را مقصر می‌داند و آنها را سرزنش می‌کند، باید به این اختلال شک کنند زیرا این رفتارهای مقابله‌جویانه معمولاً در برابر افراد بزرگسالی رخ می‌دهد که کودک یا نوجوان با آنها آشناست؛ مانند والدین و در مواردی نیز معلمان و اولیای مدرسه. گاهی هم این رفتارها فقط با والدین دیده می‌شود و در سایر موقعیت‌ها رفتار کودک یا نوجوان کاملاً موجه است، بنابراین ممکن است این کودکان در هنگام معاینه بالینی نشانه‌های اندکی بروز دهند یا اصلاً علامتی نشان ندهند پس دقت والدین و آگاهی آنها در تشخیص اهمیت بالایی دارد.

تظاهرات اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه بدون استثناء در خانه بروز می‌کند ولی ممکن

است در مدرسه یا در مقابل سایر بزرگسالان یا همسالانش ظاهر نشود. این کودکان ممکن است در معاینه بالینی هیچ علامتی بروز ندهند یا علائم محدودی نشان دهند. این اختلال در ارتباطات اجتماعی تداخل می‌کند و ممکن است اعتماد بنفس فرد پایین بیاید، هم چنین ممکن است تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات عصبانیت نیز وجود داشته باشد. این اختلال ممکن است به طور موقت در واکنش به استرس ظاهر شود، این حالت نوعی اختلال انطباق نیز محسوب می‌شود. وقتی اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در جریان اختلال سلوک، اسکیزوفرنی یا اختلال خلق ظاهر شود نباید تشخیص اختلال نافرمانی گذاشته شود. رفتارهای منفی کارانه ممکن است در پیش‌فعالی، اختلالات شناختی و عقب‌ماندگی ذهنی دیده شود. برخی کودکان که تشخیص این اختلال را دریافت کرده‌اند ولی پرخاشگری در آنها بیشتر است ممکن است چند سال بعد واجد ملاک‌های اختلال سلوک شوند. هم چنین در آینده احتمال خطر مصرف مواد افزایش می‌یابد. مهارت‌های تربیتی خانواده در فرجام این اختلال بسیار مهم است. در خانواده‌هایی که والدین دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌باشند و یا مصرف مواد وجود دارد خطر ابتلا افزایش می‌یابد. علت اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، استعداد ذاتی برای ابراز وجود قاطعانه در این افراد، برخورد افراطی و لجبازی والدین جهت ثابت کردن حرف خودشان است.

اختلال انفجاری متناوب، در دسته‌بندی اختلالات کنترل تکانه جای می‌گیرند. این اختلال با شکست خوردن مقاومت فرد در برابر تکانش‌های خشونت‌آمیز شناخته می‌شود که این شرایط منجر به حمله (یورش)های جدی، تخریب اموال یا خشونت مکرر کلامی به شکل بداخلاقی یا سخنرانی طولانی و شدیدالحن می‌شود. تحدید یا واقعاً آسیب رساندن به فردی دیگر و عمدتاً شکستن یا صدمه زدن به اشیاء عموماً قیمتی مثال‌هایی از این نوع رفتار می‌باشند. میزان خشونت که در هر بار بروز داده می‌شود، بطرز فاحشی نامتناسب با هرگونه تحریک یا استرس موقعیتی می‌باشد اشخاص هر مرتبه از بروز این وضعیت را به عنوان «شوکه‌ها» یا «حمله‌ها» توصیف می‌کنند که در آنها رفتار انفجاری جلوتر توسط یک حس تنش یا برانگیختگی ایجاد شده و بلافاصله حس رها شدگی و آرامش به دنبال آن رخ می‌دهد. معمولاً پشیمانی خالصانه‌ای پس از غلیان اظهار می‌شود. کمی بعد، شخص ممکن است نسبت به رفتارش غمگین، پشیمان یا خجالت‌زده شود. اغلب با شروع در اواخر کودکی یا

نوجوانی، این اختلال معمولاً جلوتر از اختلالات افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد رخ می‌دهد یا ممکن است حداقل زمینه را برای رخ دادن این اختلالات فراهم کند. برآوردهای محافظه کارانه نشان می‌دهد اختلال انفجاری متناوب در ۲/۷ درصد از جمعیت قابل ردیابی است. اغلب بیماران مردان جوانی هستند که دارای سوابقی چون تصادف رانندگی مکرر، تخلفات حین حرکت (رانندگی) و احتمالاً تکانش‌گری‌های جنسی هستند. این بیماران ممکن است که حساسیت شدیدی نسبت به الکل از خود نشان دهند. اختلال انفجاری متناوب، توسط چندین مرتبه شکست مقاومت در برابر تکانش‌های پرخاشگرانه شناسایی می‌شود. طغیان‌ها عموماً کمتر از نیم ساعت بطول می‌انجامند و می‌توانند منجر به رفتارهایی تجاوز کارانه یا تحریب اموال شود. میزان خشونت‌ی که در هر دفعه از این حالت ابراز می‌شود، بشدت نامتناسب با هر ریشه روانی-اجتماعی است. برای اینکه شخصی با اختلال انفجاری متناوب تشخیص داده شود، فرد بایستی بطور حدودی دوبار در هفته به مدت سه ماه از خود خشونت کلامی یا فیزیکی نسبت به اموال، حیوانات یا مردم دیگر نشان دهد. این نوع از خشونت لزوماً نباید به آسیب وارد کردن به اموال یا مجروح کردن حیوانات یا مردم دیگر منجر شود. همچنین شخصی که در طول دوره ۱۲ ماه، سه مرتبه طغیان‌های خشونت‌آمیزی داشته که حاصل آن آسیب رسیدن به اموال یا حمله فیزیکی که منجر به مجروح شدن شده باشد، مورد تشخیص اختلال انفجاری متناوب قرار می‌گیرد. به طور کلی، این طغیان‌ها مختصر و تکانشی هستند و همینطور از پیش فکر شده یا عمدی نمی‌باشند. برای تشخیص اختلال انفجاری متناوب بهتر است که اپیزودها یا دفعات پرخاشگری با اختلال روانی دیگری مثل اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال شخصیت مرزی، اختلال روان‌پریشی، دوره جنون، اختلال رفتاری یا اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی اشتباه گرفته شود. آنها همچنین ممکن است که بخاطر تأثیر مستقیم فیزیولوژیکی یک ماده مثل دارو یا سوء مصرف مواد یا یک وضعیت کلی پزشکی مثل ضربه مغزی یا آلزایمر نباشند. افراد دارای اختلال انفجاری متناوب، برخی اوقات انگیزه‌های شدید را پیش از رفتارهای خشونت‌آمیز، پرخاشگرانه توصیف می‌کنند. دوره‌های انفجاری ممکن است که با علائم احساسی مثل کج‌خلقی یا خشم، انرژی افزایش یافته، افکار رقابتی در حین تکانش‌ها و رفتارهای خشونت‌آمیز و همینطور آغاز سریع خلق افسرده و خسته پس از رفتارها مربوط باشد. برخی افراد نیز گزارش داده‌اند که معمولاً قبل یا همراه با دوره‌های پرخاشگرانه‌شان علائمی نظیر مور مور شدن، لرز، تپش قلب، احساس تنگی

قفسه سینه، فشار در سر یا شنیدن انعکاس صدا را تجربه می‌کنند. اختلال ممکن است که عواقب قابل توجهی بر روی عملکرد روزانه داشته باشد. در نتیجه این اختلال می‌تواند باعث از دست دادن شغل، تعلیق از مدرسه، طلاق، دشواری در روابط بین فردی یا دیگر ناتوانی‌هایی در حوزه اجتماعی و شغلی، تصادفات (مربوط به وسایل نقلیه)، بستری شدن بخاطر جراحات ناشی از دعوها یا تصادفات، مشکلات مالی، حبس یا دیگر مشکلات قانونی شود.

اختلال خرید اجباری، نیز نوعی اختلال است که مشخصه آن وسواس در رفتار خرید است که نتایج منفی‌ای در پی دارد. این اختلال با احساس نیاز شدید و غیرقابل کنترل به خرید تجربه می‌شود. فرد مبتلا به این اختلال در مواجهه با احساسات گوناگون مانند استرس، یا نگرانی تمایل بالایی به خرید غیرضروری پیدا می‌کند. بیمار با خرید، کاهش تنش و کاهش اضطراب پیدا می‌کند ولی پس از خرید احساس ندامت و پشیمانی می‌کند. برآوردها نشان می‌دهد این اختلال در یک تا شش درصد افراد جامعه وجود دارد و بیشتر زن‌ها به آن دچار می‌شوند. این بیماری از سن هجده سالگی شروع به خودنمایی می‌کند. از آنجا که بیشترین مبتلایان، زن هستند، به خرید لباس و وسایل تزئینی علاقه زیادی دارند. مشغولیت بیش از اندازه به خرید، پریشانی و آشفتگی به دنبال خرید اجباری و وسواس خرید به دوره‌های افراط و تفریط محدود نشود. اعتیاد به خرید که اختلال خرید اجباری یا خرید وسواسی نیز نامیده می‌شود به بیماری گفته شده که در آن فرد مبتلا کنترلی روی میلش به خرید نداشته باشد و بدون در نظر گرفتن عواقب کارش به صورت اجباری به خرید کردن روی آورد. تحقیقات نشان داده که تقریباً ۱۰ الی ۱۵ درصد افراد با شدت‌های مختلف این بیماری را بروز می‌دهند. خرید وسواسی می‌تواند عواقب بدی در پی داشته باشد و فرد مبتلا را با مشکلات مالی و بدهی درگیر کند. در این مقاله در خصوص علائم و روش‌های درمان این اختلال صحبت شده است.

تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد بهترین درمان ممکن برای اختلال‌های گفته شده در بالا که به عنوان اختلال‌های کنترل تکانه معروف هستند، درمان شناختی رفتاری است. درمان شناختی- رفتاری رویکردی است مبتنی بر عقل سلیم که بر دو اصل بنیادی استوار است: نخست، این که شناخت‌واره‌های ما اثری کنترل‌کننده بر هیجان‌ها و رفتار ما دارند؛ و دوم اینکه چگونگی عملکرد یا رفتار ما اثری قوی در الگوهای فکری و

هیجان‌های ما می‌گذارند. عناصر شناختی این دیدگاه، به وسیله‌ی فیلسوفان سوفسطایی مانند اپیک تتوس، سیسرون، سه نه کا و دیگران، سده‌ها پیش از آن که درمان شناختی-رفتاری معرفی شود شناسایی شده بودند. اپیک تتوس فیلسوف سوفسطایی یونان می‌نویسد: آنچه انسان‌ها را آشفته می‌سازد وقوع حوادث نیست، بلکه نظرگاه آنان درباره‌ی آن حوادث است. هدف درمانی اصلی در رفتاری شناختی شناخت‌ها (افکار/تصاویر ذهنی هستند و نظریه شناختی اختلال‌های هیجانی، بر آن است که شناخت‌ها نقش محوری در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی دارند. علاوه بر این، طبق نظریه شناختی اختلال‌های مختلف محتواهای شناختی متفاوتی دارند. برای مثال، در افسردگی نگاه فرد نسبت به دنیای شخصی منفی است، در حالی که فرد مضطرب دنیای شخصی خود را خطرناک ارزیابی می‌کند. ساختارهای شناختی متفاوت اختلال‌ها منجر به پروتکل‌های درمانی متفاوتی می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری برای اختلال‌های روانی شایعی که شدت خفیف تا متوسط دارند، درمان مؤثری است. درمان مؤثر و آسان شناختی-رفتاری به درمانگران کمک می‌کند تا به شیوه آسان، ساختارمند و زمان‌بندی شده به درمان مراجعین بپردازند. همچنین نیاز به درمان بیشتر یا ارجاع را مشخص کرده لذا دسترسی به خدمات رفتاری شناختی را گسترش می‌دهد. درمان شناختی-رفتاری درحال حاضر برای درمان تعداد زیادی از اختلالات، از جمله هراس‌ها (فوبیا)، اعتیاد، افسردگی و اضطراب به کار گرفته می‌شود. درمان شناختی-رفتاری عموماً کوتاه مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارشان هستند را شناسایی کند و تغییر دهد. درمان شناختی-رفتاری در سال‌های اخیر هم در بین بیماران و هم درمانگران محبوبیت زیادی یافته است. از آنجا که درمان شناختی-رفتاری، یک درمان کوتاه‌مدت است معمولاً کم هزینه‌تر از سایر گزینه‌های درمانی است. مزایای این روش درمانی از نظر تجربی به اثبات رسیده و نشان داده شده است که به طور مؤثری به بیماران در غلبه بر انواع گسترده‌ای از رفتارهای ناسازگارانه کمک می‌کند.

در این کتاب با عنوان درمان اختلالات کنترل تکانه: یک برنامه درمانی شناختی رفتاری (کتاب کار درمانگران)، در نه فصل و در مجموع هفت جلسه روان‌درمانی به درمانگران کمک می‌کند که بر مشکلات اختلال لجبازی نافرمانی، اختلال انفجاری متناوب، اختلال سلوک، آتش‌افروزی بیمارگون، دزدی بیمارگون، اختلال قماربازی و خرید

اجباری غلبه کنند. مترجمان این کتاب دکتر هادی هاشمی رزینی عضو هیأت علمی دانشگاه خوارزمی و دکتر روزیتا ارشاد سرابی دارای دکتری تخصصی روان‌شناسی می‌باشند. از همه دوستان گرامی که در طول دوره ترجمه به مترجمان کمک کردند، تقدیر و تشکر می‌کنم. امیدوارم این کتاب به همه درمانگران کمک کند.

دکتر هادی هاشمی رزینی

عضو هیات علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی

دکتر روزیتا ارشاد سرابی

دکتری تخصصی روان‌شناسی

دربارهٔ TreatmentsThatWork™

طی چند سال اخیر پیشرفت‌های قابل توجهی در حوزهٔ مراقبت سلامت رخ داده است، درعین حال شواهد پژوهشی بسیاری از مداخلات و راهبردهای شناخته‌شده در سلامت روان و پزشکی رفتاری را مورد سؤال قرار داده و نشان داده‌اند که این روش‌ها نه تنها ممکن است سودمند نباشند بلکه شاید آسیب‌رسان نیز باشند. همچنین استانداردهای کنونی پژوهشی بیانگر سودمندی برخی روش‌های دیگر هستند و این منجر به توصیه‌های گسترده مبنی بر این شده است که این روش‌ها باید در دسترس عموم قرار گیرد. این تحول قابل توجه بر پایهٔ برخی پیشرفت‌های اخیر قرار دارد. اول اینکه درک ما از آسیب‌شناسی، هم روان‌شناختی و هم جسمانی، بسیار عمیق‌تر شده است و این به توسعه مداخلات دقیق‌تر و معین‌تر منجر شده است. دوم اینکه پیشرفت قابل توجهی در روش‌شناسی‌های پژوهشی حاصل شده است، به گونه‌ای که مشکلات روایی درونی و بیرونی کاهش یافته است و پیامدها را می‌توان به شکل مستقیم‌تری بر موقعیت‌های بالینی اعمال کرد. سوم اینکه دولت‌ها، سیستم‌ها و سیاست‌گذاران حوزه سلامت روان در نقاط مختلف جهان دریافته‌اند که کیفیت مراقبت نیاز به بهبود دارد، مراقبت باید بر مبنای شواهد پژوهشی باشد و اینکه تحقق این امر به نفع عموم مردم است (بارلو، ۲۰۰۴؛ نهاد پزشکی، ۲۰۰۱).

مسلماً یک چالش عمده بالینگران در همهٔ نقاط جهان دسترسی به مداخلات روان‌شناختی جدید مبتنی بر شواهد پژوهشی است. کاری که از کارگاه‌ها و کتاب‌ها برمی‌آید این است که بالینگران مسئول و باوجدان را با آخرین روش‌های مراقبت سلامت رفتاری و کاربرد آنها برای بیماران آشنا سازند. ما در این مجموعهٔ جدید از کتاب‌ها که TreatmentsThatWork™ نام دارد سعی می‌کنیم بالینگران فعال در خطوط اول درمان را با مداخلات هیجان‌انگیز جدید آشنا سازیم.

کتاب‌های کار و راهنما در این مجموعه حاوی روش‌های گام‌به‌گام و جزئی‌نگر برای سنجش و درمان مشکلات و تشخیص‌های معین هستند. این مجموعه تنها حاوی کتاب‌های کار یا راهنما نیست بلکه همچنین حاوی مطالب تکمیلی است که به نظارت بر بالینگران در زمینهٔ اعمال این روش‌ها در کار بالینی کمک می‌کنند.

اجماع فزاینده در نظام مراقبت سلامت امروز بر این است که مسئولانه‌ترین روش‌های عملی مورد استفاده متخصصین بهداشت روان آنهایی هستند که بر مبنای شواهد پژوهشی قرار دارند. این خواست عمیق همه بالینگران مراقبت سلامت رفتاری است که بهترین روش‌های مراقبتی را برای بیماران خود فراهم سازند. هدف ما در این مجموعه آن است که شکاف اطلاعاتی در این زمینه را پر کنیم و تحقق این امر را ممکن سازیم. در این کتاب راهنما، یک برنامه درمانی شناختی-رفتاری مختص اختلالات کنترل تکانه (CBT-ICD) ارائه می‌شود. این برنامه برای درمان قماربازی بیمارگون (PG)، دزدی بیمارگون (KM)، خرید اجباری (CB) و آتش‌افروزی بیمارگون (PY) توسعه یافته است و بر مبنای قواعد شناخته‌شده درمان شناختی رفتاری قرار دارد که موفقیت آنها در درمان قماربازی اجباری اثبات شده است.

درمان از شش جلسه اصلی و یک جلسه اضافی خانوادگی به‌عنوان یک گزینه اختیاری تشکیل می‌شود. یک مؤلفه بی‌همتای این درمان، استفاده از مواجهه‌درمانی با نشانه (CET) به همراه مصاحبه انگیزشی و مداخلات رفتاری است. به مراجعین آموزش داده می‌شود که موقعیت‌ها یا رویدادهای راه‌اندازی‌کننده تکانه‌ها را شناسایی کنند. مراجعین سپس با این راه‌اندازها (به‌صورت زنده یا تصویری) مواجه می‌شوند تا بتوانند مدیریت آنها بدون پرداختن به رفتار اجباری را تمرین کنند. مراجعین همچنین روش‌هایی را برای اصلاح باورهای اشتباه خود درباره رفتارهایشان و نیز راهبردهایی را برای جلوگیری از عود می‌آموزند. تمرین خانگی و خودنظارتی، مؤلفه‌هایی هستند که برای موفقیت درمان اهمیت اساسی دارند، بنابراین همه فرم‌ها و برگه‌های کاری که مراجعین برای انجام تکالیف درون‌جلسه‌ای و خانگی بدانها نیازمندند، در کتاب کار دیگری فراهم شده است. درمان شناختی رفتاری ICD- یک درمان دارای محدودیت زمانی است که هدف آن کمک به افراد دچار ICD در جهت درک همه جنبه‌های مشکل خود است تا بتوانند کنترل لازم را بر رفتار خود کسب کنند.

دیوید اچ. بارلو^۱، سر ویراستار

TreatmentsThatWork™

بوستون، ماساچوست.

1. David H. Barlow