
تشخیص و درمان در همبودی اختلال خشم انفجاری نادر، نافرمانی مقابله ای و اختلال پس از سانحه

زلیخا قمری داز^۱ حمزه اکبری^۲

۱. گروه روانشناسی، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران.

چکیده

همبودی اختلالات روان پزشکی، به ویژه در مواردی که شامل شرایط نادر و پیچیده مانند اختلال خشم انفجاری، اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال استرس پس از سانحه باشد، می تواند تشخیص و درمان را با چالش های قابل توجهی مواجه کند. این اختلالات به دلیل همپوشانی علائم مشترک مانند پرخاشگری، تحریک پذیری و رفتارهای تکانشی، تشخیص افتراقی را دشوار می سازند. هدف این مقاله، بررسی یک مورد بالینی با این سه اختلال همبود و تحلیل چالش های تشخیصی و درمانی مرتبط با آن است. همچنین، راهکارهای درمانی ترکیبی شامل دارودرمانی، روان درمانی و مداخلات خانوادگی مورد بحث قرار می گیرد.

کلمات کلیدی: نارسایی هیجانی، اضطراب، پرخاشگری، خشم، طر حواره، نافرمانی مقابله ای

مقدمه

تشخیص افتراقی و درمان اختلالات روانپزشکی با همبودی بالا نیازمند دقت بالینی و رویکردی چند وجهی^۱ است. اختلال خشم انفجاری با حملات پرخاشگری غیرمنتظره^۲، اختلال نافرمانی مقابله ای با رفتارهای مقابله جویانه و خصمانه^۳ و اختلال استرس پس از سانحه با علائم تجربه مجدد^۴ اجتناب و پیش برانگیختگی مشخص می شوند زمانی که این اختلالات با هم رخ می دهند تشخیص و درمان به دلیل همپوشانی علائم مانند تحریک پذیری و پرخاشگری دشوار می شود. اختلال خشم انفجاری نادر، نافرمانی مقابله ای و اختلال پس از سانحه سه اختلال روانی هستند که می توانند به طور همزمان در فردی ظاهر شوند و چالش های قابل توجهی در زمینه تشخیص و درمان ایجاد کنند. اختلالات روانی می توانند به شکل های مختلف و با شدت های متفاوت در افراد ظاهر شوند. همبودی اختلالات روانی، به ویژه زمانی که شامل اختلالاتی مانند خشم انفجاری نادر، نافرمانی مقابله ای و اختلال پس از سانحه باشد، پیچیدگی های خاصی را در فرآیند تشخیص و درمان به وجود می آورد. در سال های اخیر، پژوهش های فراوانی در زمینه روان پزشکی به بررسی همبودی اختلالات روانی پرداخته اند. یکی از پیچیده ترین مواردی که توجه متخصصان سلامت روان را به خود جلب کرده است، همبودی اختلال خشم انفجاری نادر، نافرمانی مقابله ای و اختلال پس از سانحه است. این مقاله به بررسی چالش های موجود در تشخیص و درمان این همبودی می پردازد.

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

اختلال خشم انفجاری^۵ (IED) با حملات پرخاشگری غیرمنتظره و شدید مشخص می شود که اغلب با پیامدهای منفی اجتماعی و فردی همراه است. اختلال نافرمانی مقابله ای^۶ (ODD) شامل الگوی پایدار رفتارهای مقابله جویانه و خصمانه در برابر مراجع قدرت است، درحالی که اختلال پس از سانحه^۷ (PTSD) با علائم تجربه مجدد تروما، اجتناب و افزایش برانگیختگی عصبی تعریف می شود. پژوهش ها نشان می دهند که همبودی این اختلالات می تواند ناشی از عوامل مشترک مانند نارسایی هیجانی، طرحواره های شناختی منفی (مانند "من بی ارزش") و تأثیرات بلندمدت تروما باشد. مطالعاتی مانند پژوهش جنکینز و همکاران (۲۰۱۵) و آنستینر و جوینر (۲۰۱۱) بر نقش اضطراب منفی و سوگیری های شناختی در تشدید این اختلالات تأکید دارند. همچنین، پژوهش های داخلی مانند غریب پور و همکاران (۱۳۹۹) نشان داده اند که افراد مبتلا به IED سطوح بالاتری از عواطف منفی و پرخاشگری را تجربه می کنند. اختلال خشم انفجاری نادر (IED) به عنوان یکی از اختلالات کنترل تکانه شناخته می شود که با بروز ناگهانی و شدید خشم مشخص می شود. این اختلال می تواند تأثیرات منفی بر روابط اجتماعی و حرفه ای فرد داشته باشد. از سوی دیگر، نافرمانی مقابله ای (ODD) بیشتر در کودکان و نوجوانان دیده می شود و با الگوی پایدار نافرمانی، خصومت و رفتارهای مقابله جویانه نسبت به مراجع قدرت مشخص می شود.

^۱ Intermittent^۲ Explosive Disorder Oppositional^۳ Post-Defiant Disorder^۴ Traumatic Stress Disorder^۵ Explosive Anger Disorder^۶ Oppositional Defiant Disorder^۷ Post-Traumatic Stress Disorder

اختلال پس از سانحه (PTSD) نیز یکی از اختلالات اضطرابی است که پس از تجربه یا مشاهده یک رویداد تروماتیک بروز می کند. علائم این اختلال شامل کابوس های شبانه، فلش بک ها، اضطراب شدید و اجتناب از یادآوری حادثه تروماتیک است.

تشخیص همبودی این سه اختلال به دلیل شباهت برخی علائم و پیچیدگی های روان شناختی بسیار دشوار است. متخصصان اغلب با چالش هایی همچون تفکیک دقیق علائم هر اختلال و تعیین اولویت های درمانی مواجه هستند. علاوه بر این، وجود همزمان این اختلالات ممکن است باعث تشدید علائم شده و روند درمان را پیچیده تر کند. درمان همبودی ODD، PTSD و IED نیازمند رویکردی چندجانبه است که شامل روان درمانی، دارودرمانی و حمایت اجتماعی می شود. روان درمانی شناختی-رفتاری (CBT) یکی از روش های موثر در مدیریت این اختلالات است که بر اصلاح الگوهای فکری و رفتاری متمرکز است. داروهایی مانند مهارکننده های بازجذب سروتونین (SSRIs) نیز ممکن است در کاهش علائم اضطرابی و افسردگی موثر باشند.

حمایت اجتماعی و خانوادگی نیز نقش مهمی در موفقیت درمان دارد. آموزش خانواده ها در زمینه شناخت بهتر اختلالات و افزایش مهارت های ارتباطی می تواند به بهبود وضعیت فرد کمک کند.

اختلال خشم انفجاری نادر (IED) با دوره های ناگهانی و شدید خشم مشخص می شود که معمولاً نامتناسب با محرک های ایجادکننده آن است. این اختلال می تواند منجر به آسیب های جسمی یا روانی به خود فرد یا دیگران شود. نافرمانی مقابله ای (ODD) شامل الگوهای رفتاری منفی و مقابله ای است که غالباً در کودکان و نوجوانان مشاهده می شود و می تواند به ارتباطات اجتماعی و عملکرد تحصیلی آسیب برساند. اختلال پس از سانحه (PTSD) ناشی از تجربه یا مشاهده رویدادهای تروماتیک است که منجر به بروز علائم اضطراب، افسردگی و اجتناب می شود.

روش تحقیق

این پژوهش به روش مطالعه موردی انجام شده است که به عنوان یک روش کیفی، به بررسی عمیق و جامع یک فرد می پردازد و داده ها پس از جمع آوری به صورت دیداری، تحلیل شدند و در این تحقیق موردی با همبودی اختلال خشم انفجاری نادر (IED)، نافرمانی مقابله ای (ODD) و استرس پس از سانحه (PTSD)، چالش های تشخیص و درمان آن مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه آماری:

شرکت کننده: یک زن ۴۱ ساله با نام مستعار "آتوسا" که دارای سابقه خشونت خانوادگی در کودکی و تشخیص همبود ODD، PTSD و IED بود.

ابزار گردآوری داده ها:

پرسشنامه اختلال انفجاری متناوب (کاکارو و همکاران، ۲۰۱۷): برای ارزیابی علائم IED

پرسشنامه اضطراب بک (BAI): برای سنجش سطح اضطراب.

پرسشنامه نافرمانی مقابله ای (هاشمی و همکاران، ۱۳۸۷): برای بررسی علائم ODD.

داده ها پس از جمع آوری به صورت کیفی تحلیل شدند و چالش های تشخیصی و درمانی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها

ویژگی های جمعیت شناختی:

نام مستعار: آتوسا

سن: ۴۱

جنسیت: مؤنث

وضعیت تأهل: متاهل

شغل: کارمند

تحصیلات: کارشناسی ارشد

رشته تحصیلی: علوم تربیتی

شرح مورد:

بیمار یک خانم ۴۱ ساله به نام مستعار المیرا با سابقه قرارگیری در معرض خشونت خانوادگی و مشاهده تنبیه بدنی اعضای خانواده در کودکی است وی با علائم زیر مراجعه کرده است:

۱. حمله های خشم انفجاری (IED): رفتارهای پرخاشگرانه فیزیکی و کلامی غیر منتظره نسبت به همسالان همکاران در محیط کار و همچنین اعضای خانواده

۲. علائم نافرمانی مقابله ای (ODD): مقاومت در برابر خواسته دیگران اگر با ملایمت همراه نباشد و تمایل به مقصر دانستن دیگران

۳. علائم استرس پس از سانحه (PTSD): کابوس های مکرر از حضور عزیز از دست رفته اجتناب از مکان های مرتبط با تروما اجتناب از یادآوری و بازگویی تروما و واکنش پذیری شدید نسبت به محرک های مرتبط با تروما و اجتناب از بازگویی حادثه به وقوع پیوسته در تروما

نشانه ها:

اختلال خشم انفجاری نادر (IED) با دوره های ناگهانی و شدید خشم مشخص می شود که معمولاً نامتناسب با محرک های ایجادکننده آن است. این اختلال می تواند منجر به آسیب های جسمی یا روانی به خود فرد یا دیگران شود. نافرمانی مقابله ای (ODD) شامل الگوهای رفتاری منفی و مقابله ای است که غالباً در کودکان و نوجوانان مشاهده می شود و می تواند به ارتباطات اجتماعی و عملکرد تحصیلی آسیب برساند. اختلال پس از سانحه (PTSD) ناشی از تجربه یا مشاهده رویدادهای تروماتیک است که منجر به بروز علائم اضطراب، افسردگی و اجتناب می شود.

۱. وجود خشم، بی اعتمادی، احتیاط و هوش هیجانی بالا ی مراجع هنگام مصاحبه بالینی کاملاً مشهود است به طوری که زبان بدن تراپیست را زیر نظر دارد.

۲. مراجع فردی بسیار درونگراست که در جلسات اول از بازگویی خاطرات مربوط به کودکی که خانواده اش را زیر سوال می برد امتناع می ورزد. لذا اولین قدم پس از ایجاد ارتباط جلب اعتماد این شخص بود که با استفاده از تیپ شخصیتی وی که فردی معنوی و فرهنگی بود این اعتماد شکل گرفت.

۳. تکانش های شدید حتی حین مصاحبه ه خصوص زمانی که به گفته مراجع حس بی ارزش بودن، مهم نبودن، محترم نبودن، تایید نشدن با رفتار طرف مقابل وی دست می داد.

۴. این فرد علی رغم روابط عمومی بالا با توجه به شرایط و موقعیت فردی گوشه گیر بود که از شفاف سازی و بیان سائل درونی خود امتناع می ورزید.

جدول ۱: شاخص های آماری متغیرهای روان شناختی در بیمار مبتلا به همبودی IED، ODD و PTSD

متغیر	میانگین	انحراف معیار	واریانس	دامنه نمرات	تعداد موارد ثبت شده
نمره پرسشنامه IED	۷۸.۲	۱۲.۴	۱۵۳.۸	۵۲-۹۸	۲۴
نمره پرسشنامه ODD	۶۵.۷	۹.۸	۹۶.۰	۴۵-۸۲	۱۸
نمره پرسشنامه PTSD	۸۵.۴	۱۴.۲	۲۰۱.۶	۵۸-۱۰۰	۲۲
نمره اضطراب بک (BAI)	۳۱.۵	۷.۳	۵۳.۳	۱۸-۴۲	۱۵

توضیحات جدول:

پرسشنامه IED (اختلال خشم انفجاری):

میانگین نمره ۷۸.۲ نشان دهنده سطح بالای علائم خشم انفجاری است

انحراف معیار ۱۲.۴ بیانگر نوسان نسبتاً زیاد در شدت علائم در طول دوره ارزیابی است

دامنه نمرات (۵۲-۹۸) نشان می دهد در برخی جلسات علائم خفیف تر بوده اند

پرسشنامه ODD (نافرمانی مقابله ای):

میانگین ۶۵.۷ حاکی از سطح متوسط تا شدید علائم مقابله ای است

واریانس ۹۶.۰ نشان می دهد رفتارهای مقابله جویانه بیمار از ثبات نسبی برخوردار بوده اند

پرسشنامه PTSD:

میانگین ۸۵.۴ نشانگر علائم شدید استرس پس از سانحه است

انحراف معیار ۱۴.۲ بیانگر نوسان قابل توجه در شدت علائم در طول زمان است

پرسشنامه اضطراب بک:

میانگین ۳۱.۵ در محدوده اضطراب شدید قرار دارد

دامنه نسبتاً محدود (۱۸-۴۲) نشان می دهد بیمار به طور مداوم سطح بالایی از اضطراب را تجربه می کرده است.

تحلیل نتایج:

داده ها نشان می دهند بیمار از سطوح بالای همبودی روان شناختی رنج می برده است

نمرات PTSD و IED به طور خاص بسیار بالا بوده اند که با ماهیت مورد مطالعه همخوانی دارد

نوسان در نمرات IED و PTSD ممکن است نشان دهنده تأثیر محرک های محیطی باشد

ثبات نسبی نمرات ODD می تواند بیانگر ویژگی های شخصیتی پایدارتر باشد

چالش های تشخیصی:

تشخیص دقیق این اختلالات در حضور همبودی، نیازمند ارزیابی جامع و دقیق است. علائم این اختلالات ممکن است با یکدیگر تداخل داشته باشند، که می تواند فرآیند تشخیص را پیچیده تر کند. علاوه بر این، وجود علائم مشترک مانند تحریک پذیری یا مشکلات خواب بین این اختلالات می تواند منجر به تشخیص اشتباه شود.

۱. همپوشانی علائم: پرخاشگری و تحریک پذیری در هر سه اختلال مشترک است

۲. تاثیر تروما بر رفتار: باید ببینیم آیا پرخاشگری ناشی از اختلال خشم انفجاری است (IED) یا اختلال آسیب پس از سانحه (PTSD)

۳. تشخیص نافرمانی مقابله ای (ODD): آیا رفتارهای مقابل جویانه بخشی از رشد دوران نوجوانی و تثبیت در آن مرحله بوده است؟

رویکردهای درمانی :

درمان همبودی این اختلالات نیازمند رویکردی چندوجهی است که شامل مداخلات دارویی، روان درمانی و حمایت اجتماعی می شود. انتخاب داروهای مناسب برای کنترل علائم هر اختلال و جلوگیری از تداخلات دارویی یکی از چالش های اصلی است. همچنین، نیاز به تطبیق روش های روان درمانی با ویژگی های خاص هر اختلال وجود دارد.

۱. دارودرمانی: که در حیطه تخصص روان درمانگر نبوده و به روانپزشک ارجاع داده شد داروهای تجویزی روانپزشک شامل SSRI مثل فلوکستین برای کاهش علائم و تنظیم خلق (PTSD)، مهار کننده های بتا مثل پروپرانولول برای کنترل خشم، داروهای محرک و غیر محرک به علت همبودی با اختلال بیش فعالی (ADHD) و نقص توجه با نافرمانی مقابله ای (ODD)

۲. روان درمانی:

✓ روانکاو و مصاحبه بالینی غیر ساختار یافته برای کسب اطلاعات بسیار زیاد در مورد گذشته و اتفاقات پیش

آمده برای مراجع و تشخیص آسیب های این فرد

✓ درمان شناختی رفتاری (CBT) برای مدیریت خشم و اصلاح تشریفات شناختی ۳. درمان پردازش شناختی

بازسازی باورهای مرتبط با تروما

✓ آموزش مهارت های والدین: برای بهبود تعاملات خانوادگی و کاهش تقویت رفتارهای مقابل جویانه

✓ اجرای پروتکل های درمانی رویکرد تعهد و پذیرش استفاده از مثال ها آیات قرآن و ابیات شعر با توجه به تیپ

شخصیتی مراجعه

✓ اجرای رویکرد طرحواره درمانی برای حل باورهای بنیادین

✓ آموزش مایند فولنس و ذهن آگاهی برای کاهش نشخوار فکری و آرامش ذهنی

مداخلات محیطی:

۱. کاهش مواجهه با محرک های خشونت آمیز

۲. ایجاد محیطی ساختار یافته و تقریباً قابل پیش بینی

پیش آگهی:

هنگام اجرای پروتکل های درمانی در مورد مراجعین با اختلال خشم انفجاری حتما فرصت ارتباط با خود هنگام خشم با شدت بالا و افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی داده شود، همیشه در نظر داشته باشیم حس بالارش بودن، مهم بودن، محترم بودن را به مراجع القا نماییم تا طی درمان طرحواره مرکزی وی فعال نشود.

شرح روند درمان:

علت مراجعه این فرد شکایت از خشم های شدید و پرخاشگری هنگام رار گرفتن در برخی موقعیت ها از جمله در کنار خانواده و فرزندان خود بود به طوری که وضعیت خود را در آن موقعیت این گونه بیان می کرد: «وقتی که یهو با آن شدت بالا خشمگین می شوم مانند گردبادی هستم که هرچه سر راهم باشد با خود بالا برده و محکم به زمین می کوبم، آنقدر بیرحم می شوم که نگاه نمی کنم چه کسی مقصراست و چه کسی مقصر نیست تنها این را قبول دارم که من خودم مقصر نیستم ر کل خشک و تر را با هم می سوزانم و علی رغم اینکه در حالت عادی فردی مهربان هستم با بیم رحمی تمام به تنبیه بدنی فرزندانم اقدام می کنم سپس آرام شده و از کرده خود پشیمان شده و با صدای بلند گریه کرده پدرم را که از دست داده ام صدا می زنم درخواست می کنم با این همه غذایی که به من وارد می شود ی کاش به جای او من می مردم.»

بین نارسایی هیجانی و اختلالات روانی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. زکی یی، کرمی، علیخانی، قاسمی و رجبی (۲۰۱۳)

طبق پژوهشی مشخص شد گروه مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب نسبت به گروه کنترل روانپزشکی و سالم به طور معناداری نمرات بیشتری در تمام مولفه های پردازش اطلاعات اجتماعی هیجانی سوگیری اسناد خصمانه پرخاشگری واکنش منفی به دست آوردند. (جنکینز، مک کلوزکی، کولپر، برمن و کوکا رو ۲۰۱۵)

به نظر می رسد اضطراب منفی در شکل گیری و تشدید اختلال خشم انفجاری نقش دارد. اضطراب منفی به عنوان اینکه افراد به چه میزان تمایل دارند تا در پاسخ به عاطفه منفی به طور بی ملاحظه و بی پروا عمل کنند تعریف شده است. آنستینر و جویئر (۲۰۱۱)

در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افرادی که سطوح بالاتری از اضطراب منفی را نشان می دهند هنگامی که در موقعیت های عاطفی منفی قرار می گیرند به سرعت خیال پردازی خودکشی گرایانه را گسترش داده و بر رفتارهای خود آسیبی دردناک روی می آورند. (فوساتی، گراتز، مافی و برونو ۲۰۱۴)

دریافتند که اضطراب منفی با ویژگی های اختلال شخصیت مرزی ارتباط نزدیکی دارد. (فوساتی، گراتز، مافی و برونو ۲۰۱۴)

بررسی ها نشان داد افراد دارای اختلال خشم انفجاری نسبت به بیماران روانپزشکی بدون اختلال خشم انفجاری و افراد سالم نمرات بیشتری را در شدت عواطف منفی (واکنش پذیری مثبت و منفی و بی ثباتی عاطفی) در حوزه های مختلف خشم اضطراب و افسردگی کسب می کنند. (مهدی غریب پور بهمن اکبری عباس ابوالقاسمی ۱۳۹۹)

طی مصاحبه بالینی به صورت نیمه ساختار یافته در جلسات اول اطلاعات زیادی از گذشته و آسیب های این مراجع کسب گردید. با ریشه یابی و شخص شدن طرحواره ها به این نتیجه رسیدم که اولین طرحواره این مراجع در سن ۳ سالگی در مقابل رفتار پدرش با عموی این مراجع شکل گرفته و پدرش در آن موقعیت حس بی ارزش بودن به این شخص داده، این فرد خشم های خود را به علت احترام حجب و حیا و علاقه و عشق زیادش به پدر فرو می خورده هیجانات خود را سرکوب می کرد و از ابراز خواسته های امتناع می جسته است. تا اینکه در سن ۲۰ سالگی پدر خود را بر اثر سانحه تصادف از دست می دهد، وی بازگو می کند که در هنگام شنیدن خبر از دست دادن پدرش از پشت به زمین خورده و غش کرده و تا دو سال هر روز صبح پس از بیدار شدن منتظر برگشتن پدرش بوده و وقتی از آمدن پدرش ناامید می شده حتی شب هنگام در خواب هم گریه می کرده و به گفته خودش تا دو سال برای پدرش گریه کرده است و و بعد از دو سال

گریه اش خشک شده و بیچ وقت نمی توانسته است حادثه فوت پدر را بازگو کند یا اجازه دهد بیان کنند. این فرد پس از ازدواج در موقعیت هایی که حس بی ارزش بودن از جانب همسر خود یا فرزندان یا همکاران دریافت می کرده چار خشم های شدید و طولانی با شدت پرخاشگری بسیار بالا می شده و معمولاً خشم خود را روی فرزندان که بی دفاع ترین انسان ها بوده اند (مانند خود او در دوران کودکی اش)، تخلیه می کرده است چون به گفته خودش انتظار داشته که حداقل آنها که فرزندان وی بوده و همیشه به آنها حس با ارزش بودن می داده وی را درک کنند و با اورفتاری مانند خود وی داشته باشند.

با اجرای رویکرد درمانی شناختی رفتاری (CBT) و انجام تکالیف خانگی موری که باعث لذت بیشتر مراجعه می شد مشخص گردید و وی را ترغیب به این امور شد. آرامش ذهنی (relaxation) و تنفس باعث کاهش تنش های وی می شد. پس از گذر از مرحله پذیرش فوت پدرش بازگویی حادثه اتفاق افتاده برای وی مانند قبل با تنش های عصبی شدید همراه نبود. اختلال استرس پس از سانحه به درجات متفاوت در ابعاد کیفیت زندگی بیماران تاثیر می گذارد. (سجاد بشرپور شعله امانی شیرین احمدی ۱۳۹۷)

شواهد زیادی نشان داد که اختلال استرس پس از سانحه با کیفیت زندگی همبستگی منفی دارد. (وانگ، شیو و بانند ۲۰۰۵). پژوهشگران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پایین است و افکار خودکشی در این بیماران بالاست. (سجاد بشرپور، شعله امانی، شیرین احمدی ۱۳۹۷)

با یادآوری خاطرات مثبت و رفتارهای پسندیده مانند احترام به والدین، از خود گذشتگی های بی شمار مراجع در مقابل رفتار والدین، اطاعت، مسئولیت پذیری و... همچنین بازگویی وقوع حادثه و آسیب های پس از آن و توانایی و قابلیت مراجع از شیوه مدیریت بحران در موقعیت های دشوار و کمک به خواهر و برادرهای کوچکتر از خود و همانند سازی بهینه ی وی به جای پدر در نبود او، همچنین ذهن آگاهی وضعیت مراجع بهتر شد. طی پژوهش های انجام شده بر روی این فرد مشخص شد طر حواره مرکزی وی (من بی ارزش) بوده و نهایت درد، غم خشم با شدت بسیار بالا را هنگامی که این حس را به وی القا می کرده اند احساس می کرده در نتیجه با دقت فراوان به علت اختلال غالب وی یعنی خشم انفجاری روی این طر حواره کار شد. طبق DSM ۵ اگر اختلال خشم انفجاری و تکانش های شدید ناشی از آن در طی سال کمتر از ۶ مورد باشد به آن اختلال خشم انفجاری نادر می گویند. طبق DSM ۵ خودکشی افراد با اختلال خشم انفجاری ۷۰ درصد منجر به خودکشی موفق می شود.

این فرد اظهار داشت که یک بار در سن ۱۶ سالگی به علت رفتاری از جانب والدینش حس بی ارزش بودن به وی دست داده و اقدام به خودکشی کرده است. وی اظهار داشت برای بار دوم پس از مرگ پدرش در اوایل ازدواج هنگامی که از جانب همسر خود این حس را دریافت کرده و به قول خودش همسرش به قولش عمل نکرده و نهال امیدش را خشکانده بود دوباره اقدام به خودکشی کرده که با عکس العمل به موقع والدین همسرش موفق به این کار نشده است. وی بار دیگر چندین سال بعد مجدداً وقتی با بدقولی همسرش مواجه شده و باره حس بی ارزش بودن به وی القا شده بود اقدام به خودکشی کرده که با واکنش سریع همسرش موفق به این کار نشده است.

وی اظهار داشت که قول همسرش در همه مواقع باعث ایجاد اطمینان در وی می شده و س با ارزش بودن به وی می داده اما با بدقولی همسرش مجدداً این حس را با شدت فراوان دریافت می کرده و منجر به ناامیدی وی شده و اقدام به خودکشی می کرده است. او اظهار داشت که هر بار که دست ه خودکشی می زده اصلاً به عواقب آن فکر نمی کرده و به

قصد مردن انجام می داده است و اگر حمایت های عاطفی و اطاعت همسرش در مقابل او نبوده تصمیم داشته مجدد این کار را انجام دهد و اطرافیان را از داشتن خود محروم سازد زیرا عقیده داشت که آنها با آن رفتارهای خود نشان دادند که لیاقت بودن با وی را ندارند.

این فرد خود را فردی بسیار لجباز معرفی می کند به طوری که می گوید هنگام خشم قبل از عمل دیگران او فکر عکس العمل آنها را نیز از قبل چیده است. وی می گوید در کودکی جبازی بیشتری از خود نشان می داده اما بعد از مرگ پدرش شدت لجبازی وی کاهش یافته زیرا درک کرده که دنیا ارزش لجبازی ندارد و نباید فرصت ها و زمان را برای لجبازی هدر ندهد.

پژوهش ها حاکی از آن است که اختلال نافرمانی مقابله ای تاثیر گسترده ای بر کودک، خانواده، همسالان، مدرسه، معلمان و جامعه دارد.

و مشکلات رو به رشدی را در زندگی وی و اطرافیان که با او تعامل گفتاری و رفتاری دارند ایجاد می کند (گومز و استاوراپولوس ۲۰۱۹)

تحقیقات نشان می دهد که کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای در معرض خطر طرد شدن یا مورد تنفر قرار گرفتن از جانب همسالان هستند.

وجود طرحواره های بازداری هیجانی، محرومیت هیجانی، من بی ارزش، بی اعتمادی، رها شدگی در وی کاملاً محسوس بود. با اجرای پروتکل های درمانی در بازه زمانی حدود ۲ سال از تاریخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۵ روز دوشنبه تا حدود ۱۴۰۳/۱۲/۱۴ روز سه شنبه مراجع به نوعی ثبات رفتاری دست یافت و به قول وی تکانش های او که خود اینگونه تعریف می کرد: «وقتی عصبانی می شوم نتیجه کارم فکر نمی کنم با نهایت بی رحمی و شدت خشم بدترین کاری که میتوانم در برابر طرف مقابل که مرا آزار داده انجام دهم، انجام می دهم اگر این کار را نکنم خودم خیلی اذیت می شوم و افکار خودکشی به ذهنم خطور می کند.» خیلی کمتر شده بود و به قول وی دیگر می توانست آنها را کنترل کند.

طبق نظر گومز و استاوراپولوس (۲۰۱۹) به طور کلی نارسایی در کارکرد اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای و همچنین بازداری پاسخ از راه نظریه های نورو فیزیولوژیکی قابل تبیین است. این کودکان بر رفتار خود کنترل نداشته و در بازداری رفتارهای تکانشی با دشواری مواجه هستند. گومز و استاوراپولوس (۲۰۱۹) پژوهش ها نشان داد که یکی از ویژگی های بارز افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله ای، بازداری پاسخ است (ژو، جیانگ و جی ۲۰۱۸).

منظور از بازداری پاسخ توانایی توقف یا خودداری کردن از پاسخ و توانایی فکر کردن قبل از عمل است. (شاد بافی عبدالرحیم پور و محمدی ۱۳۹۹) این قابلیت و توانایی هر فرد در برابر وسوسه انجام کار و در نتیجه ارزیابی رفتار کمک می کند.

این فرد در بازه زمانی گفته شده به صورت مکرر مراجعه می کرد و با وی این گونه توافق شده بود که هر موقع با شدت خشم قصد دارد اقدام به عملی کند و تصمیمی بگیرد با تریپست خود تماس گرفته، اگر جواب نداد کلمه «اورژانسی» را مسیج کرده و چنانچه اگر موفق به دریافت جواب یا صحبت نشد حضوری مراجعه کند، و اگر هیچ کدام از این ارتباطات شکل نگرفت به دنبال ایجاد ارتباط باشد و بداند طرف مقابل قصد جواب ندادن تماس او را نداشته و احیاناً متوجه نشده است.

این کار صرفاً به خاطر کنترل هیجان خشم مراجع انجام شد و قصد جلوگیری از افکار و اقدام به خودکشی مراجع بود.

در این پژوهش از پرسشنامه های اضطراب بک، پرسشنامه اختلال انفجاری متناوب کاکارو و همکاران (۲۰۱۷) و پرسشنامه نافرمانی مقابله ای هاشمی و همکاران (۱۳۸۷) استفاده گردید که فایل آنها ارائه گردیده است. این فرد اکنون در تعادل رفتاری و تعامل بسیار خوب با اطرافیان و کنترل خشم هوشمندانه به سر می برد و به گفته خود وی گویی تازه متولد شده و به دنبال رشد عاطفی، فکری، اجتماعی و... می باشد.

راهکارها:

برای مدیریت موثر همبودی این اختلالات، توصیه می شود که تیم درمان شامل متخصصان مختلفی باشد که بتوانند از زوایای مختلف به ارزیابی و درمان بپردازند. استفاده از پروتکل های درمانی مبتنی بر شواهد علمی، همراه با نظارت دقیق بر روند درمان، می تواند به کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند.

بحث و نتیجه گیری

طرحواره مرکزی در اختلال خشم انفجاری می تواند من بی ارزش باشد. و هیجان غالب این افراد خشم می باشد. نکته قابل توجه در مورد این فرد این است که کمتر احساس ترس می کند و بیان می دارد که هر جا هم اطاعت کرده باشد به علت احترام و ارزش طرف مقابل بوده و هیچ گونه ترسی از اطاعت نکردن یا خودکشی احساس نمی کرده است. همبودی اختلال خشم انفجاری نادر، نافرمانی مقابله ای و اختلال پس از سانحه چالش های قابل توجهی در زمینه تشخیص و درمان ایجاد می کند. با استفاده از رویکردهای چندوجهی و همکاری بین تخصص های مختلف، امکان مدیریت موثر این همبودی فراهم می شود.

در پایان، لازم به ذکر است که موفقیت در تشخیص و درمان همبودی این اختلالات نیازمند همکاری نزدیک میان متخصصان روان پزشکی، روان شناسی و خدمات اجتماعی است. تحقیقات بیشتر در این زمینه می تواند به توسعه روش های درمانی موثرتر و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا کمک کند.

منابع

بشرپور، س.، امانی، ش.، و احمدی، ش. تأثیر مواجهه درمانی روایتی بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۱۳۹۷، ۹(۳۶)، ۷۷-۹۶.

غریب پور، م.، اکبری، ب.، و ابوالقاسمی، ع. مقایسه نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری در زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب. فصلنامه پژوهش های کاربردی روان شناختی، ۱۳۹۹، ۱۱(۱)، ۱-۱۵.

محرم زاده سوری، طاهر محبوبه، آقایی حکیمه، حسین خانزاده عباسعلی. اثربخشی آموزش های مدیریت خشم و فرزندپروری بر بازداری پاسخ دانش آموزان با اختلال نافرمانی مقابله ای. فصلنامه کودکان استثنایی. ۱۴۰۱؛ ۲۲

(۴) ۱۱۷-۱۳۰

- Anestis, M. D., & Joiner, T. (۲۰۱۱). Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*. 129(1-3), ۲۶۱-۲۶۹.
- Gomez, R., & Stavropoulos, V. (۲۰۱۹). Oppositional Defiant disorder dimensions: associations with traits of the multidimensional personality model among adults. *Psychiatric Quarterly*, ۹۰(۴), ۷۷۷-۷۹۲.
- Jenkins, A. L., McCloskey, M. S., Kupler, D., Berman, M. E., & Coccato, E. F. (۲۰۱۵). Self-harm behavior among individuals with intermittent explosive disorder and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 60, ۱۲۵-۱۳۱.

- Wang, L. J., Lee, S. Y., Chou, M. C., Yang, K. C., Lee, T. L., & Shyu, Y. C. (۲۰۱۸). Impact of drug adherence on oppositional defiant disorder and conduct disorder among patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, ۷۹(۵), ۰-۰.
- Zakiei, A., Karami, J., Alikhani, M., Ghasemi, S. R., & Rajabi, N. (۲۰۱۳). The relationship between alexithymia, irrational beliefs, positive and negative emotions with mental disorders. *Hormozgan Medical Journal*. 7(5), ۴۳۵-۴۴۶.

Diagnostic and treatment challenges in the comorbidity of rare explosive anger disorder, oppositional defiant disorder, and posttraumatic stress disorder

Zoleikha Ghamaridaz

Department of Psychology, Ali. C., Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran.

Email: zoleikha.ghamaridaz@iau.ir

Hamzeh Akbari

Department of Psychology, Azad.C., Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.

Email: zoleikha.ghamaridaz@iau.ir**Abstract**

Comorbid psychiatric disorders, especially those involving rare and complex conditions such as explosive anger disorder, oppositional defiant disorder, and posttraumatic stress disorder, can present significant challenges to diagnosis and treatment. These disorders are difficult to differentiate due to overlapping symptoms such as aggression, irritability, and impulsive behaviors. The aim of this article is to review a clinical case with these three comorbid disorders and analyze the diagnostic and therapeutic challenges associated with it. Also, combined treatment strategies including pharmacotherapy, psychotherapy, and family interventions are discussed.

Keywords: Emotional dysregulation, Distress, Aggression, Anger, Schema, Oppositional defiant disorder