

نگاهی به روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان

تجربه‌های یک روان‌پزشک کودک در ایران

نگاهی به روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان

تجربه‌های یک روان‌پزشک کودک در ایران

ترجمه و تألیف
دکتر اصلاان ضرابی
فوق تخصص روان‌پزشکی کودک

ویرایش
عطاله محمدی

با مقدمه‌ای از:
دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده
استاد گروه روان‌پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران



دکتر اصلاان ضرابی

نگاهی به روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان

ویرایش: عطاءالله محمدی

فروست: ۱۰۲

ناشر: کتاب ارجمند با همکاری انتشارات ارجمند

صفحه‌آرا: معصومه دلنواز

مدیر هنری: احسان ارجمند

سرپرست تولید: پروین عبدی

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ: سامان، صحافی: روشنگر

چاپ اول، بهمن ۱۳۹۴، ۱۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۴۴۰-۶

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

www.arjmandpub.com

سرشناسه: ضرابی، اصلاان

عنوان و نام‌پدیدآور: نگاهی به روان‌پزشکی کودکان و

نوجوانان: تجربه‌های یک روان‌پزشک کودک در ایران /

تألیف اصلاان ضرابی؛ ویرایش عطاءالله محمدی.

مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند: ارجمند، ۱۳۹۴

مشخصات ظاهری: ۳۲۸ ص. وزیری.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۴۴۰-۶

عنوان دیگر: تجربه‌های یک روان‌پزشک کودک در ایران.

موضوع: کودکان-روان‌پزشکی، نوجوانان-روان‌پزشکی،

کودکان-آسیب‌شناسی روانی، نوجوانان-آسیب‌شناسی

روانی

شناسه افزوده: محمدی، عطاءالله، ۱۳۳۶-، ویراستار

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۴ ن ۸ ص ۴۹۹/ RJ

رده‌بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۹

شماره کتابشناسی ملی: ۳۸۹۶۷۵۵

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

- دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰
 شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶
 شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳-۳۳۳۳۲۸۷۶
 شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱-۳۳۳۲۷۷۶۴
 شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹
 شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۲۲۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:
 ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک
 ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک
 ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

تقدیم به دخترانم

شیرین و شایسته

که نگارش این کتاب بدون کمک و همکاری ایشان میسر نبود

فهرست

۹	مقدمه.....
۱۳	پیش‌گفتار.....
۱۵	فصل ۱- پیش‌درآمد.....
۲۳	فصل ۲- گرفتن شرح حال در روان‌پزشکی کودک و نوجوان.....
۳۵	فصل ۳- طبقه‌بندی.....
۴۱	فصل ۴- همه‌گیرشناسی.....
۴۹	فصل ۵- اختلالات عاطفی.....
۶۹	فصل ۶- خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان عمدی.....
۷۷	فصل ۷- اختلال وسواسی- اجباری (وسواس فکری- عملی).....
۸۳	فصل ۸- اختلال‌های روان‌تنی.....
۹۷	فصل ۹- اختلالات رفتار ایذایی.....
۱۳۴	فصل ۱۰- بیماری روانی و خشونت در نوجوانان.....
۱۴۰	فصل ۱۱- بزهکاری نوجوانان.....
۱۷۲	فصل ۱۲- بی‌اختیاری ادرار.....
۱۸۳	فصل ۱۳- کتیف کردن با مدفوع.....
۱۸۸	فصل ۱۴- چند اختلال دیگر.....
۲۷۸	فصل ۱۵- مسائل مدرسه و همسالان.....

مقدمه

اوّل اسفندماه ۱۳۹۰، جامعه علمی ایران یکی از چهره‌های درخشان خود را از دست داد. دکتر اصلان ضرابی (۱۳۹۰ - ۱۳۰۷)، چهره آشنا و شناخته شده پزشکی و عصب‌پژوهی بود؛ روان‌پزشکی بود فرهیخته و آزاده‌ای نواندیش. جزء معدود متخصصانی بود که زوایای زندگی اجتماعی، فرهنگی و تاریخی ما را به خوبی می‌شناخت و مسائل بیمار را در بافت زندگی واقعی خود بررسی می‌کرد. اطلاعات وسیعی درباره جنبه‌های تربیتی، ارتباطی و پویایی خانواده ایرانی داشت و هر نوع مداخله درمانی و پیش‌گیری جدا از متن و زمینه جامعه را بی‌اثر می‌دانست.

دیدگاه دکتر ضرابی درباره شکل‌گیری مشکلات روانی، بافت‌مدارانه و در چهارچوب تاریخی بود. از مقایسه‌های مقطعی، بدون توجه به سیر و تحول رفتار در فرد، خانواده و در جامعه بیزار بود. رویکرد او در روان‌پزشکی در عین حال که رنگ و بوی مکاتب انگلستانی را داشت - به علت آموزش و دوره‌های متعددی که در آن‌جا دیده بود - متأثر از دیدگاه پالوف از سوئی، و گرایش‌های رشد و تحولی از سوی دیگر بود. با کتاب انس و الفتی دیرینه داشت. هدیه او برای دوستان، همیشه، کتاب بود. اهل مسافرت بود. کم‌تر پیش می‌آمد که در طی سال، مسافرتی به خارج از کشور نداشته باشد. با کتاب و مجله و مقاله و اخبار برمی‌گشت و دوست داشت دانسته‌ها، دیده‌ها و خواننده‌هایش را با دیگران در میان بگذارد.

دکتر ضرابی جزء یاران اصلی مجله «بازتاب» قدیم و «بازتاب» جدید بود. در برنامه‌ریزی برای انتشار ویژه‌نامه اعتیاد که با ابتکار و ویراستاری زنده‌یاد دکتر عظیم وهاب‌زاده صورت گرفت، نقش مهمی داشت. در این ویژه‌نامه، دو موضوع محوری «اعتیاد: تعاریف و مفاهیم» و «ویژگی‌های اعتیاد به مواد افیونی در ایران»، به وسیله او ساخته و پرداخته، و به صورت مقاله ارایه شد (شماره ۳ مجله بازتاب، پاییز ۱۳۵۹).

دکتر ضرابی اگرچه مسئولیت‌های حرفه‌ای مهمی را عهده‌دار شد، اما وارد محافل آکادمیک نشد و همان باعث شد که استقلال رأی و اندیشه خود را حفظ نماید و ابایی از ابراز عقاید خود نداشته باشد. او مغز متفکر و به یک اعتبار، سخن‌گوی آن قسمت از روان‌پزشکی و علوم رفتاری و شناختی بود که

در محافل رسمی، امکان رشد و نما به آن داده نمی‌شد. او استاد چیره‌دست تشخیص و بازیابی این نوع «صداها» بود. در سخن‌رانی‌های خود می‌گفت حرف اصلی من با جوان‌هاست - افرادی که از ردیف سوّم به بعد نشسته‌اند و نه اساتید و صاحب‌نظران سه ردیف جلو. در این بیان او طنز تلخ و گزنده‌ای نیز وجود داشت. معتقد بود که هر نظر و عقیده‌ای باید قابل فهم و مخصوصاً قابل استفاده باشد. اگرچه حرف‌های تازه‌ای برای زدن داشت و جلوتر از وضع موجود حرکت می‌کرد، اما صرفاً تازه بودن، جذاب بودن یا احیاناً پیچیده بودن نظرات را معیاری برای علمی بودن و مفید بودن آن نظرات، نمی‌پذیرفت. این اعتقاد او به بهترین وجهی در انتخاب کتاب *Child Psychiatry by Robert Goodman and Stephen Scott (2^{ed} Ed)* . 2005. ویراست سوّم این کتاب در سال ۲۰۱۲ منتشر شده است که متأسفانه فرصت بازبینی برای استاد وجود نداشت. مایکل راتر چهره نام‌دار روان‌پزشکی کودک، در پیش‌گفتارهایی که بر چاپ نخست و ویراست دوّم کتاب نگاشته است، آن را ستوده و مطالب کتاب را دقیق، روزآمد، مفید و علمی ارزیابی کرده است. شیوه استاد در ترجمه این کتاب، ترجمه به مفهوم متداول نبوده است. اگرچه در بسیاری موارد از متن کتاب در توضیح اختلال‌ها، علایم بالینی، همه‌گیرشناسی، درمان و پیش‌گیری استفاده کرده، اما در عین حال، هرکجا ضروری دیده مطالب مهمی بر آن افزوده است. این مطالب، عمدتاً از تجارب پرمایه و طولانی‌مدت وی در کاردرمانی برخاسته و اهمیّت کتاب را مخصوصاً از جهت کاربردی، دوچندان کرده است.

نسخه دست نوشته کتاب موقعی که استاد در بستر بیماری بود، به انتشارات ارجمند تحویل داده شد. فرصتی برای آماده‌سازی مطالب برای تایپ و حروفچینی و در نتیجه امکان بازبینی و اصلاحات از جانب وی وجود نداشت. این کار را انتشارات ارجمند بر عهده آقای عطاله محمدی که خود از دوست‌داران و دانش‌پروردگان استاد است، گذاشت. تلاش ارزنده و کارساز آقای محمدی در ویرایش، اصلاح و تکمیل مطالب، قابل توجه و قابل قدردانی است. اصلاحاتی که وی انجام داده است، علاوه بر ویرایش مفهومی و زبانی کتاب، موارد زیر را شامل می‌شود:

۱. بازنویسی بیش‌تر مطالب مربوط به طبقه‌بندی و همه‌گیرشناسی؛
۲. قراردادن مطالب مربوط به خودکشی و رفتارهای خود - آسیب‌رسان، به صورت فصلی مستقل؛
۳. بازنویسی اختلال‌های روان‌تنی؛
۴. افزودن مطالبی به بحث دل‌بستگی و اختلال‌های نوجوانی.

در فصل ۱ کتاب که به عنوان «پیش‌درآمد» نگاشته شده است، دکتر ضرابی رشته

روان‌پزشکی کودک را به خواننده معرفی کرده است. تعریف این رشته، تحصیل در این رشته، مسائل مهم مخصوصاً آنچه در ایران اتفاق می‌افتد، دوره‌هایی که خود وی در انگلستان پس از طی دوره روان‌پزشکی گذرانده است، ارتباط این رشته با روان‌پزشکی عمومی، پزشکی کودکان، عصب‌روان‌پزشکی، علوم اجتماعی و علوم آموزشی و پرورشی، در این قسمت آمده است (صص ۲۴-۱۷).

فصل‌های بعدی شامل ارزیابی، طبقه‌بندی، همه‌گیرشناسی، اختلال‌های عاطفی، خودکشی، اختلال روان - تنی، اختلال‌های رفتاری تحریک‌گرانه، بیماری روانی و خشونت در نوجوانان، بزهکاری نوجوانان، بی‌اختیاری ادرار، کثیف کردن با مدفوع، چند اختلال دیگر (مدرسه‌گریزی، اختلال خواب، واکنش به استرس، اختلال سازگاری، جدایی و فقدان، طلاق و اختلاف‌های خانوادگی، اختلال‌های مغزی، سندرم توره، اختلال‌های دل‌بستگی و غیره)، مسائل مدرسه و همسالان می‌گردد. دکتر ضرابی در جای‌جای کتاب، توانسته با استفاده از تجربه ۴۳ ساله خود در روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، نکات مهم و مفیدی را با زبانی ساده، به خواننده منتقل سازد. طرح مسائل از زبان دکتر ضرابی به‌گونه‌ای است که نشان می‌دهد وی مشکلات را با تمام وجود خودش لمس کرده، در آن‌باره اندیشیده و راه‌حلی پیدا کرده است. این نوع دریافت‌های بالینی نه تنها نمایانگر پختگی، خبرگی و دل‌سوزی این استاد است، می‌تواند خاستگاه بسیار مناسبی برای فرضیه‌آفرینی و تحقیق هم باشند. یکی از دغدغه‌های به‌جای دکتر ضرابی، مسائل تربیتی و اجتماعی در کشور خودمان ایران و ارتباط این نوع مسائل با آسیب‌شناسی روانی کودکان است. او در جایی می‌نویسد:

در ایران، تعلیم و تربیت، نه شرقی نه غربی شده است و هنوز به جنبه انسانی آن توجه نمی‌شود. یعنی کودک ضمن آن‌که همانند الگوی غربی مسئول و متکی به خود بار نمی‌آید، توقعات شرقی هم برقرار هستند و کودک با سرزنش‌های متعدّد روبه‌رو می‌شود و هرگز یک رابطه جلدی و دوستانه برقرار نمی‌شود. کودک ایرانی هنوز سرگردان است که چه چیزی را نباید انجام دهد و چه چیزی اجازه دارد، انجام دهد. گاه برحسب خلق و خوی پدر یا مادر زمانی از انجام کاری نهی، و زمانی تشویق به انجام آن می‌شود. (ص ۵۳)

در این کتاب تنها اختلال‌های روانی دوره، کودکی و نوجوانی و شیوه‌های درمانی و برنامه‌ریزی‌های درمانی توضیح داده نشده است، بلکه به موضوع بسیار مهم پیش‌گیری به بهترین وجهی اشاره شده است. دکتر ضرابی درباره پیش‌گیری از سوء‌مصرف مواد در دوره نوجوانی می‌نویسد:

در ایران که دست کم دو میلیون معتاد وجود دارد، باید به موضوع اعتیاد توجه خاص داشت. چنان‌که سوء‌مصرف مواد در دوره نوجوانی شروع نشود، خیلی

کم‌تر اتفاق می‌افتد که اعتیاد تازه‌ای شروع شود. در کشوری که ۲۰ درصد جمعیت کم‌تر از ۲۰ سال و ۷۵ درصد آن تا ۳۰ سال سن دارند، راه پیش‌گیری از سوء‌مصرف مواد، در نوجوانی است. (ص ۱۷۰).

با توجه به اینکه دکتر ضرابی دوره جرم‌شناسی را نیز در دانشکده حقوق دانشگاه تهران گذرانده بود، رهنمودهای بسیار مفیدی در ارتباط با مسائل مهمی مانند طلاق، حضانت کودکان، حقوق مالی و اجتماعی زن و شوهر و کودک، مسأله بسیار پیچیده فرزندخواندگی، مسأله بزهکاری، تعلیق نظارتی یا مشروط (Probation) و غیره ارائه داده است.

اهمیت این کتاب را باید هم در توضیح و تشریح اختلال‌ها و چه‌گونگی برخورد با آن‌ها و هم در ذکر نکات ظریف برخاسته از تجارب غنی و پرمایه دکتر ضرابی در کار بالینی و مطالعات بسیار گسترده او دانست. وی در ربط دادن مسائل نظری به مسائل عملی و برعکس، استادی تمام‌عیار بود، و با توجه به عمق و دامنه مطالعات خود در زمینه‌های فرهنگی، تاریخی، ادبی و اجتماعی، بهترین متخصصی بود که می‌توانست درباره چهارچوب و معیارهای رفتاری و فکری و کلاً مفهوم بهنجاری و نابهنجاری سخن بگوید و روی داده‌ها را در شرایط تکوینی و شکل‌گیری خود ببیند و نه گسیخته و بی‌ارتباط با هم - روشی که متأسفانه امروزه بسیار شایع است.

مسئلاً اگر خود ایشان امروز در جمع ما بودند، محتوای کتاب و یادداشت‌های خود را با نظر انتقادی که خاص خودشان بود، می‌نگریستند و چه بسا بسیاری از مطالب کتاب را تغییر می‌دادند. اما ما اختیار چنین کاری را نداشتیم و صلاح در آن دیدیم که سلیقه ایشان را در نگارش، توضیح، استدلال، ارائه شواهد و غیره تا حد امکان دست نخورده نگه داریم. به غیر از مواردی که آشکارا نیاز به تغییر یا اصلاح داشت یا افزودن مطلبی از متن انگلستانی به درک موضوع کمک می‌کرد، ویراستار دخل و تصرفی در محتوای کتاب نداشته است.

هرکسی که به‌نحوی با کودکان و نوجوانان سر و کار دارد - والدین، خواهران و برادران، پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها، بستگان، مربیان، معلمان، مسئولان و سرپرست‌های مراکز نگهداری کودک و غیره - می‌توانند از این کتاب استفاده کنند.

امیدواریم که روان‌پزشکان کودک، این راه افتخار پیش کسوت روان‌پزشکی را هم‌چنان ادامه دهند، بر غنای این رشته پرتوان بیفزایند و در سلامت روانی کودکان و نوجوانان این مرز و بوم، سهمی درخور به خود اختصاص دهند.

حبیب‌الله قاسم‌زاده
استاد گروه روان‌پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران
اوّل شهریور ۱۳۹۴

پیش‌گفتار

در زمانی که در انستیتوی روان‌پزشکی لندن مشغول به تحصیل در تخصص روان‌پزشکی بودم، مدتی به یکی از درمانگاه‌های هدایت کودک آن انستیتو برای گذراندن دوره فرستاده شدم. در این درمانگاه بود که به این نکته برخوردیم که روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان مبحث جالب و مهمی است و برای کشورم که در آن زمان ۳۰ درصد جمعیت آن را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دادند، دارای اهمیت و منافع بسیاری است. از آن زمان به بعد بود که تصمیم گرفتم ضمن تحصیل در روان‌پزشکی، در زمینه کودکان و نوجوانان هم آموزش ببینم. بدین ترتیب مدت ۳ ماه در بخش نوجوانان بیمارستان بتلهم دوره کارآموزی را سپری کردم و سپس به بیمارستان کارشالتون رفته و به عنوان دستیار در بخش کودکان دچار مشکل به مدت یک سال و نیم کار کردم. در این بیمارستان بخش‌هایی برای کودکان معلول و عقب‌مانده وجود داشت و من به عنوان دستیار در آنجا هم کشیک می‌دادم. این بیمارستان جامع بیش از ۱۰۰۰ تخت برای کودکان و نوجوانان داشت و در اینجا بود که تجربیاتی در زمینه مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی کودکان به دست آوردم. پس از اخذ تخصص روان‌پزشکی از انستیتوی روان‌پزشکی لندن به ایران بازگشتم و مدت ۴۲ سال ضمن درمان بزرگسالان، کودکان و نوجوانان را هم مورد درمان قرار می‌دادم. در آن زمان در ایران توجه چندانی به روان‌پزشکی کودکان نمی‌شد. در همین زمان بود که دکتر راتر بخش روان‌پزشکی کودک در انستیتو را توسعه داد و من ضمن مراجعه برای گذراندن دوره رفتاردرمانی، زیر نظر پروفیسور مارکس در بخش کودکان انستیتو هم آموزش دیدم.

سال‌ها بعد از بورسی در مورد روان‌پزشکی سالمندان در انستیتو برخوردار شدم و ضمن تحصیل در این حوزه، در کلاس‌های دکتر گودمن که برای دستیاران بیمارستان مودسلی دوره روان‌پزشکی کودکان تدریس می‌کردند، به لطف ایشان شرکت می‌کردم. البته پیش از این هم بارها به انستیتو مراجعه و در بخش کودکان زیر نظر سایر متخصصان آموزش دیده بودم. اما آموزش این دوره با دکتر گودمن و بخصوص استفاده از کتاب روان‌پزشکی بالینی کودکان و نوجوانان (چاپ دوم) برای من بسیار سودمند بود. البته در طول دوره طبابت همچنان با مطالعه و آموزش به دانش خود در این زمینه افزودم.

برای نوشتن این کتاب علاوه بر استفاده از کتاب پیش‌گفته دکتر گودمن، با دسترسی به کتابخانه‌های دانشگاه‌های سانتاکروز و دانشگاه سان‌فرانسیسکو با کمک دخترانم شیرین و شایسته نیز استفاده فراوانی برده‌ام.

در اینجا لازم می‌دانم از دخترانم و همچنین خانم المیرا غفاری که در تدوین کتاب مرا یاری کردند

تشکر نمایم. همچنین از دوست گرامی دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده، و همچنین دکتر ارجمند که انتشار کتاب‌های پزشکی را در وجهه همت خود قرار داده‌اند و در نگارش و چاپ آن اینجانب را مساعدت نمودند، سپاسگزاری نمایم.

با این همه چون این کتاب یکی از اولین کتاب‌ها در زمینه روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان می‌باشد خالی از اشتباه نخواهد بود، که امید است با یاری دیگر متخصصان برطرف گردد.

دکتر اصلاان ضرابی

پیش در آمد

روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان رشته‌ای از دانش پزشکی است که دربارهٔ جوانب مختلف اختلالات عاطفی، رفتاری و رشدی- روانی در کودکان و نوجوانان بحث می‌کند. شناخت و تشخیص مشکلات روانی کودکان و نوجوانان و درمان آنها مبتنی بر روش‌ها و اصولی است که در این کتاب مورد بحث قرار می‌گیرد.

انسان موجودی زیستی- روانی- اجتماعی است و نمی‌توان مسائل مربوط به رشد، رفتار و زمینه‌های زیستی و روانی او را مورد توجه قرار نداد. در عین حال در این زمینه مسائل فرهنگی هم جای خود را دارد. علاوه بر مسائل عادی دوران کودکی و رشد بهنجار آن، امروزه بررسی روان‌پزشکی ناتوانی یادگیری (عقب‌ماندگی‌ها) موضوع دیگری در رشتهٔ پزشکی و روان‌پزشکی است و لذا روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان شامل اختلالات عاطفی، رفتاری، رشدی و مسائل دیگر در کودکانی است که مشکل ذهنی دیگری ندارند، اما در بررسی‌ها این مسائل با دانش پزشکی اطفال ارتباط نزدیکی پیدا می‌کند و حتی عده‌ای بر این عقیده‌اند که بهتر است در روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان تخصص دانش پزشکی هم باشد تا در ارزیابی کودک به‌کار گرفته شود.

در کشور ما که حداقل ۲۰ درصد از جمعیت آن کمتر از ۱۵ سال و ۳۰ درصد کمتر از ۳۰ سال دارد، نمی‌توان انکار کرد که مسئله بزرگ بهداشت روانی کودکان و نوجوانان، مسئله‌ای نیست که به آن توجه نشود و مورد غفلت قرار گیرد.

مسائل مربوط به درمان و پیشگیری و عوامل بهبود از موضوعاتی هستند که اغلب در جامعهٔ ما اطلاعات کمی درباره آنها وجود دارد. مطالب این کتاب می‌تواند برای تمام کسانی که با کودک و نوجوان سروکار دارند مفید باشد، افرادی از قبیل والدین، مراجعان و سرپرستان کودک، خواهران و برادران، پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها و به خصوص افرادی که با نوجوانان در مسائلی از قبیل اعتیاد و مشکلات رفتاری و کرداری سروکار دارند. همچنین آموزگاران و کلیه کسانی که با مسائل آموزشی و تربیتی کودکان و نوجوانان درگیر هستند باید نسبت به این مطالب آگاهی داشته باشند.

اخیراً رشته‌ای به‌نام نقص‌شناسی^۱ ایجاد شده است که نقایص حسی - حرکتی و روانی این‌گونه کودکان اعم از اختلال یادگیری کلی^۲ و مسائل روانی و آموزشی آنها را مورد بررسی قرار می‌دهد. سال‌ها قبل در دانشگاه تربیت معلم واحد درسی به‌نام آموزش ترمیمی^۳ ایجاد شد که نگارنده برای اولین بار این مسائل را برای دانشجویان رشته مشاوره تحصیلی و روان‌پزشکی تدریس نمودم. در مواردی که پدر و مادر بنا به تشخیص دادگاه صلاحیت نگهداری از فرزند یا فرزندان را نداشته باشند این کودکان با موافقت آنها به مکان‌هایی به‌نام مراکز نگهداری کودکان و پرورشگاه‌ها و سایر مؤسسات فرستاده می‌شوند. در ایران مسئله فرزندخواندگی^۴ و مسائل مربوط به آن اغلب توسط نزدیکان انجام می‌شود چون به نظر بستگان نزدیک انجام چنین کاری (فرستادن به پرورشگاه) اقدامی مذموم است. مسئله فرایند رشد کودک و سپس رشد وی تا بزرگسالی توسط راتر منجر به رشته‌ای به‌نام روان‌پزشکی رشدی^۵ شد که ریشه بیماری‌های بزرگسالی را در کودکی تحقیق و بررسی می‌کند. با روش‌های جدید در مطالعات ژنی معلوم شده است که علاوه بر ژن‌های تعیین‌کننده^۶ ژن‌های احتمالی^۷ نیز وجود دارند که تحت تأثیر عوامل محیطی موجب بیان ژنی^۸ شده و بروز می‌یابند. دستیابی به روش‌های فراصوتی^۹ و توموگرافی نشر پوزیترون^{۱۰} (PET) و سایر روش‌ها به وضعیت تحقیق و بررسی در مورد کودکان و نوجوانان جان تازه‌ای داده است.

مسائل اجتماعی - خانوادگی به خصوص در خانواده‌های ایرانی در ارتباط با شبکه خانوادگی و دخالت‌های بیجا و بجای اطرافیان در سرنوشت کودک ایرانی تأثیر خاص دارد. بنابراین در ایران و در سایر کشورها درگیر کردن خانواده در درمان کودک و شکل آن اهمیت خاصی دارد. اطلاع از مسائل اجتماعی، فرهنگی و سنتی ولو به اجمال اهمیت زیادی در درمان کودک دارد.

افزایش مصرف سیگار و الکل و مواد در نوجوانان و اینکه همه مصرف‌کنندگان معتاد نمی‌شوند، و این مشکلات تنها در دوره‌ای خاص پیش می‌آیند و تنها تعداد کمی از تجربه‌کنندگان مواد و الکل معتاد می‌شوند، باعث شده که آموزش از همان سال‌های کودکی و پیش از نوجوانی در مورد پیشگیری از مصرف مواد و الکل انجام پذیرد. نگارنده سال‌ها قبل کنفرانسی در این زمینه ارائه داده‌ام و تأکید کرده‌ام که چون ارتباط بین یک نوجوان و سایر نوجوانان منحرف و معتاد امکان زیادی دارد باید از قبل او را «واکسینه» کرد تا به سوی اعتیاد کشیده نشود. البته افرادی که بخواهند در این زمینه فعالیت

1- Defectology
 2- General learning disability
 3- Remedial teaching
 4- Adoption
 5- Developmental
 6- Determinant
 7- Probable
 8- Gene expression
 9- Ultra sonic
 10- Positron emission tomography

نمایند در درجه اول باید آموزش ببینند، چون آموزش غلط و بی‌اطلاعی در این مورد بدتر از سکوت است.

مشکلات جنسی، به خصوص در شرایط خاص ایران برای نوجوانان و اضطراب‌های حاصل از خودارضایی و روابط جنسی پرخطر، خود مسئله بزرگی است، هم در مورد پسران و هم در مورد دختران که بکارت موضوع مهمی در ازدواج‌شان است. مشکلات مربوط به تغذیه و روش‌ها یا عادات غلط در مورد ورزش و افزایش نیرو در مواردی حتی منجر به بیماری و فوت می‌شوند. مسائل مربوط به تحصیلات کودکان و اینکه باید از آنها به اندازه توانایی هوشی و ذهنی‌شان انتظار داشت و اینکه مسائل و مشکلات عاطفی و رشدی در ایجاد مشکلات تحصیل تأثیر می‌گذارند، از اهمیت برخوردار است. اگر به جای رشد توانایی‌های کودکان از آنها انتظار برآوردن آرزوهای والدین را داشته باشیم و اینکه همه والدین و آموزگاران چه در منزل و چه در مدرسه بسیج شده باشند تا به همه کودکان که احتیاج به کمک درسی دارند یاری برسانند به مشکل مهمی در خانواده‌های ایرانی تبدیل شده است.

به هر حال برای پزشکان، روان‌پزشکان عمومی و روان‌پزشکان کودک و نوجوان، امروزه مجهز شدن به دانش روزآمد الزامی شده و در سطور بعد ارزیابی دانش‌ها و چگونگی ارتباط آنها با روان‌پزشکی کودک مورد بحث قرار خواهد گرفت. ابتدا ببینیم روان‌پزشک کودک کیست؟

روان‌پزشک کودک فردی است که ابتدا دانشکده پزشکی را به اتمام برساند و پس از آن دوره تخصص روان‌پزشکی عمومی را طی کند و در دوره آموزش روان‌پزشکی مدتی در روان‌پزشکی کودک تحصیل و کار کرده باشد. البته اگر بتواند برای تکمیل اطلاعات در مورد روان‌پزشکی کودکان در بیمارستان‌های جامع کودکان کار کند و به خصوص بر آن جنبه از بیماری‌های کودکان که ریشه روان‌تنی^۱ دارد و بسیارند احاطه پیدا کند بسیار بهتر است. من این امکان را پیدا کردم که مدت یک سال و نیم در Queen Mary Garshaltor در اطراف لندن در محیطی بیمارستانی به عنوان پزشک متخصص کار کنم که بیش از ۱۰۰۰ تخت برای انواع مشکلات کودکان داشت و من مسئول بخش اختلالات هیجانی^۲ بودم. علاوه بر آن در بخش روان‌پزشکی کودک در مودسلی به مدت ۶ ماه و در تبلهم به مدت سه ماه در بخش روان‌پزشکی نوجوانان کار کردم. من این افتخار را پیدا کردم که به عنوان اولین ایرانی، عضو ممتاز کالج روان‌پزشکی و روان‌پزشکی انگلستان پس از گذراندن امتحان آن شوم.

به هر حال روان‌پزشک کودک در دادگاه حاضر می‌شود و در مورد محل نگهداری و زندگی کودکی که با والدینش زندگی نمی‌کند اظهار نظر می‌کند. والدین به دلیل مشکلات عاطفی- رفتاری و رشدی و دیگر مسائل کودک و همچنین الگوهای رشد جسمی و روانی کودک که بستگی زیادی به عوامل

1- psychosomatic
2- emotionally disturbs

اجتماعی، اقتصادی و مسائل روان‌پزشکی فرهنگی دارد به روان‌پزشک کودک مراجعه می‌کنند. بررسی عوامل پرخطر و محافظت‌کننده و بهبودی و طرح برنامه درمانی و اخذ همکاری والدین در حین درمان نیز از اموری است که وی باید انجام دهد. در کل ارزیابی، تشخیص و درمان کودک به علت مشکلات روانی از وظایف حرفه‌ای روان‌پزشک کودک است.

روان‌پزشکی کودک در آمریکا امتحان خاص دارد. در سال ۱۹۶۲ در بحث بین پروفیسور لويس و وینرکات به این نتیجه دست یافتند که روان‌پزشکی کودک یک رشته تخصصی است و با رشته‌های دیگر همپوشی دارد. علوم دیگری که داشتن آگاهی از آن برای روان‌پزشک کودک ضروری است عبارت‌اند از:

۱- روان‌پزشکی عمومی: این تخصص اصولاً مقدمه روان‌پزشکی کودک است و فرد باید اصول

کار در روان‌پزشکی را آموخته باشد. در هر حال اختلال کودک اگر روان‌زاد یا کارکردی باشد در مواردی شبیه بزرگسالان است و عده‌ای اعتقاد دارند که تداوم بیماری کودکی در بزرگسالی دیده می‌شود. در ضمن اگر در مراجعه برای مشکل کودک، فرد مطلع یکی از والدین (یا هر دوی آنها) باشند، ارزیابی روانی خود این افراد مهم است و بایستی روان‌پزشک کودک قادر به شناسایی اختلالات در آنها باشد. فراموش نکنیم یک مادر افسرده و یا یک پدر الکلی تأثیری اساسی در نگهداری و تربیت کودک دارند. در مواردی که کودک با کسانی غیر از والدین زندگی می‌کند، ارزیابی روانی آنها می‌تواند نشان دهد که شکایت از کودک تا چه حد صحت و سقم اظهارات فرد مطلع بزرگسال را مورد تأیید قرار می‌دهد.

۲- پزشکی کودکان: منابع مراجعه برای مشکلات کودکان در ایران و خارج از ایران یکسان

نیستند و به همین دلیل اخیراً روان‌پزشکی کودکان از لحاظ رفتاری و رشدی شاخه‌ای از پزشکی کودکان شده است که به هر حال یک پزشک کودک باید بتواند به سوالات و اضطراب‌های والدین جواب منطقی و آرامش‌بخش بدهد. اثرات روابط مادر در کودک از دوره شیرخوارگی و تأثیر فرایندهای عاطفی و ویژگی جسمی و رشدی در مشکلات روانی کودک باید مورد توجه قرار گیرد. بیماری‌های مزمن جسمی و حتی بیماری‌های حاد مانند سرخک می‌توانند روابط مادر و کودک را مختل کنند، یا مثلاً در درمان دیابت کودکان همراهی مادر و کودک لازم است و کودک می‌تواند عدم رعایت رژیم غذایی و عدم استفاده از دارو را وسیله‌ای برای تحت فشار قرار دادن والدین قرار دهد. به هر حال چون در درمان هر بیماری مزمن با انسان و روان او سرکار داریم باید مسائل رشدی و ویژگی‌های آنرا در نظر بگیریم.

۳- عصب‌روان‌پزشکی: ارتباط بین روان‌پزشکی و بیماری عصب‌شناختی و ایجاد رشته

عصب‌روان‌پزشکی^۱ حاکی از آن است که این علوم با هم ارتباط تنگاتنگی دارند و به همین

دلیل برای کسب تخصص در هر یک از این رشته‌ها گذراندن مدتی آموزش و تحصیل در رشته دیگر تا مدت‌ها در گذشته الزامی بوده است. ارتباط پزشکی اعصاب کودکان^۱ که متأسفانه به آن توجهی نمی‌شود با روان‌پزشکی کودکان غیرقابل انکار است. مسائلی همچون صرع کودکان با علایم روانی، مسائل روانی و توان‌بخشی فلج اطفال و انواع اختلالات خلقی و مسئله ارتباط آنها با حوادث خفیف زایمانی تاکنون به‌خوبی حل نشده است. مشکلاتی چون زبان‌پریشی،^۲ کم‌کاری چشم و گوش و دست و زبان و مسائل دیگر باعث شده است معاینه عصب‌شناختی کودک یک کار الزامی شود. بررسی‌های اخیر در آکسفورد نشان داده است که مشکلات و توارث می‌توانند مربوط به سیستم عصبی باشند و ارتباطی با مسائل روانی نداشته باشند. در واقع چشم در مقابل رنگ و تشخیص کلمات دارای مشکل شده و باعث اختلال خواندن می‌شود. نگارنده مدتی در این بخش از آکسفورد (بخش فیزیولوژی) به عنوان پزشک مشغول به کار بوده است.

۴- **علوم اجتماعی:** دخالت دادن خانواده در درمان، پیدایش خانواده‌درمانی و به علاوه متزلزل شدن بنیان خانواده در برخی کشورها ما را مجبور می‌کند که مسائل مربوط به خانواده را در هر اجتماعی مورد توجه قرار دهیم. کودک سال‌های اولیه عمر خود را بیشتر در داخل خانواده می‌گذارند و یادگیری مبانی اعتقادی، آداب اجتماعی یا اجتماعی شدن^۳ در آنجا انجام می‌گیرد. مسائل مربوط به مهاجرت و ویژگی‌های محله و همسایگان از نظر اجتماعی در کودک مؤثر است. روابط بین نسل دوم مهاجرین که به قوبل چاهانر^۴ فرانسوی در مورد مهاجرین مراکشی مشکلات اساسی در فرانسه بوجود آورد و شکاف نسل‌ها^۵ را ایجاد می‌کند در چگونگی رفتار و کردار در آنها به خصوص در دختران بحران‌هایی را در داخل خانواده ایجاد می‌کند. مسئله خانواده‌های گسترده^۶ که چند نسل پشت سر هم با هم زندگی می‌کردند و خانواده‌های هسته‌ای^۷ مسائلی را ایجاد کرده است. بالا رفتن سن ورود به بازار کار با وجود تحصیلات عالی باعث شده که جوانان مدت بیشتری به خانواده وابسته بمانند. درخواست استقلال و به‌دست آوردن هویت فردی در کنار خانواده‌ای که از هر لحاظ جوان را تأمین می‌کند و دخالت‌های آنها مسائلی را ایجاد می‌کند، برای جوان با مشکلاتی همراه خواهد بود. گسترش مواد و الکل در بین نوجوانان، روان‌پزشکان کودک را علاقه‌مند به این مسائل کرده است. ارتباط با مؤسسات اجتماعی و مسائلی چون حضانت کودک، طلاق و فرزندخواندگی احتیاج به اظهار نظر روان‌پزشک کودک دارد که از نظر قوانین ما به عنوان کارشناس در تصمیم‌گیری

1- pediatric neurology

2- aphasia

3- socialization

4- chahanner

5- generation gap

6- extended family

7- nuclear family

قضات مؤثر است. این مراجعات به حدی بودند که در سال ۱۹۸۹ کالج سلطنتی روان‌پزشکان انگلستان را واداشت کتابی تحت عنوان «روان‌پزشک کودک و قانون» منتشر کند. مسئله سوءاستفاده جنسی از کودکان که متأسفانه در ایران افزایش یافته احتیاج به نظر روان‌پزشک کودک دارد که آیا وی در خانواده فعلی باقی بماند یا خیر.

ازدواج مجدد پدر و مادر مسئله را پیچیده‌تر کرده است. در شرایط جنگ و یتیم شدن کودک یا زندانی شدن یکی از والدین او، معمولاً در ایران یکی از افراد شبکه خانوادگی مسئولیت چنین کودکی را به عهده می‌گیرد که صلاحیت آن برای این کار با توجه به قوانین جدید اسلامی و مسائل حقوق کودک، لزوم آشنایی با این مسائل را ضروری‌تر کرده است. در آمریکا و کشورهای اروپایی فرزندخواندگی (بر عهده گرفتن سرپرستی کودک با مخارج دولتی) و تعلیق نظارتی^۱ یا آزادی مشروط (که در مورد کودکان معارض قانون به اجرا در می‌آید) وجود دارد اما در ایران به جای این شبکه خانواده گسترده است که این مسئولیت را به عهده می‌گیرند. اعضای شبکه خانواده گسترده در کشور ما لازم است مانند کارکنان پرورشگاه‌ها و شیرخوارگاه‌ها و یتیم‌خانه‌ها آموزش ببینند و نظر کارشناسی روان‌پزشک کودک در مورد آنها اخذ شود. در همین مورد توجه به کانون‌های اصلاح و تربیت و بیماری‌های روانی و مشکلات درونی و مالی کودکان و نوجوانان، روان‌پزشک کودک را هم درگیر می‌کند. ملاحظه می‌شود که شناخت جامعه و مسائل در جریان آن و تغییرات و تحولات اجتماعی، روان‌پزشک کودک را وامی‌دارد که بررسی نماید این کودک در کجا و توسط چه کسی مراقبت و سرپرستی می‌شود.

۵- علوم آموزشی و پرورشی: آموزش کودکان و مشکلات تحصیلی ناشی از اختلالات عاطفی و رفتاری و رشدی، پیدایش مشکلات یادگیری خاص مثل مشکلات خواندن به خصوص با مشکلات خط فارسی و در مواردی که کودک باید خط لاتین و در مواردی حتی الفبای ارمنی را یاد بگیرد و مسائل دو زبانه بودن کودکان، مسائل مربوط به کودکان بیش‌فعال و چگونگی دوام آنها در مدرسه، توجه خاص خانواده به تحصیل و مشاوره یا توجه روان‌پزشک کودک در مورد هوش کودک و گاهی مشکلات روانی که موجب اشکال در یادگیری می‌شوند، همه مسائلی هستند که باید مورد بررسی و توجه روان‌پزشک کودک قرار گیرد. در ایران به علت کمبود تعداد روان‌پزشک کودک مجبوریم از پزشکان عمومی و به خصوص از روان‌پزشکان استفاده کنیم، لذا در تعلیمات آنها باید دقت شود. علاقه خانواده به نمرات درسی کودکان و مسائل آن و اینکه والدین بیشتر به آرزوهای خود توجه می‌کنند و استعداد و هوش کودکانشان را در نظر نمی‌گیرند، مسئله‌ای است که باید مورد توجه قرار گیرد.

اهمیت روان‌پزشکی کودک

وسعت دانش مورد نیاز کسانی که می‌خواهند روان‌پزشک کودک شوند از اهمیت بسزایی برخوردار است. درک استینبرگ در کتاب خود با عنوان «کاربرد روان‌پزشکی کودک» بر این اهمیت تأکید نموده است. او معتقد است دانش بسیاری برای پدران و مادران، روان‌شناسان کودک، مددکاران اجتماعی و متخصصان اعصاب کودکان در دسترس می‌باشد. او کتابی نیز برای متخصصان کودکان درباره رفتار و رشد به نام «طب رفتاری و رشدی کودکان» به نگارش درآورده است.

از آنجا که نگارنده دارای دیپلم جرم‌شناسی از دانشکده حقوق دانشگاه تهران می‌باشد و مدت‌ها تحت عنوان مشاور در پزشکی قانونی کار کرده است بر لزوم داشتن این دانش در کشور تأکید می‌نماید. لازم است افرادی که در مورد مسائلی از قبیل حضانت کودکان، طلاق والدین، حقوق مالی و اجتماعی کودکان دخالتی دارند یا این مسایل مربوط به کارشان است از این دانش مطلع باشند، زیرا در مجموع قالب شخصیت هر انسان در دوره کودکی ریخته می‌شود. این افراد ممکن است کسانی مثل وکلای دادگستری، مسئولین مهدهای کودک، کارکنان و پزشکان بیمارستان‌های کودکان، واحدهای اصلاح و تربیت کودکان و نوجوانان که وابسته به قوه قضاییه است (شامل کارکنان کانون‌های اصلاح و تربیت، قضات دادگاه‌های اطفال)، متخصصان تعلیم و تربیت (یعنی آموزگاران مقاطع ابتدایی و متوسطه)، کارکنان پرورشگاه‌ها، جامعه‌شناسان واحدهای پلیس، کارکنان و متخصصینی که با بزهکاری و اعتیاد کودکان و نوجوانان درگیر هستند (اعم از درمان و توان‌بخشی)، افرادی که مسئول در حرفه‌آموزی به نوجوانانی هستند که ترک تحصیل می‌کنند، افراد دست‌اندر کار در مسائل آموزشی و تحصیلی کودکانی که مشکلات خواندن و نوشتن دارند، گفتار درمانگران، شنوایی و بینایی‌سنج‌ها، کاردرمانگران، متخصصان بهداشت روانی و بهداشت کودکان و نوجوانان و خلاصه هرگونه خدمات اجتماعی کودکان (خواه موقت خواه دائم) در کار خود احتیاج به حداقل اطلاعات در مورد کودکان و نوجوانان دارند.

یکی از تخصص‌هایی که در ایران به آن نیاز داریم مأمور تعلیق نظارتی است. یعنی پس از اینکه دادگاه به دلایلی در مورد نوجوانی حکم مجازات تعلیقی یا مشروط صادر کرد، این نوجوان تحت نظر این مأمور قرار خواهد گرفت. مأمور تعلیق نظارتی فرد متخصصی است که نوجوان مجرم را در دوره تعلیقی یا آزادی مشروط زیر نظر دارد تا به رفتارهای قابل قبول، مشاوره و درمان و دیگر اقداماتی که باید در این دوره به انجام برساند نظارت داشته باشد. زیرا تعلیق مجازات یا آزادی مشروط بدون نظارت و سرپرستی یک فرد آموزش دیده کار بیهوده‌ای است.

به هر حال تربیت و آموزش کودک و کنترل وی چه در سلامتی و چه در بیماری احتیاج به دانش ضروری دارد. همچنین پزشکی‌گانی که با کودک سروکار دارند باید بدانند که کودک موجودی خاص با

ویژگی‌های زیر است:

- ۱- کودک یک موجود اجتماعی است و باید رشد روانی- اجتماعی وی در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر بررسی و شناخت کودک بدون در نظر گرفتن این عوامل خطا است. به عنوان مثال اگر طلاق در خانوادهٔ کودک رخ داده باشد، واکنش و رفتار وی در قبال این رویداد باید مورد توجه قرار گیرد و اطلاق رفتار غیرطبیعی به او بدون توجه به آن اتفاق بی‌معنی است. در کل، درمان (به ویژه در ایران) باید با در نظر گرفتن محیط خانواده و اجتماع صورت پذیرد.
- ۲- کودک را باید به عنوان یک عامل فعال و متفکر در نظر گرفت. بدین معنی که در روند درمان، او یک موجود منفعل نیست که فقط دارو بخورد، بلکه باید در درمان مشارکت داشته باشد. واکنش‌ها و رفتار و مقابلهٔ کودک در مقابل فشارهای روانی و مشکلاتی که با آنها برخورد می‌کند بسیار مهم است. در اینجا ویژگی‌های مزاجی و خلقی^۱ وی در ارتباط با دیگران و حتی در مورد مصرف دارو مؤثر می‌باشد. تجربه‌ها و یادگیری‌ها و تربیت او با مشکلات مربوط به آن خود مسئله‌ای است. برخورد کودک با مشکلات روانی‌اش و بیماری جسمی و اینکه در تربیت وی چه مقدار در برخورد با مشکلات واکسیناسیون انجام شده است، حائز اهمیت هستند.
- ۳- کودک یک موجود زندهٔ در حال رشد است، به همین دلیل نشانه یا نشانه‌های رفتاری یا بیماری در او در سنین مختلف معانی متفاوتی دارند. یعنی اگر کودکی در روز سه بار گریه می‌کند، چنین گریه‌ای در سنین مختلف معانی متفاوتی دارد. مثلاً اگر کودک یک نوزاد باشد یا یک کودک ۸ ساله قضیه فرق می‌کند و نتایج درمانی متفاوت است. همچنین می‌تواند باعث بهبودی مشکلات و برخی اختلالات کودک شود و گذشت زمان در طول درمان عاملی درمانی است. بنابراین باید توجه داشت یک نشانه یا نشانه‌های غیرعادی در کودک جزء نشانه‌های رشدی است یا خیر، واقعاً یک نشانه مرضی است و باید مورد درمان قرار گیرد [*].

1- temperamental

* آنچه در بخش «پیش‌درآمد» این کتاب مطالعه نمودید، حاصل مشاهدات، یادداشت‌ها و مطالعاتی است که نگارنده در ۴۳ سال کار بالینی در روانپزشکی کودک به‌دست آورده است و خلاصه آن در سطور فوق در اختیار خوانندگان قرار گرفت.

گرفتن شرح حال در روان پزشکی کودک و نوجوان

گرفتن شرح حال درست و دقیق از بیمار چه در روان پزشکی و چه در روان پزشکی کودک و نوجوان از اهمیت خاصی برخوردار است و در آموزش روان پزشکان کودک و نوجوان زمان زیادی صرف آن می شود. مهمترین مسائل در بحث گرفتن شرح حال عبارت اند از:

مشاهده کودک: در مشاهده کودک باید موارد زیر مورد توجه و مشاهده قرار گیرند:

۱- **وضع ظاهری:** تغییر شکل عضوی، وضع تغذیه، جستجوی شواهدی در مورد غفلت و

بی توجهی نسبت به کودک، کبودی پوست و علایم کوفتگی در بدن، وجود زخم در بدن.

۲- **میزان فعالیت:** حرکات غیرارادی در صورت، دستها و توانایی تمرکز حواس.

۳- **خلق کودک:** ویژگیها و خصوصیات ظاهری، بیان مطالب به صورت غمگینانه، علایم

افسردگی، بیان اضطراب یا تنش، علایم اضطراب، چگونگی شروع تماس و میزان ارتباط با

پزشک، تماس چشمی، گفتگوی خودبخودی، سرعت احساس صمیمیت و راحتی، میزان

خجالتی بودن و در خود فرو رفتن، نحوه جدا شدن از مادر یا سرپرستی که همراه اوست با

توجه به سن، میزان تطابق با محیط و واکنش او در مورد خطا.

۴- **عادات و رفتارهای خاص و یکنواخت، وجود هذیان، توهم و اختلال فکر.** شواهدی مبنی

بر حالت قطع هشیاری، شناسایی و درک اختلال رفتاری کودک و ارزیابی آن از نظر خود

کودک، نظر پدر و مادر و برادر و خواهر و دیگر منابع مانند مدرسه، در مورد رفتار کودک از

زبان خود او.

باید با کودک به زبان کودکی صحبت کرد و از به کار بردن کلمات، واژهها و اصطلاحاتی که درک

آنها برای او مشکل است خودداری کرد و در صورت احساس خستگی در کودک جریان اخذ

شرح حال را به جلسات بعد موکول کرد.

تفاوت ارزیابی کودکان و بزرگسالان

تمام روش‌های شرح‌حال‌گیری که در مصاحبه روان‌پزشکی آموزش داده در این مصاحبه نیز ضروری است با این حال با توجه به مسائلی که در این‌گونه ارزیابی‌ها وجود دارد، باید نکات زیر را مد نظر قرار داد:

- ۱- کودک توسط فرد دیگری به درمان آورده شده است. غالباً علت مراجعه یا گفته نمی‌شود یا آنچه گفته می‌شود صحیح به نظر نمی‌رسد. برداشت کودک کم سن و سال از مراجعه به پزشک، خون گرفتن یا تزریق آمپول است، کودک دبستانی آنرا نوعی تنبیه تلقی می‌کند و نوجوان به علت مراجعه به پزشک عصبانی است. با توجه به میزان شناخت و درک کودک و نوجوان و برای رفع نگرانی آنها باید علت مراجعه برای پزشک توضیح داده شود. در این شرایط شاید بهترین پرسش از بیمار این است که چرا تو را به اینجا آورده‌اند.
- ۲- ممکن است کودک یا نوجوان اصلاً صحبت نکند، در چنین حالتی می‌توان او را به کشیدن یک شکل یا مختصری بازی ترغیب نمود. در روان‌پزشکی کودک، بر خلاف روان‌پزشکی بزرگسالان صحبت کردن تنها منبع جمع‌آوری اطلاعات نیست.
- ۳- بسیاری اوقات در خانواده‌های فقیر ایرانی این اولین بار است که یک بزرگسال وقتش را برای مدتی طولانی صرف شنیدن حرف‌های بیمار (کودک) می‌کند، بنابراین بهتر است رابطه‌ی خوبی با فرد بزرگسال برقرار شود. در این جلسه روان‌پزشک کودک اطلاعات زیادی به دست می‌آورد. کودکان در سنین پایین حیوانات اهلی را نیز افراد خانواده تلقی می‌کنند و از زبان آنها مطالبی می‌گویند و روابط خود را با آنها شرح می‌دهند.
- ۴- با در نظر گرفتن مسائل محیطی مانند خانواده و شبکه خانوادگی، مدرسه، همسایگان، همسالان و حیوانات می‌توان اطلاعات بسیاری به دست آورد، از جمله کارکرد خانواده و ارتباط در داخل نظام خانوادگی، روابط افراد خانواده، تفریحات و سرگرمی‌ها، نظر کودک نسبت به والدین، خواهر(ها) و برادر(ها) و هرکس دیگری که در شبکه خانواده با آنها زندگی می‌کند، نظم چرخه زندگی شبانه‌روزی، نوع خدماتی که کودک در خانواده انجام می‌دهد، مقررات و انضباط در خانواده نسبت به والدین، خواهر(ها) و برادر(ها)، دوستان و همسالان کودک، میزان اجازه به کودک برای بازی در خارج از منزل و رفتن به منزل همبازی‌ها و همکلاسی‌ها، مقررات و ساعات تماشای تلویزیون و بازی‌های کامپیوتری، میزان و شدت وابستگی آن نسبت به مادر، پدر یا فرد دیگر در خانواده، نظام و نقش تشویق و تنبیه در خانواده که درباره کودک به اجرا گذاشته می‌شود و اینکه چه کسی آنرا اعمال می‌کند، میزان پول توجیبی، نوع نظارت بر رفتار و انجام وظایف و تکالیف کودک در درون خانواده از اهمیت بسیاری برخوردار هستند.

روش گرفتن شرح حال از خانواده

چون در بیشتر موارد این خانواده‌ها هستند که فرزندان خود را نزد روان‌پزشک می‌آورند و علت و منبع مراجعه آنها هستند، لازم است نکات زیر مورد توجه قرار گیرند:

۱- منبع و علت مراجعه؛ چه کسی (اعم از پزشک کودکان یا دیگران) تقاضای معاینه و بررسی کودک را کرده و ابتکار مراجعه از طرف چه کسی است؟ چه رفتارها یا مسائلی علت اصلی مشکلات کودک برای خود و خانواده است و از چه نظر؟

۲- ثبت عینی شکایات؛ بهتر است عین اظهارات و کلمات ابراز شده در مورد مشکل در پرونده ثبت شود، زیرا به این روش می‌توان نوع انتظار مراجعه‌کننده را دریافت. اگر شکایت و بیان مشکل مبهم باشد بهتر است کودک یا نوجوان یا همراه او را تشویق کرد که مشکلات را به همان ترتیب که در خانه یا مدرسه بروز می‌کند شرح دهند. سپس نوع و شدت، تعداد دفعات در روز یا هفته و موقعیت‌هایی که در آنها مشکل بروز می‌کند، عوامل آشکارساز، شدت بخش و تخفیف‌دهنده، عواملی که قبل یا بعد از مشکل ایجاد می‌شوند، فشارهای روانی و استرس خاصی که توسط والدین یا همراه کودک مهم به نظر می‌رسند، چگونگی برخورد و مقابله خانواده و رفتارها و واکنش‌هایی که در قبال آن انجام می‌شود از قبیل تنبیه و انکار مسئله، زمان پیدایش مشکل و میزان غیرعادی بودن آن از نظر خانواده مورد پرسش و بررسی قرار گیرند.

۳- اطلاعات زیر باید توسط کودک و یا خانواده در اختیار روان‌پزشک کودک قرار گیرند:

۳-۱- وضع کلی سلامت و مشکلات جسمی مانند سردرد، آسم، دردهای مزمن شکمی، اختلالات شنوایی و بینایی، غش و ضعف و هر نوع حمله دیگر. علایم و مشکلات جسمی که کودک هنگام رفتن به مدرسه از خود نشان می‌دهد (چه مشکلات تازه و چه آنهایی که از قبل وجود داشته‌اند).

۳-۲- مشکلات مربوط به خواب، خورد و خوراک، دفع ادرار و مدفوع، شب‌ادراری پس از یادگرفتن عادات رفتن به توالت و شب‌ادراری فعلی.

۳-۳- رابطه با اعضای خانواده، میزان عواطف، همکاری و حرف‌شنوی در خانه، علت نفرت از شخصی خاص در خانواده

۳-۴- میزان فعالیت و جنب و جوش؛ میزان حرکت و فعالیت کودک با توجه به سن مادر و پدر، فراخنای توجه و دقت، میزان تمرکز بر روی یک مطلب یا بازی، حالات بی‌قراری، بهانه‌جویی، قشقرق و خشم و عصبانیت.

۳-۵- وضعیت تحصیلی و یادگیری‌های اجتماعی و رعایت آنها؛ نظر مدرسه درباره وضعیت تحصیلی و رفتار کودک (اگر گزارش توسط آموزگار تهیه شود بهتر است)، میزان

- فراگرفتن مهارت‌های شخصی و اجتماعی پیش از رفتن به مدرسه.
- ۳-۶- بررسی نشانه‌هایی همچون تیک، حرکات یکنواخت و تکراری. عادات خاص و مناسک و آداب ویژه
- ۳-۷- خلق؛ میزان انرژی و حوصله کودک، احساس غمگینی و افسردگی، احساس ناتوانی و عجز، افکار خودکشی و مرگ، میزان گریه و دفعات آن در طول روز، اضطراب، خشم و عصبانیت، ترس‌های متفاوت و مختلف.
- ۳-۸- بررسی روابط کودک با دوستان، همسالان و دیگران از جمله رابطه با بچه‌های محل و چگونگی تطابق و کنار آمدن با آنها و میزان دخالت والدین در این روابط، رابطه با آموزگاران و اولیاء مدرسه. افرادی که کودک به آنها وابسته است (مثل همکلاسی‌ها) رابطه کودک با افرادی که ممکن است مدتی آنها را نگهداری کنند (به غیر از پدر و مادر و بهتر است نسبت و خصوصیات آنها ذکر شود).
- ۳-۹- رفتارهای ضداجتماعی؛ نافرمانی کودک نسبت به افرادی که باید از آنها تبعیت و اطاعت کند. میزان خشونت و پرخاشگری، تمایل به تخریب، آتش‌افروزی، دروغ‌گویی و بی‌آمدهای آن در خانواده، دزدی از خانه یا منزل دیگران به تنهایی یا به کمک دیگران (باید توجه داشت کودک تا حدود سن ۷ سالگی احساس مالکیت خاصی ندارد)، فرار از مدرسه یا نرفتن به مدرسه، فرار از خانه، ولگردی با همسالان، مصرف سیگار، الکل یا احتمالاً مواد.
- ۳-۱۰- مسائل جنسی مانند علاقه به جنس مخالف، به دختران در مورد آگاهی قاعدگی و بلوغ توسط مادر، معلم و دوستان، خودارضایی، پرسش‌های کودک در مورد مسائل جنسی، بحران‌های بلوغ و مسائل جنسی از طرف دیگران، تجربه‌های جنسی کودک، میزان اطلاعات و آگاهی کودک در مورد امور جنسی.
- ۳-۱۱- بررسی نقاط قوت و ضعف کودک؛ ویژگی‌ها و صفات مثبت و منفی کودک، میزان رضایت خانواده از رفتارها و شخصی کردن این رفتارها، کودک در چه زمینه‌هایی مهارت دارد.
- ۳-۱۲- سطح رشد زبان و حرکت: درک و فهم زبان متناسب با سن، مهارت‌های تکلم و خواندن سلیس، نوع کاربرد اطلاعات خود، توانایی درک فضایی، تعادل و توازن حرکتی، دست و پا چلفتی بودن، بیش‌فعالی و بی‌قراری با در نظر گرفتن سن (متناسب با سن باشد)، چپ دستی یا راست دستی، توانایی تمرکز طولانی، میزان تغییر علاقه و تمرکز و همچنین توجه مثبت و مداوم بر یک کار.
- ۴- شرایط و ساختار خانواده کودک؛ وضع ظاهری، سن، شغل، سلامت جسمی و روانی والدین

کودک، کیفیت رابطه با کودک، میزان تحصیلات والدین، سوابق پزشکی و روان پزشکی والدین، منشأ تبار خانواده مثلاً اگر مهاجر هستند از کجا آمده‌اند و چه مدت است در این کشور زندگی می‌کنند؟ ویژگی‌های روابط با یکدیگر، میزان ارتباط با کودک و دخالت او در حل مشکلات خانواده، طرد از سوی والدین، روابط کودک با برادر(ها) و خواهر(ها) و با یکدیگر، الگوی روابط خانوادگی و میزان گرمی، صمیمیت، اتخاذ تصمیم در خانواده، سن برادر(ها) و خواهر(ها) و مشکلات جسمی و روانی در آنها و میزان مشارکت آنها در نگاه‌داری و تربیت کودک، وضعیت خانه و محله و محل سکونت، نظم و ترتیب خانواده در زمان غذا خوردن و خواب، بررسی رفتارها و وضع روانی والدین در رابطه با کودک، فرق گذاشتن والدین بین کودکان، سپر بلا قرار دادن کودک، ازدواج‌های قبلی پدر و مادر، بچه سرراهی، فرزندخواندگی، بررسی وضعیت جسمی و روانی والدین تنی کودک (در صورت امکان)، وضعیت زایمان‌های مادر و وضع هر یک از زایمان‌ها، تعداد فرزندان سقط‌شده یا مرده به دنیا آمده اطلاع کودکان فرزندخوانده از والدین تنی‌شان، اینکه در کجا زندگی می‌کنند یا با هم دیدار دارند یا نه. روابط کودک با پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها، رابطه کودک با حیوانات خانگی، بررسی افراد دیگری غیر از پدر و مادر که در نگاه‌داری کودک مشارکت دارند وضعیت مالی و اقتصادی خانواد، روابط با همسایه‌ها، رابطه کودک با بچه‌های همسایه و دیگر همسالان وضعیت و موقعیت خانواده در مراقبت و توجه به امور زندگی‌شان و تفریحات در خانواده، مسئولیت‌ها و کارهایی که کودک در خانواده به عهده دارد، وظایف و کارهای شخصی مربوط به خود کودک، بررسی مقررات و انضباط در خانواده در مورد زندگی روزمره، دوستان و همسالان، بازی‌های خارج از خانواده و منزل، میزان و ساعات تماشای تلویزیون، کامپیوتر و بازی‌های کامپیوتری، داشتن وابستگی شدید به مادر و پدر یا کودک یا فرد دیگر. نقش تنبیه‌ها و تشویق‌ها در خانواده به عهده چه کسی یا کسانی است، نوع تنبیه‌ها و تشویق‌ها و میزان پول توجیبی.

بررسی تاریخچه فردی کودک

- ۱- دوران آبستنی مادر؛ عوارض و مشکلات آبستنی، مصرف داروها، تب‌های عفونی، خواسته یا ناخواسته بودن کودک، خونریزی و عفونت یا پارگی کیسه آب حین آبستنی.
- ۲- نحوه زایمان و به دنیا آمدن کودک؛ وزن هنگام تولد، وضع جفت، مراقبت‌های بعد از زایمان (چادر اکسیژن، زردی، تعویض خون)، زایمان در خانه یا بیمارستان، زایمان طولانی یا کوتاه مدت، مشکلات تنفسی و تغییر چهره پس از زایمان. زایمان توسط چه کسی انجام شده است (پزشک، مامای تحصیل کرده یا مامای سنتی)، استفاده از فورسپس در زایمان.

۳- روابط اولیه کودک و مادر؛ شیرخوردن از پستان مادر یا شیشه، افسردگی پس از زایمان، مشکلات پستان گرفتن کودک (مثلاً ناشی از حملات صرع یا غش)، ماندن مادر در بیمارستان، مشکلات شیر مادر و تغذیه مصنوعی، مشکلات از شیر گرفتن.

۴- مراحل رشد؛ سن نشستن بدون کمک دیگران، سن راه افتادن و اولین کلمات با معنی در مقایسه با سایر کودکان هم‌سن (زود یا دیر زبان باز کردن)، از چه زمانی ادرار خود را کنترل می‌کند، خشک بودن اولیه و سپس شروع شب‌ادراری، کنترل مدفوع، مشکلات مربوط به کنترل ادرار و مدفوع، روش یادگیری و سن شروع و آموزش کنترل ادرار و مدفوع در خانواده.

۵- سوانح و بیماری‌های و سوانح کودک؛ حساسیت به داروها و غذاها، علت و دفعات بستری شدن در بیمارستان، ابتلا به بیماری‌های خطرناک (سرخک، مننژیت، انسفالیت)، تب‌های شدید همراه با غش یا بدون تشنج، حملات صرعی بدون تب، جدایی‌های کودک از مادر یکبار یا بیشتر، کیفیت مراقبت‌ها و مواظبت‌های جانسین مادر، سن جدایی کودک از مادر، ضربه‌های شدید و جدی به سر و بدن در اثر بی‌دقتی.

۶- وضعیت تحصیل کودک؛ حضور در مدرسه و میزان آمادگی، سابقه رفتن به مهدکودک و آمادگی، دو زبانه بودن کودک، میزان پیشرفت تحصیلی (افت تحصیلی، رفوزگی، میزان معدل و نظر آموزگار در مورد او)، تعویض مکرر مدرسه و علت آن، نوع مدرسه (دولتی، غیرانتفاعی و غیره)، انضباط مدرسه (ساعات اقامت در مدرسه، سخت‌گیری‌های خاص)، روابط با همکلاسی‌ها، روابط کودک با آموزگار، میزان ارتباط خانواده با مدرسه، میزان دخالت در امور درسی کودک (توسط والدین، خواهر یا برادر یا دیگران)، نظر خانواده در مورد وضعیت تحصیلی کودک (در خواست‌ها، انتظارها و جاه‌طلبی‌های خانواده از کودک)، چشم و هم‌چشمی با سایر کودکان خانواده، اهمیت و ارزش تحصیل در خانواده، وضعیت تحصیلی خواهر(ها) و برادر(ها).

معاینه پزشکی کودک

معاینه‌های جسمی کودک و وضع کلی سلامت او باید مورد بررسی قرار گیرد. مهمترین این معاینه‌ها عبارت‌اند از سردردها، آسم، دردهای شکمی، اختلالات شنوایی (حق نداریم کودکی را از نظر زبانی و تکلم عقب‌مانده یا دچار ناتوانی در گفتار به‌نامیم، پیش از آنکه شنوایی او توسط متخصص کودکان معاینه شود) و اختلالات بینایی، غش و ضعف و هر نوع حمله دیگر، مشکلات مربوط به خوردن، خوابیدن، مشکلات مربوط به ادرار و مدفوع، توجه به هر گونه عدم تقارن در صورت، حرکات چشم از نظر جهش سریع، عدم تقارن و تقابل انگشتان در مقابل شست از طریق لمس سرانگشتان با شست،

دست و پا چلفتی بودن، تقلید از روی یک طرح نقاشی شده مانند کشیدن تصویر یک انسان، مشاهده طرز گرفتن قلم و چابکی در کشیدن شکل، قابلیت‌های بینایی، پریدن بالا و پایین و لی لی کردن، قدرت نگاه‌داری اعداد به صورت مجزا و معاینه‌های معمول که با بزرگسالان تفاوتی ندارد. یعنی معاینه ۱۲ جفت عصب و معاینه‌های معمول جسمی (بهتر است معاینه عصبی توسط متخصص اعصاب یا متخصص اعصاب کودکان انجام گیرد. در غیر این صورت معاینه توسط متخصص کودکان انجام می‌شود).

هدف ارزیابی کودک

کودکان و نوجوانانی که به روان‌پزشک مراجعه می‌کنند یا ارجاع داده می‌شوند معمولاً دارای مشکلی عاطفی، رفتاری، رشدی، اجتماعی و رشدی یا ترکیبی از آنها هستند. هدف از ارزیابی آنها تعیین و تشخیص این مشکل یا مشکلات است. مشکلات غالباً تأثیر متقابل موارد فوق است. برای تشخیص و ارزیابی کودک بهتر است موارد زیر مورد توجه قرار گیرند:

□ در پزشکی و روان‌پزشکی معمولاً گفتگو با بیمار و ارزیابی شکایات وی یک هنر محسوب می‌شود. اما امروزه ابداع ابزارها و روش‌های جدید موجب شده است به این هنر توجه کمتری شود. به علاوه چون در بیشتر موارد کودک خود مراجعه‌کننده نیست، مصاحبه و گفتگو با کودک نیاز به آموزش، تجربه و تسلط به این هنر دارد.

□ ممکن است علت مراجعه در ابتدا روشن نباشد و چیزی غیر از آنچه که در جلسه اول مطرح می‌شود باشد. لذا ارزیابی درست کودک به روشن شدن مشکل اصلی کمک شایانی می‌نماید.

□ ارزیابی کودک، کیفیت و شدت مشکل را مشخص می‌کند و تعیین می‌کند با توجه به سن و طبقه اجتماعی اصولاً شکایت مطرح شده بیماری تلقی می‌شود یا در آن وضعیت، بهنجار و طبیعی می‌باشد و آیا نیازمند درمان می‌باشد.

□ هر نشانه یا علامتی که مراجعه‌کننده یا کودک اظهار می‌دارند باید از لحاظ موارد زیر تشخیص داده و تعیین شوند: (الف) مشکل چه نوع عارضه‌ای است (عاطفی، رفتاری، رشدی و اجتماعی)، (ب) این عارضه و مشکل چه ضایعه، ناتوانی و اختلالی در زندگی کودک ایجاد کرده است، (ج) این عارضه و مشکل چه خطری برای وضعیت فعلی کودک ایجاد خواهد کرد، (د) شدت این نشانه‌ها یا علائم چقدر است و برآورد شود کودک چه مقدار توانایی مقابله با آن را دارد، (ه) باورهای خانواده در مورد این مشکل چیست و چه انتظاراتی دارند.

□ در پایان هر مصاحبه و گرفتن شرح حال باید تا حدودی نوع مشکل و اختلال برای پزشک روشن شده باشد.

- در مجموع گرفتن شرح حال یک وسیله تشخیصی است که با توجه به رفتار کودک، مصاحبه با خانواده یا همراه کودک و آنچه در مصاحبه بین پزشک و کودک می‌گذرد، استوار شده و بیشتر مسائل و مشکلات بعداً روشن خواهد شد. گاهی همین ملاقات اولیه اثر درمانی پیدا می‌کند. در ایران بسیاری از خانواده‌ها و مراجعه‌کننده‌ها در بیشتر اوقات به نتایج این مراجعه مشکوک هستند و مدتی را می‌بایست برای متقاعد کردن آنها و توضیح مشکل کودک صرف کرد.
- به طور کلی مصاحبه با خانواده در مورد چگونگی رفتار با کودک و توصیه‌هایی به آنها در مورد رفتار خودشان و اصلاح آن مفید است، به ویژه جلب حس همدردی و همکاری والدین به رفع سرگردانی کار با کودک کمک می‌کند. همچنین اگر تا حد امکان به کودک و والدینش مفهوم و علت رفتار کودک توضیح داده شود و در مورد رفتار با کودک مطابق با اصول تربیتی با توجه به مشکل کودک و سطح فرهنگی و سن خانوادگی در ایران و اعتقادات خانوادگی توصیه شود بسیار مناسب است.
- محرمانه بودن مصاحبه در مورد کودکان به ویژه نوجوانان مسئله مهمی است. رازداری در مورد آنچه بین کودک و خانواده و پزشک می‌گذرد یک اصل است. البته این موضوع متناسب با سن کودک و میزان مشکلات رفتاری وی فرق می‌کند و به ویژه در تعیین اینکه چه چیزی باید به هر یک از طرفین گفته یا توصیه شود تفاوت دارد.

رفتار پزشک با کودک در مصاحبه

پزشک نباید موضع فردی پنددهنده و اندرزگو و اصلاح‌گر را به خود بگیرد. نباید کارهای کودک را تأیید کند و کاری کند که خود بیمار پزشک را مورد انتقاد قرار دهد و کودک و نوجوان در رابطه با پزشک محدودیت‌هایی قائل شوند. در صورت وجود خشم و تخریب پزشک باید مهربان و جلدی باشد. در مورد حرمت‌شکنی مخصوصاً در مورد نوجوانان برخورد جلدی کرده و آن‌را نپذیرد و تحمل نکند. سکوت در روانکاوی مهم است ولی در اینجا چنین نیست.

نکات مهم در مصاحبه

- ۱- طرز صحبت کردن پزشک در مصاحبه باید آرام و توأم با خونسردی باشد. در مقابل لکنت بیمار قیافه ناراحتی به خود نگیرید، تکانشگری‌های او را کنترل کند و اجازه دهد تا خود او در مقابل درخواست‌های خانواده مقابله نماید. باید هرکس نحوه خاص برخورد با مشکلات خود را داشته باشد.
- ۲- پایان مصاحبه را به کودک اعلام نمایید و از او بپرسید که آیا هنوز چیزی هست که بخواهد