

راهنمای درمان و نمونه‌های بالینی
برای DSM-5®
سلامت روان کودکان

فهرست

- ۱۳ قدردانی
- ۱۵ پیشگفتار
- ۱۹ پیش درآمد: مفهوم سازی ما از نمونه های بالینی

بخش اول

نمونه های بالینی کلاسیک
پیش درآمدی بر نمونه های بالینی کلاسیک

۱ مشکل در توجه

- ۳۵ اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی
- ۳۹ دیدگاه روان درمانی
- ۴۴ دیدگاه داروشناسی روانی
- ۴۸ منابع

۲ مقاومت در برابر تغییر

- ۵۱ آیا کودک من اوتیسم دارد؟
- ۵۵ دیدگاه روان درمانی
- ۵۸ دیدگاه داروشناسی روانی
- ۶۲ منابع

۳ زندگی در سایه والدین

- ۶۴ اختلال اضطراب جدایی
- ۶۷ دیدگاه روان درمانی
- ۷۲ دیدگاه داروشناسی روانی
- ۷۷ منابع

۴ پر حرفی در خانه

- ۷۹ خاموشی انتخابی

- دیدگاه روان‌درمانی ۸۳
- دیدگاه داروشناسی‌روانی ۸۸
- منابع ۹۲

۵ همه‌چیز او را می‌آزارد

- اختلال افسردگی اساسی ۹۴
- دیدگاه روان‌درمانی ۹۸
- دیدگاه داروشناسی‌روانی ۱۰۴
- منابع ۱۰۹

۶ سبک‌سری بیش‌از‌حد

- اختلال دوقطبی ۱۱۱
- دیدگاه روان‌درمانی ۱۱۶
- دیدگاه داروشناسی‌روانی ۱۱۹
- منابع ۱۲۳

۷ زندگی در مهمانی

- مصرف مزمن ماری‌جوآنا ۱۲۵
- دیدگاه روان‌درمانی ۱۲۹
- دیدگاه داروشناسی‌روانی ۱۳۳
- منابع ۱۳۷

۸ حرکات ناگهانی

- نوجوان دچار روان‌پریشی ۱۳۹
- دیدگاه روان‌درمانی ۱۴۳
- دیدگاه داروشناسی‌روانی ۱۴۷
- منابع ۱۵۰

۹ او نمی‌خواهد چیزی بخورد

- بی‌اشتهایی عصبی ۱۵۲
- دیدگاه روان‌درمانی ۱۵۷
- دیدگاه داروشناسی‌روانی ۱۶۱
- منابع ۱۶۶

۱۰ نمی‌توانم جلویش را بگیرم

- اختلال توره ۱۶۸
- دیدگاه روان‌درمانی ۱۷۳

دیدگاه داروشناسی روانی ۱۷۷
منابع ۱۸۱

۱۱ او همیشه خسته است

اختلال خواب در نوجوان ۱۸۳
دیدگاه روان درمانی ۱۸۶
دیدگاه داروشناسی روانی ۱۹۲
منابع ۱۹۵

۱۲ دنیا جای بسیار کثیفی است

اختلال وسواس فکری - عملی ۱۹۷
دیدگاه روان درمانی ۲۰۱
دیدگاه داروشناسی روانی ۲۰۵
منابع ۲۰۹

بخش دوم

پیچیدگی ناشی از همایندی مرضی
پیش درآمدی بر پیچیدگی ناشی از همایندی مرضی

۱۳ سرقت خودرو

رفتار ایذایی (مخرب) در یک نوجوان ۲۱۶
دیدگاه روان درمانی ۲۲۱
دیدگاه داروشناسی روانی ۲۲۴
منابع ۲۲۸

۱۴ فقدان تحمل

تهدید به آسیب رساندن به معلم در مدرسه ابتدایی ۲۲۹
دیدگاه روان درمانی ۲۳۳
دیدگاه داروشناسی روانی ۲۳۷
منابع ۲۴۰

۱۵ نوجوان مضطرب در بخش اورژانس

سوء مصرف داروهای تجویزی ۲۴۳
دیدگاه روان درمانی ۲۴۸
دیدگاه داروشناسی روانی ۲۵۳
منابع ۲۵۸

۱۶ کودک نگران

- کودک مبتلا به چندین اختلال اضطرابی ۲۵۹
- دیدگاه روان‌درمانی ۲۶۲
- دیدگاه داروشناسی روانی ۲۶۴
- منابع ۲۶۸

۱۷ طوفان‌های عاطفی

- ارزیابی دقیق حملات خشم ۲۷۰
- دیدگاه روان‌درمانی ۲۷۵
- دیدگاه داروشناسی روانی ۲۸۰
- منابع ۲۸۴

۱۸ تقلا در مدرسه

- مشکلات زبان و خواندن ۲۸۶
- دیدگاه روان‌درمانی ۲۹۳
- دیدگاه داروشناسی روانی ۲۹۷
- منابع ۳۰۱

۱۹ درد شکمی در کودک مبتلا به بیماری التهابی روده

- دیدگاه روان‌درمانی ۳۰۷
- دیدگاه داروشناسی روانی ۳۱۱
- منابع ۳۱۶

بخش سوم

پیش‌درآمدی بر دشوارترین نمونه‌های بالینی

۲۰ بدخلقی‌های پی‌درپی

- رفتارهای مقابله‌جویانه در کودکی کم‌سن ۳۲۴
- دیدگاه روان‌درمانی ۳۲۸
- دیدگاه داروشناسی روانی ۳۳۳
- منابع ۳۳۸

۲۱ قشقرق به راه انداختن‌های کودکی نوپا

- ارزیابی دقیق کژتنظیمی هیجانی در کودکی پیش‌دبستانی ۳۴۰
- دیدگاه روان‌درمانی ۳۴۷
- دیدگاه داروشناسی روانی ۳۵۱

منابع ۳۵۵

۲۲ اتاقش را ترک نمی کند

خطر بالینی جدی ایجاد روان پریشی ۳۵۷

دیدگاه روان درمانی ۳۶۲

دیدگاه داروشناسی روانی ۳۶۶

منابع ۳۷۰

۲۳ بریدن کمک می کند احساس بهتری داشته باشم

خود-زنی بدون قصد خودکشی ۳۷۲

دیدگاه روان درمانی ۳۷۶

دیدگاه داروشناسی روانی ۳۸۰

منابع ۳۸۳

۲۴ از پرورشگاه تا بیمارستان

نشانه‌های روان پریشی در کودکی که قربانی بی توجهی است ۳۸۶

دیدگاه روان درمانی ۳۹۱

دیدگاه داروشناسی روانی ۳۹۵

منابع ۴۰۰

بخش چهارم

کودکان در بحران

آسیب‌شناسی روانی در بافت فشارهای اجتماعی

۲۵ افکار خودکشی پس از ملاقات تحت نظارت با مادر تنی

خلق افسرده در کودک پرورشگاهی ۴۰۹

دیدگاه روان درمانی ۴۱۲

دیدگاه داروشناسی روانی ۴۱۶

منابع ۴۱۹

۲۶ میراث جنگ

تحریک‌پذیری و خشم در پناهجوی نوجوان ۴۲۰

دیدگاه روان درمانی ۴۲۵

دیدگاه داروشناسی روانی ۴۳۰

منابع ۴۳۳

۲۷ کودک عبوس

- ۴۳۵ افسردگی در زمینه‌ای از طلاق والدین
- ۴۳۹ دیدگاه روان‌درمانی
- ۴۴۲ دیدگاه داروشناسی روانی
- ۴۴۵ منابع

۲۸ بدون مادرم، من خودم نیستم

- ۴۴۷ سوگ دوران کودکی
- ۴۵۱ دیدگاه روان‌درمانی
- ۴۵۶ دیدگاه داروشناسی روانی
- ۴۵۸ منابع

۲۹ هرگز با غریبه ملاقات نکن

- ۴۶۰ دل‌بستگی بازدارنده در کودکی نوپا
- ۴۶۴ دیدگاه روان‌درمانی
- ۴۶۸ دیدگاه روان‌درمانی
- ۴۷۲ منابع

بخش پنجم

تصمیم‌گیری تشخیصی و درمانی

۳۰ تصمیم‌گیری تشخیصی

- ۴۹۵ منابع

۳۱ دیدگاه‌های پژوهشی و بالینی پیرامون تصمیم‌گیری تشخیصی و درمانی

- ۵۰۱ آینده چگونه خواهد بود؟
- ۵۱۶ منابع
- ۵۱۹ واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
- ۵۲۵ واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

قدردانی

از کودکان، نوجوانان و خانواده‌هایی که طی سال‌ها تحت درمان ما بوده‌اند، بی‌اندازه سپاسگزاریم. آنها پیوسته الهام‌بخش ما بوده‌اند؛ امیدواریم جنبه‌هایی از تجربیات آنان که در این کتاب مستند شده است، در بهبود روند ارزیابی و درمان سایرین مؤثر باشد. همچنین کاترین گالانتر از پسرانش بن و جد روزنفلد تشکر می‌کند. آنها در زمینه تحول کودک و عمق بخشیدن به آگاهی پیرامون شادمانی و دشواری‌های والدین، بهترین معلمان کاترین بوده‌اند. از باربارا گامبونی-سیلوا نیز برای کمک‌های اجرایی‌اش جهت تدوین کتاب بسیار ممنونیم.

پیشگفتار

از اینکه بخت تدوین کتاب راهنمای درمان و نمونه‌های بالینی DSM-5 برای سلامت روان کودک^۱ را داشته‌ایم، بسیار خوشنودیم. با توجه به تمایل شدید ما برای کار با بالینگران حوزه‌های مختلف جهت بهبود مراقبت‌های بهداشت روان کودکان، گمان می‌کنیم کتاب حاضر می‌تواند در مسیر این مأموریت راهگشا باشد. در ایالات متحده، تقریباً ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان مشکلات روانی قابل تشخیص دارند و ۱۱ درصد این جمعیت به‌طور معناداری دچار نقص در عملکرد هستند (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا، ۱۹۹۹). از میان این کودکان نیازمند دریافت خدمات بهداشتی و مراقبتی، ۷۵ تا ۸۰ درصد خدمات تخصصی دریافت نمی‌کنند و اکثریت آنها از هیچ‌گونه خدمات دیگری نیز برخوردار نیستند. برای مثال، افراد کم‌سنی که برای ابتلای به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (ADHD) تحت درمان قرار دارند - وضعیتی که به‌خوبی مورد مطالعه قرار گرفته است - ممکن است تشخیصی نادرست دریافت کرده باشند (و احتمالاً به همین سبب درمانی نامناسب دریافت کنند؛ جنسن، ۲۰۰۰)، همچنین آن دسته از کودکانی که به‌درستی تشخیص ADHD دریافت کرده‌اند، اغلب از درمانی مطلوب برخوردار نبوده‌اند (گروه همکاری MTA، ۱۹۹۹ الف، ۱۹۹۹ ب). طبق برآورد مؤسسه طب، بین زمانی که پژوهشگران به روش درمانی مؤثر دست می‌یابند و زمان اجرای آن درمان برای جامعه، وقفه‌ای ۱۷ ساله وجود دارد (کمیتۀ کیفیت مراقبت‌های سلامتی آمریکا، ۲۰۰۱). به نظر می‌رسد این شکاف در حوزه سلامت روان کودک حتی بیشتر باشد و بدتر می‌شود. بنا به گفته دیوید ساچر در کنفرانس سال ۲۰۰۱ جراحی عمومی در مورد بهداشت روان کودکان، نیازهای برآورده نشده در حوزه خدمات سلامت روان کودک هنوز به همان اندازه ۲۰ سال پیش باقی مانده‌اند و اختلالات عصبی-روان‌پزشکی تقریباً به نصف افزایش یافته‌اند، این افزایش به‌گونه‌ای است که این اختلالات تا سال ۲۰۲۰ به یکی از پنج عامل شایع مرگ‌ومیر دوران کودکی در جهان بدل می‌شوند (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا، ۲۰۰۱).

کتاب حاضر بر مبنای کتاب راهنمای درمان و نمونه‌های بالینی *DSM-IV-TR* برای سلامت روان کودک^۱ (گالانت و جنسن، ۲۰۰۹) نگاشته شده است و پیشرفت‌ها و تازه‌های *DSM-5* (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و نیز بررسی‌ها و درمان‌های مبتنی بر شواهد پیرامون سلامت روان کودکان را در خود جای داده است. تلاش ما این بوده تا کتابی تدوین کنیم که به برخی دشواری‌های متداولی که بالینگران در تشخیص و درمان کودکان با آنها مواجهه‌اند، پردازد. در این کتاب، ۲۹ نمونه بالینی (مورد)^۲ را که توسط صاحب‌نظران مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند همراه با مثال‌هایی عینی از کودکان و نوجوانان مبتلا به خوانندگان ارائه کرده‌ایم، این مثال‌ها کودکان و نوجوانانی را شامل می‌شوند که بالینگران ممکن است در مسیر کار بالینی خود با موارد مشابه آنان مواجه شوند؛ هر مورد، با دو تفسیر از برجسته‌ترین صاحب‌نظران بالینی (شامل روان‌پزشکان کودک و نوجوان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و پرستاران) همراه است که از ترکیبی از مداخلات مبتنی بر پژوهش، رویکردهای زیستی-روانی-اجتماعی، دیدگاه‌های نظام‌مند و عقل سلیم استفاده می‌کنند. علاوه بر ارائه فرمول‌بندی تشخیصی، عامدانه از دریچه دو دیدگاه مختلف - دیدگاه روان‌درمانی و دیدگاه داروشناسی روانی - به موارد نگریسته شده است. همچنین به چگونگی یکپارچه‌سازی این دیدگاه‌ها نیز پرداخته شده است.

ما نمونه‌های بالینی را در این کتاب به چهار بخش تقسیم کرده‌ایم. در بخش ۱، «نمونه‌های بالینی کلاسیک»، ۱۲ مورد ارائه شده‌اند که همگی تشخیصی به نسبت روشن دارند. متخصصان گوناگون در هر بخش به مفهوم‌سازی از مورد می‌پردازند و سپس توصیه‌های درمانی خود را پیشنهاد می‌دهند. بخش ۲، «پیچیدگی ناشی از هم‌بندی مرضی»، هفت مورد از افراد کم‌سن‌وسالی را شامل می‌شود که تشخیص‌هایی متعدد دارند یا تشخیص واقعی‌شان مشخص نیست. متخصصان در این بخش چگونگی مفهوم‌سازی خود از تشخیص را توصیف و برای هر کدام از این موقعیت‌های پیچیده، درمانی توصیه می‌کنند. بخش ۳، «دشواری‌ترین نمونه‌های بالینی» پنج مورد را در برمی‌گیرد که در همگی تشخیص نامعلوم است، بیمار به درمان‌های پیشین پاسخی نداده است و / یا در مورد روش‌های درمانی مناسب برای آنها تنها شواهد محدودی در دست است. پنج فصل در بخش ۴ «کودکان در بحران»، بر افراد کم-سنی تمرکز کرده است که در بافتی از فشارهای روانی اجتماعی به آسیب روان‌شناختی دچارند.

در بخش پایانی کتاب یعنی بخش ۵، «تصمیم‌گیری تشخیصی و درمانی»، دو فصل پیرامون مسائل پژوهشی و بالینی مرتبط به تشخیص و درمان آسیب‌شناسی روانی کودک اختصاص یافته است. فصل ۳۰، «تصمیم‌گیری تشخیصی»، بر تشخیص تمرکز می‌کند و شامل بخش‌هایی چون اهمیت حفظ دیدگاه تحولی، ارزیابی اعتبار اطلاعات حاصل از مطلعان مختلف و مدنظر قرار دادن فرهنگ، بافت، نقص در عملکرد، هم‌بندی مرضی و اختلالات زیرآستانه‌ای است. فصل ۳۱، «دیدگاه‌های پژوهشی و بالینی پیرامون تصمیم‌گیری تشخیصی و درمانی»، مطرح می‌کند که چگونه درک بهتر نقش

1. DSM-IV-TR Casebook and Treatment Guide for Child Mental Health

2. case

تصمیم‌گیری بالینی می‌تواند بهبود در تشخیص، درمان و اجرای رویکردهای مبتنی بر شواهد را به دنبال داشته باشد.

امید ما آن است که این کتاب بتواند به‌عنوان ابزاری مفید و ارزشمند به کارآموزان، مربیان و بالینگرانی که در عرصه روان‌پزشکی کودک و نوجوان فعال‌اند، یاری رساند. از آنجایی که کتاب دیدگاه‌هایی از رویکردهای مختلف را ارائه کرده است، برای همه بالینگران، از رشته‌های مختلف - شامل مددکاران اجتماعی، روان‌پزشکان کودک و نوجوان، روان‌شناسان، پرستاران، متخصصان اطفال و سایرین - که با درمان کودکان و نوجوانان دچار مشکلات روانی سروکار دارند، سودمند است.

این کتاب را می‌توان به‌عنوان یک ابزار آموزشی برای بالینگرانی در تمام سطوح آموزشی مورد استفاده قرار داد. کتاب برای دانشجویانی که هنوز وارد حیطه کار بالینی نشده‌اند این فرصت را فراهم آورده است که با موارد بالینی آشنایی پیدا کنند. دانشجویان باتجربه‌تر، کارآموزان تازه‌کار یا دستیاران دوره‌های تخصصی این فرصت را خواهند داشت تا با خواندن کتاب دریابند چگونه متخصصان به مفهوم‌سازی تشخیص و درمان می‌پردازند. با مطالعه شرح حال هر نمونه بالینی و تفسیر صاحب نظران از آن نمونه، گویی مخاطب با دو متخصص مجرب دیدار داشته و از نظراتشان بهره برده است. برای بالینگران باتجربه‌تر، نمونه‌های بالینی و تفاسیر ارائه‌شده می‌توانند به‌مثابه مشورت یا بهره‌مندی از نظر متخصصان دیگر باشند. مطالعه این کتاب می‌تواند برای روان‌پزشکان کودک و نوجوانی که خود را برای آزمون مورد آماده می‌کنند نیز مفید باشد، چراکه به شکلی موجز، مبتنی بر داده‌های پژوهشی و به‌گونه‌ای کاربردی به تشخیص و درمان آسیب‌های روانی دوران کودکی پرداخته است. باور ما این است که مخاطبان، مطالعه این کتاب را تجربه‌ای جذاب، آموزنده و سودمند خواهند یافت، همان‌طور که خود ما در مسیر تدوین کتاب آن را چنین تجربه‌ای یافتیم.

کاترین ای. گالاتر

پیتر اس. جنسن

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
- Committee on Quality of Health Care in America: Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC, National Academy Press, 2001
- Galanter CA, Jensen PS (eds): The DSM-IV-TR Casebook and Treatment Guide for Child Mental Health, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009
- Jensen PS: Stimulant treatment for children: a community perspective (commentary). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(8):975-984, discussion 984-994, 2000 10939226
- MTA Cooperative Group: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multi modal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 56(12): 1073-1086, 1999a 10591283
- MTA Cooperative Group: Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Multi modal Treatment Study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56(12): 1088-1096, 1999b 10591284
- U.S. Department of Health and Human Services: Children and mental health, in *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999
- U.S. Department of Health and Human Services: Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: a national action agenda. 2001. Available at: <http://www.surgeongeneral.gov/topics/cmh/childreport.html>. Accessed May 19, 2008.

پیش درآمد:

مفهوم‌سازی ما از نمونه‌های بالینی

پیتر اس. جنسن و کاترین ای. گالانتر

جهت تدوین کتاب راهنمای درمان و نمونه‌های بالینی DSM-5 برای سلامت روان کودک، از متخصصان مختلف درخواست کردیم تا تصویری از نمونه‌های بالینی با تظاهرات متداول که در بیماران روان‌پزشکی کودک و نوجوان می‌توان یافت، ارائه دهند. برخی از این نمونه‌ها به‌روز شده‌ی مواردی‌اند که در کتاب پیشین ما، راهنمای درمان و نمونه‌های بالینی DSM-IV-TR برای سلامت روان کودک (گالانتر و جنسن، ۲۰۰۹) آورده شده بودند، درحالی‌که بقیه‌ی موارد از آن روی انتخاب شده‌اند تا پیشرفت‌های نگرش‌های تشخیصی حوزه‌ی ما را به تصویر بکشند یا ارزیابی‌ها و درمان‌های مبتنی بر شواهد همسو با ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) را ارائه دهند. علاوه بر متخصصانی که بخش شرح‌حال را نگاشته‌اند، از دو گروه صاحب‌نظران دیگر که به‌طورمعمول هرکدام در رشته‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی کودک تخصص دارند، درخواست شد تا به ترتیب از منظر روان‌درمانی و منظر داروشناسی روانی به بررسی موارد ارائه‌شده بپردازند. این صاحب‌نظران ترغیب شدند تا علاوه بر درمان‌های مورد تأکید رشته خود، سایر انواع درمان‌هایی را که ممکن است برای مدیریت بالینی موارد سودمند باشند نیز موردبررسی قرار دهند.

از آنجایی که موارد ارائه‌شده در این کتاب تنها نمونه‌ای کوچک از موارد واقعی‌اند، تفاوت‌های ظاهری در دیدگاه صاحب‌نظران در تفاسیر ارائه‌شده ممکن است انعکاسی از فقدان داده‌هایی باشند که از روش‌هایی به‌غیر از مصاحبه‌ی رو-در-رو کسب شده‌اند. بااین‌همه، نقص اطلاعات نیز جزئی از تجربیات واقعی است. بالینگران مایل‌اند تا چنین شکاف‌هایی را با فرضیات و استنتاج‌هایی بر مبنای تجارب و پیش‌پنداشت‌های نظری‌شان پر کنند. به باور ما، در دنیای واقعی، تفاوت‌های این‌چنینی در

فرمول‌بندی تشخیصی و توصیه‌های درمانی اغلب ناشی از فقدان شواهد پژوهشی در حوزه‌هایی خاص است و می‌توانند نشان‌دهنده نیاز به پژوهش‌های بیشتر باشند.

امیدواریم خوانندگان تفاوت‌ها و شباهت‌های موجود میان تفسیرهای صاحب‌نظران گوناگون را مدنظر قرار دهند - توجه به این شباهت‌ها و تفاوت‌ها کمک خواهد کرد تا حوزه‌هایی که به کسب داده‌های بیشتری از آنان نیازمندیم، شناسایی شوند، این حوزه‌ها می‌توانند خود بیماران یا مطالعات بیشتر بر نشانه‌های آنان باشند. در برخی موارد، ترجیح متخصصان حوزه روان‌دانشناسی استفاده از رویکردهای روان‌درمانی بوده است. در موارد دیگر، متخصصان روان‌درمانی رویکرد داروشناسی روانی را ترجیح داده‌اند. در مواقعی که متخصصان بر سر تشخیص کلی و رویکردهای درمانی باهم توافق دارند دو احتمال وجود دارد: یکی آنکه با حوزه‌هایی طرف هستیم که پژوهش‌هایی نیرومند و گسترده را در حمایت از خود دارند و دیگر آنکه چنین توافقاتی بر مبنای نظریاتی قرار دارند که گرچه مجاب‌کننده به نظر می‌رسند اما ممکن است از پشتوانه پژوهشی چندانی برخوردار نباشند. تقسیم فصول کتاب به دو دیدگاه روان‌درمانی و داروشناسی روانی فی‌نفسه با نیت تشریح این عرصه‌های تخصصی صورت نگرفت، بلکه قصد ما این بود تا با این کار تفاوت این دیدگاه‌های متفاوت را نسبت به تشخیص و درمان نشان دهیم.

باوجود دشواری صاحب‌نظران برای محدود ساختن خود در چارچوبی خاص، امید داریم پیام کتاب واضح باشد: بسته به این که کدام رشته بالینی پذیرای بیمار باشد، بیمار ممکن است با دیدگاه متفاوتی در مورد تشخیص و درمان مواجه شود - تفاوت‌هایی که گاهی از منظر بالینگر ظریف‌اند اما به ندرت بیمار و اعضای خانواده آنها را درک می‌کنند. درواقع، خانواده‌ها گرایش دارند تا این تشخیص‌ها را در ذهن خود به سازه‌ای عینی بدل سازند و ممکن است با مراجعه پی‌درپی به بالینگران مختلف در جست‌وجوی تشخیصی باشند که از نظرشان تشخیص واقعی است.

یکی از رویکردهای مشکل‌ساز برای تشخیص‌گذاری زمانی روی می‌دهد که بالینگر تشخیصی را به بهای تحت پوشش قرار دادن رویکرد جامع‌تری برای بررسی و درمان انتخاب می‌کند. هدف DSM-5 آن است که نظامی ارتباطی برای مقاصد مطالعاتی، تصمیم‌گیری بالینی و حتی صدور اقدام بالینی باشد. همچنین این نظام، نظامی در حال تحول است. در نتیجه پژوهشی که از زمان انتشار DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) آغاز شده بود، تشخیص‌های جدیدی نظیر اختلال کژتنظیمی خلق اخلاک‌گر به DSM-5 افزوده شده‌اند، به‌علاوه برخی از تشخیص‌های قبلی همچون اختلالات فراگیر رشد به اختلال طیف درخودماندگی (اوتیسم)، تغییر یافتند، باقی‌حذف شدند یا در طبقات دیگری جای گرفتند.

مثال ذیل می‌تواند نگرش ما را به‌عنوان تدوین‌کنندگان کتاب، روشن‌تر سازد: به‌جای تنها سه نوع

اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) که در حال حاضر در DSM-5 توصیف شده است (به عبارتی ADHD با تظاهر مرکب، ADHD با عمدتاً تظاهر بیش‌فعالی-تکانشگری و ADHD با عمدتاً تظاهر بی‌توجهی)، پژوهش‌های بعدی و ویرایش‌های آینده DSM نشان خواهند داد که در واقع انواع مختلفی از ADHD وجود دارند که در ایجاد هرکدام مجموعه متفاوتی از ژن‌ها و عوامل سبب‌شناسی مؤثرند، سیر تحول هرکدام متفاوت از دیگری است و هرکدام نقاط بالقوه مختص به خود را برای پیشگیری یا مداخله زودهنگام دارند. به همین نحو، انواع مختلفی از سرفه‌ها وجود دارند: سرفه‌های فصلی همراه با خلط بدون چرک؛ سرفه‌های زمستانی که با تب بالا همراه‌اند؛ سرفه‌های نادر همراه با تب بالا، خلط خونی، دشواری در تنفس، مثبت بودن اسمیر خلط برای پنوموکوک؛ سرفه‌های که با کاهش وزن، کاهش اشتها، گاهی خلط خونی و متاستاز توده‌ها به سایر بخش‌های بدن همراه‌اند؛ و سرفه‌هایی که به نظر می‌رسد با هیچ عامل زیست‌شناختی شناخته‌شده‌ای همراه نباشد اما به همراه عاداتی نظیر چین انداختن بینی، اخم، بالا انداختن شانه و غیره، رخ دهد. پژوهش‌های پزشکی نشان داده‌اند که این نوع سرفه‌ها منشأ و پیش‌آگهی متفاوتی نسبت به یکدیگر دارند و بنابراین اغلب نیازمند درمان‌ها و ترکیب‌های درمانی متفاوتی‌اند. همچنان که پژوهش‌های رفتاری و عصبی-روان‌پزشکی به پیش می‌روند، درک ما از نیمرخ نشانه‌های متفاوت روان‌پزشکی و عوامل همبسته با آن نشانه‌ها نیز پیشرفت می‌کند و موجب می‌شود به آگاهی‌های تازه‌ای پیرامون سبب‌شناسی، تظاهر بالینی، عوامل همراه، پیش‌آگهی، پیشگیری و درمان این نشانه‌ها دست‌یابیم - هدف نهایی DSM و پیشرفت‌های پژوهش‌های علمی نیز همین‌ها هستند.

برای تهیه این کتاب، کوشیده‌ایم تا دامنه‌ای از موارد بالینی متفاوت را به تصویر بکشیم، این موارد عبارت‌اند از: نمونه‌های بالینی کلاسیکی که معیارهای DSM-5 را به تصویر کشیده‌اند (بخش ۱)؛ نمونه‌هایی با پیچیدگی ناشی از هم‌پنداری مرضی که در آنها آشکار نیست کودک به یک اختلال دچار است یا چندین اختلال و اگر به چندین اختلال دچار است، کدام اختلال زودتر از سایر اختلال‌ها بروز کرده است (بخش ۲)؛ دشوارترین نمونه‌های بالینی که انعکاسی از مشکلات موجود در تشخیص‌گذاری و ارائه طرح‌های درمانی‌اند (بخش ۳)؛ و مواردی که نشان‌دهنده تأثیرات عوامل محیطی بر فرجام درمانی کودکان‌اند و از این روی این سؤال مطرح می‌شود که آیا اختلال کودک، پدیده‌ای درونی است یا اینکه بایستی (به‌طور توأمان یا به‌تنهایی) ناشی از مشکلات محیطی مفهوم‌سازی شود (بخش ۴). با مدنظر قرار دادن موارد اشاره شده در بخش آخر - یعنی آسیب‌های روانی که در بافت فشارهای روانی اجتماعی بروز می‌کنند - بسته به باورهای نظری در چنین مواردی، ممکن است رویکردی پیشگیرانه در پیش گرفته و به عوامل محیطی پرداخته شود، بسیار شبیه به دانشمندان حوزه سلامت عمومی که به‌جای ساخت مراکز دندان‌پزشکی در نقاط مختلف شهر، از

طریق افزودن فلوراید به آب می‌کشند تا از بیماری‌های دهان و دندان پیشگیری به عمل آورند. از منظر ما، به‌راحتی می‌توان نیاز به اتخاذ نگرشی زیستی-روانی-اجتماعی برای درک و مدیریت نمونه بالینی را در بخش ۴ کتاب دید، با این‌همه در بخش‌های دیگر کتاب نیز چنین نگرشی کاربرد دارد.

با مروری بر تمامی نمونه‌های ارائه‌شده در این کتاب، درمی‌یابیم برخی از موارد را می‌توان ذیل چند بخش کتاب قرار داد. برای مثال، برخی از نمونه‌هایی که در بخش موارد «کلاسیک» شرح داده شده‌اند، نمایانگر پیچیدگی‌های ناشی از هم‌آیندی‌اند و حتی برخی موارد به‌ظاهر «ساده» می‌توانند بالینگر را با دشواری‌های تشخیصی مواجه سازند. این واقعیت همچنین نشان‌دهنده این نکته کلیدی است که نمونه‌های کلاسیک اغلب پیچیدگی‌هایی دارند و ممکن است از سوی متخصصان گوناگون به‌گونه‌ای متفاوت برداشت و تفسیر شوند. به‌علاوه بیشتر این موارد نمایانگر وجود هم‌آیندی‌های مرضی‌اند؛ قضاوت پیرامون اختلال در عملکرد حتی در بین متخصصان می‌تواند دشوار باشد و ممکن است برای کودکی یکسان، درمان‌هایی کاملاً متفاوت از هم توصیه شوند. به گمان ما در مواردی که تفاوت‌های میان صاحب‌نظران بسیار برجسته است، نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتری داریم.

اعتراف می‌کنیم متخصصان همکار ما در نگارش تفسیرهای این کتاب با تکلیف دشواری مواجه بوده‌اند. آنها مصاحبه‌ای با بیمار نداشته‌اند و نمی‌توانستند اطلاعات کسب‌شده از مطلعان گوناگون را باهم تطبیق دهند. گرچه نتایج مقیاس‌های درجه‌بندی و سیاهه‌ها در برخی موارد خلاصه شده‌اند، متخصصان این امکان را نداشتند تا به‌صورت یک‌به‌یک پاسخ‌های داده شده به این مقیاس‌ها را بررسی کنند یا از طریق مصاحبه مشخص کنند که آیا اطلاعات ارائه‌شده معتبر بوده‌اند یا خیر. شرح‌حال‌های ارائه‌شده پیرامون بیماران، بخش عظیمی از جزئیات زندگی انسانی را نادیده می‌گیرند. به‌طور کلی، با اینکه برای اخذ تاریخچه و انجام معاینه وضعیت روانی چارچوبی مشترک وجود دارد که اغلب در روان‌پزشکی و روان‌شناسی آموزش داده می‌شود، نویسندگان بخش شرح‌حال جزئیاتی را انعکاس داده‌اند که از دید خودشان برجسته بوده‌اند و خودشان به مفهوم‌سازی نمونه بالینی پرداخته‌اند. هر دو گروه صاحب‌نظران بخش دیدگاه روان‌درمانی و داروشناسی روانی در معرض قضاوت‌ها و فیلترهای بالینی نویسندگان بخش شرح‌حال بوده‌اند و بنابراین از دریچه نگاه نویسندگان بخش شرح‌حال به نمونه‌ها نگریده‌اند؛ اما این‌ها همگی شبیه به کار بالینی با مراجعین در دنیای واقعی‌اند: ما به‌عنوان بالینگر، همگی تمایل داریم تا پدیده‌های بالینی را در محدوده بیماران و خانواده‌ها ببینیم، به همان ترتیبی که آموزش دیده‌ایم.

اگر انتظار داشته باشیم پدیده‌ای را ببینیم به‌سادگی آن را خواهیم دید اما آنچه انتظار دیدنش را نداریم به‌سختی قابل یافتن است. از این‌رو، برای دستیابی به داده‌های بالینی مطلعان مختلف در مورد نشانه‌های کودک و همین‌طور برای استخراج سابقه تحولی کودک و نیز شناسایی تمام عوامل مؤثر

احتمالی که می‌توانند در به وجود آمدن وضعیت فعلی کودک دخیل باشند - که اغلب محدود به دانسته‌هایی‌اند که در حال حاضر میدانیم و الگوهایی که پیش‌ازین آموخته‌ایم - باید به‌طور پیوسته نگرش خود را وسیع‌تر سازیم.

از این منظر، بالینگران بایستی DSM-5 را نردبانی موقتی در نظر بگیرند. از طرفی، DSM-5 به‌طور موقتی محدودۀ دید را نسبت به مجموعه پیچیده‌ای از رفتارهای کودک محدود می‌کند، رفتارهای پیچیده‌ای که ممکن است در واقع به ترکیب گسترده‌ای از نیروهای موروثی / ژنتیکی، زیست‌شناختی / ساختاری، تحولی / روان‌شناختی و محیطی / اجتماعی مرتبط باشند. با توجه به دانستنی‌های فعلی مان در مورد اینکه عوامل سبب‌شناختی به درجات متفاوتی در اختلالی یکسان بین افراد متعدد دخیل‌اند، بایستی از DSM-5 به‌عنوان ابزاری جهت برقراری ارتباط با سایر متخصصان بهره بگیریم. بایستی بدانیم وقتی به‌گونه‌ای مناسب از نظام‌های تشخیصی استفاده شود، آنها می‌توانند به‌مثابه ابزاری ارتباطی میان بالینگران، پژوهشگران و سیاست‌گذاران عرصه سلامت عمل کنند، بدین ترتیب همه پژوهش‌ها با به‌کارگیری تعاریفی مشخص انجام می‌شوند، تعاریفی که با احتمال بیشتری برای بیمارانی با نشانه‌های یکسان قابل اطلاق‌اند. به‌علاوه، تصمیمات سیاست‌گذاران پیرامون بازپرداخت هزینه‌های درمانی و ضروریات پزشکی تا حدی به‌نظام تشخیصی بستگی دارد، همچنین نظرات علمی در مورد پیش‌آگهی، فرجام درمانی و نقایص عملکردی نیز -مادامی که با دقت، به شکلی مداوم و منطقی از نظام تشخیصی استفاده کنیم- بر این سیاست‌ها مؤثر است.

از طرف دیگر، DSM در مسیر پیشرفت گام برمی‌دارد و هنوز ناقص است (جنسن و همکاران، ۲۰۰۶). همچنان که پژوهش‌های جدید انجام می‌شوند، درمی‌یابیم شاید بهتر باشد برخی اختلالاتی که پیش‌ازین در یک گروه قرار می‌گرفته‌اند را از هم جدا کنیم، چراکه آنها از نظر عوامل سبب‌شناختی، عوامل همراه و نیز پیش‌آگهی باهم متفاوت‌اند؛ همانند بحث‌های بسیاری که در حال حاضر در مورد تفاوت‌های ADHD با تظاهر عمدتاً بی‌توجهی در مقابل سایر انواع ADHD وجود دارد (دیاموند، ۲۰۰۵). رابینز و گیوز (۱۹۷۰) معیاری معرفی کرده‌اند که برای رشته ما بسیار سودمند بوده است، این معیار از زمان معرفی خود تنها کمی تعدیل شده است (بنگرید به کنت ول، ۱۹۹۵). بر اساس نظر رابینز و گیوز، برای اعتباربخشی به یک اختلال بایستی ملاک‌های اصلی آن اختلال تعیین شوند: آغاز خوشه‌ای از نشانه‌ها که اغلب بیشتر از سایر مجموعه نشانه‌ها، همراه هم بروز می‌کنند؛ مجموعه منسجمی از عوامل روانی-اجتماعی همراه؛ یافته‌هایی زیست‌شناختی و آزمایشگاهی همسو با نیم‌رخ نشانه‌ها؛ سیر و مجموعه‌ای از فرجام‌های بخصوص؛ سابقه خانوادگی و / یا عوامل ژنتیکی؛ و پاسخ‌دهی به درمان. وجود یا عدم وجود همراهی و همبستگی این عوامل باهم، پزشکان را قادر می‌سازد تا انواع متفاوت سرفه را از هم تمیز دهند و دریابند که کدام یک ناشی از حساسیت فصلی، سرطان ریه، پنومونی

پنوموکوکی^۱ و تیک‌های عصبی‌اند. مدتی است که انواع مشابهی از پژوهش‌ها در عرصه آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان در حال انجام‌اند (کنتول، ۱۹۹۵)؛ در جای‌جای کتاب و هنگام تفسیر نمونه‌های بالینی، به این‌گونه پژوهش‌ها اشاره شده است. بااین‌همه، همان‌طور که در برخی موارد دیده می‌شود، تفاوت نظرات صاحب‌نظران نشان می‌دهد که به پژوهش‌های بسیار بیشتری نیاز است.

در مسیر تدوین این کتاب، نه این فکر را که داشته‌ایم که طی سال‌ها مطالعه و پژوهش در حوزه آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان به پیشرفت‌های زیادی نائل‌آمده‌ایم و نه فکر کرده‌ایم موفقیت‌هایمان بی‌مقدار بوده‌اند. سال‌ها استفاده دقیق از طبقه‌بندی اختلالات در DSM-III، DSM-III-R، DSM-IV، DSM-IV-TR و DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰، ۱۹۸۷، ۱۹۹۴، ۲۰۰۰، ۲۰۱۳)، موجب شده است تا گام‌های روبه‌جلوی مهمی برداریم. در حال حاضر پیرامون سبب‌شناسی، تشخیص، پیش‌آگهی و درمان برخی اختلالات اطلاعات بسیار داریم و می‌توانیم دانسته‌های بسیاری را به بیماران و خانواده‌ها ارائه دهیم. بااین‌همه، سایر حوزه‌ها -در مورد اختلالات نادر، موارد با همبستگی مرضی و نمونه‌هایی از این قبیل- به شدت نیازمند پژوهش‌های بیشتر هستیم و هنوز بیمارانمان باید چیزهای بسیاری به ما بیاموزند؛ بنابراین، مهم است تا طی انجام کار بالینی با بیماران و همین‌طور حین انجام پژوهش‌های بالینی و بنیادین خود بر مشکلاتی که بیماران از آنها رنج می‌برند، نظام تشخیصی فعلی خود را زیادی جدی نگیریم - گرچه درد و رنج بیماران را بایست جدی گرفت. امید و باور ما آن است که خوانندگان کتاب به همان اندازه‌ای از این کتاب خواهند آموخت که خود ما در مسیر تدوین کتاب و کار با گروهی از برجسته‌ترین همکارانمان آموخته‌ایم.

منابع

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
- Cantwell DP: Child psychiatry: introduction and overview, in Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th Edition. Edited by Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams &

1. pneumococcal pneumonia

Wilkins, 1995, pp 2151–2154

Diamond A: Attention-deficit disorder (attention-deficit/ hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Dev Psychopathol* 17(3):807–825, 2005 16262993

Galanter CA, Jensen PS (eds): *The DSM-IV-TR Casebook and Treatment Guide for Child Mental Health*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009

Jensen PS, Knapp P, Mrazek DA (eds): *Toward a New Diagnostic System for Child Psychopathology: Moving Beyond the DSM*. New York, Guilford, 2006

Robins E, Guze SB: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 126(7):983–987, 1970 5409569

بخش ۱

نمونه‌های بالینی کلاسیک

۱. مشکل در توجه: اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی ۳۴
۲. مقاومت در برابر تغییر: آیا کودک من اوتیسم دارد؟ ۵۱
۳. زندگی در سایه والدین: اختلال اضطراب جدایی ۶۵
۴. پرحرفی در خانه: خاموشی انتخابی ۸۱
۵. همه چیز او را می‌آزارد: اختلال افسردگی اساسی ۹۶
۶. سبک‌سری بیش از حد: اختلال دوقطبی ۱۱۳
۷. زندگی در مهمانی: مصرف مزمن ماری‌جوآنا ۱۲۶
۸. حرکات ناگهانی: نوجوان دچار روان‌پریشی ۱۴۲
۹. او نمی‌خواهد چیزی بخورد: بی‌اشتهایی عصبی ۱۵۵
۱۰. نمی‌توانم جلویش را بگیرم: اختلال توره ۱۷۱
۱۱. او همیشه خسته است: اختلال خواب در نوجوان ۱۸۶
۱۲. دنیا جای بسیار کثیفی است: اختلال وسواس فکری- عملی ۲۰۰

پیش در آمدی بر

نمونه‌های بالینی کلاسیک

پیتر اس. جنسن و کاترین ای. گالانتر

قصد ما در بخش ۱ این بود که نمونه‌های بالینی «کلاسیک» یا «ساده» را به تصویر بکشیم، با این حال با مروری که بر نظرات متخصصان داشته‌ایم دریافتیم که این نمونه‌های بالینی به اصطلاح ساده، نمایانگر پیچیدگی تظاهرات اختلال بیمار در شرایط معمول دنیای واقعی‌اند. نمونه‌های کلاسیک خواه اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی (ADHD)، اختلال طیف درخودماندگی (ASD) و اختلال دوقطبی باشند خواه روان‌پریشی، اغلب با بیماری‌های دیگر همراه‌اند. حتی ADHD که بیش از همه مورد مطالعه قرار گرفته است، اغلب همراه با سایر اختلالات رخ می‌دهد. همان‌طور که در دو مورد نخست - «مشکل در توجه: اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی» (فصل ۱) و «مقاومت در برابر تغییر: آیا کودک من اوتیسم دارد؟» (فصل ۲) - نشان داده می‌شود، ظرافت‌هایی در بیان سابقه و شرح حال بالینی ممکن است به تشخیص‌های متفاوتی بیانجامد. از منظر بالینگران «آگاه» به تشخیص، تمایز میان تظاهرات گوناگون ADHD (بی‌توجهی، بیش‌فعالی یا ترکیبی از هر دو) همانند تمایز میان اختلالات طیف درخودماندگی (ASD) می‌تواند ظریف باشد. ما در مقام بالینگر و پژوهشگر ممکن است چنین اختلالاتی را «متفاوت اما بدون تمایز» بدانیم، همان‌طور که DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، اصطلاح «اختلال طیف درخودماندگی» را جایگزین اصطلاح قبلی DSM کرد. با این‌همه درک بالینی ما از این ظرافت‌ها اغلب برای والدین و مراقبان کودکان نامفهوم است و گاهی به سردرگمی، خشم، نومییدی و مراجعه به پزشکان مختلف منجر می‌شود.

برای مثال والدین کودک مبتلا به ASD و ADHD ممکن است پیرامون اینکه کودک‌شان «به‌واقع» دچار کدام‌یک از این اختلال‌هاست و اینکه چرا بالینگر شناسایی و درمان نشانه‌های بیش‌فعالی و

کاستی توجه را به تمرکز بر جنبه‌های ASD ترجیح می‌دهد، سردرگم شوند.

این ظرایف تشخیصی بدون آموزش و راهنمایی دقیق والدین در مورد «معنای» تشخیص و توضیح اینکه چرا بالینگر تصمیم می‌گیرد تا صرف نظر از تشخیص اولیه به درمان یا عدم درمان نشانه‌های کاستی توجه پردازد می‌تواند برای والدینی که به دنبال پاسخ‌های محکم و سریع‌اند، بسیار سردرگم کننده باشند.

بنابراین فکر می‌کنیم لازم است تا تشخیص دهنده صرف نظر از رشته تحصیلی اش - روان پزشکی کودکان، متخصص اطفال، روان‌شناسی، عصب‌شناسی یا مددکاری اجتماعی - به والدین پیرامون ظرایف طبقات تشخیصی و روش تشخیص‌گذاری استفاده‌شده یا قابل استفاده برای سایر متخصصان آموزش دهد. برداشتن این قدم ساده - که اغلب نادیده گرفته می‌شود - می‌تواند از سردرگمی خانواده‌ها جلوگیری کند، به‌ویژه زمانی که متخصصان مختلف در طول یک بازه زمانی برچسب‌های تشخیصی متفاوتی را برای یک کودک در نظر می‌گیرند. همچنین بایستی به خانواده‌ها کمک کرد تا دریابند که برای اختلال اولیه چه راهکاری می‌تواند مناسب باشد و نیز شواهد در دسترس از مداخلات مؤثر برای مشکلات مرتبط کدام هستند، مثل مداخلاتی نظیر داروهای مختلف برای درمان بی‌توجهی، بیش‌فعالی، اضطراب یا پرخاشگری که اغلب همراه با بسیاری از اختلالات هستند.

در توضیحات پیرامون مورد «زندگی در سایه والدین: اختلال اضطراب جدایی» (فصل ۳)، هردوی صاحب‌نظران روان‌درمانی و داروشناسی روانی، با وجود شرح تفاوت‌های ظریف در عوامل سبب‌شناسی، در مجموع درمان‌هایی یکسان توصیه کرده‌اند. توجه به این نکته مهم است که گرچه درمان‌های رفتاری توسط هر دو گروه متخصصان توصیه می‌شود، اما در مورد اینکه روان‌پزشکان کودک و حتی بسیاری از روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی، به‌واقع تا چه میزان در درمان شناختی- رفتاری و مواجهه‌درمانی از آموزش تحت نظارت برخوردار بوده‌اند تردید وجود دارد.

مورد «پرحرفی در خانه: خاموشی انتخابی» (فصل ۴)، به فقدان مطالعات درمانی در مورد برخی از اختلالات تأکید می‌کند و نشان می‌دهد که تشخیص‌گذاران اغلب باید بر شواهد استخراج‌شده از رشته‌های مرتبط تکیه کنند؛ بنابراین گرچه می‌دانیم که اختلالات اضطرابی، به‌وسیله آمیزه‌ای از روش‌های درمانی از قبیل روان‌درمانی و درمان‌های شناختی - رفتاری معالجه می‌شوند، صاحب‌نظران برای بحث پیرامون درمان‌های بهینه برای بیمار از پژوهش‌های متعدد مدد گرفته‌اند.

در مورد «همه چیز او را می‌آزارد: اختلال افسردگی اساسی» (فصل ۵)، صاحب‌نظران از دامنه وسیعی از پرسشنامه‌ها برای ارزیابی افسردگی کودک استفاده کرده‌اند. این مقیاس‌های درجه‌بندی حتی گستره رفتارهای ایذایی (مخرب) و نشانه‌های اختلال و سواس فکری-عملی را پوشش می‌دهند. این نمونه موردی به‌خوبی همپوشانی نشانه‌های بی‌توجهی را که در هر دو اختلال افسردگی اساسی و

ADHD متداول است نشان داد، پدیده‌ای که در بسیاری از موارد موجب می‌شود تا صاحب‌نظران، ADHD با نشانه عمده بی‌توجهی را به‌عنوان تشخیص اصلی مطرح کنند. صاحب‌نظران به شکلی دقیق بررسی می‌کنند که آیا نشانه‌های ADHD بیمار ممکن است ناشی از موقعیت همایند دیگری باشد یا خیر؛ از این رو همکاری با مدرسه کودک ضروری است و ممکن است برای درمان ADHD به تجویز دارو نیاز باشد. الگوریتم‌های درمانی در دسترس نظیر الگوریتم دارویی تگراس برای افسردگی و ADHD می‌توانند در این موارد راهگشا باشند (هیوز و همکاران، ۲۰۰۷؛ پلیرکا و همکاران، ۲۰۰۶). با این وجود در اغلب موارد، تصمیم‌نهایی بر اساس برداشت بالینگر از سبب‌شناسی افسردگی کودک اتخاذ می‌شود. آیا ADHD اختلالی سبب‌شناختی است یا تصادفی (ثانویه به اختلال دیگر)؟ آیا افسردگی شدیدتر است و عمده‌ترین مشکل ناتوان‌کننده است که بایستی اکنون تحت درمان قرار گیرد یا ADHD؟

«سبک‌سری بیش‌ازحد: اختلال دوقطبی» (فصل ۶)، نمونه دختر بچه‌ای ۹ ساله را ارائه می‌کند که مبتلا به اختلال دوقطبی است اما به طرز شگفت‌انگیزی به هیچ اختلال همایند دیگری دچار نیست. نکته جالب توجه پیرامون این مورد این است که در این شکل کلاسیک از تظاهر اختلال دوقطبی، صاحب‌نظران برداشت‌های تشخیصی و توصیه‌های درمانی بسیار مشابهی دارند. نکته قابل توجه دیگر آن‌که استفاده از مقیاس‌های درجه‌بندی شده با آستانه تشخیصی دقیق برای شناسایی در چنین مواردی می‌تواند کمک‌کننده باشند.

نکته قابل توجه دیگر فراتر از درمان رسمی به کار گرفته شده از سوی بالینگر، نقش مهم آموزش روانی و حمایت اعضای خانواده است. با وجود این، ممکن است آموزش روانی به والدین و حمایت آنان را ساده بیندازیم و آن را امری «بدیهی» فرض کنیم اما مشخص نیست که آیا همیشه این کار را با شدت و دقت کافی انجام می‌دهیم یا خیر. برنامه‌های حمایت و آموزش روانی نظام‌مند والدین نظیر روان‌درمانی آموزش روانی فریستاد (PEP؛^۱ فریستاد، ۲۰۰۶) یا برنامه رنگین‌کمان پاولوری^۲ (وست و همکاران، ۲۰۱۴) از طرح‌های مهم به شمار می‌آیند. به نظر می‌رسد چنین برنامه‌هایی احتمالاً به تبعیت بهتر از درمان دارویی، سازگاری خانوادگی و انطباق بلندمدت با ناتوانی‌های مزمن کودک منجر می‌شوند.

«زندگی در مهمانی: مصرف مزمن ماری‌جوآنا» (فصل ۷)، مورد نوجوانی را شرح می‌دهد که به سوءمصرف ماری‌جوآنا مبتلا است. در این مورد، صاحب‌نظران پیرامون پرسش‌هایی درباره شدت مصرف ماری‌جوآنا اختلاف نظر دارند اما توصیه‌هایشان در رابطه با دامنه مداخلات روانی - اجتماعی و حمایتی همسو است. این نمونه همچنین این پرسش جالب را به ذهن متبادر می‌کند که چطور می‌توان

1. Fristad's psychoeducational psychotherapy (PEP)

2. Pavuluri's Rainbow Program

ADHD را در نوجوانی که دچار اختلال مصرف مواد است به بهترین شکل ارزیابی و درمان کرد. نکته مورد توجه این بود که هر دو بالینگر مدیریت دارویی ایمن، با توجه دقیق بر خطر انحراف دارویی^۱ را توصیه کردند.

در مورد «حرکات ناگهانی: نوجوان دچار روان‌پریشی» (فصل ۸)، صاحب‌نظران هم‌عقیده‌اند که کودک به شدت دچار مشکل است، با این حال خواننده باید توجه داشته باشد که بسیاری از نشانه‌های مفروض روان‌پریشی دوران کودکی یا نوجوانی نظیر رفتارهای عجیب و غریب و حتی توهمات می‌توانند در طیفی از بهنجاری و به‌عنوان تابعی از بافت فرهنگی نمود یابند، پدیده‌ای که شناسایی این نشانه‌ها را به‌عنوان «نشانه‌هایی» واقعی بدون استفاده از منابع اطلاعاتی متعدد و به‌کارگیری اطلاعات زمینه‌ای و تحولی فراوان دشوار می‌سازد. نکته‌ای که از منظر فرهنگی جالب است این است که والدین این نوجوان از «حرکات ناگهانی» فرزندشان بیشتر از نشانه‌های روان‌پریشی کلاسیک‌تر او ابراز نگرانی می‌کردند. این مورد نیز ضرورت به‌کارگیری روش‌های خلاقانه برای به‌مشارکت گرفتن خانواده و در نظر گرفتن مسائل فرهنگی را برجسته می‌سازد.

در «او نمی‌خواهد چیزی بخورد: بی‌اشتهایی عصبی» (فصل ۹)، متخصصان پیرامون زیرمجموعه‌های تشخیصی (بی‌اشتهایی عصبی، نوع محدودکننده در مقابل بی‌اشتهایی عصبی، نوع پرخوری/پاک‌سازی) نظراتی متفاوت ارائه می‌دهند. هرچند صاحب‌نظران فرض خود را بر این قرار می‌دهند که بی‌اشتهایی، تعیین‌کننده‌های زیستی مهمی دارد، اما درمان پیشنهادی آنها این منشأ را هدف نمی‌گیرد. بدین معنا که آنها برای بازگرداندن کودک به وضعیت ایمن سوخت‌وسازی (متابولیسم) از رویکردهای رفتاری استفاده می‌کنند. در این فصل همچنین به فقدان شواهد برای هرگونه درمان داروشناختی اشاره شده است.

در بخش «نمی‌توانم جلوام را بگیرم: اختلال توره» (فصل ۱۰)، صاحب‌نظران در مورد وجود اختلال توره توافق دارند اما در مورد حضور یا عدم حضور بیماری‌های همبود یا وابسته باهم موافق نیستند. در هر حال، زمانی که اختلال به‌درستی تشخیص داده شود، مداخله هرچه که باشد خواه داروشناختی یا روان‌شناختی (آموزش وارونه‌سازی عادت) می‌تواند مؤثر باشد.

در بخش «او همیشه خسته است: اختلال خواب در نوجوان» (فصل ۱۱)، تمایزات تشخیصی ظریفی توسط صاحب‌نظران مطرح می‌شوند که بر احتمال وجود اختلال افسردگی مداوم دلالت دارند. طی یک دهه گذشته اختلالات خواب بیش‌ازپیش مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. تشخیص این دسته از اختلالات نیز اهمیتی بسیار یافته است چراکه تشخیص مناسب می‌تواند به‌کارگیری رویکرد مؤثر را

۱. انحراف دارویی (drug diversion)، مفهومی پزشکی و حقوقی و به معنای انتقال داروی تجویز شده قانونی از فردی که دارو در واقع برای مصرف وی تجویز شده به فرد دیگری است - م.

به دنبال داشته باشد؛ در حال حاضر برای درمان این اختلالات علاوه بر راهبردهای محیطی، می‌توان از داروها نیز کمک گرفت. یکی از نکاتی که باید بدان توجه کرد به‌کارگیری یادداشتهای روزانه به‌منظور پایش نشانه‌ها است. چنین رویکردهایی به شکلی روزافزون سبب درک بهتر نشانه‌های خاص و نظارت بر آغاز، فراوانی و تعیین عوامل مرتبط با این نشانه‌ها می‌شوند و همچنین می‌توانند در ردیابی نشانه‌های پرخاشگرانه و دوقطبی بسیار سودمند باشند. متخصصان در این مورد بر به‌کارگیری روش‌های انگیزشی در کار با بیماران و والدین آنها تأکید دارند. تمایل و آمادگی بیمار برای تغییر، مؤلفه‌های مهمی‌اند که بایستی توسط بالینگران مورد ارزیابی قرار گیرند، به‌ویژه وقتی سطح انگیزه پایین باشد یا وقتی که مداخلات پیچیده و دشوار باشند.

آخرین مورد بخش ۱، «دنیای جای بسیار کثیفی است: اختلال وسواس فکری-عملی» (فصل ۱۲)، این مسئله را به میان می‌کشد که آیا شروع ناگهانی و آشکار اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) نیازمند ارزیابی تشخیصی جامع جهت بررسی حضور نشانگان عصبی روان‌پزشکی حاد اطفال (PANS) است یا خیر. پیشگامان این حوزه، هریک به‌نوبه خود نظرات متنوعی دارند. مقاله‌ای از گردهمایی جامع PANS در سال ۲۰۱۳ رهنمودهایی را برای بررسی و در نظر گرفتن توضیحات پزشکی جایگزین برای مواردی با شروع ناگهانی و آشکار اختلال وسواس فکری-عملی ارائه می‌دهد (چانگ و همکاران، ۲۰۱۳). OCD اختلالی به نسبت رایج است و تاکنون هیچ‌گونه شواهدی وجود ندارند که نشان دهند بررسی یا مداخله پزشکی جامعی برای اکثر کودکان مبتلا به OCD وجود دارد. شواهدی از جمله یافته‌های به‌دست‌آمده از یکی از مطالعات چندمکانی^۱ بزرگ مؤسسه ملی سلامت روان (NIMH)^۲ وجود دارند که نشان می‌دهند به‌کارگیری درمان شناختی-رفتاری، تجویز دارو یا هر دو می‌تواند ثمربخش باشد. علی‌رغم موجود بودن «درمان‌های مبتنی بر شواهد»، یافتن متخصصی که بتواند این درمان‌ها را با به‌دقت و صحت انجام دهد هنوز هم دشوار است.

منابع

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013

Chang K, Frankovich J, Cooperstock M, et al: Clinical evaluation of youth with pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome (PANS): recommendations from the 2013

۱. مطالعه چندمکانی (multicenter study)، نوعی کارآزمایی بالینی است که در بیش از یک مرکز پزشکی یا درمانگاه انجام می‌گیرد -م.

- PANS Consensus Conference. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 25(1):3-13, 2015 25325534
- Fristad MA: Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder. *Dev Psychopathol* 18(4): 1289-1306, 2006 17064439
- Hughes CW, Emslie CJ, Crismon ML, et al; Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder: Texas Children's Medication Algorithm Project: update from Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(6):667-686, 2007 17513980
- Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, et al: Comparative effects of methylphenidate and mixed salts amphetamine on height and weight in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:520-526, 2006 16670648
- West AE, Weinstein SM, and Peters AT, et al: Child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 53(11):1168-1178, 2014 25440307

فصل ۱

مشکل در توجه

اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی

استفان پی. هینشاو

شرح حال

اطلاعات هویتی

آلیسیا دختری ۸ و نیم ساله، از نسل دوم یک خانوادهٔ مکزیکی-آمریکایی است که با والدین و برادر ۱۱ ساله‌اش زندگی می‌کند. او در مدرسهٔ محلش و در کلاس سوم آموزش عادی تحصیل می‌کند. پدر او صاحب کسب‌وکاری کوچک است و مادرش به‌صورت نیمه‌وقت در یک مهدکودک کار می‌کند. خانواده در محله‌ای با طبقهٔ متوسط، در شهری متوسط زندگی می‌کنند.

شکایت اصلی

والدین آلیسیا در روزنامه آگهی پژوهش در مورد کودکانی «که ممکن است در توجه مشکل داشته باشند» دیده بودند. این آگهی توجه آنها را جلب کرده بود، چراکه در آخرین جلسهٔ اولیا و مربیان، معلم آلیسیا گفته بود که او احتمالاً دچار اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی است (ADHD) است و توصیه کرده بود که والدینش او را برای ارزیابی نزد متخصص ببرند.