

سلامت روان نوجوان با استفاده هدفمند از فن آوری

راهنمای عملی برای متخصصان بالینی



فهرست مطالب

سخن مترجم.....	۹
پیشگفتار.....	۱۱
بخش اول: همه‌گیرشناسی سلامت روان و فن‌آوری.....	۱۳
۱ مروری بر سلامت روان نوجوانان.....	۱۴
۲ جستجوی آنلاین اطلاعات سلامت توسط نوجوانان: موضوعات، رویکردها و چالش‌ها.....	۳۵
۳ تأثیر سلامت روان بر دسترسی و استفاده از اینترنت.....	۵۲
۴ استفاده از فن‌آوری در میان جمعیت‌های خاص.....	۵۸
بخش دوم: ارتباط بین علائم سلامت روان و استفاده از فن‌آوری.....	۷۵
۵ ارتباطات مثبت و منفی بین سلامت روان نوجوانان و فن‌آوری.....	۷۶
۶ استفاده نوجوانان و جوانان از رسانه‌های اجتماعی و بروز علائم افسردگی در فضای آنلاین.....	۸۷
۷ قلدری سایبری و سلامت روان.....	۱۰۳
۸ چندتکلیفی رسانه‌های سلامت روان.....	۱۱۴
۹ اختلال بازی اینترنتی.....	۱۲۶
۱۰ استفاده از اینترنت و گوشی هوشمند چه زمانی مشکل‌ساز می‌شود؟.....	۱۳۵
بخش سوم: استفاده از فن‌آوری برای تشخیص، مداخله و درمان.....	۱۴۷
۱۱ شناسایی علائم با استفاده از فن‌آوری.....	۱۴۸
۱۲ داده‌های رسانه‌های اجتماعی برای شناسایی آنلاین خطر خودکشی نوجوانان در فضای آنلاین.....	۱۶۸
۱۳ سلامت روان از راه دور.....	۱۸۵
۱۴ مداخلات رسانه‌های اجتماعی برای نوجوانان و جوانان مبتلا به افسردگی و روان‌پریشی.....	۲۰۱
۱۵ نقش ارسال پیامک در مدیریت سلامت روان.....	۲۲۱
۱۶ درمان آنلاین برای سلامت روان نوجوان.....	۲۳۰

۲۴۹	.....	۱۷ بازی‌های ویدیویی و تأثیر آنها بر سلامت روان نوجوانان
۲۶۷	.....	۱۸ اپلیکیشن‌های سلامت روان
۲۷۷	.....	۱۹ رویکردهای جامع استفاده از فن‌آوری برای مدیریت سلامت روان
۳۰۹	.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۳۱۱	.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

بخش اول

همه‌گیرشناسی سلامت روان و فن‌آوری

مرور

فرض کنید وارد مطب خود می‌شوید و می‌بینید اولین بیمار شما دنی است، یک پسر ۱۵ ساله که مادرش او را به مطب آورده است.

دنی به دلیل نگرانی‌های پزشک اطفالش در مورد تغییرات رفتاری او در چند ماه گذشته ارجاع داده شده بود. با وجود اینکه تابحال دانش آموز خوبی بوده، اما نمراتش افت کرده و به تازگی از مدرسه غیبت می‌کند. به نظر می‌رسد از پدر و مادر و دوستانش دور شده و هفته گذشته، تیم فوتبال را که همیشه برایش لذت بخش بود، پس از یک درگیری با مربی ترک کرده است.

چندین تشخیص یا شرایط متعدد می‌توانند رفتار دنی را توضیح دهند، از جمله اضطراب، افسردگی، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، سابقه مورد سوءاستفاده قرار گرفتن (خشونت خانگی، جنسی، قلدری و غیره)، شرایط نامطلوب در خانه یا «رابطه جنسی، مواد مخدر و موسیقی راک»، عبارتی که متخصصان پزشکی نوجوان اغلب برای توصیف رفتار بهنجار نوجوانان استفاده می‌کنند. در بیمارانی با این تابلوی بالینی به‌ندرت علائمی مانند معاینه جسمانی یا آزمایش خون وجود دارد که به تشخیص منجر شود. بالینگر دنی باید اغلب اطلاعات مورد نیاز خود را از طریق مصاحبه جمع‌آوری کند.

مصاحبه با نوجوانان

نوجوانان به‌طور معمول بدون داشتن یک تشخیص قطعی

مراجعه می‌کنند. بالینگران پیش از پرسیدن درباره شروع بیماری، علائم، سابقه قبلی، سابقه خانوادگی و غیره، باید دنیای نوجوان را درک کنند. یک روش استاندارد برای دریافت اطلاعات در این زمینه، مصاحبه HEADSS است. HEADSS^۱ ترکیب سرواژه‌های انگلیسی خانه، آموزش، فعالیت‌ها، مواد مخدر، فعالیت یا مسائل جنسی و افکار یا رفتارهای خودکشی یا افسردگی است (برای اطلاعات بیشتر در مورد این مصاحبه و کاربرد آن، به [۱، ۲] مراجعه کنید).

مصاحبه HEADSS سه هدف اصلی دارد که به ترتیب اهمیت عبارتند از:

۱. برای برقراری رابطه با بیمار. نوجوانان انتظار ندارند که یک بزرگسال به زندگی و تجربه‌های آنها علاقه‌مند شوند. با پرسیدن این‌گونه سؤالات و گوش دادن بدون قضاوت، بالینگر می‌تواند به‌سرعت اعتماد آنان را جلب کند. اعتماد، پایه و اساس درمان نوجوان است، به عبارت دیگر نوجوانانی که به درمانگر خود اعتماد می‌کنند، به سؤالات، صادقانه پاسخ می‌دهند و احتمال پایداری به درمان‌های توصیه‌شده بیشتر است [۳].

مصاحبه HEADSS از رویکردی مشابه با «مصاحبه شناختی»^۲ استفاده می‌کند که برای مصاحبه با شاهدان و قربانیان ایجاد شده است. در توضیح مختصر این رویکرد چنین آمده است: «رابطه درمانی، از اهمیت بسیاری برخوردار است، بنابراین مصاحبه‌کننده باید مهارت اجتماعی

۱. نویسنده این فصل، سیستم HEADSS را به‌عنوان روشی برای بدست آوردن «تاریخچه اجتماعی» ایجاد کرده است. چند سال بعد حرف S برای افکار خودکشی و رفتارها و افسردگی نیز به آن اضافه شد، در نتیجه رویکرد آن به تاریخچه روانشناختی - اجتماعی تبدیل شد.

2. cognitive interview

شناسایی کند، بنابراین از پزشک حاضر در درمانگاه کمک خواست. در آن زمان مصاحبه HEADSS توسعه یافته بود، اما هنوز به طور رسمی منتشر نشده بود. پزشک رزیدنت، آموزشی دربارهٔ این مصاحبه دریافت نکرده بود، اما پزشک حاضر با رویکرد این مصاحبه آشنا بود.

اگرچه به نظر می‌رسید سؤالات HEADSS برای بیمار مبتلا به اختلال تشنج کاربردی نداشته باشد، اما پزشک حاضر احساس می‌کرد این کاری بود که تنها او می‌توانست انجام دهد و پزشک رزیدنت این کار را نکرده بود. در پاسخ به این سؤال که «کلاس چندم هستی؟» بیمار پاسخ داد: «کلاس هشتم». (یک نوجوان ۱۵ ساله معمولاً کلاس نهم است.) رایج‌ترین دلیل برای عقب ماندن یک دانش‌آموز، غیبت کردن از مدرسه بود، بنابراین پزشک پرسید: «سال گذشته چند روز از مدرسه غیبت کردی؟» بیمار پاسخ داد: «من یک سال است که به مدرسه نرفته‌ام» و به سؤال بعدی «چرا نرفته‌ای؟» بیمار پاسخ داد: «می‌ترسم آپارتمانم را ترک کنم».

پزشک به راحتی به نتیجه رسید که جی اچ از اضطراب شدید رنج می‌برد و احتمالاً حملات وحشت‌زدگی شدیدی داشته‌است که باعث تنفس بیش از حد و کاهش میزان دی‌اکسیدکربن شده است. سطح بسیار پایین دی‌اکسیدکربن می‌تواند به تشنج‌های انقباضی در دست و پا منجر شود. زمانی که آمبولانس جی اچ را به اورژانس می‌برد، او به مدت کافی به طور طبیعی تنفس می‌کرده و تمام آزمایش‌های خون او نرمال بود. تشخیص صحیح، تنها به دلیل این سؤال بود که در مصاحبه HEADSS دربارهٔ پایهٔ تحصیلی او مطرح شد (کلاس چندم هستی؟).

برای تعیین علت یا علل اصلی تغییرات رفتاری، بالینگران باید نه‌تنها نوجوان، بلکه دوران نوجوانی را نیز بشناسند. آنها باید بتوانند رفتارهای «بهنجار» برای این گروه سنی را از نگرانی‌های ناشی از شرایط زندگی و همچنین از مشکلاتی که نیاز به تشخیص و ارزیابی بیشتر دارند، تفکیک کنند. در این فصل، علل احتمالی رفتارهای نگران‌کننده در نوجوانان را بررسی خواهیم کرد و اطلاعاتی در مورد هر یک از آنها از جمله شیوع آن و مؤثرترین درمان‌ها ارائه می‌دهیم.

کافی را برای انتقال حس امن به مصاحبه‌شونده داشته باشد تا او داستانش را با جزئیات بیان کند. مصاحبه‌کننده باید صحبت‌های مصاحبه‌شونده را با دقت بسیار گوش دهد. به نظر می‌رسد این توجه و عدم وقفه، علاوه بر اینکه مصاحبه‌شوندگان را تشویق به بیان جزئیات فراوانی می‌کند، به آنها این اطمینان را می‌دهد که جدی گرفته می‌شوند (در پژوهش ما، مشاهده کردیم که حتی در مصاحبه‌هایی که بیش از یک ساعت طول می‌کشید، مصاحبه‌شوندگان حوادثی را یادآوری می‌کردند که فقط چند دقیقه طول کشیده بود). [۴].

۲. برای ارزیابی میزان پیشرفت یک نوجوان در مسیر انتقال از پایان دوران کودکی به آغاز بزرگسالی که در بخش آخر این فصل مورد بحث قرار گرفته است.

۳. برای شناسایی عوامل خطر و یا رفتارهای پرخطر

(با نوجوانان، هرگز نمی‌توان پیش‌بینی کرد که یک سؤال ساده چه پاسخی در پی خواهد داشت. سیمون کلارک، متخصص استرالیایی در حوزهٔ درمان نوجوان، تجربهٔ زیر را نقل کرده است: «یک نوجوان ۱۴ ساله با ظاهری جذاب که دارای مشکلات شدید یادگیری بود، از لحاظ سطح خواندنش ۷ ساله بود. او سه سال در پایهٔ اول، دو سال در پایهٔ دوم و دو سال در پایهٔ سوم سپری کرده بود. وقتی از او پرسیدم آیا مدرسه‌ات را آتش زدی؟ در کمال تعجب مأمور نگهبان زندان، پاسخ داد بله!» [۵].

علاوه بر این، یک مصاحبهٔ کامل HEADSS می‌تواند تشخیصی را ارائه دهد که با استفاده از یک بررسی پزشکی استاندارد^۱، قابل شناسایی نباشد.

گزارش مورد

جی اچ پسر ۱۵ ساله است که به دلیل تشنج‌های چندین بار با آمبولانس به بخش اورژانس منتقل شده است. پرسنل بخش اورژانس نتوانسته‌اند علت این تشنج‌ها را تشخیص دهند، بنابراین جی اچ را برای یک ارزیابی کامل به درمانگاه کودکان ارجاع دادند. پزشک رزیدنتی که بیمار را ارزیابی کرد نیز نتوانست هیچ عامل احتمالی را که باعث تشنج‌ها شده،

2. carpopedal spasms

1. standard medical workup

مشکلات رایج سلامت روان در نوجوانان

اختلالات اضطرابی

معرفی اجمالی اختلالات اضطرابی

یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در نوجوانان، اختلالات اضطرابی است. مؤسسه ملی سلامت آمریکا (NIH) شیوع طول عمر این اختلالات را در سنین ۱۳ تا ۱۸ سال، ۲۵ درصد تخمین زده است. با این حال، یک مطالعه از سوی مؤسسه ملی سلامت روان (NIMH) نشان داد که تنها ۱۸ درصد از نوجوانان مبتلا به اضطراب بالینی، درمان دریافت می‌کنند [۶]. شناسایی و مدیریت اضطراب در نوجوانان می‌تواند چالش‌برانگیز باشد، زیرا علائم و موضوع اضطراب، متنوع هستند و اکثراً به عنوان شکایات جسمانی یا استرس «طبیعی» نوجوانان اشتباه تشخیص داده می‌شوند. این علائم اغلب در اوایل نوجوانی ظاهر می‌شوند و می‌توانند باعث مشکلات جدی شوند.

تشخیص اختلال اضطرابی

بر اساس ملاک‌های DSM-5 تشخیص اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، مستلزم وجود اضطراب و نگرانی مفرط در مورد موضوعات، وقایع یا فعالیت‌های مختلف است که حداقل به مدت ۶ ماه وجود داشته و میزان نگرانی به‌وضوح بیش از حد باشد. بسیاری از افراد مبتلا به GAD علائمی مانند تعریق، تهوع و اسهال را تجربه می‌کنند.

- اضطراب، نگرانی یا علائم مرتبط، انجام فعالیت‌ها و مسئولیت‌های روزمره را دشوار می‌کند. این علائم می‌توانند در روابط، مدرسه یا محل کار، یا در سایر جنبه‌های مهم مشکل ایجاد کنند.
- این علائم به هیچ شرایط پزشکی دیگری ارتباط ندارند و نمی‌توان آنها را با تأثیر مواد، از جمله داروهای تجویزی، الکل، یا سوءمصرف مواد توضیح داد.
- این علائم با هیچ اختلال روانی دیگری توجیه نمی‌شوند. دو سؤال اول GAD-7 [۴۴] (اختلال اضطراب فراگیر،

هفت سؤال) به عنوان یک غربالگری برای اضطراب عمومی عمل می‌کند. اگر مجموع پاسخ‌های دو سؤال اول به سه یا بیشتر برسد، باید هر هفت سؤال پرسیده شود. GAD-7 [۴۴] در پیوست ۱-۱ قابل مشاهده است.

دومین ابزار معتبر برای تشخیص اضطراب در افراد ۸ تا ۱۸ ساله، پرسشنامه غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب کودکان (SCARED) است.

نمودار ۲-۲ در پیوست شامل یک نسخه کوتاه، SCARED-5 و آدرس اینترنتی نسخه کامل SCARED است. یکی از مزایای ابزار SCARED این است که برای هر یک از پنج نوع اختلال اضطرابی یک امتیاز مجزا ارائه می‌دهد.

چرا باید اضطراب را به عنوان ریشه رفتارهای دنی در نظر بگیریم؟

- او ممکن است به دلیل ترس از اینکه اتفاق وحشتناکی برایش بیفتد، دچار مشکل تمرکز در کلاس باشد که منجر به کاهش عملکرد تحصیلی او شود.
- شاید به دلیل اضطراب اجتماعی از مدرسه غیبت کرده باشد. او می‌ترسد معلم از او سؤالی بپرسد و او پاسخ صحیح را نداند و دانش‌آموزان مسخره‌اش کنند.
- شاید مربی‌اش او را سرزنش کرده که چرا به حریف، اجازه گل‌زنی داده و او آن‌قدر تحقیر شده که تیم را ترک کرده است.

درمان اختلال اضطرابی

اختلالات اضطرابی خفیف که به نظر نمی‌رسد منجر به مشکلات جدی می‌شوند، می‌توانند با حمایت بالینگر به همراه مداخلات غیردارویی مدیریت شوند. این مداخلات شامل تمرین‌های تنفسی، آرام‌سازی عضلانی، تجسم درمانی^۱، ثبت روزانه وقایع^۲، ورزش کردن و انجام کارهای هنری یا موسیقی است. امروزه برخی از این روش‌ها می‌توانند از طریق فن آوری

1. Screening Children for Anxiety-Related Emotional Disorders [۴۴]
2. Therapeutic imaging
3. Journaling

است در اختلالات روانی دیگر نیز مشاهده شوند.

رفتارهای امتناع از مدرسه^۱

گزارش مورد

دبلیو جی دانش آموز سال پایانی دبیرستان است که از طرف درمانگاه تخصصی گوارش به درمانگاه نوجوان ارجاع داده شد. او در کلینیک گوارش به دلیل تهوع و استفراغ مزمن مورد ارزیابی قرار گرفته بود. این علائم به حدی شدید بوده که در طول ماه گذشته قادر به حضور در مدرسه نبوده است. پزشکان آن درمانگاه، مجموعه‌ای از آزمایش‌ها را انجام داده بودند که همه آنها طبیعی بود. سپس او را به درمانگاه نوجوان ارجاع دادند به این امید که علت علائم او را تشخیص دهند. از دبلیو جی خواسته شد تا تجربه خود را شرح دهد؛ لازم به ذکر است که این علائم تنها در روزهای مدرسه بروز می‌کند.

وقتی از او پرسیدند علائمش از چه زمانی شروع شده، پاسخ داد: «اوایل ژوئیه» و وقتی از او سؤال شد که آیا قبل از بیمار شدن، اتفاق خاصی رخ داده بود، گفت: «یک روز پدرم از کار به خانه برگشت و مادرم را به شدت مورد ضرب و شتم قرار داد به طوری که که مادرم می‌ترسید بمیرد». پدرش متعاقباً مدتی را در زندان سپری کرده بود و با این شرط آزاد شده بود که چند ماهی از خانه دور بماند و در دوره‌های آموزش مهارت کنترل خشم شرکت کند. پدرش اوایل سپتامبر به خانه برگشت و دبلیو جی گفت همه چیز خوب بود؛ اما هیچ تعجبی نیست که حال مادرش خوب نبود. او عصرها کار می‌کرد و روزها در خانه می‌خوابید. دبلیو جی ناخودآگاه می‌دانست که مادرش هنوز در خطر است و به عبارتی وقتی در خانه باشد، در امان خواهد بود.

«رفتارهای امتناع از مدرسه» (که قبلاً «فوبی مدرسه» یا «اجتناب از مدرسه» نامیده می‌شد) به امتناع کودک از حضور در مدرسه یا دشواری در باقی ماندن در کلاس طی یک روز اشاره دارد. اگرچه این به‌عنوان یکی از اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی نمی‌شود، اما از آنجا که ناشی از تعامل چندین اختلال اضطرابی است، اینجا مورد بحث قرار می‌گیرد.

آموزش داده شوند. وب‌سایت‌ها و اپلیکیشن‌هایی برای آموزش تمرین‌های تنفسی و آرام‌سازی عضلات وجود دارند. ثبت روزانه وقایع می‌تواند به‌صورت آنلاین و آفلاین انجام شود و هنر و موسیقی نیز به هر دو شکل مجازی و حقیقی قابل دسترسی هستند. یکی دیگر از روش‌های درمان، بیوفیدبک است. بیوفیدبک از قابلیت فن‌آوری برای نشان دادن بصری علائم حیاتی مانند تنفس و ضربان قلب استفاده می‌کند. سپس هنگامی که بیمار یاد می‌گیرد که آرام شود، می‌تواند تغییر در این علائم حیاتی را در زمان واقعی تجسم کند. بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد «بیوفیدبک با استفاده از روش‌های مختلف، در کاهش اضطراب مؤثر است» [۷].

برای بیمارانی با سطح اضطراب متوسط که این اضطراب باعث ایجاد مشکلاتی نه‌چندان شدید در آنها می‌شود، درمان شناختی - رفتاری (CBT) بهترین انتخاب است. در بیمارانی که مقاوم به درمان هستند، دارودرمانی مؤثر است، درحالی‌که برای آن دسته از بیمارانی که اضطراب متوسط رو به شدید دارند، دارودرمانی ضروری است. یک مطالعه روی ۴۸۸ کودک و نوجوان نشان داد دارودرمانی به‌تنهایی مؤثرتر از CBT است؛ اما هر دو درمان کنار هم، نرخ موفقیت عالی با حدود ۸۱ درصد در پی دارد [۸].

بیمارانی که نیاز به دارودرمانی دارند، با استفاده از یک SSRI (مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین) درمان می‌شوند (FDA سرتالین را با نام تجاری زولوفت برای درمان اضطراب نوجوانان تأیید کرده که اگر اثربخش نباشد یا عوارض جانبی زیادی داشته باشد، روانپزشکان عموماً آن را با یک SSRI دیگر، به‌تدریج جایگزین می‌کنند).

در DSM-5 پنج نوع اضطراب وجود دارد: اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، اختلال وحشت‌زدگی و فوبیا. تعدادی از اینها به‌ویژه فوبیها پاسخ درمانی خوبی به حساسیت‌زدایی می‌دهند. انواع دیگر اضطراب با تشویق نوجوانان به پرهیز از اجتناب، درمان می‌شوند، زیرا اجتناب از موقعیتی که منجر به اضطراب می‌شود، آن را تشدید می‌کند. گاهی اوقات میزان اضطراب یا ترس با رفتارهای اجتنابی گسترده کاهش می‌یابد. حملات وحشت‌زدگی به‌طور برجسته در اختلالات اضطرابی به‌عنوان نوع خاصی از پاسخ به ترس نمایان می‌شوند. اما باید توجه داشت که حملات وحشت‌زدگی محدود به اختلالات اضطرابی نیستند و ممکن

افسردگی

دوره افسردگی عمده (برگرفته از DSM-5) - خلاصه

برای تشخیص اختلال افسردگی عمده (MDD) بیمار باید به مدت دوهفته تقریباً هر روز علائمی را تجربه کند که شدت آنها بیشتر از نوسانات خلقی بهنجار است که همه ما در زندگی روزمره تجربه می‌کنیم. آنها باید حداقل پنج علامت از نه علامت موجود را داشته باشند که یکی از این علائم باید خلق افسرده یا از دست‌دادن علاقه یا لذت در فعالیت‌ها باشد. برآورد مؤسسه ملی سلامت NIH نشان می‌دهد که ۱۲/۵ درصد از جمعیت آمریکا در رده سنی ۱۲ تا ۱۷ سال از افسردگی رنج می‌برند. شیوع افسردگی در زنان (۱۹/۵ درصد) بیشتر از مردان (۵/۸ درصد) است. از لحاظ سن، شیوع در ۱۲ ساله‌ها ۵/۴ درصد است که در ۱۵ سالگی به ۱۶/۱ می‌رسد. افسردگی در سفیدپوستان (۱۳/۴ درصد) بیشتر از نژاد آمریکای لاتین (۱۲/۶ درصد) و آسیایی‌ها (۹/۷ درصد) و سیاه‌پوستان (۹/۰) است. همچنین در نوجوانانی که دو یا چند نژاد دارند، بیشترین میزان شیوع مشاهده می‌شود (۱۵/۶ درصد) [۱۰].

کدام جنبه از رفتارهای دنی بیانگر آن است که او مبتلا به افسردگی است؟

الف. علائم

۱. خلق افسرده در اکثر اوقات روز، تقریباً تمام روزها وجود دارد که توسط گزارش فرد یا گزارش اطرافیان نشان داده می‌شود. این خلق با احساس اندوه، پوچی یا ناامیدی مشخص می‌شود.
۲. کاهش قابل توجه علائق یا لذت‌ها در تمام یا تقریباً تمام فعالیت‌ها در اکثر اوقات روز
۳. کاهش یا افزایش چشمگیر وزن بدون گرفتن رژیم غذایی
۴. ناتوانی در به خواب رفتن یا پرخوابی
۵. پریشانی یا کندی روانی حرکتی
۶. خستگی یا فقدان انرژی
۷. احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب
۸. کاهش توانایی تفکر یا تمرکز و احساس بلا تکلیفی

رفتارهای امتناع طولانی مدت از رفتن به مدرسه در صورت عدم مداخله، می‌تواند منجر به عواقب جدی کوتاه مدت و بلندمدت شود. این پیامدها شامل مشکلات تحصیلی، انزوای اجتماعی، تعارض خانوادگی و استرس، ترک تحصیل، بزهکاری و مشکلات شغلی و زناشویی در بزرگسالی می‌شود. درمان امتناع از مدرسه، بسیار دشوار است. کمک به نوجوانانی که هم مبتلا به اضطراب جدایی (که رفتن به مدرسه را برای آنها دشوار می‌کند) و هم اضطراب اجتماعی (که حضور در مدرسه را برایشان سخت می‌کند)، هستند، کار آسانی نیست. اختلالات اضطرابی دیگر یا هر ترکیب دیگری از آنها نیز می‌تواند امتناع از مدرسه را تشدید کند.

علائم شایع شامل اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری، خستگی، گریه و شکایت‌های جسمانی مانند معده درد و سردرد است. علائم مخرب‌تر شامل عصبانیت، اتلاف وقت، عدم انطباق، مشاجره، امتناع از حرکت، فرار از مدرسه یا خانه و پرخاشگری است [۹].

موانع: اضطراب، فرزند ناتنی در طب رفتاری^۱ است. به طور مثال بخش روان پزشکی یک بیمارستان کودکان معتبر، برنامه‌ای در منطقه روستایی ایالت راه‌اندازی کرد تا به کودکانی که به مراکز سلامت روان دسترسی ندارند، خدمات ارائه دهد. توضیحات اطلاع‌رسانی برنامه برای کودکان واجد شرایط دریافت خدمات به شرح زیر بود:

کودکانی که تشخیص افسردگی خفیف تا متوسط یا رفتار مخرب دارند (مانند اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی یا اختلال رفتار مقابله‌ای). اشاره‌ای به اضطراب نشده بود.

چرا نوجوانان مبتلا به اضطراب کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند؟ شاید به این دلیل است که نوجوانان مبتلا به افسردگی در ظاهر نیز افسرده به نظر می‌رسند و افسرده رفتار می‌کنند، درحالی‌که افراد دارای اضطراب می‌توانند هیچ نشانه ظاهری از اختلال را نشان ندهند. علاوه بر این، پنج نوع مختلف از اضطراب وجود دارد که هر کدام به شیوه‌ای متفاوت بروز می‌کند. به طور کلی، بالینگران آموزش کافی برای درک این تشخیص پیچیده دریافت نمی‌کنند.

۳	۲	۱	۰
تقریباً هر روز	بیش از نیمی از روزها	چندین روز	اصلاً
			۱. کاهش علاقه یا لذت در انجام کارها؟
			۲. احساس ناراحتی، افسردگی، تحریک‌پذیری یا ناامیدی؟

درمان افسردگی

افسردگی خفیف که به نظر نمی‌رسد مشکل چندانی ایجاد کند، می‌تواند با حمایت بالینگر و مداخلات غیردارویی درمان شود. این مداخلات شامل تمرین‌های تنفسی، آرام‌سازی عضلانی، تجسم درمانی، ثبت روزانه وقایع، ورزش و فعالیت‌های هنری یا موسیقی است.

برای بیمارانی که دچار افسردگی خفیف تا متوسط هستند و باعث مشکلاتی نه‌چندان شدید برای آنها می‌شود، درمان شناختی- رفتاری می‌تواند مفید باشد. افسردگی متوسط تا شدید با دارو، روان‌درمانی یا ترکیب هر دو، درمان می‌شود و درمان افسردگی شدید با هر دو درمان دارویی و روان‌درمانی است. یک مقاله مروری منتشر شده در سال ۲۰۰۶ نشان داد که درمان نوجوانان افسرده با استفاده از دارو به‌تنهایی مؤثرتر از روان‌درمانی به‌تنهایی است. اما ترکیب روان‌درمانی و دارو مؤثرترین درمان است [۱۲].

فلوکستین (پروزارک) تنها SSRI برای درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی است که توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تأیید شده است. با این حال، اگر این دارو اثربخش نباشد یا عوارض جانبی مزمن ایجاد کند، از سایر داروهای هم‌خانواده استفاده می‌شود.

اختلال افسردگی مزمن: PDD (دیستایمیا)

دیستایمیا یک بیماری مزمن است که با علائم افسردگی

۹. افکار مکرر مربوط به مرگ (نه فقط ترس از مردن)، افکار مکرر خودکشی بدون هیچ نقشه خاصی یا اقدام به خودکشی یا داشتن نقشه خاصی برای اقدام به خودکشی.

افرادی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند معمولاً یک یا چند نشانه هشداردهنده را از طریق صحبت‌ها یا اقدامات‌شان نشان می‌دهند، از جمله صحبت در مورد خودکشی یا نداشتن دلیلی برای زندگی، کناره‌گیری از فعالیت‌ها، ملاقات یا تماس تلفنی با مردم برای خداحافظی یا اهدای اشیای باارزش. همچنین آنها ممکن است تغییرات خلقی مانند افسردگی، از دست دادن علاقه، اضطراب و تحریک‌پذیری نیز داشته باشند. یک مطالعه نشان داد بیمارانی که سابقه اقدام به خودکشی دارند، ۳۸ برابر بیشتر از افرادی که قبلاً اقدام به خودکشی نکرده‌اند، احتمال دارد که نهایتاً در اثر خودکشی جان خود را از دست بدهند [۱۱].

ب. این علائم باعث ایجاد مشکل جدی یا اختلال چشمگیر بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی شود.

ج. دوره فوق ناشی از تأثیر فیزیولوژیک مصرف یک ماده یا یک بیماری جسمی دیگر نباشد.

افسردگی می‌تواند باعث کاهش انرژی و مشکلات تمرکز شود. در مدرسه نیز ممکن است منجر به غیبت‌های متعدد از مدرسه، کاهش نمرات یا ناامیدی از انجام تکالیف مدرسه در دانش‌آموزی شود که در گذشته عملکرد خوبی داشته است.

آکادمی پزشکان اطفال آمریکا^۱ توصیه می‌کند تمام نوجوانان ۱۱ تا ۲۱ ساله با استفاده از PHQ-2 (پرسشنامه سلامت بیمار^۲، ۲ سؤال)، برای افسردگی غربالگری شوند. در صورتی که پاسخ به هر یک از سؤال‌ها «بله» باشد، نسخه کامل پرسشنامه PHQ-2 اجرا خواهد شد (پیوست ۳-۱، PHQ-A)

آیا در طول دو هفته گذشته از موارد زیر اذیت شده‌اید؟

1. The American Academy of Pediatrics
2. Patient health questionnaire

3. Persistent Depressive Disorder

الگوی مداوم از بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی - تکانشگری تعریف می‌شود که عملکرد یا رشد را مختل می‌کند و علائم آن در دو یا چند موقعیت ظاهر می‌شوند (مثلاً در خانه، مدرسه یا محل کار، با دوستان یا بستگان، در سایر فعالیت‌ها) و مستقیماً بر عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی تأثیر منفی می‌گذارد. در افراد مبتلا به این اختلال باید چندین علامت قبل از ۱۲ سالگی وجود داشته باشد. یک بیمار می‌تواند تنها دچار بیش‌فعالی یا تکانشگری، بی‌توجهی به‌تنهایی (تشخیص ADHD بدون بیش‌فعالی یا تکانشگری)، یا نوع ترکیبی باشد. مؤسسه ملی سلامت آمریکا NIH، شیوع این اختلال را ۱۱ درصد تخمین زده است [۱۴].

رسیدن به نتیجه قطعی در مورد شیوع ADHD دشوار است. اکثر مطالعه‌ها روی بیماری‌ها با جنسیت یا پیشینه قومی مختلف یا وضعیت اجتماعی - اقتصادی متفاوت صورت می‌گیرد. نتایج می‌تواند بسته به منابع نمونه‌ها دقیق نباشد (به‌عنوان مثال، اگر بر مبنای بیماری‌ها باشد که در مراکز بالینی دیده می‌شوند، در این صورت نوجوانانی که به درمانگر مراجعه نکرده‌اند یا جنسیت متفاوتی دارند، از این فرایند خارج می‌شوند). متغیر می‌تواند میزان نگرانی والدین نسبت به نمرات مدرسه فرزندان باشد؛ هر چه نمره برای والدین مهم‌تر باشد، احتمال بیشتری دارد که فرزندان خود را برای ارزیابی نزد بالینگر بیاورند و احتمال اینکه ADHD تشخیص داده شود نیز بیشتر خواهد بود.

یک تحلیل جامع توسط کارگروه ملی آمار سلامت^۱، نشان داد تا به حال ۱۳/۳ درصد از پسران و ۵/۶ درصد از دختران ۴ تا ۱۷ ساله، تشخیص ADHD دریافت کرده‌اند. بیشترین شیوع در میان کودکان سفیدپوست غیر لاتین و کمترین در میان کودکان لاتین آمریکا بود. همچنین شیوع بیشتری در کودکانی که درآمد خانوادگی آنها کمتر از ۲۰۰ درصد از آستانه فقر فدرال بود، نسبت به کودکانی با درآمد خانوادگی ۲۰۰ درصد یا بیشتر از آستانه فقر وجود داشت. اکثر متخصصان معتقدند که دختران، اغلب مستعد ابتلا به نوع کم‌توجه ADHD هستند تا نوع بیش‌فعال. از آنجا که در مقایسه با بیش‌فعالی/تکانشی، علامت بی‌توجهی کمتر قابل مشاهده است، این می‌تواند مبنای برخی از تفاوت‌ها در فراوانی جنسیتی باشد [۱۵].

مشخص می‌شود. این اختلال در بیشتر روزها و ساعت‌های روز، حداقل به مدت یک سال (۲ سال در بزرگسالان) رخ می‌دهد. این بیماری اغلب با عملکرد تحصیلی نامناسب و تعاملات اجتماعی ضعیف، همچنین تحریک‌پذیری و بدخلقی همراه است. نوجوانان مبتلا به این بیماری همچنین اعتمادبه‌نفس پایینی دارند، بدبین هستند و در معرض خطر بالایی برای ابتلا به افسردگی اساسی هستند. علائم باید حداقل به مدت یک سال باقی بمانند. در طول این دوره، هیچ بازه‌ای بدون علامت نباید بیش از ۲ ماه طول بکشد. درمان شامل دارودرمانی و روان‌درمانی است.

اختلال دوقطبی

عبارت «اختلال دوقطبی» برای توصیف مجموعه‌ای از وضعیت‌های «نوسان خلق» به کار می‌رود که شدیدترین آنها در گذشته «افسردگی شیدایی» نامیده می‌شد. این بیماران به دوره‌های مکرر خلق‌وخوی بالا یا سرخوشی (مانیا یا هیپومانیا) و افسردگی مبتلا هستند. بیشتر آنها، هم خلق بالا و هم خلق پایین را تجربه می‌کنند. گاهی اوقات افراد می‌توانند ترکیبی از هر دو خلق بالا و پایین را به طور هم‌زمان تجربه کنند، یا در طول روز تغییر کنند و تصویری «ترکیبی» از علائم نشان دهند. درصد بسیار کمی از مبتلایان به اختلال دوقطبی، فقط «خلق بالا» را تجربه می‌کنند. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در دوره‌های بین نوسانات خلقی خود، خلق‌وخوی طبیعی را تجربه می‌کنند [۱۳].

بالینگری که نگران این رفتارهاست باید چنین بیماری را به روان‌پزشک ارجاع دهد و به دلیل شدت بیشتر اختلال و پیچیدگی بیشتر درمان دارویی، درخواست ارزیابی فوری دهد.

یکی از موانع دریافت مراقبت برای تمامی این اختلالات افسردگی، کمبود جدی روان‌پزشکان کودک و نوجوان است.

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD)

چیست؟

در DSM-5، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، به‌عنوان یک

علت ADHD چیست؟

پایین تر تحصیلی عملکرد خوبی دارند، که در آنجا بیشتر کلاس‌هایشان با یک معلم در یک کلاس است. آن معلم می‌داند که دنی برای تمرکز، نیاز به یادآوری دارد و از انجام این یادآوری خوشحال است، زیرا دنی فعالانه به یادآوری‌های او پاسخ می‌دهد. هنگامی که این نوجوانان در مقاطع بالاتری قرار می‌گیرند که هر کلاس در اتافی متفاوت با معلمی متفاوت تشکیل می‌شود، مشکلات آنها در سازماندهی آشکار می‌شود. این مشکلات با افزایش پیچیدگی کار کلاسی و اهمیت تکالیف، تشدید می‌شود. دنی ممکن است به خاطر نمرات ضعیفش دلسرد شود، بنابراین مدرسه را رها می‌کند تا بازی‌های ویدیویی انجام دهد. (مشخصه بازی‌های ویدیویی حرکات مستمر است، بنابراین برای نوجوانان مبتلا به ADHD با ظرفیت توجه بسیار کوتاهشان جذاب است).

مشکل در حفظ تمرکز می‌تواند به صورت مشکلاتی در انجام بعضی ورزش‌ها ظاهر شود. فوتبال، یک مشکل خاص برای ورزشکاران نوجوان در سطح دبیرستان است. ۲۰ بازیکن در زمینی پراکنده هستند که حدود ۶۴ متر عرض و ۹۱ متر طول دارد. هر بازیکن باید در زمان و مکان مشخصی وظیفه‌ای را انجام دهد. با تجربه نوجوانان یاد می‌گیرند، اما برای آنها فوتبال به تمرکز بیشتری نسبت به ورزشی مانند بسکتبال نیاز دارد که در آن همه افراد در حال حرکت هستند و تنها ده نفر بازیکن و زمینی به ابعاد ۲۸ در ۱۵ متر وجود دارد. این مشکل بیشتر در تمرینات رخ می‌دهد؛ زمانی که تنها چند بازیکن در تمرین یک جنبه خاص از بازی شرکت می‌کنند.

نوجوانان مبتلا به ADHD کمتر احتمال دارد که دوستانی داشته باشند. عمل کردن بدون فکر، بی‌اعتنایی به نظرات دیگران و عدم توجه به گفتگوها، تمام این رفتارها می‌تواند در توانایی آنها برای دوست‌یابی و حفظ دوستان تداخل کنند.

تشخیص ADHD

تشخیص این اختلال بر اساس پاسخ‌های والدین، معلمان و نوجوانان به یک پرسشنامه ساختاریافته صورت می‌گیرد (پیوست ۴-۱، چک‌لیست رفتار نوجوان).

DSM-5، ۱۸ سؤال را مطرح می‌کند که احتمال تشخیص را تعیین می‌کنند. اگر نمره بی‌توجهی یا بیش‌فعالی/تکانشگری ≤ 6 باشد و رفتارها در بیش از یک

به طور کلی ADHD به دلیل نقص در گردش چندین انتقال‌دهنده عصبی به‌ویژه دوپامین ایجاد می‌شود. لوب‌های فرونتال، عقده‌های قاعده‌ای، جسم پینه‌ای و مخچه به‌عنوان نواحی اولیه‌ای شناخته شده‌اند که نقص‌هایی را در این رابطه نشان می‌دهند. این نواحی توسط شبکه‌ای از نورون‌ها به هم متصل شده‌اند و توجه، افکار، احساسات، رفتار و فعالیت‌ها را تنظیم می‌کنند. مطالعه‌ها در بیماران ADHD نشان داده است که رشد کندتر یا کاهش فعالیت در این مناطق مغزی وجود دارد. فعالیت بین این مناطق توسط انتقال‌دهنده‌های عصبی، به‌ویژه دوپامین، با مشارکت لوب‌های فرونتال، عقده‌های قاعده‌ای، جسم پینه‌ای و مخچه حفظ می‌شود [۱۶].

کمبود میزان دوپامین منجر به تأخیر در رشد «کارکردهای اجرایی» می‌شود. کارکردهای اجرایی، مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی هستند (از جمله کنترل توجه، کنترل مهارتی، حافظه فعال، انعطاف‌پذیری شناختی و برنامه‌ریزی) که برای کنترل شناختی رفتار ضروری هستند [۱۷].

عامل ژنتیکی در این بیماری بسیار قوی است. یک مطالعه بر روی ۱۹۳۸ جفت دوقلو نشان داد که وراثت به میزان ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ است که در روابط خانوادگی (دوقلو، خواهر و برادر و خواهر و برادر دوقلو) و در بین انواع ADHD پایدار است [۱۸]. این موضوع که والدین نپذیرند دارای سابقه خانوادگی ADHD هستند، امری طبیعی است. اما بررسی رفتارها، به جای تشخیص، ممکن است منجر به گفتگو در مورد پدری شود که هرگز از دبیرستان فارغ‌التحصیل نشده است یا مادری که همیشه دیر می‌رسد، اغلب کلیدهای خود را گم می‌کند، نمی‌تواند شغل ثابتی داشته باشد و غیره. هنگامی که بالینگر از والدین در مورد نوجوانشان می‌پرسد، آنها ممکن است به‌طور ناگهانی دریابند که خودشان نیز به ADHD مبتلا باشند ولی تاکنون این اختلال به درستی تشخیص داده نشده است.

کدام جنبه از رفتارهای دنی بیانگر آن است که او مبتلا به ADHD است؟

نمراتش رو به کاهش است. بسیاری از نوجوانان مبتلا به ADHD دارای هوش بالاتر از متوسط هستند. آنها در مقاطع

دارد، به علت نمرات ضعیفش به همراه مادرش به درمانگاه مراجعه کرده است. دو سال قبل تشخیص ADHD را دریافت کرده بود و بالینگر او دارودرمانی را توصیه کرده بود. باور مادرش این بود که علائم او با مصرف ویتامین‌ها و رژیم غذایی قابل درمان است، اما هیچ بهبودی رخ نداد. او هنوز در مورد دارو دادن به پسرش تردید داشت، اما پس از گفتگو در مورد خطرات و عوارض جانبی دارو، با مصرف آزمایشی دارو موافقت کرد. پس از ۲ هفته تا حدی بهبودی رخ داد. دوز دارو افزایش یافت و در ویزیت بعدی، وقتی بالینگر از وضعیتش پرسید، جی اس پاسخ داد: «خوب». وقتی از او پرسیدند که منظورش از «خوب» چیست، پاسخ داد: «می‌توانم مطالب خسته‌کننده را بخوانم». (هر کسی که این کتاب را می‌خواند، مجبور به «خواندن مطالب خسته‌کننده» است).

بهترین درمان برای ADHD ترکیبی از دارودرمانی و اصلاح رفتارهای نوجوانان و والدین است. مطالعه‌ها نشان داده‌اند که دارو به تنهایی می‌تواند مؤثر باشد؛ به‌ویژه در محیط خانه‌هایی که نظم و ساختار بسیار بالایی دارند، اما اصلاح رفتار بدون مصرف دارو، درمان مؤثری نیست [۲۰].

دارو

بسیاری از داروها با ترکیبات شیمیایی مختلف، مکانیسم‌های اثر متفاوت روی مغز، دوزهای متفاوت و مدت زمان عملکرد متفاوت وجود دارد (برای مشاهده یک راهنمای بسیار مفید برای داروهای ADHD به منابع مراجعه کنید) [۲۱].

مخاطرات عدم درمان یک نوجوان با دارو

بخش عمده‌ای از ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد دارودرمانی در کاهش برخی مشکلاتی که اغلب نوجوانان مبتلا به ADHD دچارش هستند، مؤثر است. این مشکلات شامل: کاهش خطرات رانندگی و نقایص مرتبط با ADHD. نوجوانان مبتلا به ADHD هنگام رانندگی تقریباً چهار برابر بیشتر از افراد عادی احتمال تصادف دارند [۲۲].

کاهش مشکلات قانونی. احتمال عدم ارتکاب جرم در طول یک دوره درمانی ۴ ساله برای مردان ۰/۴۹ و برای زنان ۰/۷۵ بود. این احتمال در طول دوره بدون درمان برای مردان ۰/۳۷ و

موقعیت باعث ایجاد مشکل شوند، بالینگر می‌تواند به طور فرضی تشخیص ADHD دهد (برای ۱۸ سال یا بزرگ‌تر فقط ۵ مورد باید مثبت باشد). در مورد کودکان، لازم است از معلمان بخواهیم به همان سؤالات پاسخ دهند. باین حال، این امر به ندرت برای نوجوانان مفید است. آنها می‌توانند حداکثر ۶ معلم داشته باشند که هر کدام ۳۰ دانش‌آموز در هر کلاس دارند و این امر باعث می‌شود که معلم مربوطه به سختی متوجه رفتارهای یک دانش‌آموز شود. درحالی‌که معلمان نمی‌توانند از یک دانش‌آموزی که بیش از حد فعال است، غافل شوند، احتمالاً به دانش‌آموزی که مبتلا به ADHD نوع کم‌توجه است، توجه نشان نمی‌دهند.

آیا این یک تشخیص واقعی است؟

هیچ آزمایش خون یا روش تصویربرداری برای تشخیص ADHD مفید نیست. این موجب ابهام در مورد این اختلال می‌شود. به علاوه، اظهارات افراد مشهور، رسانه‌ها، همسایگان و پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها در مورد ADHD مشکلات بیشتری برای درک و تشخیص درست این اختلال ایجاد می‌کند. خوشبختانه، داروها به سرعت عمل می‌کنند، بنابراین پزشکان می‌توانند به سادگی تشخیص دهند که آیا داروها مؤثر هستند یا خیر. دارو می‌تواند در هر زمان بدون خطر یا عوارض جانبی متوقف شود. گاهی اوقات بهبودی به گونه‌ای سریع و قابل توجه است که والدین شگفت‌زده می‌شوند و آن را «قرص جادویی» می‌نامند.

آیا ADHD بیش از حد تشخیص داده می‌شود؟

بخشی از وبسایت CDC درباره ADHD می‌گوید: «از هر ۳ کودک، کمتر از ۱ کودک مبتلا به ADHD همزمان درمان دارویی و رفتاردرمانی (رویکرد درمانی ترجیحی برای کودکان بالای ۶ سال)، دریافت کرده‌اند» [۱۹].

درمان ADHD

گزارش مورد

جی اس، پسر ۱۳ ساله‌ای است که علی‌رغم هوش بالایی که

نوجوان می‌دهند که او یک وظیفه معین را انجام می‌دهد. نظریه مدیریت شرطی ادعا می‌کند، تکمیل موفقیت‌آمیز رفتار درخواستی، زمانی افزایش می‌یابد که فعالیت‌های موردعلاقه یا امتیازات موردنظر، مجاز باشد. نتیجه این امر آن است که وقتی رویدادهای تقویت‌کننده مشروط به یک رفتار معین نباشد، قدرت رفتار کاهش می‌یابد.

از آنجا که نوجوانان مبتلا به ADHD اغلب در «حافظه فعال» دچار نقص هستند، توانایی آنها برای به‌خاطر سپردن می‌تواند بسیار کوتاه باشد. گفتگو با والدین در مورد این ویژگی ADHD بسیار مهم است. شکایات والدین از نوجوان خود اغلب این است که او فراموش می‌کند کارهای خانه را انجام دهد یا می‌گوید کاری را زود انجام می‌دهد؛ ولی هیچ‌گاه آن را انجام نمی‌دهد. زمانی که والدین متوجه شوند آنها نادیده گرفته نمی‌شوند یا به آنها دروغ گفته نمی‌شود، می‌توانند یاد بگیرند که از نوجوان کارهای ساده‌ای مانند بیرون بردن زباله‌ها را بخواهند تا «حالا» انجام دهند. برای کارهایی که پیچیده‌تر هستند و می‌توانند به تعویق بیفتند، مانند تا کردن لباس‌ها، نوجوان باید یک اعلان یادآوری در گوشی خود ذخیره کند و آن را فوری (قبل از اینکه فراموش کند) انجام دهد. به این ترتیب آنها بعداً بدون اینکه والدینشان به آنها یادآوری کنند، به یاد می‌آورند که آن کار را انجام دهند. چند هفته تلاش مستمر والدین منجر به یادآوری نوجوانان تنها با فراموشی‌های گاه‌به‌گاه می‌شود.

فن‌آوری و ADHD

استفاده از فن‌آوری به نظر می‌رسد برای نوجوانان مبتلا به ADHD می‌تواند برکت یا نفرین باشد. یک مطالعه نشان می‌دهد در کودکان مبتلا به ADHD حافظه فعال را می‌توان با آموزش از طریق تمرین رایانه‌ای و سیستماتیک تکالیف مربوط به حافظه فعال بهبود بخشید. این آموزش همچنین منجر به بهبود مهارت بازداری پاسخ و استدلال و کاهش علائم کم‌توجهی ADHD در فرم گزارش والدین می‌شود [۲۹]. یک مطالعه دیگر نشان داد بازی‌های رایانه‌ای روی پسران خصوصاً پسران مبتلا به ADHD تأثیر منفی دارد. پسران بیش از ۸ برابر بیشتر احتمال دارد بازی‌های رایانه‌ای مشکل‌ساز انجام دهند.

3. Active working memory

برای زنان ۰/۶۹ بود [۲۳].

نوجوانان مبتلا به ADHD که دارو مصرف نمی‌کنند، ۲/۷ برابر بیشتر احتمال دارد قبل از فارغ‌التحصیلی از دبیرستان، ترک تحصیل کنند [۲۴].

درمان با داروهای محرک در کودکان مبتلا به ADHD با بهبود مهارت خواندن، کاهش غیبت از مدرسه و بهبود متوسط در نمرات، مرتبط بود [۲۵].

نوجوانان مبتلا به ADHD در معرض خطر بیشتری برای رفتار مقابله‌ای و نافرمانی ($\leq 50\%$ درصد)، مشکلات رفتاری و مشکلات ضداجتماعی (۴۵-۲۵ درصد)، ناتوانی‌های یادگیری (۴۵-۲۵ درصد)، عزت‌نفس پایین و افسردگی هستند. [۲۶] (۲۵٪)

سه نتیجه درمان با دارو

- امکان بهبود چشمگیر در تمام جنبه‌های موردنظر به‌طور فوری یا پس از تنظیم دارو وجود دارد.
- عملکرد مدرسه ممکن است بهبود یابد، اما نوجوان هنوز فراموش می‌کند تکالیف خود را تحویل دهد و نمراتش کاهش می‌یابد.
- بهبود کمی در شرایط خانه ممکن است رخ دهد.

اگر مشکلات همچنان ادامه یابند، والدین باید با نوجوان خود در مدیریت رفتار، همکاری نزدیکی داشته باشند.

اصلاح رفتار^۱

قدم اول در اصلاح رفتارهای نوجوان و والدین، «مرزگشایی» علت مشکلات است. همان‌گونه که در بالا ذکر شد، بحث در مورد تأثیر انتقال‌دهنده‌های عصبی بر کارکردهای اجرایی نشان می‌دهد نوجوانان در ایجاد رفتارهایشان تقصیری ندارند، این موضوع برخی از تنش‌های بین والدین و نوجوانان را کاهش می‌دهد. گام بعدی «مدیریت شرطی» است.

مدیریت شرطی، برگرفته از نظریه شرطی‌سازی عامل توسط بی اف اسکینر [۲۷] بر اساس این ایده است که والدین یا مراقبان، تنها زمانی امتیازات یا فعالیت‌های موردعلاقه را به

1. Behavior modification
2. Contingency management

علائم ADHD، افسردگی و اضطراب به ترتیب با احتمالات ۲/۴۳، ۲/۴۷ و ۲/۰۶ با بازی رایانه‌ای مشکل‌ساز همبستگی داشتند [۳۰]. یک سوم مطالعه‌ها دریافتند که کودکان مبتلا به ADHD نسبت به آنهایی که به ADHD مبتلا نیستند، نمرات بالاتری در آزمون اعتماد به اینترنت دارند، ساعت‌های طولانی‌تری از اینترنت استفاده می‌کنند و دیرتر می‌خوانند [۳۱].

خلاصه

عدم تشخیص ADHD نوع بی‌توجه در بین بالینگران مراقبت‌های اولیه، امری رایج است. علاوه بر این، پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت آن اغلب خوشایند نیست. همچنین، تعداد کمی از بالینگران در مورد اهمیت فزاینده رفتن از دارو و افزودن انواع ساختار موردبحث در بالا آموزش‌دیده‌اند. بیست سال پیش، انجمن پزشکی آمریکا (AMA) شورایی را با هدف زیر تأسیس کرد:

برای مقابله با نگرانی‌های عمومی و حرفه‌ای در مورد تبلیغات احتمالی داروهای ADHD، به‌ویژه متیل‌فندیت، با بررسی موارد مربوط به تشخیص، درمان بهینه و مراقبت واقعی از بیماران مبتلا به ADHD و شواهدی از سوءاستفاده بیمار از داروهای ADHD. از جمله نتیجه‌گیری آنها به شرح زیر بود:

«ADHD یکی از بهترین پشته‌های پژوهشی را در حوزه پزشکی دارد و اطلاعات جامعی که در مورد اعتبار آن وجود دارد، بسیار قانع‌کننده‌تر از مطالبی است که در مورد اغلب اختلالات روانی و حتی بسیاری از بیماری‌های جسمانی است».

«ADHD با همبودی‌های محتمل قابل توجه و اختلال عملکردی همراه است و بروز آن در هر سنی خطر مشکلات رفتاری و هیجانی را در مراحل بعدی زندگی افزایش می‌دهد؛ بنابراین یک بیماری مزمن ماندگار است که در دوران نوجوانی و پس از آن رایج است».

«درمان بهینه ADHD شامل یک برنامه درمانی منحصربه‌فرد بر اساس هر کدام از بیماری‌های همراه و همچنین ترجیحات کودک و خانواده است. این درمان به‌طور کلی شامل درمان دارویی (معمولاً با داروهای محرک) همراه با آموزش روان‌شناختی کمکی، رفتاردرمانی، تغییرات محیطی و گاهی روان‌درمانی حمایتی کودک،

خانواده یا هر دو است» [۳۲].

این خلاصه، مشکلات بیشتری را برای تشخیص و درمان ADHD در نوجوانان توصیف می‌کند. سایر مشکلات، شامل کمبود نیروی متخصص برای اجرای «درمان بهینه» AMA و همچنین هزینه داروهای محرک مورد نیاز برای درمان مؤثر است.

درک سلامت روان نوجوانان در زمینه زندگی و استرس

مشکلات رفتاری مرتبط با استرس

بر اساس نظرسنجی انجمن روان‌شناسی آمریکا، سطح استرس بیش از ۱۰۰۰ نوجوان، در طول سال تحصیلی بسیار بیشتر از چیزی بود که آنها سالم می‌دانند (۵/۸ در یک مقیاس ۱۰ امتیازی). توجه: حتی در تابستان بدون مدرسه، سطح استرس آنها به ۴/۶ رسید. نوجوانان همچنین گزارش کردند که به دلیل استرس، احساس آشفتگی^۱ (۳۱ درصد) و افسردگی یا اندوه (۳۰ درصد) دارند. بیش از یک سوم نوجوانان احساس فرسودگی یا خستگی (۳۶ درصد) و تقریباً یک چهارم آنها حذف یک وعده غذایی به دلیل استرس را گزارش کرده‌اند [۳۳].

بهترین راه برای تشخیص اینکه آیا علائم یک نوجوان اساساً به دلیل استرس است یا خیر، استفاده از سیستم HEADSS (در بخش مقدمه فصل، مورد بحث قرار گرفت) و توجه به احتمال وجود یک وضعیت استرس‌زاست. در زیر نمونه‌ای از سؤالاتی را می‌بینید که می‌تواند اطلاعات مفیدی را به دست آورند.

خانه

چه کسانی در خانه پیتر هستند؟ شاید مادرش چند ماه قبل، ازدواج مجدد کرده باشد؛ حالا یک ناپدری و چند خواهر و برادر ناتنی نیز در خانه هستند. فرض کنید پدرش به تازگی پس از یک بیماری طولانی از دنیا رفته باشد، چه تأثیری بر او گذاشته است؟ چگونه با کسانی که در یک خانه مشترک هستند، رابطه برقرار می‌کند؟ آیا ناپدری، او را به شکل جسمی یا شاید حتی

1. Overwhelmed