

آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان

رابرت وایس



دوستان شما و کسانی که موفقیت شما برایشان مهم است، برای تهیه این مجموعه زحمات بسیاری کشیده اند، تا رویاهایتان برای ساختن یک زندگی پربار برای خودتان و ساختن زندگی زیبا تر برای دیگران به عنوان یک روانشناس، دست یافتنی تر باشد.

سپاسگزاریم که با رعایت حقوق مولفان و عدم انتشار غیرقانونی کتاب ها یا بخشی از آن ها، به هر شکل (دست نویس، کپی و فایل الکترونیکی) و خرید کتاب از مراکز مجاز، قدردان این زحمات هستید و حقوق شرعی و قانونی پدیدآورندگان (قانون حمایت از مولفین، مصوب ۱۳۴۸) را رعایت می کنید.

آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان

مؤلف و گردآورنده

ناشر و صاحب امتیاز

مدیر تولید و ناظر چاپ

مدیر هنری

طراحی، صفحه آرایی و حروف چینی

مدیر پروژه و ناظر تألیف

ویرایش فنی و علمی

سرپرست شورای سیاست گذاری

دبیر شورای تألیف و ناظر علمی

آدرس

گروه تألیف و گردآوری روان آموز

نشر روان آموز

جلال پریداد

عاطفه حیدری مقدم

واحد گرافیک روان آموز

مهسا عدالتیان شعرفاف

تیم ویراستاران روان آموز

دکتر محمد امیدی فرد

دکتر زینب خجوی

دفتر مرکزی: تهران - اقدسیه - بزرگراه ارتش

واحد اداری لجسیک مشهد - بزرگراه وکیل آباد - بلوار هفت تیر

صاپست ۱۰۷۷۰۸۰

صندوق پستی

تماس با ما

☎ ۰۲۱ ۸۲۸ ۰۸۱ ۸۰ **in** **company/ravanamooz**

☎ ۰۹۳۰ ۱۰۳ ۷۷ ۷۸ **www.ravanamooz.ir**

📧 ravanamooz **📷 ravanamooz_team**

- ۴ فصل اول: علم و کاربرست آسیب‌شناسی روانی کودک
- ۱۵ فصل دوم: علت‌های اختلالات کودکی
- ۳۲ فصل سوم: ارزیابی و تشخیص
- ۴۴ فصل چهارم: درمان کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها
- ۵۶ فصل پنجم: ناتوانی عقلانی و اختلالات رشدی
- ۷۷ فصل ششم: اختلال طیف اوتیسم
- ۹۱ فصل هفتم: اختلالات ارتباط و یادگیری
- ۱۰۶ فصل هشتم: اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی
- ۱۲۲ فصل نهم: مشکلات سلوک در کودکان و نوجوانان
- ۱۳۹ فصل دهم: اختلالات مصرف مواد در نوجوانان
- ۱۵۴ فصل یازدهم: اختلالات اضطرابی و اختلال وسواس فکری-عملی
- ۱۷۴ فصل دوازدهم: اختلالات مرتبط با آسیب و بدرفتاری با کودک
- ۱۹۳ فصل سیزدهم: اختلالات افسردگی و خودکشی
- ۲۱۵ فصل چهاردهم: اختلالات دوقطبی و اسکیزوفرنی کودکی
- ۲۳۴ فصل پانزدهم: اختلالات تغذیه و خوردن
- ۲۵۴ فصل شانزدهم: اختلالات مرتبط با سلامتی

فصل اول

علم و کاربرست آسیب‌شناسی روانی کودک



میزان شیوع اختلالات کودکی

ابتدا چند اصطلاح مهم تعریف می‌شود:

همه‌گیرشناسان: دانشمندانی که میزان شیوع اختلالات جسمانی و روانی را در کل جمعیت بررسی می‌کنند.

شیوع: به درصد افراد در جمعیتی معین اشاره دارد که بیماری جسمانی یا روانی دارند.

شیوع نقطه‌ای: درصد کودکان و نوجوانان مبتلا به یک اختلال در مقطع معینی از زمان.

شیوع در طول عمر: درصد کودکان و نوجوانان مبتلا به یک اختلال در هر مقطعی از عمر آن‌ها.

میزان بروز: به درصد موارد جدید یک اختلال در دوره زمانی مجزا، معمولاً یک سال، اشاره دارد.

نکته: میزان بروز معمولاً کمتر از میزان شیوع است.

زمینه‌یابی ملی مصاحبه سلامت: هرسال به‌وسیله مصاحبه با ۱۲۰۰۰ والد در خانه آنها، میزان شیوع اختلالات کودکی را محاسبه می‌کند.

زمینه‌یابی ملی رفتار مخاطره‌آمیز نوجوانان: مشکلات رفتاری و مصرف مواد در نوجوانان را هرسال با اجرای پرسش‌نامه‌ها روی ۱۶۰۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی محاسبه می‌کند.

شیوع کلی

حالا به بررسی شیوع اختلالات کودکی می‌پردازیم:

۱۳ تا ۱۵ درصد کودکان و نوجوانان در هر سال معین، دچار اختلالات روانی می‌شوند. کمی بیشتر از ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان، در مقطعی قبل از بزرگسالی، به اختلالی مبتلا می‌شوند. شایع‌ترین اختلال در کودکان و نوجوانان، ADHD است، تقریباً ۸/۹ درصد کودکان و نوجوانان در مقطعی قبل از بزرگسالی، مبتلا به این اختلال تشخیص داده می‌شوند. اختلالات اضطرابی مثل اضطراب جدایی و فوبی اجتماعی نیز نسبتاً شایع هستند. اختلالات خوردن و تیک، شیوع کمتری دارند.

اختلالات دوران کودکی گرایش دارند به اینکه با هم رخ دهند. همزمانی اختلالات به وجود دو یا تعداد بیشتری اختلال در فرد واحد و در زمان واحد اشاره می‌کند. تقریباً ۴۰ درصد کودکان و نوجوانان دارای یک اختلال روانی، حداقل یک اختلال روان‌پزشکی دیگری نیز دارند. حدود ۷۵ درصد کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی، دچار اختلال اضطرابی نیز می‌شوند که در عملکرد روزانه آنها نقص ایجاد می‌کند.

حدود ۵۰ درصد کودکان خردسال مبتلا به ADHD، مشکلات سلوک مانند رفتار لجبازی و نافرمانی نسبت به والدین یا بزرگسالان دیگر نیز دارند، برای اختلالاتی مانند افسردگی و ADHD، همزمانی در کودکان، یک قاعده است نه استثناء.

استفاده از دارو

یکی از مهم‌ترین تغییرات در حیطه آسیب‌شناسی روانی کودک در دو دهه گذشته، استفاده بیشتر از دارو برای درمان اختلالات کودکی بوده است.

داروهای روان‌گردان، داروهای تجویزی برای درمان مشکلات روانی هستند. این روزها تقریباً ۷/۵ درصد تمام کودکان و نوجوانان حداقل از یک داروی روان‌گردان استفاده می‌کنند و در نوجوانان تجویز دارو بیشتر است. همچنین پسرها بیش از دخترها دارو دریافت می‌کنند. این تفاوت جنسیتی بیانگر این واقعیت است که پسرها تقریباً ۳ برابر بیشتر از دختران احتمال دارد که مبتلا به ADHD،

تشخیص داده شوند و برای این مشکل دارو دریافت کنند.

چه عواملی بر شیوع اختلالات کودکی تاثیر دارند؟

(۱) **سن:** مشکلات سلامت روانی در نوجوانان بیشتر از کودکان است. البته اختلالاتی مثل ADHD، اوتیسم و اضطراب جدایی در کودکان شایع تر است. با این حال، میزان شیوع اکثر اختلالات با بالا رفتن سن، افزایش می یابد.

(۲) **جنسیت:** در اوایل کودکی پسرها بیشتر از دخترها به اختلالی مبتلا می شوند اما در نوجوانی این نسبت برعکس می شود؛ یعنی دخترها بیشتر دچار اختلال می شوند. (به جز مشکلات رفتاری و مصرف الکل و مواد مخدر که در نوجوانان پسر بیشتر است.)

پسرها چهار برابر بیشتر از دخترها تشخیص اوتیسم و سه برابر بیشتر تشخیص ADHD می گیرند. افسردگی و اضطراب در دختران ۲ تا ۳ برابر بیشتر از پسرها و اختلالات خوردن نیز در آن ها ۵ تا ۱۰ برابر بیشتر از پسران است.

علت بیشتر بودن مشکلات سلامت روان در دخترهای نوجوان، تغییرات زیستی بلوغ و انتظارات اجتماعی-فرهنگی از آن ها و همچنین وقایع استرس زای زندگی و شیوه ای که دختران به این وقایع فکر می کنند، است. دخترانی که نشخوار فکری بیشتری دارند و بیشتر خود را سرزنش می کنند، مشکلات بیشتری دارند.

(۳) **جایگاه اجتماعی اقتصادی:** یکی از بهترین پیش بین های سلامت روانی کودکان است. شامل سه جنبه سطح تحصیلات والدین، شغل والدین و درآمد خانواده است. کودکان با خانواده با سطح پایین اجتماعی اقتصادی بیشتر از کودکان با خانواده با سطح بالای اجتماعی اقتصادی در معرض خطر اختلالات روانی قرار دارند. ترکیب خانواده نیز از پیش بین های سلامت روانی کودکان است؛ کودکان با یک والد تنی در مقایسه با کودکان دو والد تنی، دوبرابر بیشتر به اختلالات اضطرابی یا خلقی مبتلا می شوند.

نوجوانان تک والد، شش برابر بیشتر از نوجوانان دو والد به اختلالات رفتاری یا مصرف مواد مبتلا می شوند.

(۴) **قومیت:** برخی اختلالات در میان سفیدپوست ها و برخی اختلالات در سیاه پوست ها بیشتر است. برای مثال اختلالات اضطرابی اندکی در کودکان سفیدپوست شایع تر است.

چه چیزی این تفاوت ها را توجیه می کند؟ تفاوت در جایگاه اجتماعی اقتصادی، تشخیص اختلال براساس زمینه نژادی و قومی، تفاوت در روش های فرزندپروری و ارزش های فرهنگی متفاوت بین قومیت ها.

آیا اکثر کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی تحت درمان قرار می‌گیرند؟

اگرچه ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان در زمانی قبل از بزرگسالی دچار اختلال روانی خواهند شد، تنها فقط نیمی از آن‌ها تحت درمان قرار می‌گیرند. جدیدترین تحقیقات نیز نشان می‌دهند که تقریباً ۵۱ درصد کودکان و ۴۵ درصد نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی تحت درمان قرار می‌گیرند. احتمال تحت درمان قرارگرفتن، بستگی به نوع اختلال کودک یا نوجوان دارد. ADHD بیشتر از اضطراب تحت درمان قرار می‌گیرد.

مکان‌های درمان اختلالات کودکان و نوجوانان: مدرسه، کلینیک‌های تخصصی، تسهیلات پزشکی، مؤسسه خدمات اجتماعی، کلینیک‌های دریافت دارو، سیستم قضایی نوجوان. کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD و ناتوانی‌های یادگیری، به احتمال زیاد در مدرسه درمان می‌شوند، درحالی‌که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات پرخطر مانند اختلالات مصرف مواد و خوردن به احتمال زیادی به متخصصان سلامت روان مراجعه می‌کنند و کودکان و نوجوانان دارای اختلالات اضطرابی به احتمال زیادی توسط پزشک ویزیت می‌شوند.

موانعی در راه درمان وجود دارند که دسترسی خانواده‌ها را به مداخلات سلامت روان با مشکل روبه‌رو می‌کند مانند مشکلات مالی، دسترسی‌نداشتن به درمان، عدم وجود متخصصان کافی در زمینه سلامت روان کودک و نوجوان، و سرانجام داغ ننگ می‌تواند مانع از دسترسی کودکان به درمان سلامت روانی شود. داغ ننگ به عقاید منفی درباره افراد مبتلا به اختلال روانی اشاره دارد که می‌تواند به ترس، اجتناب و تبعیض توسط دیگران یا شرم و احساس ارزشمندی پایین در فرد منجر شود.

اختلال روانی چیست؟

چگونه رفتار نابهنجار را در کودکان مشخص می‌کنیم؟

متخصصان سلامت روانی، برای مشخص کردن کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری و اجتماعی‌هیجانی، به چند ملاک اشاره کرده‌اند:

(۱) **انحراف آماری:** تعیین رفتار نابهنجار براساس نادربودن آن در کل جمعیت.

نقطه ضعف: تمام رفتارهای نادر، نشان‌دهنده اختلال نیست.

(۲) **ناتوانی یا درجه اختلال:** در این دیدگاه، رفتار نابهنجار به وسیله افکار، احساسات یا واکنش‌هایی که در عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی فرد اختلال ایجاد می‌کنند، مشخص می‌شود.

نقطه ضعف: در همه اختلالات، لزوماً اختلال در عملکرد وجود ندارد.

(۳) **درجه پریشانی روانی:** انسان‌ها پریشانی روانی را از طریق خلق افسرده، تحریک‌پذیری، اضطراب،

نگرانی و ... نشان می‌دهند. پریشانی روانی یکی از ویژگی‌های اصلی اکثر اختلالات اضطرابی و خلقی است.

نقطه ضعف: پریشانی اغلب ذهنی است و تنها برخی از علائم پریشانی، قابل مشاهده است؛ ارزیابی پریشانی ذهنی در کودکان بسیار مشکل است و نقطه ضعف بعدی برای تعریف نابهنجاری براساس پریشانی این است که بسیاری از کودکان و نوجوانان مبتلا به مشکلات رفتاری جدی، هیجانات منفی را تجربه نمی‌کنند.

۴) انحراف فرهنگی: نقض معیارها و مقررات جامعه مانند دزدی کردن یا خشونت نسبت به دیگران نقطه ضعف: متفاوت بودن هنجارها در فرهنگ‌های مختلف.

۵) انعطاف‌ناپذیری رفتاری: در این ملاک، رفتار نابهنجار به وسیله نمایش مکرر و انعطاف‌ناپذیر برخی اعمال، افکار یا هیجانات در پاسخ به عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی مشخص می‌شود.

۶) کژکاری زیان‌آور: به اعتقاد ویکفیلد دو ملاک برای تشخیص اختلال باید وجود داشته باشد: اول اینکه، فرد باید کژکاری نشان دهد، یعنی نارسایی برخی مکانیزم‌های درونی در کارکردن به صورت درست. و دوم اینکه کژکاری باید موجب آسیب شود یا باید فرد را تهدید یا محدود کند.

چگونه DSM-5 اختلال روانی را تعریف می‌کند؟

اختلال روانی را DSM-5 این‌گونه تعریف می‌کند: «اختلال روانی سندرمی است که با اختلال بالینی قابل‌ملاحظه در شناخت، تنظیم هیجانی یا رفتار فرد مشخص می‌شود که کژکاری در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی زیربنای عملکرد روانی را منعکس می‌کند. اختلالات روانی معمولاً با پریشانی یا ناتوانی قابل‌ملاحظه در عملکردهای فرد همراه است. پاسخ مورد انتظار یا از لحاظ فرهنگی تأییدشده به عوامل استرس‌زا، اختلال روانی نیست و رفتار منحرف از لحاظ اجتماعی و تعارض‌های بین فرد و جامعه نیز اختلال روانی نیست مگر اینکه ناشی از کژکاری فرد باشد.»

DSM-5 رویکرد پزشکی به اختلالات روانی اختیار می‌کند در نتیجه اعتقاد بر آن است که مشکلات روانی علت‌های زیربنایی دارند که درون فرد هستند.

دو نقطه ضعف رویکرد پزشکی به اختلالات به‌ویژه در مورد اختلالات کودکان، شامل موارد زیر است:

۱) بعضی از اختلالات کودکی ماهیت ارتباطی دارند و در زمینه میان‌فردی بهتر فهمیده می‌شوند.

۲) در رویکرد پزشکی به اختلالات روانی ما اغلب علت اساسی مشکلات روانی کودکان را نمی‌دانیم. براساس تعریف DSM-5 همچنین این اعتقاد وجود دارد که تمام اختلالات روانی کژکاری اساسی دارند که معمولاً از نظر ماهیت، زیستی هستند. برای مثال نوجوانان اسکیزوفرن، تباهی تدریجی قطعه‌های پیشانی مغز را نشان می‌دهند. بااین‌حال، ضروری‌دانستن عبت زیستی برای اختلالات

کودکی از سه لحاظ مشکل‌آفرین است:

- ۱) مشخص‌نکردن علت‌های زیستی خاص برای اکثر اختلالات توسط پژوهشگران.
- ۲) وقتی نابهنجاری‌های خاصی در تحقیقات پژوهشی مشخص شده‌باشند، تمام کودکان مبتلا به آن اختلال این نابهنجاری‌ها را نشان نمی‌دهند.
- ۳) وجود نابهنجاری زیستی خاصی در کودک، الزاماً منجر به اختلال نمی‌شود.

چگونه فرهنگ بر تشخیص اختلالات کودکی تاثیر می‌گذارد؟

- چهار روش تأثیر قومیت و فرهنگ بر تشخیص اختلالات:
- ۱) تفاوت در ارزش‌های فرهنگی که بر عقاید دربارهٔ فرزندپروری و رفتارهایی که مشکل‌ساز می‌دانند، تأثیر می‌گذارند.
- ۲) مهاجران جدید در یک منطقه، اغلب با عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی مرتبط با فرهنگ‌پذیری روبه‌رو هستند مانند تفاوت در زبان
- ۳) تفاوت‌های زبان و فرهنگ می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در ارزیابی تشخیص کودکان و نوجوانان اقلیت شود.
- ۴) حضور نداشتن اقلیت‌های قومی در تحقیقات سلامت روانی

درآمدی بر آسیب‌شناسی روانی رشد

- آسیب‌شناسی روانی رشد رویکرد گسترده‌ای به رشد سازگار و ناسازگار در طول عمر است. آسیب‌شناسان روانی رشد معتقدند که رشد با گذر زمان توسط تعامل پیچیدهٔ عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی-فرهنگی شکل می‌گیرد.
- آسیب‌شناسان روانی رشد، رشد انسان را در چند سطح بررسی می‌کنند. این سطوح عبارت‌اند از: ۱) وراثت، ۲) ساختار و عملکرد مغز، ۳) رشد روان‌شناختی (یعنی اعمال، افکار و هیجانات)، ۴) تعامل‌های خانواده و روابط با هم‌سالان، ۵) موقعیت اجتماعی-فرهنگی گسترده‌تری که فرد در آن زندگی می‌کند. از هریک از این عوامل می‌توان برای توضیح و توجیه اختلالات کودکان استفاده کرد و از این نکته مهم‌تر آن است که هریک از این عوامل برای شکل‌دادن به نتایج رشد کودکان، برهم اثر می‌گذارند. آسیب‌شناسان روانی رشد این فرایند را شکوفایی تکوین احتمالاتی می‌خوانند. بسیاری از متخصصان برای اشاره به شیوه‌ای که عوامل در سطوح با گذشت زمان برهم تاثیر می‌گذارند، از اصطلاح تبدلی استفاده می‌کنند.
- دو علت دشواربودن آگاهی از رشد کودک و پیش‌بینی آن:
- ۱) تحت‌تأثیر قرارداشتن رشد توسط سطوح متعدد.

۲) تغییر مداوم عوامل فوق در طول زمان و تأثیر هریک بر دیگری.

آسیب‌شناسان روانی رشد برای اشاره به تبادل عوامل بیوژنتیک، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی-فرهنگی که رشد را در طول زمان شکل می‌دهند، از اصطلاح تکوین احتمالی استفاده می‌کنند.

رشد سازگار در برابر رشد ناسازگار

رفتار سازگار: رفتارهایی که شایستگی اجتماعی، هیجانی و رفتاری کودک را پرورش می‌دهند و درخواست‌های متغیر محیط را برآورده می‌سازند، مثل یادگیری درک حالات هیجانی دیگران یا استفاده نوجوان از استدلال اخلاقی، سازگار محسوب می‌شوند

رفتارهایی که شایستگی‌های بالا را موجب نشوند رفتار ناسازگار خواهند بود، مثل کناره‌گیری از تعامل اجتماعی.

رفتار بهنجار توسط درجه‌ای که اعمال کودکان با توجه به سن و سطح رشد آن‌ها سازگار هستند، تعیین می‌شود. در نتیجه، بهنجاری و نابهنجاری به زمینه رشد کودکان بستگی دارد. برای مثال قشقرق راه‌انداختن کودک ۲ ساله برای امتناع از پوشیدن لباس نابهنجار محسوب نمی‌شود، در واقع نافرمانی و لجبازی کودک می‌تواند نشان‌دهنده تلاش‌های رشد مناسب کودکان نوپا برای استقلال باشند اما همین رفتارها در یک کودک ۶ ساله، احتمالاً ناسازگار و نابهنجار است. رشد نابهنجار در کودک در واقع انحراف از بهنجاری تعریف می‌شود.

آیا اختلالات کودک با گذشت زمان پایدار هستند؟

- مسیرهای رشد

مسیرهای رشد، شیوه‌هایی هستند که کودکان با تکالیف مهم رشدی روبه‌رو می‌شوند. مهم‌ترین تکالیف رشدی کودک از نظر اریکسون به‌ترتیب برقراری احساس اعتماد (نوباوگی)، پرورش شایستگی‌های تحصیلی (ابتدایی)، تشکیل روابط صمیمانه (نوجوانی) است.

کودک یا به تکالیف فوق با موفقیت تسلط پیدا می‌کند یا نمی‌کند؛ تسلط بر تکالیف هر مرحله منجر به شایستگی‌های اجتماعی، هیجانی و رفتاری می‌شود و کودک را در مسیر رشد مطلوب قرار می‌دهد و زمینه را برای تجربیات بعدی فراهم می‌آورد، در غیر این صورت، حل ناموفق تکالیف رشد بعدها منجر به مشکل می‌شود.

- تداوم در برابر تغییر

وقتی کودکان برای بار اول مبتلا به اختلال روانی تشخیص داده می‌شوند، معمولاً والدین می‌خواهند این نکته را بدانند که این اختلال چه مدت ادامه خواهد یافت؟