

DSM 5

متن کامل

ویراست سوم



آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان

مترجم: مهرداد فیروزبخت

رابرت وایس

www.30book.com





سرشناسه	: وایس، رابرت، ۱۹۷۳ - م. Weis, Robert
عنوان و نام پدیدآور	: آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان / رابرت ویس، مترجم مهرداد فیروزبخت.
مشخصات نشر	: تهران: دانژه، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	: ۹۹۲ ص.: مصور، جدول، نمودار؛ ۲۹ × ۲۲ م.م.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۲۵۰-۲۱۳-۱
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: Introduction to abnormal child and adolescent psychology, 3rd ed, 2018
یادداشت	: کتاب حاضر نخستین بار تحت عنوان «اختلالات اضطرابی (در کودکان و نوجوانان) بر اساس DSM-IVTR» با ترجمه حسین ابراهیم مقدم توسط نشر مدبر در سال ۱۳۸۸ به چاپ رسیده است.
یادداشت	: کتابنامه.
عنوان دیگر	: اختلالات اضطرابی (در کودکان و نوجوانان) بر اساس DSM-IVTR
موضوع	: کودکان -- آسیب‌شناسی روانی.
موضوع	: Child psychopathology
موضوع	: نوجوانان -- آسیب‌شناسی روانی.
موضوع	: Adolescent psychopathology
شناسه افزوده	: فیروزبخت، مهرداد، ۱۳۴۷ - مترجم
شناسه افزوده	: Firoozbakht, Mehrdad
رده‌بندی کنگره	: ۱۳۹۷ ب ۳ الف ۸۶ و / RJ ۴۹۹
رده‌بندی دیویی	: ۹۲۸۹/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۵۴۴۹۷۸

قیمت: ۶۷۰۰۰۰۰ تومان

عنوان: آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان
مؤلف: رابرت وایس
مترجم: مهرداد فیروزبخت
صفحه آرا: خسرو هادیان
مدیر تولید: داریوش سازمند
ناشر: دانژه
لیتوگرافی، چاپ و صحافی: شریف
شمارگان: ۱۱۰ نسخه
قطع: رحلی
نوبت چاپ: اول / ۱۳۹۸ / سوم ۱۴۰۰
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۵۰-۲۱۳-۱

این اثر مشمول قانون حمایت 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.

تهران: خیابان استاد مطهری - خیابان سلیمان خاطر (امیر اتابک) - کوچه اسلامی - شماره ۴/۲

کد پستی: ۱۵۷۸۶۳۵۸۳۱ | تلفن: ۸۸۸۴۶۱۴۸ - ۸۸۸۱۲۰۸۳ | تلفکس: ۸۸۸۴۲۵۴۳

تلفن دفتر پخش: ۶۶۴۷۶۳۷۵ - ۶۶۴۶۲۰۶۱ | فکس: ۶۶۴۷۶۳۸۹



فصل ۱

علم و عمل روان‌شناسی نابهنجاری کودک

اهداف یادگیری

بعد از خواندن این فصل باید بتوانید:

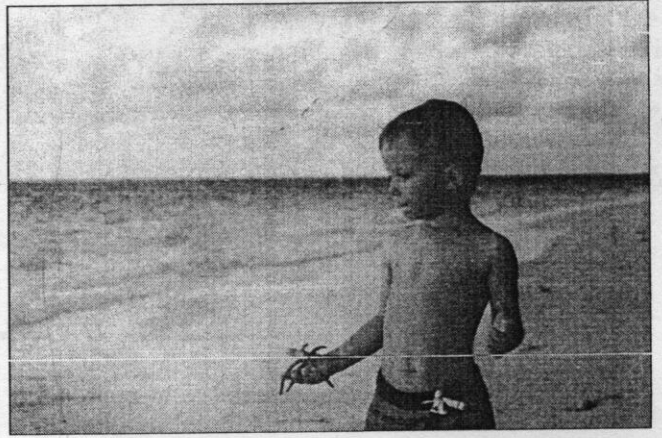
- ۱-۱. شیوع اختلالات دوران کودکی و چگونگی تغییر شیوع به‌عنوان تابع سن، جنسیت، پایگاه اجتماعی اقتصادی و قومیت کودکان را توصیف کنید.
- ۱-۲. مفهوم «اختلال روانی» در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) را آن‌گونه که در مورد کودکان و نوجوانان به کار می‌رود، ارزیابی انتقادی کنید.
- ۱-۳. برخی از اصول بنیادی آسیب‌شناسی روانی رشدنگر را بفهمید و برای آنها مثال بیاورید.
- ۱-۴. توضیح دهید که چرا هنگام درمان کودکان و خانواده‌ها، عمل شواهدبنیان اهمیت دارد.

روزگاری پیرمردی نزدیک اقیانوس زندگی می‌کرد. یک روز صبح که برای قدم زدن به ساحل می‌رود متوجه می‌شود ساحل پر از ستاره‌ی دریایی شده است. گویا شب قبل طوفان آمده بود و ستاره‌های دریایی روی شن‌ها سرگردان شده بودند.

پیرمرد در دوردست، پسر جوانی را در خط ساحل می‌بیند. همین‌طور که پسر جوان نزدیک می‌شود، برای لحظاتی توقف می‌کند، خم می‌شود چیزی برمی‌دارد و آن را داخل دریا می‌اندازد. وقتی پسر نزدیک می‌شود، پیرمرد با صدای بلند می‌گوید «صبح بخیر! ممکن است پیرسم چه کار می‌کنی؟» پسر جوان توقف می‌کند، بالا را نگاه می‌کند و جواب می‌دهد «دارم ستاره‌های دریایی را به اقیانوس برمی‌گردانم. طوفان آنها را به ساحل آورده است و نمی‌توانند به دریا برگردند. به کمک من نیاز دارند.» پیرمرد جواب می‌دهد «اما هزاران ستاره‌ی دریایی روی ساحل است. می‌ترسم نتوانی خیلی کمک کنی.»

پسر جوان خم می‌شود، ستاره‌ی دریایی دیگری را برمی‌دارد و تا آنجا که می‌تواند و قدرت دارد آن را به سمت آب پرتاب می‌کند. سپس لبخند زان به پیرمرد می‌گوید «به این یکی که کمک کردم!»

وقتی اولین چیزها را در مورد اختلالات روانی کودکان یاد می‌گیریم، ممکن است مثل پیرمرد داستان، دچار بدبینی شویم. تقریباً ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان تا قبل از بزرگسالی، حداقل یک مشکل سلامت روان را تجربه می‌کنند. این درصد یعنی این که تقریباً فقط در ایالات متحده آمریکا ۱۵ میلیون نفر از کودکان دچار مشکلات رفتاری، شناختی یا اجتماعی - هیجانی می‌شوند. این مشکلات شامل ناتوانایی‌های رشدی، مثل سندرم داون یا اختلال طیف اتیسم، اختلالات بیرونی‌سازی، مثل



تصویر ۱-۱ پسر جوان و ستاره دریایی.

اختلال کمی توجه/ بیش‌فعالی، اختلالات درونی‌سازی، مثل اضطراب و افسردگی، و مشکلات مرتبط با سلامت، مثل اختلالات خوردن و بیخوابی، هستند. این‌گونه مشکلات، جدی هستند و می‌توانند بر جنبه‌های مهمی از رشد و تحول کودکان و بر بروندهای بلندمدت، بر توانایی یادگیری و عملکرد در مدرسه و روابط با خانواده و دوستان و همچنین بر شادی و بهزیستی کلی کودکان تأثیر بگذارند (دفتر دادگستری و پیشگیری از بزهکاری کودکان، ۲۰۱۴؛ پرو^۱ و دیگران، ۲۰۱۶).

این حقیقت هم‌که اکثر کودکان و نوجوانان محتاج درمان این اختلالات، تحت مراقبت‌های زیر استاندارد قرار می‌گیرند یا اصلاً تحت مراقبت قرار نمی‌گیرند، به همان اندازه نگران‌کننده است. موانع موجود بر سر راه دریافت درمان عبارتند از: بازشناسی نامناسب مشکلات روانی کودکان؛ محدودیت دسترسی به خدمات سلامت روان با کیفیت، به‌خصوص برای کودکان خانواده‌هایی که از لحاظ اجتماعی اقتصادی محروم هستند؛ و کمبود کلی متخصصان سلامت روان که مداخلات شواهدبنیان را آموزش دیده‌اند (گارلند^۲ و دیگران، ۲۰۱۳؛ اولفسون، دروس و مارکوس^۳، ۲۰۱۵). از سوی دیگر، دلیل خوبی برای خوشبینی وجود دارد؛ مثل آن پسر جوان داستان که ستاره‌های دریایی را نجات می‌داد. فرصت‌های جدید زیادی برای دانشجویان علاقه‌مند به کمک به کودکان و خانواده‌های محتاج وجود دارد. در بیست سال گذشته شاهد افزایش قابل توجه مطالعه علمی آسیب‌شناسی روانی کودک بوده‌ایم. نظریه‌های جدید و مطالعات تجربی، این رشته را به پیش برده‌اند و فهم کامل‌تری از علل اختلالات را برای پژوهشگران رقم زده‌اند. پژوهش به همکاری گروه‌هایی از متخصصان برای کنار هم چیدن علل اختلالات در سطوح مختلف تحلیل؛ مثلاً سطح ژنتیکی، زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی - فرهنگی بستگی دارد (چیتچتی، ۲۰۱۶a، ۲۰۱۶b). صرف‌نظر از این‌که چه علاقه‌ای دارید، کار برای انجام دادن هست!

به همین سیاق، گام‌های بزرگی در جهت طراحی درمان‌های شواهدبنیان برای کودکان مبتلا به این اختلالات برداشته‌ایم (همیلتون، دالیدن و یانگستروم^۴، ۲۰۱۵). این درمان‌ها شامل داروهای جدید، روان‌درمانی‌ها و راهبردهای پیشگیری هستند که در بافت‌های گوناگون، از جمله در درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، مدارس و در سطح اجتماع، قابل ارائه‌اند. وانگهی تلاش‌های فزاینده‌ای برای متناسب ساختن این مداخلات با نیازهای کودکان و خانواده‌ها با پیشینه‌های فرهنگی، قومی، زبانی و اجتماعی اقتصادی مختلف در جریان است (کریستوفرسن و وانسکوویک^۵، ۲۰۱۳؛ ناتان و گورمن^۶، ۲۰۱۵).

شاید هیچ زمانی به اندازه‌ی این زمان، برای مطالعه‌ی روان‌شناسی نابهنجاری کودک مهیج نباشد. حتی اگر نخواهید متخصص سلامت روان شوید، این احتمال وجود دارد که نقش مهمی در زندگی یک کودک یا نوجوان بازی کنید (البته اگر قبلاً بازی نکرده باشید). قرار نیست همه‌ی ما پژوهشگر یا درمانگر شویم، اما تقریباً هر کسی این فرصت را خواهد داشت که از جهتی، مثلاً به‌عنوان مراقب، والد، معلم، مربی یا استاد، رفاه کودکان را ارتقا دهد. این کتاب می‌خواهد شما را با این رشته‌ی از لحاظ عقلانی مهیج و از لحاظ شخصی ارزشمند و خوشایند، آشنا کند. به این رشته خوش آمدید.

1. Perou
3. Olfson, Druss and Marcuss
5. Christophersen and Vanscoyoc

2. Garland
4. Hamilton, Daleiden and Youngstrom
6. Nathan and Gorman

■ اختلالات روانی چقدر در کودکان رایج هستند؟

شیوع کلی

همه‌گیری شناسان دانشمندانی هستند که شیوع اختلالات پزشکی و روانی در جمعیت عمومی را مطالعه می‌کنند (مون و راتر^۱، ۲۰۱۰). منظور از شیوع، درصد افراد یک جمعیت معین است که فلان اختلال پزشکی یا روانی را دارند. همه‌گیری‌شناسان برای تخمین شیوع، داده‌های هزاران نفر در جمعیت را جمع می‌کنند و سلامت فیزیکی یا روانی کنونی آنها را به ثبت می‌رسانند. آنها برای تخمین شیوع اختلالات روانی کودکان و نوجوانان معمولاً به اطلاعات جمع‌آوری شده از والدین، دیگر مراقبان و متخصصانی مثل روان‌شناسان، پزشکان یا معلمان، تکیه می‌کنند. همه‌گیری‌شناسان گاهی اوقات نیز داده‌ها را از خود کودکان و نوجوانان جمع می‌کنند، به خصوص وقتی پرسش‌ها با احساسات (مثلاً با افسردگی) یا رفتارهایی که از والدین پنهان نگهداشته می‌شوند (مثلاً مصرف الکل یا دارویی دیگر) سروکار دارند. همه‌گیری‌شناسان با این اطلاعات می‌توانند شیوع مقطعی را که درصد کودکان مبتلا به یک اختلال در مقطع زمانی معین است تعیین کنند. همچنین می‌توانند شیوع عمری را که درصد کودکان مبتلا به اختلال در هر مقطع از عمر است، تعیین کنند.

همه‌گیری‌شناسان گاهی اوقات می‌خواهند احتمال ابتلای شخص به یک اختلال در یک دوره‌ی زمانی خاص را تعیین کنند. منظور از بروز، درصد موارد جدید ابتلا به یک اختلال در یک دوره‌ی معین زمانی است که معمولاً ۱ ساله می‌باشد. چون بروز فقط به موارد جدید اختلال اشاره دارد، معمولاً خیلی کمتر از شیوع است. برای مثال، شیوع عمری اختلال طیف اُتسم تقریباً ۱/۸ درصد است؛ یعنی در مورد تقریباً ۱/۸ درصد کودکان ایالات متحده آمریکا تشخیص اُتسم داده می‌شود. اما بروز اُتسم تقریباً ۰/۳ درصد است؛ یعنی در هر سال تقریباً ۰/۳ درصد کودکان برای اولین بار دچار اُتسم تشخیص داده می‌شوند (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۱۶c).

تعیین شیوع مشکلات سلامت روان کودکان، به چند دلیل چالش‌انگیز است (کاستلو و آنگولد^۲، ۲۰۱۶). نخست آن که مؤسسه‌ی خاصی که شیوع اختلالات روانی کودکان و نوجوانان را پیگیری کند، وجود ندارد. در عوض، شیوع را باید بر اساس داده‌های حاصل از ده‌ها مطالعه‌ی مجزای انجام‌شده توسط تیم‌های پژوهشی مختلف تخمین بزنیم.

دوم آن که همه‌گیری‌پژوهی‌ها در جمع‌آوری داده‌ها از روش‌های متفاوتی استفاده می‌کنند، به همین جهت، نتایج آنها قدری متفاوت هستند. برای مثال، نظرسنجی سلامت ملی از طریق مصاحبه با ۱۲ هزار پدر و مادر در خانه‌های‌شان در هر سال، شیوع اختلالات کودکی را تخمین می‌زند. اما نظرسنجی ملی رفتار خطر کودکان، با اجرای پرسشنامه روی ۱۶ هزار دبیرستانی در هر سال، مشکلات رفتاری و مصرف مواد را تخمین می‌زند. این روش‌های پژوهشی متفاوت (مثلاً مصاحبه با والدین در برابر اجرای پرسشنامه روی نوجوانان) می‌تواند به یافته‌های متفاوتی ختم شوند. برای مثال، والدین به‌طور کلی بهتر می‌توانند در مورد رفتار مُخل کودکان نظر بدهند، ولی دقت‌شان در تخمین مشکلات کودکان مبتلا به افسردگی یا مصرف الکل کمتر است. در مقابل، نوجوانان ممکن است گزارشگران دقیق‌تری در مورد خلق و مصرف موادشان باشند ولی مشکلات رفتاری خود را کمتر از واقع تخمین می‌زنند (کمفاس، رینولدز و دور^۳، ۲۰۱۴؛ استیفلر^۴ و دور، ۲۰۱۵).

سوم آن که همه‌گیری‌پژوهی، مشکلات عملی هم دارد. بسیاری از مردم دوست ندارند در

1. Maughan and Rutter

2. Costello and Angold

3. Kamphaus, Reynolds and Dever

4. Stiffler

تشخیص	۱۲ ماه گذشته	عمر
کودکان (۳ تا ۱۵ ساله)		
هر اختلالی	٪۱۳/۱	٪۲۰/۱
اختلال کمی توجه/بیش‌فعالی	٪۸/۱	٪۸/۹
اختلالات اضطرابی	٪۴/۰	٪۴/۷
افسردگی	٪۳/۰	٪۳/۹
مشکلات سلوک	٪۲/۱	٪۳/۹
اختلال طیف اتیسم	٪۱/۱	٪۱/۸
اختلالات خوردن	٪۰/۲	٪۰/۷
اختلالات دوقطبی	٪۰/۲	٪۰/۳
اختلال تیک/توره	٪۰/۲	٪۰/۳
اسکیزوفرنی	<٪۰/۱	٪۰/۱

این جدول درصد میانه‌ای کودکان دچار هر اختلال بر اساس مجموعه داده‌های زیر در ایالات متحده آمریکا را نشان می‌دهد: ADDM Network، National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement، National Health and Nutrition Examination Survey، National Survey of Children's Health، NHIS National Youth Risk Behavior Survey، National Survey on drug use and Health (2013-2016).

نظرسنجی‌های طولانی شرکت کنند و عده‌ای هم اطلاعات غیردقیق می‌دهند. اجرای مصاحبه‌ها یا نظرسنجی‌ها در مقیاس بزرگ نیز پرهزینه و زمان‌بر است.

پژوهشگران به‌رغم این موانع روش‌شناختی، برای تخمین شیوع اختلالات کودکی، چند همه‌گیری پژوهی بزرگ را انجام داده‌اند. این همه‌گیری پژوهی‌ها به‌طور کلی داده‌های ده‌ها هزار نفر از کودکان و مراقبان آنها را با راهبردهای مختلف پژوهشی جمع کرده‌اند. داده‌های حاصل روی هم رفته نشان می‌دهند که ۱۳ تا ۱۵ درصد کودکان در یک سال معین، اختلال روانی را تجربه می‌کنند. تقریباً بیش از ۲۰ درصد کودکان هم قبل از بزرگسالی، در مقطعی یک اختلال را تجربه می‌کنند (پرو و دیگران، ۲۰۱۶).

داده‌های اخیر نشان می‌دهند که شیوع کلی مشکلات سلامت روان کودکان در حال افزایش است. برای مثال در دهه‌ی گذشته، تعداد کودکانی که در ایالات متحده آمریکا تحت درمان مشکلات سلامت روان یا سوء مصرف مواد قرار گرفته‌اند، افزایش ۲۴ درصدی داشته است (انستیتو هزینه‌های مراقبت بهداشتی، ۲۰۱۲). تعداد کودکانی که بابت اختلالات روانی از قبیل اختلال کمی توجه/بیش‌فعالی، برای آنها دارو تجویز شده است نیز در همین زمان افزایش تقریباً ۲۸ درصدی داشته است (ویسر، دانیلسون و بیتسکو، ۲۰۱۴). بالاخره، نرخ پذیرش‌های بیمارستانی کودکان دچار اختلالات روانی از قبیل افسردگی، در ۲۰ سال گذشته افزایش ۸۰ درصدی داشته است (پفونتنر، ویر و استاکس، ۲۰۱۳). جدول ۱-۱، شیوع اختلالات روانی خاص در کودکان و نوجوانان ایالات متحده آمریکا را نشان می‌دهد. همان‌طور که می‌بینید، اختلال کمی توجه/بیش‌فعالی، رایج‌ترین اختلال است؛ تقریباً ۸/۹ درصد کودکان در مقطعی از عمرشان پیش از بزرگسالی، دچار این اختلال تشخیص داده می‌شوند.

اختلالات اضطرابی، از قبیل اضطراب جدایی یا هراس اجتماعی، نیز نسبتاً رایج هستند. برخی اختلالات، مثل اُتسم، بیش از آنچه تصور می‌شد رایج هستند؛ ۱ کودک از هر ۶۸ کودک دچار این اختلال جدی می‌شود (شبکه‌ی زیرنظر داشتن ناتوانایی‌های رشدی و اُتسم، ۲۰۱۶). مشکلات دیگری، همچون اختلالات خوردن و تیک‌ها (یعنی حرکات یا اصوات غیرارادی تکرارشونده)، هم در کودکان نسبتاً نادر هستند.

اختلالات کودکان معمولاً همزمان می‌شوند. منظور از همزمانی، وجود همزمان دو یا چند اختلال در یک شخص است. به طور متوسط، تقریباً ۴۰ درصد از کودکان و نوجوانانی که یک اختلال روانی دارند، حداقل یک اختلال روانپزشکی دیگر هم دارند (مریکانگاس و هی^۱، ۲۰۱۴). برخی از اختلالات در کودکان و نوجوانان، همزمانی بالایی دارند. برای مثال، ۷۵ درصد کودکان دچار افسردگی، اختلال اضطرابی مُخجل کارکرد روزانه را هم تجربه می‌کنند (کامینگز، کاپورینو و کندال^۲، ۲۰۱۴). به همین سیاق، تقریباً ۵۰ درصد خردسالان مبتلا به اختلال کمی توجه/ بیش‌فعالی، مشکلات سلوک، از قبیل نافرمانی مقابله‌ای در برابر والدین و دیگر بزرگسالان هم دارند (پلیسکا^۳، ۲۰۱۵). در مورد اختلالاتی مثل افسردگی و اختلال کمی توجه/ بیش‌فعالی، همزمانی در کودکان یک قاعده نه یک استثناء است.

اختلالات روانی، پیامدهای زیانبار مستقیمی برای زندگی کودکان و خانواده‌ها دارند. هزینه‌ی کل سالانه‌ی مراقبت‌های سلامت روان کودک و نوجوان در ایالات متحده آمریکا تقریباً ۲۴۷ میلیارد دلار است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۱۶b). کودکان دارای مشکلات سلامت روان، به مداخلات شواهدبنیان، همچون مشاوره یا دارودرمانی، نیاز دارند تا نشانه‌هایشان مدیریت شود و کارکردشان بهبود یابد. مشکلات سلامت روان کودکان همچنین بهزیستی مراقبان را به خطر می‌اندازند و موجب اُفت بهره‌وری مراقبان در محیط کار و افزایش تنش در خانه می‌شوند. این مشکلات برای اجتماع هم هزینه‌های گزافی دارند. هزینه‌های آنها برای جامعه، زندانی شدن و توانبخشی کودکان درگیر مشکلات سلوک، مشاوره‌ی الکل و دارو و برای کودکان دچار سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد، و نظارت بر خانواده و خدمات متحد برای نوجوانانی است که در معرض سوء رفتار هستند. ادارات آموزش و پرورش باید هزینه‌ی خدمات ویژه‌ی کودکانی را پرداخت کنند که مشکلات شناختی، یادگیری و رفتاری آنها نمی‌گذارد از آموزش عمومی سنتی بهره ببرند. پیشگیری از اختلالات کودکی، خانواده‌ها را از رنج و عذاب نجات می‌دهد و جلوی هدر رفتن پول جوامع را می‌گیرد. متأسفانه، هنوز از پیشگیری به‌عنوان رویکردی برای رسیدگی به آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان در ایالات متحده آمریکا استفاده‌ی کافی نمی‌شود (قائمی، خاکشور، عباسی و حاجی‌خانی گلچین^۴، ۲۰۱۵).

مصرف دارو

یکی از بزرگترین تغییرات در رشته‌ی روان‌شناسی نابهنجاری کودک در دو دهه‌ی گذشته، افزایش مصرف دارو برای درمان اختلالات کودکی بوده است. داروهای روان‌گردان برای درمان مشکلات روانشناختی تجویز می‌شوند. امروزه تقریباً ۷/۵ درصد کودکان و نوجوانان مدرسه‌رو حداقل یک داروی روان‌گردان مصرف می‌کنند (هووی، پاستور و لوکاس^۵، ۲۰۱۴؛ یوناس، گو و آلبرتوریو-دیاز^۶، ۲۰۱۳).

مصرف داروی روان‌گردان تابع سن کودکان است (نمودار ۱-۱). برای نوجوانان بیش از کودکان نابالغ دارو تجویز می‌شود. مصرف بیشتر داروی روان‌گردان در میان نوجوانان، احتمال شیوع کلی بیشتر مشکلات سلامت روان در نوجوانان در مقایسه با کودکان کم‌سن‌تر را منعکس می‌کند. وانگهی،

1. Merikangas and He

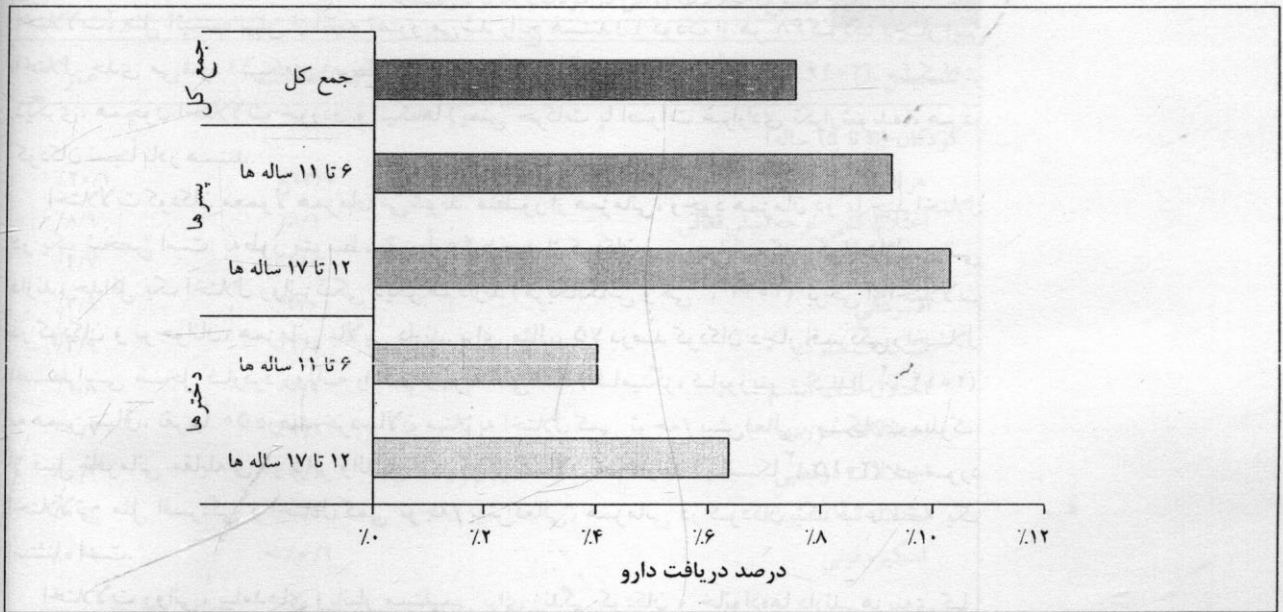
2. Cummings, Caporino and Kendall

3. Pliszka

4. Ghaemi, Khakshour, Abasi and Hajikhani Golchin

5. Howie, Pastor and Lukacs

6. Jonas, Gu and Albertorio-Diaz



نمودار ۱-۱ داروی مصرفی کودکان و نوجوانان. تقریباً ۷/۵ درصد کودکان، داروی روان‌گردان مصرف می‌کنند. احتمال مصرف این داروها توسط پسرها بیش از دخترها است و نوجوانان بیش از کودکان نابالغ احتمال دارد دارو مصرف کنند (هووی و دیگران، ۲۰۱۴).

مشکلات سلامت روان نوجوانان، شدیدتر و در نتیجه احتمال نیاز آنها به دارو بیشتر است. اگرچه احتمال تجویز دارو برای خردسالان کمتر است اما پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که ۱ تا ۲ درصد پیش‌دبستانی‌ها هم‌اکنون حداقل یک داروی روان‌گردان مصرف می‌کنند (چیردکیاتگومچای^۱ و دیگران، ۲۰۱۳؛ فونتانا، هاینس، فیلیپس، بریج و کامپو^۲، ۲۰۱۴).

مصرف دارو، به فراخور جنسیت هم تغییر می‌کند. صرف‌نظر از سن، احتمال دریافت دارو بابت مشکلات روانی توسط پسرها بیش از احتمال دریافت دارو توسط دخترها است. این تفاوت جنسیتی در مصرف دارو منعکس‌کننده‌ی این حقیقت است که احتمال تشخیص اختلال کمی توجه/ بیش‌فعالی در پسرها و دریافت دارو توسط پسرها بابت این اختلال، سه برابر احتمال آن برای دخترها است.

درصد کودکانی که بابت مشکلات روانشناختی دارو دریافت می‌کنند از سال ۱۹۹۵ تا امروز، بیش از دو برابر شده است. جالب است که در این دوره‌ی زمانی درصد کودکان شرکت‌کننده در روان‌درمانی که درمان غیرپزشکی است، نسبتاً ثابت مانده است (اولفسون، بلانکو، وانگ، لازه و کورل^۳، ۲۰۱۴؛ اولفسون، هی و مریکانگاس، ۲۰۱۳).

گویا دو عامل مسبب این افزایش کلی تجویز داروی روان‌گردان برای کودکان بوده‌اند. نخست آن که درمانگران تبحر بیشتری در تشخیص اختلالات روانی در کودکان کسب کرده‌اند. دوم آن که گزینه‌های دارویی پزشکان برای کودکان، بیش از دو دهه‌ی قبل است (اولفسون و دیگران، ۲۰۱۴).

جالب است که همه‌ی داروهای روان‌گردان به یک اندازه مشهور نشده‌اند. مصرف داروهایی مثل ریتالین و آدرال که برای درمان اختلال کمی توجه/ بیش‌فعالی تجویز می‌شوند، در دو دهه‌ی گذشته افزایش چشمگیری داشته است. در مقابل، مصرف داروهای مربوط به درمان اختلالات اضطرابی (یعنی داروهای ضد اضطراب) و اختلالات تفکر از قبیل اسکیزوفرنی (یعنی داروهای ضد روان‌پریشی) با

1. Chirdkiatgumchai
2. Fontanella, Hiance, Phillips, Bridge and Campo
3. Blanco, Wang, Laje and Correll

سرعت کمتری افزایش یافته است. فقط شهرت یک دسته از داروهای کودکان و نوجوانان کم شده است: ضدافسردگی‌ها. پزشکان در دهه‌ی ۱۹۹۰ برای کودکان دارای نشانه‌های افسردگی شروع به تجویز داروهای ضدافسردگی، از قبیل پروزاک، کردند. اما در سال ۲۰۰۴، اداره‌ی غذا و داروی امریکا (FDA) به پزشکان هشدار داد که احتمال تجربه‌ی افکار خودکشی‌گرا یا انجام رفتارهای خودکشی‌گرا توسط کودکانی که داروهای ضدافسردگی برای آنها تجویز شده (۴ درصد) بیشتر از احتمال بروز این افکار و رفتارها در کودکان افسرده‌ی است که دارونما مصرف کرده‌اند (۲ درصد). به‌خاطر همین هشدار، تجویز داروهای ضدافسردگی کم شد. امروزه داروهای ضدافسردگی معمولاً برای کودکانی تجویز می‌شوند که نشانه‌های جدی‌تر افسردگی دارند و به‌روان‌درمانی پاسخ نمی‌دهند (فریدمن^۱، ۲۰۱۴).

اما آیا در تجویز داروها افراط می‌شود؟ پژوهشگران برای پاسخ دادن به این سؤال، مشکلات روانشناختی و مصرف دارو را در نمونه‌های معرف بزرگی از نوجوانان بررسی کردند (مریکانگاس و هی، ۲۰۱۴). در سال قبل، تقریباً ۴۰ درصد نوجوانان دچار مشکل سلامت روان بودند. اما فقط برای ۱۴/۲ درصد از نوجوانان دچار مشکلات سلامت روان توسط پزشکان دارو تجویز شده بود. این یافته‌ها این باور رایج را که برای کودکان و نوجوانان زیادی داروی روان‌گردان تجویز می‌شود، به چالش می‌کشند. برعکس، بسیاری از کودکان و نوجوانانی که ممکن است از دارو سود ببرند، هرگز دارو دریافت نمی‌کنند.

مرور:

- تقریباً ۱۳ تا ۱۵ درصد کودکان در یکی از سال‌های دوران کودکی خود اختلال روانی را تجربه می‌کنند؛ ۲۰ درصد کودکان، قبل از رسیدن به بزرگسالی، اختلال را تجربه می‌کنند. رایج‌ترین اختلالات در میان کودکان، اختلال کمی توجه / بیش‌فعالی و اختلالات اضطرابی هستند.
- تقریباً ۴۰ درصد کودکانی که دچار یک اختلال هستند، اختلال (همزمان) دیگری هم دارند.
- تقریباً ۷/۵ درصد کودکان و نوجوانان مدرسه‌رو، حداقل یک داروی روان‌گردان مصرف می‌کنند. اگرچه ممکن است در تجویز دارو افراط شود ولی اکثر کودکانی که اختلالات روانی دارند، دارو دریافت نمی‌کنند.

چه عواملی بر شیوع اختلالات کودکی تأثیر می‌گذارند؟

مشکلات سلامت روان در جمعیت توزیع یکسانی ندارند (کوک، بری و بوش^۲، ۲۰۱۳؛ رینگیزن، کاسانووا، اوراتسو و استمبو^۳، ۲۰۱۵). شیوع اختلالات روانی در میان گروه‌های اجتماعی جمعیت‌شناختی [گوناگون]، متفاوت است. چهار عامل اجتماعی جمعیت‌شناختی اهمیت خاصی دارند: (۱) سن، (۲) جنسیت، (۳) پایگاه اجتماعی اقتصادی و (۴) قومیت.

سن

شیوع اختلالات روانی به فراخور سن تغییر می‌کند. به‌طور متوسط، نوجوانان بیش از کودکان احتمال دارد مشکلات سلامت روان را تجربه کنند (مریکانگاس و هی، ۲۰۱۴). بهترین داده‌های ما راجع به شیوع مشکلات سلامت روان در نوجوانان، نتایج مکمل نوجوانان تکرار نظرسنجی ملی همزمانی است (کسلر^۴ و دیگران، ۲۰۱۲a). پژوهشگران در این مطالعه با نمونه‌ی معرف ملی متشکل از بیش از ۱۰ هزار نوجوان ۱۳ تا ۱۷ ساله مصاحبه کردند. این پژوهشگران برای جمع‌آوری داده‌های اضافی در مورد

1. Friedman
2. Cook, Barry and Busch
3. Ringeisen, Casanueva, Urato and Stambaugh
4. Kessler



Danjeh Pub

DSM 5
3th Edition

Introduction to Abnormal Child and Adolescent PSYCHOLOGY

Robert Weis

Translated by

Mehrdad Firoozbakht

ویراست سوم کتاب آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان براساس ملاک‌های تشخیصی DSM5 نوشته شده است. این اثر جامع با رویکرد رشدنگر، ظهور اختلالات را بررسی و خطرات و عوامل موثر بفرایند و مسیرهای رشدی را با لحاظ کردن بافت اجتماعی فرهنگی خانواده، توصیف و تبیین می‌کند. بیان اهداف و خلاصه هر فصل، تعریف اصطلاحات کلیدی، آرایه تمرین های تفکرانتقادی، پرسش‌های چندگزینه‌ای و نگارشی، مدرس و دانشجو را در تحقق هدف‌های آموزشی و یادگیری یاری می‌کند. امید داریم مطالعه‌ی ترجمه‌ی این متن کامل برای مدرسان، درمانگران کودک و نوجوان و دانشجویان رشته‌های روان شناسی، روانپزشکی و مشاوره و تمامی کسانی که به نحوی با آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان سروکار دارند، مفید و کارساز باشد.

ISBN: 978-600-250-213-1



9

786002

502131

تهران: خیابان استاد مطهری، خیابان سلیمان خاطر، کوچه اسلامی، پلاک ۴/۲

تلفن: ۸۸۸۴۲۵۴۳ - ۸۸۸۴۶۱۴۸ - ۸۸۸۱۲۰۸۳ کد پستی: ۱۵۷۸۶۳۵۸۳۱

دفتر پخش دانه: ۶۶۴۷۶۳۷۵ - ۶۶۴۶۲۰۶۱ فکس: ۶۶۴۷۶۳۸۹

www.danjeh.info - info@danjeh.org