

راهنمای تشخیص و درمان مشکلات سلامت روان کودکان و نوجوانان برای پزشکان عمومی

«راهنمای پزشک»

مؤلفان

دکتر مژگان خادمی
هادی زرافشان

دکتر فریبا عربگل
دکتر مرتضی جعفری نیا

دکتر زهرا شهریور
دکتر ونداد شریفی

با همکاری

دکتر سهیلا امامی

دکتر فرید ابوالحسنی

دکتر احمد حاجبی

طراحی تصاویر

فاطمه ملک محمدی

حروفچینی و صفحه آرایی

طناز حسینیانی

هماهنگ کننده طرح

شیدا بیکی اشکذری



دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
پیداکنش، درمانی تهران



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مشکلات سلامت روان در ۱۰ تا ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان گزارش می‌شود، با این حال کمتر از نیمی از آنها به خدمات مراقبتی سلامت روان دسترسی دارند. در بسیاری کشورها، آنها این خدمات را بیشتر از جانب مراکز مراقبت اولیه و مدارس دریافت می‌کنند اما در ایران چنین خدماتی بیشتر توسط مراکز دانشگاهی، تخصصی / فوق تخصصی یا مراکز مشاوره و روانشناسی ارائه می‌شود. پزشکان عمومی در بسیاری موارد اولین درمانگرانی هستند که با این جمعیت آسیب‌پذیر روبرو می‌شوند و می‌توانند به عنوان مراکز مراقبت اولیه مبنایی بسیار ارزشمند جهت ارائه خدمات سلامت روان باشند زیرا:

- آنان می‌توانند کودکان را در سیر تکامل و رشد ارزیابی کنند.
- آنان می‌توانند هم به صورت دراز مدت و هم در دوره‌های حاد کودکان و نوجوانان را ویزیت کنند.
- ارتباط طولانی مدت مراجع و پزشک منجر به ایجاد اعتماد میان آنان می‌شود.
- مشکلات سلامت روان در دل سایر موضوع‌های سلامتی و بیماری دیده و فهمیده می‌شود.

اما برای رسیدن به این اهداف باید مداخلات مربوط به سلامت روان کودکان و نوجوانان با نظام موجود مراقبت اولیه هماهنگ شود. از آنجایی که شما در حال حاضر با مراکز سلامت روان جامعه نگر همکاری دارید و اطلاعات و تجربه ارزشمندی در مورد مشکلات سلامت روان بزرگسالان کسب کرده‌اید، به راحتی می‌توانید مهارت‌های خود را به حوزه کودکان و نوجوانان نیز گسترش دهید. این گروه سنی بخش عمده‌ای از مراجعین پزشکان عمومی را تشکیل می‌دهند بنابراین آگاهی و تسلط شما بر مشکلات رایج آنان فرصت گراندوری در اختیار آنان قرار می‌دهد تا از خدمات متناسب برخوردار شوند و از پیامدهای نامناسب متعدد در حوزه‌های مختلف برای فرد و خانواده جلوگیری به عمل آید.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۳	 برنامه آموزشی: اهداف، محتوا و روش
۵	 روانپزشکی کودک و نوجوان چیست؟
۶	 شرح حال و معاینه روانپزشکی کودکان و نوجوانان
۱۳	 مهارت‌های برقراری ارتباط با کودک، نوجوان و خانواده
۲۷	 تشخیص‌گذاری، نتیجه‌گیری و تصمیم‌گیری برای مداخله
۳۳	 آشنایی با مشکلات و اختلالات شایع در روانپزشکی کودک و نوجوان • راهنمای شناسایی اختلالات بر اساس علت مراجعه و علائم • اختلالات اضطرابی و خلقی • مشکلات رفتاری و اختلالات تکاملی • اورژانس‌های روانپزشکی کودک و نوجوان • رفتارهای پرخطر • کودک‌آزاری
۸۲	 مداخلات درمانی در روانپزشکی کودک و نوجوان
۱۰۹	 پاسخ به سؤالات رایج والدین
۱۱۵	 منابع

برنامه آموزشی

اهداف برنامه

ما امیدواریم که در پایان برنامه شما قادر باشید:

- در جریان ویزیت‌های معمول کودکان/نوجوانان به مشکلات و نیازهای مربوط به سلامت روان نیز توجه داشته باشید و آنها را پیدا کنید.
- با کودکان/نوجوانان رابطه برقرار کنید و امیدواری و خوش بینی آنان را افزایش دهید، زیرا آنها معمولاً ناامید یا نگرانند و از مشکلاتی که دارند خجالت می‌کشند یا آنها را غیرقابل حل می‌دانند.
- درباره مشکلات سلامت روان کودکان/نوجوانان توصیه‌هایی بکنید که برای مراجعین قابل پذیرش و پیگیری باشد (از جمله ارجاع به روانپزشک).
- برای مشکلات رایج سلامت روان کودکان/نوجوانان که معمولاً مطرح می‌شوند راه حل‌های ساده و اولیه‌ای ارائه کنید.

محتوای برنامه

در این دوره؛

- با مجموعه‌ای از مهارت‌های برقراری ارتباط و تعامل با مراجعین آشنا می‌شوید، شامل مهارت‌هایی که بر اساس شواهد موجود در مورد ارتباط پزشک - بیمار، خانواده درمانی، درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی کاربرد دارند. اثربخشی این مهارت‌ها در موقعیت‌های بالینی مختلف تأیید شده و به آسانی قابل یادگیری‌اند (در حقیقت با این مهارت‌ها آشنایی دارید).
- مجموعه‌ای از مداخلات مختصر و کاربردی را فرا می‌گیرید که به طور رایج برای مشکلات شایع به کار می‌روند شامل اصول مشاوره و دارو درمانی در روانپزشکی که به احتمال زیاد با این درمان‌ها نیز آشنا هستید.
- فرصت‌های مناسبی به دست می‌آورید تا در مورد مشکلات شایعی که هنگام کار با خانواده‌ها درباره مشکلات هیجانی رفتاری پیش می‌آید با همکاری تبدیل نظر داشته باشید.
- برای تمرین مهارت‌ها و ارزیابی خودتان فرصت پیدا می‌کنید.

به این ترتیب شما می‌توانید در هر جلسه، تکنیک‌های تشخیص و درمان را به صورت مؤثر، جامع و با مشارکت خانواده پیش ببرید، با کاربرد مهارت‌های درمانی مناسب ایده‌ها و توصیه‌های خود را ارائه کنید، و به انتخاب خودتان روی یکی از موضوع‌های خاص بهداشت روان به انتخاب شما (هر جلسه یک موضوع) تمرکز داشته باشید. برای اینکه در ویزیت‌های معمولی بتوانید در حیطه سلامت روان هم مداخله کنید:

- درباره شکایت‌های شایع مرتبط با سلامت روان که در مراکز مراقبت‌های اولیه مطرح می‌شوند آگاهی و اطلاعات داشته باشید.
- به مشکلات و نگرانی‌های مراجعین توجه و آنها را درک کنید.
- مراقب موارد اورژانس باشید.
- درمان را بر اساس تشخیصی که داده‌اید شروع کنید.
- اگر ضروری می‌بینید برای ارزیابی و درمان بیشتر برنامه‌ریزی کنید.

روش آموزش:

فعالیت‌های آموزشی که در برنامه مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل موارد زیر است:

- بحث گروهی و بارش افکار
- تمرین و تکرار مهارت‌های ارتباط و مصاحبه با خانواده
- نمایش و بحث در مورد فیلم‌های آموزشی
- تمرین و اجرای متن‌های ایفای نقش

روانپزشکی کودک و نوجوان چیست؟

روانپزشکی کودک و نوجوان شاخه‌ای از علم پزشکی است که به مؤلفه‌های سلامت روان و همچنین مشکلات و اختلالات رفتاری، هیجانی، شناختی و ارتباطی افراد زیر ۱۸ سال می‌پردازد. دو رویکرد مهم ارزیابی و درمان روانپزشکی کودکان را از بزرگسالان متمایز می‌کند.

الف) رویکرد تکاملی

سیتم عصبی مغزی کودکان به موازات رشد سایر ارگان‌های بدن تکامل پیدا می‌کند و او را در حوزه‌های مختلف توانمند می‌سازد. شاخص‌های این توانمندی‌ها در هر مرحله سنی معین است و نشان می‌دهد آیا کودک در هر حوزه تکاملی متناسب با همسالان خود پیشرفت کرده است یا خیر. در ارزیابی کودکان، به هر دلیلی که ارجاع شده باشند، لازم است به این شاخص‌ها توجه داشته باشیم تا اگر ضعف یا تأخیری در هر یک از حوزه‌ها وجود دارد به آن بپردازیم. به اضافه، می‌توانیم ارزیابی جنبه‌های روانشناختی مطرح شده برای والدین را در بستر توانمندی یا ناتوانی رشدی تکاملی کودک انجام دهیم. به عنوان مثال، بروز اضطراب جدایی در سنین شیرخواری و

نکته:

وقتی والدین در مورد فرزندشان شکایت خاصی را مطرح می‌کنند توجه داشته باشید که آیا رفتار یا مشکل مطرح شده از نظر رشدی و تکاملی طبیعی محسوب می‌شود یا نه.

نوپایی طبیعی و در سن دبستان غیر طبیعی است. اما برای کودکی که ناتوانی هوشی دارد و در سن ۵ سالگی از نظر شناختی هیجانی ۲/۵ ساله رفتار می‌کند ادامه اضطراب جدایی و وابستگی به مادر طبیعی است در حالی که اگر این کودک رشد شناختی و هوشی طبیعی داشت انتظار داشتیم دوره اضطراب جدایی را سپری کرده باشد.

ب) رویکرد ارتباطی

انسان موجودی اجتماعی است و شناخت، هیجان و رفتارش در ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد، بنابراین تحت تأثیر محیطی که در آن زندگی و رشد می‌کند قرار دارد. این اثرپذیری در کودکان نسبت به بزرگسالان به مراتب بیشتر است. محیط، به ویژه خانواده در سال‌های قبل از ورود به دبستان، و مراکز آموزشی در سال‌های بعد، در شکل‌گیری مهارت‌ها و ضعف‌های کودکان نقش مهمی دارند. بنابر نظریه یادگیری اجتماعی، کودکان با مشاهده رفتار و روش‌های ارتباطی دیگران از آنها الگو می‌گیرند و رفتارهایی را می‌آموزند. ویژگی‌های والدین، ساختار و نظام خانواده شامل قوانین، نقش‌ها، روابط، مراسم، سلسله مراتب قدرت، ... و به خصوص روش‌های فرزندپروری، تأثیر بسزایی در بروز رفتارهای مطلوب یا نامطلوب کودکان دارد. گرچه علت‌های ژنتیک و زیستی اختلالات روانپزشکی کودکان روز بروز بیشتر شناخته می‌شود و تعامل میان استعداد زیستی و عوامل محیطی عامل اصلی بروز این اختلالات به شمار می‌آیند، از آنجایی که کودکان بسیار انعطاف‌پذیر، حساس و در حال تغییر هستند باید به نقش محیط و شرایطی که در آن زندگی می‌کنند توجه داشته باشیم. برای مثال، برخی کودکان در مدرسه و در زمان حضور پدر رفتار بسیار مناسبی نشان می‌دهند اما در منزل از مادر حرف شنوی ندارند زیرا او برای اعمال قوانین قاطعیت و ثبات لازم را به خرج نمی‌دهد.

نکته:

گرچه بیشتر اختلالات روان‌پزشکی کودکان اساس ژنتیک و بیولوژیک دارند، ممکن است نشانه‌های کودک به دلیل شرایط محیطی و روش‌های تربیتی والدین (ایجاد یا تشدید شده باشد).

شرح حال و معاینه روانپزشکی کودکان و نوجوانان

گرچه پیشرفت‌های فراوانی در زمینه تشخیص‌گذاری و طراحی ابزارها و روش‌های ارزیابی اختلالات روانپزشکی صورت گرفته، هنوز اخذ شرح حال و انجام مصاحبه حرفه‌ای معتبرترین روش برای این منظور به حساب می‌آید.

شرح حال

هدف از انجام شرح حال، شناسایی نشانه‌های منجر به مراجعه، زمان بروز و سیر تداوم علائم، عوامل مرتبط با شکل‌گیری، تشدید یا تخفیف آنها، نشانه‌های اختلالات هم‌ابتلا، ارزیابی‌ها یا مداخلات انجام گرفته، همچنین کسب اطلاعات در مورد کیفیت و مراحل رشد و تکامل، مشکلات طبی، و ویژگی‌های خانواده است.

مصاحبه و معاینه

منظور از معاینه روانپزشکی، انجام مصاحبه تخصصی و مشاهده مراجع از نظر سلامت و یا وجود نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی از جمله وضعیت ظاهر، هوشیاری، جهت‌یابی، برخورد و همکاری، وضعیت روانی حرکتی، عاطفه، خلق، ادراک، تفکر، حافظه، توجه، تمرکز، محاسبه، اطلاعات عمومی، قضاوت و بینش است. به اضافه، معاینه جسمی و عصب‌شناختی نیز برای ارزیابی علل طبی یا نورولوژیک مشکلات روانشناختی یا همراهی با آنها ضرورت دارد.

ترکیب‌بندی (فرمولاسیون)

ترکیب اطلاعات به دست آمده از شرح حال، مصاحبه و معاینه به ما کمک می‌کند تا فرمولاسیون مناسبی در مورد نشانه‌های موجود و شکل‌گیری آن، عوامل مستعدکننده، استرسورها، تشخیص‌های افتراقی، ارزیابی‌های تکمیلی، مداخلات پیشنهادی، پیش‌آگهی و پاسخ به درمان به عمل آوریم.

تصمیم‌گیری در مورد وجود یا عدم وجود اختلال

در حرفه روانپزشکی بر خلاف سایر رشته‌های طب برای معاینه و تشخیص‌گذاری، شاخص‌های عینی وجود ندارد (مانند نشانه‌هایی که در عمل مشاهده، سمع، لمس یا دق قابل ارزیابی است، همچنین شاخص‌های پاراکلینیک از جمله عکس و مارکرهای آزمایشگاهی و ...). علائم روانپزشکی یا جنبه درونی (سویژکتیو) دارد مانند حس غم که افراد بیان می‌کنند یا جنبه بیرونی (ابژکتیو) مانند رفتار پرخاشگرانه که توسط دیگران از جمله پزشک مشاهده می‌شود. تصمیم‌گیری درباره اینکه این نشانه‌ها طبیعی یا غیرطبیعی هستند بستگی به چند عامل مهم و تعیین‌کننده دارد:

- (۱) شدت علائم
- (۲) مدت علائم
- (۳) میزان ناراحتی و آزاری که برای فرد ایجاد می‌کند
- (۴) میزان اختلالی که در عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف ایجاد می‌کند

وقتی علائم موجود شدید، طولانی، همراه با ناراحتی و موجب اختلال در زمینه‌های کارکردی باشند، مشکلات از حد معمول فراتر است و اختلالی را مطرح می‌کند که نیازمند مداخله است. این موارد در زمره معیارهای طبقه‌بندی‌های تشخیصی موجود قرار داده شده‌اند تا به شما به عنوان پزشک کمک کند که تصمیم بالینی درستی بگیرید.

حوزه‌های عملکردی بالغین شامل تحصیلات، شغل و روابط بین فردی هستند. در کودکان عملکرد به بازی، تحصیل و ارتباط با همسالان مربوط می‌شود. عملکرد نوجوانان در میان این دو گروه سنی قرار می‌گیرد. به خاطر داشته باشید در شرایط متعددی اختلال روانپزشکی در کودک یا نوجوان بیشتر از آنکه برای خود او ناراحتی یا اختلال عملکرد ایجاد کند بیشتر افراد خانواده را درگیر می‌سازد، برای مثال ممکن است والدین بر سر اینکه مشکل دیر به خواب رفتن کودک را چگونه حل کنند با هم اختلاف شدید داشته باشند یا امکان دارد که بروز تیک در یک نوجوان منجر به تحریک‌پذیری مادر و پدر شود. گاهی مشکل عملکرد کودک از نظر اطرافیان مخفی می‌ماند زیرا ممکن است کودک رفتارهای جبرانی انجام دهد برای مثال مشکلات تمرکز خود را با چک کردن‌های تکراری و صرف وقت زیاد هنگام درس خواندن کاهش می‌دهد، و یا مادر و پدرها تلاش فراوان و جبرانی به خرج دهند تا بر درس فرزندشان که اختلال یادگیری دارد نظارت کنند و به او آموزش دهند. نتیجه امتحان ممکن است در هر دو حالت «خیلی خوب» باشد، اما به چه بهایی؟

نکته‌های مهم در گردآوری اطلاعات و اخذ شرح حال در روانپزشکی کودکان و نوجوانان

با توجه به تفاوت‌هایی که از نظر رشدی و تکاملی میان کودکان و نوجوانان با بزرگسالان وجود دارد، توجه به نکته‌های زیر کمک می‌کند تا از روش مناسب‌تری برای ارزیابی استفاده کنیم:

۱. مراجعه به پزشک

بر خلاف بالغین، کودکان و نوجوانان خودشان به پزشک مراجعه نمی‌کنند بلکه اکثراً خانواده آنها را نزد پزشک می‌آورند. کودکان اغلب از نشانه‌های خود آگاه نیستند یا توانایی لازم برای مطرح کردن مشکلات با دیگران را ندارند. آنها درک درستی از اینکه چه چیزی سلامت یا بیماری به حساب می‌آید یا راه مداوای آن چیست ندارند. در مواردی آنان فکر می‌کنند اگر از ناراحتی‌هایشان حرف بزنند کار بدی کرده‌اند یا مقصر و گناهکارند، یا ممکن است تنبیه شوند، کسی را ناراحت کنند، و حتی بی‌عرضه یا دیوانه قلمداد شوند. به اضافه خانواده نیز ممکن است توضیح درست و مناسبی از علت ارجاع کودک در اختیار او نگذارند چون نگران آسیب دیدن یا انگ خوردن او یا عدم همکاری‌اش برای مراجعه هستند. گاهی نیز نمی‌دانند چگونه باید موضوع را با او مطرح کنند یا برای خودشان هم کنار آمدن با مشکلات روانپزشکی دشوار است. به همین دلیل وقتی مشکلات روانشناختی کودک نزد روانپزشک یا روانشناس و مشاور به طور شایع ذکر می‌کنند که «نزد قاله یا عمو یا یکی از دوستان می‌رویم» (یا پزشکان دیگر)، یا «برای خودمان دکتر می‌رویم»، یا دلایلی مثل علائم جسمی یا انجام تست هوش یا مشاوره تحصیلی، ... را بهانه می‌کنند. در عوض مراجعه به پزشکان عمومی برای خانواده مقبول‌تر است زیرا این مزیت را دارد که با انگ خاصی همراه نیست. معمولاً علت ارجاع کودکان به پزشکان عمومی مشکلات جسمی شایع و گذراست اما پزشک می‌تواند با توجه به برخی نشانه‌ها یا شکایت‌ها مشکلات روانشناختی کودکان را نیز در نظر بگیرد برای مثال دردهای جسمی مبهم که با علل رایج قابل توضیح نیستند، مشکلات رفتاری قابل مشاهده در مطب، خشونت و گله‌های مکرر والدین در مورد رفتارهای کودک، مشاهده علایم جسمی، ضعف رشدی یا تأخیرهای تکاملی که احتمال غفلت یا آزار کودک را مطرح می‌کنند.

۲. علل مراجعه

این علت‌ها متعدد و متنوعند اما شایع‌ترین موارد به شکایات خانواده از مشکلات رفتاری فرزندشان مربوط می‌شود. علایم جسمی مبهم یا طول کشیده، نشانه‌های اضطرابی و خلقی، ضعف یادگیری و افت تحصیلی، اختلالات تکاملی، و ضعف مهارت‌های اجتماعی از دیگر

نگرانی‌های مهم والدین هستند که ممکن است پزشک در مورد آنها سؤالی نپرسد مدت‌های طولانی مورد توجه حرفه‌ای قرار نگیرند. مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری، نافرمانی، پرفعالیتی، خودزنی، ... از گروه نشانه‌های بیرونی شده هستند یعنی به صورت رفتار قابل مشاهده و قابل گزارش توسط دیگران بروز می‌یابند. این رفتارها برای دیگران ایجاد مزاحمت می‌کنند و به همین دلیل زودتر مورد توجه واقع می‌شوند. در مقایسه با علایمی که تظاهرات بیرونی دارند، نشانه‌های درونی مانند اضطراب، دلتنگی، غمگینی، فکرهای ناخوشایند، وسواس، ... ممکن است مدت‌ها وجود داشته باشند اما از نظر دیگران پنهان بمانند و بنابراین ارزیابی یا درمانی دریافت نکنند. گاهی آنچه والدین را به دریافت کمک حرفه‌ای برای فرزندشان ترغیب می‌کند، کندی سرعت رشد و کسب مهارت‌های تکاملی یا انحراف از مسیر طبیعی آن است. در مواردی زمینه‌های تکاملی به موازات یکدیگر پیش نمی‌روند و سازگاری کودک با شرایط و نیازهای محیطی مطلوب نیست. به هر حال نشانه‌هایی که والدین ذکر می‌کنند به شکل خفیف‌تر در بیشتر کودکان دیده می‌شود. شدت، مدت، عذاب آور بودن، و ایجاد اختلال در عملکرد است که آسیب‌زایی مجموعه‌ای از نشانه‌ها و بروز یک اختلال را مطرح می‌کند.

۳. منابع مراجعه

معمولاً مادر، پدر، و در رده‌های بعد اولیای مدرسه، سایر بستگان، پزشک خانواده یا متخصصین دیگر، مراجع قانونی، و مؤسسات نگهداری کودک را به روانپزشک یا مشاور ارجاع می‌دهند. در مورد پزشکان عمومی بیشتر خود خانواده هستند که منبع ارجاع کودک یا نوجوان بشمار می‌آیند و این افراد معمولاً مهم‌ترین منابع اطلاعاتی نیز هستند. صرف این نکته که منبع ارجاع کیست به ما کمک می‌کند دیدگاه مناسب‌تری درباره موقعیت به دست آوریم. این نکته که چه کسی و چرا نگران کودک بوده (مثلاً این که مادر نگران دیر حرف زدن کودکش است اما پدر مخالف است و فکر می‌کند همسرش حساسیت بیش از حد به خرج می‌دهد) اطلاعات مفیدی در اختیار ما قرار می‌دهد مثل اینکه چه کسی بیشتر با او وقت می‌گذراند یا انتظار بیشتری از او دارد، یا چه کسی قرار است در مورد روند درمان تصمیم بگیرد یا پیگیری کند.

بیشتر مواقع والدین کودکان خردسال هر دو هنگام مراجعه حضور دارند. در این موارد امکان کسب اطلاعات از هر دو والد و مشاهده ارتباط میان آن دو و کودک نیز فراهم می‌شود. در صودت لزوم می‌توان از سایر منابع اطلاعاتی برای حضور و همکاری درخواست کرد، به ویژه وقتی اطلاعات به دست آمده از منابع فعلی ناقص است یا میان منابع اختلاف نظر یا تناقض وجود دارد. در مجموع ارزیابی دقیق و کامل کودک نیاز به جمع‌آوری اطلاعات از منابع متعدد دارد.

۴. زمان مراجعه

گرچه در بیشتر مواقع کودکان و نوجوانان را به دلیل مشکلات جسمی نزد پزشک عمومی می‌آورند، در مواردی نیز والدین زمان را غنیمت می‌شمارند تا در مورد مشکلات رفتاری یا تحصیلی فرزندشان از پزشک معتمد خود راهنمایی بگیرند. به خصوص وقتی رفتار کودک مشکلی در مدرسه یا محله به وجود آورده باشد یا پدر و مادر را تحت فشار قرار داده باشد. وقتی خانواده از سطح اجتماعی اقتصادی مناسبی برخوردارند و به سلامت روان و توانمندی کودک خود اهمیت می‌دهند معمولاً زودتر مشکلات را تشخیص می‌دهند و برای ارزیابی و درمان به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کنند. آنها دید مناسب‌تری نسبت به کودک و شرایط او دارند، نقش خود را در شکل‌گیری یا درمان مشکلات می‌شناسند و از امیدواری و کفایت لازم برای بهبود شرایط برخوردارند. در مقابل، خانواده‌هایی که شرایط مالی، شغلی یا اجتماعی نامناسبی دارند، خودشان دچار بیماری هستند، یا یکدیگر درگیرند، یا توانایی مدیریت زندگی یا مشکلات فرزندانشان را ندارند معمولاً دیرتر مراجعه می‌کنند. این والدین مشکلات موجود را به اطرافیان، محیط مدرسه یا دوستان کودک، استرس‌ورهای محیطی یا ذات و سرشت کودک و خانواده همسر نسبت می‌دهند. بسیاری از آنها با مشکلات روانپزشکی دست به گریبانند، تحمل شرایط را ندارند و انگیزه‌ای برای تغییر شرایط یا روش‌های تربیتی خود نشان نمی‌دهند. بسیاری از خانواده‌ها مشکل جسمی یا

روانی فرزندشان را نادیده می‌گیرند، یا آن را تحمل می‌کنند و انتظار دارند اوضاع با افزایش سن کودک بهتر شود. در این موارد تا وقتی که اوضاع بحرانی نشود و مدرسه، مراجع قانونی یا اطرافیان به خانواده فشار نیاورند یا حالت جسمی یا رفتار فرزندشان خطرناک نشود مراجعه‌ای در کار نیست.

۵. چرا الآن؟

یک سؤال مهم که باید پرسیده شود این است که چه شرایطی پیش آمده که والدین یا اولیای مدرسه اکنون به مشکلات روانشناختی کودک توجه کرده‌اند یا او را نزد شما آورده‌اند. شاید مشکل به صورت حاد ایجاد شده یا به تازگی شدت پیدا کرده، شاید تحمل خانواده تمام شده یا تأثیر داروهای مصرفی از بین رفته، شاید والدین اختلاف پیدا کرده‌اند، ... هر یک از این تغییرات به ما کمک می‌کند درک بهتری نسبت به شرایط کودک و سوابق اختلال او داشته باشیم و متوجه شویم تا چه حد می‌توانیم روی همکاری کودک یا خانواده و سایر منابع حساب کنیم.

نکته

بسیاری از علائم کودکان گذرا یا واکنشی هستند و در حیطه رشد و تکامل طبیعی محسوب می‌شوند. در این موارد به خانواده اطمینان خاطر بدهید که این مشکلات معمولاً خود به خود بهبود می‌یابند اما اگر ادامه و شدت یافتمند جهت ارزیابی مجدد مراجعه کنند.

۶. بی‌ثباتی شرایط کودکان

باید به خاطر داشته باشیم کودکان در حال رشد و تحول هستند و هنوز بسیاری از حوزه‌های عملکردی آنان به طور کامل شکل نگرفته است. بنابراین تظاهرات رفتاری هیجانی آنان به آسانی تغییر می‌کند و باعث می‌شود در موقعیت‌های مختلف متفاوت جلوه کنند. عوامل معمولی و

روزمه مانند بد خوابی، گرسنگی، خستگی، هیجان‌زدگی، فعالیت بدنی، نوع برخورد والدین یا معلم، ناآشنا بودن با فضای جدید، سرماخوردگی، تب، ... همگی می‌توانند تصویری از کودک ارائه دهند که با تابلوی همیشگی او متفاوت است. باید به خاطر داشت یک بار مشاهده نمی‌تواند تضمین کننده برداشت صحیح ما از کودک و توانمندی‌ها یا ناتوانی‌های او باشد. در مواردی لازم است کودک دوباره ویزیت و از نظر علل ارجاع مجدداً بررسی شود. وقتی شما پزشکی هستید که معمولاً خانواده به او مراجعه می‌کنند دید وسیع‌تر و عمیق‌تری نسبت به ویژگی‌های کودک و والدین دارید بنابراین قضاوت حرفه‌ای شما تحت تأثیر شرایط حاد یا موقت پیش آمده قرار نمی‌گیرد و بهتر می‌توانید وضعیت کودک را درک کنید.

۷. هم ابتدایی

نکته

وجود نشانه‌های روانپزشکی زمانی مطرح کننده یک اختلال است که علائم شدت داشته باشند، طول بکشند، آزار دهنده باشند یا مانع از عملکرد طبیعی فرد شوند.

وجود همزمان چند اختلال روانپزشکی یک اصل مهم در ارزیابی کودکان و نوجوانان است. گرچه در مواردی ممکن است کودکی که در موردش نگرانند یا از رفتار ناراضی‌اند آسیب شناسی خاصی نداشته باشد، بسیار بعید است که نتیجه ارزیابی روانشناختی کودک تنها یک اختلال باشد. بنابراین باید به اختلالاتی که شایع‌ترند و بیشتر با هم دیده می‌شوند توجه داشته باشیم تا بتوانیم آنها را

تشخیص دهیم. برای مثال همزمانی اختلال بیش‌فعالی کم توجهی با اختلال نافرمانی مقابله جویانه. یا همراهی اختلالات طیف اوتیسم با علائم بیش‌فعالی یا نقص توجه. هم ابتدایی اختلالات به شکل‌های مختلفی دیده می‌شود. گاهی یک اختلال به صورت

ثانویه نسبت به اختلال دیگری ایجاد می‌شود و با بهبود آن از بین می‌رود مانند بروز اضطراب به دنبال اختلال یادگیری. گاهی دو اختلال از نظر زیستی و ژنتیک با هم منتقل می‌شوند مانند اختلال بیش فعالی کم توجهی با تیک و وسواس. گاهی یک اختلال با نشانه‌های یک اختلال دیگر همراه است اما نه در حد معیارهای تشخیصی مانند نشانه‌های اضطرابی موجود در اختلال افسردگی.

۸. نشانه‌های جسمی

گاهی کودک از نظر جسمی علائمی دارد که برای آن علت متقاعدکننده طبی یافت نمی‌شود. شایع‌ترین این حالت‌ها دل درد، و علائم گوارشی مبهم و سردرد است که معمولاً با اضطراب جدایی و ترس از مدرسه و امتحان همراهی دارد. گاهی نیز کودک اختلالات روان تنی دارد برای مثال آسم، سندرم روده تحریک‌پذیر، یا گاستریت با مشکلات هیجانی کودک تشدید می‌شود یا عود می‌کند. در این موارد گاه مشخص می‌شود که اختلال اضطرابی یا استرسورهای خاصی در خانواده یا مدرسه وجود دارد. در موارد متعدد دیگری نیز کودک به دنبال ابتلا به یک اختلال طبی به طور ثانویه دچار مشکلات روان پزشکی می‌شود مثل واکنش سوگ یا اختلال انطباقی به دنبال از دست دادن یکی از اعضای بدن یا افسردگی به دنبال شیمی درمانی، یا علائم اختلال استرس پس از سانحه به دلیل سوختگی یا بستری شدن و دریافت روش‌های تهاجمی درمانی.

۹. مشکلات خواب، خوردن و دفع

از دیگر مشکلات شایع کودکان بی‌اشتهایی، رفتارهای غیرمعمول خوردن، مشکلات خواب، شب ادراری یا عدم کنترل ادرار و مدفوع در طول روز است. رفتارهای مربوط به خوردن و خوابیدن در موارد بسیاری به ویژگی‌های سرشتی کودکان، دلبستگی کودک و مادر، و روش‌های فرزندپروری بستگی دارد. تأخیر یا نقص تکامل در برخی زمینه‌های رشدی نیز باعث می‌شود کودکان نتوانند عادت‌ها و روال مناسبی برای خواب و خوراک یا مهارت‌های لازم برای مدیریت عملکرد فیزیولوژیک خود را کسب کنند. یکی از این زمینه‌ها کنترل ادرار یا مدفوع در طول شبانه روز است. با این حال در تمام این موارد باید در ابتدا علل طبی را جستجو کرد.

۱۰. عادت‌ها و رفتارهای تکراری

رفتارهایی مانند انگشت مکیدن، ناخن جویدن، کندن پوست اطراف ناخن، چرخاندن یا کندن مو، دندان قروچه، تکان دادن سر یا بازی کردن با اندام خود یا دیگران گروه دیگری از شکایات والدین در مورد کودکان را تشکیل می‌دهند. این رفتارها ممکن است جنبه عادت، آرام‌سازی خود، یا جلب توجه داشته باشند و یا به دنبال استرس ایجاد و خودبخود برطرف شوند. برخی حرکات تکراری نشانه تیک و برخی رفتارهای کلیشه‌ای هستند که گاهی خبر از یک اختلال جدی‌تر مانند طیف اوتیسم می‌دهند. رفتارهای آسیب رسان به خود مانند سرکوبیدن، گاز گرفتن یا کوبیدن به اندام‌های خود نیز گرچه در مبتلایان به ناتوانی ذهنی و اوتیسم بیشتر دیده می‌شود، اما در کودکان طبیعی یا آنهایی که از نظر سرشتی دشوار، کج خلق و بدقلق هستند نیز رخ می‌دهد.

۱۱. قشقرق

یکی دیگر از مشکلات شایع کودکان کج خلقی‌های شدید و رفتارهای تند و پرخاشگرانه مانند روی زمین خوابیدن، پا کوبیدن، پرتاب کردن، دشنام دادن، گریه کردن، کتک زدن ... است. قشقرق راه انداختن معمولاً به دنبال احساس ناکامی کودک و به دلیل ناتوانی او در تنظیم هیجاناتش بروز می‌کند. این رفتار در کودکانی که سرشت دشوار دارند یا متناسب با مرحله رشدی خود انعطاف شناختی هیجانی لازم را پیدا نکرده‌اند مانند کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی کم توجهی، نافرمانی مقابله جویانه، بدتنظیمی خلقی و یا طیف اوتیسم بیشتر دیده می‌شود.

۱۲. مشکلات درسی

مشکلات تحصیلی از جمله نقص تمرکز، ضعف یادگیری، عدم همکاری در انجام تکالیف، و افت تحصیلی نیز برای بسیاری از والدین نگران کننده است. در این موارد باید به اختلال بیش فعالی کم توجهی، ناتوانی هوشی، اختلالات یادگیری، نقایص شنوایی و بینایی، همچنین محیط آموزشی نامناسب، غفلت از نیازهای کودک توسط والدین و مشکلات ارتباطی و محیطی خانواده توجه کرد. گاهی نیز بروز اختلالات خلقی و اضطرابی منجر به کاهش علاقه و انگیزه در فعالیتهای آموزشی می شود.

۱۳. مشکلات هویت و رفتار جنسی

کودکان از حدود ۳-۵ سالگی جنسیت خود را تشخیص می دهند و رفتار، خلق و خو، بازی ها و علائق ایشان با هویت جنسی آنان متناسب است. گرچه بعضی دخترها رفتارهای تا حدی پسرانه و بالعکس دارند اما جنسیت خود را قبول دارند و از آن راضی هستند. علاقه مفرط به ویژگی های جنسی ناهماهنگ با بیولوژی فرد و نمایش رفتارهای ناشی از آن احتمال وجود اختلال هویت جنسی را مطرح می کنند.

کودکان در دوران رشد ممکن است برخی رفتارهای جنسی مانند تحریک نواحی تناسلی به وسیله دست یا اشیاء نشان دهند. این پدیده معمولاً طبیعی و گذرا است، اما در صورت توجه افراطی و تقویت و تنبیه نامناسب از جانب اطرافیان ممکن است ازمان پیدا کند و موجب نگرانی والدین را فراهم آورد. در صورت مشاهده رفتارهای خودارضایی باید احتمال وجود کودک آزاری جنسی را در نظر گرفت.

۱۴. مشکلات برقراری روابط و مهارت های اجتماعی

برخی کودکان و نوجوانان در دوست یابی و ارتباط با همسالان مهارت کافی ندارند. بسیاری از آنان با این که تمایل به روابط اجتماعی دارند اعتماد به نفس یا توانمندی کافی برای آن ندارند، خجالتی بودن و اضطراب اجتماعی باعث می شود آنها معمولاً از موقعیت های اجتماعی و صحبت کردن یا انجام دادن کاری در انظار دیگران اجتناب کنند. برخی از کودکان نیز تمایلی به روابط با همسالان ندارند و ترجیح می دهند تنها باشند و از فعالیتهای انفرادی بیشتر لذت می برند و یا تمایل دارند با بزرگسالان صحبت کنند. وقتی ضعف یا عدم تمایل به روابط اجتماعی وجود دارد باید به اختلالات اضطرابی و طیف اوتیسم و ویژگی های شخصیتی پرداخت.

نکته های مهم در مشاهده اولیه کودک و والدین

در روانپزشکی کودکان و نوجوانان، بخش مهمی از اطلاعات از مشاهده به دست می آید. بسیاری از اجزای وضعیت روانی را می توان ضمن مشاهده رفتار و گفتار کودک یا نوجوان با درمانگر یا والدین ارزیابی کرد و لازم نیست معاینه جداگانه ای در مورد آن انجام داد. برای مثال میزان توجه و تمرکز، هماهنگی عضلات و حرکات، نوع قضاوت هنگام برقراری ارتباط با مراجعین توجه به مؤلفه های زیر سرنخ هایی را در اختیار شما قرار می دهد:

۱. وضعیت ظاهری

رشد جسمی (وزن و قد، اندازه دور سر)، آنومالی ها، نوع پوشش، پاکیزگی، به روز بودن، زینت آلات و آرایش، کاربرد عینک، سمک، یا پروتزهای مخصوص، جراحت، کبودی، و اسکارهای سوختگی یا خودزنی، ... هر یک از این موارد می توانند نشانه سلامت یا بیماری، سطح اجتماعی اقتصادی خانواده، همچنین نحوه توجه و مراقبت والدین یا انواع غفلت و کودک آزاری باشند.

۲. میزان فعالیت کودک

آرام یا کند بودن، پرفعالیتی و پرحرفی، بی‌قراری یا حرکات بی‌هدف می‌تواند نشانه اختلالات تکاملی مانند بیش‌فعالی یا اوتیسم، اضطراب و اختلالات خلقی، همچنین عوارض احتمالی داروها باشد.

۳. رفتارهای تکراری یا کلیشه‌ای

ناخن جویدن، مکیدن شست، کندن پوست اطراف ناخن، کندن موها، سر کوبیدن، تیک‌های حرکتی و صوتی، رفتارهای کلیشه‌ای مانند چرخیدن، در یک مسیر خاص رفتن و آمدن، روی پنجه راه رفتن، بال‌بال زدن، خیره شدن به انگشتان، پریدن و دست زدن هنگام هیجان، ...

بخشی از این علائم در زمره رفتارهای عاداتی قرار می‌گیرند و معمولاً خودبخود یا با اصلاح رفتار بهبود می‌یابند. تیک‌ها یا به عنوان اختلالی گذرا و یا در موارد مزمن تحت عنوان اختلال تورت طبقه‌بندی می‌شوند. رفتارهای کلیشه‌ای عمدتاً در گروه اختلال طیف اوتیسم یا ناتوانی ذهنی شدید قرار می‌گیرند اما ممکن است در سایر اختلالات تکاملی نیز دیده شوند.

۴. ارتباط با درمانگر

چگونگی برقراری رابطه کودک یا نوجوان با درمانگر می‌تواند سرنخی باشد از اختلالات اضطرابی (خجالت کشیدن، نگران پاسخ دادن و ...)، افسردگی (کم‌حرفی، گریه کردن و ...)، خلق‌بالا (شروع خودبخودی صحبت، شوخی کردن و ...)، پرفعالیتی (نزدیک شدن و صحبت با پزشک، دست زدن به وسایل و ...)، طیف اوتیسم (از کنار پزشک رد شدن بدون ارتباط چشمی یا کلامی، فقدان تعامل مناسب و ...)، نافرمانی مقابله‌جویانه (از روی لج بازی همکاری نکردن، جواب ندادن و ...)، بزهکاری و اختلال سلوک (پرخاشگری، کلک زدن و ...).

۵. ارتباط با خانواده

مشاهده مواردی مانند چسبندگی یا جدا نشدن از والدین یا یکی از آنان، نگاه کردن یا اطمینان خواستن از آنها، مکان یا شیوه نشستن روی میز، رعایت احترام و حرف شنوی در رفتار و گفتار، درخواست کردن، نق زدن و شکایت، دستور دادن، تهدید کردن، کتک زدن، روش‌هایی که والدین برای مدیریت فرزند خود به کار می‌برند، ... نشان دهنده اختلال زمینه‌ای کودک، روابط میان والدین، و همچنین الگوهای فرزندپروری آنان باشد.

مهارت‌های پدرقاری ارتباط با
کودک، نوجوان و خانواده

اصول کلی ارتباط

انسان موجودی اجتماعی است و برای تعامل با دیگران نیاز به مهارت‌های ارتباطی دارد. منظور از این مهارت‌ها تمام روش‌ها و ابزارهای است که به کار می‌بریم تا منظور خود را به دیگران برسانیم و پیام آنان را دریافت کنیم. پیام‌ها را می‌توان با کلام و اجزای فرازبانی آن (لحن، تون، آهنگ، شدت، بلندی و کوتاهی، تأکید روی کلمات، ...)، زبان بدن (ژست‌ها و حالت‌های بدن، ایما و اشاره، حرکات دست مانند بای بای، علامت ایست، بیا، برو ...) و همچنین کاربرد نوشته، تصویر، فیلم، ... انتقال داد. گرچه تکلم مهم‌ترین راه ارتباطی تلقی می‌شود عمده پیام‌های انسانی از طریق عناصر فرا زبانی و زبان بدن منتقل می‌شود.

در مشاغلی که تعامل با افراد بخش مهمی از کار را تشکیل می‌دهد برخورداری از فنون ارتباط و مهارت‌های اجتماعی ضرورت دارد برای مثال مهارت جلب مشتری در یک فروشگاه. از طرفی مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی می‌توانند جنبه عمومیت داشته باشند و به کار همگان بیایند مانند مهارت راضی کردن رئیس شرکت برای گرفتن وام.

بخش عمده شغل پزشکی نیز در ارتباط با افراد انجام می‌شود، و این ارتباط ارتباط نزدیکی است زیرا مراجع موضوع‌های شخصی و

خصوصی‌اش را با طبیب در میان می‌گذارد و به او اجازه می‌دهد به محدوده شخصی‌اش نزدیک شود و بدن او را معاینه کند. به واسطه ارتباطی که برقرار می‌شود پزشک اعتماد مراجع را به خود جلب می‌کند و می‌تواند بر انتخاب و تصمیم‌گیری او تأثیرگذار باشد. اگر این ارتباط برقرار نشود میزان همکاری مراجع در انجام

نکته:

برقراری ارتباط اولین و ضروری‌ترین مرحله برای ارزیابی و درمان مشکلات روانشناختی کودک و نوجوان است.

ارزیابی‌ها و مداخلات درمانی کاهش می‌یابد و ممکن است که به دلیلی بی‌اعتمادی به پزشک، بیمار از پزشکی به پزشک دیگر سرگردان شود. به این منظور چندین سال است که در مباحث درسی علوم پایه دوره پزشکی عمومی، واحد ارتباط با بیمار گنجانده شده تا پزشکان با اصول آن آشنا شوند و در دوره‌های بالینی کاربرد آن را تمرین کنند.

وقتی نوبت به تخصص روانپزشکی می‌رسد ظرافت و دقت بیشتری در مورد نحوه ارتباط با مراجعین ضرورت پیدا می‌کند و به صورت تخصص خاصی در این حرفه در می‌آید به همین ترتیب حوزه کودکان و نوجوانان بخش مهمی از کار پزشکان است که توانمندی‌های متفاوت دیگری نیز می‌طلبد. در ارزیابی کودکان و نوجوانانی که مشکوک به مشکلات سلامت روان هستند توصیه‌های تخصصی به شما کمک می‌کند تا ضمن برقراری ارتباط، درک و برداشت مناسبی از شرایط و علایم کودک و جایگاه او در خانواده و میان دوستان به دست آورید و موافقت او را برای ادامه توصیه‌های حرفه‌ای خود جلب کنید. با توجه به تنوع شخصیتی و سرشتی کودکان، مرحله تکاملی که در آن قرار دارند، مشکلی که به دلیل آن مراجعه کرده‌اند، و شکایت والدین، شما باید بتوانید از مهارت‌های ارتباطی که آموخته‌اید بهره بگیرید تا بهترین روش مصاحبه و جمع‌آوری اطلاعات را به منظور تشخیص‌گذاری صحیح و درمان مناسب انجام دهید. در این بخش توصیه‌های عملی برای کار با کودکان و نوجوانانی که ممکن است علائم روانپزشکی داشته باشند و به مطب شما مراجعه کنند معرفی و به کمک شما تمرین می‌شوند تا با تسلط و آرامش بیشتری کار روزمره خود را انجام دهید. از مهارت‌های ضروری برای برقراری ارتباط، در این بخش به گوش کردن فعال و همدلی می‌پردازیم.

گوش کردن فعال

عمل شنیدن با عمل گوش کردن تفاوت دارد. شنیدن به معنای ادراک صدا و صوت به صورت غیر ارادی است اما گوش دادن کاری آگاهانه و ارادی است که برای دریافت و تفسیر محرک‌های شنیداری انجام می‌گیرد.

هدف از گوش دادن فعال کسب اطلاعات، درک آنچه مراجع تجربه کرده، فهمیدن احساسات و فکرها، او، نشان دادن اهمیت شخص و مطالبی که مطرح می‌کند، و همچنین حمایت عاطفی اوست.

گوش دادن فعال به اندازه حرف زدن یا حتی بیشتر از آن انرژی مصرف می‌کند زیرا به تمرکز و صرف وقت و توجه نیاز دارد تا بتوانید در کنار فرد باشید و با او پیش بروید و به فهم و درک دنیای درونی او نزدیک شوید.

برای تمرین این مهارت:

- به فرد مقابل توجه کنید. اگر مشغول کاری هستید آن را کنار بگذارید و نشان بدهید آماده گوش کردن هستید.
- به فرد مقابل نگاه کنید. به او زل نزنید، نگاه خود را طوری تنظیم کنید که او احساس امنیت داشته باشد.
- نشان دهید که به حرف‌های او علاقه‌مند هستید. اشتیاق و حوصله خودتان را نسبت به فرد و موضوع مورد نظرش در چهره آشکار کنید.
- کمی به او متمایل شوید. اگر دور هستید نزدیک‌تر بیایید یا صندلی خود را جلوتر بکشید.
- نشانه‌های غیرکلامی او را به شیوه‌ای ظریف تکرار کنید. در برابر لبخند، اخم، ناراضی، ... مراجع شما نیز عواطف مشابهی نشان دهید اما با شدت کمتر.
- با گفتن کلمات مناسب او را به صحبت بیشتر در مورد موضوع تشویق کنید. از سر تکان دادن، تأیید کردن، اوهوم، بله، یا آهان گفتن، مکث کردن، ... و در صورت لزوم سؤال پرسیدن برای توضیح بیشتر استفاده کنید. مراجع متوجه می‌شود که شما به او اهمیت می‌دهید و سعی می‌کنید از مطالب مورد نظرش مطلع شوید و آنها را درک کنید.
- از ورای کلام مراجع و زبان بدن او سعی کنید آنچه را که نمی‌گوید، بشنوید. ممکن است مراجع در گفتن برخی مطالب شرم یا اکراه داشته باشد اما نشان بدهد که موضوعی برای گفتن وجود دارد مثلاً «من و من» کند یا بحث را به جای اول بکشد. بگوید موضوع مهمی نبود اما سرخ شود یا صدایش لحن عصبانی بگیرد.
- کمتر صحبت کنید و بیشتر گوش بدهید. اما وقتی لازم می‌بینید سؤال کنید. «گفتید تصادف سفتی بود، یعنی کسی هم زخمی شد؟»
- اطلاعات را جمع‌بندی و سازماندهی کنید. «اینطور که شما گفتید درست از همان روزی که آن تصادف را دیده فوب نمی‌فوب و زود عصبانی می‌شود.»
- بازخورد دهید، بازگو کنید، خلاصه کنید. برای بازخورد دادن صحبت گوینده را تکرار یا بازگو کنید. با این کار هم شما متوجه می‌شوید برداشت‌تان از موضوع درست است یا خیر، و هم مراجع متوجه می‌شود تا چه حد توانسته منظورش را به شما برساند. «من متوجه شدم که این تصادف تأثیر زیادی روی افلاق و رفتار و بر فرد رفتارتان با شما و دوستانش گذاشته و حتی باعث شده نمراتش هم پایین بیاید. درست است؟»
- یک روش آسان این است که با تکرار چند کلمه آخر گوینده او را به گفتار تشویق کنید. «داشتید می‌رفتید سرکار ...»
- برخی موانع برای گوش کردن فعال وجود دارد. مانند صحبت کردن زیاد و فرصت ندادن به مراجع، تکمیل جملات مراجع، پاسخ دادن به سؤال با یک سؤال دیگر، سوگیری نسبت به فرد مقابل و پیش داوری درباره او، خیال بافی یا اشتغال ذهنی با مسائل یا خاطرات شخصی و مراجعین قبلی، سلطه‌جویی در مکالمه، دنبال پاسخ و راه حل گشتن قبل از اتمام صحبت فرد مقابل، پرسیدن سؤالات بسته موانعی را که معمولاً در ذهن شما رخ می‌دهد تشخیص دهید و سعی کنید با تمرین بیشتری این موانع را کاهش دهید.

همدلی

همدلی به معنای تلاشی است که برای درک دنیای درونی مراجع انجام می‌دهید تا فکر کردن او به موضوع‌ها و تفسیر آنها، و همچنین احساسات و هیجان‌هایی را که تجربه می‌کند تشخیص دهید و سپس مطالبی بگویید یا رفتاری انجام دهید که تلاش شما و نتیجه‌اش را به مراجع منتقل کند. بازخورد همدلانه شما نشان می‌دهد که برای نظر و احساس مراجع اهمیت قائل هستید و می‌خواهید با درک شرایط او به بهترین تصمیم و اقدام لازم برسید. همدلی نیاز دارد به مهربانی، نوع دوستی و حساسیت عاطفی لازم برای توجه به دیگران، فهمیدن دیدگاه و برداشت آنها از دنیا و واکنشی که به آن نشان می‌دهند. افرادی که مهارت همدلی را به کار نمی‌برند در گروه‌های مختلفی قرار دارند برخی ممکن است اصلاً به دیگران توجه نداشته باشند، برخی توجه می‌کنند اما احساساتشان به اندازه کافی تحت تأثیر درد و ناراحتی دیگران قرار نمی‌گیرد، برخی به اندازه کافی ناراحت می‌شوند اما احساس مسئولیتی برای کمک به دیگران ندارند، برخی هم می‌خواهند کمک کنند اما بلد نیستند چه بگویند یا چه کاری انجام دهند. بسیاری از افرادی که تمایل دارند همدلانه رفتار کنند اما راه آن را نمی‌دانند، با یادگرفتن مهارت همدلی می‌توانند ارتباط بهتری با دیگران برقرار کنند. در کار پزشکی کاربرد مهارت گوش کردن فعال همراه با همدلی نقش بسیار مهمی دارد.

سعی کنید دریابید و رای جمله‌ای که مراجع می‌گوید یا حالتی که در چهره‌اش نمایان می‌شود چه احساسی نهفته است و چه نیازی وجود دارد.

نکته

با کاربرد توأم گوش کردن فعال و همدلی کمک می‌کنید تا مراجع بتواند مشکل و احساس نگرانی خود را راحت‌تر بیان کند و متوجه شود که شما او را می‌فهمید.

مثال اول:

مادر: دکتر! دوباره برای رعنا آزمایش می‌نویسید؟

پزشک: (در حالی که مشغول نوشتن است) بله جوابش که حاضر شد بیاورید ببینم.

(چهره مادر در هم می‌رود و پزشک کار خویش را ادامه می‌دهد).

در این مثال پزشک توجهی به حالت هیجانی مادر ندارد و به همین دلیل متوجه نگرانی او نمی‌شود.

مثال دوم:

مادر: دکتر! دوباره برای رعنا آزمایش می‌نویسید؟

پزشک: (به صورت مادر نگاه می‌کند و نگرانی را در صورت او تشخیص می‌دهد) به نظرم نگران شدید ... درست است؟

مادر: بله دکتر. آفر رعنا خیلی از خون گرفتن می‌ترسد.

پزشک: (همدلی می‌کند) درست است. آزمایش دادن برای خیلی از بچه‌ها ترسناک است، واقعاً اگر لازم نبود اصلاً دوباره نمی‌نوشتیم. فکر کنم اگر

کنارش باشید می‌توانید آرامش کنید تا از او نمونه بگیرند و تکلیف عفونتش روشن بشود، شما هم انشالله از نگرانی در بیابید.

در این مثال پزشک از گوش دادن فعال و همدلی استفاده می‌کند.

نکته

هنگام گوش دادن فعال، به جملاتی که مراجع و همراهانش می‌گویند و زبان چهره و بدن آنها تمرکز کنید طوری که بتوانید به راحتی آنها را به ذهن بسپارید و تکرار کنید.

- در صورتی که صحبت کردن از احساس ناراحتی بیمار کم می‌کند اجازه بدهید کمی بیشتر حرف بزند و راجع به احساس او بپرسید. در این مرحله می‌توانید با حرکات سر و یا گفتن کلماتی مثل «اوهم»، «فب»، یا «می‌تونید بیشتر توضیح بدهید»، او را به حرف زدن تشویق کنید. همچنین می‌توانید سؤالاتی برای روشن شدن موضوع بپرسید. مهم است که سعی کنید در مورد او حدس نزنید و از قضاوت‌های ارزشی خودداری کنید. می‌توانید گفته‌هایش را خلاصه کنید و برای نشان دادن همدلی خود، درباره اینکه احساسش را فهمیده‌اید صحبت کنید. ممکن است موفق نشوید حالت روانی او را در آن لحظه بهتر کنید اما مراقب باشید جملاتی نگویید که حال او را بدتر می‌کند. جملاتی مانند «نگران نباش» و یا این که مسئله مهمی نیست، ممکن است او را آزرده کند. برعکس، جملاتی مانند اینکه «می‌فهمم چقدر این مسئله شما را نگران کرده» یا «من کنار شما هستم» می‌تواند احساس بهتری به مراجع بدهد.
- برای ادامه رابطه و جلب همکاری مراجع و کسب اطلاعات صحیح می‌توان از روش خلاصه کردن نیز استفاده کرد.

مثال:

فب. گفتید که مریم مدتی است که از شما جدا نمی‌شود و مدرسه نمی‌رود و صبح‌ها اگر می‌بوش کنید مدرسه برود، دل درد و استفراغ پیدا می‌کند و عصبی می‌شود. درسته؟
بله دکتر همینطوره.

اکنون می‌شود مصاحبه را با یک بازخورد همدلانه ادامه داد:

و متوجه شدم که این مسئله، هم شما رو نگران حال خود پشه کرده و هم فشار زیادی به شما وارد کرده چون صبح‌ها به خاطر این موضوع، دیر سر کار می‌رسید و موقعیت کاری تون به خطر افتاده.

گوش کردن و همدلی مهارت‌هایی هستند که به برقراری رابطه کمک زیادی می‌کنند اما برای کسب آنها تمرین زیادی لازم است. در ابتدا ممکن است به نظر برسد که کاربرد این مهارت‌ها وقت زیادی از پزشک می‌گیرد اما پس از تمرین مناسب، به صورت خودکار و بخشی از رفتار حرفه‌ای شما تبدیل می‌شود. فایده‌های این مهارت‌ها بسیار است. از جمله وقتی مراجعین حس می‌کنند که به دقت به صحبت‌های آنان گوش می‌کنید و نقطه نظرات و نگرانی‌های آنها را می‌فهمید، آرامش پیدا می‌کنند و به تدریج قسمت بیشتری از زمان ویزیت را به شما می‌سپارند، در اجرای دستورات شما کوشا تر می‌شوند و تمایل بیشتری به ادامه درمان پیدا می‌کنند.

کاربرد مهارت‌های ارتباطی هنگام اخذ شرح حال، مصاحبه، و معاینه جسمی / روانپزشکی

در این بخش توصیه‌های عملی برای کار با کودکان و نوجوانانی که به مطب شما مراجعه کرده‌اند و ممکن است علائم روانپزشکی داشته باشند، معرفی و به کمک شما تمرین می‌شوند تا با تسلط و آرامش بیشتری کار روزمره خود را انجام دهید. این مسئله که نوع و کیفیت مهارت‌های ارتباطی بین پزشک و بیمار بر ماحصل درمان و همچنین سلامت جسمی و روانی مؤثر است در مطالعات زیادی روشن شده است. همینطور دیده شده که تطابق روانی بیماران و رضایت از کار پزشکی که رابطه بهتری با بیمار برقرار می‌کنند، بیشتر است.

مهارت‌های ارتباطی که باید در جلسه هنگام کار با مراجعین به کار بگیرید:

همه افراد را در جریان ارزیابی و معاینات لازم درگیر کنید

معمولاً کودکان مشارکت چندانی در ارزیابی‌های پزشکی ندارند اما اگر هنگام ویزیت آنان را هم دخالت بدهید بیشتر امکان دارد برای درمان همکاری کنند و رضایت والدین نیز از جلسه بیشتر می‌شود. در بسیاری موارد شنیدن آنچه خانواده گفته‌اند و این احساس که آنان او را طرد کرده‌اند زیربنا یا تشدیدکننده بسیاری از مشکلات سلامت روان افراد است. رعایت این موضوع برای پیشگیری از رفتارهای خطرناک و کاهش و درمان مشاهده مزمن اهمیت فراوان دارد.

با سلام و خوش آمدگویی شروع کنید

- با هر کس جداگانه احوال‌پرسی کنید و نام یا نسبت هر یک را با کودک به طور جداگانه بپرسید.
- در صورت ممکن برای دست دادن پیش قدم شوید و یا از رفتار یا وضعیت جسمی یا فرا زبانی مناسب دیگر استفاده کنید تا آشنایی و ارتباط اولیه بهتر برقرار شود. (برای مثال: لبخند بزنید، به سمت افراد خم شوید یا نزدیک‌تر بنشینید، خوراکی یا وسایل بازی پیشنهاد کنید)
- سعی کنید لحن صحبتان دوستانه باشد ولی خیلی صمیمی نشوید و مرزهای احترام آمیز را چه با کودکان و چه بزرگسالان حفظ کنید (برای مثال: لب کودک را نکشید، او را نبوسید، به شوقی اسباب بازی را از او نگیرید).

با کودکان هم حرف بزنید

کودکان معمولاً نیاز دارند بدانند:

- در مطب شما چه اتفاقی می‌افتد؟ کارتان چقدر طول می‌کشد؟ چه کسی چه کاری انجام می‌دهد؟
- صحبت با کودکان را با سؤال‌های باز شروع کنید.
- کودکان معمولاً دوست دارند راجع به خودشان صحبت کنند اگر زمان اندکی صرف کنید تا به صحبت آنها در مورد موضوع خوشایندی گوش بدهید، دستاوردهای بیشتری به دست می‌آورید. اما اگر کودکی دلش نمی‌خواهد صحبت کند یا اضطراب دارد او را مجبور نکنید.
- کودکان ممکن است نگران راضی نگاه داشتن شما باشند بنابراین هر چه می‌گویند در بست باور نکنید. آنها گاهی علائمشان را کمتر از حد واقعی بروز می‌دهند یا دروغ می‌گویند زیرا می‌ترسند دیگران فکر کنند که آنها بچه‌های خوبی نیستند یا نگرانند که تنبیه شوند.
- می‌توانید کودکان را با نام کوچک صدا بزنید اما در مورد نوجوانان بهتر است از خودشان بپرسید ترجیح می‌دهند با چه نامی صدايشان کنید.
- وقتی خودتان را به کودک یا نوجوان معرفی می‌کنید توضیح کوتاهی در مورد اینکه کارتان چیست و چگونه پزشکی هستید به آنها بدهید.
- در ارتباط، همواره از تسهیل‌گرهای غیرکلامی رابطه مانند نگاه و لبخند بهره بگیرید و زبان غیرکلامی خود را به تناسب برای تمام افراد به کار ببرید (به همه نگاه کنید نه فقط یک نفر و یک سمت، سر تکان دهید تا حرفشان را تأیید کنید، تغییر هیجانی خود را در صورت‌تان نشان دهید مثلاً تعجب یا خوشحالی).
- سعی کنید برای تقویت ارتباط با مراجعین خود از تسهیل‌گرهای محیطی استفاده کنید برای مثال اسباب‌بازی‌های کوچک یا هدیه‌های ارزان و کوچکی مانند بادکنک یا برچسب برای تشویق و دادن پاداش به کودکان در دسترس داشته باشید. همچنین می‌توانید اگر وسایل پزشکی اسباب بازی در اختیار کودک قرار دهید تا هم سرگرم باشد و هم درک بهتری از روش‌ها و مراحل معاینه شما داشته باشد. این کار کمک می‌کند تا کودک کمتر از ابزارها و روش‌های معاینه بترسد و همکاری بیشتری با شما داشته باشد. ترس کمتر و رابطه بهتری با شما برقرار کند و تمایل کودک را برای اینکه باز هم پیش شما بیاید افزایش می‌دهد.

- در هر حالتی حتی وقتی کودک ناآرام است، با او با آرامش صحبت کنید. از روش‌های تهدیدآمیز و بالا بردن صدا برای ساکت کردن او اجتناب کنید. به هیچ عنوان در برخورد با کودکان خردسال یا افرادی که توانایی ذهنی کمتری دارند لحن کودکانه به کار نبرید.
- در برخورد با نوجوانان خیلی رسمی رفتار نکنید و در صورت نیاز از طنز و شوخی بهره بگیرید. در عین حال شوخی بیش از اندازه یا کاربرد لحن و کلمات بیش از حد صمیمانه ممکن است آنها را نگران کند و نتوانید ارتباط مناسبی با آنان برقرار کنید.
- ضمن رعایت فاصله فیزیکی مناسب، به حالات کودک دقت کنید. اگر از نزدیک شدن به شما می‌ترسد در ابتدا کمی دورتر بنشینید و با خانواده ارتباط گرم برقرار کنید تا کم‌کم احساس امنیت در کودک ایجاد شود.
- هنگام معاینه، توضیح دهید که به چه دلیل می‌خواهید به کودک نزدیک شوید و هر مرحله از معاینه را به زبان ساده و با آرامش توضیح دهید مثلاً: «من الان می‌فوام با این گوشی صدای قلبتو گوش کنم». در این موارد می‌توانید از وسایل بازی پزشکی برای برقراری ارتباط یا کم کردن ترس کودک کمک بگیرید. در زمان معاینه کنار کودک بنشینید و تا حد امکان در حالت ایستاده معاینه نکنید.
- به هیچ عنوان بدن کودکان را نوازش نکنید و از بدن آنها تعریف نکنید. مثلاً نگوید چه موهای قشنگی یا چه پسر نازی. اگر کودک آزار جنسی را تجربه کرده باشد این کلمات و رفتارها می‌تواند آزار دهنده و حتی آسیب‌زا باشد.
- سؤالات کودک / نوجوان را صادقانه، کوتاه، واضح با کلمات و مثال‌های قابل درک و متناسب با سن و سطح تکاملی او پاسخ دهید. اگر زیاد سؤال می‌پرسد و مانع کار شما می‌شود به او بگویید که از سؤال کردنش خوشحال می‌شوید اما به دلیل کم بودن وقت بقیه سؤالاتش را در جلسات بعد پاسخ می‌دهید.
- معاینه کودک را در حضور والدین یا فرد مراقب انجام دهید و کمک کنید همراه کودک آرامش داشته باشد. هرگز تهدید نکنید که اگر به درخواست‌هایتان جواب ندهد والدینش را بیرون می‌فرستید.
- مراقب رعایت حریم خصوصی کودک باشید. چه در زمان معاینه جسمی چه هنگام صحبت راجع به مسایل شخصی کودک دقت کنید که فرد دیگری به جز مراقب اصلی در اتاق نباشد. وقتی درباره مسائل کودک صحبت می‌کنید به حالات چهره او دقت داشته باشید و اگر متوجه بروز احساسات و هیجانات ناخوشایند در او شدید به او کمک کنید آرام شود.
- وقتی می‌خواهید در مورد وجود یک بیماری یا اختلال صحبت کنید، ضمن ساده و قابل فهم توضیح دادن، به عکس‌العمل کودک و خانواده دقت کنید و نگرانی‌هایشان را رفع کنید. برای بعضی کودکان یا والدین، گفتن اینکه کودک گلو درد چرکی یا اختلال بیش فعالی دارد هم بسیار ناراحت کننده است.
- اگر در اتاق انتظار وسایل سرگرم کننده ساده مانند اسباب بازی‌های کوچک، چند دفتر نقاشی و مداد رنگی و کتاب داستان‌های ساده برای سنین مختلف وجود داشته باشد تحمل محیط برای مراجعین راحت‌تر می‌شود.
- در نظر داشته باشید که پوشیدن روپوش سفید در مطب ممکن است باعث نگرانی بعضی از کودکان شود.

نکته:

ارتباط با مراجع قبل از ورود او به مطب آغاز می‌شود. لازم است اصول اولیه ارتباط تلفنی و حضوری را به منشی و سایر همکاران خود پیاموزید تا در زمان ورود کودک و نوجوان به مطب از روش صحیح برای صحبت اولیه، احوال پرسشی، رعایت فاصله، و حفظ آرامش در برخورد با اضطراب و نگرانی مراجعین استفاده کنند.

نشان دهید که قرار است صحبت‌های هر دو طرف را بشنوید

- هم به کودک/نوجوان و هم به والد نشان دهید که صحبت‌های هر دو برایتان مهم است و نگرانی‌های آنها را درک می‌کنید.
- در ابتدا سؤال‌های باز پرسید تا فعالانه موضوع مورد نظر مراجعین را مشخص کنید. برای مثال: «من می‌خواهم مطمئن باشم که از نظر همگی شما بافبر می‌شوم». «به کسی می‌خواهد اول شروع کند؟»
- در کاربرد زبان بدنی به همه افراد توجه داشته باشید، نگاه کردن، سر تکان دادن، نزدیک شدن، ...

وقتی مراجعین نوبت صحبت کردن را رعایت نمی‌کنند می‌توانید مهارت‌های زیر را به کار ببرید

- از تغییر در زبان بدنی استفاده کنید برای مثال رویتان را به طرف دیگر برگردانید یا با حرکت دست مخاطب را دعوت به سکوت کنید.
- مطلب کسی را که به نوبت دیگران اهمیت نمی‌دهد تأیید کنید اما جهت مصاحبه را دوباره به سمت قبل برگردانید.
- قوانین مصاحبه را یادآوری کنید.

ملاحظات را نیز در نظر داشته باشید

- چقدر قرار است وقت بگذارید و زمان بندی کارتان چگونه است
- شخصی که صحبت را قطع کرده یا صحبتش قطع شده در چه وضعیتی قرار دارد؟ مثلاً عصبانی و شاکی است یا شرمنده.

مشکل اصلی چیست؟

پس از برقراری ارتباط برای این که سر موضوع یا موضوع‌های اصلی بروید به چند نکته اساسی توجه داشته باشید:

- معمولاً اولین موضوعی که مطرح می‌شود مهم‌ترین مشکل نیست. ممکن است موضوع اولیه پوشش یا تسهیل کننده برای موضوع حساس دیگری باشد. مثلاً مادر از افت تحصیلی نوجوانش شروع می‌کند تا بتواند به شکی که تازگی درباره مصرف سیگار او پیدا کرده بپردازد.
- مشکلات خاص با حساسیت‌های خاصی همراهند که با مسائل فرهنگی، اجتماعی و هیجانی ارتباط دارد. از نظر بسیاری از والدین بیش فعالی به منزله بی‌کفایتی والدین یا ناتوانی ذهنی و بی‌عرضگی کودک است یا رفتار خودارضایی نوجوان به معنای انحراف جنسی یا عقیم شدن در آینده است.
- ممکن است خانواده اطمینان نداشته باشند که مطرح کردن مشکلشان با شما کار مناسبی است. شاید ترجیح بدهند با افراد خانواده، مسئولین مدرسه، مشاور یا متخصص، و حتی دعانویس صحبت کنند.
- ممکن است نگران باشند که انگ بیماری بخورند، یا موضوع‌های خصوصی یا شخصی‌شان فاش شود. با بترسند که شما به چشم دیگری نگاهشان کنید، یا امید نداشته باشند که به اندازه کافی برایشان وقت و انرژی صرف نکنید یا احساس کنند رازهایشان برملا می‌شود و توان کنار آمدن با عواقبش را ندارند.
- معمولاً آنها هنوز خودشان هم نمی‌توانند مشکلات را جمع‌بندی کنند یا علت آنها را تشخیص دهند. نمی‌دانند از کجا شروع کنند، از بدترین وضعیت پیش آمده یا این که چرا اوضاع اینطور است، یا اینکه ویژگی‌های مثبت فرزندشان چیست.

اگر برداشت شما این است که نتوانسته‌اید موارد اصلی مشکلات و نگرانی‌ها را مشخص کنید

- شاید لازم است یک سؤال کلیدی پرسید تا خانواده انگیزه و اعتماد کافی را برای همکاری با شما پیدا کند.
- در این موارد معمولاً خانواده در برابر شما برای رسیدن به هدف مقاومت نشان می‌دهند یا به اندازه کافی همکاری نمی‌کنند.
- اگر نتوانید مشکلات اصلی را مشخص کنید خانواده در جلسات بعدی با شکایت‌ها و نگرانی‌های دیگری مراجعه می‌کنند.

با استفاده از مهارت‌های زیر می‌توانید فهرست مناسبی از مشکلات تهیه کنید

- به خاطر داشته باشید که شکایت والدین و علت مراجعه ممکن است تنها مشکل یا مشکل اصلی کودک نباشد.
- ابتدا به شکایاتی که خانواده مطرح می‌کنند توجه کنید اما بعد یک سؤال باز پرسید.
- تا دستور کارتان را به صورت کامل مشخص نکرده‌اید از مطرح کردن سؤالات خاص در مورد یک موضوع پرهیز کنید.
- از روش‌هایی مانند «سکوت»، گفتن «می‌شود دوباره تکرار کنید»، یا «ممکن است لطفاً بیشتر برایم توضیح بدهید»، کمک بگیرید تا بتوانید جزئیات بیشتری را در مورد موضوع استخراج کنید.
- از هر دو مراجع پرسید آیا موضوع دیگری هست که بخواهند مطرح کنند.

حاشیه‌پردازی و پرت شدن از موضوع اصلی

- حاشیه‌پردازی یکی از خطرهای رویکرد پرسیدن سؤالات «باز پاسخ» است.
- به همین علت ما به جز برای شروع ارتباط و مصاحبه در بیشتر موارد از این رویکرد استفاده نمی‌کنیم!
- در بعضی موارد حاشیه‌پردازی به این دلیل اتفاق می‌افتد که مراجع سعی دارد به جای ذکر علائم، مشکلات مطرح شده را فرموله کند یعنی توضیح دهد که چرا این شرایط ایجاد شده است.
- برای حل این مشکل می‌توانید حرف مراجعین را قطع کنید به این شرط که بدون اینکه سؤال‌های جهت دار پرسید آنها را به سمت موضوع اصلی هدایت کنید.
- اینکه درست چه زمانی صحبتشان را قطع کنید، به سبک مصاحبه شما و مقدار زمانی که در اختیار دارید بر می‌گردد.

مهارت‌هایی برای مدیریت حاشیه‌پردازی مراجعین

- بگویید: «من می‌فواهم مطمئن شوم که وقت کم نمی‌آوریم».
- آنچه را که از صحبتشان فهمیده‌اید جمع‌بندی کنید و بعد در مورد مشکلات دیگر سؤال پرسید.

به طور مشخص از آنها درخواست کنید که روی موضوع مورد نظر شما تمرکز کنند. برای مثال پرسید:

- «کدام یک از رفتارهایش نامناسب‌تر است؟»
- «یکی از این مشکلاتی را که می‌گویید انتخاب کنید و در مورد آن توضیح بدهید».
- درخواست کنید که «یک مثال مشخص در مورد موضوع بزنند».
- زمانی که کودک یا والد سعی دارند نگرانی‌شان را برای شما توضیح دهند، به عنوان یک الگوی رفتاری مهارت‌های فوق را نشان دهید.

- این نکته را در نظر داشته باشید که هم کودک و هم والدین دارند تلاش می کنند بعضی علائم و نگرانی هایشان را درک کنند تا بتوانند آنها را برای شما توضیح بدهند.
- به یاد داشته باشید که همه ما در حین صحبت کردن، ایده هایمان را جمع بندی و نتیجه گیری (فرموله) می کنیم.

روش مصاحبه برای پایان دادن به حاشیه پردازی مراجعین و انحراف از موضوع اصلی

- مراقب باشید تا اگر چنین شرایطی دارد پیش می آید آن را تشخیص دهید.
- ساختار و موضوع جلسه ویزیت را به وضوح اعلام کنید. مثلاً «امروز برنامه من این است که ببینم مفسن مشکل تمرکز دارد یا نه».
- از بیمار سؤال کنید که موضوع مورد نظر او چیست. مثلاً: «فوب مفسن حالا فوراً بگو موقع امتحان دلشوره پیدا می کنی؟»
- از پرسیدن سؤال های باز- پاسخی که موضوع ها را پراکنده می کند پرهیزید.
- اگر این شرایط پیش آمد با آن کنار بیایید. متوجه باشید که وقت دارد تلف می شود و باید برای مدیریت مصاحبه تکنیک مناسبی به کار ببرید.
- بپرسید آیا موضوعی به نظرشان می رسد که کار آسان تر شود. مثلاً: «به نظر خودتان بهتر است اول در باره کدام مشکل صحبت کنیم؟ پس برویم سراغ اصل مطلب»
- احساساتی را که می بینید بیان کنید یا نشان دهید که برایشان ارزش قائلید. مثلاً: «متوجه می شوم که وقتی این همه مشکل همزمان پیش آمده باشد آدم را کلافه می کند و باعث می شود تمرکز کم بشود».
- صبور باشید اما از سکوت طولانی پرهیزید.
- جریان مصاحبه را به دست بگیرید و به صحبت کردن ادامه دهید.

در دام نیفتید

گاهی ممکن است مراجعین به نحوی عمل کنند که شما احساس کنید گیر افتاده اید و کنترل جلسه از دستتان خارج شده است. برای مثال وقتی موارد زیر رخ می دهد:

- حالت دفاعی دارند و همه چیز را طبیعی جلوه می دهند. مثلاً دنبال هر علامتی می روید می گویند که وجود ندارد.
- موارد را مشروط به چیزی دیگر بیان می کنند (اگر ... آن وقت ...). مثلاً پرفعالیتی پسرشان را به زندگی آپارتمانی یا کم تحمل بودن پدر و مادرها نسبت می دهند یا می گویند فقط اگر مهمان داشته باشیم خیلی شلوغ می شود.
- بی تفاوت رفتار می کنند یا صحبت را ادامه نمی دهند.
- حرف های تحریک آمیز یا عصبانی کننده می زنند. مثلاً می گویند «دکترها که فقط می فوهند زود یک نسخه بنویسند و پولشان را بگیرند». یا اینکه «این مادرها که مرتب نشستند پای تلویزیون و بچه هایشان را ول می کنند بعد ما میبوییم بیاییم خدمت شما کلی وقت بگذاریم».
- قبل از آنکه توصیه هایتان را ارائه کنید آنها را رد می کنند. مثلاً می گویند: «فقط دکتر جان یک موقع آزمایش و دارو بنویسید، این بچه هیزش نیست. مادرش باید خودش را درست کند».
- از انجام دادن تکلیف ها امتناع می کنند. آزمایش را انجام نمی دهند، دارو را تهیه نمی کنند، یا تنبیه و پاداشی که قرار بوده انجام نمی دهند.

- سعی کنید روی هیجان مراجع نام بگذارید نه روی رفتار او. بگویید: «به نظرم کمی عصبانی، هول، نگران، ... هستی».
- به نشانه همدردی با آنان حرفی بزنید. بگویید: «متأسفم! فقیر این شرایط برای شما سخت بوده»
- از قبل برنامه جایگزینی در نظر داشته باشید. مثلاً این که مصاحبه را به زمان دیگری موکول کنید یا از یک پرسشنامه استفاده کنید یا تستی برای کودک انجام بدهید.

تا جایی که می‌توانید مسائل شخصی خود را کنار بگذارید:

- انتظارات معتدلی از مراجعین و پیشرفت کار داشته باشید.
- از میدان به در نشوید.
- با انگیزه تلافی کردن رفتارهای مراجعین مقابله کنید.
- مسائل جنسیتی را در نظر داشته باشید.
- تفاوت‌های نژادی و فرهنگی را بپذیرید و بخواهید که در مورد آنها به شما اطلاعات بدهند.

توصیه‌های تکمیلی برای مرور اطلاعات به دست آمده در مصاحبه و معاینه یا بررسی مطالب باقی مانده:

- بیان کنید که هدفان از سئوالی که می‌پرسید چیست. این روش خود می‌تواند باب گفتگو را در مورد مطالب باقی مانده باز کند. مثلاً بگویید: «غوب حالا برای اینکه بفهمم علت اصلی اخت تصویلی منصور مشکل تمرکز است یا اضطراب، به من بگویید وقتی در خانه تکلیف انجام می‌دهد هم کارهایش را سرسری تمام می‌کند؟»
- بپرسید آیا نگرانی خاصی یا صحبتی راجع به آنچه تاکنون گفته شده و یا مطالبی که احیاناً هنوز نگفته‌اند دارند که بخواهند مطرح کنند؟
- نگرانی آنها را به بحث بگذارید و از ایشان بخواهید که اگر قسمت‌هایی از صحبت‌های شما باعث سوء تفاهم یا گیجی یا نگرانی آنان شده حتماً مطرح کنند تا موضوع روشن شود. به این منظور بگویید: «معمولاً فرصت نمی‌شود همه سئوالات را بپرسیم و ممکن است مسأله‌ای باقی بماند که برای شما فیل می‌باشد یا نگرانتان کند. ممکن است آله چنین موردی هست مطرح کنید؟»
- در صورتی که فرصت کم است یا مسأله ذکر شده در اولویت این جلسه نیست، توضیح دهید که در جلسات بعد به آن خواهید پرداخت.

انتخاب موضوع مورد بحث در ویزیت و چالش‌های آن

- در بسیاری موارد، میان آنچه از نظر والدین و کودک مشکل اصلی به حساب می‌آید تفاوت وجود دارد، این تفاوت گاهی بین نظر شما و خانواده یا سایر اعضای خانواده با یکدیگر نیز وجود دارد. مهم این است که شما سعی کنید موارد مورد اختلاف را به بحث بگذارید و به نوعی توافق نظر برسید. هر چند معمولاً ممکن است حس کنید وقت کافی برای رسیدن به هدف مشترک و مناسب در اختیار ندارید اما لازم است تا حد امکان در این زمینه تلاش کنید. برای این منظور نکات زیر را در نظر بگیرید:
- فهرست خلاصه‌ای از نگرانی‌ها و موضوعاتی که از نظر هر فرد نیاز به رسیدگی دارد تهیه کنید.
 - واضح، معطوف به هدف، کوتاه اما همراه با همدلی صحبت کنید.
 - با کمک گرفتن از روش حل مسأله در مورد رسیدن به اولویت‌بندی مشکلات خانواده اقدام کنید و با کودک، نوجوان و والدین به توافق برسید.

- اگر موضوعی از نظر شما اهمیت دارد به وضوح دلایلش را بیان کنید و موافقت افراد را برای پرداختن به آن جلب کنید.
- در مورد اینکه جلسات پیگیری به چه صورت خواهد بود و چه محدودیت‌هایی خواهد داشت بحث کنید.

توصیه کردن و مشاوره دادن

هر چند ارائه توصیه‌ها و راه حل‌های مستقیم در فرهنگ ما در مورد گروهی از مراجعین لازم و مفید است اما تا حد امکان از این روش بپرهیزید. توصیه مستقیم می‌تواند منجر به تخریب رابطه میان پزشک و مراجع را خراب کند و به مانعی برای پیگیری توصیه‌های پزشک تبدیل شود:

- انسان‌ها به طور کلی دوست ندارند تحت کنترل دیگران باشند و کسی برایشان تعیین تکلیف کند. این مسأله به ویژه در دوره نوجوانی پررنگ‌تر است. اگر با استفاده از مهارت سؤال و جواب‌های دوطرفه و روش‌های همدلی، گوش کردن، حل مسأله و مذاکره کاری کنید تا جهت فکری نوجوان به سمتی برود که توصیه‌های شما از زبان خودش شنیده شود، امکان پایبندی او به پذیرش و اجرای آنها بیشتر خواهد بود.
- یادتان باشد شما اولین نفری نیستید که برای حل مشکلات او توصیه‌هایی ارائه می‌کنید. معمولاً او پیش از این هم توصیه‌های زیادی شنیده که کاربردهای فایده‌ای نداشته و باعث شده دید مثبتی نسبت به نصیحت و توصیه شنیدن نداشته باشد. بنابراین لازم است با استفاده از روش پرسش و پاسخ به نگرانی‌ها، دیدگاه‌ها، و راه حل‌های او در مورد مشکل پی ببرید و اگر اشتباهی انجام داده برخوردی همدلانه و بدون پیش داوری نشان دهید.
- توجه داشته باشید که در بسیاری از شرایط، افراد حتی وقتی با توصیه‌ها موافقت به راحتی قادر به انجام آنها نیستند. بنابراین نباید آنان را سرزنش کرد، بلکه روش درست این است که موانع اجرا به بحث گذاشته و حل شوند. به عنوان مثال شما برای کودکی قرص تجویز می‌کنید و خانواده می‌گویند که او قادر به بلع قرص نیست. توصیه به حل کردن قرص در آب ممکن است از نظر شما بسیار بدیهی و راحت باشد اما در عمل ممکن است خانواده به دلیل گریه و مقاومت کودک ناچار شوند از خیر مصرف قرص بگذرند. چند دقیقه صحبت با کودک راجع به اهمیت مصرف دارو، پرسیدن نگرانی‌هایی که دارد، و تنظیم یک جدول ساده تشویقی برای همکاری در خوردن دارو که از نظر او کار سختی است، احتمال همکاری او را بیشتر و میزان مقاومت و نادیده گرفتن دستورات را کمتر می‌کند.

زمانی که می‌خواهید برنامه درمانی خود را اعلام کنید:

- ابتدا خلاصه یافته‌ها را متناسب با درک تک تک افراد توضیح دهید. سپس نظر آنها را در مورد این خلاصه بپرسید و اجازه دهید موافقت یا مخالفت خود را با موضوع اعلام کنند.
 - با یک سؤال باز-پاسخ مانند: «اگر نکته‌ای هست که از قلم افتاده یا توضیحی که بخواهید اضافه کنید، بفرمایید» بحث خلاصه سازی را به پایان ببرید.
 - پس از نتیجه گیری در مورد مشکلات موجود، از خانواده بپرسید آیا برای بحث و تصمیم‌گیری پیرامون اقداماتی که لازم است انجام دهید آمادگی دارند. در بسیاری از موارد، افراد می‌پذیرند که مشکلاتی وجود دارد اما آمادگی برای شروع مداخلات مرتبط با آن را ندارند.
- مثال:

«فوب ما تا اینجا با هم به این نتیجه رسیدیم که آکه علی به اندازه کافی پای درس نمی‌شیند و در کلاس گاهی راه می‌رود مربوط به یک مشکل پزشکی است که تمرکزش را کم کرده. آکه موافقت هالا بینیم این مشکل چه راه‌های دارد؟»

یا:

«وقتش است راجع به راه حل‌هاش حرف بزنیم. موافقت شروع کنیم؟»

اگر از حالات غیر کلامی یا کلامی کودک یا همراهانش متوجه شدید که آمادگی ندارند چیزی تغییر کند، لازم است در مورد نگرانی- هایشان بحث کنید:

چهره‌تان نگران به نظر می‌آید، درست است؟

بله، دکتر!

می‌شود به من بگویید الان چه فکری نگرانتان می‌کند؟

می‌ترسم بگویم باید دارو بخورم!

ممکن است گفتید از چه چیزی ناراضی هستید. می‌توانیم صحبت کنیم ببینیم چه موضوعی در مورد دارو نگرانتان می‌کند ...

زمانی که برنامه درمان را توضیح می‌دهید:

- در دو بخش کوتاه مدت و طولانی مدت برنامه‌ریزی کنید و آنها را با خانواده در میان بگذارید.
- اگر چند روش درمانی وجود دارد سود و زیان هر کدام را مطرح کنید و به خانواده اجازه دهید موردی را که قبول دارند انتخاب کنند.
- اگر درمان خاصی از نظر علمی در اولویت است اما خانواده با روش درمانی دیگری موافقت، با توجه کردن به نظرشان و همدلی با آنها، علت انتخابشان را تشخیص دهید. بگویید که دلیل انتخاب آنها را می‌فهمید. سپس دلایل خودتان را برای توصیه به درمانی که اولویت دارد بیان کنید. معمولاً وقتی مراجعین می‌بینند که به حرف‌ها و نگرانی‌هایشان گوش فرا می‌دهید، دغدغه- هایشان را در می‌یابید، نظراتشان را می‌پذیرید و آنها را به چالش نمی‌کشید، درمان پیشنهادی شما را راحت‌تر می‌پذیرند. به خصوص اگر در عین حال که مطمئن صحبت می‌کنید، به آنها اجازه پرسش و پاسخ بدهید. نباید روش‌های درمانی را به صورت دستوری اعلام کنید یا مانند سر کلاس درس مراجعین را وادار کنید که به حرف شما گوش کنند.
- در نظر داشته باشید که بعضی از بحث‌های مرتبط با روش‌های درمانی را بهتر است برای خانواده و کودک یا نوجوان در جلسات جداگانه بیان کنید.
- در مداخلات متکی بر رفتار درمانی هدف‌تان این باشد که خانواده بیاموزند چه کارهایی را باید انجام دهند، نه اینکه چه کارهایی را نباید انجام دهند.

وقتی کودک یا خانواده در مقابل برنامه‌های درمانی مقاومت می‌کنند:

- در این شرایط مراجع در برابر نظر شما مستقیم یا غیرمستقیم می‌ایستد و با وجود تأکید و اصرار شما، ممکن است برای نپذیرفتن حرف شما از جانب خود یا دیگران دلیل بیاورد.
- بهترین راه برخورد با این نوع مقاومت، پیشگیری از بروز آن است. کاربرد مهارت‌های ارتباطی، اهمیت دادن و درک دیدگاه‌ها و نگرانی‌های مراجعین و در نظر گرفتن خواسته‌های آنان تا حد ممکن احتمال ایجاد مقاومت را کم می‌کند. اگر با وجود کاربرد روش‌های مذکور مقاومت ایجاد شده است، بهتر است با این موضوع برخورد مستقیم نکنید و در عوض از کنار آن با ظرافت عبور کنید به این معنا که:

- به نیاز مراجع (به خصوص نوجوان) به این که می‌خواهد احساس کند کنترل اوضاع را در دست دارد، احترام بگذارید و از اقداماتی که معنای آن جنگ قدرت بر سر کنترل داشتن روی اوضاع است بپرهیزید.
- بحث‌ها را به صورت دوطرفه و مشارکتی هدایت کنید.
- در نظر داشته باشید که ریشه ایجاد مقاومت در بسیاری از موارد این است با اینکه مراجع حرف‌های شما را قبول دارد. احساس می‌کند از شرایط ایجاد شده خجالت می‌کشد، یا مجبور شده کاری را انجام دهد و گاهی نیز آمادگی ندارد تغییر کند.
- حتی زمانی که متوجه می‌شوید مراجع صحبت‌های شما را پذیرفته است بپرسید آیا به نظر او مانعی برای پذیرفتن درمان یا انجام آن وجود دارد؟
- اگر مراجع ذکر می‌کند که نمی‌تواند نظر شما را بپذیرد چون از سمت دیگران تحت فشار قرار دارد، هرگز دیگران را مقصر جلوه ندهید و مراجع را نیز در نقش قربانی فرو نبرید. سعی کنید دیدگاه هر دو طرف را درک کنید و آنها را به بحث بگذارید تا با کمک خود مراجع دنبال راه حل مناسب بگردید.
- وقتی مراجعین دیدگاهی مخالف با نظر شما بیان می‌کنند صبور باشید. قدرت پذیرش خود را بالا ببرید تا بتوانید به نظرات مخالف با عقاید و توصیه‌های خودتان گوش بدهید و از آنها بخواهید که اطلاعات بیشتری در اختیار شما قرار دهند.
- وقتی قصد دارید اطلاعات بیشتری را با مراجعین مطرح کنید، ابتدا بپرسید که آیا نیازی به آن اطلاعات دارند؟ بعد از ارائه اطلاعات، واکنش مراجعین را نسبت به آنچه گفته‌اید بسنجید.

تشخیص گذاری، نتیجه گیری و تصمیم گیری برای مداخله

تشخیص گذاری و ترکیب بندی (فرمولاسیون)

برای انجام یک جمع بندی مناسب و رسیدن به تشخیص برای تصمیم گیری در مورد ارزیابی های بیشتر، مداخلات لازم و پیش بینی پاسخ به درمان و سیر و پیش آگهی اختلال موارد زیر را باید در نظر داشت:

۱. ماهیت بالقوه مشکلات کودک

ویژگی های بالینی نشانه های استخراج شده از مهم ترین مواردی است که برای جمع بندی مورد توجه قرار داد. به این منظور باید فهرستی از مشکلات و ترتیب زمانی و اهمیت آنها تهیه کرد.

۲. عواملی که منجر به آسیب پذیری کودک شده اند

برخی عوامل بیولوژیک مانند سابقه خانوادگی اختلالات، مشکلات زمان بارداری یا زایمان، آسیب های مغزی، ... کودک را مستعد بروز مشکلات روانپزشکی می کنند. عوامل روانی اجتماعی نیز می توانند در این مورد نقش داشته باشند مثل استرس های موجود در خانواده یا درگیری های والدین، روش های انضباطی نامناسب.

۳. عوامل همراه با نشانه های موجود یا ناشی از آنها

بروز نشانه ها می تواند منجر به مشکلات ثانویه برای کودک یا دیگران شود برای مثال کودکان مبتلا به بیش فعالی بیشتر از دیگران مورد کودک آزاری قرار می گیرند یا از طرف دوستان طرد می شوند. عملکرد کودکی که تمرکز ضعیف است و هم زمان از نظر هماهنگی حرکتی نیز مشکل دارد بیشتر آسیب می بیند.

۴. عواملی که باعث تداوم مشکلات می شوند یا آن را بهبود می بخشند

وجود یک اختلال همیشه به معنای ازمان یا عدم بهبودی آن نیست اما برخی عوامل می توانند به ادامه نشانه ها کمک کنند. برای مثال رفتارهای حمایتی یک مادر مضطرب یا مداخله زیاد او در کار فرزندش باعث می شود ترس او شدت یابد و مهارت سازگاری با مشکلات و اعتماد به نفس مناسب را پیدا نکند. از طرفی هوش بالا یا خانواده ای که نظارت مناسبی بر عملکرد کودک مبتلا به بیش فعالی دارد هر دو از عواملی هستند که از شدت اختلال و پیامدهای آن می کاهند.

هم ابتدایی

هنگام تشخیص گذاری باید به وجود نشانه ها و اختلالاتی که به صورت شایع همراه با یکدیگر دیده می شود توجه داشت. همچنین تأثیر این اختلالات بر یکدیگر و عملکرد کودک نیز اهمیت فراوان دارد. به عنوان مثال وجود اضطراب ممکن است باعث شود کودکی که بیش فعالی دارد در کلاس رفتار خود را کنترل کند و معلم متوجه مشکل او نشود. یک اختلال ممکن است مانع درمان مناسب اختلال دیگر شود مثلاً نمی توان به نوجوانی که مانیا دارد برای درمان وسواس داروی مهارکننده باز جذب سروتونین داد زیرا مانع تثبیت خلق او می شود.

در میان گذاشتن نتیجه ارزیابی‌ها و توصیه‌ها با کودک و خانواده

چگونگی انتقال اطلاعات به دست آمده به ماهیت مشکل، سن و سطح درک و شناخت کودک دارد. ممکن است لازم باشد کودک یا والدین را جداگانه ببینید یا از اول موضوع را در جمع مطرح کنید. به خاطر داشته باشید هدف اصلی از در میان گذاشتن یافته‌ها و قضاوت بالینی شما، کمک به خانواده برای درک بهتر شرایط و مشکلات کودک و تصمیم‌گیری برای بهترین و عملی‌ترین مداخله ممکن است. به این منظور در انتقال مطالب به کودک و خانواده باید موارد زیر را رعایت کنید:

۱. کودک را به عنوان موجودی با تمامیت ویژگی‌هایش مطرح کنید، استعدادها، قابلیت‌ها، توانمندی‌ها، همچنین ضعف‌ها، آسیب‌پذیری‌ها و مشکلاتش. اگر فقط در مورد رفتارهای نامطلوب کودک توضیح دهید احساس بدی ایجاد می‌کنید و احتمال انگ خوردن کودک (و والدین)، و عدم تمایل او به مداخلات درمانی را افزایش می‌دهید. برخی از مشکلات را می‌توان طبیعی جلوه داد (مثل اضطراب) یا به عنوان نوعی تفاوت (تمایل مبتلایان به اختلال اسپرگر به نجوم) مطرح کرد تا پذیرش آنها برای کودک و خانواده آسان‌تر باشد.
۲. سعی کنید رفتار شما بدون پیش داوری و محکوم کردن کودک یا والدین باشد. اگر گفتار و واکنش‌های همدلانه داشته باشید خانواده احساس راحتی بیشتری پیدا می‌کنند و اضطرابشان از این که مقصر قلمداد شوند کاهش می‌یابد.
۳. به خاطر داشته باشید ضمن انتقال اطلاعات باید همکاری کودک و والدین را برای ادامه مداخلات جلب کنید. بنابراین روش تعامل شما بسیار تأثیرگذار خواهد بود. آنها می‌ترسند شما خبرهای بد یا ناامید کننده‌ای در مورد مشکلات به آنها بدهید و این موضوع آنها را در حالت دفاعی قرار می‌دهد. طوری رفتار کنید که اعتمادشان جلب شود.
۴. از کلمات ساده و قابل فهم استفاده کنید. اصطلاحات فنی یا انگلیسی خانواده را گیج و مضطرب می‌کند. اگر لازم است اصطلاح خاصی به کار ببرید آن را توضیح دهید.
۵. باید به خانواده فرصت اظهار نظر کردن و سؤال پرسیدن بدهید. مطمئن شوید منظور شما را درست متوجه شده‌اند.
۶. در این میان موضوع رازداری نیز اهمیت خاصی دارد. اصل حرفه‌ای اقتضا می‌کند در صورت وجود هر نوع خطر آسیب به خود یا دیگران، والدین را به صورت مناسب از آن مطلع و برای مدیریت اضطرابی آن اقدامی کرد. اما اگر کودک یا نوجوان می‌خواهند والدین از موضوعی (غیر خطرناک) خبر پیدا نکنند درمانگر باید به خواسته آنها احترام بگذارد.

تصمیم‌گیری برای مداخله

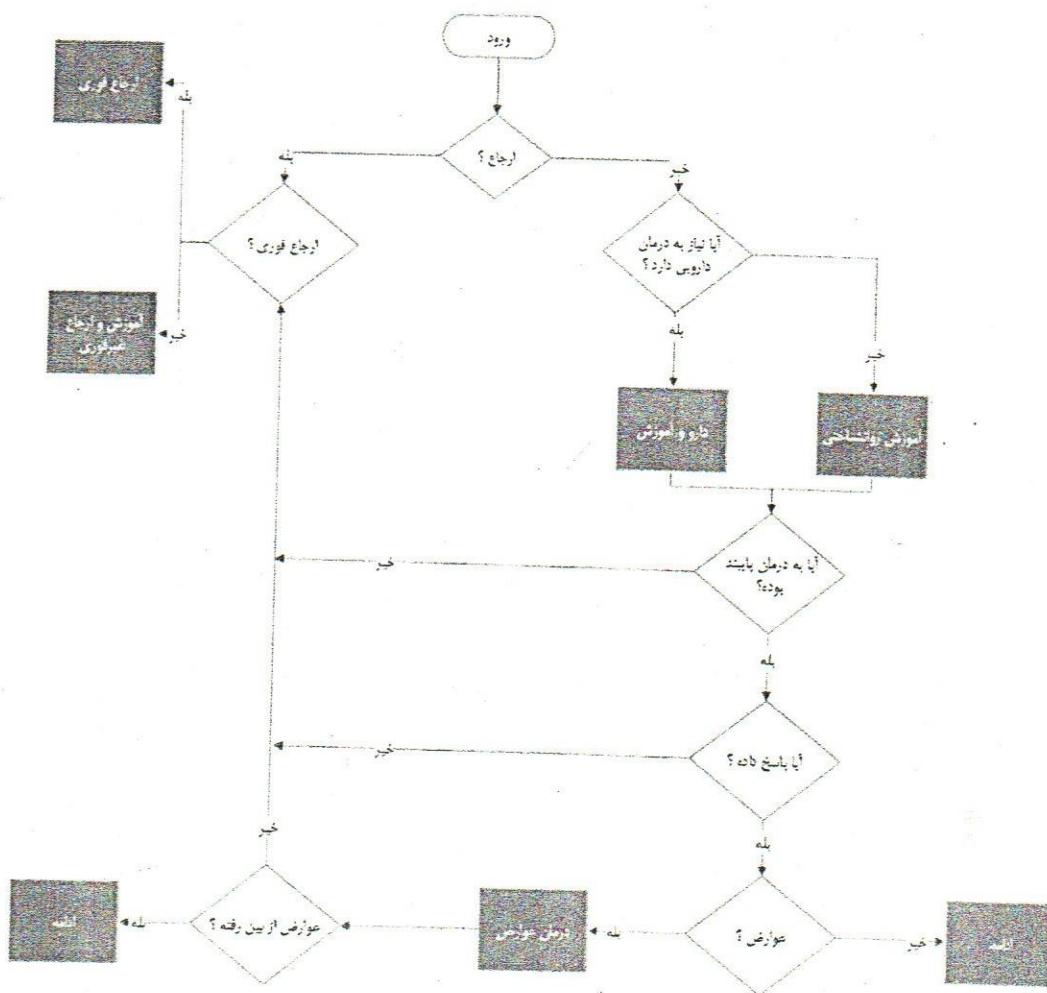
پس از انجام ارزیابی‌ها و رسیدن به تشخیص بالینی، اکنون لازم است با در نظر گرفتن شرایط و امکانات موجود بهترین تصمیم در مورد کودک گرفته شود. بنابراین ممکن است هر یک از موقعیت‌های زیر وجود داشته باشد:

۱. در بسیاری موارد شکایت والدین در مورد پدیده‌ای طبیعی است (مثل عادت‌ها و مراسم قبل از خواب در کودکان ۳-۴ ساله). در این صورت به خانواده اطمینان خاطر دهید که موضوع عادی و گذراست. پیشنهاد کنید اگر شرایط ادامه یا شدت پیدا کرد مراجعه کنند.

۲. ممکن است مشکل موجود در حد اختلال نباشد، اما لازم باشد آگاهی والدین در مورد سلامت و مشکلات روانشناختی افزایش یابد و توصیه‌هایی برای اصلاح رفتارهای کودک یا والدین، بهبود شیوه‌های ارتباطی، ارتقای سلامت روانی اجتماعی و توانمندسازی خانواده صورت بگیرد.

۳. یک یا چند اختلال وجود دارد و باید مداخله دارویی، غیردارویی، ارجاع یا ترکیبی از آنها انجام شود.

۴. در مورد اینکه خودتان مداخله کنید یا کودک/نوجوان را به روان‌پزشک ارجاع دهید تصمیم بگیرید (برای روشن شدن روند تصمیم‌گیری به فلوجارت زیر توجه کنید).



تصمیم‌گیری در مورد ارجاع

ارجاع:

یک اقدام کلی است بدین مفهوم که در مواقعی که در طی فرآیند ارائه خدمت و در روند تشخیص، درمان و مراقبت بیماران نتایج مطلوب حاصل نمی‌شود، لازم است که بیمار یا مراجع برای دریافت خدمات مؤثرتر به سطح بالاتر ارائه دهنده خدمت یا سطح تخصصی ارجاع شود. در این شرایط لازم است که فرد ارائه دهنده خدمت، پس از ارجاع و بر اساس دستورالعمل‌های تدوین شده در آن حوزه، پیگیری‌های لازم را تا حصول نتیجه بعمل آورد.

ارجاع اضطراری:

در مواردی صدق می‌کند که اطلاعات کسب شده توسط درمانگر و یا وضعیت بالینی بیمار حاکی از این است که بیمار نیازمند مداخلات جدی و فوری می‌باشد به گونه‌ای که حیات بیمار یا در شرایط خاص (از قبیل پرخاشگری)، حیات سایر افراد در خطر می‌باشد. در این شرایط لازم است که فرد ارائه دهنده خدمت در اسرع وقت موضوع را به یکی از همراهان بیمار یا سایر افراد مرتبط با بیمار اطلاع دهد. در این شرایط باید ارجاع بدون از اتلاف وقت، در حداقل زمان و با شیوه‌ای مطمئن انجام شود. اصولی‌ترین شیوه این است که از اورژانس ۱۱۵ برای این کار استفاده شود ولی در مواردی که دسترسی به اورژانس ۱۱۵ وجود ندارد و یا امکان انتقال از طریق آن وجود ندارد باید با هماهنگی همراهان بیمار شرایط انتقال را در اسرع وقت و در کوتاه‌ترین زمان ممکن فراهم نمود. درمانگر بیمار در این فرآیند نقش تسهیلگری را بهعهده خواهد داشت و باید از این انتقال تا حد ممکن مطمئن گردد. در صورت عدم تمایل بیمار یا همراهان به این انتقال، باید توصیه‌ها و اقدامات انجام شده توسط درمانگر و نظام ارائه دهنده خدمت را در پرونده بیمار ثبت نمود.

در شرایطی که امکان دسترسی به نزدیکان بیمار وجود ندارد و یا در شرایطی که بیمار هوشیاری لازم را ندارد، درمانگر می‌تواند با استفاده از اورژانس ۱۱۵ و در مناطقی که امکان دسترسی به اورژانس وجود ندارد، مثل مراکز بهداشتی درمانی روستایی، با استفاده از آمبولانسی که در اختیار درمانگاه است، اعزام را انجام دهد و بطور همزمان خانواده بیمار را از این انتقال مطلع سازد.

لازم به ذکر است که در تمام موارد فوق اگر دسترسی به اورژانس ۱۱۵ وجود ندارد و یا از طرفی امکان انتقال با سایر وسائل نقلیه از قبیل آمبولانس درمانگاه وجود ندارد، لازم است که از اولین وسیله‌ای که اتلاف وقت را به حداقل می‌رساند، استفاده شده و انتقال بیمار نیازمند مداخله فوری انجام شود.

در موارد ارجاعات فوری نکته مهم این است که انتقال در اسرع وقت، با کمترین زمان و با امن‌ترین وسیله ممکن انجام شود و قضاوت پزشک درمانگر در مورد ضرورت و چگونگی اجرای این فرآیند ملاک عمل می‌باشد.

اختلال یا موقعیت	ارجاع اضطراری (کمتر از یک ساعت)	ارجاع فوری (کمتر از ۲۴ ساعت)	ارجاع غیرفوری
افکار و نقشه جدی یا اقدام به خودکشی	*		
افکار، نقشه یا اقدام به آسیب رساندن جدی به دیگران	*		
خودزنی یا افکار غیرجدی خودکشی یا آسیب به دیگران		*	
علائم طبی تهدید کننده حیات ناشی از محرومیت یا مسمومیت با مواد	*		
اختلال مصرف مواد			*
فرار از خانه/مدرسه		*	
رفتار جنسی بی‌محابا		*	
دزدی، دروغ‌گویی، آتش افروزی، حیوان آزاری			*
اختلال روانپزشکی مقاوم به درمان (با مقدار و مدت کافی)			*
امتناع شدید از رفتن به مدرسه		*	
امتناع بیمار گونه از خوردن غذا منجر به کاهش وزن		*	
رفتارهای کاتاتونیک (بی‌حرکتی یا هیجان‌زدگی شدید، غذا نخوردن، بی‌قراری شدید، حرف نزدن، همکاری نکردن)	*		
علائم سایکوتیک (هذیان، توهم، رفتارهای آشفته یا عجیب و غریب، بی‌ربط‌گویی)	*		
تغییر خلق به سمت مانیا به صورت خود به خود یا ناشی از مصرف دارو		*	
علائم خلق بالا		*	

آشنایی با مشکلات و اختلالات شایع در روانشناسی کودک و نوجوان

اختلالات اضطرابی و خلقی
مشکلات رفتاری و اختلالات عصبی تکاملی
اورژانس‌های روانپزشکی
رفتارهای پرخطر
کودک آزاری

راهنمای اختلال شناسایی اختلالات بر اساس علت مراجعه و علائم

هر گاه با تعدادی از علائم قید شده در هر یک از بخش‌های زیر روبرو می‌شوید احتمال وجود اختلال مربوطه را بررسی کنید. به خاطر داشته باشید وجود یک علامت به تنهایی نشان دهنده اختلال روانپزشکی نیست.

صفحه	برو به بخش	مشکل یا اختلالی که باید بررسی شود	تظاهرات رایج
	اختلالات اضطرابی / خلقی	اختلالات اضطرابی	- اضطراب و نگرانی در موقعیت‌های متعدد - احساس شرم و خجالت و مشکل در برقراری ارتباط و دوست یابی - علائم جسمی مانند دل درد، تپش قلب، سردرد، تعریق کف دست - تحریک پذیری، جر و بحث و لجبازی - اجتناب از موقعیت‌های خاص مثل: مدرسه، تنها ماندن، تاریکی و ... - کابوس‌های شبانه - وابستگی به مادر
	اختلالات اضطرابی / خلقی	افسردگی	- تحریک پذیری، زودرنجی و نافرمانی - تحمل کم برای ناکامی و حملات قشقرق - شکایات جسمی - تغییر در میزان و کیفیت خواب و اشتها - تنبلی کردن و کاهش فعالیت‌ها - دوری گزینی، افزایش وابستگی - آسیب رساندن به خود و افکار خودکشی - غمگینی، از دست دادن لذت‌ها - اضطراب و بی‌قراری - کاهش توجه و تمرکز
	اختلالات رفتاری	مشکلات رفتاری	- عدم رعایت قانون و ایجاد مزاحمت برای اطرافیان - نافرمانی و لجبازی - آسیب زدن به دیگران و اشیاء - زورگویی و پرخاشگری - زودرنجی، قشقرق به راه انداختن

راهنمای اختلال شناسایی اختلالات بر اساس علت مراجعه و علائم

هر گاه با تعدادی از علائم قید شده در هر یک از بخش‌های زیر روبرو می‌شوید احتمال وجود اختلال مربوطه را بررسی کنید. به خاطر داشته باشید وجود یک علامت به تنهایی نشان دهنده اختلال روانپزشکی نیست.

تظاهرات رایج	مشکل یا اختلالی که باید بررسی شود	برو به بخش	صفحه
- بی‌قراری، پرتحرکی، پرخرفی، ور رفتن با اشیاء - بی‌احتیاطی، انجام کارهای خطرناک، پریدن وسط حرف دیگران، عدم رعایت قوانین در بازی - حواس پرتی، بی‌دقتی، توجه نکردن به جزئیات، گوش نکردن به صحبت دیگران، تکالیف را کامل نکردن، عدم پیشرفت تحصیلی	اختلال بیش فعالی کم توجهی اختلال یادگیری	اختلالات عصبی تکاملی	
اختلال در برقراری ارتباط و تکلم متناسب با سن	اختلال طیف اوتیسم اختلال ارتباطی	اختلالات عصبی تکاملی	
مشکل و تأخیر در مهارت‌هایی مانند نشستن، ایستادن، راه رفتن، خندیدن، تماس چشمی، بازی	ناتوانی ذهنی	اختلالات عصبی تکاملی	
مشکل در یادگیری و هماهنگی حرکتی	اختلال هماهنگی حرکتی	اختلالات عصبی تکاملی	
- اقدام به خودکشی یا برنامه‌ریزی و صحبت درباره آن - آسیب فیزیکی به خود و دیگران	اورژانس‌های روانپزشکی	اورژانس‌های روانپزشکی	
- تغییر در خلق و خو و رفتارها و وضعیت ظاهری - عدم تمرکز و اختلال در پیگیری فعالیت‌های تحصیلی، ورزشی، هنری و سرگرمی - کاهش ارتباط با اعضای خانواده، گوشه‌گیری و تمایل زیاد به تنهایی - افت تحصیلی، غیبت و تأخیر در مدرسه - دوستی با افراد پرخطر و یا کسانی که تمایل ندارند آنها را به خانواده معرفی کنند - تقاضای پول زیاد بدون توجیه برای نحوه هزینه کردن	رفتارهای پرخطر	رفتارهای پرخطر	

راهنمای اختلال شناسایی اختلالات بر اساس علت مراجعه و علائم

هر گاه با تعدادی از علائم قید شده در هر یک از بخش‌های زیر روبرو می‌شوید احتمال وجود اختلال مربوطه را بررسی کنید. به خاطر داشته باشید وجود یک علامت به تنهایی نشان دهنده اختلال روانپزشکی نیست.

صفحه	برو به بخش	مشکل یا اختلالی که باید بررسی شود	تظاهرات رایج
	کودک آزاری	کودک آزاری	■ آثار سوختگی، کبودی، بریدگی، شکستگی و در رفتگی استخوان‌ها ■ ترس از تنهایی یا افراد خاص ■ آسیب و عفونت در ناحیه تناسلی و مقعدی ■ بازی‌ها و رفتارهای با موضوع جنسی

آشنایی با مشکلات و اختلالات شایع در روانپزشکی کودک و نوجوان

اختلالات اضطرابی

با اینکه مجموعه اختلالات اضطرابی شایع‌ترین مشکلات روانپزشکی کودکان و نوجوانان را تشکیل می‌دهند، در بیشتر موارد تشخیص داده نمی‌شوند و درمان مناسب دریافت نمی‌کنند. بسیاری از علائم اضطرابی از نظر خانواده‌ها پدیده‌ای طبیعی محسوب می‌شود، بنابراین آنها انتظار دارند که با گذشت زمان و با رشد شناختی کودکان این علائم خود به خود از بین بروند. گرچه این موضوع در مورد بخشی از علائم اضطرابی که از نظر تکاملی طبیعی هستند رخ می‌دهد، اما بخش قابل توجهی از نشانه‌های اضطرابی بدون درمان بهبود نمی‌یابند و به پدیده‌ای مزمن تبدیل می‌شوند. به همین دلیل فاصله میان بروز اضطراب تا زمان مراجعه جهت درمانگاه سال‌ها طول می‌کشد و مشکلات عمده‌ای در عملکرد فرد در زمینه‌های مختلف تحصیلی، خانوادگی، ارتباط با همسالان، شکل‌گیری اعتماد به نفس و مهارت‌های اجتماعی ایجاد می‌کند. متأسفانه علائم اختلالات

اضطرابی به طور عمده علائمی درونی شده هستند و ممکن است تظاهرات بیرونی مشخصی نداشته باشند. این موضوع به پنهان ماندن اختلال از دید خانواده و مدرسه دامن می‌زند.

اضطراب طبیعی

برای تشخیص اختلالات اضطرابی ابتدا باید اضطراب طبیعی و روند شکل‌گیری آن را شناخت، زیرا عدم بروز آن، می‌تواند خود به نوعی نشان دهنده بروز مشکلات تکاملی باشد.

اضطراب غریبیگی

کودک در سن ۶ تا ۸ ماهگی نسبت به افراد ناآشنا اضطراب غریبیگی نشان می‌دهد زیرا از نظر شناختی و سطح دلبستگی به مراقب اصلی به مرحله‌ای می‌رسد که می‌تواند بین غریبه و آشنا افتراق قائل شود. اضطراب غریبیگی می‌تواند از اخم کردن، لب برچیدن و روی برگرداندن ساده تا چسبیدن به مادر یا گریه و بی‌قراری شدید متغیر باشد. در کودکانی که اختلالات تکاملی از جمله ناتوانی ذهنی و طیف اوتیسم دارند اضطراب غریبیگی دیده نمی‌شود یا به تأخیر می‌افتد.

نکته

اضطراب شایع‌ترین علامت روانشناختی کودکان و نوجوانان است اما در بیشتر موارد از دیدگاه خانواده پنهان می‌ماند یا طبیعی قلمداد می‌شود یا به عوامل محیطی ربط داده می‌شود. در موارد متعددی وقتی در مورد ترس و اضطراب فرزندان می‌پرسید والدین آن را تأیید نمی‌کنند، و وقتی از فرزندشان می‌شنوند که مدت‌هاست از چیزی نگرانند متعجب می‌شوند. به خاطر داشته باشید حتماً در مورد وجود نشانه‌های اضطرابی از خود کودکان و نوجوانان سؤال کنید.

اضطراب جدایی

شکل دیگری از اضطراب طبیعی اضطراب جدایی است که معمولاً از حدود ۸ ماهگی آغاز می‌شود و انتظار می‌رود که در پایان ۳ سالگی از بین رفته باشد، گرچه طول مدت این پدیده در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. منظور از اضطراب جدایی این است که وقتی مراقب اصلی از کودک دور می‌شود، کودک با حرکت چشم و در سنین بالاتر با حرکت بدنی او را دنبال می‌کند و می‌خواهد به او نزدیک باشد. اگر کودک نتواند به مادر برسد، مضطرب می‌شود و با گریه و بی‌قراری نشان می‌دهد که مراقب خود را می‌خواهد. وقتی دلبستگی میان کودک و مراقب اصلی طبیعی باشد، بازگشت مراقب می‌تواند منجر به رفع اضطراب کودک و آرام شدن او شود. وقتی کودک از نظر شناختی به مرحله‌ای می‌رسد (ثبات شئی) که می‌فهمد اگر مادر جلوی چشمش نباشد به این معنی نیست که دیگر وجود ندارد و بر نمی‌گردد، اضطراب جدایی از بین می‌رود زیرا کودک اطمینان دارد که مادر دوباره نزد او می‌آید. اضطراب جدایی نیز ممکن است در زمان طبیعی در کودکان مبتلا به طیف اوتیسم، ناتوانی ذهنی و یا کودکانی که دلبستگی امنی نسبت به مراقب خود ندارند مشاهده نشود.

علی پسری ده ساله که در کلاس چهارم دبستان تصویب می‌کند به دلیل سردرد و مشکل خواب به همراه مادر مراجعه کرده است. او در مدرسه همیشه کودکی مطیع بوده و مطابق قانون رفتار می‌کرده و هیچ گونه شکایتی از او وجود نداشته است. علی در زمان ورود به دبستان تا دو ماه از رفتن به مدرسه اجتناب می‌کرده، در صورت اجبار به مدرسه رفتن طح درد و سردرد می‌گرفته و شب‌ها دچار بد خوابی و کابوس می‌شده است. مشکل امتناع از مدرسه به کمک روش‌های رفتاری به تدریج بهبود یافته است. علی سابقه هیچ گونه بیماری جسمی ندارد و معاینات (غیر نیز طبیعی است. علی رفتارهای مهار شده دارد نگاهش را گاهی از پزشک می‌دزد و فعالیت به نظر می‌رسد با پرسش مشغول می‌شود که اضطراب علی به دلیل امتحانات پیش رو تشدید شده است. او (غیراً در تیم فوتبال خوب عمل نمی‌کند، نگران است چون دوستانش را رنبا نه مربی ورزش او را کنار بگذارد طی ماه گذشته او بارها دچار سردردهای تشنجی شده است. یک بار هم قبل از امتحان به طور ناگهانی تپش قلب، تنگی نفس و لرزش تمام بدن پیدا کرده تا حدی که نتوانسته در امتحان حضور یابد در این مدت اشتیهای علی کم بوده و دو کیلوگرم وزن کم کرده است.

مادر و پدر علی هر دو اعتلال و سواسه جبری و اضطرابی دارند و بیش از حد از فرزندشان مراقبت و حمایت می‌کنند. پزشک تشخیص می‌دهد که کودک مبتلا به اعتلال اضطراب منتشر و حملات پانیک است و سابقه اعتلال اضطراب جدایی دارد.

پس از تجویز دارو، مداخلات رفتاری خانواده و آموزش‌های رفتاری به کودک اضطراب تا حد زیادی بهبود می‌یابد و سردرد او به طور کامل برطرف می‌شود.

ترس‌های اختصاصی

بسیاری از ترس‌ها (فوبیا) نیز به صورت طبیعی در سنین خردسالی ایجاد می‌شوند، مانند ترس از تاریکی، تنهایی، موجودات خیالی، هم چنین ترس از زخم و جراحی یا بیماری. در سنین مدرسه ترس از موجودات ماورالطبیعه، عملکرد تحصیلی و ورزشی جای ترس‌های قبلی را می‌گیرند. در سنین نوجوانی ترس طرد شدن از جانب همسالان، نگرانی‌های مرتبط با هویت و مشکلات آینده (تحصیل، شغل و ازدواج) بارز می‌شوند. گرچه بروز فوبیاهای خفیف و گذرا در کودکان و نوجوانان طبیعی محسوب می‌شود، انواع شدید و طولانی این

نوع ترس‌ها که بر عملکرد آنان یا خانواده‌هایشان تاثیر سو، دارد، در زمره اختلالات اضطرابی قرار می‌گیرند و نیاز به ارزیابی و درمان دارند. برای مثال، کودک ۸ ساله‌ای که هنوز از تنهایی و تاریکی می‌ترسد و شب‌ها نمی‌تواند جدا از والدین بخوابد.

اضطراب اجتماعی

اضطراب (فوبیای) اجتماعی نوعی از اضطراب غیر طبیعی است که معمولاً جنبه سرشتی یا مزاجی دارد و خود را به شکل احساس شرم و خجالت از برقراری ارتباط با دیگران یا انجام کاری در جلوی جمع نشان می‌دهد. کودکانی که از نظر سرشتی رفتارهای مهار شده دارند معمولاً از موقعیت‌های ناآشنا و محرک‌های جدید اجتناب می‌کنند، در برخورد با غریبه‌ها محتاط و ترسو هستند، نزدیک مراقب می‌مانند و به او وابسته می‌شوند.

اضطراب منتشر

کودکانی که در زمینه‌های متعدد نگرانی دارند و دچار اختلال اضطراب منتشر هستند، معمولاً ویژگی‌های خاصی دارند. از نظر دیگران آنها مودب، مرتب، با احساس مسئولیت و اخلاقی هستند، نگرانند که دیگران را نرنجانند، دوست دارند که همه را از خود راضی کنند، از خود انتظارات بالا دارند، به خود مطمئن نیستند و برای هرکاری از والدین خود تأیید و اطمینان خاطر می‌خواهند. علائم جسمی مانند دل درد، تپش قلب، سردرد، تعریق دست و غیره آنها را آزار می‌دهد. معمولاً نگرانند، افکار منفی و مزاحم در ذهنشان تکرار می‌شود، نمی‌توانند آرامش داشته باشند و در حالت برانگیختگی هیجانی بسر می‌برند و به آسانی از جا می‌پرند. همیشه می‌ترسند اتفاق بدی بیفتد و کارها خوب پیش نرود. آنها معمولاً به بدترین و فاجعه‌بارترین نتایج و موقعیت‌ها فکر می‌کنند. این کودکان معمولاً از نظر مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی ضعف دارند، در دوست‌یابی چندان توانمند نیستند و در بسیاری موارد تنها و منزوی می‌مانند. از نظر رفتاری آنها معمولاً ترجیح می‌دهند در خانه بمانند یا در کنار کسی باشند که به آنها احساس امنیت می‌دهد. از چیزهایی که می‌ترسند دوری می‌کنند، جلوی همه راحت نیستند صحبت کنند، به دلایل نامشخص ممکن است تحریک‌پذیر باشند و جروب‌بحث کنند، در حدی که از نظر والدین لجاجت به نظر برسند. این کودکان معمولاً برای فعالیت‌ها داوطلب نمی‌شوند، خجالتی هستند و در بسیاری از مواقع قادر نیستند محتوای افکار اضطرابی یا کابوس‌های شبانه خود را بیان کنند.

حملات هراس

نوع دیگری از اضطراب غیرطبیعی حملات هراس یا شخص پانیک است. منظور بروز ناگهانی مجموعه‌ای از علائم جسمی مانند افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، تعریق، لرزش، و این احساس است که دارد می‌میرد. این علائم به طور ناگهانی ایجاد می‌شود و ظرف مدت کوتاهی (۱۰ دقیقه) به حداکثر خود می‌رسد. حملات پانیک گاه به دنبال یک فکر خاص یا قرار گرفتن در موقعیت‌ها و شرایط خاص ایجاد می‌شود، ولی در مواردی نیز بدون هیچ عامل مشخص و یا حتی در خواب ایجاد می‌شود. بنابر شواهد موجود، بروز حملات پانیک قبل از سن بلوغ نادر است. با این حال گاهی حملات پانیک به شکل غیر معمول در سنین پایین گزارش شده است. حملات پانیک در میان اختلالات اضطرابی بیشترین همراهی را با اختلالات طبی دارند بنابراین افراد مبتلا حتماً باید از نظر بیماری‌های جسمی مانند بیماری‌های قلبی تنفسی ارزیابی شوند. اگر فردی که حمله پانیک دارد همیشه نگران وقوع مجدد حمله‌ها باشد یا از ترس بروز حمله رفتارش تغییر کند مثلاً هیچ گاه تنها نماند، حمله‌ها به اختلال پانیک تبدیل می‌شوند.

اختلال استرسی پس از رویداد آسیب‌زا

نوع دیگری از اختلال اضطرابی وقتی ایجاد می‌شود که کودک یا نوجوان در معرض یک واقعه آسیب‌زای جدی قرار بگیرد که برای خودش یا دیگران اتفاق افتاده باشد. برای مثال، سیل، زلزله، تصادف شدید، تجاوز، جنگ، آتش‌سوزی، بستری شدن در بیمارستان، شاهد خشونت بین والدین بودن، مورد آزار جسمی قرار گرفتن، مورد تهدید و آزار و قلدری همسالان واقع شدن. دریافت روش‌های تهاجمی و اعمال جراحی پزشکی نیز می‌تواند همین اختلال را در کودکان سبب شود. در کودکان در مقایسه با بزرگسالان حتی شنیدن چنین وقایعی یا دیدن صحنه‌های آن در رسانه‌ها می‌تواند این اختلال را ایجاد کند. گاه این کودکان والدینی دارند که خودشان در موقعیت‌های آسیب‌زا بوده‌اند و به این اختلال اضطرابی مبتلا شده‌اند. کودک دچار علائمی می‌شود مانند:

(الف) تجربه مجدد واقعه به صورت فکر، تصویر، خاطره و خواب

(ب) اجتناب از موقعیت‌های مشابه و هر محرکی که یادآور آن باشد مثل بو، صدا، رنگ، مکان و ...

(ج) حالت بی‌تفاوتی و کرختی حسی

علائمی مانند: سردرد، تحریک‌پذیری و از جا پریدن، احساس ناامنی و نگرانی از اینکه مردم او را نگاه یا دنبال می‌کنند نیز ممکن است گزارش شود.

در بزرگسالان این معیارها همراه با یکدیگر ایجاد می‌شوند اما در کودکان گاهی ممکن است یکی از معیارها وجود داشته باشد مثلاً فقط اجتناب. در کودکان خردسال تر نشانه‌های اختلال ممکن است به صورت بازی‌های تکراری با محتوای مربوط به واقعه بروز پیدا کند یا کودک حرکاتی نشان دهد انگار که موقعیت را بازسازی می‌کند (برای مثال کودکی که گروگان گرفته شده و در اتاق تاریکی محبوس بوده اکنون خود مرتب به گوشه‌ای تاریک یا داخل کمد می‌رود و چمباتمه می‌زند). گاهی کودک با عروسک‌هایش واقعه را بازسازی می‌کند مثلاً کودکی که در تصادف پایش را از دست داده، با ماشین‌هایش صحنه تصادف را ترتیب می‌دهد اما ماجرا را به شکلی دیگر تمام می‌کند یا به این شکل تمام می‌کند که بدنش هیچ آسیبی ندیده. این اختلال گاه به صورت یک پدیده حاد ایجاد می‌شود و ظرف یک ماه بهبود میابد. گاه نیز مدت‌ها پس از حادثه بروز پیدا می‌کند.

نکته‌های مهم مرتبط با اضطراب کودکان

اختلالات اضطرابی در کودکان معمولاً با علائم افسردگی همراه است. در برخی موارد ممکن است کودکان مضطرب از رفتارهای آسیب‌رسان به خود برای آرام کردن خودشان استفاده کنند مثلاً به صورت ایجاد برش‌های سطحی یا کشیدن موی خودشان.

در کودکانی که مبتلا به اختلالات تکاملی هستند مانند اوتیسم یا تاخیر تکلم، اضطراب منتشر شایع است. به خصوص وقتی قرار است برنامه‌های معمول زندگی تغییر کند، انعطاف‌ناپذیری و تحریک‌پذیری این کودکان زیاد می‌شود.

معمولاً علائم اضطرابی در خانواده‌ها انتقال بین نسلی دارد و به صورت یک پدیده خانوادگی بروز می‌کند. منظور این است که وقتی یک کودک

مضطرب وجود دارد یکی از والدین به خصوص مادر هم علائم اضطرابی دارد. کودکان مضطرب هم از نظر ژنتیکی استعداد ابتلا به اضطراب را از والدین خود به ارث می‌برند و هم در محیطی رشد و تکامل پیدا می‌کنند که به دلیل افکار و رفتارهای اضطراب‌برانگیز والدین به استعداد بیولوژیک آنها دامن زده می‌شود. پیامی که کودک از محیط می‌گیرد این است که جهان نا امن است، همیشه خطر

نکته:

اضطراب یک احساس واقعی است و به دلیل تلقین به خود ایجاد نمی‌شود. راه از بین بردن اضطراب این نیست که به کودک بگوییم «این موضوع که ترس ندارد» یا او را مورد ریشخند قرار دهیم یا مجبورش کنیم با چیزی که می‌ترسد مواجه شود. برای کنار آمدن با ترس و اضطراب کودک را باید آماده کرد.

وجود دارد، او به تنهایی نمی‌تواند از خودش مراقبت کند، از پس کارهایش بر نمی‌آید و همیشه باید تحت حمایت و نظارت والدین باشد. مادران مضطرب معمولاً در همه امور کودک دخالت دارند و همه امور را چک می‌کنند تا مشکلی برای کودک پیش نیاید. آنها بیش از حد از فرزندشان مراقبت و حمایت می‌کنند زیرا نگرانند که او آسیب ببیند یا نتواند از خود محافظت کند. آنها رفتارهای اجتنابی کودک خود را تقویت می‌کنند و به منظور حفظ امنیت و سلامت او اجازه نمی‌دهند که با محیط و پیامدهای طبیعی آن مواجه شود. این روش کودک را مطیع و وابسته و بی‌مهارت بار می‌آورد گرچه در سال‌های نخستین، این شیوه باعث آرامش و امنیت خاطر مادر می‌شود اما در سنین بالاتر باعث می‌شود مادر از بی‌مهارتی و ناتوانی کودک خود آزرده شود و او را مورد سرزنش و بازخوردهای منفی قرار دهد. به خاطر داشته باشید در بسیاری موارد اضطراب کودکان به علل طبیی ایجاد می‌شود. از جمله این علتها می‌توان به آسم، دیابت، عوارض داروها (تئوفیلین، محرک‌های بتا، استروئیدها، SSRI ها، آکاتزیا و افزایش فعالیت حرکتی)، و مصرف مواد (کافئین، نیکوتین، کوکائین) اشاره کرد.

مداخلات درمانی

درمان دارویی

گرچه بر اساس شواهد موجود بهترین روش درمان اضطراب در کودکان و نوجوانان مداخلات شناختی رفتاری است، کاربرد داروهای مهار کننده بازجذب سروتونین نیز مؤثر است. به این منظور می‌توان از فلوکستین، سرتالین و سیتالوپرام با دوز پایین استفاده کرد. درمان اضطراب باید به مدت ۸-۱۲ ماه پس از کنترل علائم ادامه یابد. قطع زودرس هر یک از درمان‌ها با احتمال بالای عود همراه است. (برای اطلاعات بیشتر به بخش داروهای ضد افسردگی در صفحه ۴۱ مراجعه کنید)

نکته:

هدف از درمان اضطراب این نیست که آن را از وجود کودک ریشه کن کنیم بلکه باید این مهارت را به او بیاموزیم که با آن کنار بیاید. تکرانی و دلشوره احساس‌هایی طبیعی‌اند اما وقتی شدت آنها زیاد باشد ایجاد مزاحمت می‌کند. کودک باید یاد بگیرد با اضطراب به عنوان یک مشکل روبرو شود و پرايش راه حل پیدا کند. او می‌تواند پیام‌زد شدت اضطرابش را کاهش دهد.

درمان‌های غیردارویی

درمان شناختی رفتاری مداخله اصلی در کنترل اضطراب کودکان و نوجوانان است. در این روش کودک انواع هیجانات و روش تشخیص آنها را می‌آموزد، نشانه‌های بدنی آن را تشخیص می‌دهد، فکرهای اضطرابی را شناسایی و آنها را با فکرهای سازگارانة جایگزین می‌کند. کودک یاد می‌گیرد که اضطراب یک هیجان طبیعی است اما وقتی شدید باشد باید به عنوان یک مشکل به آن نگاه کرد و برای آن به دنبال راه حل گشت. بخش مهمی از این درمان به آموزش روانشناختی والدین اختصاص دارد تا ضمن اصلاح دیدگاه‌های آنان در مورد اضطراب، به آنان بیاموزد چگونه به کودکشان کمک کنند تا به جای اجتناب از موقعیت‌های ترسناک، به آنها نزدیک شود. والدین یاد می‌گیرند با کاربرد روش‌های تشویقی رفتارهای سازگارانة فرزندشان را تقویت کنند.

نکته:

اضطراب کودکان ارتباط تنگاتنگی با اضطراب والدین دارد و وابستگی میان کودک-والد را افزایش می‌دهد. در بسیاری موارد این اضطراب والدین است که باعث تشدید ترس کودکان می‌شود و اجازه نمی‌دهد که آنها موقعیت‌های مناسب را تجربه کنند.

به والدین بگویید:

- ممکن است از دید اطرافیان ترس و اضطراب کودکان غیرمنطقی و بی‌اهمیت باشد ولی باید توجه داشت که برای خود او این احساس بسیار واقعی و ملموس است و به درک و همراهی دیگران نیاز دارد.
 - شرایطی را فراهم کنید تا کودک یا نوجوان به طور باز و آشکار راجع به احساسات و افکارش صحبت کند و با آرامش به صحبت‌های او گوش دهید.
 - شیوه صحیح زندگی و تنظیم برنامه روزانه سالم مثل تغذیه مناسب، استراحت کافی، ورزش، اجتناب از مصرف سیگار و الکل و ... در بهبودی کودکان تأثیر دارد.
 - درمان اضطراب اغلب به زمان نیاز دارد. شما و کودک باید صبور باشید.
- با توجه به شیوع اضطراب جدایی و ترس از امتحان در کودکان نکته‌های عملی زیر را می‌توان برای کاهش این علائم به والدین آموزش داد.

اختلال اضطراب جدایی

نکات زیر را در مورد کودکانی که از اضطراب جدایی رنج می‌برند، در نظر بگیرید:

- این اختلال که شایع‌ترین اختلال اضطرابی در کودکان محسوب می‌شود در بسیاری از اوقات با بروز علائم جسمی همراه است. کودکان مضطرب معمولاً به دلیل مشکلات جسمی خود به متخصصین کودکان یا گوارش مراجعه می‌کنند و تحت بررسی‌های متعدد جسمی قرار می‌گیرند. در نتیجه به والدین توضیح دهید که اضطراب گاه علائم جسمی شدید دارد و پس از درمان این علائم نیز کاهش می‌یابد و از بین می‌رود.
- ممکن است برای کاهش اضطراب شدید کودک به مداخله دارویی نیاز باشد.
- باید استرس‌های موجود در خانواده مثل طلاق، جدایی، بدرفتاری جسمی و هیجانی با کودک و مسائل دیگر مورد بررسی و مداخله قرار گیرد.
- والدین نقش بسیار مهمی در درمان ایفا می‌کنند. باید آنها را تشویق کنید تا نیاز کودک را هم به امنیت و هم به زندگی مستقل و غیر وابسته درک کنند.
- برگشت به مدرسه نقش حیاتی در فرایند درمان دارد. برای این کودکان، مدرسه را به خانه نمی‌آوریم. بهتر است آنها با موضوع ترس خود روبه رو شوند. مدرسه رفتن مرتب، اغلب باعث کاهش و بهبود علائم این کودکان می‌شود. ضروری است والدین یک برنامه صبحگاهی هماهنگ و ثابت برای حمایت از کودک و کمک به او در مورد مدرسه رفتن، ترتیب دهند.
- باید بین پزشک، خانواده و مدرسه همکاری و هماهنگی برای رسیدن به درمان مناسب وجود داشته باشد.
- در موارد بسیار شدید لازم است به طور تدریجی و در زمان‌های کوتاه‌تر، کودک جدایی از والدین را تجربه کند.
- برای تلاش‌های موفقیت‌آمیز کودک پاداش و جایزه در نظر گرفته شود.
- در صورتی که کودک از رفتن به مدرسه یا مهد کودک امتناع می‌کند و در منزل می‌ماند، نباید در آن زمان محیط خانه پر از سرگرمی و تفریح و مناسب برای استراحت باشد و به اصطلاح شرایط به گونه‌ای نباشد که به کودک زیاد خوش بگذرد چون همین موضوع، مشکل کودک را در نرفتن به مدرسه تشدید می‌کند.
- از والدین بخواهید ابتدا کودک را در زمان‌هایی کوتاه به مراقب جدید یا مهد کودک بسپارند، زمان‌هایی که بتواند تجربه‌های مثبتی را در آن کسب کند.
- قبل از آن که کودک را در محیط جدید ترک کنند و او را تنها بگذارند، کمک کنند که با محیط و افراد جدید آشنا شود.

- روی موارد مثبتی که در محیط جدید رخ می‌دهد متمرکز شوند؛ نگذارند بچه‌ها از تصور چیزهای بدی که ممکن است اتفاق بیفتد، نگران شوند و بترسند.
 - اضطراب کودک را به تمسخر نگیرند و او را به خاطر این ترس و اضطراب سرزنش نکنند.
 - اجازه دهند کودکشان بداند که می‌فهمند چقدر سخت است انسان از کسی که تا این حد دوستش دارد جدا شود. او را درک کنند و بپذیرند اما زیاد با او همدردی و برایش دلسوزی نکنند.
 - تسلیم خواسته کودک نشوند و به او بفهمانند که در امنیت و سلامت است.
 - عشق، محبت و علاقه بی‌قید و شرط خود را از کودک دریغ نکنند.
 - او را به کودکان دیگری که در آن محیط هستند معرفی کنند و بازی و تفریح خاصی را با آنها ترتیب دهند.
 - انتظار آن را داشته باشند که در چند هفته اول ورود به مهد کودک و یا مدرسه فرزندشان خسته و بیش از حد تحریک‌پذیر باشد.
 - هنگام ترک کودک، او را ببوسند و با نوازش مختصر و خوشرویی از او خداحافظی کنند.
 - مراسم خداحافظی و ترک کودک را خیلی طولانی نکنند. بر احساسات دلسوزانه خود غلبه کنند و چند بار نروند و برگردند.
 - دزدکی و یواشکی کودک را ترک نکنند. اگر قصد دارند او را ترک کنند با آرامش به او بگویند که می‌روند و در زمان مقرر بر می‌گردند. مثلاً به کودک نگویند: «همین با پشت در کلاس هستم» ولی زمانی که کودک برای چک کردن آنها می‌آید ببینند که نیستند.
 - قبل از شروع زمان مهد کودک، آمادگی و یا مدرسه، کتاب، دفتر و وسایل مورد نیاز کودک را تدارک ببینند و او را نیز در این زمینه مشارکت بدهند.
 - حتی زمانی که فکر می‌کنند مربی و یا معلم فرزندشان سختگیر است و یا او توسط کودک دیگری مورد اذیت قرار گرفته، او را از مدرسه و یا مهد کودک خارج نکنند بلکه اقدامات لازم را به کار ببرند تا مشکل حل شود.
 - اگر کودک تحت هیچ شرایطی حاضر نشد به مهد کودک یا مدرسه برود و در منزل بماند، برای او زیاد اسباب تفریح و سرگرمی فراهم نکنند.
 - در بازی‌ها با ایفای نقش، مراحل جدایی را با کودک تمرین کنند.
 - پس از بردن کودک به مهد کودک یا مدرسه مدتی آنجا بمانند، سپس کودک را با معلم یا مربی تنها بگذارند و دوباره نزد او برگردند.
- در صورتی که کودکان خردسال علائم اضطراب جدایی دارند و والدین نگران بروز مشکلاتی در زمان شروع مهد کودک یا مدرسه هستند توصیه‌های زیر می‌تواند کودک را برای تحمل بهتر جدایی در آینده آماده کند:
- از ۶ ماهگی به بعد، گاه در زمان‌هایی کوتاه از پرستار کودک و یا یکی از اشخاص نزدیک بخواهند تا از کودک مراقبت و نگهداری کند. این موضوع علاوه بر آن که کمک می‌کند کودک در مقاطع زمانی کوتاه، دوری از مادر را تجربه کند، فرصتی را نیز در اختیار او قرار می‌دهد تا اعتماد به دیگر بزرگسالان در وجودش شکل گیرد.
 - از ۱۲ ماهگی به بعد کودک را وارد ارتباط با همسالان کنند (گرچه کودک در این مرحله معمولاً وارد بازی‌های مشارکتی نمی‌شود) و از ۳ سالگی فرصت تجربه بازی‌های گروهی را به او بدهند.

- از ۳-۴ سالگی کودک می‌تواند بعضی اشکال کلاس‌های پیش‌دبستانی و مهدکودک را تجربه کند. این مورد به خصوص برای کودکانی که زیاد به والد خود وابسته هستند، توصیه می‌شود.

از والدین بخواهید به معلم، مربی یا پرستار کودک توصیه کنند که:

- با خوشرویی و آرامش خود را به کودک معرفی و از او دعوت کند با اسباب‌بازی‌ها بازی کند یا چیزی بخورد.
- اگر کودک دچار حمله هراس شده است، اجازه دهد مادر نزد وی بماند تا آرام تر شود و او را با صدایی گرم، محبت‌آمیز، راسخ و قاطع آرام کند.
- هرگز کودک را به خاطر اضطراب و غمگینی‌اش مورد انتقاد قرار ندهد.
- از روش‌های قهری و خشن به جای رفتار قاطعانه استفاده نکند. ممکن است برخی فکر کنند که والدین کودک را لوس بار آورده و در تربیت او اهمال کرده‌اند و به همین دلیل تصمیم بگیرند که کودک را بدون توجه به اضطراب او از والدین جدا کنند. معمولاً چنین روش‌هایی نتیجه عکس دارد و اضطراب و ترس کودک را از جدایی و مدرسه افزایش می‌دهد.

در صورتی که کودک موارد زیر را نشان می‌دهد، لازم است او را مورد ارزیابی دقیق‌تر قرار دهید و برای مشاوره تخصصی‌تر ارجاع کنید:

- اگر پس از گذشت ۲ هفته هنوز آرام نگرفته است و مشکلات هنگام جدایی ادامه دارد.
- صبح‌ها قبل از جدا شدن از مادر و رفتن به مهد کودک یا مدرسه شکایات جسمی مکرر مانند سردرد، دل‌درد، سرگیجه، حالت تهوع، استفراغ، تپش قلب و ... دارد.
- اضطراب جدایی به سال‌های مدرسه ابتدایی کشیده شده است و با فعالیت‌های متناسب رشدی و سنی کودک تداخل دارد.
- کودک در هیچ مرحله‌ای از زندگی خود دچار اضطراب جدایی نشده است.
- امتناع از رفتن به مدرسه در کودکان بزرگتر و نوجوانان اغلب بیانگر مشکل جدی‌تری است که نیازمند کمک تخصصی است.

اضطراب امتحان و روش‌های مقابله با آن

به والدین و کودک/نوجوان بگویید برای مدیریت احساس اضطراب امتحان باید روی علائم جسمی، علائم فکری-شناختی و هم تغییر روش زندگی کار کرد.

کاهش علائم بدنی اضطراب:

در زمان استرس و اضطراب، علائم بدنی مثل سفتی و انقباض عضلات، رنگ پریدگی، احساس خفگی، تندى تنفس، لرزش اندام‌ها و ... را تجربه می‌کنیم. حال اگر بیاموزیم به طریقی بدن خود را آرام کنیم، نشانه‌های اضطراب نیز کاهش می‌یابد و ما احساس آرامش بیشتری می‌کنیم، مثل:

- استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی
- نفس عمیق
- یکی از حس‌های خودمان را درگیر کنیم (دوش گرفتن، گوش کردن به یک موسیقی آرام، حرف زدن با یک دوست، قدم زدن، تماشای یک فیلم یا یک منظره، راه رفتن، دویدن و ...).

کاهش علائم فکری و شناختی اضطراب:

- متوقف کردن گفت و گوی منفی با خود. بسیاری از اوقات ما در زمان استرس و اضطراب با خود شروع به صحبت می‌کنیم، حرف‌هایی که همه بار منفی دارد و ذهن و جسم ما را خسته می‌کند. باید به کودکان کمک کرد این گفت و گوهای منفی ذهنی را بشناسند و آنها را متوقف و با گفت و گوی مثبت جایگزین کنند. این گفت و گوی ذهنی اضطراب آور را (من قبول نمی‌شوم. می‌دانم در این امتحان رد می‌شوم. چرا هیچ چیز یاد نمی‌گیرم؟ همه چیز از ذهنم رفته. مثل فنک‌ها شدم. آه رد بشوم مامان و بابا چه می‌گویند؟ معلم رابع به من چه فکری می‌کند و ...) به این گفت و گوی سازگارانه تبدیل کنند: (قبلاً هم امتحان داشتم و نمره خوبی گرفتم ... این هم می‌گذرد. من تلاش خودم را کرده‌ام و حالا هم با هواس جمع می‌روم سر جلسه و ...).
- کمک کنید کودک/نوجوان انتظارات غیر واقعی و بیش از حد از خودش را تعدیل کند (من باید در این مسابقه ورزشی نفر اول بشوم. من باید پزشکی قبول بشوم. من باید تهران قبول بشوم. رتبه ۱۴ باید زیر ۵۰ باشد).
- والدین انتظارات غیر واقعی و کمال طلبانه خود را تعدیل کنید و بر اساس توانایی فرزندان از او انتظار داشته باشید. انتظارات ما از یک کودک مبتلا به بیش‌فعالی و اختلال یادگیری یا کودک مبتلا به کم‌توانی ذهنی متفاوت از کودکی با هوش طبیعی و بدون وجود اختلالات مذکور است. انتظارات غیرواقع بینانه، کودک را مضطرب می‌کند.
- کودک را تشویق کنید راجع به احساسات و نگرانی‌های خود با والدین و معلمش صحبت کند.
- تعجیل و شتاب را کاهش دهید. مواقعی که کودکان دچار اضطراب می‌شوند عجله می‌کنند و بی‌قرار می‌شوند. صفحه اول را می‌خوانند و می‌روند به فصل دیگر. یک کتاب را کنار می‌گذارند و سراغ کتاب دیگر می‌روند. در عین حال که مشغول خوردن هستند درخواست تنقالات می‌کنند. این مسئله نگرانی آنها را بیشتر می‌کند. در این مواقع شما باید مداخله کنید و به دروس کودک خود نظم بدهید. به طور مثال پیشنهاد دهید اول دروس سبک‌تر و راحت‌تر و فصل‌های کوچک‌تری را که آسان‌تر است و کودک تسلط بیشتری بر آنها دارد، شروع کند. این موضوع یک بازخورد مثبت به کودک می‌دهد و از اضطراب او می‌کاهد.
- تقسیم‌بندی و فهرست برداشتن از فصولی که باید خوانده شوند: امروز چند فصل، فردا چند فصل. بعضی از کودکان مانند آنهایی که بیش‌فعالی دارند نمی‌توانند زمان بندی و برنامه ریزی مناسب داشته باشند.

تغییر روش زندگی، برنامه‌ریزی و مدیریت زمان:

- نوشتن برنامه‌ای از فعالیت روزانه و ساده کردن جدول برنامه‌ها (گاه آنقدر برنامه درسی کودک را پیچیده می‌کنید که او از خیر انجام آن می‌گذرد).
- نظم دادن و سازمان‌دهی کردن؛ فضای کار، مطالعه و درس کودک باید منظم و مرتب باشد. بدانند چه چیزی کجاست و کجا باید به دنبال وسیله مورد نظر خود بگردد. محیط‌های شلوغ و نامنظم فرد را آشفتگی و سر در گم می‌کنند.
- استراحت کردن؛ کودک باید به طور دوره‌ای هر چند وقت یکبار زمانی را برای آرامش، قدم زدن، استراحت و یا خوردن در اختیار داشته باشد.
- ورزش منظم؛ ورزش به تسکین تنش‌های هیجانی کمک می‌کند، مثلاً ۳۰ دقیقه ورزش سبک در بیشتر روزهای هفته.
- خواب کافی؛ رفتن به رختخواب و بیدار شدن در زمان‌های ثابت، خواب سالم‌تر را برای کودک به ارمغان می‌آورد و در نهایت به توجه و تمرکز بهتر و کارایی مفیدتر در طول روز منجر می‌شود.
- تغذیه خوب، مناسب و کافی (مثل خوردن صبحانه، غذای فیبردار و ویتامین دار).

- حفظ ارتباطات اجتماعی؛ بسیاری از دانش آموزان در زمان تحصیل و امتحان کلیه ارتباطات فامیلی و اجتماعی شان را قطع و خود را کاملاً منزوی می کنند، درحالی که گذراندن زمانی با دوستان و فامیل و وقت گذاشتن و صحبت کردن با آنها می تواند انرژی، نشاط و انگیزه فرد را برای انجام امور درسی و کاری بیشتر کند.
- ممکن است کودکان برای فرار از اضطراب، مرتب خوراکی و تنقلات بخورند، تلویزیون تماشا کنند، پای کامپیوتر بنشینند و شروع درس را به تعویق بیندازند. این حالت یک چرخه معیوب پدید می آورد که وضعیت را بدتر می کند.

به والدین بگویید برای کاهش اضطراب امتحان کودکان به نکته های زیر توجه کنند:



- کمال طلب نباشید و برای کوچک ترین تلاش و موفقیت کودک ارزش قائل شوید و پس از هر موفقیت و تلاش به او پاداش دهید.
- از ایجاد ترس و اضطراب در فرزند خود اجتناب کنید «آکه قبول نشوی می دانی که پدرت چه کار می کند؟ دیگر نه من نه تو! تمام زحمات من را هدر داده ای. شیرم را هلاکت نمی کنم. دیگر باها تو حرف نمی زنم. در فامیل آبرویمان می رود».
- انتظارات غیر واقعی و بیش از حد از فرزند خود نداشته باشید. ضعف ها و ناتوانی های او را در نظر بگیرید.
- انتظارات غیر واقع بینانه فرزند خود را تعدیل و خطاهای شناختی او را اصلاح کنید «من باید نفر اول بشوم، آکه نشوم فوراً را می کشم».
- سعی کنید فرزندان را در وضعیتی قرار ندهید که تنها یک راه پیش روی خود داشته باشد (فقط قبولی). اگر قبول نشود چه؟ یعنی به احتمالات دیگر هم بیندیشید و برای آنها برنامه ریزی کنید.
- به کودک بیاموزید که اشتباهات خود را ببخشد.
- نگرانی کودکان خردسال تر ممکن است پنهان باشد و با شکایات جسمی و یا تمرکز بر یک کار و برنامه دیگر، اتلاف وقت کنند که همین موضوع آنها را ناراحت تر می کند و یک چرخه معیوب به وجود می آورد. نگرانی ممکن است بخش مهمی از زندگی کودکان باشد. با شناختن علائم اضطراب و تلاش برای کاهش و رفع آنها می توانید به فرزندان کمک کنید.
- کمک کنید گفت و گوی ذهنی منفی کودک با خودش کاهش یابد: «هیچ چیز یارم نیست. رد می شوم»، به کودک بیاموزید به خودش بگوید: «یه نفس عمیق می کشم یارم میار. قبلاً هم این احساس رو داشتم ولی امتحانم رو فوب دارم و...»
- کودکان را تشویق کنید راجع به نگرانی ها، ترس ها و ضعف های خود صحبت کنند. این موضوع باعث آگاهی کودک نسبت به خودش و تلاش برای تغییر و تعدیل وضعیت می شود.
- کمک کنید کودک برای خواندن دروسش برنامه ریزی کند (امروز چه فصولی را بخواند، چقدر زمان دارد و ...)، برنامه را بنویسد و آن را پیچیده نکند.
- در ابتدا از فصول و درس های راحت تر شروع کنید.
- کمک کنید کودک روشی سالم برای زندگی روزمره خود انتخاب کند (تغذیه خوب، خواب کافی، ورزش منظم).

- از تکنیک‌های تنفس عمیق شکمی و آرام‌سازی برای کنترل اضطراب کودک استفاده کنید.
 - زمان‌های کوتاهی را برای آرامش، استراحت و تجدید قوا در نظر بگیرید (استراحت کوتاه، خوردن میوه، گوش کردن به موسیقی، حرکت و جنب و جوش و ...).
 - وسایل و تجهیزات امتحان کودک را از شب قبل آماده کنید.
- در مورد امتحان کنکور و امتحانات نهایی که حوزه امتحانی ناآشناست، شرایطی را فراهم کنید تا فرزندان روز قبل از آزمون با محل آشنا شود.

اختلال وسواسی جبری

وسواس در میان کودکان و نوجوانان به حدی شایع است که به آن اپیدمی مخفی (شیوع ۱ تا ۲ درصد) می‌گویند. کودکان نشانه‌های خود را از دیگران پنهان می‌کنند و وسواس‌ها تنها در برخی زمینه‌ها عملکرد آنان را مختل می‌کند، بنابراین در ۹۰ درصد موارد وسواس آنان تشخیص داده نمی‌شود و درمان دریافت نمی‌کند.

مشخصه اصلی این اختلال بروز فکرهای ناخوشایندی است که ناخواسته به ذهن فرد خطور می‌کند و باعث می‌شود که او دچار احساسات آزار دهنده مانند اضطراب، ناراحتی و عصبانیت شود. فرد برای راحت شدن از این فکرها و حالت‌های هیجانی مزاحم مجبور می‌شود رفتارهایی انجام بدهد. این رفتارهای اجباری به صورت موقت آرامش را به فرد برمی‌گرداند اما چون وسواس‌ها بارها و بارها بازمی‌گردند او نیز باید رفتارهای اجباری را مکرراً انجام دهد. به دلیل هم‌زمانی افکار وسواسی و رفتارهای اجباری به این اختلال، وسواسی جبری می‌گویند. وقتی وسواس خفیف‌تر است راحت‌تر می‌شود در برابر آن مقاومت کرد، در نتیجه زمان کمتری صرف اجبارها می‌شود. با افزایش شدت این اختلال عملکرد فرد بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد و درموارد مزمن و شدید زندگی او فلج می‌شود.



نکته:

وقتی کودکی ویژگی‌های شخصیتی وسواسی دارد، حالت‌های وسواسی در بیشتر موقعیت‌های زندگی او دیده می‌شود. برای نمونه او تمیز، منظم، دقیق، سروقت، کمال طلب، و اخلاقی است. اما در بیماری وسواسی-جبری ممکن است کودک در یک زمینه به شدت وسواس به خرج دهد اما در سایر موارد کاملاً بی‌نظم یا غیربهداشتی رفتار کند. برای مثال کودکی که وسواس چک کردن دارد و درها و شیر گاز و لوازم کیفیت مدرسه‌اش را بارها و ارس می‌کند اما اتاقش بسیار به هم ریخته است و برای شستن دست‌هایش باید بارها به او یادآوری کنند. این موضوع والدین را متعجب یا عصبانی می‌کند. آنها می‌پرسند اگر وسواس دارد پس چرا اتاقش اینقدر شلخته است یا تمیزی را رعایت نمی‌کند. این خصوصیت یکی از ویژگی‌های مهم اختلال وسواسی-جبری است.

اختلال وسواسی- جبری در کودکان و نوجوانان از جهاتی با بزرگسالان متفاوت است.

۱. بیشتر کودکان آگاهی چندانی نسبت به مشکلات خود ندارند و قادر نیستند علائم خود را توضیح دهند. بسیاری از کودکانی که توانایی شناختی و کلامی بیشتری دارند نیز از ترس این که دیگران فکر کنند آن‌ها بچه بدی هستند، یا غیرطبیعی هستند یا تقصیر خودشان است که این کارها را انجام می‌دهند، وسواس‌های خودشان را مخفی می‌کنند.
۲. در بسیاری از کودکان رفتارهای اجباری بدون این که با فکر وسواسی مشخصی همراه باشند دیده می‌شوند. در این موارد تشخیص رفتار اجباری از حرکات پیچیده تیک دشوار می‌شود، گرچه در بسیاری موارد تیک و وسواس همراه با یکدیگر دیده می‌شوند. بسیاری از کودکان قبل از آنکه رفتار اجباری را انجام بدهند احساسی در بدن خود تجربه می‌کنند مثل این که قسمتی از بدنشان جور خاصی شده است. گاهی نیز توضیح آن‌ها این است که از نظر ذهنی احساس می‌کنند باید کاری را به شکل خاصی انجام بدهند تا احساس کنند اوضاع درست شده است و خیالشان راحت شود. در مواردی که وسواس با اختلال بیش فعالی کم توجهی و تیک همراه است به جای علائم وسواسی شایع (شستشو، چک کردن)، وسواس‌هایی مثل شمردن، تکرار کردن، منظم کردن، قرینه بودن، ... در این کودکان بیشتر دیده می‌شود.
۳. ماهیت وسواس در کودکان به گونه‌ای است که شکل و نوع آن در طول زمان تغییر می‌کند. برای مثال وسواس شستن مکرر دست جای خود را به پرسیدن سؤال‌های تکراری می‌دهد. در موارد زیادی هم چند نوع وسواس هم زمان با هم دیده می‌شوند.
۴. شدت وسواس در کودکان کم و زیاد می‌شود.
۵. کودکان معمولاً اطرافیان را در وسواس خود درگیر می‌کنند. آنان از پدر یا مادر خود می‌خواهند همان کارهای اجباری را که خودشان انجام می‌دهند تکرار کنند تا خیالشان راحت شود. واکنش والدین به این درخواست‌ها معمولاً به دو حالت انجام می‌گیرد: یا تسلیم درخواست کودک می‌شوند و مقدمات انجام وسواس‌ها و مناسک آن‌ها را فراهم می‌آورند (مثلاً برای کودکی که وسواس شستشو دارد مقدار زیادی مایع دستشویی می‌خرند تا به اندازه‌ای که دلش می‌خواهد دستش را بشوید)، یا با فکرهای وسواسی کودک مقابله می‌کنند، به او فشار می‌آورند یا او را مورد تنبیه، توهین یا تمسخر قرار می‌دهند. هر دو نوع این برخوردها منجر به تشدید و ازمان اختلال می‌شود.

نکته:

والدین بسیاری از اینکه وسواس یک اختلال به حساب می‌آید اطلاعی ندارند. به اعتقاد آنان هر کسی می‌تواند وسواسی عمل کند یا نکند بنابراین از فرزندشان انتظار دارند و به او می‌گویند رفتارهای وسواسی خود را کنار بگذارد، اما وقتی فکرهای وسواسی شدید است با اینکه کودک سعی دارد در برابر آن‌ها مقاومت کند یا حواسش را به چیز دیگری بدهد فکرهای او را نمی‌کنند و او مجبور می‌شود دست به رفتاری بزند که ناراحتی و اضطراب ناشی از وسواس‌ها را حداقل به صورت کوتاه مدت کم کند.

در سنین پایین‌تر وسواس معمولاً همراه با اختلالات اضطرابی دیده می‌شود اما در سن بالاتر احتمال بروز اختلالات خلقی و سایکوتیک افزایش می‌یابد. لازم به یادآوری است که وجود اختلال وسواسی جبری ارتباطی با شخصیت وسواسی ندارد. به این معنی که ممکن است کودکی که در یک حوزه مبتلا به وسواس است در سایر زمینه‌ها نظم، قانون و اصول بهداشتی را رعایت نکند. مثلاً درحالی که حمامش ۴ ساعت طول می‌کشد ماهی یک بار حمام برود یا اتاق به هم ریخته‌ای داشته باشد.

وسواس یک اختلال خانوادگی است و وراثت نقش مهمی در بروز آن دارد. با این حال ممکن است وسواس در مواردی که هیچ سابقه مثبت خانوادگی وجود ندارد نیز بروز کند. گاهی وسواس به صورت حاد و به دنبال یک عامل تنش زا ایجاد می شود که معمولاً در این شرایط با پیش آگهی بهتری همراه است. هر چه بروز وسواس موزیانه تر باشد و بیشتر طول کشیده باشد درمان آن دشوارتر است به خصوص وقتی که فرد علائم خود را به عنوان مشکل تلقی نکند.

✍️ مادری دقت هشت ساله اش زهرا را به دلیل خشکی شدید دست هایش نزد شما آورده است. در مصاحبه مشخص می شود که هر دو روز یک قالب صابون مصرف می کند و قبل و بعد از هر بار نورانی نورین چندین مرتبه دست هایش را می شوید. از کلاس اول دبستان عادت دارد به مضمض اینکه کوچک ترین ایرادی در نوشتن یا نقاشی اش پیش می آید برگه را پاره می کند یا بیش از حد پاک کن را به کار می برد. این موضوع باعث می شود یک تکلیف معمولی چند ساعت طول بکشد و او را خسته کند. از ابتدای سال تحصیلی با همکلاسی هایش بد رفتاری و پرتاشگری دارد. آن هم زمانی که به وسایلش دست بزنند بد تلقی زهرا باعث شده دوستانش او را کنار بگذارند و با او حرف نزنند و بازی نکنند. زهرا می گوید از اینکه نظم وسایلش را به هم بزنند حس بسیار بدی پیدا می کند و به همین دلیل عصبانی می شود. او دیگر تمایلی ندارد به مدرسه برود به اضافه مادر زهرا یکسره به او ایراد می گیرد که تکالیفش را طول ندهد و سرش داد می زند. با این حال از آنهایی که رعایت نظافت برای خانواده زهرا اهمیت فراوانی دارد. برای اینکه او به راحتی به نظافتش برسد همیشه چند قالب صابون میویش را در دستشویی می گذارند و به او اطمینان خاطر می دهند که از بابت تمام شدن صابون نگران نباشد.

به دلیل وجود علائم وسواسی - جبری و ناراحتی و اختلال عملکرد ناشی از آن (در حوزه سلامتی، ارتباطی و تحصیلی) از بیشتر از یک سال قبل، زهرا مبتلا به اختلال وسواسی جبری تشخیص داده می شود.

مداخلات درمانی

بیماری وسواسی - جبری یک بیماری عصبی - رفتاری است. بعد عصبی و مغزی آن را با مصرف داروها و بعد رفتاری آن را با رفتار درمانی شناختی می توان تعدیل کرد. در درمان وسواس، دارو درمانی به تنهایی توصیه نمی شود و بهترین نتیجه با کاربرد توأم درمان های دارویی و غیردارویی به دست می آید، مگر در شرایطی که انجام روان درمانی ممکن نباشد.

درمان دارویی

درمان دارویی وسواس با کاربرد داروهای مهار کننده بازجذب سروتونین صورت می گیرد. فلوکستین، فلووکسامین و سرتالین از داروهایی هستند که شواهد کافی برای اثربخشی آنها در وسواس کودکان موجود است. برای شروع اثر این داروها ممکن است لازم باشد که ۸ تا ۱۲ هفته صبر کنیم. اگر این داروها مؤثر نباشند در مرحله بعد از کلومیپرامین می توان استفاده کرد که اثر ضد وسواس

نکته

تقابل والدین با وسواس های فرزندشان و یا تسلیم در برابر آنها منجر به تشدید اختلال وسواسی - جبری کودکان و نوجوانان می شود. برخورد اول محیط خانه و فضای ارتباطی را پرتنش می کند و سطح اضطراب و استرس هر دو طرف را افزایش می دهد که باعث شدت گرفتن وسواس می شود. برخورد دوم رفتارهای اجباری کودک یا نوجوان را تقویت می کند و او به راحتی اختلال را می پذیرد.

قوی دارد اما به دلیل عوارض جدی تر معمولاً در شروع درمان توصیه نمی شود. درمان وسواس باید حداقل به مدت ۱۸-۱۲ ماه پس از کنترل علائم ادامه یابد زیرا قطع زودرس درمان با احتمال بالای عود همراه است. (برای اطلاعات بیشتر به بخش داروهای ضد افسردگی در صفحه مراجعه کنید)

درمان غیردارویی

مداخلات شناختی رفتاری در وسواس شامل شناخت هیجان و ارتباط آن با فکر و رفتار، آشنایی با ماهیت تکرار شونده و ناخوشایند فکرهای وسواسی و رفتارهایی که برای خلاصی از آنها صورت می گیرد می شود. کودک می آموزد این فکرها را تشخیص بدهد و با فکرهای مناسب تر جایگزین کند تا از شدت رفتارهای اجباری نیز کاسته شود. بخش مهمی از این مداخلات برای افزایش آگاهی والدین در مورد اختلال و اصلاح برخوردهایی است که باید در برابر علائم فرزند خود داشته باشند.

نکته:

هم ابتدایی رفتارهای اجباری و تیک در کودکان و نوجوانان شایع است و تظاهر بالینی را پیچیده و پاسخ به درمان را کمتر می کند. وقتی اختلال توانان وجود دارد علاوه بر درمان وسواس باید تیک را هم درمان کرد. در کنار درمان های شناختی رفتاری، در درمان دارویی می توان به داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین مقدار کمی از یک داروی آنتی سایکوتیک اضافه کرد. تصمیم گیری در این مورد با روانپزشک است.

به والدین بگویید:

- وسواس یک بیماری مزمن و طولانی است و ممکن است درمان آن برای مدت زیادی ادامه پیدا کند.
- مبتلایان به این اختلال به درمان دارویی و غیر دارویی نیاز دارند، همان طور که برای یک بیماری جسمی مثل زخم معده دارو مصرف می کنید برای بیماری های روانپزشکی نیز دارو تجویز می شود.
- وقتی کودکان و نوجوانان شما را درگیر اعمال اجباری خود می کنند (مثل: تو هم دستت را به دیوار بزنی، تو هم صاف بفواب و ...). صبور باشید و از برخوردهای تند و قهرآمیز با کودک پرهیزید.
- ممکن است اضطراب ناشی از افکار وسواسی، کودکان را بیشتر از بزرگ ترها اذیت کند و به همین جهت آنان برای آرام شدن و اطمینان گرفتن به بزرگ ترها پناه می برند.
- شما و سایر اعضای خانواده باید بدانید که بسیاری از رفتارهای کودک مبتلا به وسواس ناشی از بیماری است و او قصد اذیت کردن و لجابت با شما را ندارد.
- شما باید در تمام مراحل درمان، کودک را حمایت و همراهی کنید.
- کوچک ترین تلاشی که کودک برای مقابله با افکار و رفتارهای وسواسی انجام می دهد باید از سوی شما مهم و با ارزش تلقی شود و مورد تشویق قرار گیرد.
- از اعمال زور و خشونت، بحث و جدل با کودک و تنبیه های کلامی و بدنی در مورد کارهای وسواسی وی پرهیز کنند.

- در بسیاری از مواقع که کودک می‌خواهد شما را وادار به اعمال وسواسی کند، بدون مقابله مستقیم رفتار او را نادیده بگیرید و به آن توجه نکنید. به طور مثال وقتی می‌پرسد: «مامان دستم نفس شری»، «دستم تمیز شری»، «ریگم کثیف نیست؟» به گونه‌ای رفتار کنید که گویی سؤال را نمی‌شنوید و او را درگیر فعالیت یا بحث دیگری کنید.
- کودک را به خاطر وسواس‌هایش سرزنش نکنید.

اختلالات خلقی

افسردگی

شناسایی زودرس علائم خلقی از جمله افسردگی در کودکان و نوجوانان از اهمیت زیادی برخوردار است چون درمان به موقع، می‌تواند از پیامدهای منفی اختلالات خلقی در زمینه‌های مختلف تکاملی و افت عملکرد روانی- اجتماعی آنان پیشگیری کند و رفتارهای پرخطر مانند خودکشی و مصرف مواد را نیز کاهش دهد.

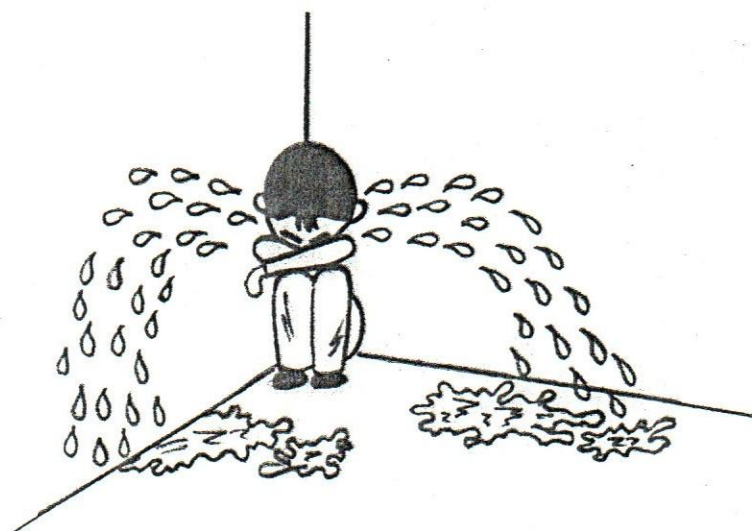
شیوع اختلال افسردگی عمده در کودکان ۲ درصد و در نوجوانان ۴-۸ درصد است اما علائم خفیف‌تر افسردگی در ۱۰-۵ درصد کودکان و نوجوانان دیده می‌شود. نسبت ابتلا که در دوران کودکی بین دخترها و پسرها برابر است پس از سن بلوغ در دخترها دو برابر می‌شود.

کودکان به اندازه نوجوانان نمی‌توانند به صورت کلامی حالت‌های افسردگی خود را بیان کنند و علائم ایشان بیشتر با تحریک‌پذیری، تحمل کم برای ناکامی، بی‌قراری، حملات قشقرق، شکایات جسمی و گوشه‌گیری مشخص می‌شود.

معیارهای افسردگی در کودکان و نوجوانان مانند بزرگسالان است اما نحوه بروز علائم ممکن است تفاوت داشته باشد. به عنوان مثال ممکن است خانواده متوجه کم شدن انرژی کودکان نشوند زیرا ممکن است تنها علامت وجود آن ترجیح کودک به بازی‌های انفعالی مانند بازی‌های کامپیوتری به جای بازی‌های فعال حرکتی مانند فوتبال و یا عدم تمایل او به انجام فعالیت‌های معمول از جمله تکالیف درسی باشد.

نکته:

کودکان خردسال درک درستی از مفهوم مرگ ندارند و ممکن است متوجه برگشت‌ناپذیر بودن آن نشوند و فکر کنند چیزی مثل خواب است که از آن بیدار می‌شویم. از طرفی آنها از نظر شناختی به مرحله‌ای نرسیده‌اند که میزان مرگبار بودن یک روش اقدام به خودکشی را تشخیص دهند. بنابراین اگر کودکی از مرگ صحبت می‌کند و کاری برای مردن انجام می‌دهد که چندان خطرناک نیست، وظیفه پزشک است که این اقدام و علت آن را جدی بگیرد.



علائمی که در افسردگی کودکان و نوجوانان بیشتر از بزرگسالان دیده می‌شود:

- علائم جسمانی از جمله سردرد، دردهای ماهیچه‌ای، دل درد و احساس خستگی بدنی
- غیبت مکرر از مدرسه و ضعف در انجام تکالیف
- صحبت در مورد فرار از خانه یا اقدام به آن
- ترس از مرگ
- حساسیت بیش از حد به طرد
- رفتارهای بی‌مهابا از جمله مصرف مواد

نکته:

اقدام به خودکشی نوجوانان در بسیاری موارد به صورت واکنشی و تکانشی انجام می‌گیرد. رفتاری که معمولاً به دنبال درگیری‌های خانوادگی یا شکست عشقی و عاطفی اتفاق می‌افتد. بنابراین گرچه ممکن است نداشتن نقشه قبلی و پیش‌بینی‌های لازم از پیامدهای خطرناک اقدام به خودکشی بکاهد، اما تکانشی بودن به خودی خود خطر آفرین است. نوجوانی را در نظر بگیرید که ناکهان تصمیم می‌گیرد و از پنجره پیرون می‌پرد یا خود را جلوی ماشین یا قطار می‌اندازد.

علائم اصلی یا زنگ خطرهای وجود افسردگی:

به عنوان پزشک باید بدانید کمتر پیش می‌آید کودک، نوجوان یا والدین شکایت از افسردگی داشته باشند. به علائم خطر توجه داشته باشید تا در صورت مثبت بودن، شرح حال کامل افسردگی و اختلالات همراه را از فرد و خانواده اخذ کنید. این علائم را می‌توان در چهار دسته خلاصه کرد:

علائم جسمی:

- تغییر در زمان و کیفیت خواب؛ مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن‌های مکرر، عدم رفع خستگی پس از خواب یا پرخوابی در طول روز و به خصوص سر کلاس یا بعد از آن
- تغییر اشتها؛ پراشتهایی یا بی‌اشتهایی
- گاه پرخوری راهکاری است که برای بهبود خلق به کار می‌رود. گاهی همانند کاهش سایر علاقه‌ها، اشتها به غذاهای محبوب قبلی نیز کم می‌شود.
- کندی روانی حرکتی؛ اگر مدتی است سرعت حرف زدن، راه رفتن، انجام فعالیت‌ها، خواندن و نوشتن تکالیف او کم شده، یا حتی هنگام بازی و پیروی از دستورات نیز کند عمل می‌کند.
- بی‌قراری جسمی؛ اگر مدتی است مدام وول می‌خورد یا راه می‌رود و ذکر می‌کند که نمی‌داند چه کند و چه مشکلی دارد.

علائم رفتاری:

- دوری‌گزینی؛ اگر مدتی است از انجام فعالیت‌ها و بازی‌های روزمره سر باز می‌زند یا از خانواده و دوستان دوری می‌کند. در بسیاری مواقع، اتاق خواب یا یک گوشه خلوت، محل پناه همیشگی می‌شود.

- افزایش وابستگی؛ ممکن است بیش از حد معمول به خانه یا مراقب و والدین وابسته شود و احساس ناامنی در رفتار و کلامش نمودار باشد.
- فعالیت بیش از حد؛ به ندرت افسردگی سبب می‌شود که فعالیت‌های خاصی را بیشتر انجام دهد اما معمولاً این فعالیت‌ها از نوعی هستند که انرژی زیادی لازم ندارند مانند بازی‌های کامپیوتری یا سرگرم شدن با تلویزیون و موبایل.
- آسیب به خود؛ ممکن است برای کنار آمدن با خلق ناخوشایند کارهایی انجام دهد که با درد جسمی همراه است از جمله کوبیدن سر یا دست به دیوار یا خودزنی.

علائم هیجانی:

نکته:

- غمگینی؛ ممکن است خانواده متوجه شوند که مدتی است کمتر از قبل می‌خندد، به سرعت به گریه می‌افتد، یا سعی می‌کند بغضش را پنهان کند و اشک نریزد.
- از دست دادن علاقه‌ها و لذت‌ها؛ اگر والدین توجه کنند که او به ناگهان فعالیت بسیار محبوبش (مثلاً شرکت در فعالیت ورزشی- هنری و ...) را کنار می‌گذارد و دیگر علاقه‌ای به آن نشان نمی‌دهد.
- اضطراب؛ احساس بی‌قراری ذهنی، اضطراب و حتی عصبانیت به دلیل نگرانی شدید ممکن است دیده شود.

گاهی کودکان یا نوجوانان از روی عصبانیت یا ناکامی اعلام می‌کنند که می‌خواهند بمیرند یا خودکشی کنند اما واقعاً تمایل یا قصدی برای پایان یافتن زندگی ندارند. وقتی اختلالات رفتاری وجود دارد نیز این اظهارات یا تهدیدها وجود دارند و ممکن است یک رفتار آموخته و تقویت شده، و یا نشانه‌ای از یک اختلال اضطرابی یا خلقی باشند که باید مورد ارزیابی قرار بگیرد.

علائم شناختی:

- ممکن است راجع به خود یا دیگران افکار منفی پیدا کند، به اطرافیان بدبین شود، فکر کند دیگران او را دوست ندارند یا مسخره می‌کنند، مدرسه رفتن را بی‌ارزش بداند یا امید به زندگی را از دست بدهد.
- ممکن است تمرکز و به خاطر آوردن وقایع برایش مشکل شود.
- ممکن است دچار احساس گناه و بی‌ارزشی شود.
- ممکن است ترس از مرگ و یا آرزوی مردن و افکار خودکشی در او پدیدار شود.

نکته:

در بسیاری از موارد افسردگی کودک یا نوجوان مورد توجه والدین قرار نمی‌گیرد و از آنجایی که ممکن است به صورت تدریجی شروع و سپس مزمن شده باشد، به سرشت یا شخصیت او نسبت داده می‌شود. خانواده توصیف می‌کنند که او پداخلاق است و نق می‌زند و از چیزی لذت نمی‌برد، ناامید و بی‌انگیزه است، اعتماد به نفس پایین دارد، تعداد دوستانش محدود و به طرد حساس است، یا تنبلی می‌کند و بیشتر دوست دارد بنشیند یا دراز بکشد. این توصیف افسردگی مزمن (دیستایمی) است.

به یاد داشته باشید که معمولاً خانواده‌ها متوجه علائم افسردگی کودکان/نوجوانان نمی‌شوند، بنابراین لازم است حتماً با خود کودک یا نوجوان مصاحبه شود. آنچه خانواده‌ها را به سمت پزشک می‌کشاند شکایات جسمی و یا مشکلات رفتاری ناشی از افسردگی و تحریک-پذیری است.

اگر هر یک از علائم ۴ گروه بالا در کودک یا نوجوان دیده شود باید او را به طور کامل از نظر افسردگی معاینه کرد و به اختلالاتی که در تشخیص افتراقی افسردگی قرار می‌گیرند یا همراه آن دیده می‌شوند نیز دقت داشت از جمله:

- بیماری‌های جسمی مانند هیپوتیروئیدیسم، کم خونی شدید، دیابت، منونوکلئوز، بیماری‌های سیستم ایمنی، بعضی بدخیمی‌های خاص
- عوارض داروهایی مانند بتا بلوکرها، سایمتیدین و استروئیدها
- سایر اختلالات روانپزشکی مانند سوگ، سندروم قبل از قاعدگی، اضطراب، بیش فعالی کم توجهی، مصرف مواد، نافرمانی مقابله جویانه

پژمان یک نوجوان مییزده ساله است که به اصرار پدرش نزد شما آمده و از دل درد و سردرد شکایت دارد پدر می‌گوید علائم به تدریج بوده که چندین بار از مدرسه غیبت کرده است. معاینات و شرح حال جسمانی و آزمایشاتی که تا به حال انجام شده طبیعی هستند پدر ذکر می‌کند که پژمان از یک سال قبل بر خلاف سابق به درس بی‌علاقه شده و بیشتر درگیر موبایل و تلگرام است. خودش می‌گوید که هیچ کس او را نمی‌فهمد به جز دقتی که تازگی‌ها در یک گروه تلگرامی با هم آشنا شده‌اند او احساس غمگینی دارد اما به نظر خانواده عصبی و لج باز شده است. خوابش کم و اشتهايش زياد شده و بیشتر وقت‌ها آرزوی مرگ دارد وقتی پزشک به فکر خودکشی اشاره می‌کند می‌بندش را کنار می‌زند و جای خودزنی با تیغ را نشان می‌دهد او می‌گوید این موضوع را از خانواده پنهان کرده و بهانه آورده که موقع ورزش به پیش فشار آمده و به همین دلیل دستش را بسته است. در خانواده سابقه اختلال دوقطبی وجود دارد. پزشک با تشخیص اولیه اختلال افسردگی، به دلیل افکار خودکشی و خودزنی و سابقه اختلال دوقطبی در خانواده، ضمن استفاده از روش‌های ارتباطی نوجوان را قانع می‌کند که شرایط سخت خلقی و علائم افسردگی او را در حضور خودش برای خانواده توضیح دهد و با حمایت و موافقت خانواده همان موقع ویزیت روانپزشکی را هماهنگ کند.

یک نکته بسیار مهم در بررسی تشخیص‌های افتراقی، تشخیص اختلال افسردگی تک قطبی از علائم افسردگی موجود در اختلال دوقطبی است، وقتی افسردگی قبل از سن بلوغ آغاز می‌شود احتمال اختلال دوقطبی بالا می‌رود. در صورت وجود موارد زیر که احتمال اختلال دوقطبی را افزایش می‌دهد، اگر لازم می‌بینید که داروهای ضد افسردگی تجویز کنید درمان را با احتیاط و پس از مشورت با روانپزشک انجام دهید:

- سابقه وجود اختلال دوقطبی در خانواده
- وجود علائم روانپریشی (پسیکوز) مانند هذیان و توهم
- کندی شدید روانی - حرکتی
- شرح حال تغییرات سریع خلقی بعد از تجویز داروهای ضد افسردگی
- افسردگی از نوع غیر معمول (حساسیت شدید به طرد، پرخوابی، پراشتهایی، تمایل زیاد به مصرف شیرینی)

نکته:

با توجه به این که احتمال اشتباه تشخیصی میان اختلال افسردگی و دوقطبی زیاد است اگر شواهد مشکوکی از نشانه‌های خلق بالا و تحریک‌پذیر می‌بینید کودک را به روانپزشک ارجاع دهید.

مداخلات درمانی

درمان دارویی

بهترین درمان اختلال افسردگی تجویز توأم درمان شناختی رفتاری و داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین (SSRIs) است. به این صورت شروع درمان سریع‌تر، میزان پاسخ‌دهی بالاتر و احتمال عود کمتر می‌شود. معمولاً اثر داروها بعد از دو تا سه هفته نمودار می‌شود. در صورتی که پاسخ درمانی ظرف یک ماه دیده نشود می‌توانید مقدار آن را افزایش دهید یا از داروی دیگری استفاده کنید. درمان دارویی را پس از شروع اثر و کنترل علائم ۱۲-۶ ماه ادامه دهید. قطع دارو را به صورت تدریجی و زمانی انجام دهید که کودک در شرایط کم‌تنش‌تری قرار داشته باشد، برای مثال این کار در فصل تعطیلات و نه در ایام مدرسه صورت گیرد. (برای اطلاعات بیشتر به بخش داروهای ضد افسردگی در صفحه مراجعه کنید)

زمانی برای افسردگی دارو شروع کنید که:

- شدت افسردگی بیش از حدی باشد که به درمان‌های فوق جواب بدهد
 - عملکرد فرد به شدت مختل شده باشد
 - فکر خودکشی و آسیب به خود و دیگران وجود دارد و امکان ارجاع فوری نیست
- نکته: علیرغم شروع دارو، درمان‌های غیردارویی لازم است ادامه یابند

داروهای انتخابی شما در ابتدا باید یکی از داروهای دسته SSRI باشد:

فلوکستین

طبق شواهد در درمان دارویی افسردگی کودکان بهترین اثربخشی را دارد و برای بالای ۸ سال مورد تأیید FDA نیز هست. شروع با ۱۰ میلی گرم در روز است که می‌توان آن را به تدریج به ۲۰ میلی گرم رساند. در صورت وجود سطح بالای اضطراب و یا وقتی در شروع درمان با دارو کودک بیقرار می‌شود می‌توان برای تجویز مقادیر کمتر از شربت استفاده کرد (۲۰ میلی گرم در هر ۵ سی سی).

نکته:

برخلاف بزرگسالان که سرتراپین یک بار در روز تجویز می‌شود، در کودکان بهتر است دو وعده در روز تجویز شود.
(به دلیل نیمه عمر کوتاه‌تر و احتمال بروز عوارض جانبی بیشتر)

سرتراپین

بهتر است دارو را با ۱۲/۵ میلی گرم در روز شروع کرد و هر هفته ۱۲/۵-۲۵ میلی گرم بالا برد تا به ۵۰ میلی گرم در روز برسد.
اسیتالوپرام شروع با ۱۰ میلی گرم در روز است که باید طی سه هفته به ۲۰ میلی گرم رسانده شود.

عوارض داروها:

نکته:

اگر علائم شدید افسردگی و فکر/اقدام به خودکشی یا آسیب به خود وجود دارد، کودک/نوجوان را به سرعت به روانپزشک ارجاع دهید.

- مشکل گوارشی، گیجی و مشکل به خواب رفتن در اوایل درمان
- امکان دارد سندرم سروتونینی (اگرچه نادر است) بروز کند.
- معمولاً اثر داروها بعد از دو تا سه هفته نمودار می‌شود. در صورتی که پاسخ درمانی ظرف یک ماه دیده نشود می‌توان مقدار آن را افزایش داد یا از داروی دیگری استفاده کرد.

نکته مهم: از آنجایی که خطر عدم تشخیص اختلال دو قطبی در کودکان/نوجوانانی که علائم افسردگی دارند وجود دارد و مصرف ضد افسردگی‌ها می‌تواند انرژی و انگیزه اقدام به خودکشی را در این گروه افزایش دهد، لازم است در اوایل درمان با این داروها فواصل پیگیری‌ها کوتاه باشد، هرگونه صحبت در مورد ناامیدی یا مرگ و خودکشی جدی گرفته شود و ارجاع فوری در نظر باشد. این خطر با پاروکستین بیشتر از سایر داروهاست و در کودک/نوجوان تجویز نمی‌شود.

درمان غیردارویی

مداخلات غیر دارویی افسردگی را به سرعت شروع کنید به صورتی که هر مرحله از درمان شامل آموزش روان شناختی، حمایت و درگیر کردن خانواده در درمان و جلب همکاری مسئولین مدرسه باشد. مداخلات درمانی باید ۶ تا ۱۲ ماه پس از بهبودی ادامه داشته باشد، بنابراین با دیدن اولین نشانه‌های بهبودی نباید درمان را قطع کرد زیرا قطع زود هنگام درمان، خطر عود بیماری را افزایش می‌دهد. چنانچه قرار است مداخلات درمانی خاتمه یابد، بهتر است این کار به تابستان موکول شود تا در صورتی که عود رخ دهد عملکرد تحصیلی کودک در مدرسه خیلی تحت تاثیر قرار نگیرد.

در مواردی که افسردگی شدید نیست مداخلات زیر را در نظر بگیرید:

- آموزش روانشناختی درباره ویژگی‌های اختلال افسردگی به کودک/نوجوان و خانواده
- درمان‌های حمایتی
- کاربرد روش‌های گوش کردن فعال و همدلی و امید دادن به بیمار
- شناسایی استرسورهای محیطی و انجام مداخلات لازم و ساده (کمک به حل اختلافات خانوادگی و راهنمایی خانواده برای پیگیری درمان، برطرف کردن یا کنار آمدن با مشکلات مدرسه، مسائل بین دوستان، اضطراب امتحان و ...)
- فعال‌سازی جسمی و حرکتی (برنامه‌ریزی تدریجی برای افزایش فعالیت‌های حرکتی و تشویق کودک برای انجام آنها)
- تنظیم خواب کودک
- کمک به کودک برای استفاده از روش‌های حل مسئله برای سازگاری با مشکلات ناشی از افسردگی
- کمک به کودک در نام گذاری روی احساسات

به والدین و سایر افراد خانواده بگویید:

- به فرزندان کمک کنید تا فعالیت‌های روزانه خود را اعم از تغذیه، ورزش، استراحت و ارتباط با دوستان و اقوام برقرار کنند.
- وجود استرس، تنش و رفتارهای خشن در خانواده افسردگی کودکان و نوجوانان را تشدید می‌کند در نتیجه شرایطی را در خانه فراهم کنید که آرامش بیشتری بر اوضاع حاکم باشد.

- سعی کنید کودک را به علت مشکلات تحصیلی و ارتباطی و افت عملکرد ناشی از افسردگی مورد سرزنش قرار ندهید، بلکه با تشویق او به انجام فعالیت‌های هر چند کوچک، رفتارهای مثبت و مناسب را تقویت کنید.
- وقتی کودکان یا نوجوانان از مرگ و آرزوی مردن صحبت می‌کنند، افکار خودکشی در سر دارند، تهدید و یا اقدام به خودکشی می‌کند، ممکن است در این دام بیفتید که کودک از این مسائل سر در نمی‌آورد یا شوخی می‌کند، یا نوجوان سعی در باج‌گیری یا توجه طلبی دارد، و یا فکر کنید اگر درباره خودکشی مطلبی بی‌رسید اوضاع وخیم‌تر می‌شود. این موضوع‌ها را مهم و جدی تلقی کنید و فرزندان را فوری به پزشک ارجاع دهید.

مشکلات رفتاری و اختلالات رفتار ایدایی

مشکلات رفتاری شکایات بسیار شایعی را شامل می‌شوند که از طرفی با مهارت‌های فرزندپروری والدین و از طرفی با مشکلات سلامت روان در ارتباطند مانند نقص توجه، پرفعالیتی، ضعف یادگیری، مشکلات هیجانی و غیره. همان گونه که رفتار مطلوب از نظر والدین مختلف تعریف‌های متفاوت دارد، عقاید پدر و مادرها در مورد روش کنار آمدن یا برطرف کردن رفتارهای نامطلوب فرزندانشان نیز بسیار متنوع است. به اضافه نیازها و مسائل خاص والدین بر روی احتمال موفقیت آنان در مدیریت رفتارهای فرزندانشان اثر می‌گذارد. بنابراین کودکان یا نوجوانان رفتارهایی نشان می‌دهند که از نظر والدین درست یا بجا نیست، و والدین احساس می‌کنند قادر به اداره و اصلاح این رفتارها نیستند. این بدرفتاری‌ها معمولاً گاه‌گاه، به صورت گذرا، و به صورت‌های مختلف در طول دوران رشد و تکامل رخ می‌دهند. اگر این رفتارهای مشکل‌زا به صورت مکرر و شدید بروز کنند و منجر به مزاحمت جدی برای اطرافیان شوند و عملکرد و موفقیت خود فرد را در زمینه‌های مختلف تحت‌الشعاع قرار دهند تبدیل به اختلال رفتاری می‌شوند. وجه مشترک اختلالات رفتاری وجود علائم بیرونی شده است. منظور از این علائم رفتارهایی است قابل مشاهده توسط دیگران مثل بی‌قراری حرکتی، پرخاشگری، عدم رعایت قانون. علائم بیرونی شده چون ماهیت رفتاری دارند به سرعت توسط دیگران مشاهده و تشخیص داده می‌شوند. به همین دلیل بیشتر کودکان و نوجوانانی که توسط متخصصین سلامت روان ویزیت می‌شوند مشکلات رفتاری دارند زیرا دیگران رفتار آنان را تحمل نمی‌کنند و درصدد کاهش این رفتارها برمی‌آیند.

از آنجایی که اختلالات رفتاری برای دیگران آزار دهنده و غیر قابل تحمل هستند به آنها اختلالات رفتار ایدایی^۱ می‌گویند. این اصطلاح مجموعه‌ای از اختلالات را شامل می‌شود که با آزار و اذیت برای دیگران همراه است و خود فرد معمولاً از آن شکایتی ندارد. اختلالات رفتار ایدایی شامل اختلال نافرمانی مقابله جویانه و اختلال سلوک است.

اختلال نافرمانی مقابله جویانه

کودکان یا نوجوانانی که دچار این اختلال هستند برای رسیدن به خواسته‌های خود متوسل به زورگویی، دروغ، لجبازی و پرخاشگری می‌شوند. روش‌های حل مسئله و مهارت‌های کنترل هیجان در آنها ضعیف است. آنها مسئولیت کارهای خود را قبول نمی‌کنند و به گردن دیگران می‌اندازند، کینه‌توز و انتقام‌جو هستند، حرف پدر و مادر و سایر صاحبان قدرت را گوش نمی‌کنند، سر خواسته‌هایشان چانه می‌زنند یا قشق‌رق راه می‌اندازند. آنها معمولاً با همسالان خود کنار نمی‌آیند، یا زورگویی می‌کنند تا خواسته‌های خود را به دیگران بقبولانند یا زود می‌رنجند و از دوستانشان شکایت می‌کنند. این نشانه‌ها معمولاً در کودکانی ایجاد می‌شود که مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی هستند، در خانواده‌هایی زندگی

^۱ در طبقه‌بندی‌های گذشته اختلال بیش‌فعالی کم توجهی نیز در گروه اختلالات رفتاری قرار داشت. در حال حاضر بنابر طبقه بندی DSM-5 اختلال بیش‌فعالی کم توجهی به همراه اختلالات طیف اوتیسم، اختلال تکلم، اختلال یادگیری و اختلالات هماهنگی حرکتی در مجموعه اختلالات تکاملی عصبی دسته‌بندی می‌شوند.

می کنند که پدر و مادر با یکدیگر ناسازگاری دارند و به طور علنی با هم دعوا می کنند، و خود والدین نیز دچار مشکلات سلامت روان هستند (مانند افسردگی مادر یا مصرف مواد و رفتارهای ضد اجتماعی در پدر).

اختلال سلوک

منظور از اختلال سلوک یا بزهکاری زیر پا گذاشتن قوانین و هنجارهایی است که همسالان قبول دارند و رعایت می کنند. کسی که رفتارهای ضد اجتماعی نشان می دهد، رشد اخلاقی مناسبی ندارد و برای حقوق دیگران و ناراحتی آنان ارزشی قائل نیست. رفتارهای بزهکارانه انواع زیادی دارند مانند: «روغکوبی، زردی، آسیب زدن به اموال دیگران، آزار دادن حیوانات، آتش افروزی، استفاده از سلاح، وادار کردن دیگران به رابطه جنسی، غیبت کردن پشت سر دیگران یا شایعه دروغ راه انداختن. شکل گیری اختلال سلوک به عوامل متعددی مانند اختلالات روانپزشکی در کودک (بیش فعالی کم توجهی، نافرمانی مقابله جویانه، افسردگی، اختلال یادگیری، هوش مرزی)، وجود مشکلات روانپزشکی در والدین (شخصیت ضد اجتماعی، مصرف مواد، ...)، فقر، خانواده پرجمعیت، زندگی در مناطق حاشیه شهرها، و عدم نظارت مناسب و توجه کافی از سوی خانواده بستگی دارد. درمان اختلال سلوک کار دشواری است بنابراین بهتر است تا حد ممکن با مداخلات مناسب از بروز آن جلوگیری شود.

مداخلات درمانی

درمان دارویی

برای ریشه کن کردن اختلالات رفتار ایذایی داروی خاصی وجود ندارد گرچه می توان برخی علائم همراه را با دارو کاهش داد مانند پرخاشگری یا تحریک پذیری. اختلالات زمینه ای یا هم ابتلا را هم می توان با دارو درمان کرد و به این ترتیب علائم ثانویه به اختلال اصلی کمتر می شوند. برای مثال امکان بروز رفتارهای مقابله جویانه یا لج بازی در کودکانی که مبتلا به بیش فعالی و نقص توجه هستند بیشتر از کودکان طبیعی است. در نوجوانانی که اختلال خلقی دارند نیز بروز پرخاشگری و مشکلات سلوک بسیار محتمل است. بنابراین درمان اختلال بیش فعالی به پیشگیری یا کاهش اختلال نافرمانی مقابله جویانه کمک می کند و درمان علائم خلقی نیز می تواند احتمال بروز اختلال سلوک را پایین بیاورد.

درمان غیردارویی

درمان اصلی رفتارهای ایذایی، غیردارویی و شامل مداخلات مبتنی بر اصول رفتار درمانی است. آموزش والدین در باره مهارت های فرزندپروری، و آموزش برنامه های مدیریت رفتار به آموزگاران در مهار رفتارهای نامطلوب و تقویت رفتارها و مهارت های مثبت تأثیر عمده دارند. درمان اختلالات جسمی و روانپزشکی والدین، بهبود روابط میان والدین و ایجاد هماهنگی و ثبات رفتاری در میان آنان، همچنین آموزش مهارت های حل مسئله به کودکان از درمان های تأیید شده در اختلال نافرمانی مقابله جویانه است. در درمان اختلال سلوک، علاوه بر مداخلات ذکر شده، آموزش مهارت های اجتماعی، مداخلات مددکاری و قضائی، و به عبارتی درمان چند سیستمی نیز اثرگذار هستند. ممکن است رفتارهای ضد اجتماعی نشانه اختلالات خلقی یا ثانویه به بیش فعالی یا شرایط محیطی باشد و با درمان مشکلات زمینه ای بهبود یابد. داروها ممکن است شدت پرخاشگری و آسیب رسانی رفتار را کاهش دهند اما تأثیری بر قضاوت اخلاقی و بی رحمی این افراد ندارد.

اختلالات عصبی تکاملی

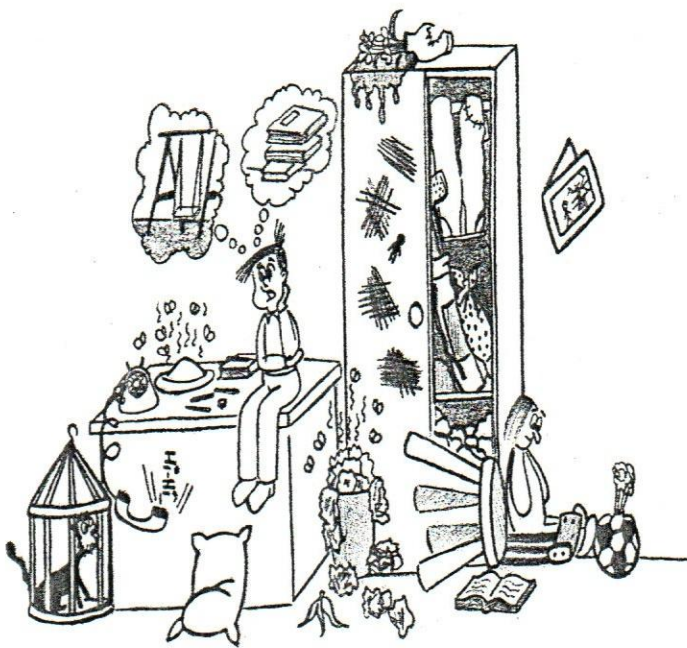
این مجموعه گروهی از اختلالات کودکان و نوجوانان را شامل می‌شود که از بدو تولد وجود دارد و با مشکلات اساسی در سیستم تکامل عصبی مغزی همراه است. علائم این اختلالات ممکن است تا مدت‌های طولانی تشخیص داده نشود و به حساب سیر طبیعی رشد و تکامل یا تفاوت‌های فردی کودکان گذاشته شود. با توجه به اینکه سیستم مغزی عصبی در حال تکوین است نشانه‌های این اختلالات در حال تغییر و در بسیاری موارد رو به بهبودی است. با این حال با توجه به پیامدهای منفی و گسترده آنها باید هرچه زودتر علائم را شناسایی و درمان کرد.

اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی

یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است که نشانه‌های خود را در سه زمینه بیش‌فعالی، تکانشگری، و نقص توجه نشان می‌دهد: پرفعالیتی؛ مانند پرحرفی، مشغولیت زیاد با فعالیت‌ها و بازی‌های حرکتی، وول خوردن، ور رفتن با اشیاء و دیگران، عدم علاقه به فعالیت‌های آرام و نشستنی.

رفتارهای تکانشی؛ مانند وسط حرف دیگران پریدن، در کار دیگران دخالت کردن، برای رسیدن به خواسته‌ها صبر و تحمل نداشتن، کارهای خطرناک کردن، کارهای ناگهانی کردن، مواظب و محتاط نبودن، تحمل نوبت و صف نداشتن. مشکلات توجه و تمرکز؛ مانند حواس‌پرتی، بی‌دقتی، توجه نکردن به جزئیات، گوش نکردن به صحبت دیگران، عدم رعایت دستورات، سر تکلیف ننشستن، تکالیف را کامل نکردن.

علائم اختلال در سنین مختلف متفاوت است. در دوران پیش از دبستان علائم بیشتر به صورت پرفعالیتی شدید، رفتارهای خطرناک و ناگهانی، پرخاشگری، بدقلقی و بدقلقی، کنار نیامدن با همسالان، بدخوابی و نشستن سر غذا، عدم تمایل به بازی‌های نشستنی و آرام، نقاشی و آموختن شعر گزارش می‌شود. در سنین دبستان از شدت بیش‌فعالی کاسته و مشکلات درسی و رفتار کلاسی مطرح می‌شوند. در موارد زیادی قبل از ورود به مدرسه مشکلات کودک مورد توجه اطرافیان قرار نگرفته است. در نوجوانی بی‌قراری، بی‌حوصلگی برای کارهای جدی و تکالیف مدرسه، بی‌نظمی در امور شخصی، قبول نکردن مسئولیت‌های مناسب، نداشتن پشتکار برای به سرانجام رساندن برنامه‌ها و کارها، افت تحصیلی در زمان تغییر مقاطع از دبستان به راهنمایی یا دبیرستان، شروع رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد، موتور سواری، جیم شدن از مدرسه و ولگردی ... باعث می‌شود که خانواده به مراکز تشخیصی درمانی مراجعه کنند.



حمید ۱۳ ساله و تنها فرزند خانواده در سن یک سالگی توسط والدین به فرزندخواندگی پذیرفته شده است. مادر گزارش می‌کند که حمید از کودکی شلوغ و ناآرام بوده است. او رفتارهای فطرناسازگاری داشته برای مثال پندیدن بار از بلندی پرت شده یا به آتش و چاقو دست زده که باعث شده دست و پایش بشکند یا بسوزد و ببرد او پرتاشگری و لج بازی می‌کرده و با همسالانش ناسازگاری داشته است. معلمین همیشه از بی‌قراری، پرتفری و مشکلات رفتاری او در مدرسه شاکی بوده‌اند او که در سال‌های مدرسه ابتدایی به سختی و با نظارت شدید مادر تکالیف درسی را انجام می‌داده، اخیراً برای مدرسه رفتن مقاومت می‌کند تازگی بدون اجازه از کیف مادرش پول بر می‌دارد و تا دیروقت با دوستانش در پارک سر کوبه وقت گذرانی می‌کند پدر و مادر به علت پرتاشگری شدید او توان مقابله با رفتارهایش را ندارند و مستأصل و درمانده شده‌اند. او مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی و نافرمانی مقابله‌جویانه است و به تازگی رفتارهای بزهکارانه نیز انجام می‌دهد که در صورت عدم درمان ممکن است به اختلال سلوک و مصرف مواد نیز بیانجامد.

این اختلال که در پسران شایع‌تر است در هر سنی تا قبل از ۱۲ سالگی ممکن است خود را نشان بدهد. بنابراین اگر علائم به صورت حاد و ناگهانی و در سنین بالاتر از ۱۲ سال آشکار شود به احتمال زیاد علت دیگری دارد (مثل افسردگی، اضطراب، مصرف مواد، ...). گاهی نیز خانواده به آن توجه نداشته‌اند و یا ضعف‌ها و مشکلات کودک به واسطه هوش بالا، ساختار جدی محیط، و یا نظم و نظارت والدین جبران می‌شده است. این اختلال مزمن در دو سوم موارد تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند. اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی در بیشتر از ۷۰ درصد موارد جنبه ارثی دارد، بنابراین معمولاً در ارزیابی‌ها مشخص می‌شود که یکی از والدین، هم‌شیرها، یا سایر بستگان مثل عمو، خاله، ... نشانه‌هایی از این اختلال را داشته‌اند. در ۲۰ تا ۳۰ درصد موارد علت بروز این اختلال می‌تواند ضایعات و مشکلات دوران بارداری و زایمان مادر باشد. اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی هم‌ابتلائی بالایی با سایر اختلالات رفتاری (نافرمانی و سلوک)، اختلالات اضطرابی، اختلال یادگیری و اختلالات خلقی دارد. بسیاری از علائم این اختلال در سایر اختلال‌های روانپزشکی نیز دیده می‌شود مانند فقدان انگیزه در افسردگی، پرتفری و پرتفری در اختلال خلقی دوقطبی، بی‌قراری و ناآرامی در اضطراب، و مصرف مواد. از این رو در ارزیابی این اختلال به سایر اختلالات نیز توجه داشته باشید.

مداخلات درمانی

درمان دارویی

درمان اصلی دارویی است گرچه مداخلات رفتاری و فرزندپروری نیز به کاهش پیامدهای آن کمک می‌کند. درمان‌های دارویی در صورت مؤثر و کم‌عارضه بودن معمولاً به مدت طولانی استفاده می‌شوند، تا زمانی که فرد بدون کمک دارو عملکرد مناسبی داشته باشد.

در خط اول دارو درمانی، داروهای محرک مغز و داروی آتوماکستین که نوعی داروی ضد افسردگی است قرار دارند. در ایران تنها داروی محرک در دسترس قرص متیل فنیدیت کوتاه اثر ۱۰ میلی گرمی است و تجویز آن توسط روان‌پزشک، نورولوژیست و متخصص کودک صورت می‌گیرد. بنابراین جهت تصمیم‌گیری دارویی کودکان را ارجاع دهید. کپسول آتوماکستین غیر ایرانی بسیار گران است و معمولاً انواع ایرانی آن تجویز می‌شود. (برای اطلاعات بیشتر به

بخش داروهای محرک مغز در صفحه ۹۰ مراجعه کنید) داروهای بلوک کننده گیرنده‌های آلفا ۲ مانند کلونیدین و گوانفاسین (در ایران موجود نیست) در کنترل علائم بیش فعالی و پرخاشگری به کار می‌روند.

درمان غیردارویی

در درمان این اختلال، اغلب همراه با درمان‌های دارویی درمان‌های غیردارویی (شامل خانواده درمانی و درمان‌های شناختی رفتاری) نیز استفاده می‌شوند. این مداخلات بر نشانه‌های اصلی اختلال (پرفعالیتی، رفتارهای تکانشی، نقص توجه) اثری ندارند و بیشتر اختلالات رفتاری همراه با آن را کاهش می‌دهند. خانواده درمانی با رویکرد رفتاری یا همان آموزش فرزندپروری سازنده و صحیح از مداخلاتی است که شواهد علمی متقن برای اثربخشی آن در بهبود روابط میان کودک-والد، کاهش رفتارهای مقابله جویانه و بزهکارانه، و کاهش نیاز به مصرف دارو وجود دارد. آموزش والدین در زمینه علائم، علت‌شناسی، اختلالات همراه، سیر و پیش آگهی، و درمان‌های موجود برای اختلال بیش فعالی کم توجهی به آنان کمک می‌کند درک مناسبی از شرایط فرزندشان داشته باشند و انتظارات خود را از او تعدیل کنند. وقتی والدین متوجه ناتوانی کودک در مدیریت رفتارها و هیجان‌هایش می‌شوند، از شدت احساسات و رفتارهای منفی شان کاسته می‌شود. آنان می‌آموزند که برای کمک به فرزندشان در عملکرد خود و محیط اطراف کودک تغییرات مناسبی ایجاد کنند تا او بهتر بتواند با ناتوانی خود کنار بیاید. آموختن مهارت‌های درست فرزندپروری مانند توجه به رفتارهای مثبت کودک و تشویق آنها، قانون‌گذاری و دستور دادن درست، کاربرد روش‌های مناسب محروم‌سازی، و پرهیز از شیوه‌های نامناسب تنبیهی و ... برای کودک و خانواده او بسیار مؤثر است. درمان‌های غیردارویی در بهبود علائم جانبی مانند اضطراب، اعتماد به نفس پایین، افسردگی، پرخاشگری، لج بازی و ... نیز مؤثرند.

از نکات زیر برای آموزش خانواده‌ها استفاده کنید:

- درمان دارویی در اختلال بیش فعالی کم توجهی یک ضرورت است. همانطور که برای ضعف بینایی یا شنوایی، کاربرد عینک و سمعک عادی به حساب می‌آید، یا همانند لزوم مصرف انسولین برای دیابت، داروهای محرک نیز برای کنترل علائم اختلال و عواقب آن لازمند. بنابر دستورالعمل‌های موجود انجمن پزشکان کودک آمریکا، در سنین زیر ۶ سال اولویت درمان با مداخلات غیردارویی است و دارو در صورتی تجویز می‌شود که درمان‌های غیردارویی بی اثر یا دور از دسترس و غیر ممکن باشند. اما در سنین بالاتر از ۶ سال هیچ درمانی بدون همراهی با داروهای استاندارد و مورد تأیید برای این اختلال اثربخشی لازم را به همراه ندارد.
- والدین باید این اختلال را به عنوان شرایطی مزمن و در بسیاری موارد مادام‌العمر بپذیرند و انتظارات خود را از فرزندانشان تعدیل کنند. کودکان مبتلا به دلیل ضعفی که در کنترل رفتار، هیجان، تکانه، و کارکردهای اجرایی مغز دارند، بیشتر اوقات به حمایت، نظارت و همراهی اطرافیان خود نیاز مندند و والدین نباید انتظار داشته باشند که آنها تکالیف و وظایفشان را به طور مستقل و خودکار انجام دهند.
- به والدین پیام‌زید روی ضعف‌ها و ناتوانی‌های فرزندشان کمتر تمرکز کنند و کوچک‌ترین رفتار مثبت و توانایی او را مورد توجه و تشویق قرار دهند.
- رفتار این کودکان و نوجوانان در بسیاری موارد از نظر هیجانی و اجتماعی ناپخته و نسنجیده جلوه می‌کند و با سن تقویمی آنها تناسب ندارد. گرچه انتظار طبیعی والدین این است که با افزایش سن، رفتار فرزندشان عاقلانه‌تر شود اما به دلیل ازمان اختلال، در اکثر موارد مبتلایان به این اختلال ۳-۴ سال کوچک‌تر از سن تقویمی خود رفتار می‌کنند. به همین دلیل در سنین پایین‌تر رفتار کودک به حساب خردسالی او گذاشته و توجیه می‌شود اما در سنین بعد از بلوغ، خانواده دیگر نمی‌توانند ضعف‌های

او را تحمل کنند.

- به معلم کودک بگویید تا او را در ردیف جلوی کلاس بنشانند تا نظارت بیشتری روی رفتار کودک داشته باشد. همچنین هنگام انجام تکالیف معلم باید زود به زود به او سرکشی کند و در مورد عملکردش به او بازخورد مناسب بدهد. حتی الامکان بهتر است امتحانات به طور انفرادی و جداگانه برگزار شود.
- این کودکان نیاز دارند امور تحصیلی و تکالیف مدرسه را تحت نظارت کسی مانند والدین یا معلم کمکی انجام دهند. تکالیف آنها باید به اجزای کوچکتر شکسته شود تا در بین آنها استراحت کوتاهی بکنند. انجام تکالیف و مسئولیت‌ها باید با پاداش‌های بیرونی، بلافاصله، مکرر، متنوع و جالب همراه باشد.

اختلال طیف اوتیسم

در میان اختلالات عصبی تکاملی، اختلالات طیف اوتیسم از اهمیت فراوانی برخوردار است. در سال‌های اخیر مشخص شده که شیوع این اختلال در میان کودکان بیشتر از آن است که پنداشته می‌شد (نزدیک به یک شصت و هشتم در آمریکا، ۱۰ تا ۱۵ مورد در هر ده‌هزار در کل جهان، بین پسران ۳/۶ تا ۵/۱ برابر دختران). سن تشخیص اوتیسم نیز از ۵-۴ سالگی به حدود ۱۸ ماهگی رسیده است. بیشتر والدین زمانی به مشکل فرزند مبتلا به اوتیسم شک می‌کنند که او در موقع مناسب شروع به صحبت نمی‌کند. بنابراین وقتی کودکی را با شکایت از تاخیر تکلم نزد شما می‌آورند علاوه بر ناتوانی ذهنی، اختلال تکلم، و تأخیر طبیعی کلام باید به طیف اوتیسم نیز شک کنید. کودکان مبتلا به طیف اوتیسم در زمینه برقراری ارتباط اجتماعی نقص دارند. این نقص حتی در ارتباط با افراد نزدیک خانواده مانند مادر و پدر نیز خود را نشان می‌دهد. کودک بر خلاف سایر کودکان در پاسخ به رفتار مادر لبخند نمی‌زند، با دیدن غریبه‌ها مضطرب و بی‌قرار نمی‌شود و هنگام جدایی از مادر واکنش جدی نشان نمی‌دهد. او بیشتر ترجیح می‌دهد تنها باشد و خود را با

بازی‌های انفرادی سرگرم کند. او نسبت به سایر کودکان کمتر یا دیرتر به شنیدن نام خود واکنش نشان می‌دهد، هیجان و علاقه خود را نسبت به اشیاء یا وقایع کمتر به دیگران نشان می‌دهد، برای رساندن منظور خود به دیگران از ایما و اشاره و ژست و ادا استفاده نمی‌کند. برای رسیدن به خواسته‌هایش به جای درخواست و اشاره معمولاً دست والدین را می‌گیرد و به سمت چیزی که می‌خواهد می‌برد. تکلم او ممکن است در حد چند کلمه یا جملات کوتاه باشد، ممکن است تنها جملاتی را بازگو کند که از دیگران شنیده است بدون اینکه آنها را به جا به کار ببرد. ممکن است کلماتی را به کار ببرد که فقط برای خودش معنا دارد یا کلمات و جملاتی را به صورت تکراری بگوید. بازی‌های او معمولاً به صورت غیرمعمول صورت می‌گیرد مثل حرکات تکراری با اشیاء و ور رفتن با یک تکه نخ یا چوب، بی‌هدف دویدن، پریدن، چرخیدن. در کودکانی

معلم مدرسه امیر از مادرش تهاسته او را نزد پزشک یا مشاور ببرد. او ۷ ساله است. هر کلاس خواص پرتی دارد و نمی‌تواند با همکلاسی‌هایش ارتباط خوبی برقرار کند. مادر گزارش می‌کند که امیر هر کلاس معمولاً خواستش به کارهای خودش است و به صحبت‌های معلم توجه نمی‌کند. او گاهی دیناسور پلاستیکی‌اش را که خیلی به آن علاقمند و وابسته است به مدرسه می‌برد و در کلاس با آن بازی می‌کند. امیر با بچه‌ها دوست نمی‌شود و اکثراً تنهاست. در بررسی تکاملی مشخص می‌شود امیر تأخیر تکلم داشته و تا سن شش سالگی ضمائم و افعال را هم به درستی استفاده نمی‌کرده است. او زمانی که هیجان زده می‌شود دست‌هایش را تکان می‌دهد و بالا و پایین می‌برد. مادر احساس می‌کند که این رفتار پسرش در جمع به نظر دیگران غیرطبیعی می‌رسد و از بابت آن نگران می‌شود. امیر به دلیل مشکل در ارتباط اجتماعی و کلامی، علائق خاص و رفتارهای کلیشه‌ای در طیف اوتیسم قرار می‌گیرد.

که شدت اختلال کمتر و هوش بالاتر است، بازی‌ها ممکن است بسیار هوشمندانه صورت بگیرد اما ترجیح کودک این است که تنها بازی کند، مانند بازی با لگو یا پازل. یکی دیگر از علائم طیف اوتیسم علائق خاص و غیر معمول به اشیاء و فعالیت‌ها و انجام رفتارها و حرکات کلیشه‌ای است مانند بال‌بال زدن، نگاه کردن به انگشت‌ها، تکان دادن یا گرفتن گوش، پریدن و تیک. اختلالات طیف اوتیسم با سایر مشکلات روانپزشکی مانند ناتوانی ذهنی، بیش‌فعالی، نقص تمرکز، وسواس، اضطراب، تیک همراه است.

مداخلات درمانی

دارو درمانی

نشانه‌های اصلی اوتیسم درمان دارویی خاصی ندارد و درمان‌های دارویی برای کنترل برخی نشانه‌ها مانند بیش‌فعالی، پرخاشگری، بی‌قراری، حرکات کلیشه‌ای، بی‌خوابی، خودآزاری، و وسواس به کار می‌رود. داروهای آنتی سایکوتیک نسل دوم مانند ریسپریدون، مهارکننده‌های بازجذب سروتونین مانند فلوکستین، محرک‌ها، ... را می‌توان بسته به مورد تجویز کرد. به یاد داشته باشید این کودکان به عوارض جانبی داروها حساسند و به ویژه دچار بی‌قراری و بدخلقی و پرخاشگری می‌شوند. بنابراین همیشه از کمترین میزان دارو شروع کنید و در صورت لزوم آهسته مقدار را افزایش دهید. (برای اطلاعات بیشتر به بخش داروهای محرک مغز و آنتی سایکوتیک در صفحه مراجعه کنید)

درمان غیردارویی

درمان اصلی در طیف اوتیسم کاربرد مداخلات توانبخشی مانند گفتار درمانی، کار درمانی، رفتار درمانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی به فرد مبتلا و آموزش روان‌شناختی به والدین است. مهم‌ترین نکته در اختلال طیف اوتیسم تشخیص بهنگام و شروع به موقع مداخلات درمانی است. این کودکان را حتماً به روانپزشک ارجاع دهید.

ناتوانی ذهنی

کم بودن توان ذهنی به معنای تأخیر در حوزه‌های مختلف تکاملی از جمله حرکت، کلام، شناخت، مهارت‌های شخصی و عملکرد هیجانی و اجتماعی است. گرچه سرعت رشد و تکامل در این حوزه‌ها یکسان نیست اما در کسانی که مشکلات توانایی هوشی دارند تأخیر و نقص در تمام حوزه‌ها به درجاتی وجود دارد. این موضوع با سایر اختلالات تکاملی مانند اوتیسم و یا اختلال تکلم متفاوت است زیرا ممکن است غیر از نقص در حوزه اصلی رشدی تکاملی، سایر حوزه‌ها طبیعی باشد. بسته به شدت تأخیر و ناتوانی و ضعف توانمندی هوشی، درجه اختلال تأیین می‌شود (مرزی، خفیف، متوسط و شدید). علت اصلی ناتوانی ذهنی ژنتیک است و در بیشتر موارد ارزیابی‌هایی که انجام می‌شود مشکل خاصی را در ساختار مغز یا شاخص‌های متابولیسم و غیره نشان نمی‌دهد. افرادی که دچار ناتوانی ذهنی هستند بیشتر از سایرین به اختلال روانپزشکی دچار می‌شوند. بنابراین تشخیص بهنگام و صحیح برای این‌که رفتار اطرافیان و انتظاری که از این کودکان دارند مناسب باشد و حمایت و کمکی که برای آنان لازم است برقرار کنند، اساسی است.

مداخلات درمانی

دارو درمانی

داروی خاصی برای تقویت توانمندی هوشی تاکنون تأیید نشده است. درمان دارویی در موارد لزوم برای نشانه‌های اختلالات همراه تجویز می‌شود. این کودکان نیز نسبت به کودکان با توانایی هوشی معمول به عوارض داروها حساس‌ترند.

درمان غیر دارویی

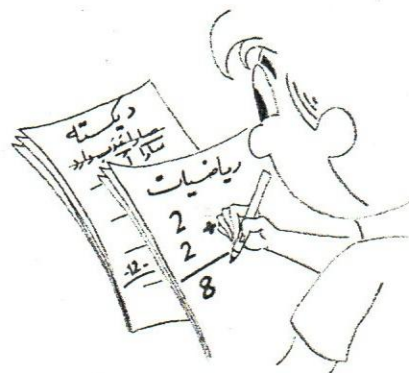
درمان غیر دارویی
کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی با مشکلات طبی و روانپزشکی متعددی روبرو هستند. توجه به جنبه‌های مختلف این اختلالات می‌تواند تطابق کودک و خانواده را با بیماری بهتر کند. موارد زیر را در مورد آنها نظر بگیرید:

- در صورتی که کودک علاوه بر کم توانی ذهنی دچار اختلالات رفتاری و هیجانی و فکری است باید درمان مناسب دارویی و غیردارویی دریافت کند.
- پس از بررسی کامل کودک چنانچه مشکل طبی وجود دارد اقدامات درمانی لازم را انجام دهید مانند تشنج یا بیماری قلبی در سندرم داون.
- ممکن است کودک برای کاهش مشکلات رفتاری و حرکتی نیاز به خدمات توان بخشی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و حمایت های خاص خانواده داشته باشد.
- به منظور کاستن از مشکلات رفتاری و هیجانی کودک آموزش های فرزندپروری و رفتار درمانی را انجام دهید.

سؤال بسیاری از والدینی که کودک مبتلا به مشکل ذهنی دارند این است که بهتر است کودک در مدرسه عادی تحصیل کند یا استثنایی. زمانی که کم توانی ذهنی در حد متوسط و شدید است کودک نمی تواند از خدمات مدارس عادی سود ببرد و به خدمات گسترده توانبخشی، کار درمانی و گفتار درمانی نیاز دارد. تصمیم گیری زمانی سخت می شود که کودک مبتلا به کم توانی ذهنی خفیف یا هوش مرزی است. وقتی این کودک در مراکز یا مدارس استثنایی تحت تعلیم قرار می گیرد، والدین احساس خوبی ندارند و به سختی با این شرایط کنار می آیند. اگر کودک وارد مدارس عادی شود، از نظر رشد شناختی و یادگیری مهارت های اجتماعی هم سطح سایر دانش آموزان نیست و ممکن است مورد اذیت و آزار جسمی، جنسی و هیجانی توسط سایر همکلاسی ها قرار گیرد. به علاوه احتمال دارد آگاهی او از تفاوت هایش با سایر دانش آموزان اعتماد به نفسش را تحت تأثیر قرار دهد و او را مستعد افسردگی و اضطراب کند. این کودکان باید در مدارس عادی توسط معلمان آموزش دیده تعلیم ببینند تا هم از ایشان مراقبت لازم به عمل آورده شود و هم سایر دانش آموزان بتوانند برخورد و ارتباط مناسبی با آنان برقرار کنند. همچنین علاوه بر آموزش معمول کلاسی، آموزش های خاص و ویژه در ساعات اضافی نیز دریافت کنند.

اختلالات یادگیری در کودکان (اختلال در ریاضیات، خواندن و نوشتن)

توجه به اختلال یادگیری برای شناسایی و درمان آن بسیار مهم است زیرا مشکل بیشتر کودکان مبتلا به اختلال یادگیری تشخیص داده نمی‌شود. معمولاً این کودکان به دلیل مشکلات هیجانی و رفتاری ثانویه به ضعف درسی و مهارت‌های اجتماعی یادگیری مراجعه می‌کنند. پیشرفت تحصیلی تأثیر بسزایی در شکل‌گیری اعتماد به نفس و تصویر مثبت ذهنی کودک از خود دارد، به همین دلیل شکست نسبی یا مطلق تحصیلی در مدرسه عامل مهمی در بروز اختلالات روانپزشکی محسوب می‌شود. بنابراین وقتی کودک با علائم هیجانی و رفتاری مراجعه می‌کند، حتماً باید به اختلال یادگیری فکر کنید.



مداخلات درمانی

دارو درمانی

این اختلال درمان دارویی ندارد.

درمان غیر دارویی

در درمان اختلال یادگیری، باید نقش اختلالات روانپزشکی همراه در تشدید و ازمان علائم مورد توجه درمانی قرار گیرد (اختلال بیش فعالی - کم توجهی، اضطراب، افسردگی و ...). در نظر داشته باشید که ۷۵ درصد کودکان دچار اختلال یادگیری، نقص قابل توجهی در مهارت‌های اجتماعی دارند بنابراین این مهارت‌ها را نیز باید به آنان آموخت.

وقتی پزشک مشغول معاینه نازنین ۹ ساله است که تب کرده و سرفه می‌کند متوجه می‌شود که مادر با او رفتار بدی دارد و سرزنش و تفرینش می‌کند. مادر مرتب می‌گوید که از بس با او درس کار کرده و او را نزد معلم خصوصی برده خسته شده است. کاری که فایده‌ای هم نداشته است. مادر می‌گوید که نازنین تنگ و تنبل است و تن به درس نمی‌دهد. در ارزیابی مشخص می‌شود که نازنین به غیر از مشکلات تلفظ حروف تا ۵ سالگی مشکل رشدی یا تکاملی خاصی نداشته است. او دختر باهوشی است و غیر از خواندن و نوشتن مشکل درسی دیگری ندارد. نازنین با ذوق مدرسه را شروع کرده و در کلاس اول و دوم همکاری‌اش در انجام تکالیف بیشتر بوده با این حال نتوانسته حروف را یاد بگیرد. معلم‌ها مشکلی از نظر تمرکز یا رفتار یا رعایت قوانین با نازنین نداشته‌اند اما معلم کلاس سوم گفته که او تازگی بی‌انگیزه و بی‌توجه شده و هم کلاسی‌هایش دوست ندارند با او رفاقت کنند. وقتی مادر از دخترش می‌خواهد که بیاید و مشق‌هایش را بنویسد او کوش نمی‌کند یا بهانه می‌آورد و سرش را به عروسک‌هایش یا برنامه‌های تلویزیون گرم می‌کند. کاری که مادر را عصبانی‌تر می‌کند.

نازنین مبتلا به اختلال یادگیری از نوع خواندن و نوشتن است و نیاز به آموزش ویژه دارد.

به والدین بگویید:

- با کودک خود حرف بزنید، آشکارا او را از مشکلی که در زمینه یادگیری دارد آگاه و به او یادآوری کنید که به روش‌های متفاوت یادگیری و آموزش نیاز دارد.
- نقاط قوت و استعدادهای او را بشناسید و برای پرورش آنها تشویقش کنید. از تلاش‌های او برای رسیدن به موفقیت و مشارکت در انجام کارهای مدرسه و قابلیت‌های ویژه‌اش حمایت و قدردانی کنید.
- اهداف و انتظارات واقع بینانه‌ای از کودک داشته باشید. با توسل به روش‌های رفتاری، انگیزه کودک را برای فعالیت‌های تحصیلی بالا ببرید.
- زمانی که کودک می‌خواهد حرف بزند، به او گوش دهید و او را در به کارگیری روش‌ها و فنون مؤثر در یادگیری همراهی کنید.
- زمانی که مشغول مطالعه است برایش الگو باشید یعنی روزنامه یا کتاب بخوانید و یا متن یا نامه‌ای بنویسید.

- در صورتی که مشکل توجه دارد، با استفاده از دارو دقت و تمرکز او را بالا ببرید.
- با معلم‌ها و اعضای مدرسه همکاری کنید و علاوه بر آموزش معمول کلاسی، ساعاتی از روز او را تحت آموزش‌های خاص توسط آموزگار تعلیم دیده قرار دهید.

اختلالات ارتباطی

اختلالات ارتباطی شامل مشکلات زبان و تکلم است که هم به تأخیر در به دست آوردن این توانایی‌ها و هم کیفیت آنها مربوط می‌شود. برای مثال کودکی که در ۲ سالگی جمله دو کلمه‌ای ساده یا در ۳ سالگی جملات سه کلمه‌ای به کار نمی‌برد یا دستورهای ساده اطرافیان را متوجه نمی‌شود. همچنین کودکی که حروف یا کلمات را درست ادا نمی‌کند، جمله‌بندی‌ها و دستور زبان را رعایت نمی‌کند، ناروانی کلام یا لکنت دارد. مشکلات ارتباطی با سایر اختلالات همپوشانی و تشخیص افتراقی دارند بنابراین در بررسی کودکانی که مشکل زبان و گفتار دارند باید مواردی چون کم توانی ذهنی، اختلالات طیف اوتیسم، اختلال شنوایی، اختلالات مغزی چون تشنج، آسیب‌های ناشی از اشعه، عفونت (مانند مننژیت)، تومور مغزی و نیز ضربه به سر باید بررسی شود. در ضمن وضعیت جسمی و روانی کودک را از نظر آزار و غفلت نیز مورد بررسی قرار دهید و در صورت لزوم اقدامات لازم را شروع کنید. کودکانی که مبتلا به مشکل ارتباطی و سایر اختلالات تکاملی هستند بیشتر از کودکان طبیعی در معرض بدرفتاری قرار دارند. آنها معمولاً احساس رضایتمندی کمتری در والدین ایجاد می‌کنند و این مسئله آنها را در معرض بدرفتاری و بی‌توجهی قرار می‌دهد. از طرف دیگر، کودکانی که مورد اذیت و آزار و غفلت واقع می‌شوند نیز، ممکن است مهارت‌های کلامی پایین‌تری نسبت به همسالان خود کسب کنند. به یاد داشته باشید اضطراب به رغم تصور عمومی ایجاد کننده اختلالات زبانی مانند لکنت زبان نیست ولی می‌تواند آن را تشدید کند. چنانچه کودک مضطرب است یا در محیطی پرفشار زندگی می‌کند مداخلات لازم را انجام دهید. برخی کودکان با افراد بیرون از خانه، حتی هم کلاسی‌ها و آموزگاران هم صحبت نمی‌کنند در حالی که در خانه به راحتی ارتباط کلامی دارند. این پدیده یعنی «لالی انتخابی» نوعی اختلال اضطراب اجتماعی به حساب می‌آید تا یک اختلال تکاملی، گرچه برخی از افرادی که مبتلا به اختلال تکاملی هستند نیز به درجاتی این مشکل را نشان می‌دهند. روش درمان آن مانند سایر اختلالات اضطرابی است.

مداخلات درمانی

درمان دارویی

این اختلالات درمان دارویی ندارند.

درمان غیر دارویی

درمان اصلی باید پس از ارزیابی توسط متخصصین گفتار درمانی و هر چه زودتر شروع شود و معمولاً به مدت طولانی ادامه یابد. والدین باید توصیه‌های درمانگر را بسته به نوع اختلال و درمان لازم در خانه نیز به کار ببندند و با حمایت و تشویق مناسب به رشد مهارت‌های ارتباطی فرزند خود کمک کنند. آنان باید صبر و تحمل داشته باشند و کودک را به طور تدریجی در موقعیت‌های اجتماعی قرار دهند تا فرصت و شرایط برقراری ارتباط برایش فراهم گردد.

رامتین ۳ ساله است اما هنوز نمی‌تواند جمله بگوید. او به تازگی یاد گرفته که ۶-۵ کلمه به کار ببرد اما بیشتر وقت‌ها در حال آواسازی است. مادر تازگی برنامه‌ای درباره اوتیسم دیده و از پزشک کودکش می‌پرسد که نکند پسرش اوتیسم داشته باشد. رامتین مشکل رشدی و تکاملی دیگری ندارد او متوجه صحبت‌ها، حالت‌ها و اشاره‌های اطرافیان می‌شود ارتباط چشمی و عاطفی خوبی برقرار می‌کند و وقتی چیزی می‌خواهد با اشاره و حرکات منظورش را به دیگران می‌رساند. وقتی دیگران متوجه خواسته‌اش نمی‌شوند حرص می‌خورد و جیغ می‌کشد. رامتین خیلی دوست دارد با کودکانی که می‌بیند بازی کند و وسایلش را به آنها می‌دهد اما بیشتر وقت‌ها هم بازی‌هایش نمی‌فهمند منظور او چیست. در این مواقع مادر کمک می‌کند و برای آنها توضیح می‌دهد که پسرش چه می‌گوید. رامتین تمایل و توانایی برقراری ارتباط اجتماعی با دیگران به ویژه همسالان را دارد اما نمی‌تواند از کلام برای این رابطه بهره ببرد او مبتلا به اختلال ارتباطی است و اوتیسم ندارد.

اختلالات هماهنگی حرکتی

این اختلال به صورت تأخیر و ضعف در کسب مهارت‌های حرکتی و هماهنگی میان اندام‌ها و چشم نمایان می‌شود. این افراد ظرافت یا قدرت لازم برای حرکات بزرگ (مانند دویدن، پریدن، چرخ سواری و ضربه زدن به توپ) یا حرکات ظریف (مانند بستن دکمه یا زیپ یا بند کفش، قلم به دست گرفتن و قیچی کردن) یا انجام کارهای شخصی (مانند پوشیدن یا درآوردن لباس، دست و صورت شستن) را ندارند. معمولاً مادران کارهای این کودکان را انجام می‌دهند و فرزندشان به آنها وابسته می‌شود. برخی از والدین مشکل کودک را به تنبلی او نسبت می‌دهند و متوجه این ضعف نمی‌شوند. در این کودکان هم احتمال وجود سایر اختلالات تکاملی و مشکلات هیجانی و ضعف مهارت‌های اجتماعی زیاد است و باید مورد توجه قرار گیرد.

پدر مسعود ۷ ساله که او را به خاطر گوش درد نزد شما آورده می‌گوید از شما سئوالی دارد هر وقت مسعود سمت دوستانش می‌رود تا با آنها فوتبال بازی کند بچه‌ها قبول نمی‌کنند. آنها به او می‌گویند که بلد نیست فوب شوت بزند و تا به حال یک گل هم نزده، دروازه بان هم نمی‌تواند بایستد چون همیشه توپ از لای دست‌هایش رد می‌شود یا اگر توپ به سمت راست دروازه در حرکت است او خودش را به سمت چپ می‌اندازد مادر مسعود هم هیچ چیز دستش نمی‌دهد چون بیشتر وسیله‌ها از دستش می‌افتند و تا به حال وسیله‌های زیادی شکسته است. خواهر و برادرش او را مسخره می‌کنند و به او دست و پاچلفتی می‌گویند. مسعود مشکل جسمی یا هوشی خاصی نداشته است. پدر مسعود می‌پرسد: چرا پسرش اینطوری است؟

مسعود مبتلا به اختلال هماهنگی حرکتی است و نیاز به کاردرمانی دارد.

مداخلات درمانی

درمان دارویی

این اختلالات درمان دارویی ندارند.

درمان غیر دارویی

درمان اصلی علاوه بر درمان اختلالات همراه مداخلات کار درمانی جسمی و ذهنی است که برای هر کودک بسته به نوع و شدت وضعی که دارد متفاوت است. آموزش مهارت‌های اجتماعی در کنار این مداخلات معمولاً ضرورت پیدا می‌کند.

مقایسه علائم شایع اختلالات روانپزشکی میان کودکان، نوجوانان و بزرگسالان

توجه به نکات زیر به تشخیص علائم و اختلالات شایع در کودکان و نوجوانان کمک می‌کند.

اختلال	کودکان	نوجوانان	بزرگسالان
بیش فعالی کم توجهی	پر فعالیتی، تکانشگری و پرخاشگری شایع‌تر از مشکلات توجه است.	اختلال توجه، تمرکز و ضعف تحصیلی بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد.	مشکلات نظم و برنامه‌ریزی و مدیریت موقعیت‌ها به عملکرد فرد لطمه می‌زند.
اضطراب	- علائم رفتاری و مبهم جسمی شایع‌تر است. - هم ابتدایی با سایر اختلالات اضطرابی بیشتر است.	اضطراب در مورد مشکلات تحصیلی و اجتماعی شایع‌تر است.	فرد اشراف بیشتری به اضطراب خود دارد.
وسواس	- رفتارهای اجباری شایع‌تر از افکار وسواسی است. - بینش نسبت به اختلال کمتر است. - پنهان کردن علائم شایع‌تر است. - هم ابتدایی با تیک و بیش فعالی بیشتر است.	علائم کم کم به بزرگسالان شباهت پیدا می‌کند.	- افکار وسواسی واضح‌تر است. - بینش نسبت به علائم بیشتر است. - هم ابتدایی با اضطراب و افسردگی بیشتر است.
افسردگی	- نوع آتیپیک و تحریک‌پذیری شایع‌تر است. - بیشتر احتمال دارد که تشخیص داده نشود. - خطر بروز به شکل رفتارهای بزهکارانه و ادامه آن حتی پس از درمان وجود دارد.	امکان دارد به اختلال دوقطبی تبدیل شود یا با آن اشتباه شود.	احتمال وجود دوره‌های مشخص بیشتر می‌شود.
اختلال رفتاری	- در موارد زیادی در پاسخ به موقعیت‌های خاص ایجاد می‌شود. - با کاربرد مهارت‌های فرزندپروری در خانه و یا ایجاد ساختارهای مشروط در مدرسه قابل کنترل است.	با تغییرات طبیعی بلوغ اشتباه گرفته می‌شود.	- احتمال وابسته بودن به ویژگی‌های شخصیتی ارتباط برقرار می‌کند. - احتمال بیشتری دارد که عاملانه و آگاهانه انجام شود.

اورژانس‌های روانپزشکی کودک و نوجوان

اورژانس‌های روانپزشکی مواردی از اختلالات را شامل می‌شود که با خطر آسیب جدی به فرد یا دیگران و یا بروز عوارض جدی دیگری همراهند که جبران‌پذیر نیستند یا به سختی قابل جبران هستند. در این موارد اضطراری باید از روش‌های مداخله در بحران استفاده کنید تا امن و ایمن‌ترین شرایط ممکن را برای کودک و اطرافیان و سایر افراد در معرض خطر فراهم آورید. این موارد اضطراری همانطور که برای بزرگسالان اتفاق می‌افتد، در مورد کودکان و نوجوانان هم ممکن است پیش آید. بنابراین ساده لوحانه است اگر فکر کنیم کودکان قادر نیستند به خود یا دیگران لطمه‌های سنگین وارد کنند. اتفاقاً به همین دلیل که بزرگسالان احتمال این رفتارهای خطرناک را توسط کودکان کم محاسبه می‌کنند غفلت از این خطرآفرینی‌ها و پیامدهایشان شدت پیدا می‌کند. این موارد اضطراری عبارتند از: خودکشی، خودزنی، پرخاش نسبت به دیگران و اموال، مشکلات جدی خوردن، و در مواردی امتناع از رفتن به مدرسه.

افکار یا اقدام به خودکشی

خودکشی در واکنش به شرایط و موقعیت‌های بسیار دشوار محیطی یا فردی به هیچ وجه رفتاری طبیعی محسوب نمی‌شود. خودکشی رفتاری است که در اثر تعامل پیچیده‌ای از مشکلات بیولوژیک، روان‌شناختی و اجتماعی ایجاد می‌شود و در بیش از ۹۰ درصد موارد، در زمینه اختلالات روانپزشکی اتفاق می‌افتد. برای پیدا کردن افراد در خطر خودکشی و اقدام اضطراری به شیوه زیر عمل کنید:

پیدا کردن افراد در خطر

- از هر فردی که با علائم خلقی یا اضطراب شدید مراجعه می‌کند باید در مورد افکار و آرزوی مرگ و خودکشی سؤال شود.
- وقتی مستقیماً از کودکان یا نوجوانان در زمینه مرگ و خودکشی سؤال می‌شود، آنها معمولاً صادقانه جواب می‌دهند. لازم به ذکر است که سؤال پرسیدن راجع به خودکشی باعث القای تمایل و فکر به خودکشی نمی‌شود، در عوض سؤال کردن در این باب سبب می‌شود کودک احساس کند می‌تواند درباره چیزی که آزارش می‌دهد حرف بزند و کمک بگیرد. این کار او را آرام می‌کند و از شدت اضطراب می‌کاهد. آنها متوجه می‌شوند که دیگران هم ممکن است از این فکرها و وسوسه‌ها داشته باشند. ضمناً صحبت کردن درباره این فکرها از شدت آنها کم می‌کند و باعث می‌شود کودک بتواند به راه حل‌های مناسب‌تر هم فکر کند. برای رسیدن به سؤال مستقیم درباره خودکشی باید از پرسش‌های مقدماتی در مورد امید به زندگی و آرزوی مرگ آغاز کرد.
- پرسیدن سؤال غربالگرانه در ارتباط با خودکشی تنها منجر به کشف ۱۰ درصد از موارد در خطر می‌شود اما همین تعداد نیز مهم است.
- وقتی علائمی به نفع اضطراب، افسردگی و هر نوع تغییر خلقی بارز، فاصله گرفتن از دوستان، تغییرات ناگهانی در رفتار و خواب و اشتها و یا مواجهه با استرس‌های ناتوان کننده وجود دارد غربالگری فکر یا اقدام به خودکشی در کودک و نوجوان ضروری است.

در برخورد با کودک یا نوجوانی که فکر یا اقدام به خودکشی دارد

- سعی کنید رفتارشان با همدلی همراه باشد. ممکن است اطرافیان از شدت اضطراب یا فشار ناشی از شنیدن درباره خودکشی یا دیدن صحنه‌های مرتبط با آن نتوانند هیجان‌های خود را خوب کنترل کنند و در نتیجه رفتاری خشن و عصبی نشان دهند.

- او را به خاطر افکاری که دارد سرزنش، تحقیر و یا دچار احساس گناه نکنید.
- به او بگویید که سرنوشت او برایتان مهم است و کنارش هستید.
- هرچه سریع‌تر شرایط ارجاع به روانپزشک یا اورژانس‌های روانپزشکی را فراهم کنید.
- اهمیت نیاز به ارجاع به روانپزشک و خطرات عدم انجام آن در همان روز را به خانواده توضیح دهید.
- به خانواده کمک کنید که چگونه تا زمان ارجاع به روانپزشک شرایط ایمن حفاظت از جان کودک/نوجوان را فراهم کنند.
- با توجه به وظیفه انسانی، حرفه‌ای، و قانونی پزشکان در مورد حفظ جان مراجعین، باید ضمن هماهنگ کردن تمام اقدامات لازم طبی و قانونی، تمام موارد توصیه و انجام شده را در پرونده ثبت کنید.
- اگر کودک یا نوجوان به دلیل اقدام به خودکشی آنی به شما ارجاع شده، اقدامات طبی اولیه را انجام دهید و پس از ثابت کردن وضعیت جسمی به اورژانس روانپزشکی ارجاع دهید.
- حتی اگر اقدام به خودکشی کودک/نوجوان به روشی صورت گرفته که با قابلیت مرگ کمی همراه است، باز هم نباید خطر مرگ و آسیب را دست کم بگیرید و در این شرایط نیز ارجاع فوری واجب است. کودکان ممکن است درک مناسبی از مرگ و پیامدهای آن، همچنین روش‌های خودکشی و میزان خطرناک بودن آنها نداشته باشند و به همین دلیل روشی که به کار می‌برند از نظر دیگران شوخی یا بازی به نظر برسد. نوجوانان نیز در بیشتر موارد به دنبال یک دلخوری، شکست یا درگیری به صورت تکانشی دست به خودکشی می‌زنند و به همین دلیل ممکن است اقدامشان با نقشه و پیش‌بینی‌های دقیق همراه نباشد و اطرافیان فکر کنند که رفتارشان نمایشی بوده یا می‌خواسته‌اند تهدید کنند یا باج بگیرند. در حالی که بسیاری از اقدامات تکانشی چون ناگهانی و خلق الساعه است با پیامدهای جدی و مرگ آور همراه است.
- اگر ظرف یک ماه گذشته اقدام به خودکشی وجود داشته نیز ارجاع فوری ضروری است.

خودزنی

- کودکان و نوجوانان به دلایل متعدد ممکن است به خود آسیب بزنند از جمله فرار از مشکلات، کاهش تنش و هیجان‌های ناخوشایند، تنبیه خود یا دیگران، تقاضای کمک و این مسئله ممکن است به صورت پدیده‌ای تقلیدی نیز دیده شود یعنی با مشاهده رفتار مشابه در دوستان، رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی الگوبرداری شود.
- در صورتی که خودزنی سطحی است و افکار خودکشی به همراه آن وجود ندارد، ضمن همدلی با مراجع، به او فرصت کافی بدهید تا از دلایل این اقدام با شما صحبت کند.
 - گوش کردن به او خود ابزار مناسبی برای کنترل این پدیده آسیب رسان است.
 - به دنبال اختلالات و علائم روانپزشکی همراه از جمله افسردگی، اضطراب، مصرف مواد، مورد آزار واقع شدن و هر نوع تنش و فشار در خانه، مدرسه و محله بگردید. اگر هر کدام از این عوامل وجود دارند، جداگانه به مدیریت آنها بپردازید.
 - ویژگی‌های با فواصل کوتاه تنظیم کنید و در هر ویژگی، زمانی را به گوش کردن و همدلی با او اختصاص دهید.
 - در صورتی که خودزنی عمیق است، در مناطق حساس و حیاتی اتفاق افتاده و یا با افکار و اقدام به خودکشی همراه است، مراجع را به صورت اورژانس به مرکز روانپزشکی ارجاع دهید.
 - به خانواده آموزش بدهید که خودزنی، یک علامت پزشکی است و برخوردهایی مانند مؤاخذة، سرزنش، و تحقیر، نه تنها از انجام آن جلوگیری نمی‌کند بلکه ممکن است منجر به تکرار آن نیز بشود.

- در مواردی که به صورت تکراری از خودزنی برای تهدید خانواده و فشار بر آنها برای رسیدن به خواسته‌هایش استفاده می‌کند، ارجاع غیر فوری به روانپزشک را در نظر بگیرید.

پرخاشگری و آسیب به دیگران

بررسی خطر آسیب جدی به دیگران همانند بررسی فکر خودکشی ضروری است. در صورتی که افکار جدی آسیب به جان و اموال دیگران وجود دارد:

- سعی کنید ناراحتی و فشاری را که منجر به ایجاد این افکار در مراجع شده بفهمید و با آن همدلی کنید. به خاطر داشته باشید همدلی به معنای تأیید و موجه بودن رفتار پرخاشگرانه نیست.
- توانایی حل مسأله را در کودک/نوجوان و میزان عاقبت اندیشی در مورد رفتارش را بررسی کنید اما پیش داوری نکنید.
- دنبال اختلالات زمینه‌ای احتمالی به خصوص اختلالات خلقی، رفتاری شدید، سوءمصرف مواد، مورد آزار قرار گرفتن بگردید.
- شرایط ارجاع سریع به روانپزشک یا مرکز اورژانس روانپزشکی را فراهم کنید.
- فرد قابل اطمینانی از همراهان او را در جریان بگذارید و کمک کنید که برای حفاظت از جان کودک/نوجوان، همچنین فرد در معرض خطر تا رسیدن به روانپزشک برنامه‌ای ترتیب دهد.

وقتی پرخاشگری فیزیکی شدید وجود دارد:

- بررسی کنید که آیا سابقه قبلی وجود دارد یا خیر.
- علل جسمی منجر به پرخاشگری را به خصوص زمانی که سابقه قبلی پرخاشگری شدید وجود ندارد بررسی کنید.
- به خانواده راه‌های پیشگیری از پرخاشگری و راه‌های کاهش محرک‌های تشدیدکننده خشم و عصبانیت را آموزش دهید.
- موارد شدید را به روانپزشک یا مرکز اورژانس روانپزشکی ارجاع دهید.
- در موارد خفیف‌تر به درمان اختلال زمینه‌ای، آموزش مدیریت خشم به فرد و خانواده، روش‌های پیشگیری و مداخله در محیط، و در صورت لزوم تجویز دارو- به خصوص مقدار کم از آنتی سایکوتیک‌های نسل جدید- استفاده کنید.

سایر موارد نیازمند ارجاع اضطراری و فوری به روانپزشک

علاوه بر مواردی که ذکر شد در صورت شک به موارد زیر ارجاع فوری به روانپزشک را در نظر داشته باشید (بعد از بررسی‌های طبی):

- وجود هر نوع توهم، هذیان، رفتار یا گفتار آشفته
- علائم بی‌اشتهایی عصبی یا کاهش وزن شدید همراه با روش‌های خطرناک کاهش وزن مانند روزه‌داری‌های شدید، استفاده از ملین‌ها، استفراغ و ...
- رفتارهای پرخطر جنسی و سوء مصرف مواد
- شک به غفلت یا آزار جنسی و بدنی
- شک به اختلال دوقطبی



امتناع کودک/ نوجوان از رفتن به مدرسه، غیبت‌های مکرر یا فرار از مدرسه

بسیاری از کودکان در اولین ماه شروع مدرسه به سختی با محیط سازگار می‌شوند اما معمولاً مشکلات آنان به تدریج و با کاربرد روش‌های تشویقی برطرف می‌شود. اگر امتناع از رفتن به مدرسه در دیگر ماه‌ها و سال‌های تحصیلی رخ دهد و بیش از یک ماه طول بکشد یا غیبت از مدرسه هر هفته یکی دو روز تکرار شود لازم است کودک را به روانپزشک ارجاع دهید. ارجاع را باید به صورت اضطراری انجام دهید اگر علائم اضطرابی یا مقاومت کودک برای رفتن به مدرسه بسیار شدید است.

نکته:

به خانواده آموزش دهید که علائم جسمانی شایع مرتبط با اضطراب از جمله سردرد، دل درد، تهوع و استفراغ گرچه منشأ روانی دارند اما کودک آنها را واقعاً احساس می‌کند و از آنها زجر می‌کشد. خوشبختانه این ناراحتی‌ها با مدیریت اضطراب برطرف می‌شوند.

سایر موارد نیازمند ارجاع غیرفوری به روانپزشک

- عدم پاسخ به درمان
- شک به اختلال هویت جنسی؛ وقتی کودک/نوجوان میل به ایفای نقش جنسی مخالف با هویت بیولوژیک خود داشته باشد، از بازی‌های متناسب با جنس خود اجتناب کند، ابراز کند که مایل است در نقش جنس مخالف قرار گیرد.
- تغییر وزن شدید و ناگهانی که با اختلالات خلقی و اضطرابی و جسمی قابل توجه نباشد.
- هر نوع افت عملکرد شدید درسی یا ارتباطی که قابل توجه با سایر علائم روانپزشکی نباشد.
- شک به وجود اختلالات طیف اوتیسم، اختلال یادگیری، کم‌توانی ذهنی، اختلال در رشد گفتاری یا حرکتی

رفتارهای پرخطر

رفتارهای پرخطر رفتارهایی هستند که سلامت جسمی و یا روانی فرد را با خطر مواجه می‌کنند. این رفتارها عبارتند از کم‌تحركی، تغذیه ناسالم، مصرف دخانیات، الکل، مواد مخدر و داروها، رابطه جنسی نایمن، حمل سلاح، رانندگی بدون در نظر گرفتن موارد ایمنی، آسیب جسمانی به خود و درگیری و خشونت و همچنین رفتارهایی مانند تنو و پیرسینگ. این رفتارها اختلال نیستند اما می‌توانند زمینه ساز اختلالات روانپزشکی یا با آنها همراه باشند.

نشانه‌های زیر را می‌توانید به عنوان علائم هشدار دهنده برای رفتارهای پرخطر در نظر بگیرید:

- تغییر ناگهانی در الگوی خواب و تغذیه
- تغییر چشمگیر در وضعیت ظاهری
- تغییر در خلق و خو و رفتارها به گونه ای که متناسب با یک اتفاق جدید مانند سوگ نباشد
- عدم تمرکز و اختلال در پیگیری فعالیت‌های تحصیلی در صورتی که از گذشته وجود نداشته باشد
- کاهش ارتباط با اعضای خانواده، گوشه‌گیری و تمایل زیاد به تنهایی
- افت تحصیلی، غیبت و تأخیر در مدرسه
- فقدان و یا کاهش علاقه به فعالیت‌های ورزشی، بازی‌ها و سرگرمی‌ها
- دوستی با افراد پرخطر و یا کسانی که تمایل ندارند آنها را به خانواده معرفی کنند
- تقاضای پول زیاد که توجیهی برای نحوه هزینه کردن آن ندارد

نکته:

تصمیم‌گیری در مورد پرخطر بودن یک رفتار به ویژگی‌های فرهنگی بستگی دارد. برای مثال در زمینه مصرف مشروبات الکلی و رفتارهای جنسی در فرهنگ‌های مختلف دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد.

علی ۱۶ ساله، کلاس دوم دبیرستان، بعد از مدرسه معمولاً دیر به خانه می‌آید و علت تأخیرش را پیاده آمدن عنوان می‌کند. البته این تأخیر بیشتر از زمانی است که پیاده طی کردن مسیر مدرسه تا خانه به طور معمول طول می‌کشد. علاوه بر پولی که هفتگی از پدر می‌گیرد روزانه با مادر نیز برای دریافت پول بحث می‌کند و مبلغی را به زور می‌گیرد. در خانه داریم با موبایل خود مشغول است. شب‌ها نیز با پافشاری با دوستان خود بیرون می‌رود و معمولاً دیروقت بر می‌گردد. گاهی دوستانش با موتور به دنبال او می‌آیند و به ظاهر افراد مناسبی به نظر نمی‌رسند. گاهی اوقات روی صورت یا دستانش جای خراش یا بریدگی دیده می‌شود.

راهکارها و پیشنهادها

مهمترین عامل پیشگیری کننده از رفتارهای پرخطر وجود فضای خانوادگی مناسب و روابط عاطفی گرم میان اعضای خانواده و حمایت آنان از یکدیگر می‌باشد. آموزش والدین در زمینه چگونگی برقراری ارتباط صحیح با فرزندان می‌تواند به عنوان عاملی حفاظت کننده در مقابل رفتارهای پرخطر نقش ایفا کند. از آنجا که این رفتارها معمولاً ریشه در مشکلات محیطی و ارتباطی دارند آموزش مهارت‌های زندگی به خود کودک/ نوجوان نیز جهت مدیریت اینگونه رفتارها مؤثر است. با این حال ممکن است رفتارهای پرخطر ناشی از برخی اختلالات روانپزشکی باشد، در این صورت با تشخیص و بهبود این اختلالات امکان کاهش رفتارهای پرخطر نیز فراهم می‌شود. ضمن درمان اختلال زمینه‌ای باید راهکارهایی را برای مهار این رفتارها و جلوگیری از پیامدهای آنها به کار بست. عامل دیگری که باعث گرایش به رفتارهای پرخطر می‌شود، فشار گروه همسالان و تمایل فرد به گرفتن تایید از آنها می‌باشد. فرد برای دریافت مقبولیت در گروه هنجارهای آنها را می‌پذیرد و ممکن است به سمت رفتارهای پرخطر مورد قبول دوستانش گرایش پیدا کند. گرفتن تایید از

سمت خانواده و روابط گرم و صمیمی باعث کاهش نیاز فرد به گرفتن تأیید از گروه همسالان می‌شود و گرایش او را به رفتارهای پرخطر کم می‌کند.

به والدین بگویید:

- بر فعالیت‌های فرزندان نظارت مستمر داشته باشید بدون اینکه محدودیت‌های دست و پا گیر برایش ایجاد کنید.
- در خانواده قوانین منطقی، مشخص و تعریف شده وضع کنید و همه به آن احترام بگذارید.
- به فرزندان و سیلفه و انتخاب‌های او احترام بگذارید.
- با فرزند خود صحبت کنید و به او بیاموزید که چگونه با فشار گروه و همتایان روبه‌رو شود.
- برای فرزندان وقت بگذارید و زمانی را برای او در منزل و یا خارج از منزل جهت انجام فعالیت مورد علاقه اش در نظر بگیرید.
- او را به انجام فعالیت‌های هنری و ورزشی تشویق کنید.
- هنگام مواجهه با رفتارهای نامناسب فرزند خود آرامش داشته باشید.
- از آنجایی که مهم‌ترین الگو در زندگی فرزندان هستید خودتان از رفتارهای پرخطر اجتناب کنید

نتیجه ارزیابی رفتارهایی که از نظر خانواده پرخطر می‌شود در سه سطح زیر قرار می‌گیرد:

۱. رفتارها به طور مشخص وجود دارند و از شدت قابل توجهی برخوردارند.
۲. احتمال می‌رود رفتارها وجود داشته باشند یا از شدت کمی برخوردارند.
۳. رفتارها طبیعی‌اند و خطرناک محسوب نمی‌شوند.

در تمامی سطوح برای کودک/نوجوان و خانواده آموزش روان شناختی انجام دهید

- موارد سطح ۱ را ارجاع دهید
- در موارد سطح ۲ پس از آموزش و یک یا دو جلسه پیگیری اگر مشکل ادامه داشت یا شدید بود ارجاع دهید
- در موارد سطح ۳ برای خانواده توضیح دهید که برخی از رفتارها طبیعی هستند و باید روش مناسب برخورد یا کنار آمدن با آنها را یاد بگیرند.

مصرف مواد

«وابستگی» به شرایطی اطلاق می‌شود که فرد به علت سازش بدن و مغز با مواد و میل زیاد به مصرفشان به سختی می‌تواند آنها را قطع کند یا کاهش دهد. در این موارد قطع ماده ممکن است باعث علائم جسمی و روان شناختی شدیدی شود که حالت «ترک» نامیده می‌شود.

گاهی فرد احساس می‌کند که به مرور زمان برای رسیدن به اثرات قبلی ناشی از مصرف مواد لازم است مقدار مصرف را افزایش یا فواصل میان مصرف‌ها را کاهش دهد، برای تعریف این حالت عبارت «تحمل» را به کار می‌برند. گاهی مصرف زیاد ماده می‌تواند باعث حالت «مسمومیت» شود.

مصرف مواد از طیف مصرف گاهگاهی، مصرف پرخطر (وقتی که احتمال خطر برای سلامت جسمی و روانی وجود دارد)، مصرف آسیب

رسان (سلامت جسمی و روانی در معرض آسیب قطعی است) تا وابستگی و اختلال مصرف مواد که با مختل شدن عملکرد فردی و اجتماعی همراه است، در این حالت فرد میل زیادی به مصرف دارد و نمی‌تواند مصرف خود را مهار کند، او علیرغم تجربه اثرات مخرب ناشی از مصرف ماده باز هم ادامه می‌دهد.

آرش ۱۵ ساله، به دلیل کلودرد همراه مادرش به درمانگاه آمده است. سابقه قبلی از اختلالات روانپزشکی یا جسمی در مورد او ذکر نمی‌شود. مادر به صورت پنهانی به پزشک می‌گوید که رفتار پسرش تاریکی تغییر کرده، مثلاً پرتاشگری، بی‌قراری و پرخوری دارد. گاهی هم بی‌ثوابی پیدا می‌کند. در ضمن از ۲ ماه قبل نمراتش هم به شدت افت کرده است. با اصرار مادر و با شک به مصرف مواد (از او آزمایش اعتیاد گرفته‌اند اما جواب آن هنوز آماده نیست. در مصاحبه تافدودی تحریک‌پذیر است و هرگونه مصرف مواد را انکار می‌کند. در معاینه ملتهب و پرخون و تکیکاری دارد.

انواع زیادی از مواد وجود دارند که مورد مصرف قرار می‌گیرند. از بین آنها مواردی که در میان نوجوانان بیشتر رواج دارد مختصری توضیح داده می‌شود:

الکل

انواع آسیب ناشی از مصرف الکل حتی بدون اعتیاد و وابستگی هم اتفاق می‌افتد و بسیاری از افرادی که در ارتباط با مصرف آسیب می‌بینند و یا به دیگران آسیب می‌زنند به الکل وابستگی ندارند. در شرایط مسمومیت با الکل علاوه بر تغییرات روان شناختی، اختلال تکلم، تعادل، حافظه و همچنین ناهماهنگی حرکتی و نیستاگموس ممکن است دیده شود. در زمان محرومیت یا ترک الکل، ممکن است علائمی مانند بی‌قراری، تهوع، بی‌خوابی، لرزش دست، تکیکاری، تعریق و نهایتاً تشنج بروز کند که می‌تواند تهدیدکننده حیات باشد. در بین نوجوانان ممکن است الکل به صورت افراطی مصرف شود و با مصرف مواد دیگر، رفتارهای مهار گسیخته و حتی مسمومیت همراه باشد.

کانابیس

انواع کانابیس مانند حشیش و ماری‌جوانا از گیاه کانابیس ساتیوا استخراج می‌شوند و تفاوت آنها در این است که به کدام قسمت گیاه مربوطند و چه میزان تترا هیدروکانابینول (THC) دارند. بعد از مصرف کانابیس، اثرات آرام بخشی، افزایش اشتها، اختلال در تمرکز، حافظه، یادگیری، تعادل، و قضاوت در مورد رفتارهای اجتماعی ایجاد می‌شود. در مسمومیت با کانابیس ممکن است علاوه بر تغییرات روان شناختی پرخونی ملتهب، تکیکاری و خشکی دهان دیده شود. مصرف طولانی مدت می‌تواند باعث اختلالات روان پریشی شود به خصوص در افرادی که سابقه فامیلی سایکوز در آنان وجود دارد. در زمان محرومیت از کانابیس ممکن است حالت ترک خفیفی تجربه شود که خطرناک نیست.

متامفتامین (شیشه)

این ماده از راه‌های تدخینی، خوراکی، تزریقی و تنفسی (استشمامی) مصرف می‌شود. بعد از مصرف آن اثرات سرخوشی همراه با علائم رفتاری، هیجانی و حتی سایکوز، همچنین علائم جسمی به صورت کاهش خواب و اشتها بروز می‌کند. در شرایط مسمومیت علاوه بر تغییرات روانشناختی اتساع مردمک، اختلال در ضربان قلب و فشارخون، درد قفسه سینه، آریتمی، تعریق، تهوع، کاهش وزن و تشنج دیده می‌شود. در حالت ترک خلق پایین، خستگی، بی‌قراری، پر خوابی و افزایش اشتها بروز می‌کند.

توجه به احتمال مصرف مواد

هنگام ارزیابی روانپزشکی حتماً باید در مورد مصرف مواد هم سؤال کنید. برای این که احساس بدی در مراجع ایجاد نشود بگویید که بعضی سؤال‌ها را از همه می‌پرسید، یکی از این سؤال‌ها درباره مصرف سیگار و قلیان و ... است. برای این که بتوانید تشخیص دهید مراجعتان چه میزان مصرف می‌کند یا چه میزان وابستگی دارد می‌توانید سؤال‌های زیر را بپرسید:

۱. تا حالا فکر کردید لازم است ماده را کنار بگذارید؟
۲. تا حالا شده به خاطر اینکه دیگران در مورد مصرف ماده از شما انتقاد کردند ناراحت شوید؟
۳. تا حالا پیش آمده در مورد مصرف ماده احساس گناه کنید؟
۴. تا حالا شده اول صبح که از خواب بیدار می‌شوید ماده مصرف کنید؟

میزان آسیبی را که به دلیل مصرف ماده در ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، قانونی و جسمی زندگی مراجع ایجاد شده تعیین کنید.

در رویکرد به درمان مشکلات ناشی از مصرف مواد به نکته‌های زیر توجه کنید:

۱. شرایط حاد پزشکی مانند مسمومیت و عوارض قطع مصرف ناگهانی
۲. اختلالات روانپزشکی همزمان

در مواردی که مصرف پرخطر وجود دارد می‌توانید از راهکارهای زیر برای ارائه یک مشاوره مختصر استفاده کنید:

۱. در برخورد با مراجع پیش داورى نکنید و رفتار همدلانه داشته باشید.
۲. خطرات ادامه مصرف را به طور شفاف گوشزد کنید.
۳. حتی اگر مراجع قصد ترک ماده را ندارد به او پیشنهاد کمک دهید.
۴. پیشنهاد کردن راه حل‌های ساده گاهی کمک دهنده است، مانند مشخص کردن مکان و زمان مصرف و پیشنهاد برای تغییر دادن آنها، جایگزین کردن مصرف ماده با فعالیت‌های دیگر، کمک گرفتن از یکی از اعضای خانواده و یا دوستان برای قطع مصرف
۵. از مراجع بپرسید چه زمانی را برای قطع مصرف در نظر دارد و چه میزان از کاهش در مصرف را (مثلاً در مدت یک هفته) هدف‌گذاری کرده است.
۶. به یاد داشته باشید به تعویق انداختن مصرف، حتی به مدت ده دقیقه باعث رفع موقت وسوسه می‌شود.
۷. این انتظار را داشته باشید که مراجع پیشنهادات شما را رد کند، در فرصت دیگری مجدد تلاش کنید.
۸. اگر مراجع اقدام به قطع مصرف کرده، انتظار عود را داشته باشید. اکثر افراد قبل از قطع مصرف موفق، چندین بار عود را تجربه

می‌کنند. عود مصرف به معنای ناکارآمدی طرح درمان نیست و شاید لازم باشد که شرایط بیمار را مجدد ارزیابی کنید.

در موارد زیر توصیه می‌شود مراجع را به روانپزشک ارجاع دهید:

۱. مصرف و وابستگی شدید
۲. افکار خودکشی
۳. همزمانی با اختلالات روانپزشکی که وضعیت را پیچیده کرده باشند
۴. سابقه چند بار اقدام نا موفق برای ترک با این که مشاوره مختصری از شما نیز دریافت کرده است

رفتارهای جنسی ناایمن

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی رفتار جنسی ناایمن به رابطه‌ای اطلاق می‌شود که بین یک فرد مبتلا به بیماری‌های مراقبتی و یک فرد مستعد دیگر انجام می‌گیرد بدون اینکه روشی برای جلوگیری از انتقال عفونت مانند استفاده از کاندوم صورت بگیرد. در میان این عفونت‌ها، مهم‌ترین و شایع‌ترین مورد به آلودگی با ویروس HIV مربوط می‌شود که چهارمین علت مرگ در سراسر جهان به شمار می‌آید. مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها (CDC) رفتارهای جنسی پرخطر را در نوجوانان به صورت مقاربت و دخول جنسی بدون کاربرد کاندوم یا روش‌های پیشگیری از حاملگی، یا با شریک‌های جنسی متعدد و یا همزمان با مصرف مشروب و مواد توضیح می‌دهد. این رفتارها که نوجوانان را در معرض بیماری‌های مقاربتی و حاملگی ناخواسته قرار می‌دهد در افرادی که رفتارهای هم‌جنس‌گرایانه دارند بیشتر دیده می‌شود. معمولاً نوجوانان این رفتارها را به صورت پنهانی انجام می‌دهند و تنها وقتی که بیماری مقاربتی یا بارداری رخ می‌دهد ممکن است مجبور به افشای آنها شوند.

در برخورد با این نوجوانان ضمن رعایت احترام به خودمندی آنان و همدلی به دلیل شرایط پیش آمده، اختلالات زمینه‌ای یا همراه را ارزیابی کنید و در مورد درمان آنها تصمیم بگیرید (از جمله اختلال شخصیت، سلوک، خلق، مصرف مواد). نوجوانان معمولاً در افشای رازهای مرتبط با روابط جنسی خود همکاری ندارند زیرا می‌ترسند از این که رفتار خانواده یا دوستانشان تغییر کند، محدودیت و محرومیت‌هایی برایشان ایجاد شود و یا مجبور به بستری در بیمارستان شوند.

کودک‌آزاری

بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، کودک‌آزاری یا بد رفتاری با کودک شامل تمام انواع برخوردهای بدروانی و هیجانی، آزار جنسی، غفلت و بی‌خبری از کودک و سوءاستفاده تجاری و تبلیغاتی است که می‌تواند منجر به آسیب واقعی یا ایجاد آسیب بالقوه برای سلامت، بقا، رشد و تکامل، و یا شأن و عزت کودک شود. کودک‌آزاری ممکن است با قصد آسیب و یا حتی با نیت تربیت و مدیریت رفتار کودک انجام گیرد.

انواع شایع بدرفتاری با کودک توسط مراقبین اصلی عبارتند از:

۱. کودک‌آزاری جسمی و بدنی: در این موارد، آسیب به صورت تصادفی یا اتفاقی ایجاد نمی‌شود (آسیب به کودک توسط کتک زدن یا سوزاندن، گاز گرفتن، سیلی زدن، نیشگون گرفتن، فلفل روی زبان گذاشتن، داغ کردن با قاشق، تکان دادن...).
۲. کودک‌آزاری جنسی: تمامی اعمالی است که مراقب به منظور ارضای جنسی با کودک انجام می‌دهد. (زنا، تجاوز، نوازش، در معرض رفتارهای شرم‌آور قرار دادن، روسپی‌گری، شرکت در عمل تبلیغی جنسی و ...). به دلیل قبح اجتماعی و خطر انگ خوردن معمولاً آزارهای جنسی مخفی می‌مانند.

۳. کودک آزاری هیجانی: مراقب محیط مناسب و حمایت‌گرانه‌ای برای کودک فراهم نمی‌کند و اعمالی انجام می‌دهد که اثر منفی روی تکامل و سلامت عاطفی هیجانی کودک می‌گذارد (محدود کردن حرکت کودک، تهدید کردن، اذیت کردن، تبعیض، طرد، تحقیر و مسخره کردن...). چنین والدی وقت چندانی با کودک نمی‌گذراند و محبت و عاطفه کافی نسبت به او نشان نمی‌دهد.

۴. غفلت: وقتی مراقبین به نیازمندی‌های طبیعی کودک توجه نمی‌کنند و باعث می‌شوند رشد و تکامل کودک با مشکل مواجه شود (بهداشت، آموزش، رشد عاطفی، پوشاک، مسکن امن و ...)

۵. انواع آزار با پیامدهای مختلف در حوزه‌های متعدد رشدی تکاملی همراهند که شدتشان از خفیف تا شدید و کشنده متفاوت است ممکن است موقت یا همیشگی باشد.

برخی ویژگی‌های کودک باعث می‌شود بیشتر در خطر آزار و آسیب قرار گیرد مانند سن پایین، جنس (آزار جنسی در دخترها و جسمی در پسرها بیشتر)، ضعف‌های خاص (نارس بودن، دوقلویی و معلولیت، ناتوانی ذهنی، مشکلات سلامت روان و بیماری‌های مزمن جسمی) و مشکلات رفتاری کودک.

افرادی که کودک آزاری می‌کنند بیشتر مرد، جوان، مجرد، فقیر، بی‌کار و کم سوادترند و در خانواده‌های پرجمعیت‌تر و بی‌ثبات‌تر زندگی می‌کنند، اعتماد به نفس پایین، مشکلات سلامت روان و رفتارهای ضد اجتماعی دارند. فشارهای روانی ناشی از از دست دادن شغل، درآمد ناکافی، بیماری، انزوای اجتماعی، فقر احتمال انجام رفتارهای کودک آزارانه را افزایش می‌دهد. مصرف مواد، بیماری‌های روانی والدین (مثلاً افسردگی مادر)، و وجود خشونت خانگی نیز در خانواده‌های کودکانی که آزار می‌بینند گزارش می‌شود. بخش مهمی از مداخلات کودک آزاری بهارزیابی و درمان فرد آزارگر اختصاص دارد.

کودکان و نوجوانانی که در معرض خشونت خانگی یا انواع آزار قرار داشته‌اند باید توسط روانپزشک، مشاور یا متخصص سلامت روان ویزیت شوند. انواع درمان‌های فردی، گروهی یا خانوادگی برای آزارشدگان وجود دارد. مهم این است که قربانی و والد او در محیطی مداوم شوند که احساس امنیت داشته باشند.

علائم هشدار دهنده در مورد احتمال کودک آزاری جسمی

- خونمردگی و شکستگی در بدن کودک زیر یک سال
- کبودی‌هایی شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون
- سوختگی‌هایی شبیه آتش سیگار
- ضایعاتی شبیه سوختگی با آب جوش
- علائم گاز گرفتن
- تورم و دررفتگی مفاصل
- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها
- آثار ضربات شلاق
- پارگی لب
- کبودی چشمان
- صدمات متعدد در مراحل مختلف بهبود

نشانه‌هایی که در گزارش آسیب‌ها شک به کودک آزاری را برمی‌انگیزند:

- عدم تناسب توضیحات مراقبین با علایم بدنی
- کبودی‌ها و علایمی که مدت‌ها از زمان آنها گذشته باشد
- سابقه آسیب‌های قبلی مانند صدمات تکراری و یا مراجعات مکرر به بیمارستان
- گزارش‌های مبهم از سوی والدین و یا سایر افراد خانواده درباره علت آسیب
- اتفاقی قلمداد نمودن آسیب از سوی والدین
- نحوه برخورد والدین از قبیل تأخیر در رساندن کودک جهت درمان، ترک مرکز درمانی قبل از کامل شدن ارزیابی‌ها، ابراز عدم تمایل به دادن اطلاعات، مسئولیت آسیب را بر عهده دیگران انداختن، عدم همکاری با تیم درمان

علایم هشدار دهنده در مورد احتمال کودک آزاری جنسی:

این نوع آزار با اینکه پیامدهای جدی و ناگواری در پی دارد، به دلیل تابو بودن و ترس و شرم از بابت افشا شدن آن در بیشتر موارد پنهان باقی می‌ماند. آثار آزار جنسی معمولاً غیراختصاصی و معمولاً به شکل تغییرات هیجانی یا رفتاری است. برای کشف این نوع آزار باید به سرنخ‌هایی که با آن مرتبط است حساس باشید.

- رفتارهای جنسی غیرمعمول و نامناسب هنگام بازی با عروسک‌ها یا اطرافیان
- رفتارهای مرموز و پنهان کاری
- کاربرد کلمات مستهجن یا محتوای جنسی یا نامتناسب با فرهنگ خانواده یا محیط اطراف
- احساس ناامنی، اضطراب و چسبیدن به اطرافیان
- عصبانی و کم تحمل شدن
- رفتارهای کودکانه مانند بی‌اختیاری ادرار برخلاف گذشته
- اختلال خواب یا کابوس‌های شبانه
- پرخوری یا کم‌اشتهایی عصبی
- خود آزاری یا اقدام به خودکشی
- علایم جسمی مانند: درد، تغییر رنگ، خونریزی یا ترشح در ناحیه تناسلی یا دهان، بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع، سوزش و درد هنگام دفع

وقتی شک به کودک آزاری وجود دارد باید حتماً موضوع ارزیابی و پیگیری شود. در بیشتر کشورها قوانین و سیستم‌های مشخصی برای مداخلات درمانی و قضایی مرتبط با سوء رفتار با کودکان وجود دارد و همه سیستم‌های درمانی موظفند موارد مشکوک را ثبت کنند و به مراجع ذیربط اطلاع دهند. در ایران چند سال است که با راه‌اندازی اورژانس اجتماعی و مداخله دادستانی اطفال قدم‌هایی در این مورد برداشته شده است. هر کسی که به کودک آزاری شک دارد می‌تواند مراتب را به خط ۱۲۳ اطلاع دهد. سیستم اورژانس اجتماعی که زیر نظر سازمان بهزیستی کار می‌کند راهکارها و اختیارات مشخصی برای مداخله دارد و از حمایت سیستم قضایی، نیروی انتظامی، مراکز بهداشتی و درمانی برخوردار است. در مراکز بستری اعلام موارد مشکوک به کودک آزاری به خط ۱۲۳ اجباری است اما در مراکز سرپایی باید با در نظر گرفتن بهترین شرایط از نظر حفظ امنیت و سلامت کودک به صورت موردی تصمیم‌گیری شود. با توجه به

پیچیدگی مورد کودک آزاری و اختلالات زمینه‌ساز یا ثانویه به آن چه در قربانی و چه در آزار دهنده، ارزیابی تخصصی و فوق تخصصی ضرورت دارد. موارد مشکوک را به مرکز روانپزشکی ارجاع دهید.

رازداری در فرآیند ارتباط با نوجوانان

نکته:

رازداری یکی از مهم‌ترین وظایف اخلاقی درمانگر است و تحت هیچ شرایطی (مگر در موارد استثناء) نباید اطلاعات شخصی مراجعه کننده به بیرون از جلسه درمان راه پیدا کند

رازداری از ارکان اجتناب ناپذیر در شکل‌گیری روابط پزشک و بیمار است. درک نادرست از این اصل نه تنها می‌تواند به قداست حرفه پزشکی آسیب برساند، بلکه بر کیفیت رابطه درمانی و در سطحی وسیع‌تر، بر سلامت عموم جامعه نیز تأثیر می‌گذارد. زیر بنای این تأثیرگذاری نیز آسیبی است که به حس اطمینان و اعتماد بیماران به سیستم درمانی وارد می‌شود. در مجموع، علی‌رغم اجماعی که در خصوص اهمیت اصل رازداری وجود دارد، ولی اصرار بر آن را در هر شرایطی مجاز نمی‌دانند.

از نظر اخلاق پزشکی درمانگر موظف است اصول رازداری را در مراکز درمانی و پژوهشی حفظ و تدابیری اتخاذ کند تا مراجع با خیالی آسوده مسائل خصوصی خود را افشا کند و اطمینان داشته باشد تحت هیچ شرایطی و بدون اجازه او، مطالب عنوان شده در طی جلسه درمان به بیرون راه نخواهد یافت. از جمله این اصول و قواعد می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- درمانگر اجازه افشای اطلاعات شخصی مراجعه کننده را ندارد مگر اینکه با موافقت خود شخص صورت پذیرد. بر طبق این اصل، اگر مراجعه کننده مطالبی را با درمانگر در میان بگذارد، کاملاً به صورت راز در جلسه درمان باقی خواهد ماند.
- درمانگر برگهی شرح حال پرسیده شده از مراجعه کننده و نتیجه اطلاعات به دست آمده را در مکانی دور از دسترس کارکنان مرکز درمانی قرار می‌دهد.
- درمانگر موظف است در صورت یادداشت مطالب حداکثر تلاش خود را برای محافظت از این اطلاعات انجام دهد.
- درمانگر موظف است نتیجه آزمون‌ها و تست‌های مختلف (از جمله تست هوش، تست‌های شخصیت، آزمون‌های تشخیصی و ...) را فقط در اختیار مراجع کننده قرار دهد و بدون اجازه وی، فرد دیگری از نتایج مذکور مطلع نگردد.
- درمانگر موظف است اتاق درمان را به گونه‌ای انتخاب کند که امکان شنود مکالمات بین مراجع و درمانگر به بیرون از جلسه وجود نداشته باشد.
- علی‌رغم میل باطنی متخصص به اینکه باید از نظر اخلاقی و قانونی رازداری را رعایت کند، در مواردی ممکن است رازداری به طور نسبی یا کامل شکسته شود. مثلاً وقتی مراجعه کننده‌ای اظهار می‌کند قصد صدمه زدن به خود یا دیگران را دارد، درمانگر قانوناً مسئول است که این موضوع را به نزدیکان شخص یا مراجع ذیربط اطلاع دهد. همچنین در مواردی مانند سوء استفاده از کودکان، احتمال خودکشی یا قتل و دیگر موقعیت‌های مرگبار شکستن رازداری اخلاقی است.
- درمانگر موظف است دامنه و محدودیت‌های رازداری را با مراجع در میان بگذارد تا او در مورد آنچه می‌تواند یا نمی‌تواند پوشیده باقی بماند اطلاع کافی داشته باشد. به عنوان مثال، در صورت وجود احتمال تهدید جانی برای مراجعه کننده و یا فرد دیگر، درمانگر باید احتمال افشای مطالب را با او در میان بگذارد.

- درمانگر باید بداند همانگونه که افشای اسرار مراجعه کنندگان و بیان آن (به جز موارد استثنائی) ممنوع و غیرمشروع است، شنیدن و تلاش برای دستیابی و کنکاوی بی‌مورد در زمینه مطالب شخصی مراجعه کننده که مرتبط با جلسات درمانی نمی‌باشد، جایز نیست.
- درمانگر نباید در بیرون از جلسه درمان (مثلاً سالن مرکز درمانی) با همکاران خود در مورد مسائل مراجعه کننده به بحث و بررسی بپردازد.

مداخلات درمانی در روانپزشکی
کودک و نوجوان

مداخلات درمانی

مداخلات دارویی

در میان داروهایی که جهت بهبود علائم روانپزشکی کودکان و نوجوانان مصرف می‌شوند، تجویز برخی از آنها مانند محرک‌های مغزی تنها توسط متخصص مجاز است. در مورد برخی داروهای دیگر مانند آنتی سایکوتیک‌ها شما اجازه دارید پس از تشخیص و تأیید روانپزشک و در موارد خاص مانند پیگیری مراجعینی که قبلاً توسط روانپزشک ویزیت و تعیین تکلیف شده‌اند دارو را تجویز کنید. توضیحات زیر تنها جهت ارتقای آگاهی و دانش شما ارائه شده است.

ویژگی‌های تجویز داروهای روانپزشکی در کودکان و نوجوانان

اصول تجویز داروهای روانگردان در گروه سنی کودک و نوجوان با بزرگسالان متفاوت است. این تفاوت به دلیل ویژگی‌های فارماکوکینتیک داروها در دوران کودکی ایجاد می‌شود از جمله: جذب داروها، اتصال به پروتئین، عبور از سد خونی مغز و کلیرانس کلیوی و کبدی. در این بخش به برخی از ویژگی‌ها اشاره می‌شود:

- متابولیسم کبدی در کودکان در مقایسه با بزرگسالان سریع‌تر است زیرا بافت کبد به نسبت وزن در کودکان حجم بیشتری دارد.
- دفع کلیوی داروها در کودکان و نوجوانان (از جمله لیتيوم) در مقایسه با بزرگسالان سریع‌تر اتفاق می‌افتد زیرا میزان فیلتراسیون گلومرولی به نسبت وزن بیشتر است.
- کلیرانس سریع کلیوی منجر به کاهش نیمه عمر داروها می‌شود. در نتیجه کودکان ممکن است در مقایسه با بزرگسالان به میزان بالاتری از داروهای روانگردان به نسبت وزن نیاز داشته باشند. به اضافه تجویز مکرر داروها در این گروه سنی مفیدتر واقع می‌شود.
- میزان کل مایعات بدن و مایع خارج سلولی در کودکان نسبت به بالغین بیشتر است که این موضوع غلظت پلاسمایی داروهای هیدروفیلک مانند لیتيوم را کاهش می‌دهد. در نتیجه میزان دارو به نسبت وزن در گروه سنی کودکان و نوجوانان باید بالاتر باشد.
- بافت چربی در کودکان کمتر از بالغین است و باعث می‌شود غلظت برخی داروهای لیپوفیلک مانند پاروکستین افزایش یابد.
- عملکرد گوارشی تا قبل از ۱۰-۱۲ سالگی کامل نمی‌شود و در نتیجه جذب خوراکی داروها در کودکان متفاوت است.
- چند ماه قبل از بلوغ تغییر شکل زیستی داروها کم می‌شود. در نتیجه در حدود ۱۵ سالگی ویژگی‌های فارماکوکینتیک داروها به تدریج شبیه بزرگسالان می‌شود.
- اثربخشی و تحمل‌پذیری نسبت به برخی داروهای روانپزشکی در کودکان و نوجوانان مشابه بزرگسالان نیست. گیرنده‌های سروتونین و کاتکولامین در کودکان و نوجوانان به صورت کامل تکامل پیدا نکرده‌اند، به همین دلیل ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای در کودکان و نوجوانان افسرده اثربخشی مناسبی ندارند.

از نظر تفاوت عوارض جانبی داروهای روانپزشکی میان کودکان و بالغین باید به نکات زیر توجه کرد:

- حساسیت کودکان و نوجوانان به واکنش‌های دیستونی داروهای آنتی سایکوتیک بیشتر است.
- آکاتزیای ناشی از داروهای آنتی سایکوتیک چندان شایع نیست.

- دیسکینزی به دنبال محرومیت از داروهای آنتی سایکوتیک شایع تر است.
- افزایش خلق یا نشنگی به دنبال مصرف داروهای محرک مغزی در کودکان کمتر رخ می دهد.
- خطر عوارض فعال سازی داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین در کودکان بیشتر است.

داروهای محرک مغز: متیل فنیدیت (ریتالین)

متیل فنیدیت از دسته داروهای محرک است که برای درمان اختلال بیش فعالی کم توجهی استفاده می شود. این دارو به شکل قرص سفید کوچک خط دار ۱۰ میلی گرمی در بازار موجود است. متیل فنیدیت های موجود در ایران در حال حاضر عبارتند از ریتالین (ساخت سوئیس)، روبیفن (ساخت اسپانیا)، و استیمیدیت Stimidate (ساخت ایران).

به دلیل نیمه عمر کوتاه متیل فنیدیت، این دارو معمولاً دو یا سه بار در روز تجویز می شود. مقدار شروع برای کودکان سن دبستان معمولاً نصف قرص صبح و نصف قرص عصر است که بعد از سه تا هفت روز بر اساس نیاز فرد و تحمل او طبق نظر پزشک به یک عدد دو بار در روز افزایش می یابد. افزایش مقدار تا زمانی ادامه پیدا می کند که یکی از شرایط زیر رخ دهد:

۱. اثرات مثبت دارو ظاهر شود و نیازی به افزایش دارو نباشد.
۲. عوارض جانبی مانع از افزایش مقدار شود.
۳. طبق نظر پزشک به حداکثر میزان دارو بر اساس وزن کودک در روز (معمولاً یک میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن) برسد.

- جذب گوارشی متیل فنیدیت با معده خالی سریع تر و بیشتر است اما به دلیل احتمال بروز بی اشتهایی و عوارض گوارشی، بهتر است کودک قبل از مصرف دوز صبح صبحانه بخورد و سپس به مدرسه برود. دوز عصر معمولاً برای زمانی تنظیم می شود که کودک قرار است سر تکالیف خود بنشیند. شروع اثر دارو ۳۰ تا ۴۵ دقیقه طول می کشد بنابراین کودک باید نیم ساعت قبل از شروع تکالیف داروی عصر را مصرف کند. طول اثر دارو معمولاً ۳ تا ۴ ساعت است در نتیجه بهترین زمان انجام تکالیف دو سه ساعت اول پس از مصرف دارو است.
- از آنجا که دارو ممکن است باعث بی خوابی شود بهتر است آخرین دوز تا قبل از ساعت پنج عصر مصرف شود. گاه لازم است برای بهبود خواب داروی کمکی تجویز شود.
- فاصله زمانی مناسب بین دو وعده دارو حداقل ۴ ساعت است مگر در افرادی که به دلیل متابولیسم سریع دارو زمان تأثیر دارو کوتاه است و پزشک تشخیص می دهد که فاصله زمانی دو وعده را به ۲-۳ ساعت کاهش دهد.
- ریتالین کوتاه اثر است و ممکن است نتواند کل ساعات مدرسه را پوشش دهد. در چنین مواقعی ممکن است پزشک تشخیص دهد که علاوه بر داروی صبحگاهی (ساعت هفت تا هشت صبح)، یک دوز اضافی نیز حوالی ساعت ۱۱ (یا کمی زودتر یا دیرتر) تجویز شود.
- ریتالین ممکن است اشتهای کودک را کم کند. در این صورت بهتر است کودک دارو را پس از صبحانه یا ناهار مصرف کند. شبها که اثر دارو می رود و اشتهای کودک باز می شود، باید به او غذای پرکالری و مقوی داد.
- برخی دیگر از عوارض شایع متیل فنیدیت نیز با کاهش مقدار قابل مدیریت هستند مانند تحریک پذیری و بهانه گیری، دل درد یا سردرد، بیش از حد آرام یا کند و مات شدن.

- برخی دیگر از عوارض شایع متیل فنیدیت با تغییر زمان و فواصل مصرف قابل مدیریت هستند مانند اثر بازگشت (effect Rebound). در برخی کودکان پس از از بین رفتن اثر دارو، علائم بیماری با شدت بیشتر خودنمایی می‌کند و خانواده‌ها احساس می‌کنند دارو علائم را تشدید کرده است. در این شرایط باید فواصل مصرف را کوتاه‌تر کرد یا یک دوز کوچک از دارو را به رژیم دارویی اضافه کرد تا اثر دارو به صورت یکنواخت‌تری ادامه یابد.
- عدم مصرف دارو در آخر هفته یا تعطیلات به صورت قانون یا روال توصیه نمی‌شود زیرا هدف از تجویز دارو مدیریت کودک در حوزه‌های مختلف عملکرد اوست نه تنها وضعیت تحصیلی. اما اگر علائم به حدی خفیف است که با مداخلات رفتاری و تغییرات محیطی قابل مدیریت می‌شود و یا اگر عوارض دارو زیاد است می‌توان در مورد آن با والدین مشورت کرد و در صورت توافق آن را توصیه کرد. در مواردی نیز که به نظر می‌رسد کودک به اثرات دارو تحمل نسبی پیدا کرده می‌توان از دوره‌های کوتاه بدون دارو بهره گرفت.
- بروز رفتارهای تکراری به دنبال مصرف متیل فنیدیت مانند ناخن جویدن، کندن پوست یا حرکات کلیشه‌ای و وسواسی، گاه با کاهش مقدار متیل فنیدیت و گاه با تجویز مقدار کم داروهای آنتی سایکوتیک قابل مهار هستند. در موارد شدید باید دارو تغییر یابد یا قطع شود.
- قبل از شروع متیل فنیدیت، سابقه رشدی و اختلالات ریتم قلب (آریتمی، سنکوپ، مرگ ناگهانی) در کودک و خانواده باید بررسی شود. وزن، نبض، و فشار خون در اولین جلسه و ویزیت‌های بعد ثبت و پیگیری شود تا شاخص‌های عینی برای پیگیری وضعیت رشد قد و وزن و عوارض قلبی داشته باشیم. تجویز متیل فنیدیت منع قطعی ندارد اما در موارد مشکوک باید ابتدا از مشاوره قلب کمک گرفت.

داروهای ضد افسردگی: مهارکننده‌های باز جذب اختصاصی سروتونین (SSRI) و سه حلقه‌ای‌ها (TCAs)

این داروها در درمان اضطراب، افسردگی و وسواس کودکان/نوجوانان داروهای انتخابی به شمار می‌آیند. مطالعات موجود در افسردگی کودکان و نوجوانان نشان می‌دهند که ضد افسردگی‌های SSRI پاسخ متوسطی در حد ۶۱ درصد و دارونما پاسخ حدود ۵۰ درصدی ایجاد می‌کنند. به نظر می‌رسد که علائم افسردگی در کودکان و نوجوانان به مدیریت حمایتی خیلی خوب پاسخ می‌دهد. از طرفی ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای از نظر تأثیر در درمان افسردگی کودکان و نوجوانان تفاوتی با دارونما ندارند. به دلیل فوق و همچنین به دلیل نیمرخ عوارض جانبی و احتمال کشندگی در مقادیر بالا، این دسته از داروها در فهرست انتخابی برای درمان افسردگی کودکان و نوجوانان قرار نمی‌گیرد.

جهت تجویز دارو توصیه می‌شود دارو را از میزان کم معادل ۱۰ میلی گرم فلوکستین در روز شروع کنید و سه هفته بعد به ۲۰ میلی گرم روزانه افزایش دهید. برای تصمیم‌گیری درباره افزایش بعدی مقدار دارو ارزیابی و بررسی مجدد لازم است. تأکید می‌شود که دارو را در کودکان و نوجوانان باید با دوز کم شروع کنید و به تدریج افزایش دهید. به نظر می‌رسد مقدار لازم این داروها در کودکان و نوجوانان مشابه بزرگسالان است اما به دلیل نیمه عمر پایین تر آنها (مانند سرتالین، سیتالوپرام، پاروکستین و بوپروپیون) نسبت به بزرگسالان، باید به احتمال عوارض ناشی از محرومیت دارو طی روز وقتی یک بار در روز استفاده می‌شوند توجه داشته باشید.

پاسخ بالینی را هر ۴-۶ هفته بررسی کنید. معمولاً انتظار می‌رود تا ۱۲ هفته بهبودی علائم رخ دهد. در غیر این صورت باید برنامه درمانی دیگری ریخت.

به علت میزان بالای عود و برگشت بیماری توصیه می‌شود که پس از پاسخ مناسب علایم در مرحله حاد، درمان را حداقل به مدت ۶-۱۲ ماه ادامه دهید. اگر در این مرحله درمان‌های شناختی-رفتاری به دارو درمانی اضافه شود می‌تواند به جلوگیری از عود بیماری در آینده کمک کند. اگر تصمیم به قطع دارو دارید بهتر است این کار را در تابستان انجام دهید. به این صورت اگر علائم عود کند بر عملکرد تحصیلی کودک آسیب کمتری وارد می‌کند. طی دوره تثبیت کنندگی دارودرمانی کودک را باید ماهیانه ویزیت کنید.

در مورد دوره نگهدارنده دارو درمانی مطالعات خاصی نداریم. اگر کودک یا نوجوان حداقل ۱۲ - ۶ ماه بدون علامت باشد، باید تصمیم بگیرید که درمان نگهدارنده لازم است یا خیر، چه درمانی و تا چه مدتی.

برای تصمیم‌گیری در این مورد نکات زیر کمک کننده است:

۱. کودکان و نوجوانانی را که بیشتر از دو دوره افسردگی، افسردگی شدید یا افسردگی مزمن داشته‌اند حداقل به مدت یک سال یا بیشتر باید روی درمان نگهدارنده قرار دهید.
۲. کسانی را که ابتلای توأم به افسردگی اساسی و دیس تایمی داشته‌اند، مشکلات روانپزشکی یا طبی همراه دارند، تنش‌هایی مانند سوء رفتار، طلاق، تعارض یا آسیب شناسی روانی در خانواده را تجربه می‌کنند روی درمان نگهدارنده قرار دهید.

توصیه FDA برای بررسی افکار و رفتار خودکشی این است که کودکان و نوجوانان افسرده باید در ۴-۶ هفته اول درمان بطور هفتگی دیده شوند و سپس هر دو هفته یک بار. ولی از آنجا که امکان ویزیت رو در رو ممکن است هر هفته امکان‌پذیر نباشد، حداقل به صورت تلفنی ارزیابی کوتاهی انجام دهید و در این خصوص سؤال بپرسید. همه بیماران باید از نظر خطر خودکشی رصد کنید ولی برای افراد در معرض خطر بالا ارزیابی دقیق‌تری انجام دهید مانند:

- سابقه فکر و اقدام به خودکشی اخیر و قبلی
- رفتارهای تکانشی
- سوء مصرف مواد
- تاریخچه سوء رفتار جنسی
- تاریخچه خانوادگی خودکشی

در مواردی که سابقه اختلال خلقی دو قطبی در خانواده وجود دارد، کودک/نوجوان را از نظر خطر شروع مانیا تحت نظر داشته باشید. قطع داروهای ضد افسردگی (به جز فلوکستین) پس از طی دوره تثبیت کننده یا نگهدارنده باید به آهستگی صورت گیرد. قطع ناگهانی دارو ممکن است علائم محرومیت ایجاد کند که در برخی موارد شبیه علائم عود یا برگشت بیماری است (مانند احساس خستگی، تحریک‌پذیری، علائم جسمی شدید). گاهی علائم محرومیت با تشدید یا بروز علائم خودکشی همراه است. علائم محرومیت طی ۴-۲۴ ساعت پس از قطع شروع می‌شود و ممکن است ۸ - ۶ هفته طول بکشد.

داروهای آنتی سایکوتیک

در دو دهه اخیر درصد بالایی از کودکانی که به دلیل مشکلات سلامت روان به پزشکان مراجعه کرده‌اند، داروی آنتی سایکوتیک (بیشتر از داروهای نسل جدید، و بیش از همه ریسپریدون) دریافت کرده‌اند.

علت اصلی این افزایش مشخص نیست اما می‌توان مواردی را مطرح کرد:

- ۱- در مراکز بسیاری امکان دسترسی یا تخصص لازم برای انجام سایر مداخلات درمانی از جمله موارد غیردارویی وجود ندارد
- ۲- در بسیاری موارد اختلال روانپزشکی درست تشخیص داده نمی‌شود و در عوض به جای داروی اختصاصی برای آن اختلال، داروی آنتی سایکوتیک تجویز می‌گردد.
- ۳- بسیاری از والدین برای انجام مداخلات غیردارویی همکاری لازم را ندارند.
- ۴- آنتی سایکوتیک‌ها بر اهداف درمانی متعددی مؤثرند از جمله سایکوز، مشکلات خلقی مانند تحریک‌پذیری، تیک، قشقرق و پرخاشگری، رفتارهای کلیشه‌ای، پرفعالیتی، مشکل خواب، مشکل خوردن، ... گرچه تجویز این داروها به تنهایی یا در همراهی با داروهای دیگر برای برخی مشکلات و اختلالات ضروری هستند، در بسیاری موارد می‌توان از تجویز آنها جلوگیری کرد. عوارض حرکتی (اکستراپیرامیدال) آنتی سایکوتیک‌های نسل جدید از آنتی سایکوتیک‌های قدیمی کمتر است اما مشکلات متابولیک ناشی از آنها (افزایش وزن، قند خون، آنزیم‌های کبدی و ...)، به معضلی در مورد سلامت جسمانی کودکان تبدیل شده است. در میان داروهای نسل دوم موجود در ایران، کمترین خطر افزایش وزن، لیپیدها و دیابت به آریپرازول و بیشترین به الانزاپین مربوط است.

بیشترین شواهد در مورد اثربخشی آنتی سایکوتیک‌ها به تاثیر ریسپریدون در مهار پرخاشگری، تحریک‌پذیری و تنظیم خلق مربوط است. سایر داروها از جمله الانزاپین و آری پی پرازول در مقایسه با ریسپریدون کمتر مطالعه شده دارند ولی اثربخشی آنها نیز در موارد مذکور تأیید شده است. از گذشته تا کنون در میان آنتی سایکوتیک‌های قدیمی قطره هالوپریدول بیشتر از بقیه تجویز شده است.

مقدار تجویز داروهای شایع در روانپزشکی کودک و نوجوان (موجود در ایران)

دارو	شکل موجود در ایران (میلی گرم)	مقدار شروع	مقدار هدف	
			کودک	نوجوان
بازجذب کننده اختصاصی سروتونین				
سیتالوپرام	قرص ۲۰ و ۴۰	۱۰	۲۰-۴۰	۲۰-۴۰
اسیتالوپرام	قرص ۱۰ و ۲۰	۵-۱۰	۱۰-۲۰	۱۰-۲۰
فلوکستین	کپسول ۱۰ و ۲۰ شربت ۲۰ میلی در ۵ سی سی	۱۰	۲۰	۲۰-۴۰
فلووکسامین	قرص ۵۰ و ۱۰۰	۲۵	۵۰-۲۰۰	۵۰-۲۰۰
سرتالین	قرص ۵۰ و ۱۰۰	۱۲/۵-۲۵	۵۰-۲۰۰	۵۰-۲۰۰
آنتی سایکوتیک				
ریسپریدون	قرص ۱، ۲ و ۴	۰/۲۵ زیر ۲۰ کیلوگرم ۰/۵۰ بالای ۲۰ کیلوگرم	۱-۶	۱۶ (بالغین)
الاتزاپین	قرص ۲/۵ و ۵	۲/۵-۵	۱۰-۲۰	۲۰ (بالغین)
آریپیپرازول	قرص ۵ و ۱۰	۲-۵	۱۰-۳۰	۳۰ (بالغین)
کویتیپین	قرص ۲۵ و ۱۰۰	۲۵ دو بار در روز	۴۰۰-۶۰۰	۸۰۰ (بالغین)
هالوپریدول	قرص ۰/۵ و ۵ قطره ۲ میلی گرم در هر سی سی	۰/۵-۲	۲-۱۰	۶۰ (بالغین)
کلرپرومازین	قرص ۲۵ و ۱۰۰	۲۵-۱۰۰	۵۰-۳۰۰	۲۰۰۰ (بالغین)
تثبیت کننده خلق				
لیتیوم کربنات	قرص ۳۰۰	۰/۲۵ میلی / کیلوگرم وزن روزانه	۳۰ میلی / کیلو وزن روزانه	-
کاربامازپین (و تگرتول ۲۰۰ و ۴۰۰)	قرص ۲۰۰	۰/۷ میلی / کیلوگرم وزن روزانه	بر اساس پاسخ و سطح سرمی	-
سدیم والپروات (دپاکین ۲۵۰ و ۵۰۰) (دی ولپورکس ۲۰۰ و ارفیریل ۳۰۰)	قرص ۲۰۰ و شربت ۲۰۰ میلی در ۵ سی سی	۰/۱۵ میلی / کیلوگرم وزن روزانه	۲۰ کیلو وزن روزانه	-
داروهای مؤثر در اختلال بیش فعالی کم توجهی				
متیل فنیدیت (ریتالین، رویفن، استیمدیت)	قرص ۱۰	۰/۳-۰/۵ میلی / کیلو وزن روزانه	۰/۳-۰/۵ میلی / کیلو وزن روزانه	۱-۲ میلی / کیلو وزن روزانه

مقدار تجویز داروهای شایع در روانپزشکی کودک و نوجوان (موجود در ایران)

دارو	شکل موجود در ایران (میلی گرم)	مقدار شروع	مقدار هدف	
			کودک	نوجوان
دکستروآمفتامین (دکسدرین، دکزامین)	قرص یا کپسول ۵	۰/۳ میلی / کیلو وزن روزانه	۰/۵ کیلو وزن روزانه	۶۰
آتوماکستین (استراموکس، آتوبیوکس)	کپسول ۱۰، ۱۸، ۲۵، ۴۰، ۶۰، ۱۰۰	۰/۵ میلی / کیلو وزن روزانه		۱/۴ میلی / کیلو وزن روزانه یا ۱۰۰ (هر کدام کمتر بود)
کلونیدین	قرص ۰/۲	۰/۰۳-۰/۰۱۰ کیلو وزن روزانه		

* مقدار مشخصی برای این گروه سنی گزارش نشده است و می توان مقادیر کودکان را برای آنان به کار برد.

موارد مطرح شده در جدول دارویی بالا تنها جهت اطلاع شما آورده شده است. مواردی که طبق پروتکل CMHC توسط پزشکان عمومی قابل تجویز هستند در جدول زیر خلاصه شده است.

جدول داروهایی که پزشکان عمومی مجازند تجویز کنند

اختلال	دارو				هشدار
اضطراب/وسواس	فلوکستین (معمولاً انتخاب اول)	سرترالین	سیتالوپرام	فلوکسامین	مراقب عارضه تحریک پذیری و افزایش فعالیت رفتاری باشید
افسردگی	فلوکستین (معمولاً انتخاب اول)	سرترالین	سیتالوپرام	فلوکسامین	مراقب بروز علائم خلق بالا و افکار خودکشی باشید
بیش فعالی کم توجهی*	آتوماکستین	کلونیدین	-	-	مراقب تحریک پذیری و خواب آلودگی باشید
طیف اوتیسم*	ریسپریدون	-	-	-	فقط در صورت لزوم و با کمترین مقدار ممکن تجویز کنید مراقب خواب آلودگی، شب ادراری، چاقی باشید

* تجویز و ادامه داروهای فوق را تنها پس از تشخیص گذاری و تعیین برنامه درمانی توسط روانپزشک انجام دهید.

مداخله‌های غیردارویی

مداخلات غیردارویی شامل انواع روان درمانی‌ها، بازی درمانی، خانواده درمانی، توانبخشی‌ها، الکترو شوک درمانی، ... هستند. در میان تمام این مداخلات بیشترین شواهد علمی از اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری برای بهبود اختلالات اضطرابی، وسواسی جبری، و افسردگی، همچنین آموزش مهارت‌های فرزندپروری در جهت مدیریت رفتارهای کودکان مبتلا به اختلالات بیش فعالی کم توجهی، نافرمانی مقابله‌جویانه، و سلوک حمایت می‌کنند. برای بسیاری از این مداخلات پروتکل‌های مشخص و برنامه‌های مدون وجود دارد که توسط متخصصین مورد استفاده قرار می‌گیرند.

در تمامی این مداخلات، بخش مهمی از کار به آموزش روانشناختی خانواده اختصاص دارد. این آموزش شامل آشنایی و کاربرد اصول ساده فرزندپروری معطوف به مشکل، آموزش در مورد علائم، علت‌شناسی، سیر و پیش‌آگهی، درمان است. به اضافه، به دلیل نقش عمده‌ای که محیط‌های آموزشی در شکل‌گیری، تداوم، تشدید یا بهبود نشانه‌های روانشناختی در کودکان/نوجوانان دارند، آموزش‌های ساده برای معلمان و مسئولین مدارس در مورد اختلالات و مشکلات روانپزشکی و تکنیک‌های رفتاری مشروط نیز در کنار مداخلات لازم برای این گروه سنی قرار می‌گیرد.

برای بیشتر اختلالات عصبی تکاملی مداخلات توانبخشی مانند گفتاردرمانی، کاردرمانی، و آموزش مهارت‌های اجتماعی از درمان‌های اساسی به حساب می‌آیند. توانبخشی شناختی نیز حیطه جدیدی از مداخلات غیردارویی را شامل می‌شود که به تقویت نقایصی از جمله ضعف تمرکز، حافظه، برنامه‌ریزی ... می‌پردازد. بخشی از این کار به کمک نرم افزارهای رایانه‌ای و بازی‌های الکترونیک انجام می‌شود. نوروفیدبک نیز نوعی از مداخلات مغزی است که ادعا دارد به فرد می‌آموزد از طریق کنترل امواج مغزی میزان توجه و یادگیری فرد را افزایش دهد. گرچه در سال‌های اخیر تبلیغات زیاد و غیرواقعی در مورد اثربخشی این روش در درمان مبتلایان به اختلال بیش فعالی کم توجهی صورت گرفته، بر اساس شواهد موجود تأثیر چندانی در کاهش مشکلات زمینه‌ای این اختلال نداشته است و ممکن است کم تا ۲۰ درصد کمک کننده باشد. گرچه عارضه خاصی از نوروفیدبک گزارش نشده اما نیازمند صرف وقت و انرژی و هزینه گزافی برای خانواده است. به این دلیل تا به امروز در هیچ یک از منابع معتبر نوروفیدبک به عنوان درمان ضروری و مؤثر در درمان اختلال بیش فعالی کم توجهی مطرح نشده است. مطالعات بزرگی در سراسر دنیا بر روی نوروفیدبک در جمعیت‌های مختلف در حال انجام می‌باشد. بخشی از مداخلات حمایتی و توانبخشی مبتنی بر برخورداری از خدمات سایر نهادهای جامعه مانند خدمات مددکاری، سازمان‌های مردم نهاد وانجمن‌های خیریه است.

رویکرد پزشکان به درمان‌های سنتی و مکمل

علاوه بر درمان‌هایی که شواهد علمی مشخصی در موردشان موجود است، برخی از والدین تمایل دارند از درمان‌های مکمل یا سنتی و گاه مراجعه به درمانگران محلی یا دعانویس و ... برای کمک به مشکل خود یا فرزندشان استفاده کنند. از آنجایی که علم پزشکی بر مبنای تحقیق و آزمایش‌های تجربی شکل گرفته و پیشرفت کرده، روش‌هایی را که فاقد شواهد تجربی معتبر هستند تأیید نمی‌کند. اینگونه مداخلات که بعضاً خرافه محسوب می‌شود در بسیاری موارد با اعتقادات و فرهنگ مردم آمیخته است. بنابراین مخالفت آشکار با عقاید والدینی که قصد دارند به این درمانگران مراجعه کنند ممکن است به ارتباط درمانی میان پزشک و خانواده آسیب بزند. توصیه می‌شود به عقاید خانواده احترام بگذارید و به نظراتشان حمله نکنید. با این حال اگر خانواده از شما درباره این مداخلات سؤال می‌کنند آنها را تأیید نکنید و سعی کنید موافقتشان را برای کاربرد روش‌های علمی جلب کنید.

درمان‌های غیردارویی به تطابق بهتر خانواده با مشکلات کودک و همچنین به کودک برای تخفیف علائم و مشکلات همراه همچون سازگاری بهتر در روابط با دوستان و همکلاسی‌ها، مهار خشم و عصبانیت، کاهش لج بازی و رفتارهای مقابله‌ای، تنظیم خلق، کاهش اضطراب، پیشرفت تحصیلی و مدیریت مسائل مدرسه، ترمیم و بهبود اعتماد به نفس و ... کمک می‌کنند.

اثر بخشی مداخلات درمانی در اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان

اثر بخشی کم یا بی اثر	اثر بخشی متوسط	اثر بخشی بالا	
ضد افسردگی سه حلقه‌ای آنتی هیستامین طب سوزنی	بنزودیازپین بازی درمانی خانواده درمانی	درمان شناختی رفتاری مهارت‌کننده بازجذب اختصاصی سروتونین تثبیت کننده های خلق	اختلالات اضطرابی و خلق
بازی درمانی ورزش درمانی	کلونیدین آنتی سایکوتیک درمان شناختی-رفتاری	فرزندپروری آموزش مهارت‌های اجتماعی مصاحبه انگیزشی درمان چند سیستمی متادون	اختلالات رفتاری و مصرف مواد
رژیم غذایی ویتامین درمانی نوروفیدبک	امگا ۳ و ۶ درمان شناختی رفتاری خانواده درمانی	مداخلات توان بخشی / آموزشی محرک مغز - آتوماکستین - کلونیدین آنتی سایکوتیک فرزندپروری	اختلالات تکاملی

در میان این مداخلات، آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین، در تقویت توانمندی‌ها و استعدادهای کودکان / نوجوانان و مدیریت مشکلات رفتاری هیجانی آنها یک مهارت پایه به حساب می‌آید. بدیهی است آموزش والدین در زمینه بیماری فرزندشان، چگونگی تقویت رفتارهای مثبت کودک، پرهیز از شیوه‌های نامناسب تنبیهی و ... می‌تواند هم برای کودک و هم برای خانواده بسیار مؤثر باشد. دوره آموزش فرزندپروری ممکن است چهار تا شش جلسه طول بکشد. بسته به شرایط کودک و خانواده و همچنین امکان دسترسی آنها به خدمات، تصمیم بگیرید که روی کدام بخش‌های آموزش تمرکز بیشتری داشته باشید.

فرزندپروری

اصول کلی زیر را در برخورد با کودکان به والدین بیاموزید:

۱- به والدین توضیح دهید که فرزندپروری چیست.

به کمک مهارت‌های فرزندپروری والدین می‌آموزند که چگونه کودک خود را به روشی سازنده و بی‌خطر تربیت کنند، چگونه رفتارهای اجتماعی و مناسب او را تقویت کنند و رفتارهای منفی و نامناسبش را کاهش دهند.

۲- علل مشکلات رفتاری کودکان را توضیح دهید.

دلایل زیادی برای مشکلات رفتاری کودکان وجود دارد که می‌توان آنها را در سه دسته کلی قرار داد:

سرشت و خصوصیات ارثی کودک، محیط خانواده، محیط جامعه.

(الف) **سرشت و خصوصیات ارثی:** هر کودک با ویژگی‌های مشخصی متولد می‌شود که چندان قابل تغییر نیست، چه جسمی (رنگ

چشم، قد، ...) و چه غیر جسمی (سطح فعالیت، خلق و میزان ارتباط با دیگران).

(ب) **محیط خانواده:** کودکان بسیاری از رفتارها را در خانه می‌آموزند و محیط خانواده در شکل‌گیری، ادامه و تشدید رفتارهای مناسب یا نامناسب کودکان نقش دارد. از عواملی که در خانواده با بروز مشکلات رفتاری کودکان ارتباط دارد می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ارتباط والدین با یکدیگر (محبت، حمایت، درگیری، بی‌تفاوتی و ...)
- حالت هیجانی و احساسی والدین (اضطراب، افسردگی، عصبانیت و ...)
- تنش و فشار روانی در خانواده (مشکلات اقتصادی، بیماری یا مرگ، مهاجرت و ...)
- مشاهده و الگو برداری از رفتارها و برخوردهای دیگران
- روش قانون‌گذاری در خانه
- شیوه دستور دادن به کودک
- توجه نکردن به رفتارهای مثبت و مناسب کودک
- تشویق نادرست
- تنبیه نامناسب

(ج) **محیط جامعه:** کودکان از مدرسه، دوستان، رسانه‌ها و الگوهای موجود در جامعه تأثیر می‌پذیرند.

۳- «رفتار» و «ثبات رفتار» را توضیح دهید.

بسیاری از والدین تعریف مشخصی از رفتار فرزندشان ندارند. آنان صفتهایی را که برداشت و تعبیر شخصی خودشان از رفتار کودک است به کودک نسبت می‌دهند در حالی که برای اصلاح رفتار باید به دقت رفتار کودک را مشخص کرد.

به طور خلاصه می‌توان گفت رفتار:

- کاری است که کودک انجام می‌دهد، نه آنچه که انجام نمی‌دهد.
- قابل مشاهده است.
- قابل شمارش است.
- قابل تغییر است.

با این تعریف به راحتی می‌توان فهمید دلسوزی، مهربانی، عطوفت، لججاری، کله شقی، گستاخی، بی‌ادبی، اذیت کردن، خود را لوس کردن، بدجنسی، جلب توجه و ... رفتار نیستند بلکه توصیف و تعبیر ما و صفاتی هستند که ما به شخصیت و وجود کودک نسبت می‌دهیم. این لغات معانی و مفاهیم متفاوتی در ذهن والدین مختلف دارند.

مثال هایی برای توصیف ساده و روشن رفتار:

- هنگام بالا رفتن از پله‌ها پاهایش را مکم به زمین می‌کوبد و سر و صدا ایجاد می‌کند.
- وقتی به او می‌گوییم سراغ تکالیف مدرسه‌اش برود، همپنان به تماشای تلویزیون ادامه می‌دهد.

همچنین در مورد چگونگی ثبت رفتار به والدین توضیح دهید. وقتی رفتاری را ثبت می‌کنید اهمیت آن، میزان رخداد آن، چگونگی رخداد آن، شرایط قبل و بعد از رخ دادن آن رفتار خاص بیشتر مشخص می‌شود. ممکن است مادری در توصیف رفتار منفی کودک خود بگوید: «از صبح تا شب با برادرش دعوا می‌کند»، ولی اگر رفتار را ثبت کند متوجه می‌شود که او امروز ۲ بار با برادرش دعوا کرده است. یا پدری می‌گوید پسرش مدام پای تلفن است ولی پس از ثبت رفتار مشخص می‌شود که امروز فقط یک ساعت و نیم با تلفن صحبت کرده است. ما نیازمند یک نظام ثبت مشخص و عینی رفتار هستیم تا هم والدین و هم کودک متوجه شوند چه تغییرات رفتاری در حال شکل‌گیری است.

روش‌های ثبت رفتار

۴- به والدین کمک کنید تا فهرستی از رفتارهای مثبت و منفی کودک بنویسند.

رفتارهای مناسب و مثبت	رفتارهای نامناسب و منفی
• تا قبل از شام تکالیفش را تمام می‌کند. • پس از بازگشت از مدرسه لباس‌هایش را از چوب رختی آویزان می‌کند.	• وقتی از مدرسه بر می‌گردد لباس‌هایش را روی زمین می‌اندازد. • در اتاق را محکم می‌بندد.

۵- به والدین کمک کنید تا تصمیم بگیرند قصد تغییر یا تعدیل کدام رفتارهای کودکشان را دارند.

از فهرست رفتارهای مثبت کودک می‌توان برای تشویق و پاداش دادن به او استفاده کرد. تهیه این فهرست به والدین یادآوری می‌کند که فرزندشان رفتارهای خوب متعددی دارد و باید به این رفتارها (هر چند اندک) توجه داشته باشند. این تغییر نگرش به بهبود ارتباط والد-کودک کمک زیادی می‌کند. پس از مشخص شدن رفتارهای مناسب و مثبت، به والدین کمک کنید از میان رفتارهای منفی مواردی را که برای تغییر مناسبند در نظر بگیرند.

برای انتخاب رفتارهای هدف سعی کنید در ابتدا از رفتارهایی انتخاب کنید که شدت و ازمان کمتری دارند و احتمال تغییر در آنها بیشتر است چرا که این موضوع باعث دلگرمی برای تغییر هم در کودک، هم در والد و هم در پزشک می‌گردد. پس در مثال بالا والدین انتخاب می‌کنند که قصد تعدیل و تغییر این دو رفتار را دارند:

وقتی از مدرسه بر می‌گردد لباس‌هایش را روی زمین می‌اندازد.
در اتاق را محکم می‌بندد.

۶- به والدین کمک کنید تا رفتارهای جایگزین رفتار منفی را پیدا کنند.

رفتارهای منفی یا نامناسب	رفتارهای جایگزین
• در اتاق را محکم می‌بندد. • وقتی از مدرسه بر می‌گردد، لباس‌هایش را روی زمین می‌اندازد.	• درب اتاق را به آرامی می‌بندد. • وقتی از مدرسه بر می‌گردد لباس‌هایش را از چوب لباسی آویزان می‌کند.

۷- برنامه برای تشویق و پاداش رفتارهای جایگزین و سایر رفتارهای مطلوب کودک بریزید. تشویق عاملی است که منجر به افزایش رفتارهای مثبت و مناسب کودک می‌شود. بسیاری از والدین فکر می‌کنند تشویق برای کودک آنها فایده‌ای ندارد و هر چقدر او را بیشتر تشویق می‌کنند کمتر موفق می‌شوند. تشویق یا پاداش صرفاً موارد مادی نیستند. آنچه یک کودک را تشویق می‌کند ممکن است برای کودک دیگر اصلاً مشوق نباشد. برای مثال یک کودک با پول تشویق می‌شود اما برای کودک دیگری بازی کردن با والدین بسیار لذت بخش و مهم‌ترین پاداش به حساب می‌آید.

کاربرد درست تشویق

- پاداشی را انتخاب کنید که مورد علاقه کودک باشد.
- از قبل مشخص کنید بابت چه رفتاری به کودک پاداش می‌دهید و آن پاداش چیست.
- تشویق باید با رفتار انجام شده، سن، جنس و خصوصیات اخلاقی کودک متناسب باشد.
- بلافاصله پس از بروز رفتار مثبت کودک، او را تشویق کنید.
- هر چند گاهی یک بار نوع تشویق‌ها را عوض کنید.
- هر چند گاه یک بار تشویق‌های خاص و ویژه‌ای برای کودک در نظر بگیرید.
- قول تشویقی را بدهید که توان انجام آن را دارید.

انواع تشویق و پاداش

پاداش کلامی: این پاداش جزء مهمترین تشویق‌ها و پاداش‌ها می‌باشد. در پاداش‌های کلامی بهتر است دقیقاً به رفتاری که کودک انجام داده اشاره کنیم و آن را توصیف کنیم. مانند: *آفرین که لباس‌ها تو را قشنگ کرده آویزان کردی.* پاداش‌های عاطفی و جسمی: مثل نوازش کردن، بوسیدن، بغل کردن، چشمک زدن، دست به موها و شانه‌های کودک زدن و ... پاداش‌های فعالیتی: یعنی کار و فعالیتی را با کودک انجام دهیم که مورد علاقه اوست مثل: انجام یک بازی با کودک، خواندن یک کتاب داستان، پختن یک کیک یا غذای مورد علاقه کودک، قدم زدن، رفتن به پارک، استخر، خانه اقوامی که دوست دارد، یا اجازه دهیم کاری که تمایل دارد انجام دهد مثلاً فیلم ببیند، با اسباب بازی خاصش بازی کند، ... پاداش‌های مادی: شامل اشیاء، وسایل و اسباب بازی‌های مورد علاقه کودک، خوراکی، لباس، سی دی و ...

برای اینکه خانواده بتوانند به صورت مکرر و درازمدت به رفتارهای فرزندشان پاداش بدهند باید پاداش‌ها کوچک، ارزان، در دسترس، آسان، عملی و قابل تبدیل به پاداش‌های بزرگ‌تر باشند به این منظور کاربرد روشی مانند جدول ستاره که در آن به ازای هر بار انجام رفتار مطلوب پاداش عینی و مادی کوچکی مثل برچسب یا ستاره یا علامت داده می‌شود و بعد این ستاره‌ها به تعداد مشخصی که

می‌رسند به یک پاداش دیگر تبدیل می‌شوند. در مثال قبل قرار والدین با کودک می‌تواند گرفتن یک ستاره یا صورتک خندان باشد به ازای هر بار که از مدرسه بر می‌گردد و لباس‌هایش را از جالباسی آویزان می‌کند. به ازای گرفتن ۵ ستاره او جامدادی مورد علاقه‌اش را جایزه می‌گیرد.

۸- نحوه برقراری ارتباط خوب و مؤثر را به والدین آموزش دهید

ما کسی را دوست داریم که با ما ارتباط خوبی دارد و از دستورات کسی اطاعت می‌کنیم که او را دوست داریم. پس اگر می‌خواهیم فرزندانمان از ما اطاعت کنند، دستورات ما را گوش دهند، ارزش‌های اخلاقی ما را بپذیرند در ابتدا باید با آنها ارتباط خوبی برقرار کنیم.

برای ایجاد یک ارتباط مثبت و قوی با کودکان موارد زیر در نظر بگیرید:

۱. گذراندن اوقات خوشایند با کودکان

از زمان‌های کوتاه چند دقیقه‌ای نیز می‌توان برای حرف زدن با کودک، پاسخ دادن به سؤال، نوازش، بازی و توجه کردن به کودک بهره جست.

۲. انجام فعالیتی مشترک که مورد علاقه کودک است.

معمولاً کودکان از اینکه کار و فعالیتی را به طور مشترک با والدین انجام دهند، خیلی لذت می‌برند. آنان سراغ والدین می‌آیند و دوست دارند کنار پدر و مادر خود فعالیتی انجام دهند:

○ مامان اجازه بده من هم در آشپزی کمک کنم.

○ من هم می‌فواهم سبزی پاک کنم.

○ بابا من هم می‌فواهم در شستن ماشین بهت کمک کنم.

از این فرصت‌ها باید برای تحکیم روابط میان والدین و فرزندان استفاده کرد.

۳. صحبت کردن با کودک.

می‌توان از هر فرصتی برای حرف زدن با کودک استفاده کرد. مثلاً زمانی که او سراغ شما می‌آید و سؤالی می‌پرسد، وقتی با هم در منزل هستید، یا با هم بیرون رفته‌اید، به پارک، خیابان و ...

۴. نشان دادن احساسات و عواطف.

نوازش کردن، در آغوش گرفتن، لمس کردن و بوسیدن کودک راه‌هایی برای نشان دادن احساس و علاقه والدین به کودک است. توجه داشته باشید که در هر سن و شرایطی چه نوع ابراز احساساتی مناسب است. در مورد نوجوانان، می‌توان با تکان دادن دست، چشمک زدن یا دست بر شانه او گذاشتن احساسات خود را نشان داد در حالی که کودک ۵ ساله را می‌توان بغل کرد، ماساژ داد، قلقلک داد یا بوسید.

۵. تشویق کردن و پاداش دادن به کودک.

توجه به رفتارهای مثبت کودک و تشویق و تحسین او باعث بهبود ارتباط میان والدین و کودک می‌شود.

۹- به والدین کمک کنید قوانین رفتاری مناسبی را برای کودک در نظر بگیرند همانطور که جامعه نیاز به قانون دارد و اگر قوانین مورد نظر وجود نداشته باشد، هرج و مرج و بی انضباطی همه جا را فرا می گیرد، والدین هم باید در خانه که یک جامعه کوچک است قوانین و مقرراتی داشته باشند. در وضع قوانین و مقررات خانه باید به نکات زیر دقت کرد:

- قوانین را باید نوشت و در معرض دید قرار داد، توضیح شفاهی کافی نیست.
- قوانین را باید به شکل مثبت نوشت، حالت شرطی و تهدید جایز نیست.
- پیامد تشویقی انجام قانون را باید مشخص کرد.
- قوانین باید واضح و روشن باشند و به صورت مشخص و کوتاه بیان شوند.
- قوانین باید منصفانه و عادلانه باشند و کودک توانایی انجام آنها را داشته باشد.
- در یک زمان، نباید قوانین زیاد و خسته کننده وضع کرد.

مثال:

وقتی تکالیف مدرسه را تا قبل از شام تمام کردی، بعد می توانی یک ساعت با تبلت بازی کنی.
قبل از خواب باید مسواک بزنی.
همه باید در آشپزخانه و پشت میز ناهارخوری غذا بخورند.

۱۰- نحوه صحیح دستور دادن را به والدین آموزش دهید خیلی وقت ها علت بد رفتاری کودکان و نافرمانی آنها از دستورات این است که شیوه دستور دادن والدین مشکل دارد. کودکانی که دستور را رعایت نمی کنند، ذاتاً لجباز، کله شق و نافرمان نیستند. اگر والدین نحوه دستور دادن خود را تغییر دهند، اطاعت و فرمانبرداری کودکان افزایش می یابد.

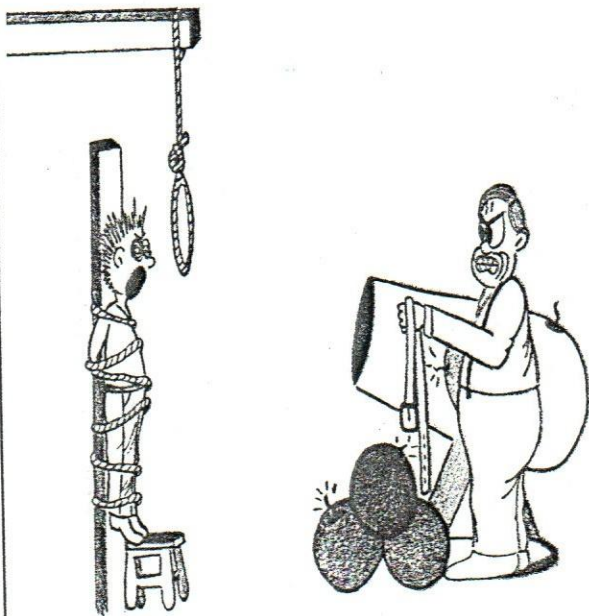
- هنگام دستور دادن مراحل زیر را باید پیگیری کرد:
۱. توجه کودک را به سمت خود جلب کنید، به او نزدیک شوید، نگاهش کنید، شانه اش را کمی لمس کنید و یا تکان کوچکی بدهید تا متوجه شما شود و اسمش را صدا بزنید.
 ۲. با لحن مناسبی از کلام دستور دهید. دستور باید حتی الامکان ساده، مشخص، روشن و کوتاه باشد. می توانید توضیح کوتاهی راجع به قانونی که گذاشته اید بدهید.
 ۳. در صورتی که کودک دستور را انجام می دهد باید به او پاداش و تشویق مناسبی بدهید.
 ۴. در صورتی که کودک دستور را اجرا نمی کند بعد از ۵ ثانیه دستور را به همان شیوه ای که گفته شد تکرار کنید.
 ۵. در صورتی که پس از تکرار دوم کودک از دستور شما سرپیچی می کند پیامد تنبیهی لازم را اجرا کنید.

۱۱- به والدین بیاموزید که به برخی از رفتارهای منفی کودک به طور عمدی بی توجهی کنند گاه بی توجهی و نادیده گرفتن رفتاری خاص، منجر به کاهش و خاموشی آن رفتار می گردد. نادیده گرفتن یعنی زمانی که کودک رفتار نامناسب و بدی را انجام می دهد به او نگاه نکنید، با او صحبت نکنید و اگر ممکن است خود را به فعالیت دیگری مشغول سازید و حواس خود را به جای دیگری بدهید تا زمانی که رفتار کودک خاتمه یابد. پس از خاتمه رفتار نامناسب، مثل قبل با کودک حرف می زنید و با او ارتباط برقرار می کنید.

رفتارهایی که با توجه نکردن و نادیده گرفتن از میزبان آنها کاسته می‌شود شامل موارد زیر است:

حملات قشقرق، سر و صدای اضافی از خود در آوردن، شکله در آوردن، آروغ زدن، دلچک بازی، بچه کانه صحبت کردن، گریه کردن، جیغ و فریاد کشیدن و تقاضا و درخواست‌های مکرر و مداوم داشتن

۱۲- پیامد تنبیهی مناسب را برای مشکلات رفتاری آموزشی دهید
برخی از والدین فکر می‌کنند مشکلات رفتاری کودکان را فقط باید با تنبیه درست کرد و تنبیه خشن را دوی هر دردی می‌دانند، آنها در ابتدا و بدون مقدمه سراغ تنبیه می‌روند تا بدرفتاری کودک را کاهش دهند. متأسفانه این روش کاربرد تنبیه نه تنها رفتار نامناسب کودک را کاهش نمی‌دهد، بلکه آن را افزایش نیز می‌دهد. آنها ممکن است کودک را کتک بزنند زیرا دوستش را در حین بازی هل داده یا کتک زده است، یا کودک را در حمام یا دستشویی حبس یا با او قهر کنند. تنبیه‌هایی که از روی خشم و عصبانیت صورت می‌گیرند، منطقی نیستند و این خطر وجود دارد که حقوق کودک تضییع شود یا آسیب و صدمه‌ای به کودک برسد (آسیب جسمی، عاطفی و روانی). به همین دلیل یکی از شکل‌های شایع کودک آزاری تنبیه‌های شدید و خشن والدین است. مواردی مانند زندانی کردن در دستشویی و حمام، حبس کودک در مکان‌های تاریک و ترسناک، محروم کردن از غذا و پوشاک، ارباب و ترساندن، قرار دادن در سرما و گرما، کتک زدن و تنبیه بدنی، طرد کردن و ... کودک آزاری محسوب می‌شوند و تنبیه مناسبی نیستند.



اصول و قواعد تنبیه

- همیشه تشویق مقدم بر تنبیه است.
- به ازای هر سه یا چهار بار تشویق مجاز به انجام یک تنبیه هستیم.
- تنبیه باید گاه به گاه و برای یک یا دو مورد از رفتارهای کودک انجام گیرد.
- کودک باید بداند چرا تنبیه می‌شود، یعنی به خاطر کدام رفتارش.
- نوع تنبیه باید از قبل مشخص شده باشد.
- تنبیه باید قابلیت اجرا داشته باشد. از تهدید به تنبیه‌هایی که قابل اجرا نیستند باید پرهیز کرد.

- والدین فقط حق دارند تنبیه‌های مجاز را به کار ببرند. تنبیه‌هایی که کودک را از نیازهای اصلی و اساسی‌اش محروم می‌کنند مانند تنبیه‌های جسمی و هیجانی به هیچ وجه قابل قبول و پذیرش نیستند.
- تنبیه باید بلافاصله پس از رفتار نامطلوب صورت بگیرد.
- تنبیه باید متناسب با رفتار کودک و منصفانه باشد.
- تنبیه‌ها نباید طولانی و دراز مدت باشند.

انواع تنبیه مجاز و مؤثر

الف) بیان جمله‌ای مستقیم، مشخص و کوتاه تا کودک فوراً رفتارش را خاتمه دهد.
«دراری توی آشپزفونه می‌دوی ممکنه زمین بغوری، نرو آرام راه برو»

ب) اجازه رخداد پیامد طبیعی یک رفتار
گاهی باید اجازه دهیم کودک با پیامد طبیعی رفتارش مواجه شود و مدام نقش یک نجات دهنده را برای او ایفا نکنیم. وقتی کودک با نتیجه ناخوشایند رفتار نامناسبش مواجه می‌شود ممکن است آن رفتار را ترک کند. مثل نوجوانی که پس از بازگشت از دبیرستان لباس‌هایش را در جای مناسب نمی‌گذارد و صبح روز بعد باید با لباس‌های چروک و بدون اتو به مدرسه برود.

ج) محروم کردن

یک روش تنبیهی رایج محروم کردن کودک از تشویق یا امتیازی است که قرار است بگیرد. در کنار کاربرد تشویق، می‌توان به عنوان تنبیه کودک را از دریافت پاداش محروم کرد. برای مثال محروم کردن از ژتون، ستاره، پول، امتیاز، رفتن به منزل مادر بزرگ و اقوام یا دوستان، برنامه تلویزیونی مورد علاقه کودک، بازی با رایانه و ... تنبیه هم مانند پاداش و جایزه از نظر کودکان متفاوت است، باید کودک را از موقعیت یا چیزی محروم کرد که برایش مهم است.

د) محروم سازی موقت (زمان خلوت، جداسازی موقت)

در صورتی که تنبیه‌های قبلی بی اثر بوده است می‌توان از این روش استفاده کرد: کودک به طور موقت و کوتاه مدت از محیطی که رفتارهای منفی‌اش را تقویت می‌کند خارج می‌شود تا نتواند توجه مثبتی دریافت کند. کودک به مکانی راهنمایی می‌شود که هیچ گونه تقویت مثبت یا خوشایندی دریافت نکند. در این زمان نباید با کودک ارتباط کلامی یا غیرکلامی برقرار کرد. مکان مناسب برای این روش ممکن است گوشه سالن یا اتاق، راهروی ورودی ساختمان یا روی یک صندلی پشت به بقیه، و گاه یکی از اتاق‌های در دسترس باشد. این روش برای رفتارهای پرخاشگرانه، تهاجمی و نافرمانی‌های کودک مناسب است.

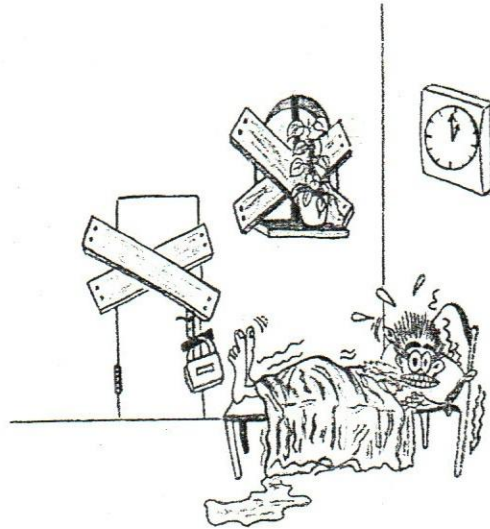
گرچه اصول رفتاری که در آموزش فرزندپروری به والدین استفاده می‌شود برای تمام مشکلات و اختلالات روانپزشکی قابل استفاده است، نکته‌های خاصی را برای هر یک از این شرایط و با توجه به ویژگی‌های کودک و خانواده در نظر گرفت. در این بخش برخی توصیه‌ها برای مشکلات شایع کودکان ارائه می‌شود.

مشکلات خواب

در مورد مشکلات خواب کودکان توصیه‌های زیر به والدین می‌تواند کمک کننده باشد:

- الگوی منظمی را برای ساعات خواب و بیداری کودک ارائه کنید. یعنی هر شب با آداب خاص و ساعت مشخصی آماده خواب شود، برای مثال پوشیدن لباس خواب، شنیدن قصه، بوسیدن مادر و در آغوش گرفتن عروسک.

- محرک‌های هیجان‌آور را در ساعت‌های نزدیک به وقت خواب کودک محدود کنید (تماشای برنامه‌های مهیج تلویزیونی، تعریف قصه‌های ترسناک و اضطراب‌آور، بازی‌های پر سر و صدا با کودک، استحمام و ...).
- فاصله زمانی مناسبی بین صرف شام و ساعت خواب کودک در نظر بگیرید. مصرف غذاهای سنگین و نوشیدنی‌های زیاد بلافاصله قبل از خواب مانع خواب راحت می‌شود.
- دمای اتاق کودک را متعادل نگه دارید.



- کودک را برای جدا خوابیدن تشویق کنید.
- برای شیرخوارانی که از نظر سرشتی سخت و دشوار قلمداد می‌شوند، محیطی آرام برای خواب انتخاب کنید، سرو صدا و نور زیاد در محیط خواب آنها را بر هم می‌زند. سعی کنید در طول روز کودک زیاد در معرض محرک‌های مختلف و هیجان‌آور قرار نگیرد، مانند مهمانی‌های طولانی و پر سر و صدا که کودک از بغل یک نفر به بغل فرد دیگر می‌رود، مرتب با او بازی یا زیاد لمس می‌شود.

در موارد زیر مشورت با روانپزشک کودک توصیه می‌شود

- کودک به طور مکرر کابوس می‌بیند.
- در برابر جدا خوابیدن از والدین مقاومت نشان می‌دهد و جدایی او را دچار اضطراب و بی‌خوابی و چسبندگی زیاد به مادر در طول روز می‌کند.
- کم خوابی‌هایی که با سایر مشکلات رفتاری، خلقی و هیجانی کودک همراه است.

آموزش توالیت رفتن به کودکان

آموزش توالیت رفتن (Toilet Training) یعنی کودک نیاز به دستشویی رفتن را احساس کند، طرز صحیح استفاده از توالیت، تمیز کردن خود، شستن و خشک کردن دست‌ها را یاد بگیرد. کودکان معمولاً تا ۵-۴ سالگی در انجام این مورد به کمک نیاز دارند. بیشتر کودکان در فاصله میان ۱۸ ماهگی و ۳ سالگی کنترل عضلانی را به دست می‌آورند ولی برخی از آنها به دلایلی تا سنین بالاتر این توانایی را کسب نمی‌کنند. با این حال علاوه بر سن، ویژگی‌های تکاملی و آمادگی کودک، روش آموزش نیز مهم است. وقتی والدین می‌پرسند که چه سن و شرایطی نشانه آمادگی کودک برای شروع برنامه آموزش توالیت رفتن است و برای شروع برنامه چه باید کرد، توضیح دهید که:



- سن ۲ تا ۲/۵ سالگی معمولاً در کودکانی که شرایط معمول تکاملی را طی می کنند سن مناسبی است.
- علاوه بر آن باید کودک به طور کلی شرایط نیز داشته باشد: کودک باید بتواند بنشیند و حداقل برای ۵ دقیقه به آرامی بازی کند. هنگام پوشیدن و در آوردن لباسش قادر به کمک باشد. رفتارهای تقلیدی را نشان دهد. توانایی فهمیدن و دنبال کردن دستورهای ساده را داشته باشد. در مرحله لجبازی و منفی گرایی نباشد. حرکات روده و فعالیت آن در زمان های خاصی از روز تنظیم شده باشد. بتواند حداقل برای سه ساعت خودش را خشک نگه دارد اسم مخصوصی برای ادرار و مدفوع به کار ببرد.

- هنگام شروع آموزش توالت رفتن باید کودک یا والدین در وضعیت تنش را قرار نداشته باشند، به عنوان نمونه موقع از شیر گرفتن کودک، تولد فرزند جدید و تغییرات منزل، زمان های مناسبی برای شروع این آموزش نیستند.
- معمولاً از زمان شروع آموزش تا یادگیری کامل ۶ هفته طول می کشد.

قبل از شروع آموزش توالت رفتن، کودک را آماده کنید

- برای ادرار و مدفوع کودک اسمی بگذارید و زمانی که کودک این کار را انجام داد تکرار کنید که «تو پیش کردی»، «تو پی کردی» و ...
- اجازه دهید گاه کودک دستشویی رفتن سایر اعضای خانواده را ببیند و سؤالات خود را بپرسد.
- پوشک و کهنه کودک را هرچه زودتر تعویض و او را تمیز کنید تا کودک به خیس عادت نکرده و با آن وضعیت احساس راحتی نداشته باشد.
- بهتر است پوشک کودک در دستشویی عوض شود.
- وقتی کودک با کلام یا ژست خود نشان می دهد که دستشویی دارد، او را تشویق کنید.

برای آموزش توالت رفتن نکات زیر را در نظر بگیرید

- لگن یا توالت کودک را به او بشناسانید. آن را داخل حمام یا دستشویی بگذارید و به کودک بگویید آنجا ادرار یا مدفوع کند.
- او را تشویق کنید که چندین بار در روز روی توالت یا لگن خود بنشیند. اوایل اجازه دهید با لباس روی لگن بنشیند تا تجربه نشستن روی لگن برایش بدون تنش باشد.
- زمانی که کودک روی لگن خود می نشیند اجازه دهید فعالیت جالب و خاصی انجام دهد (به عنوان مثال عروسکی به او بدهید یا تخته و گچی که آن را خط خطی کند). به این ترتیب فقط زمانی که روی لگن می نشیند حق استفاده از این فعالیت یا بازی خاص را دارد و برای استفاده از لگن و توالت تشویق می شود. علاوه بر آن، بازی کردن کودک را از حالت مقاومت خارج و عضلات و اسفنکترهایش را راحت و شل می کند.

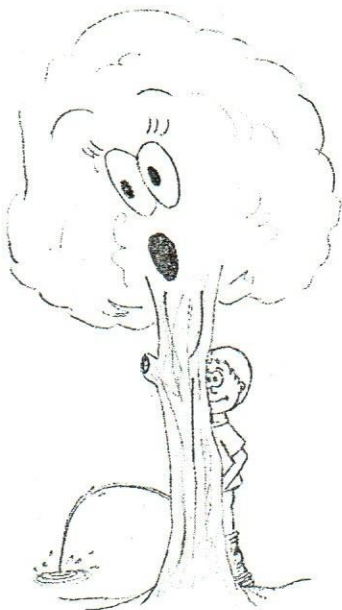
- به تدریج لباس کودک را در زمان نشستن روی لگن یا توالت کم کنید، تا زمانی که بدون شلوار و لباس زیر و پوشک به راحتی روی آن بنشیند.
- برای ساعتی از روز به کودک اجازه دهید بدون کهنه و پوشک باشد (حداقل ۳۰ دقیقه) اگر در این زمان کودک ادرار یا مدفوع کند به او توضیح دهید که کجا می‌تواند این کار را بکند و کجا نمی‌تواند. لگن را به او نشان دهید و بگویید که باید اینجا دستشویی کند.
- زمانی که کودک روی لگن و یا توالت نشست و ادرار یا مدفوع کرد، او را تشویق کنید و به طور مثال بگویید: «تو پی پی کردی، حالا باید تو رو پاک کنم» اجازه دهید کودک سیفون را بکشد و تمیز کردن توالت را ببیند.
- پس از آن که کودک این مراحل را با موفقیت پشت سر گذاشت، او را به دستشویی ببرید. کمک کنید لباسش را در آورد و روی توالت بنشیند. سیفون را بکشد. خودش را تمیز کند و دست‌هایش را بشوید و خشک کند.
- به تدریج نیاز کودک به کمک شما کمتر می‌شود و می‌تواند به طور کامل آداب توالت رفتن را انجام دهد.

بی‌اختیاری ادرار

شب ادراری دوران کودکی، اختلالی شایع و خوش خیم است که در بیشتر موارد خود به خود خوب می‌شود. بهبودی بیشتر در بازه ۵-۱۲ سالگی و گاه پس از ۱۲ سالگی رخ می‌دهد. بدون درمان میزان بهبودی ۲۰-۱۰ درصد در سال است. در مواردی که اختلال به دلایل طبی ایجاد می‌شود ارزیابی و درمان خاص خود را می‌طلبد مانند عفونت، دیابت، یا مشکلات ساختمانی دستگاه ادراری تناسلی.

توصیه‌های زیر را در مورد شب ادراری در نظر بگیرید

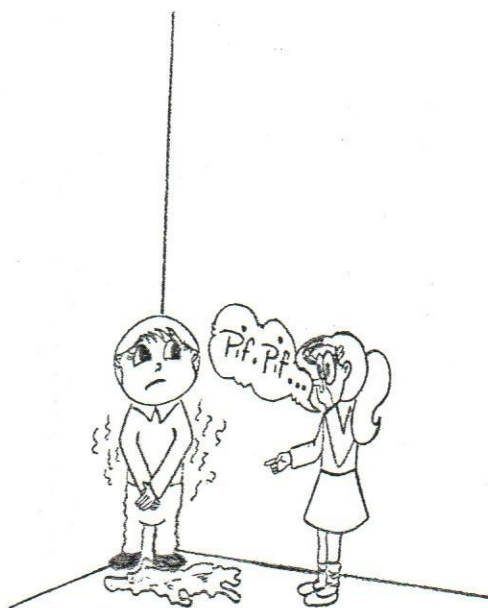
- در مواردی که وقایع و حوادث استرس‌زایی چون اختلاف، جدایی و طلاق والدین، تولد فرزند جدید، مرگ عضوی از خانواده و ... مطرح است، توجه و مداخله مناسب برای حل آنها برای کنترل شب ادراری لازم است.
- ممکن است تحت تأثیر مشکل بی‌اختیاری ادرار اعتماد به نفس کودک آسیب ببیند، دچار افسردگی و اضطراب شود، مشکلات رفتاری یا ارتباطی پیدا کند، یا توسط والدین مورد آزار هیجانی و بدنی قرار گیرد. توجه به این جنبه‌ها و برطرف کردن آنها ضروریست زیرا بیشتر از خود اختلال به کودک لطمه می‌زنند.
- به والدین بیاموزید که از تشویق و تنبیه مناسب استفاده کنند. یک جدول ستاره برای کودک درست کنند و به ازای شب‌هایی که خودش را خیس نکرده است و جایش خشک بوده، یک ستاره یا صورتک خندان به جدول بچسبانند ولی ستون شب‌های خیس را در جدول خالی بگذارند. در ادامه، به ازای تعداد خاصی از ستاره‌ها پاداش مناسب و واقعی که کودک را خوشحال می‌کند به او بدهند. بدیهی است در ابتدا نباید انتظار داشت که کودک کل شب‌های هفته خشک باشد در نتیجه بسته به دفعات شب ادراری مثلاً اگر قبلاً هر شب خیس می‌کرده، قرار این باشد که اگر کودک سه یا چهار ستاره بگیرد جایزه خاصش را دریافت کند.
- بهتر است مصرف مایعات بیش از حد معمول نباشد اما محدودیت شدید مصرف مایعات به دلیل تغییر PH مثانه اثر معکوس دارد.



- هر شب قبل از خواب کودک را تشویق کنند که به دستشویی برود و صبح‌ها پس از خیس کردن، خودش لباس‌هایش را تعویض و رختخوابش را مرتب کند.
- کودک را به خاطر بی‌اختیاری ادرار سرزنش، تحقیر و تنبیه نکنند.

بی‌اختیاری مدفوع

آموزش خانواده در زمینه برخورد با این اختلال بسیار مهم است، زیرا توسل جستن به روش‌های نامناسب و تنبیهی وضعیت کودک را بحرانی می‌کند. گرچه درمان این اختلال در مواردی نیاز به مصرف ملین یا مسهل و رژیم غذایی شامل فیبر و ... دارد رعایت موارد زیر به خانواده کمک می‌کند الگوی رفتاری مناسبی در مقابل کودکی که بی‌اختیاری مدفوع دارد نشان دهند.



- از دادن پاداش و جایزه‌های ویژه و تشویق کودک برای کنترل مدفوع، دفع مدفوع در محل مناسب، و کثیف نکردن لباس زیر استفاده کنند.
- کودک را عادت بدهند تا به طور مرتب، ۲۰ دقیقه پس از صرف هر وعده غذا به خصوص صبحانه، به مدت ۱۰ دقیقه روی توالت بنشینند تا حرکات روده‌ای‌اش تحریک شود و افزایش یابد.
- زمانی که کودک روی لگن مخصوص خود یا در دستشویی می‌نشیند، اجازه دهند وسیله یا اسباب بازی مورد علاقه‌اش را در اختیار داشته باشد. این کار باعث تشویق کودک به رعایت اصول صحیح دفع می‌شود. در ضمن بازی کردن به آرامش روحی کودک و کاهش تنش عضلات نواحی دفعی کمک می‌کند و باعث می‌شود مقاومت او در عمل دفع کمتر شود. به ویژه در مواردی که کودک دچار یبوست، سفتی مدفوع، یا شقاق و و عمل دفع با درد یا ترس همراه است کاربرد روش‌های لذت بخش و تشویقی کار را آسان‌تر می‌کند.
- بابت همکاری کودک در نشستن روی لگن یا دستشویی و همچنین بابت موفقیت در دفع مدفوع در محل مناسب باید پاداش‌های کوچک جداگانه و مورد علاقه او در نظر گرفت. به خاطر داشته باشید اختلال دفع چه به دلایل طبی ایجاد شده باشد چه نشانه مشکلات ریتم‌های فیزیولوژیک، وابستگی به مادر و شکل نگرفتن مهارت‌های مستقل در امور شخصی، اضطراب، نافرمانی و مشکلات رفتاری دیگر باشد کاربرد روش‌های تقویت رفتار جنبه اساسی در درمان دارد.
- برای کمک به یادگیری رفتارهای دفعی مناسب باید از پیامدهای تنبیهی مناسب استفاده کرد مثلاً کودک وظیفه داشته باشد خودش لباس زیر و یا شلوارش را تمیز کند. نباید به روش‌های نامناسبی چون تنبیه بدنی، سرزنش، تحقیر و مقایسه کودک با دیگران متوسل شد.

خودارضایی

برخی از کودکان در مراحل از زندگی بیش از حد معمول روی دستگاه تناسلی خود متمرکز می‌شوند و رفتارهایی انجام می‌دهند که والدین را نگران می‌کند. برای مثال کودک ناحیه تناسلی خود را روی زمین، بالش، یا لبه یک شئی می‌مالد و یا با دست ناحیه تناسلی خود را ماساژ می‌دهد. بعضی کودکان پاهای خود را جمع می‌کنند و به ناحیه تناسلی خود فشار می‌آورند. این رفتارها ممکن است حتی

در سن زیر یک سال شروع شود. والدین نگرانند از اینکه کودکان مانند بالغین از این رفتار لذت جنسی ببرند، یا در آینده تمایلات جنسی مهار گسیخته و گرایش به سایر رفتارهای جنسی پیدا کنند، یا این عمل باعث آسیب فیزیکی به ناحیه تناسلی شود، زمینه انحراف جنسی و سایر مشکلات رفتاری را فراهم کند و یا کودکان با نشان دادن این رفتارها در جمع دوستان یا مدرسه مورد تمسخر یا اذیت و آزار دیگران قرار گیرد. این رفتار ممکن است با باورهای مذهبی مردم تضاد داشته باشد و باعث ایجاد احساس گناه و شرم در اطرافیان شود. اکثر این والدین با احساس شرمندگی همراه با اضطراب، نگرانی، بی کفایتی و ... به پزشک مراجعه می کنند و در قالب جملات نامشخص و حاشیه ای رفتار کودک را توصیف می کنند. به ویژه در شرایطی که برخی از والدین از طرف مهد کودک یا مدرسه مورد پرسش واقع می شوند که آیا کودک رفتارهای جنسی والدین و یا موارد مشابه را دیده یا تجربه کرده و در معرض اطلاعات جنسی فراتر از سن خود بوده است، احساس نگرانی و شرم والدین تشدید می شود.

در ارزیابی رفتارهای جنسی کودکان باید به این احتمال که آنان در معرض رفتارهای جنسی قرار دارند پرداخت و اختلالاتی چون وسواس، اضطراب، بیش فعالی و بی قراری، ... را در نظر گرفت.

در صورت وجود هر یک از علل مشخص مرتبط با رفتار جنسی باید در رفع آنها تلاش کرد. با این حال برخی توصیه ها برای تمام والدین مفید است:

- ۱- نگرانی و اضطراب خود را کنترل کنید. این رفتار مشابه عمل جنسی بزرگسالان نیست و لذت و محتوای جنسی ندارد.
- ۲- در بسیاری از کودکان رفتار جنسی مشابه یا رفتارهای دیگری است که کودک با بدن خود انجام می دهد مانند کندن زخم، جویدن لب یا کندن پوست آن، ناخن جویدن، کندن پوست اطراف ناخن و ... در برخی موارد کودک به علت عفونت ادراری یا خارش و سوزش ناحیه تناسلی این ناحیه را مالش می دهد و به طور موقت آرامش پیدا می کند، این احساس خوشایند منجر به تقویت رفتاری می شود که از نظر اطرافیان عملی جنسی محسوب می شود.
- ۳- کودک را به دلیل رفتار جنسی تنبیه بدنی نکنید.
- ۴- کودک را ترسانید «بدنت زخم می شه، مریض می شی، کلیه هات از کار می افته و ...»
- ۵- در کودک احساس گناه ایجاد نکنید «فرا بچه های بد را دوست نداره، گناه داره، می دونی این کار را که می کنی فردا تو را می بره تو بهمن و ...»
- ۶- حواس او را به طور غیر مستقیم به سمت دیگری پرت کنید (با بازی یا یک فعالیت دیگر او را از آن موقعیت خارج کنید).
- ۷- چنانچه مشکل حل نشد به یک روانپزشک کودک مراجعه کنید.

آموزش مهارت کنترل خشم

خشم نوعی حالت برانگیختگی و هیجان ناخوشایند در رویارویی با محرک های نامناسب محیطی است، احساسی که همه به نوعی آن را تجربه می کنیم. خشم بخشی از زندگی ماست پس باید بیاموزیم چگونه با آن کنار بیاییم تا حداقل آسیب و ناراحتی را برای خود و اطرافیانمان ایجاد کنیم.

خشم جزء غیر قابل اجتناب زندگی است ولی بعضی از افراد بهتر می توانند با آن مدارا کنند. یک فرد در طی روز هم در محیط خانواده و هم خارج از آن در معرض پیام های گوناگونی قرار می گیرد که با پرخاشگری، خشم و تهاجم آمیخته اند. در جهان امروز اداره کردن و به کنترل در آوردن خشم به روشی مثبت و کم ضررتر یکی از مهم ترین چیزهایی است که افراد باید بیاموزند. به این ترتیب آنها می توانند:

- احساس خشم خود را تشخیص دهند.

- تکانه‌های خشمناک خود را کنترل کنند.
 - هنگام خشم خود را آرام کنند.
 - خشم خود را به روشی غیر تهاجمی نشان دهند.
- به خاطر داشته باشید تجربه احساس خشم و عصبانیت یک پدیده طبیعی و قابل انتظار است ولی رفتارهای پرخاشگرانه ناشی از آن یعنی آسیب رساندن به خود و دیگران به دلیل عصبانیت پذیرفتنی نیست.

روش‌های بروز و نشان دادن عصبانیت

خشم و عصبانیت از احساسات و هیجانات بشری به حساب می‌آیند و راهی هستند برای نشان دادن حالت ناخوشایند درونی نسبت به پدیده عذاب آور و منفی بیرونی. پس هدف از بین بردن این احساس و هیجان نیست، بلکه هدف تعدیل آن است به شکل بروز ملایم‌تر، آرام‌تر و مناسب‌تر، با آسیب رسانی کمتر برای خود و دیگران. به این ترتیب یک حمله خشم و عصبانیت را می‌توان به روش مؤثری مدیریت کرد.

انسان‌ها خشم خود را چگونه نشان می‌دهند؟

- از طریق حالت صورت: چین دادن پیشانی و اخم کردن
- از طریق حالت نگاه و چشم‌ها: چشم غره رفتن، نگاه غضبناک، نگاه نکردن به صورت طرف مقابل و...
- از طریق حالت و نوع کلام: با صدای بلند حرف زدن، داد و فریاد زدن، جیغ کشیدن، گریه کردن، غریدن، ناسزا گفتن، استفاده از کلمات رکیک و غیرمؤدبانه، تمسخر کردن، توهین و بی‌احترامی کردن، تحقیر کردن، بیان احساس عصبانیت و دلخوری، صحبت نکردن و سکوت کردن.
- قهر کردن
- از طریق حرکات بدنی: تکان دادن یا مشت کردن دست‌ها، کتک زدن دیگران یا خود، گاز گرفتن، هل دادن، پرت کردن اشیاء، شکستن وسایل و ...
- استفاده از وسایل و ابزار جهت حمله فیزیکی
- همانطور که ملاحظه می‌شود ما برای بیان احساس عصبانیت و خشم ممکن است طیفی وسیعی از واکنش‌ها را از خفیف تا بسیار شدید بروز دهیم، مثلاً از یک اخم کوچک یا سکوت و بیان احساس درونی تا حمله فیزیکی، تهاجم، پرتاب کردن اشیاء، شکستن وسایل و آسیب رساندن به خود و دیگری.

فیزیولوژی خشم:

بدن ما به روش‌های مختلفی احساس خشم و هیجان را تجربه می‌کند. علائمی مانند تپش قلب، لرزش دست، چانه و کل بدن، برافروختگی صورت، پریدگی یا هر نوع تغییر رنگ صورت، انقباض و سفتی عضلات بدن، درد معده، لرزش صدا، عدم توانایی در حرف زدن و تنفس تند ممکن است در طی یک حمله خشم بروز کند. دانستن راجع به فیزیولوژی و علائم بدنی خشم به ما کمک می‌کند بتوانیم روش‌هایی را برای مقابله و تعدیل این علائم به کار ببریم و با دستکاری این حالات احساس خشم را تعدیل و اداره کنیم. به طور مثال اکثر ما هنگام عصبانیت تند تند نفس می‌زنیم، حالا اگر بیاموزیم که چگونه تنفس خود را عمیق و آهسته کنیم می‌توانیم خشم خود را به هیجانی آرام‌تر تبدیل کنیم. یا با شل کردن عضلات منقبض خود می‌توانیم از شدت احساس بدنی نامطلوب خود بکاهیم.

جای خوشبختی است که عضلات و سیستم تنفسی ما، همیشه با ما هستند و ما همیشه دارای ابزاری هستیم که کمک می کند تا آرام تر شویم و بتوانیم خودمان را کنترل کنیم.

اداره و مدیریت خشم

اداره احساس خشم مهارت مهمی در زندگی است. ما باید بیاموزیم چگونه با خشم خود به روشی مفید و مؤثر برخورد کنیم و مهارت‌هایی را بیاموزیم تا بتوانیم در موقعیت‌های مختلف از این مهارت‌ها استفاده کنیم و زندگی بهتر و سالم‌تری داشته باشیم. مسلم است که همه انسان‌ها از یک روش واحد برای کنترل و اداره خشم استفاده نمی‌کنند و به روش‌های مختلفی برای تطابق با خشم وجود دارد.

ابزار و وسایل کنترل و اداره خشم شامل دو دسته کلی بدنی و فکری هستند:

ابزار بدنی: فیزیکی که در آن از بخشی از بدن خود برای آرام شدن استفاده می‌کنیم تا احساس شدید خشم ما تبدیل به هیجان ملایم‌تری شود مانند تکنیک‌های آرام سازی که در آن روش شل کردن عضلات و تنفس عمیق و ملایم به کار می‌رود.

ابزار فکری: از فرمان برای تعدیل احساس خشم خود استفاده می‌کنیم مانند کسب مهارت‌های حل مسئله، استفاده از شوخی، چگونه ارتباط برقرار کردن و تغییر افکاری که در پس احساس خشم وجود دارد.

آموختن روش‌های زیر کمک می‌کنند تا خشم خود را به روش مؤثرتری بروز دهیم:

- خود آرام سازی
- تغییر محیط
- ارتباط مفید و مؤثر برقرار کردن
- استفاده از شوخی
- کسب مهارت‌های حل مسئله
- گفتگو با خود
- یافتن افکار نهفته در پس احساس خشم

شیوه‌های کنترل خشم با ابزار فکری

بیاموزیم چگونه خود را آرام سازیم.

خشم در بدن ما یک سری تغییرات و پاسخ‌های فیزیکی ایجاد می‌کند از جمله طپش قلب، درد معده، انقباض عضلانی، لرزش و... که می‌توانیم این واکنش‌ها را بشناسیم، تشخیص دهیم و آرام کنیم.

نکته:

یکی از بهترین راه‌ها برای سازگاری با پاسخ‌های فیزیکی آسیب‌زای ناشی از خشم این است که کار فیزیکی دیگری انجام دهیم.

ما می‌توانیم برای آرام شدن هنگام خشم از پنج حس خود (لامسه، بویایی، چشایی، شنوایی، بینایی) استفاده کنیم. گوش دادن به موسیقی، دویدن، بیرون رفتن و قدم زدن، پاشیدن آب به صورت، دوش گرفتن، شل کردن و سفت کردن عضلات، نفس‌های عمیق و آهسته کشیدن، خوردن نوشیدنی خنک و ... همه به ایجاد یک پاسخ مناسب‌تر در مقابل احساس خشم کمک می‌کنند. بعضی از آدم‌ها به لمس پاسخ بهتری نشان می‌دهند و می‌توانند از ماساژ گردن یا بازو برای آرام‌سازی استفاده کنند.

می‌توانیم روش حل مسئله را به عنوان ابزاری برای پیشگیری از خشم و عصبانیت به کار ببریم. مراحل کلی حل یک مسئله یا مشکل به صورت زیر است:

- ایست کنید: هیچ کاری انجام ندهید و هر کاری را که می‌کردید متوقف کنید، (مثل فریاد زدن و ناسزا گفتن، کتک زدن، خود را زدن، چیزی را پرتاب کردن، تصمیم ناگهانی گرفتن برای مقابله با موقعیت موجود ...).
- فکر کنید: ببینید آیا راه‌های دیگری برای حل این مشکل وجود دارد؟
- عمل کنید: بهترین راه حل و فکری را که انتخاب می‌کنید انجام بدهید.

مثال:

متوجه می‌شویم که فرزندمان گوشی تلفن همراه ما را پرتاب کرده و شکسته، با اینکه قبلاً به او تذکر داده بودیم که نباید بدون اجازه تلفن را بردارد. عصبانی می‌شویم و شاید در آن لحظه تنها فکری که به ذهنمان می‌رسد این است که یک سیلی به صورت او بزنیم و با داد و فریاد بگوییم: «می‌کشم! مگر نگفته بودم نباید بدون اجازه به وسایلی که به تو مربوط نیست، دست بزنی! کافیست، فقط یک بار، یک بار دیگر ببینم که بدون اجازه به چیزی دست زدی، بلایی بر سرت می‌آورم که مرغ‌های آسمان به حالت گریه کنند ...»

نکته:

کسی که می‌تواند به راه حل‌های متعدد و مختلفی برای حل یک مسئله بیندیشد، بیشتر احتمال دارد که اختلاف‌ها و تعارض‌ها را با روشی مثبت و سازنده حل کند.

اما می‌توانیم به جای رفتارهای بالا به خودمان نهیب بزنیم و مراحل زیر را دنبال کنیم:

ایست، صبر کنید: دارم خیلی عصبانی می‌شوم ... ممکن است کنترل فورم را از دست بدهم ... باید به فورم مسلط بشوم ... فعلاً هیچ حرکتی

نباید بکنم ... دیر نمی‌شود ... چند تا نفس عمیق می‌کشم ... آهان ...

فکر کنید: بینم چه اتفاقی افتاده؟ گوشی من شکسته و خراب شده ... چه کاری باید بکنم؟ آیا راه‌های وجود دارد؟

می‌توانم کتک مضمحل به او بزنم.

می‌توانم با او قهر کنم تا متوجه ناراحتی من بشود.

می‌توانم در اتاق زندانی اش کنم.

تنبيه او گوشی مرا به من بر نمی‌گرداند. باید آرام باشم و در فرصت مناسبی با او حرف بزنم.

عمل کنید: کدام یک از راه حل‌های بالا بهتر است؟ انتخاب کنی و جلو بروید. مسلم است که باید راه حل‌های مختلف را بررسی کنیم، پیامد هر کدام را بسنجیم و راه حلی را انتخاب کنیم که آسیبی متوجه ما و کودک نکند و بهترین انتخاب ما باشد.

تغییر محیط

گاه لازم است محیطی را که در آن هستیم عوض کنیم. گاهی در شرایط و موقعیت پر از عصبانیت و خشم بهتر است از محل دور شویم تا آرامش خود را مجدداً کسب کنیم. اگر در موقعیتی هستیم که نمی‌توانیم رفتار خود را کنترل کنیم و درگیر میزان بالایی از احساس خشم هستیم، بهتر است آن موقعیت را ترک کنیم. بهتر است از قبل مکان‌های خاصی را برای آرام شدن در نظر بگیریم، جایی که بتوانیم دوباره کنترل خود را به دست آوریم.

به خود بگوییم:

- موقعی که احساس فوبی از محیط اطرافت نداری، از آن محیط دور شو.
- فرصت کوتاهی به فوریت بره و فوریت را آرام کن.

به شوخی گرفتن

شوخی یک پادزهر خوب برای خشم است. سعی کنیم حتی در موقعیت های سخت و دشوار بعد شوخی قضیه را هم ببینیم. پاسخ دادن به خشم با روشی آرام و همراه با لبخندی مهربان اغلب کمک می کند تا خشم طرف مقابل نیز آرام شود. وقتی ما به خشم خود می خندیم یا آن را به شوخی تبدیل می کنیم دیگران نیز همین دید را پیدا می کنند.

بگویید:

- شرط می بندم که بعداً از این موضوع فتنه مان می گیرد.
- آیا می توانی چیز فتنه داری راجع به این وضعیت بگویی؟ شاید بشود داستان مسافره و فتنه داری راجع به موضوع امروز گفت.

به خود یادآوری کنیم که چه کارهایی را نباید انجام دهیم.
با خود قرارداد ببندیم که یک سری از رفتارها را هنگام خشم و عصبانیت انجام ندهیم.

کارهایی که نباید انجام دهیم:

- تفریب و شکستن وسایل
- فریاد زدن و تاسزاگویی
- آسیب رساندن به خود
- آسیب رساندن به طرف مقابل

اما مجاز هستیم این کارها را بکنیم:

- کریه کردن در یک محل خلوت
- صحبت کردن راجع به موضوع ناراحت کننده
- دور شدن از موقعیت
- نفس عمیق و آهسته کشیدن
- کمک خواستن
- گوش دادن به موسیقی
- رفتن به جایی ساکت و آرام
- نوشتن

گفتگو با خود

حرف زدن با خود یا خودگویی می‌تواند یک وسیله دیگر برای آرام کردن خود و کنترل احساس خشم باشد. برخی صحبت‌ها ممکن است احساس خشم ما را شدیدتر کند (این بپه مخصوصاً می‌خواهد مرا ازیت کند. او لج می‌کند. مرا از کوره به در می‌برد. دلم می‌خواهد پنهان کتک مفصلی به او بزنم که تا آخر عمرش فراموش نکند، این بپه باید کتک بفوردد تا آرم بشود ...). در مقابل گفتن کلمات و جملات آرامش بخش ممکن است حمله خشم ما را اندکی فرو بنشانند (ارزش ندارد که فودم را این قدر ازیت کنم. این بپه که مفصلاً گوشی مرا نشکسته است. فودش هم ناراحت است. می‌توانم فودم را کنترل کنم و ... حالا آرام باش، قدم بزن و از اتاق بیرون برو، ارزش ندارد این قدر فود را ناراحت کنی).

یافتن افکار نهفته در پس احساس خشم

سعی کنیم به صورت یک برنامه روزانه هر زمان که عصبانی می‌شویم مواردی را یادداشت کنیم مانند احساس، شدت آن، شرایطی که آن را به وجود آورده، واکنش‌های رفتاری و افکاری که این واقعه در ما ایجاد کرده است. وقتی که این وقایع و احساسات را روی برگه می‌نویسیم، فرصت بیشتری داریم تا پیرامون واقعه دقیق‌تر بیندیشیم، فکر خود را تصحیح و شدت واکنش خود را تنظیم کنیم. با انجام این تمرین پس از مدتی به این نتایج می‌رسیم که:

- آنچه که باعث بروز احساس منفی در ما شده یک رفتار یا یک واقعه نیست، بلکه تعبیری است که ما از وقایع می‌کنیم. اگر تعبیرهایمان را تغییر دهیم، شاید احساسمان نیز عوض شود.
- احساس عصبانیت با علائم بدنی نامطلوبی همراه است. با تمرین و تکرار می‌توان این علائم بدنی را تا حدی کنترل کرد، در این صورت احساس عصبانیت هم کمتر می‌شود.
- می‌فهمیم که در طول روز چند بار، با چه شدتی و برای چه چیزهایی عصبانی می‌شویم.

با کمک روش‌های فوق به فرد کمک می‌شود تا به تدریج آگاهی و بینش بیشتری نسبت به احساس و هیجان خود پیدا کند و روش‌های مؤثرتری را برای کنترل و مدیریت احساسات شدید خود از جمله خشم و عصبانیت به کار ببندد.

پاسخ به سنوالات رایج والدین

۱. آیا کودکان می‌توانند در منزل مسئولیت‌هایی را بر عهده بگیرند؟ در چه سنی؟
بسته به توانایی‌های جسمی و شناختی (فکری) و مهارتی کودک می‌توان مسئولیت برخی کارها را به او سپرد. برای مثال می‌توان به کودکان خردسال (۳ سال به بالا) آموخت که وقتی به خانه می‌آیند کفششان را در جاکفشی بگذارند یا از کودکان دبستانی انتظار داشت تا لوازم مدرسه را در کیف خود بگذارند.

برخی والدین انتظارات بیش از حد از فرزند خود دارند و به او فشار می‌آورند. برای مثال انتظار دارند کودک ۴ ساله پس از بازی تمام اسباب بازی‌هایش را در جای مخصوص بگذارد یا از فرزند ۶ ساله می‌خواهند مراقب برادر یا خواهر کوچک ترش باشد. در مقابل والدین دیگری هستند که به کودکان مسئولیت نمی‌دهند و همه کارها را خود به عهده می‌گیرند. رعایت نکردن میزان اعتدال در انتظاراتی که از فرزندان دارند و مسئولیت‌هایی که به عهده آنها می‌سپارند هر دو با پیامدهای منفی همراه است. مسئولیت زیاد باعث می‌شود کودک احساس کند توان انجام خواسته‌های والدین را ندارد و این موضوع باعث احساس شکست و کاهش اعتماد به نفس او می‌شود. اگر به اندازه کافی به کودک فرصت آموزش مهارت‌ها و پذیرفتن مسئولیت‌های مختلف داده نشود او نمی‌آموزد که هر فرد وظیفه‌ای دارد که باید به آن عمل کند.

۲. زمانی که از کودک درخواستی داریم تا چند بار باید برای انجام کار به او تذکر بدهیم؟
اگر از کودک می‌خواهیم قانونی را اجرا کند و به او دستور می‌دهیم، انتظار داریم که به قانون و خواسته ما احترام بگذارد و آن را انجام دهد. اگر قرار است رفتار نامناسبی را قطع کند تنها یک بار به او دستور می‌دهیم، اگر قرار است رفتار مطلوبی را انجام دهد می‌توانیم پس از اولین دستور ۵ ثانیه صبر کنیم و اگر دستور انجام نشد آن را دوباره تکرار کنیم. اگر خواسته ما از فرزندمان مربوط به رعایت قانون نباشد جنبه خواهش و استدعا پیدا می‌کند. در این موارد کودک اجازه دارد درخواست ما را بپذیرد یا نپذیرد و اجباری در کار نیست. (ارجاع به صفحه ۱۰۲)

۳. استفاده از جدول ستاره‌دار برای شکل دادن به رفتار کودک تا چه زمانی باید ادامه پیدا کند؟
اگر کاربرد این روش برای اصلاح رفتار کودک مناسب واقع شده است می‌توان آن را تا زمانی که هنوز مؤثر است ادامه داد و محدودیت زمانی در مورد کاربرد آن وجود ندارد. برای هر رفتاری که دارد تبدیل به الگوی رفتاری و عادت مطلوب می‌شود پس از ۲-۳ هفته می‌توان سراغ رفتار مطلوب دیگری رفت. (ارجاع به صفحه ۱۰۰)

۴. آیا می‌توان از حمام یا اتاق در بسته به عنوان مکانی برای زمان خلوت استفاده کرد؟
بهتر است تا حد ممکن از فضا یا اتاقی استفاده کرد که در آن باز باشد و بتوان بر کودک نظارت کرد. در صورتی که همکاری کودک بسیار کم است و حاضر نیست در اتاق بماند می‌توان در اتاق را بست به شرطی که کودک ترس از فضاهای بسته نداشته باشد. حمام برای برخی کودکان ترسناک است و برخی دیگر از آن برای آب بازی استفاده می‌کنند. بنابراین در صورتی می‌توان از حمام در زمان خلوت استفاده کرد که وسایل خطرناک یا بازی از دسترس او دور باشد و کودک از حمام ترسی نداشته باشد. (ارجاع به صفحه ۱۰۴)

۵. زمانی که توان مالی برای انجام درخواست کودک نداریم باید چگونه رفتار کنیم؟
هر والدی تمایل دارد بهترین چیزها را برای فرزندش تهیه کند اما همه ممکن است محدودیت‌هایی داشته باشند. بنابراین ضمن اینکه تلاش می‌کنیم، در حد توانمان می‌توانیم نیازمندی‌های فرزندمان را فراهم کنیم. در بسیاری موارد می‌توانیم آنها را با بودن

در کنارشان و داشتن زمان‌های خوش و فعالیت‌های مشترک و خوشایند سرگرم و خوشحال کنیم، لازم نیست حتماً لوازم گران بخریم یا کارهای سخت انجام بدهیم. کودکان باید به تدریج با محدودیت‌های زندگی واقعی آشنا شوند و با آنها کنار بیایند، این بخش مهمی از رشد اجتماعی است.

۶. کودکان تا چه سنی می‌توانند با کودکان غیر هم جنس بازی کنند؟

معمولاً تا دوران قبل از بلوغ منع خاصی از این بابت وجود ندارد گرچه تا قبل از نوجوانی بیشتر کودکان تمایل دارند با هم جنس خود بازی کنند. در هر صورت والدین باید هر لحظه بر فرزندان خود نظارت داشته باشند یعنی بدانند کجا هستند، کنار که هستند، و چه فعالیتی انجام می‌دهند.

۷. اگر متوجه شدیم کودکمان بدون اجازه از کیف دیگران پول یا وسایل دیگر برمی‌دارد چه برخوردی باید داشته باشیم؟

کودکان خردسال ممکن است درک روشنی از مفهوم مالکیت شخصی نداشته باشند و به این دلیل لوازم دیگران را بدون اجازه بردارند یا استفاده کنند بدون اینکه قصد دزدی یا پنهان کاری داشته باشند. بنابراین والدین باید احترام به حق دیگران در مورد لوازم و محدوده شخصی را به فرزندانشان بیاموزند تا کودکان بدون موافقت، اطلاع و رضایت دیگران دست به لوازم دیگران نزنند یا از آنها استفاده نکنند. وقتی کودکی برای اولین بار وسیله کسی را بدون اجازه او برمی‌دارد باید علت این رفتار را جویا شویم و بفهمیم چه نیاز یا هدفی او را به این کار واداشته است تا در صورت لزوم در باره آن مداخله‌ای بکنیم (برای مثال اگر به شئی خاصی علاقه دارد فرصت رسیدن به آن را برایش فراهم کنیم)، باید بدون خشونت یا تهدید برایش توضیح دهیم که حق ندارد بدون اطلاع و موافقت کسی وسیله‌اش را بردارد. سپس از او بخواهیم وسیله را به صاحبش برگرداند و معذرت خواهی کند. اگر رفتار کودک ادامه داشته باشد، او علاوه بر اینکه باید وسیله را برگرداند و عذرخواهی کند ضروری است کار خود را به نحوی جبران و رضایت فرد را جلب کند. در این موارد والدین باید تنبیهی برای کودک در نظر بگیرند و برای مثال او را از موقعیت یا امتیازی به صورت موقت محروم کنند.

۸. آیا تنبیه برای بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی جایز است؟

اگر کودک یا نوجوان مبتلا به اختلال روانپزشکی رفتار نامناسبی انجام می‌دهد مثل دیگران لازم است تنبیه بشود مگر این که رفتار ناشی از بیماری و از اراده او خارج باشد. برای مثال هیچ گاه آنها را نباید به دلیل تیک، وسواس، ترس، خجالت، ... تنبیه کرد.

۹. برای آموزش مسائل جنسی از چه سنی می‌بایست اقدام کنیم؟

این آموزش سن مشخصی ندارد و باید آن را مطابق با سطح درک و فهم کودک شروع کرد. این آموزش در وهله اول به رعایت بهداشت و نظافت مناطق دفعی و تناسلی مربوط می‌شود و در وهله بعد باید در مورد نکات ایمنی و امنیت و محفوظ بودن این اندام‌ها انجام گیرد. لازم نیست تمام جزئیات کارکرد اندام‌های جنسی یا ارتباط نزدیک و مقاربت زن و مرد را برای کودکان توضیح داد. در پاسخ به سوال‌ها و کنجکاوی‌های اتفاقی کودکان باید توضیحات ساده، کوتاه، قابل فهم و واقعی باشد. نباید دروغ بگوییم یا او را گول بزنیم، نباید کودک را تنبیه کنیم یا بترسانیم. اگر کودک بیش از حد معمول سؤال‌های جنسی می‌پرسد یا رفتار جنسی دارد باید از نظر احتمال آزار جنسی با یک مشاور یا پزشک مشورت شود.

۱۰. اگر متوجه شدیم فرزندمان خود ارضایی می کند چه برخوردی باید انجام دهیم؟
توضیح در صفحه ۱۰۸

۱۱. کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی تا چه سنی می بایست ریتالین مصرف کند؟
سن مشخصی برای این موضوع تعیین نشده و پزشک باید بر اساس میزان پاسخ به درمان و کیفیت و کمیت بهبودی علائم با مشورت والدین تصمیم بگیرد که آیا لازم است درمان ادامه یابد یا خیر.

۱۲. کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی تا چه سنی برای انجام تکالیف نیاز به نظارت و همراهی والدین دارند؟
این کودکان هم مانند بقیه لازم است به تدریج برای انجام کارها و تکالیفشان مستقل شوند اما چون از نظر برخی کارکردهای مغزی مانند تمرکز، برنامه ریزی، مدیریت زمان، اولویت بندی فعالیت ها، مهارت حل مسئله ضعف دارند این توانایی ها را بسیار دیرتر و به میزان کمتر به دست می آورند. به اضافه، سیستم انگیزش هیجانی و رضایت درونی نیز در آنان ضعیف است و آنان برای انجام کارها نیاز دارند تا توسط دیگران هدایت شوند. والدین باید با یادگیری روش های خاص فرزندپروری، سعی کنند که کودکانشان به آنها وابستگی کمتری داشته باشند و تشویق شوند که خود مسئولیت بپذیرند.

۱۳. داروی ریسپریدون جز داروهای ضد جنون می باشد؟ مصرف آن برای کودک خطرناک نیست؟
بیشتر داروها اثرات مختلفی دارند و برای اهداف درمانی مختلف به کار می روند. برای مثال داروی پروپرانولول که ضد فشار خون است علائم جسمی اضطراب را نیز کاهش می دهد. این نکته در مورد بیشتر داروهای روان پزشکی هم صدق می کند. ریسپریدون در دسته داروهای ضد جنون قرار دارد اما برای تیک، پرخاشگری، بیش فعالی، نیز به کار می رود. مهم این است که دارو با نظر پزشک تجویز شود تا هم میزان و مدت مصرف دارو صحیح باشد و هم کودک از نظر بروز عوارض نیز تحت نظر باشد.

۱۴. آیا کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با افزایش سن بهبود می یابند؟
بله معمولاً علائم کاهش می یابند اما این بهبود مستلزم مداخله های درمانی می باشد به خصوص آموزش مهارت های اجتماعی و حل مسئله.

۱۵. آیا می توان توسط آموزش هوش کودکی را که به لحاظ هوشی در دامنه عقب مانده خفیف قرار دارد ارتقا داد؟
در اکثر موارد اختلال هوشی زمینه ای بهبود نمی یابد هر چند ممکن است تحت تأثیر محیط آموزشی غنی و فضای عاطفی حمایت کننده سطح انطباق و سازگاری فرد را با محیط افزایش داد.

۱۶. در زمانی که نوجوان تهدید به خودکشی می کند می بایست بی توجه بود یا اینکه به خواسته اش تن داد؟
هیچ کدام. ضروری است نوجوان از لحاظ وجود اختلالات روانپزشکی مورد ارزیابی قرار گیرد و در صورت لزوم مداخله درمانی (مداخله در بحران، روان درمانی، حمایتی، شناختی، خانواده درمانی و دارو درمانی) انجام شود.

۱۷. اگر فرزندمان مبتلا به اختلال روانپزشکی باشد، آیا فرزندان دیگر و یا فرزند خود او نیز مبتلا به اختلال می‌شود؟
احتمال ابتلای سایر فرزندان به این بستگی دارد که بروز اختلال تا چه حد به محیط و تا چه اندازه به توارث بستگی دارد. بنابراین این میزان به نوع اختلال روانپزشکی از جمله کم توانی ذهنی، افسردگی، اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی وابسته است.

۱۸. آیا زمانی که بیمار دارو مصرف می‌کند از رژیم غذایی خاصی باید تبعیت کند؟
این موضوع به نوع بیماری و نوع دارو بستگی دارد، مثلاً هنگام مصرف دپاکین بهتر است کپسول روی (زینک) به رژیم دارویی اضافه شود یا در زمان مصرف لیتیوم مصرف آب و نمک باید به صورت معمول باشد هنگام مصرف برخی داروها که باعث افزایش وزن می‌شوند رعایت رژیم غذایی کم کالری مهم است. مصرف الکل و مواد همراه با مصرف داروهای روانپزشکی نیز مشکل ساز است.

۱۹. آیا مصرف داروهای روانپزشکی اعتیاد آور هستند؟
به غیر از داروهای خانواده بنزودیازپین (دiazepam، لورازپام، آلپرازولام و ...) سایر داروهای روانپزشکی که توسط پزشک تجویز می‌شوند ایجاد اعتیاد نمی‌کنند. البته مانند بسیاری از اختلالات پزشکی که کنترل بیماری و پیشگیری از بروز عوارض آن وابسته به مصرف داروست (اگر انسولین مصرف نشود هم علائم بیماری فرد را آزار می‌دهد و هم نارسایی کلیه و مشکلات بینایی و ... بروز می‌کند)، درمان با دارو برای اختلالات روانپزشکی نیز ممکن است به صورت طولانی مدت یا تا آخر عمر لازم باشد. در این موارد قطع دارو منجر به عود علائم می‌شود ولی این به معنای اعتیاد به دارو نیست.

۲۰. بیماری که از بیمارستان ترخیص می‌شود بعد از چه زمانی می‌تواند زندگی طبیعی داشته باشد؟
این مدت بستگی به نوع اختلال روانپزشکی و میزان پاسخ آن به درمان‌های انجام شده دارد.

۲۱. آیا نوجوانی که سابقه اختلال روانپزشکی داشته توانایی شرکت در کنکور و ادامه تحصیل را دارد؟
بستگی به نوع و شدت اختلال، همچنین سطح توانمندی‌های هوشی و شخصیتی فرد قبل از ابتلای او به اختلال دارد.

۲۲. اگر فرزندمان در نوجوانی سابقه بستری در بیمارستان یا ابتلا به اختلالی داشته، در زمان ازدواج می‌بایست اطلاع دهیم؟

اگر او به یک اختلال جدی و مهم روانپزشکی مبتلا باشد باید موضوع را اطلاع داد ولی در موارد خفیف ضرورتی وجود ندارد و باید بسته به مورد تصمیم‌گیری شود.

۲۳. آیا اعضای فامیل را باید در جریان بیماری فرزندمان بگذاریم؟
بسته به اینکه او چه نوع اختلالی دارد و خبر داشتن یا نداشتن اعضای فامیل چه تأثیری بر فرد و خانواده ممکن است بگذارد باید تصمیم بگیریم. بایدی در این زمینه وجود ندارد.

۲۴. آیا لازم است معلم و کادر مدرسه را در جریان بیماری فرزندمان قرار دهیم؟
با توجه به نوع اختلال و مشکلاتی که در عملکرد تحصیلی و روابط او با همسالانش ایجاد کرده در بعضی موارد بهتر است اولیا مدرسه در جریان قرار بگیرند. با این حال این تصمیم را باید با توجه به ساختار و قوانین مدرسه همچنین فضای ارتباطی و آموزشی حاکم بر مدرسه گرفت. برخی معلمان و مسئولین مدارس ممکن است کمکی در این راستا انجام ندهند.

۲۵. در بیماران مبتلا به وسواس و اتیسم که سؤال زیاد می پرسند، باید دائماً به سؤال‌ها جواب بدهیم؟
خیر. پاسخ دادن به سؤالات تکراری (به عنوان مثال اطمینان دادن) در اختلال وسواسی جبری منجر به شدت و تداوم علائم می شود. در اختلال طیف اتیسم هم پاسخ دادن به این سؤالات کمکی به درمان اختلال یا کاهش این سؤال‌ها که در محدوده رفتارهای کلیشه‌ای بیمار قرار دارد نمی کند.

۲۶. آیا استفاده از درمان‌های سنتی می تواند تأثیری در درمان اختلال داشته باشد؟
بر اساس یافته‌های علمی موجود شواهدی در تایید اثربخشی این درمان‌ها وجود ندارد. با این حال این مداخلات در برخی اختلالات ممکن است اثرات تلقینی و مانند دارونما داشته باشد.

۲۷. آیا باورهای سنتی مثل جن‌زدگی، طلسم می تواند باعث ابتلا به اختلال روانپزشکی شود؟
خیر، در این موارد شواهد علمی تأیید کننده نیست.

۲۸. تا چه سنی داشتن دوست خیالی یا صحبت کودک با خود طبیعی است؟
۵۰ درصد کودکان در سنین ۱۰-۵ سالگی دوست خیالی دارند که در اکثر موارد تا سن ۱۲-۱۰ سالگی این پدیده از بین می رود.

۲۹. در کدام حوزه‌های مشکلات خانواده و تصمیم‌گیری‌ها باید فرزندان را دخالت داد؟
می توان با هدف افزایش مسئولیت‌پذیری فرزندان و قدرت تصمیم‌گیری آنان در مورد مسائل، با توجه به سن و توانایی‌های مختلف آنان را در مسائل مربوط به خودشان و موضوع‌های روزمره دخالت داد ولی نباید آنان را در موضوع‌های زناشویی و عاطفی والدین وارد کرد.

۳۰. بعد از به دنیا آمدن فرزند جدید توجه را چگونه بین کودکانمان تقسیم کنیم؟
با توجه به سن کودک، با دادن مسئولیت به او و صرف کردن اوقات اختصاصی برای انجام فعالیت‌های خوشایند با کودک اول سعی می کنیم نیاز او را به محبت و توجه تأمین کنیم.

۳۱. کودکی که ترس و اضطراب دارد می تواند در اتاق پدر و مادر بخوابد؟
خیر. اگر اجازه دهیم این کار ادامه یابد ترس و اضطراب کودک ادامه می یابد. بهتر است مراسم ویژه قبل از خواب برای آرامش بخشیدن به کودک توسط والدین انجام شود (برای مثال والد قصه بگوید و کنار کودک بماند تا او به خواب برود) و اگر ترس شدید است به مشاور مراجعه شود.

- Boris Birmaher, David Brent, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. The AACAP Work Group on Quality Issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 46, Issue 11, p1503-1526.
- Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A, Page MJ, Ridao M, Macías Saint-Gerons D, Catalá MA, Tabarés-Seisdedos R, Moher D. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS One*. 2017, 12(7)
- Cipriani A., et al. (2016). "Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis." *Lancet* 27(388): 881-890.
- Daniel A. Geller, John March, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder Cited in Scopus, The AACAP Committee on Quality Issues (CQI), *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 51, Issue 1, p98-113.
- Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry, DSM-5 edition 2016, Chapters 35-38
- Fred Volkmar, Matthew Siegel, Marc Woodbury-Smith, Bryan King, James McCracken, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 53, Issue 2, p237-257.
- Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigge S, Hoppe L. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009, (3)
- James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 3;(6): CD004690.
- Scaini S, Belotti R, Ogliari A, Battaglia M. A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *J Anxiety Disord*. 2016 Aug;42:105-12.
- Skapinakis P., et al. (2016). "A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults." *Health Technol Assess* 20(43): 1-392.
- Vollebregt MA, van Dongen-Boomsma M, Buitelaar JK, Slaats-Willemse D. Does EEG-neurofeedback improve neurocognitive functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? A systematic review and a double-blind placebo-controlled study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 May;55(5):460-72.
- www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehavior
- Yang C., et al. (2015). "Efficacy and safety of acupuncture in children: an overview of systematic reviews." *Pediatr Res* 78(2): 112-119.
- Zhou X., et al. (2015). "Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*" 14(2): 207-222.