

**کتابچه راهنمای مراقبتهای روانپزشکی در نوجوانان**  
**(ویژه پزشکان)**

گردآوری و تدوین:

دکتر جواد محمودی قرائی

با همکاری:

دکتر مهدی بینا

دکتر فریبا عربگل

دکتر رزیتا داوری

دکتر کتایون راز جویان

## فهرست

مقدمه

فصل اول: کلیات

جنبه های رشدی و تکاملی

بلوغ

فصل دوم: نشانه شناسی

نشانه های خطر

اختلالات شایع روانپزشکی

فصل سوم: ارزیابی دوره ای

غربالگری

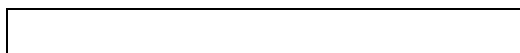
فصل چهارم: مراجعه با شکایت خاص

فصل پنجم: درمان

فصل ششم: مشاوره و آموزش روانشناختی

ضمائم

## فصل اول



# کلیات

## نوجوانی

### الف) جنبه های عمومی رشد و تکامل

تعریف نوجوانی بین فرهنگ‌های مختلف متفاوت است ولی بطور کلی مرحله از رشد بین دوران کودکی و بزرگسالی است. این مرحله رشدی معمولاً از سن 11 سالگی شروع و تا سنین 18 و 19 سالگی ادامه می‌یابد. این دوره را می‌توان به دو دوره اوایل نوجوانی (11 تا 14 سالگی) و اواخر نوجوانی (15 تا 18 سالگی) تقسیم نمود. هرکدام از این دو دوره ویژگی‌های رشدی و تکاملی خاص خود را دارند. ولی بطور کلی نوجوانی زمانیست که فرد از وابستگی بسمت استقلال و خودمختاری می‌رود. بتدریج از خانواده جدا شده و عضوی از گروه همسالان می‌شود. در نهایت عضوی از افراد بزرگسال می‌شود. افراد نوجوان با تغییرات و چالش‌های رشدی و تکاملی مختلفی روبروست از جمله این تغییرات می‌توان به تغییرات بیولوژیک، شناختی، روانشناختی، اجتماعی، اخلاقی و هویت اشاره نمود.

#### 1. تغییرات بیولوژیک:

شروع نوجوانی با بلوغ همزمان می‌شود. وقایع بیولوژیکی که منجر به اولین قاعدگی در دختران و اولین انزال در پسرها می‌شود نشان از فرایند بیولوژیک عمیقی دارند. این مسئله اگرچه یک پروسه رشدی طبیعی است ولی می‌تواند مشکلات زیادی را ایجاد نماید بخصوص اگر با تاخیر همراه باشد. که در این صورت نوجوان سطوحی از استرس و پیامدهائی مثل کاهش اعتماد به

نفس را متحمل می شود. تغییرات بیولوژیک در نوجوانی با تغییرات فیزیولوژیک، جنسی و هیجانی همراه است.

**2. تغییرات فیزیولوژیک:** در این دوره تغییرات فیزیولوژیک زیادی اتفاق می افتد ولی میزان و زمان این تغییرات در تمام افراد یکسان نیست. و تغییر در عملکرد دستگاه تناسلی، سیستم اسکلتی و ... را در بر می گیرد. تغییرات جنسی: تمایز جنسی در اوایل و اواخر نوجوانی متفاوت و تحت تاثیر جنبه های شناختی، اخلاقی و نگرشهای اجتماعی است. ولی بطور معمول تا اواخر نوجوانی بسیاری از افراد از نظر روانشناختی برای یک زندگی جنسی فعال آمادگی دارند.

**3. تغییرات هیجانی:** وضعیت هیجانی نوجوان تحت تاثیر هرمونهای جنسی است. ولی اینکه تصور کنیم فقط هرمونهای جنسی باعث تغییرات خلقی می شوند اشتباه است. عواملی مثل تغییر در ارتباطات اجتماعی، باورها، نگرش ها و تغییر در ادراک نوجوان از خود، بر وضعیت هیجانی نوجوان اثر دارد.

#### **4. تغییرات شناختی:**

در نوجوانی تغییرات شناختی زیادی اتفاق می افتد و نوجوان قابلیت های شناختی متعددی را کسب می کند. از جمله این قابلیت ها می توان به این موارد اشاره نمود:

- شکل گیری تفکر انتزاعی
- روشهای جدید پردازش اطلاعات
- شکل گیری تفکر انتقادی و خلاق
- چگونگی تفکر در مورد جنبه های ارتباطی

بر اساس نظریه پیاژه دوران نوجونی دوران شکل گیری تفکر انتزاعی است. اینکه نوجوان قادر است بین آنچه که واقعی است و آنچه که ایده ال است افتراق قائل شود. و توانایی های شناختی زیر را بدست می آورد:

- تصور وقایع ممکن و غیر ممکن
- فکر کردن در مورد پیامد های احتمالی یک انتخاب واحد.
- درک و فهمیدن اطلاعات و عمل نمودن بر اساس اطلاعات درک شده.
- ساخت فرضیه و حل مشکلات از طریق امتحان نمودن فرضیه ها.

### **(ب) بلوغ**

بلوغ پدیده ای گسترده و همه جانبه شامل تغییرات جسمی و روانی است که در مرحله انتقال از کودکی به بزرگسالی (یعنی دوره نوجوانی) رخ می دهد، بلوغ حدوداً " 7 سال طول می کشد ( 11-12 سالگی تا 18-19 سالگی). دخترها به طور کلی بلوغ را راحت تر و بهتر از پسرها طی می کنند. همه ما گرچه این دوره را سپری کرده ایم، ولی وقتی با نوجوانی روبرو می شویم قوی ترین احساس ما احساس ترس و خطر است، ترس از اعتیاد، ارتباط با دوستان نامناسب و تاثیرپذیری از آنها، ارتباط با جنس مخالف، رانندگی بی محابا و کلاً رفتارهای پرخطر دیگر.

در دوران بلوغ ما با تغیراتی در نوجوان مواجه می شویم که طبیعی و نرمال تلقی می شوند و شامل موارد زیر است:

#### **1. اجتماعی شدن:**

در این دوره برای نوجوان دنیای بیرون به محیط خانه و خانواده ارجحیت دارد. از خانه و افراد آن فاصله می گیرد. دوست دارد بیشتر اوقات خود را با دوستانش سپری کند و تمایل به شرکت در فعالیت های گروهی دارد. اگر این رفیق طلی از سوی والدین بد تعبیر شود منجر به ایجاد محدودیت و در نتیجه مقاومت و واکنش نوجوان می شود، اگر نوجوان 17 ساله ای هنوز

محیط خانه برای او محیط اول است و در تمام فعالیت هایش وابسته به والدین است باید در سلامت روانی او دقت کرد.

## **2. تمایل به استقلال:**

در دوره بلوغ نوجوان فاصله عاطفی اش را با والدین زیاد می کند. ندایی از درونش می گوید: باید دور شوم، باید این بند که مرا به والدینم می چسباند، اندکی سست شود تا بتوانم به تنهایی و مستقل در امور زندگی تصمیم بگیرم. که البته این ندای درونی صدای سالمی است ولی اکثراً "توسط والدین بد تعبیر می شود و معنای بی مهربانی، دوست نداشتن و فاصله انداختن از آن استنباط می شود. باید به فرزندان خود اجازه استقلال و عدم وابستگی را بدهیم. دخالت در امور آنها به صورت گسترده، با مقاومت آنها به شکل پرخاشگری، فحاشی و بی احترامی همراه می گردد.

## **3. منفي گرايي:**

( نه - من می توانم به تنهایی عمل کنم - به من نگویند چه بکنم چگونه لباس بپوشم، آرایش موهایم چگونه باشد). در واقع این منفي گرایي تلاشی است تا نوجوان به والدین و اطرافیانش بگوید که تفکر و راه خاص خودش را دارد و می خواهد عدم وابستگی اش را نشان دهد.

## **4. تقاضاي حریم و خصوصي بودن:**

نوجوان نمی خواهد کسی به حریم خصوصی او وارد شود، درب اتاقش را قفل می کند، پنهانی چیزهایی می نویسد و نمی خواهد کسی نوشته هایش را بخواند، نمی خواهد کسی به کشوی میز و قفسه کمد او دست بزند و ... پس بدون اجازه به دنیای خصوصی آنها وارد نشویم و به آنها اجازه راز و حریم بدهیم.

## **5. خود مداري:**

در این دوره نوجوانی، خود را در مرکز هستی می بیند فکر می کند فقط خودش هست و دنیا و تفکراتش. به همین دلیل نقطه نظرات شخص مقابل برایش قابل فهم نیست و این همان چیزی است که ما آن را، تحت عنوان خودرایی و حاجت تعبیر می کنیم.

## **6. همانند سازي و الگوبرداري از ديگران:**

در دوره بلوغ نوجوان احتیاج به همراه و الگو دارد، اگر تنها بماند، اگر کسی نباشد الگوی مناسبی در اختیار وی بگذارد خطر آغاز می شود. در این دوره است که فرد مرتب، چیزهایی را از دیگران قرض می گیرد و آنها را برای خود درونی می کند. معمولاً "برخلاف میل والدین، نوجوان الگوهای خود را بیشتر از محیط بیرون انتخاب می کند. از معلم، دوست و ... پدر از دید او ممکن است الگوی مناسبی نباشد.

گرچه ما انتظار نداریم که کودکان ما صددرصد ارزشها و اعتقادات ما را بپذیرند ولی باید کاری کنیم که ما را کاملاً هم رد نکنند. باید جامعه ای بوجود بیاوریم که الگوهای مناسبی را در اختیار نوجوانان قرار دهد. تا نهایتاً او شخصیت واحد و هویت خود را بیابد.

## **7. جنسي شدن:**

این همان چیزی است که بیشترین ترس والدین را از بلوغ برمی انگیزد. در این دوره نوجوان جنس مخالف را می شناسد و اقدام به برقراری ارتباط با وی می کند. والدین و اطرافیانش باید به گونه ای عمل کنند که نوجوان، جنسی شدن را انکار نکند و افراط هم نکند، جنس مخالف خود را به طریق سالمی بپذیرد، و اعتدال را رعایت کند.

## **8. رشد اخلاقيات:**

در اواخر دوره بلوغ و اوایل جوانی شکل مشخصی از اخلاق بوجود می آید. اخلاق در واقع مشارکت در قوانین، وظایف و استانداردهای جامعه است. وقتی نوجوان با پدیده های اجتماعی پذیرفته شده ولی متضاد و متفاوت روبرو می شود براساس حس فردی خود از وجدان به قضاوت می نشیند. دوره نوجوانی دوره درونی شدن اصول اخلاقی و کنترل رفتارهاست.

### **9. رشد تفکر انتزاعی:**

اکثر نوجوانان در این دوره با سؤالات اصلی هستی روبرو می شوند: از کجا آمده ام؟ به کجا می روم، چه باید بکنم، خدا کجاست و کیست؟ و نوجوان بر اساس رشد شناختی و استعداد درونی خود به سمت ادبیات، فلسفه، عرفان، ریاضیات، اخلاق، قانون، ورزش می رود.

### **10. شکل گیری شخصیت و هویت:**

هرچه به آخر بلوغ نزدیک می شویم نهایتاً " نوجوان چیزهای قرض گرفته شده از الگوهایش را درونی می کند و شخصیت خاص خود را می یابد، حال دیگر می داند کیست؟ از زندگی چه می خواهد؟ کجا می خواهد برود؟ علاقمندی هایش چیست؟ برنامه اش برای شغل، ادامه تحصیل و ازدواج چیست؟

علاوه بر تغیرات طبیعی که در دوران نوجوانی رخ می دهد با ید در نظر داشته باشیم که دوره نوجوانی، دوره شروع بس یاری از بی ماری های روانپزشکی است. مانند اختلالات خلقی، اضطرابی، سوء مصرف مواد و .... والدین باید با نشانه های این اختلالات نیز آشنا شوند تا با مشاهده آن از کمک ها تخصصی بهره بگیرند.

## فرایند مراقبتهای روانپزشکی در نوجوانان

مراقبت های روانپزشکی به معنی پیشگیری اولیه و تشخیص اختلالات روانپزشکی در نوجوانان با استفاده از نشانه های شرح حال، مشاهدات و ارزیابی وضعیت روانی و انتخاب مداخلات لازم می باشد. نشانه های انتخاب شده بر اساس منابع معتبر بوده و به نحوی انتخاب شده اند که پزشک بتواند مسیر اقدامات لازم را در صورت مشاهده آنها بیابد. از آنجا که بسیاری از نشانه های اختلالات روانپزشکی نوجوانان با نشانه های این اختلالات در بالغین متفاوت است ممکن است تشخیص اختلال روانپزشکی در نوجوانان برای پزشک خانواده دشوار باشد و گاهی لازم است مداخلات بر اساس نشانه های خطر و یا نشانه هائی که کانون توجه بالینی است انجام شوند.

در این راهنما به نحوه ارزیابی نوجوان شناسائی نشانه های خطر، طبقه بندی، مداخلات، نحوه آموزش و چگونگی پیگیری پرداخته شده است.

### چگونگی مراقبت:

مراقبت به معنی پیشگیری از بیماری های روانپزشکی است. در سطح اولیه، پیشگیری از طریق آگاهی پزشک از عوامل خطر و حمایتی، شناسائی نشانه های خطر و ارائه آموزشها و راهکارها، و مداخلات مناسب بر اساس منابع علمی معتبر انجام می شود. در سطح دوم و سوم مراقبت از طریق شناسائی اختلالات یا ناتوانی های ناشی از اختلالات و انجام اقداماتی در خصوص درمان و توانبخشی است.

در این مجموعه به نحوه ارزیابی نوجوان، مداخلات لازم، موارد نیازمند ارجاع، ارائه توصیه های مناسب، اقدامات مشاوره ای و مراقبت های پیگیری اشاره می شود.

روند کامل مراقبت از نوجوان شامل مراحل زیر است:

### ارزیابی:

شامل گرفتن شرح حال مناسب و انجام معاینه وضعیت روانی، ارزیابی محیط ارتباطی و مراقبین، عملکرد تحصیلی و مدرسه، و نیز نشانه های خطر می باشد.

### طبقه بندی:

هر مشکلی به این صورت طبقه بندی می شود.

نیازمند ارجاع

انجام اقدامات لازم

ارائه توصیه هایی جهت مراقبت در منزل

### ارائه توصیه ها:

پس از طبقه بندی چنانچه نوجوان نیازمند ارجاع است قبل از ارجاع توصیه های لازم را در خصوص نحوه پی گیری مراقبت ارائه نموده و مراقبین و نوجوان

را در مورد چگونگی مراجعات بعدی مطلع نمائید. و چنانچه نیازمند ارجاع نیست ممکن است مراقبین و نوجوان نیازمند دریافت آموزشهایی در خصوص نحوه مراقبت باشند در این صورت آموزشهای لازم را ارائه دهید. در مواردی ممکن است مراقب نداند چه موقع باید در مورد مشکلات فرزندش مراجعه کند در اینصورت آموزش به خانواده در این خصوص بخش مهمی از استراتژی های مراقبت است.

### **پیگیری:**

زمانیست که لازم است نوجوان بدلیل مشکل موجود تحت نظر پزشک باشد در این صورت نوجوان را در فواصل مشخص ملاقات نموده ضمن انجام اقدامات پیگیری، در صورت لزوم در مورد مشکل قبلی یا مشکلات جدید ارزیابی مجدد انجام شود.



## فصل دوم

### نشانه شناسی

#### نشانه های خطر

##### 1. پرخاشگری و تهاجم:

پرخاشگری و تهاجم همراه با اختلالات متعددی از جمله اختلال دو قطبی، اختلال سلوک، اختلال رفتار مقابله ای، اختلالات مصرف مواد و در برخی موارد در

اختلال بیش‌فعالی و نقص تمرکز دیده می‌شود. به اشکال کلامی و فیزیکی دیده می‌شود که ممکن است باعث آسیب دیدن دیگران شود.

## 2. آسیب زدن به خود:

آسیب زدن به خود به اشکال مختلفی دیده می‌شود می‌تواند بدون ایجاد جراحت (مشت زدن یا کوبیدن سر به دیوار) و با ایجاد جراحت در بدن باشد که شایعترین حالت ایجاد جراحت خط انداختن و زخمی کردن خود با تیغ یا اشیاء تیز است. این علامت ممکن است همراه با اختلالات متعددی از جمله اختلال دو قطبی، اختلال سلوک، اختلالات مصرف مواد و ... دیده می‌شود.

## 3. افکار خودکشی:

افکار خودکشی در زمینه اختلالات روانپزشکی مختلف از جمله اختلال افسردگی اساسی، اختلال دو قطبی، اختلال انطباقی و برخی انواع دیگر اختلالات دیده می‌شوند. افکار خودکشی در زمینه اختلالات روانپزشکی مختلف از جمله اختلال افسردگی اساسی، اختلال دو قطبی، اختلال انطباقی و برخی انواع دیگر اختلالات دیده می‌شوند. برخی عوامل می‌توانند احتمال اقدام به خودکشی را بالا ببرند که بعنوان عوامل خطر در نظر گرفته می‌شوند.

مهمترین عوامل خطر اقدام به خودکشی در نوجوانان عبارتند از:

- وجود سابقه بستری روانپزشکی
- وجود اختلال افسردگی اساسی
- وجود اختلال دو قطبی
- اختلال سلوک
- سابقه اقدام قبلی
- مواجهه با اقدام به خودکشی در نزدیکان

## 4. فرار از مدرسه:

به مواردی اطلاق می‌شود که نوجوان بدون اطلاع مسئولین مدرسه و والدین در مدرسه حاضر نشده و یا در ساعات درسی محیط مدرسه را ترک می‌کند.

## 5. فرار از منزل:

به مواردی اطلاق می‌شود که نوجوان بدون اطلاع والدین و با قصد فرار از خانه خارج شده و یا اینکه بدون اطلاع والدین شب را در خارج از منزل سپری می‌کند.

فرار از مدرسه یا منزل در زمینه اختلالات مختلفی ممکن است اتفاق افتد که موارد زیر را شامل می‌شود.

اختلال افسردگی اساسی

اختلال دو قطبی

اختلال رفتار مقابله ای

اختلال سلوک

اختلال ADHD

اختلال اضطراب جدایی (بصورت امتناع از رفتن به مدرسه)

سایر اختلالات اضطرابی

اختلال انطباقی

## (و) مصرف مواد:

زمانیست که نوجوان اقدام به مصرف مواد غیر قانونی از جمله مواد مخدر نماید. مصرف مواد می‌تواند بصورت سوء مصرف و یا وابستگی باشد که در طی

سوء مصرف نوجوان مواد را در موقعیت های نامناسب، با مقادیر زیاد و بطور مکرر مصرف نموده و مصرف مواد با پیامد های منفی اجتماعی برای نوجوان همراه است. در طی وابستگی رفتارهای مواد جوئی شدید، ایجاد تحمل نسبت به مواد و بروز نشانه های ترک در زمان عدم مصرف دیده می شود. در نوجوانان الگوی سوء مصرف بیشتر دیده می شود.

## اختلالات شایع روانپزشکی در نوجوانان

### 1. اختلال خلقی

خلق وضعیت هیجانی است که فرد در غالب اوقات تجربه می کند. مشکلات خلقی برای فرد دیسترس زیادی ایجاد کرده و باعث بروز رفتارهایی می شود که این رفتارها مشکلاتی را در عملکرد فردی و اجتماعی وی ایجاد می کنند. مشکلات خلقی می توانند با خلق افسرده بصورت غمگینی یا کاهش علائق و خلق بالا بصورت شادی بیش از حد یا تحریک پذیری زیاد دیده شوند. تغییرات خلقی در نوجوانان به اندازه بالغین واضح نیست و ممکن است نوسانات سریع خلقی و یا معادل های افسردگی و خلق بالا مثل فرار از منزل یا مدرسه، تمایل به مصرف مواد، افت تحصیلی، مقابله جوئی شدید، لجبازی و بروز رفتارهای جنسی نامتناسب دیده شوند.

### 2. اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز

اختلالی است که با حد اقل 6 نشانه از نشانه های بیش فعالی و کم توجهی که حداقل به مدت 6 ماه طول کشیده باشد و برخی از نشانه ها قبل از 7 سالگی شروع شده باشد مشخص می شود. لازم است این نشانه ها در دو مکان مجزا اتفاق افتد

نشانه های کم توجهی:

- نمی تواند توجه کامل به جزئیات داشته باشد و یا اینکه در فعالیت‌های مدرسه اشتباهات ناشی از بی دقتی دارد.
- اغلب در تداوم توجه روی یک تکلیف و یا بازی مشکل دارد.
- اغلب به نظر می رسد وقتی با او صحبت می کنند گوش نمی دهد.
- اغلب قادر نیست دستورالعمل ها را دنبال کند و نمی تواند تکالیفش را تمام کند
- اغلب قادر نیست تکالیف و فعالیتها را سامان دهد
- اغلب از شرکت در فعالیتهایی که نیازمند تداوم توجه باشد اجتناب می کند.
- اغلب وسایلی که برای انجام تکالیف نیاز دارد را گم می کند
- براحتی از طریق عوامل محیطی حواسش پرت می شود.
- در فعالیتهای روزانه دچار فراموشی است.

نشانه های پر تحرکی:

- اغلب سر جاش وول می خورد و یا جا بجا می شود.
- اغلب جاییش را در کلاس و یا هر جایی که انتظار نشستن می رود را ترک می کند.
- اغلب زیاد می دود و یا در مکانهایی که متناسب نیست بالا و پائین می پرد.
- اغلب مشکل است که در فعالیتهای لذت بخش آرام و با صدای آهسته شرکت کند
- اغلب در حال حرکت است و طوری عمل می کند مثل اینکه موتورش او را هدایت می کند.
- اغلب خیلی صحبت می کند.
- نشانه های تکانشگری
- اغلب قبل از آنکه سوال تمام گردد پاسخ می دهد.
- اغلب در انتظار کشیدن مشکل دارد.
- اغلب صحبت یا یا فعالیت دیگران را قطع می کند.

### 3. اختلالات اضطرابی

اضطراب وضعیتی است که در آن فرد خطرات را بیش از حد برآورد کرده و یا یک موقعیت خاص را خطرناک ارزیابی می کند معمولاً با نشانه های جسمانی و ذهنی همراه است.

نشانه های جسمی اختلال:

- تپش قلب
- لرزش
- تعریق
- حالت تهوع
- شکایات جسمی
- تنش

نشانه های ذهنی اختلال:

- نگرانی راجع وقوع اتفاق ناگوار نا مشخصی در آینده
- خجالتی بودن واضح

- اشتغال ذهنی با مناسب بودن رفتار گذشته
  - توجه مفرط در مورد کفایت و کارایی
  - نیاز زیاد به اطمینان بخشی
- اضطراب می تواند بصورت منتشر در غالب اوقات روز دیده شود (اختلال اضطراب منتشر) یا اینکه بصورت حمله ای با شدت بالا رخ دهد (پانیک) و یا وابسته به موقعیت خاصی (فوبیا) باشد.

#### 4. اختلال وسواسی جبری:

وسواس وضعیتی است که در آن نوجوان افکار تکراری و مزاحم دارد که برای حذف آنها دست به رفتارهای اجبار گونه می زند. مثلاً فکر آلودگی با رفتار شستن همراه می شود. افکار و رفتارهای وسواسی جبری می تواند در زمینه های زیر باشد:

آلودگی و شستن  
نظم و ترتیب  
چک کردن  
تقارن  
شک و تردید  
افکار و تجسمات مزاحم و تکرار شونده.

معمولاً این نشانه ها بر عملکرد نوجوان اثر گذاشته و دیسترس قابل توجه ایجاد می کند. نوجوان ممکن است نسبت به غیر عادی بودن این افکار آگاه باشد

#### 5. اختلال تیک

تیک ها حرکات یا صداهای ناگهانی، بی هدف، مکرر و تکرار شونده اند. بطور شایعی ناخواسته و یا در پاسخ به یک تمایل درونی قوی انجام می پذیرند. فرد ممکن است بتواند بمدت کوتاه مانع انجام آنها شود. فرکانس تیک متفاوت و در یک دوره زمانی تشدید یا تخفیف دارد و ممکن است به شکل حرکات ارادی یا صحبت های فرد باشد. تیک ساده حرکات یا اصوات ناگهانی، کوتاه و بی معنی اند ولی تیک های پیچیده می توانند به شکل حرکات منظم و هدفمند تر یا اصوات مشخص ظاهر نمایند. اختلال تیک به انواع مختلفی تقسیم بندی می شود.

اختلال تیک گذرا:

تیک های گذرا در سنین قبل از بلوغ شایعند و در پسر ها بیش از دختر ها دیده می شوند. انواع صوتی از شیوع کمتری برخوردار است. این تیک ها اغلب با استرس تشدید شده و کیفیت متغیری دارند. کودک ممکن است متوجه وجود تیک نباشد. باید حداقل 4 هفته ادامه داشته و بیش از یک سال هم طول نکشیده باشد.

اختلال تیک حرکتی یا صوتی مزمن: دوره زمانی این تیک ها طولانی تر از یک سال بوده و دوره های تیک باید حداقل سه ماه طول بکشد. این تیک ها در شرایط استرس، اضطراب و خستگی تشدید می شوند. برخی از این افراد ممکن است کرایتریای تورت را داشته باشند.

اختلال تورت:

اولین نشانه های تورت معمولاً در سنین 5 تا 8 سال ظاهر می شوند. در ابتدا ممکن است بصورت اختلال تیک گذرا دیده شود و لی بعداً این تیک ها ادامه می یابند. در اختلال تورت تیک های صوتی و حرکتی توأم وجود دارند. ممکن است تیک های پیچیده نیز دیده شوند. تیک های حرکتی معمولاً قبل از تیک های صوتی ظاهر می شوند.

اختلالات مرتبط یا همراه:

برخی اختلالات با اختلال تیک مرتبط بوده قبل و یا همراه آن دیده می شوند. این اختلالات عبارتند از:

- اختلالات اضطرابی
- افسردگی
- مشکلات یادگیری
- اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز
- اختلال وسواسی-جبری

#### 6. مشکلات رفتاری و نشانه های اختلال سلوک:

مشکلات رفتاری ممکن است به شکل های مختلف دیده شوند از جمله:

- لجبازی و مقابله جوئی
- بی اعتنائی
- چرخاشگری
- نقض قوانین
- آزار دیگران
- آزار حیوانات
- فریبکاری
- دروغ گوئی
- دزدی

## فصل سوم

ارزیابی دوره  
ای

## غربالگری

غربالگری نشانه ها و تشخیص اختلالات روانپزشکی نوجوانان با هدف شناسائی زود هنگام این اختلالات و هدایت آنها در مسیر مداخلات درمانی مناسب است. زمانیکه نوجوان به شما مراجعه می کند یکی از دو احتمال زیر مطرح است:

- برای مراقبت دوره ای آمده است و شکایت مهمی را مطرح نمی سازد
  - با یک شکایت مشخص مراجعه نموده است
- در هر یک از این دو حالت ارزیابی دقیق نشانه های خطر و نشانه های اختلالات روانپزشکی لازم است.

### ارزیابی دوره ای

در موارد ارزیابی دوره ای به شرح زیر عمل کنید:

- نشانه های خطر در اختلالات روانپزشکی که نیازمند ارجاع فوری است را ارزیابی کنید.
- وضعیت خلقی نوجوان را ارزیابی کنید
- نشانه ای اضطرابی را ارزیابی کنید
- نشانه های وسواس را ارزیابی کنید
- نشانه های اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز را ارزیابی کنید
- مشکلات رفتاری و نشانه های سلوک را ارزیابی کنید

لازم است پزشکان خانواده نسبت به نشانه های اختلالات و مداخلات لازم آگاه باشند. مداخلات ممکن است در سطوح اولیه یا سطوح تخصصی تر انجام شوند. در این راهنما این مداخلات در دو دسته اقدامات فوری و غیر فوری تقسیم بندی می شوند.

در این راهنما در هر مورد وظایف سایر اعضای تیم مراقبتهای بهداشتی مشخص شده است.

### 1. چگونگی ارزیابی:

در ارزیابی تمام نوجوانانی که نزد شما آورده می شوند این مراحل را انجام دهید:

- ارزیابی را در زمان و مکان مناسب انجام دهید
- بهتر است با نوجوان قبل از مراقبین مصاحبه نمائید.
- با نوجوان بخوبی احوال پرسی کنید و اگر بدلیل مراقبت دوره ای او را می بینید در این مورد به او توضیح دهید و در غیر اینصورت دلیل مراجعه را جویا شوید.
- ممکن است نوجوان با میل خود مراجعه نکرده باشد.
- به عکس العمل های نوجوان در این مورد توجه کنید.
- به او در مورد اهمیت اطلاعاتی که به شما می دهد توضیح دهید.
- به دقت به سخنان او گوش دهید.
- به نگرانی های او توجه کرده و با او همدردی نمائید
- قضاوت گرانه برخورد نکنید و او را سرزنش نکنید.



- به سرعت راه حل ارائه نکنید و صبر کنید اطلاعات شما کامل شود.
  - برای ارزیابی دقیق تر سؤالاتی را مطرح کنید
  - از کلمات و جملات قابل فهم استفاده کرده و اصطلاحات علمی را بکار نبرید
  - برای پاسخگویی وقت کافی بدهید
  - وقتی به پاسخ مطمئن نیستید با پرسیدن سؤال دیگری اطلاعات را تکمیل کنید
  - اطلاعات بدست آمده را برای نوجوان خلاصه کنید تا مطمئن شود شما بخوبی اطلاعات را دریافت کرده اید.
  - پس از کسب اطلاعات مداخلات مناسب را طرح ریزی نمائید
- در مرحله بعد همین مراحل را هنگام مصاحبه با والدین بکار ببرید. برقراری ارتباط مناسب با نوجوان و والد اولین قدم برای کسب اطلاعات صحیح است. نوجوان و والدین باید این اطمینان را داشته باشد که به سخنانشان بخوبی گوش می دهید و برای مراقبت دقت و مهارت کافی را دارید. پس از ارزیابی آموزشها و توصیه های لازم را در مورد نحوه مراقبت ارائه نموده و چنانچه نوجوان نیازمند ارجاع است در خصوص نحوه ارجاع و اقدامات لازم مراقبین را آموزش دهید. در صورت نیاز به پیگیری برنامه و نحوه پیگیری را تشریح نمائید.

## 2. ارزیابی موارد خطر

ارزیابی نشانه های خطر در طی ارزیابی های دوره ای جمعیت تحت پوشش و در موارد مراجعه افراد با شکایت های روانپزشکی به خانه های بهداشت توسط بهورز و در موارد ارجاعی یا مراجعه فردی به مراکز بهداشتی درمانی توسط پزشک الزامی است. ممکن است نشانه های خطر شکایت اصلی بوده و یا اینکه پزشک در حین ارزیابی متوجه نشانه های خطر شود. ارزیابی و مداخلات لازم را مطابق جدول شرح وظایف برای هر یک از نشانه های خطر زیر انجام دهید.

- پرخاشگری و تهاجم
- رفتارهای خود آسیبی
- افکار خودکشی یا اقدام اخیر
- فرار از مدرسه یا منزل
- سوء مصرف مواد
- افت شدید عملکرد تحصیلی

جدول 1 شرح وظایف پرسنل سطح اولیه ارائه خدمات بهداشت روان را در موارد خطر نشان می دهد.

### جدول 1: شرح وظایف پرسنل سطح اولیه ارائه خدمات بهداشت روان در موارد خطر

پرسنل	وظایف
-------	-------

<p>ویزیت موارد ارجاع شده از سوی بهورز یا مواردی که خود بیمار مستقیماً مراجعه می نماید.</p> <p>ارزیابی نشانه های خطر طبق الگوریتم تشخیصی</p> <p>انجام مداخلات درمانی اولیه برای کاهش شدت نشانه های خطر مطابق الگوریتم درمانی مربوطه</p> <p>آموزش بیمار و والدین در مورد نشانه ها و مداخلات حمایتی و مراقبتهای لازم</p> <p>ارجاع به سطوح تخصصی در صورت نیاز</p> <p>دریافت پس خوراند از سطوح تخصصی</p> <p>پی گیری موارد ارجاع شده پس از بازگشت از طریق ویزیت های دوره ای</p> <p>ارجاع موارد خاص برای ارائه خدمات مشاوره ای و درمانهای رفتاری به کارشناس بهداشت روان</p> <p>نظارت بر عملکرد بهورزها و کارشناس بهداشت روان</p>	<p>پزشک</p>
<p>آموزش بهورزها و کارکنان خانه های بهداشت در خصوص نحوه ارزیابی دوره ای جمعیت تحت پوشش</p> <p>آموزش والدین و ارائه خدمات مشاوره ای در موارد ارجاع شده از سوی پزشک</p> <p>انجام مداخلات غیر دارویی در موارد ارجاع شده یا موارد پرخطر در ارزیابی های دوره ای</p> <p>انجام مداخله در بحران در موارد حاد و آموزش والدین در خصوص اقدامات حمایتی لازم.</p>	<p>کارشناس بهداشت روان</p>
<p>غربالگری دوره ای جمعیت تحت پوشش یک بار در سال 3 ماه پس از شروع سال تحصیلی در مدرسه یا از طریق ویزیت منزل از نظر نشانه های خطر و ارجاع موارد مشکوک به پزشک و ثبت موارد در پرونده خانوار</p> <p>ارجاع موارد حاد به پزشک</p> <p>پی گیری موارد تحت درمان از نظر وجود علائم، نحوه مصرف دارو و نشانه های عود</p> <p>ارائه آموزشهای لازم به بیمار و خانواده در مورد لزوم پی گیری درمان و مراجعه ب موقع به پزشک</p> <p>ارائه گزارش های دوره ای به پزشک یا کارشناس بهداشت روان در مورد موارد تحت درمان</p>	<p>بهورز</p>

## الف: پرخاشگری و تهاجم:

ارزیابی پرخاشگری با ارزیابی شدت نشانه ها و لزوم انجام مداخلات اورژانس شروع شده و سپس درمانگر اختلالات روانپزشکی مسئول بروز پرخاشگری را بررسی می نماید. از آنجا که کسب اطلاعات بر اساس مصاحبه تشخیصی است، در زمان مصاحبه به نکات زیر توجه کنید:

- احتمال بروز پرخاشگری در زمان مصاحبه را در نظر داشته باشید. در این صورت از امنیت مصاحبه اطمینان حاصل نمائید. (ابزار نوک تیز و برنده در محل مصاحبه یا همراه بیمار نباشد و به تنهایی با بیمار مصاحبه نکنید)
- در حین مصاحبه به نشانه های پرخاشگری توجه کنید و در صورت مشاهده رفتارهای پرخاشگرانه مصاحبه را قطع کنید.
- در زمان مصاحبه قضاوتگرانه رفتار نکنید و از بکار بردن کلمات آزاردهنده که باعث بروز پرخاشگری می شوند پرهیزید.
- معمولاً بهتر است با نوجوان قبل از دیگران مصاحبه نمائید.
- حداقل یکی دیگر از اعضای خانواده برای شرح حال حضور یابد
- مهم است بدانید نوجوان با تمایل خودش مراجعه کرده است، توسط اطرافیان آورده شده یا توسط نیروهای انتظامی آورده شده است؟
- به وضعیت ظاهری، میزان آراستگی و وضعیت پوشش نوجوان توجه کنید.
- به وضعیت تکلم، میزان هوشیاری و آگاهی نوجوان به زمان و مکان توجه کنید.

ارزیابی را مطابق الگوریتم برای هر بیمار انجام دهید.

شکایت از پرخاشگری

وضعیت هوشیاری نوجوان را ارزیابی و در صورت کاهش هوشیاری به نشانه های خطر بیماریهای جسمی نظیر ضربه به سر، مصرف مواد و دارو توجه کنید.

در صورت وجود علائم مسمومیت یا نشانه های تروما و یا سایر اختلالات تهدید کننده حیات به سرعت اقدامات اورژانس را انجام دهید و در صورت لزوم نوجوان را به مراکز مجهز تر ارجاع کنید در غیر اینصورت:

### شدت پرخاشگری را ارزیابی کنید

- پرخاشگری کلامی شدید و مکرر همراه با توهین و ناسزا.
- پرخاشگری فیزیکی بصورت کتک کاری شدید دیگران
- پرخاشگری فیزیکی با پرت کردن اشیاء به دیگران.

- پرخاشگری کلامی کوتاه و گذرا.
- پرخاشگری فیزیکی بصورت کتک زدن خفیف دیگران بدون آسیب جدی.
- پرخاشگری فیزیکی گاهگاهی با پرت کردن اشیاء بدون تخریب وسایل یا آسیب به دیگران.

- میزان مراقبت محیطی را افزایش دهید.
- جهت پی گیری و درمان به مراکز تخصصی ارجاع دهید
- به خانواده در مورد مراقبت های لازم اشراف دهید.

بل

- نوجوان افکار خودکشی دارد.
- نوجوان فکر یا قصد آسیب به دیگران دارد
- اعمال تکرار پرخاشگری وجود دارد

خیر

در صورت لزوم از داروهای سداتیو برای کنترل پرخاشگری استفاده کنید. (به الگوریتم درمانی مراجعه کنید)

احتمال اختلالات روانپزشکی را بررسی کنید:

- نشانه های اختلال افسردگی اساسی را ارزیابی کنید
- نشانه های اختلال دو قطبی را ارزیابی کنید
- نشانه های اختلالات اضطرابی نظیر پانیک را ارزیابی کنید
- اختلال رفتار مقابله ای و بی اعتنائی را ارزیابی کنید
- اختلال سلوک را ارزیابی کنید

خیر

در هر مورد مطابق راهنمای هر اختلال اقدامات مناسب را انجام دهید

بل

همچنان احتمال اختلالات روانپزشکی مطرح است

به مراکز تخصصی ارجاع دهید

بل  
ی

خیر

وضعیت ارتباطی، محیط اجتماعی و تربیتی را ارزیابی کرده و آموزشهای لازم را ارائه دهید

بل  
ی

پرخاشگری خفیف بدون وجود اختلالات روانپزشکی

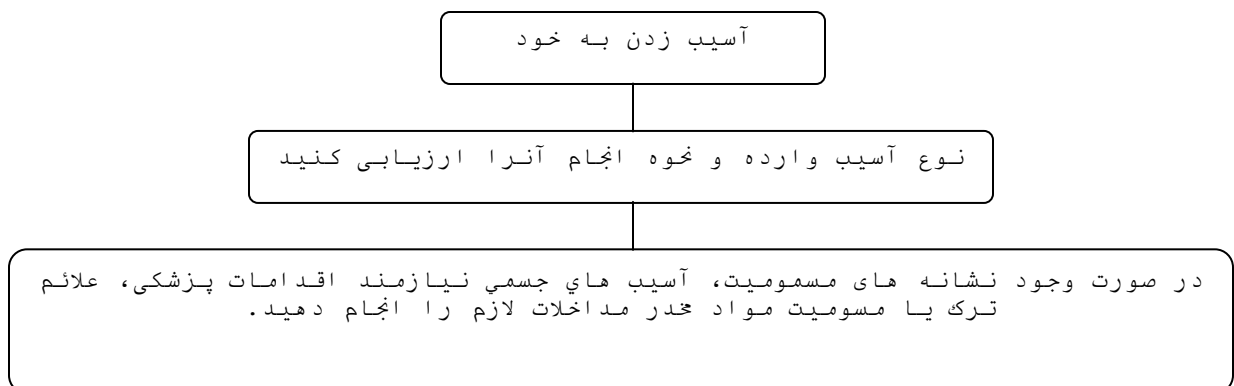
جهت آموزش روشهای رفتاری کنترل خشم به کارشناس بهداشت روان ارجاع دهید

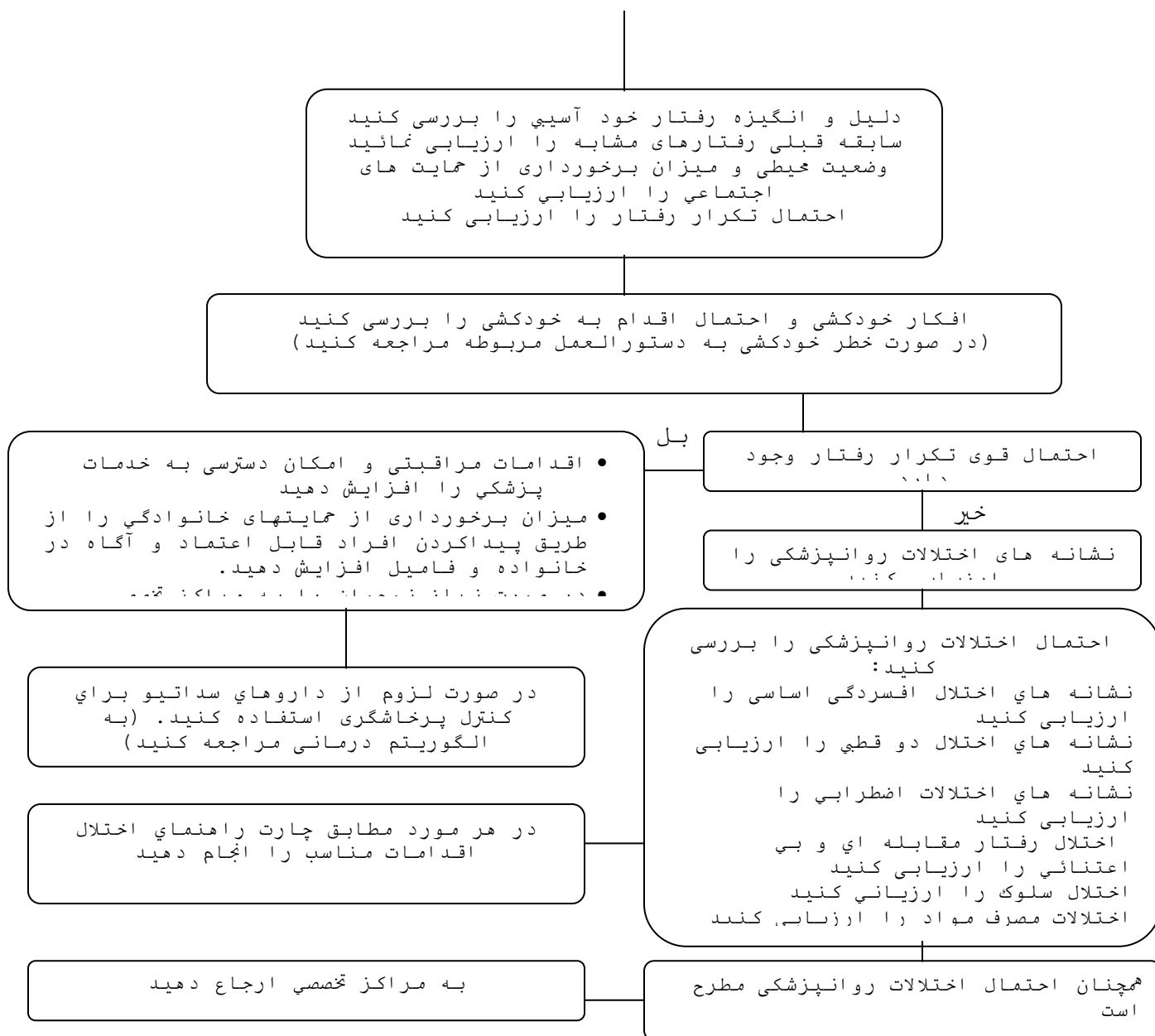
### ب: آسیب رساندن به خود:

ارزیابی با تعیین شدت نشانه ها و در صورت شروع شده و سپس درمانگر اختلالات روانپزشکی بررسی می نماید. از آنجا که کسب اطلاعات بر اساس مصاحبه تشخیصی است، در زمان مصاحبه به نکات زیر توجه کنید:

- اقدامات تشخیصی و درمانی توأم با مراقبت کافی و احترام باشد.
- پوشیدگی مطالب را برای استفاده کنندگان از خدمات در نظر داشته باشید.
- دیسترس مرتبط با رفتار آسیب به خود را در نظر داشته باشید.
- از نوجوان بخواهید دلیل آسیب زدن به خود را با کلمات خودش بیان کند. افراد برای این اقدامشان معمولا دلایلی دارند. دلیل هر اقدامی ممکن است با اقدام دیگر متفاوت باشد.
- نوجوان را در تصمیم گیری درمانی و انتخاب درمان دخالت دهید.
- احتمال بروز پرخاشگری در حین مصاحبه را در نظر داشته و در صورت نیاز یکی از افراد خانواده در جلسه مصاحبه حضور داشته باشد. ولی زمانهایی را در صورت امکان برای صحبت دو نفره راجع به مواردی که در حضور دیگران امکان صحبت راجع به آنها نیست در نظر بگیرید.
- راجع به عملکرد نوجوان او را سرزنش نکنید و قضاوتگرانه برخورد ننمائید.
- در صورتی که اطرافیان نیازمند حمایت های روانی هستند این حمایت ها را فراهم نمائید.
- در حین مصاحبه به میزان توانایی های ذهنی نوجوان و عملکرد هوشی وی توجه کنید.
- علاوه بر نوجوان از منابع دیگر هم اطلاعات کسب نمائید.
- قبل از هر اقدام درمانی رضایت نوجوان را جلب کنید
- اگر نوجوان قابلیت تصمیم گیری ندارد روش درمانی مناسب را هرچند بر خلاف میل او باشد انجام دهید.
- اقدامات پزشکی لازم را انجام داده و چنانچه فوریت پزشکی مطرح است اقدامات اورژانس را انجام داده و در صورت لزوم نوجوان را به مراکز تخصصی تر ارجاع نمائید. به خانواده در مورد مراقبتهای لازم آموزش دهید

ارزیابی را مطابق الگوریتم زیر انجام دهید.





### ج: وجود افکار یا اقدام به خودکشی:

داشتن فکر خودکشی یا تصمیم به انجام آن از اورژانس های روانپزشکی است که در هر نوجوانی که با شکایات از مشکلات شدید روانپزشکی مراجعه می کند باید ارزیابی شود.

پزشک خانواده یا پزشک مراقبتهای اولیه باید قادر باشد احتمال اقدام به خودکشی یا اقدام مجدد در فردی که یک بار اقدام داشته است را ارزیابی کند و در صورت لزوم اقدامات حمایتی لازم را برای بیمار انجام و

بیمار را به مراکز تخصصی ارجاع نماید. گاهی ارزیابی احتمال اقدام به خودکشی دشوار است در این موارد هم باید اقدامات حمایتی و ارجاع اورژانسی انجام شود. بنابراین در صورت وجود افکار خودکشی به خانواده در خصوص مراقبت دقیق آموزش داده و نوجوان را سریعاً به مراکز تخصصی ارجاع دهید. چنانچه در فاصله زمانی ارجاع احتمال اقدام به خودکشی قویاً مطرح است از داروهای سداتیو برای کنترل بیمار استفاده کنید و مراقبت ها را افزایش دهید.

#### **د: فرار از مدرسه یا منزل**

پزشک مراقبتهای اولیه لازم است در صورت مواجهه با پدیده فرار از منزل یا موارد مکرر فرار از مدرسه ارزیابی لازم است برای ارزیابی دقیقتر نوجوان را به مراکز تخصصی ارجاع دهد. و پی گیری لازم را بر اساس مشکل مطرح شده پس از بازگشت نوجوان انجام دهد. در هر مورد چنانچه مداخلات درمانی رفتاری مورد نیاز است برای انجام مداخله لازم نوجوان را به کارشناس بهداشت روان ارجاع دهد.

در مواجهه با نشانه های خطر ممکن است نیاز به ارجاع فوری نوجوان به مراکز تخصصی باشد. جدول 2 موارد نیازمند ارجاع فوری را در مواجهه با نشانه های خطر نشان می دهد.

جدول 2: موارد نیازمند ارجاع فوری به مراکز درمانی تخصصی

نشانه خطر	شرایط ارجاع فوری
پرخاشگری	وجود پرخاشگری کلامی یا فیزیکی به نحوی که منجر به آسیب جدی شود و امکان مراقبت کافی برای والدین یا مراقبین فراهم نباشد زمانیکه پرخاشگری در زمینه اختلالات روانپزشکی نظیر اختلال دوقطبی، افسردگی اساسی و اختلالات سایکوتیک باشد. زمانیکه با استفاده از آرامبخش های معمول خوراکی یا تزریقی قادر به کنترل پرخاشگری نباشید. زمانیکه احتمال مسمومیت یا سوء مصرف مواد مطرح بوده یا پرخاشگری در زمینه ترک مواد اتفاق افتد.



زمانیکه احتمال بیماریهای تهدید کننده حیات و اختلالات CNS مطرح باشد. زمانیکه اقدامات تشخیصی تخصصی مورد نیاز است	
وجود رفتارهای آسیب به خود به شکل بریدن یا زخمی کردن اندامها، تنه یا سروگردن بطور مکرر. زمانیکه رفتارهای آسیب به خود در زمینه اختلالات روانپزشکی نظیر اختلال دوقطبی، افسردگی اساسی و اختلالات سایکوتیک باشد. زمانیکه با استفاده از آرامبخش های معمول خوراکی یا تزریقی قادر به کنترل رفتارهای آسیب به خود نباشید. زمانیکه احتمال مسمومیت یا سوء مصرف مواد مطرح بوده یا رفتارهای آسیب به خود در زمینه ترک مواد اتفاق افتد. زمانیکه اقدامات تشخیصی تخصصی مورد نیاز است زمانیکه احتمال بیماریهای تهدید کننده حیات و اختلالات CNS مطرح باشد.	آسیب به خود
وجود افکار خودکشی تکرار شونده . داشتن برنامه مشخص برای اقدام تهدید به خودکشی یا اقدام اخیر وجود نشانه های اختلالات روانپزشکی نظیر اختلال افسردگی، اختلال دو قطبی یا سایکوز سوء مصرف یا مسمومیت با مواد عدم توانائی والدین برای مراقبت کافی نیاز به اقدامات تشخیصی یا درمانی تخصصی	خودکشی
فرار از مدرسه یا عدم حضور در مدرسه بدون اطلاع والدین بطور مکرر یا اقامت در خارج از منزل در ساعات شب بدون اطلاع به والدین احتمال بروز رفتارهای پرخطر بر اساس شرح حال وجود نشانه های اختلالات روانپزشکی نظیر اختلال افسردگی، اختلال دو قطبی یا سایکوز سوء مصرف یا مسمومیت با مواد نیاز به اقدامات تشخیصی یا درمانی تخصصی	فرار از مدرسه یا منزل
تهوع و استفراغ و اختلال هوشیاری در مصرف لیتیم تب، سفتی عضلات و تعریق در مصرف آنتی سایکوزها واکنشهای پوستی شدید تشنج هرگونه علامت دیگر تهدید کننده حیات	عوارض شدید دارو

## 2. ارزیابی سایر نشانه ها:

پس از ارزیابی نشانه های خطر نوجوان را از نظر احتمال وجود سایر نشانه ها ارزیابی کنید.

### الف) ارزیابی وضعیت خلقی

وجود نشانه های خلق افسرده، شادی بیش از حد، تحریک پذیری زیاد و عصبانیت را به مدت قابل توجه ارزیابی کنید. برای ارزیابی نشانه های خلقی از سؤالات زیر استفاده کنید و بر اساس نشانه ها طبقه بندی کنید:

نشانه های افسردگی:

- آیا تا بحال اتفاق افتاده است که بدون دلیل مشخصی بمدت حداقل 2 هفته تقریبا هر روز غمگین باشی و این غمگینی به حدی باشد که بجوای گریه کنی؟
- آیا تا بحال اتفاق افتاده به بهانه های جزئی احساس خشم بکنی و یا بدخلق شوی در حالی که علت آن را نمیدانی؟
- آیا تا بحال دوره ای بوده است (حداقل 2 هفته) که در آن احساس کسالت بکنی و از فعالیت های لذت بخش لذت نبری؟

- آیا تا بحال دوره ای بوده است که در آن ترجیح داده باشی که زنده نباشی؟
- در صورت مثبت بودن پاسخ هریک از سؤالات فوق سؤالات زیر را مطرح کنید:
- آیا تا بحال دوره ای بوده است که در آن واقعا بخواهی بمیری و قصد خودکشی داشته باشی؟
- آیا تا بحال اقدام به خودکشی داشته ای؟

در مورد نشانه های فوق از والدین نیز سؤال کنید و در صورت مثبت بودن هریک از سؤالات فوق نشانه های افسردگی اساسی را براساس فصل ارزیابی اختلالات شایع ارزیابی کرده و مطابق جدول زیر طبقه بندی را انجام دهید: طبقه بندی کنید:

پی گیری	مداخلات لازم	طبقه بندی	نشانه های افسردگی
در صورت عدم بهبودی ارجاع شود	درمان دارویی یا ارجاع به کارشناس بهداشت روان	خفیف	وجود دارد
پس از بازگشت	ارجاع به متخصص	متوسط	
پس از بازگشت	ارجاع به متخصص	شدید	
نیاز ندارد	نیاز به مداخله ندارد	مشکلی ندارد	وجود ندارد

نشانه های مانیا:

- آیا تا بحال اتفاق افتاده است که بدون دلیل مشخصی بمدت حداقل 1 هفته تقریبا هر روز احساس خیلی خوب و نشاط آمیز و سرخوشی داشته باشی که بیشتر از حد طبیعی باشد؟ و دیگران خیلی خوشحال بودندت را به تو گفته باشند؟
- آیا تا بحال اتفاق افتاده احساس انرژی یا سرخوشی بیش از حد بکنی بطوری که تا دیر وقت بیدار بمانی در حالی که علت آن را نمیدانی؟
- آیا تا بحال دوره ای بوده است (حداقل 1 هفته) که در آن بسیار فعالتر از سایر مواقع باشی؟ بیشتر از حد طبیعی تمایل به بیرون رفتن و تفریح داشته باشی؟ تمایل زیاد به جنس مخالف پیدا کرده باشی؟

در مورد نشانه های فوق از والدین نیز سؤال کنید و در صورت مثبت بودن هریک از سؤالات فوق نشانه های اختلال دوقطبی را براساس فصل ارزیابی اختلالات شایع ارزیابی کرده و مطابق جدول زیر طبقه بندی را انجام دهید: طبقه بندی کنید:

پی گیری	مداخلات لازم	طبقه بندی	نشانه های اختلال دوقطبی
پس از بازگشت	ارجاع به متخصص	خفیف	وجود دارد
پس از بازگشت	ارجاع به متخصص	متوسط	
پس از بازگشت	ارجاع به متخصص	شدید	
نیاز ندارد	نیاز به مداخله ندارد	مشکلی ندارد	وجود ندارد

### ب) ارزیابی نشانه ای اضطرابی

برای ارزیابی نشانه های اضطرابی از سؤالات زیر استفاده کنید و بر اساس نشانه ها طبقه بندی کنید:

- آیا تا بحال اتفاق افتاده است که بدون دلیل مشخصی راجع به وقوع حادثه نامشخصی در آینده نگران باشی بطوری که در غالب اوقات این نگرانی همراه تو باشد؟
- آیا تا بحال اتفاق افتاده است که بدون دلیل مشخصی دچار یکی از نشانه های تنش، تپش قلب، تنگی نفس، لرزش و تعریق شوی؟
- آیا تا بحال اتفاق افتاده است که نگران باشی دیگران راجع به تو چه قضاوتی دارند؟

در صورت مثبت بودن هر یک از نشانه های فوق نشانه های اختلال اضطراب منتشر را مطابق فصل ارزیابی اختلالات روانپزشکی شایع انجام دهید و سایر اختلالات اضطرابی را از طریق سؤالات زیر ارزیابی کنید:

- آیا تا بحال اتفاق افتاده است که بدون دلیل مشخصی دچار احساس ترس و وحشت شدید شوی؟
- آیا تا بحال اتفاق افتاده است که بدون دلیل در مواجهه با شیء، حیوان یا موقعیت خاصی مثل ارتفاع و ... دچار وحشت شوی؟

در مورد نشانه های فوق از والدین نیز سؤال کنید و در صورت مثبت بودن هریک از سؤالات فوق سایر اختلالات نظیر اختلالات خلقی را نیز ارزیابی کنید و مطابق جدول زیر طبقه بندی را انجام دهید:

طبقه بندی کنید:

نشانه های اضطراب	احتمال وجود اختلال همزمان دیگری	طبقه بندی	مداخلات لازم	پی گیری
نشانه های اضطراب منتشر وجود دارد	وجود دارد	احتمالا شدید	ارجاع به متخصص	پس از بازگشت
	وجود ندارد	خفیف	درمان دارویی یا ارجاع به کارشناس بهداشت روان	در صورت عدم بهبودی ارجاع شود
		متوسط	ارجاع به متخصص	پس از بازگشت
		شدید	ارجاع به متخصص	پس از بازگشت
سایر نشانه ها	وجود دارد	مشکلی جدی	مطابق راهنمای اختلالات روانپزشکی بزرگسالان	مطابق راهنمای اختلالات روانپزشکی بزرگسالان
	وجود ندارد	مشکلی جدی	مطابق راهنمای اختلالات روانپزشکی بزرگسالان	مطابق راهنمای اختلالات روانپزشکی بزرگسالان
وجود ندارد	وجود ندارد	مشکلی ندارد	نیاز به مداخله ندارد	نیاز ندارد

### ج) ارزیابی نشانه های وسواسی-جبری

برای ارزیابی نشانه های وسواس از سؤالات زیر استفاده کنید:

- آیا تا بحال نگران بوده ای که بخاطر کثیف بودن دستها مریض شوی و به این خاطر مرتبا مجبور باشی دستهایت را بشوئی؟
- آیا تا بحال نگران این موضوع بوده ای که کارها را به نحو احسن انجام دهی یا چیزها به شکل خاصی مرتب کنی؟
- آیا تا بحال این فکر را داشته ای که برای مطمئن شدن از درست بودن یک موضوع مرتبا آن مورد را بصورت افراطی چک کنی؟

- آیا افکار چرند، کلمات یا اعداد بیهوده به ذهن شما خطور می کند طوری که نتوانی از شر آن خلاص شوی؟

در صورت مثبت بودن حداقل یکی از موارد فوق همزمانی نشانه های افسردگی، پرخاشگری و نشانه های سایر اختلالات اضطرابی را بررسی کنید و مطابق جدول زیر طبقه بندی کنید:

طبقه بندی کنید:

پی گیری	مداخلات لازم	طبقه بندی	احتمال وجود اختلال همزمان دیگری	نشانه های وسواس
پس از بازگشت	ارجاع به متخصص	احتمالا شدید	وجود دارد	وجود دارد
در صورت عدم بهبودی ارجاع شود	درمان دارویی یا ارجاع به کارشناس بهداشت روان	خفیف	وجود ندارد	
پس از بازگشت	ارجاع به متخصص	متوسط	وجود ندارد	
پس از بازگشت	ارجاع به متخصص	شدید		
نیاز ندارد	نیاز به مداخله ندارد	مشکلی ندارد	وجود ندارد	وجود ندارد

#### د) ارزیابی نشانه های اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز

برای ارزیابی نشانه های اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز از راهنمای اختلالات روانپزشکی کودکان استفاده کنید و نکات زیر را در نظر داشته باشید:

- نشانه های پرتحرکی ممکن است نسبت به کودکان کمتر دیده شوند و بیشتر بصورت بی قراری باشد.
- نشانه های بی توجهی بارز تر است.
- در صورت شک به این اختلال برای تشخیص قطعی نوجوان را به مراکز تخصصی ارجاع دهید.

### ه) ارزیابی مشکلات رفتاری و نشانه های سلوک

مشکلات رفتاری را از طریق سؤالات زیر ارزیابی کنید و بر اساس شدت نشانه ها طبقه بندی کنید:

- آیا تا بحال شده با بزرگترها بیش از حد جر و بحث نمائی؟
  - آیا تا بحال شده در مدرسه و یا در منزل بخاطر سرپیچی از دستورات دچار مشکل شده باشی؟
  - آیا تا بحال شده به شدت عصبانی شوی و و به شدت کفری و بد خلق شوی؟
  - آیا تا بحال شده قلدری و گردن کلفتی نسبت به همسالان داشته باشی؟
  - آیا تا بحال شده با مشت، لگد و یا وسیله دیگری دعوا کنی و به دیگران آسیب برسانی؟
  - آیا تا بحال شده بدون اجازه وسایل دیگران و یا پول برداری؟
- در مورد نشانه های فوق از والدین نیز سؤال کنید و در صورت مثبت بودن هریک از سؤالات فوق مطابق جدول زیر طبقه بندی را انجام دهید:

پی گیری	مداخلات لازم	طبقه بندی	نشانه های اختلال رفتاری
مطابق راهنمای	ارجاع به کارشناس بهداشت روان	خفیف	وجود دارد
پس از بازگشت	ارجاع به متخصص	متوسط	
پس از بازگشت	ارجاع به متخصص	شدید	

## فصل چهارم

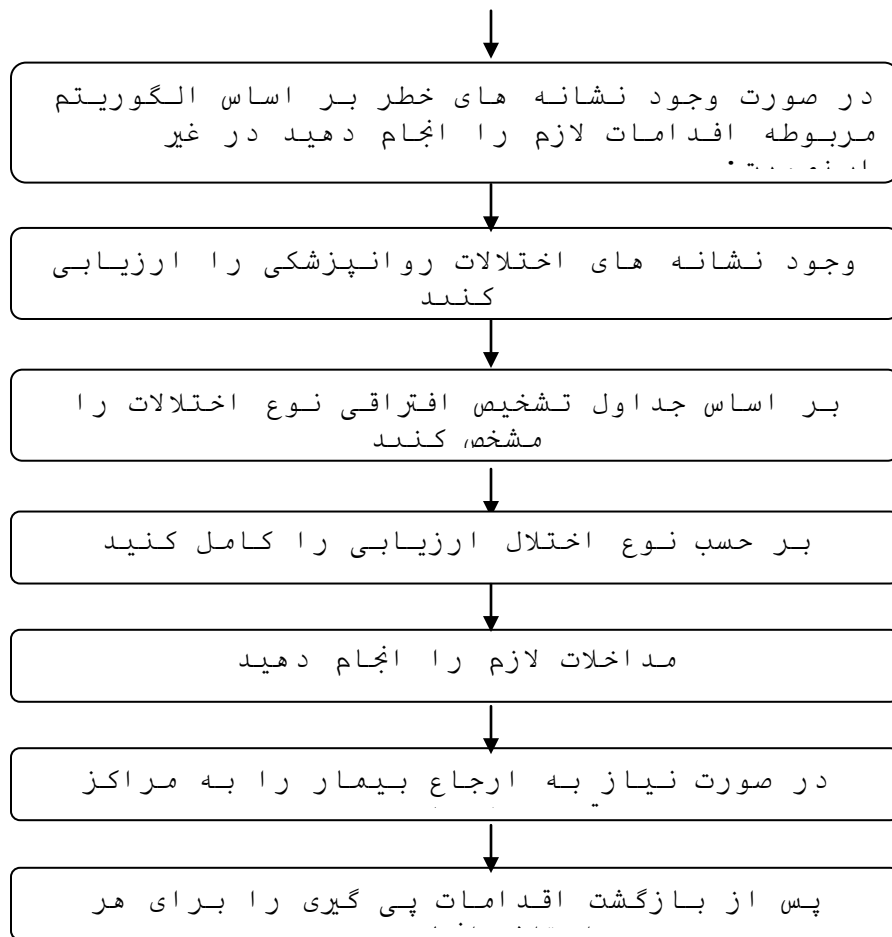
# مراجعه با شکایت های خاص

## الگوریتم ارزیابی و تشخیص افتراقی

برای ارزیابی نوجوانی که با یک یا چند شکایت روانپزشکی مراجعه نموده است مطابق الگوریتم زیر عمل نمایند و در موارد نیازمند ارزیابی خاص به الگوریتم های مربوطه مراجعه نمایند.

وجود نشانه های خطر را ارزیابی کنید

- افکار خودکشی
- پرخاشگری
- آسیب به خود و دیگران
- فرار از منزل یا مدرسه



با استفاده از جداول تشخیص افتراقی (1-4) مسیر ارزیابی را مشخص کنید و برای ارزیابی اختلالات و تصمیم گیری درمانی به قسمت ارزیابی اختلالات شایع مراجعه نمایید.

جدول 1-4: نشانه ها و تشخیص های افتراقی در اختلالات روانپزشکی نوجوانان

نشانه های کمک کننده	تشخیص های افتراقی	علامت یا شکایت بیمار
وول خوردن، رفتارهای تکانشی، جنب و جوش و انرژی زیاد، پرحرفی، نقص تمرکز	بیش فعالی و نقص تمرکز	بی توجهی
نگرانی راجع به اتفاقات آینده، مشکل خواب، ترس از تنهایی یا تاریکی	اختلالات اضطرابی	
وول خوردن، رفتارهای تکانشی، جنب و جوش و انرژی زیاد، پرحرفی، نقص تمرکز	بیش فعالی و نقص تمرکز	پر تحرکی و تکانشی بودن



افزایش فعالیت، پرحرفی، سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس، مشکلات خواب و بی قراری، عصبانیت و تحریک پذیری	اختلال دوقطبی	
گردن کلفتی و قلدری، دروغ گوئی، دزدی، مصرف مواد، حیوان آزاری، آتش افروزی، تخریب اموال دیگران	اختلال سلوک	
وول خوردن، رفتارهای تکانشی، جنب و جوش و انرژی زیاد، پرحرفی، نقص تمرکز	بیش فعالی و نقص تمرکز	پرخاشگری و تحریک پذیری
کاهش فعالیت، نق نق کردن، گریه بی جهت، کاهش اعتماد به نفس، مشکلات خواب، وابستگی زیاد به مراقب	مشکلات خلقی و افسردگی	
گردن کلفتی و قلدری، دروغ گوئی، دزدی، مصرف مواد، حیوان آزاری، آتش افروزی، تخریب اموال دیگران	اختلال سلوک	
وول خوردن، رفتارهای تکانشی، جنب و جوش و انرژی زیاد، پرحرفی، نقص تمرکز	بیش فعالی و نقص تمرکز	پرفعالیتی و تمایل بیش از حد به فعالیتهای لذت بخش و تفریحی
افزایش فعالیت، پرحرفی، سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس، مشکلات خواب و بی قراری، عصبانیت و تحریک پذیری	اختلال دوقطبی	
گردن کلفتی و قلدری، دروغ گوئی، دزدی، مصرف مواد، حیوان آزاری، آتش افروزی، تخریب اموال دیگران	اختلال سلوک	
افزایش فعالیت، پرحرفی، سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس، مشکلات خواب و بی قراری، عصبانیت و تحریک پذیری	اختلال دوقطبی	تمایل بیش از حد به جنس مخالف و رفتارهای جنسی
گردن کلفتی و قلدری، دروغ گوئی، دزدی، مصرف مواد، حیوان آزاری، آتش افروزی، تخریب اموال دیگران	اختلال سلوک	

جدول 4-1: نشانه ها و تشخیص های افتراقی در اختلالات روانپزشکی کودکان (ادامه)

نشانه های کمک کننده	تشخیص های افتراقی	علامت یا شکایت بیمار
افزایش فعالیت، پرحرفی، سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس، مشکلات خواب و بی قراری، عصبانیت و تحریک پذیری	اختلال دوقطبی	
گردن کلفتی و قلدری، دروغ گوئی، دزدی، مصرف مواد، حیوان آزاری، آتش افروزی، تخریب اموال دیگران	اختلال سلوک	دزدی و دروغگوئی
رفتارهای اجباری بصورت شستن، چک کردن، چیدن و ....	وسواس	

تنش و بی قراری	اختلال اضطراب منتشر	تپش قلب، لرزش، تعریق، تهوع استفراغ و دلشوره و دلهره
		وول خوردن، رفتارهای تکانشی، جنب و جوش و انرژی زیاد، پرحرفی، نقص تمرکز
	افسردگی	کاهش فعالیت، نق نق کردن، گریه بی جهت، کاهش اعتماد به نفس، مشکلات خواب، وابستگی زیاد به مراقب
	بیش فعالی و نقص تمرکز	وول خوردن، رفتارهای تکانشی، جنب و جوش و انرژی زیاد، پرحرفی، نقص تمرکز
	اختلال دوقطبی	افزایش فعالیت، پرحرفی، سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس، مشکلات خواب و بی قراری، عصبانیت و تحریک پذیری
تمایل به مصرف مواد	افسردگی	کاهش فعالیت، نق نق کردن، گریه بی جهت، کاهش اعتماد به نفس، مشکلات خواب، وابستگی زیاد به مراقب
	اختلال سلوک	گردن کلفتی و قلدری، دروغ گوئی، دزدی، مصرف مواد، حیوان آزاری، آتش افروزی، تخریب اموال دیگران
توهم	سایکوز	عقاید نادرست و هذیانی، گوشه گیری و انزوا، پرخاشگری و تهاجم، شکاکیتف ترس و وحشت
	اختلال اضطراب منتشر	تپش قلب، لرزش، تعریق، تهوع استفراغ و دلشوره و دلهره
هذیان	سایکوز	توهم، گوشه گیری و انزوا، پرخاشگری و تهاجم، شکاکیتف ترس و وحشت
	اختلال دوقطبی	افزایش فعالیت، پرحرفی، سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس، مشکلات خواب و بی قراری، عصبانیت و تحریک پذیری
اجتناب از مدرسه یا افت تحصیلی	افسردگی	کاهش فعالیت، نق نق کردن، گریه بی جهت، گوشه گیری، انزوا، غمگینی، کاهش اعتماد به نفس، مشکلات خواب، وابستگی زیاد به مراقب
	اختلال سلوک	گردن کلفتی و قلدری، دروغ گوئی، دزدی، مصرف مواد، حیوان آزاری، آتش افروزی، تخریب اموال دیگران
	اختلال اضطرابی جدائی	وابستگی بیش از حد به مراقبین، اضطراب به هنگام جدائی از مراقب،

### ارزیابی اختلالات شایع

زمانیکه نوجوان با شکایت مشخصی مراجعه می کند لازم است بر اساس شکایت مطرح شده، وجود اختلالات روانپزشکی احتمالی بررسی و در هر مورد اقدامات مناسب مطابق این راهنما انجام شود.

### جدول 4: وظایف پرسنل سطح اولیه ارائه خدمات بهداشت روان در پیشگیری و درمان اختلالات شایع روانپزشکی

وظایف	پرسنل
ویزیت موارد ارجاع شده از سوی بهورز یا مواردی که خود بیمار مستقیماً مراجعه می نماید. ارزیابی نشانه های اختلالات طبق الگوریتم های تشخیصی بر اساس شکایات مطرح شده انجام مداخلات درمانی اولیه مطابق الگوریتم درمانی مربوطه	پزشک

<p>آموزش بیمار و والدین در مورد نشانه ها و مداخلات حمایتی و مراقبت‌های لازم ارجاع به سطوح تخصصی در صورت نیاز دریافت پس خوراند از سطوح تخصصی پی‌گیری موارد ارجاع شده پس از بازگشت از طریق ویزیت های دوره ای ارجاع موارد خاص برای ارائه خدمات مشاوره ای و درمان‌های رفتاری به کارشناس بهداشت روان نظارت بر عملکرد بهورزها و کارشناس بهداشت روان</p>	
<p>آموزش بهورزها و کارکنان خانه های بهداشت در خصوص نحوه ارزیابی دوره ای جمعیت تحت پوشش آموزش والدین و ارائه خدمات مشاوره ای در موارد ارجاع شده از سوی پزشک انجام مداخلات غیر دارویی در موارد ارجاع شده یا موارد مربوط به ارزیابی های دوره ای انجام مداخله در بحران در موارد حاد و آموزش والدین در خصوص اقدامات حمایتی لازم.</p>	<p>کارشناس بهداشت روان</p>
<p>غربالگری دوره ای جمعیت تحت پوشش یک بار در سال در مدرسه یا ویزیت منزل از نظر نشانه های اختلالات مطابق جدول غربالگری ارجاع موارد مشکوک به پزشک و ثبت موارد در پرونده خانوار ارجاع موارد حاد به پزشک پی‌گیری موارد تحت درمان از نظر وجود علائم، نحوه مصرف دارو و نشانه های عود مطابق جداول پی‌گیری ارائه آموزشهای لازم به بیمار و خانواده در مورد لزوم پی‌گیری درمان و مراجعه بوقوع به پزشک ارائه گزارش های دوره ای به پزشک یا کارشناس بهداشت روان در مورد موارد تحت درمان</p>	<p>بهورز</p>

**الف) ارزیابی بیماری که با نشانه های خلقی مراجعه می کند**  
اختلالات خلقی در دودسته اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی قابل ارزیابی هستند چنانچه بیماری با نشانه های خلق افسرده (غمگینی و بی‌علاقگی) یا نشانه های خلق بالا (شادی زیاد) یا تحریک پذیر (پرخاشگری) مراجعه نمود می‌بایست بیمار را از نظر اختلالات خلقی ارزیابی نمائیم.

### 1. ارزیابی اختلال افسردگی اساسی در نوجوانان:

اختلال افسردگی اساسی اختلالی است که با بروز حداقل 4 نشانه از نشانه های افسردگی بعلاوه خلق افسرده یا کاهش علاقه به فعالیت‌های لذت بخش بمدت حداقل 2 هفته مشخص می‌شود. نشانه های افسردگی عبارتند از:

- غمگینی یا بی‌علاقگی
- کاهش یا افزایش خواب
- کاهش یا افزایش اشتها
- کاهش تمرکز
- کاهش انرژی یا کندي حرکتی
- کاهش اعتماد به نفس

- احساس بی ارزشی
  - بی حوصلگی
  - احساس نا امیدی یا افکار مرگ
- نشانه های این اختلال در نوجوانان ممکن است تا حدی متفاوت از نشانه های اختلال افسردگی بالغین بوده و با نشانه های دیگری همراه باشد. این نشانه ها عبارتند از:
- کاهش انگیزه نسبت به درس و افت تحصیلی
  - زود رنجی و عصبانیت
  - گوشه گیری و انزوا
  - وابستگی شدید به دیگران
  - فرار از مدرسه یا منزل
  - تمایل به مصرف مواد مخدر
  - مشکل در ارتباط با همسالان
  - احساس بی کفایتی
  - خود سرزنش گری
- بروز این اختلال در نوجوانان با افزایش سن بخصوص در دخترها افزایش می یابد. افکار خود کشی و اقدام به آن خطرانی هستند که نوجوان را تهدید کرده و توجه به آنها در این افراد ضروری است.

وجود نشانه های غمگینی یا کاهش علاقه به فعالیت‌های لذت بخش را در غالب اوقات بررسی کنید. در اینصورت:

آیا کاهش یا افزایش خواب را گزارش می‌کند؟  
آیا کاهش یا افزایش اشتها (کاهش یا افزایش وزن) را گزارش می‌کند؟  
آیا کاهش انرژی یا احساس خستگی وجود دارد؟  
آیا احساس بی‌ارزشی یا افزایش احساس گناه دیده می‌شود؟  
آیا احساس ناامیدی یا افکار خودکشی را گزارش می‌کند؟  
آیا نشانه‌های فوق حداقل 2 هفته ادامه داشته است؟  
آیا نشانه‌های فوق باعث اختلال در عملکرد فردی، اجتماعی و یا تحصیلی مراجع شده است؟

غمگینی یا کاهش علاقه به فعالیت‌های لذت بخش  
بعلاوه افکار یا اقدام به خودکشی، بروز رفتارهای خطرناک، مصرف مواد، پرخاشگری، فرار از منزل یا مدرسه، نشانه‌های سایکوز (آرمان، هزاران)

وجود نشانه‌های غمگینی یا کاهش علاقه به فعالیت‌های لذت بخش  
بعلاوه بیش از سه نشانه از نشانه‌های فوق در غیاب افکار

وجود نشانه‌های غمگینی یا کاهش علاقه به فعالیت‌های لذت بخش  
بعلاوه حداکثر سه نشانه از نشانه‌های فوق در غیاب افکار

با توجه به شدت بالای اختلال مراجع را جهت درمان به مراکز تخصصی ارجاع نمائید

اقدام درمانی مناسب را بر اساس مطالب فصل درمان اختلالات روانپزشکی انجام

اقدامات مراقبتی را افزایش داده و در اولین فرصت نوجوان را به مراکز تخصصی ارجاع دهید. آموزش‌های لازم را به مراقبین در مورد لزوم ارجاع و نحوه

نوجوان را از نظر پاسخ به درمان و وجود نشانه‌های اختلال، عوارض دارویی، پذیرش درمان و نحوه مصرف دار هر 4 هفته یکبار تا پایان

4 هفته پس از دریافت درمان مناسب نوجوان ارزیابی کنید. در صورت عدم پاسخ درمانی مناسب به مراکز تخصصی ارجاع دهید. در صورت پاسخ درمانی مناسب درمان را بمدت کافی ادامه داده و هر 4 هفته یکبار بیمار را پی‌گیری و پاسخ درمان را

نوجوان را از نظر پاسخ به درمان و وجود نشانه‌های اختلال، عوارض دارویی، پذیرش درمان و نحوه مصرف دار هر 4 هفته یکبار تا پایان دوره درمان ارزیابی

در صورت وجود نشانه‌های خطر نظیر افکار یا اقدام به خودکشی، مصرف مواد، پرخاشگری، احساس ناامیدی شدید، فرار از منزل یا مدرسه در طی

## 2. ارزیابی اختلال دو قطبی نوع یک در نوجوانان:

این اختلال با بروز حد اقل یک دوره مانیا یا هیپومانیا مشخص می شود. دوره ی مانیا دوره ایست که با بروز خلق شاد یا تحریک پذیر به همراه 3 نشانه دیگر (در صورت وجود خلق تحریک پذیر 4 نشانه) از نشانه های زیر مدت حداقل 1 هفته مشخص می شود.

- خلق شاد یا تحریک پذیر
  - افزایش اعتماد به نفس یا بزرگ منشی
  - حواسپرتی
  - پر حرفی
  - افزایش انرژی یا کاهش نیاز به خواب
  - افزایش فعالیتهای هدفدار
  - افزایش فعالیتهای لذت بخش با عواقب وخیم
- چنانچه شدت اختلال در حدی باشد که منجر به بستری شود مدت اختلال می تواند کمتر از یک هفته باشد. دوره هیپومانیا مشابه دوره مانیا بوده با این تفاوت که مدت آن حداقل 4 روز و شدت آن در حدی نیست که تاثیر منفی قابل توجه بر عملکرد فرد داشته باشد و بیشتر منجر به تغییر عملکرد می شود.

نشانه های این اختلال به اندازه نشانه های بالغین تیپیک نبوده و تشخیص این اختلال در نوجوانان دشوار است. این اختلال در نوجوانان ممکن است با نشانه های زیر همراه باشد.

- رفتارهای جنسی پر خطر
  - تمایل به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی
  - رانندگی بی محابا
  - تمایل به آرایش کردن
  - وخرجی
  - پر توقعی و درخواست های بیش از حد از خانواده
  - جبازی و مقابله با بزرگترها
  - عصبانیت و پرخاشگری راجع به موضوعات جزئی
  - تمایل زیاد به تفریح و گردش و شرکت در مهمانیها
  - فرار از منزل یا مدرسه
- بکار بردن الفاظ رکیک و جوکهای با محتوای جنسی در موقعیتهای نامتناسب

## 3. سایر اختلالات خلقی:

**اختلال دیس تایمی:** اختلالی است که با نشانه های افسردگی خفیف مدت طولانی (حداقل 2 سال در بزرگسالان و 1 سال در کودکان) مشخص می شود. خلق افسرده، بی علاقهگی، مشکلات خواب و اشتها، بی حوصلگی از نشانه های این اختلال هستند. این اختلال می تواند مشکلات زیادی در عملکرد فردی، تحصیلی و اجتماعی نوجوان ایجاد نماید. تشخیص این اختلال گاه دشوار بوده و نیازمند مصاحبه روانپزشک است.

**اختلال دوقطبی نوع دو:** در این اختلال وجود حداقل یک دوره افسردگی اساسی و حداقل یک دوره خلق بالا در حد اپیزود هیپومانیا برای تشخیص الزامی است. این هیچ دوره خلقی بصورت مانیا نداشته و معمولا در فاز افسردگی مراجعه می کنند. تشخیص این اختلال گاه دشوار بوده و نیازمند مصاحبه روانپزشک است.

#### **4. اختلالات روانپزشکی پس از زایمان:**

بدنبال زایمان ممکن است اختلالاتی بروز نمایند. این اختلالات بخصوص در زایمانهای اول و در مادران نوجوان ممکن است بیشتر دیده شوند. مهمترین آنها عبارتند از:

**افسردگی پس از زایمان:** این اختلال با نشانه های افسردگی اساسی بمدت چند هفته پس از زایمان بروز می نماید. ممکن است افسردگی شدید و با افکار خودکشی همراه باشد.

**سایکوز پس از زایمان:** در این موارد نشانه های سایکوز توهم و یا هذیان وجود دارد. مادر ممکن است هذیانهایی با محتوای زمینه گزند و آسیب در ارتباط با فرزندش داشته باشد.

**بروز اختلال دوقطبی بدنبال زایمان:** ممکن است شروع یک اپیزود مانیا بدنبال زایمان باشد و یا زایمان موجب عود اپیزود مانیای قبلی شود.

در هر یک از موارد فوق بدلیل شدت علائم، ممکن است مادر یا نوزاد نیازمند مراقبتهای خاص یا اقدامات فوری باشند. لذا لازم است پزشک مراقبتهای اولیه در صورت مواجهه با موارد فوق نیاز به انجام مداخلات اورژانس را بر اساس شکایات بیمار و یافته های شرح حال ارزیابی و بیمار را برای مداخلات درمانی به مراکز تخصصی ارجاع نماید.

وجود نشانه های شادی زیاد یا تحریک پذیری را در غالب اوقات بررسی کنید. در اینصورت:

آیا کاهش نیاز به خواب را گزارش می کند؟  
آیا افزایش اعتماد به نفس یا بزرگمنشی را گزارش می کند؟

آیا افزایش انرژی یا پرفعالیتی وجود دارد؟  
آیا پرحرفی یا پرش افکار وجود دارد؟  
آیا مشارکت بیش از حد در فعالیتهای لذت بخش وجود دارد؟

آیا نشانه های فوق حداقل یک هفته ادامه داشته است؟

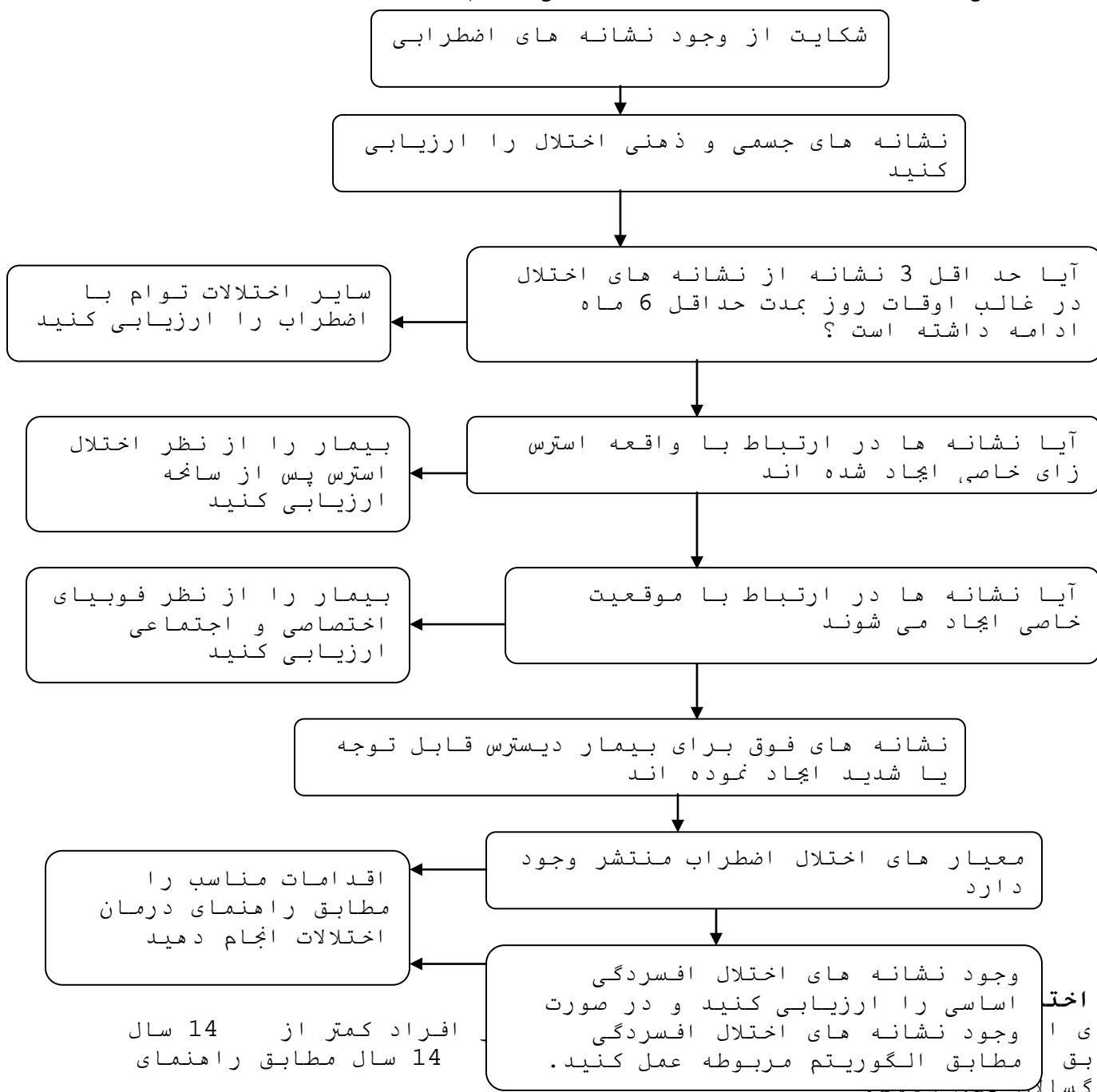
## **ب) ارزیابی تشخیصی اختلالات اضطرابی**

### **1. اختلال اضطراب منتشر**

اختلال اضطراب منتشر اختلالی است که در آن نشانه های اضطرابی در غالب اوقات روز (حد اقل 3 ساعت) به مدت حداقل 6 ماه ادامه داشته باشد. معمولاً نشانه های اضطرابی را همراه اختلالات دیگری نظیر اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسواس، اختلال استرس پس از سانحه می توان دید. در زمان بررسی نشانه های اضطرابی پزشک مراقبت‌های اولیه باید ارتباط نشانه های اضطرابی را با وقایع استرس زای اخیر بررسی نماید. گاهی بروز نشانه های



اضطرابی به هنگام مواجهه با موقعیتهای خاصی است این حالت را در انواع فوبیاهای اختصاصی و فوبیای اجتماعی می توان دید لازم است ارتباط نشانه های اضطرابی را با موقعیتهای خاص ارزیابی کنیم.



افراد کمتر از 14 سال  
14 سال مطابق راهنمای

**2. اخت**  
برای ا  
مطابق  
بزرگسال

### 3. ارزیابی تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه:

اختلالی است که بدنبال مواجهه فرد با یک واقعه استرس زای شدید نظیر وقایع طبیعی (زلزله، سیل و ...) و یا وقایع انسانی (نظیر جنگ، آدم ربائی، تجاوز جنسی و ...) ایجاد می شود و معمولا پاسخ فرد به این وقایع توام با درماندگی و ناتوانی است. در طی 4 هفته پس از واقعه اختلال استرس حاد و بعد از 4 هفته از واقعه چنانچه نشانه های اختلال وجود داشته باشد اختلال استرس پس از سانحه مطرح می گردد. نشانه های اختلال در

3 دسته نشانه های مربوط به یادآوری واقعه تروماتیک، نشانه های مربوط به اجتناب از یاد آورهای واقعه و نشانه های برانگیختگی دسته بندی می شوند. برای تشخیص باید حداقل 6 نشانه (حداقل یک نشانه برانگیختگی، 3 نشانه اجتناب و 2 نشانه برانگیختگی) وجود داشته باشد. این نشانه ها عبارتند از:

#### نشانه های یاد آوری:

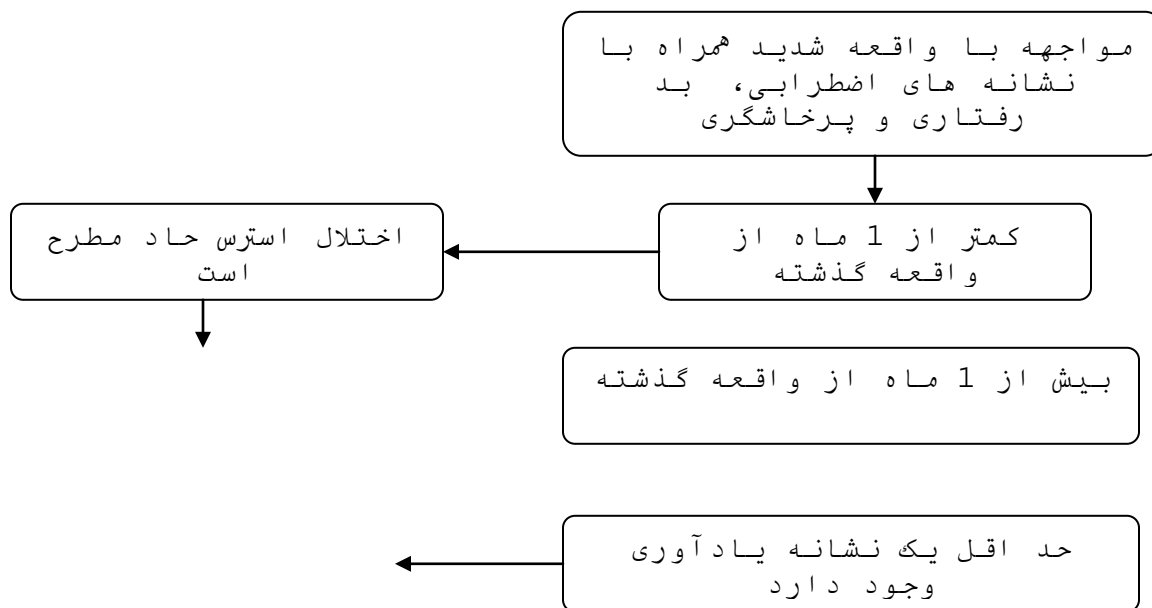
- افکار یا تصاویری در مورد حادثه
- کابوسهای شبانه
- خطاهای بصری یا توهماتی در مورد واقعه (احساس واقعی از وقوع مجدد واقعه)
- احساس ناراحتی بهنگام مواجهه با سرخهای واقعه
- تپش قلب و علائم جسمی بهنگام مواجه شدن با سرخهای واقعه
- در مورد کودکان انجام بازی هائی با محتوای مرتبط با واقعه

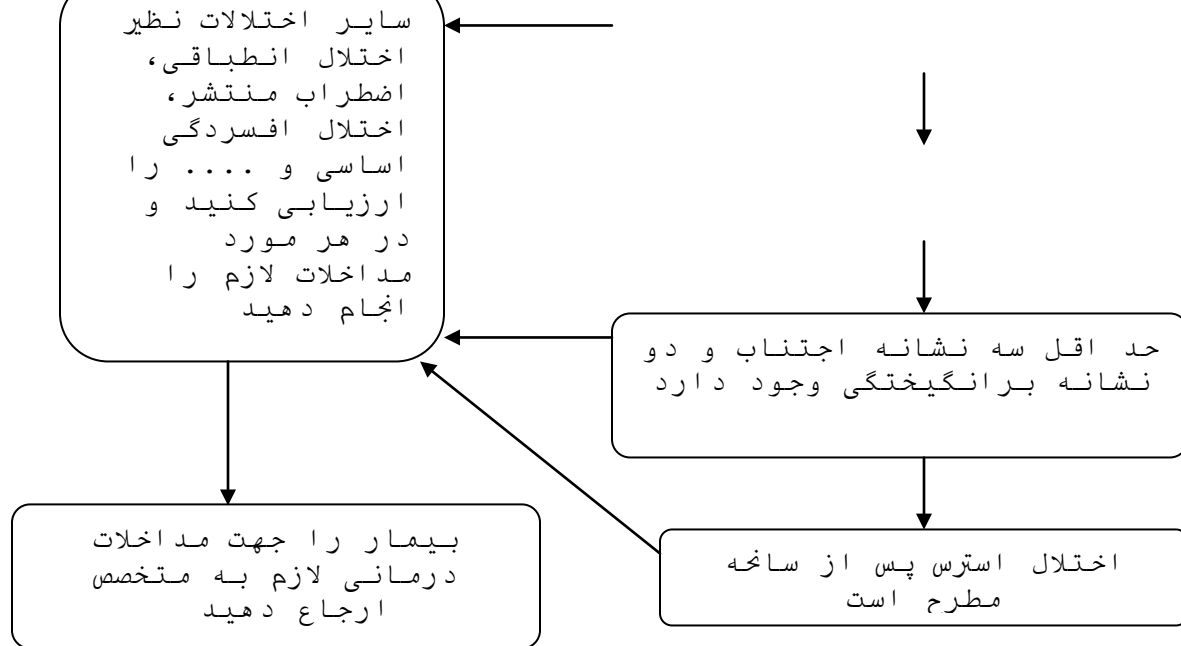
#### نشانه های اجتناب:

- سعی در اجتناب از افکار و احساساتی که یادآور تجربه تلخ هستند
- سعی در دوری از مکانها یا فعالیتهائی ه یادآور واقعه اند
- ناتوانی در به یاد آوردن بخش های مهمی از واقعه
- کاهش علاقه به فعالیتهای
- احساس بی تفاوتی
- محدود شدن عواطف
- احساس نزدیکی و کوتاه بودن آینده

#### نشانه های برانگیختگی:

- بی خوابی
- تندخویی
- مشکل تمرکز
- گوش بزننگی
- واکنش از جا پریدن شدید





#### 4. سایر اختلالات اضطرابی:

**اختلال پانیک:** اختلالی است که با بروز حملات اضطرابی همراه با ترس و وحشت شدید، ترس از مردن دید می شود. مدت این حملات کوتاه بوده و عامل زمینه ساز مشخصی برای آنها وجود ندارد. ممکن است بهنگام خواب هم اتفاق افتاق بیفتد. معمولاً این حملات دیسترس شدید برای فرد ایجاد کرده و در فواصل حملات بیمار نگران وقوع مجدد حمله است.

**فوبیای اختصاصی:** این اختلال با ترس غیر منطقی و اجتناب از مواجهه با موقعیتها، پدیده های طبیعی و یا حیوانات بروز می نماید. بیمار به غیر منطقی بودن ترس خود واقف است.

**فوبیای اجتماعی:** در این اختلال ترس غیر منطقی و اجتناب از موقعیتهائی وجود دارد که فرد مورد ارزیابی دیگران قرار می گیرد. معمولاً نوجوانی است که برای صحبت کردن یا اظهارنظر در موقعیتهای اجتماعی دچار اضطراب شدید شده و از این موقعیتهای اجتناب می کند.

در برخورد با هریک از موارد فوق چنانچه شدت مشکل در حدی است که برای نوجوان دیسترس شدید ایجاد کرده است و یا عملکرد فردی یا اجتماعی او را به نحو بارزی مختل نموده است پزشک خانواده یا پزشک مراقبتهای اولیه لازم است مداخلات متناسب را انجام دهد.

### ج) ارزیابی تشخیصی اختلالات مصرف مواد

دو دسته اصلی اختلالات وابسته به مصرف مواد عبارتند از وابستگی و سوء مصرف مواد مثل اپیوئیدها، آمفتامینها، توهم زاها، الکل و حشیش. گاهی ترکیبی از این مواد در انواع صنایع و خیابانی دیده می شود. وابستگی زمانیست که فرد پس یک مدت مصرف مجبور به افزایش دوز باشد و با قطع آن علائم ترک پیدا کند. سوء مصرف زمانیست که فرد مصرف مواد را در موقعیتهای و شرایط نامناسب انجام می دهد و مصرف مواد به شکلی است که با پیامدهای ناگوار اجتماعی، جسمی یا روانی همراه است. در نوجوانان اختلالات مصرف مواد دارای ویژگیهای هستند که آنان را از اختلالات مشابه در بزرگسالان متمایز می سازد. برخی از این ویژگیها عبارتند از:

1. مصرف چندین ماده در یک دوره زمانی.
2. مصرف همزمان چند ماده
3. شایع بودن سوء مصرف نسبت به وابستگی
4. استفاده از دوزهای توکسیک

اختلالات مصرف مواد را در زمینه اختلالات دیگر روانپزشکی می توان دید برخی از این اختلالات عبارتند از:

- اختلال افسردگی اساسی
- اختلال دوقطبی
- اختلال سلوک
- اختلال بیش‌فعالی و نقص تمرکز

پزشک مراقبت‌های اولیه یا پرشک خانواده می‌بایست در صورت مواجهه با نوجوانی که سوء مصرف یا وابستگی به مواد دارد اختلالات فوق را ارزیابی نموده و آموزشهای لازم را به خانواده در خصوص اقدامات درمانی ارائه نماید و نوجوان را به مراکز تخصصی جهت اقدامات درمانی مناسب ارجاع دهد.

## (د) ارزیابی تشخیصی اختلالات سایکوتیک

اختلال سایکوتیک اختلالی است که در طی آن واقعیت‌سنجی بیمار مختل می‌شود. دو نشانه اصلی سایکوز توهم و هذیان است. توهم‌ها تجربیات حسی هستند که وجود خارجی ندارند مثل توهمات شنوایی یا بینایی. هذیانها باورهای اشتباهی هستند که فرد به آنها اعتقاد قوی دارد مثل هذیانهای گزند و آسیب (داشتن دشمن).

### انواع توهمات:

برخی از انواع توهماتی که ممکن است در نوجوانان سایکوتیک دیده شوند عبارتند از:

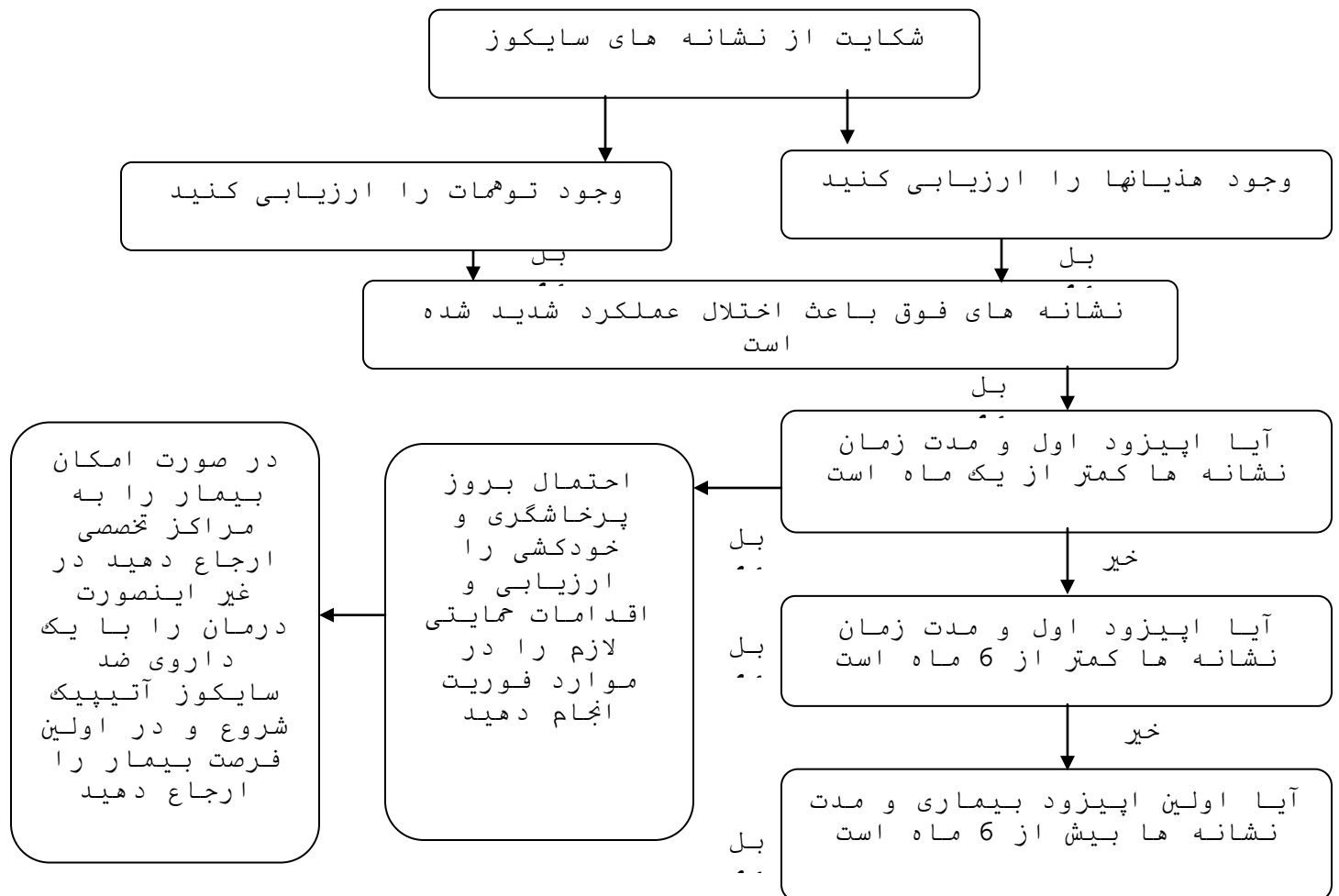
- توهمات شنوایی: معمولا شایعترین توهمات در اختلالات سایکوتیک هستند.
- توهمات بینایی: این توهمات هم در اختلالات سایکوتیک دیده می‌شوند.
- توهمات بویایی: بدرجات کمتری در اختلالات سایکوتیک گزارش می‌شوند ممکن است در برخی اختلالات مدیکال این توهمات گزارش شوند.
- توهمات لمسی: علاوه بر اختلالات سایکوتیک ممکن است در اختلالات مصرف مواد هم گزارش شوند.

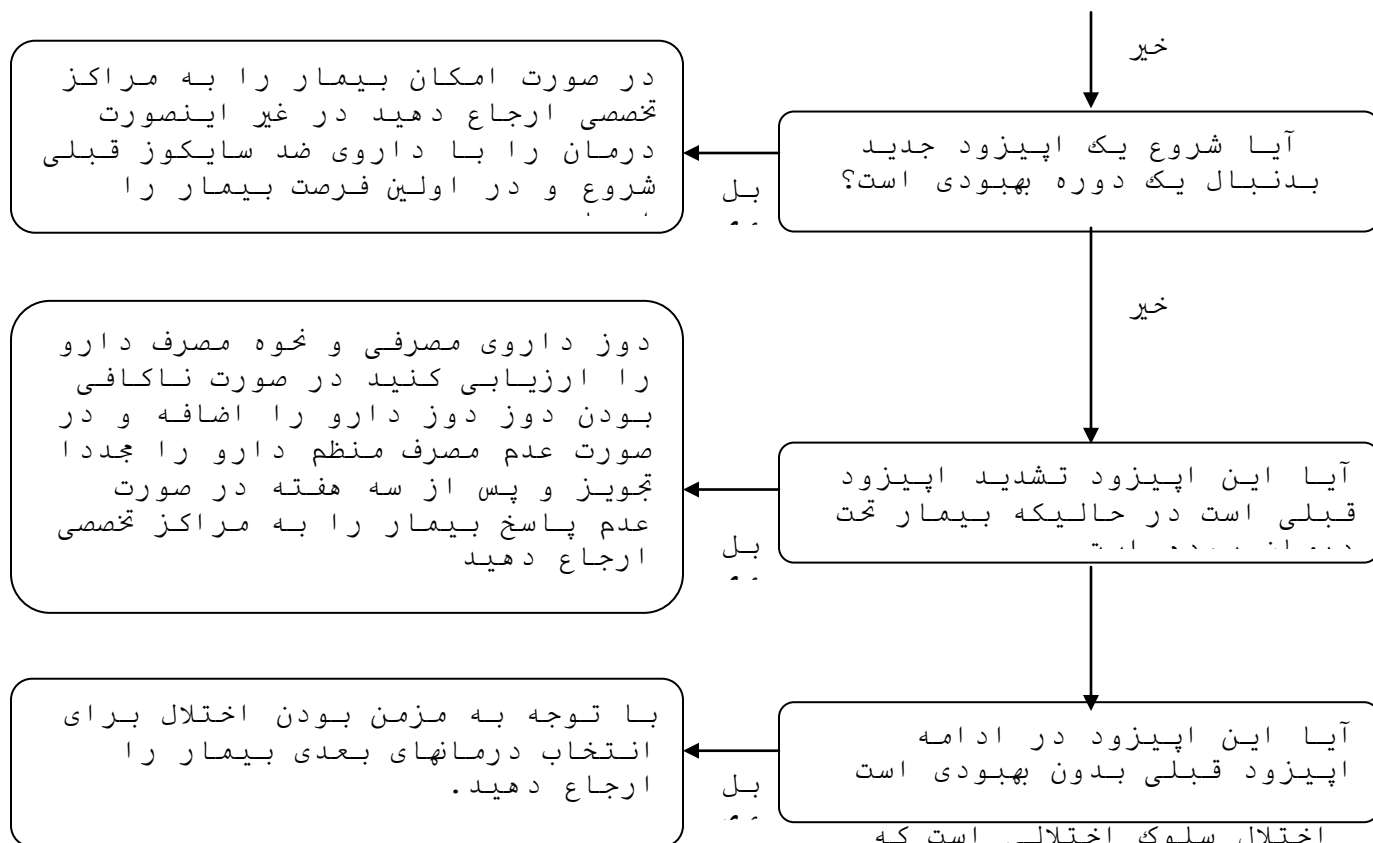
### انواع هذیانها:

برخی از انواع هذیانها که در نوجوانان در بروز سایکوز بیشتر دیده می‌شوند عبارتند از:

- هذیانهای گزند: در آن شخص معتقد است دیگران قصد آسیب به او را دارند.
- هذیان بزرگمنشی: زمانیست که فرد معتقد است بدلیل داشتن استعداد یا توانائی خاصی از دیگران برتر است.
- هذیان ارجاع: فرد متقد است که اتفاقات بیرونی به او مرتبند مثلا تلویزیون راجع به او صحبت می کند یا مردم در مورد او صحبت می کنند.

برای ارزیابی اختلالات سایکوتیک نوجوانان مطابق الگوریتم شناسائی و ارزیابی اختلالات سایکوتیک نوجوانان عمل کنید.





اختلال سلوک اختلالی است که سال دیده می شود. مهمترین علامت این اختلال رفتارهایی است که منجر به نقض قوانین و زیر پا گذاشتن حقوق دیگران می شوند. مهمترین این رفتارها عبارتند از:

1. تخریب اموال دیگران
2. دزدی
3. فریبکاری
4. ورود بدون اجازه به محل زندگی یا کسب دیگران
5. کتک کاری و چرخاشگری
6. فرار از منزل یا مدرسه
7. بیرون ماندن از منزل در شب بدون اطلاع خانواده
8. مصرف مواد مخدر
9. وادار کردن دیگران به رابطه جنسی

برای تشخیص باید حداقل 3 علامت بمدت طولانی وجود داشته باشد و اختلالات دیگری مثل افسردگی یا دوقطبی مسئول بروز نشانه ها نباشند. پزشک خانواده یا پزشک مراقبتهای اولیه در صورت مواجهه با شرایط فوق لازم است ارزیابی های لازم را انجام دهد.

## و) اختلال ADHD

برای ارزیابی اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز به راهنمای اختلالات روانپزشکی کودکان مراجعه کنید

## ز) ارزیابی تشخیصی اختلال تورت:

ارزیابی تشخیصی و مداخلات لازم را مطابق راهنمای اختلالات روانپزشکی کودکان انجام دهید.

### ح) ارزیابی تشخیصی اختلالات خوردن

دو دسته اصلی این اختلالات در نوجوانان اختلال بی اشتهائی عصبی و پرخوری عصبی است.

**بی اشتهائی عصبی:** اختلالی است که در آن نوجوان نسبت با وزن و ظاهر خود اشتغال ذهنی داشته و ترس از چاق شدن دارد. در این اختلال نوجوان از خوردن غذا اجتناب کرده و بدنبال غذا خوردن با استفاده از حرکات ورزشی یا اقدام به استفراغ عمدی میکند مانع افزایش وزن خود شود. معمولاً وزن بدن کمتر از 80 درصد وزن نرمال است و در دخترها بعد از سن بلوغ ممکن است مشکلات قاعدگی بصورت آمنوره دیده شود.

**پرخوری عصبی:** این اختلال بصورت دوره های پرخوری شدید و بدنبال آن پاکسازی (استفراغ) دیده می شود. معمولاً فرد بدنبال پرخوری دچار احساس گناه می شود. وزن ممکن است نرمال یا نزدیک به نرمال باشد.

### ارجاع

در موارد ارزیابی اختلالات شایع چه در مواردی که ارزیابی دوره ای انجام می شود یا مواردی که شکایت روانپزشکی مطرح است ارجاع در سطح اولیه خدمات توسط بهورز و در سطح بالاتر ممکن است توسط پزشک به مراکز تخصصی انجام شود. جداول 2-4 و 3-4 موارد نیازمند ارجاع را در این دو سطح نشان می دهند.

جدول 2-4: موارد نیازمند ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی توسط بهورز

شرایط ارجاع	نشانه ها
حداقل 3 نشانه ب مدت حداقل 2 هفته وجود داشته باشد. این نشانه ها باعث ایجاد ناراحتی قابل توجه در اطرافیان و بیمار شده باشد. افت درسی شدید در طی بروز این علائم دیده شود چنانچه افکار خودکشی، پرخاشگری یا تمایل به مصرف مواد وجود دارد این یک علامت برای ارجاع کفایست	غمگینی یا گریه کردن بدون دلیل مشخص تقریباً هر روز و ب مدت حداقل 3 ساعت در روز احساس کسالت یا خستگی زیاد عصبانیت، بهانه جوئی یا قشقرق شدید تمایل به تنهائی و گوشه گیری مشکل در بخواب رفتن یا بیدار شدن های مکرر در طی خواب و یا افزایش قابل توجه زمان خواب کاهش اشتها به نحوی که منجر به کاهش قابل توجه وزن شده باشد و یا افزایش اشتها که با افزایش وزن همراه باشد. افکار ناامیدی یا افکار خودکشی تمایل بیش از حد به مصرف مواد مخدر
حداقل 3 نشانه ب مدت حداقل 2 هفته وجود داشته باشد. این نشانه ها باعث	پرخاشگری شدید بدون دلیل مشخص تقریباً هر روز و ب مدت حداقل 3 ساعت در روز شادی بیش از حد بدون دلیل مشخص بطوریکه برای اطرافیان آزاردهنده باشد.



<p>ایجاد ناراحتی قابل توجه در بیمار یا اطرافیان شده باشد. افت درسی شدید در طی بروز این علائم دیده شود چنانچه افکار خودکشی، صدمه به خود، پرخاشگری شدید، رفتارهای جنسی نامتناسب یا تمایل به مصرف مواد وجود دارد این یک علامت برای ارجاع کفایت</p>	<p>پرحرفی زیاد بی قراری شدید کاهش قابل توجه خواب رفتارهای جنسی نامتناسب تمایل زیاد به مصرف مواد افکار یا تمایل به خودکشی یا اقدام اخیر برای صدمه به خود</p>
---	---

جدول 4-2: موارد نیازمند ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی توسط بهورز (ادامه)

نشانه ها	شرایط ارجاع
<p>نگرانی شدید راجع وقوع یک واقعه ناگوار در غالب ساعات روز تپش قلب بی قراری و تنش تهوع، استفراغ توام با نگرانی شدید مشکلات خواب</p>	<p>این نشانه ها باعث ایجاد ناراحتی قابل توجه در بیمار یا اطرافیان شده باشد. افت درسی شدید در طی بروز این علائم دیده شود</p>
<p>وجود رفتارهای تکراری نظیر شستن دستها، حساسیت بیش از حد به آلودگی لباس یا وسایل، چیدن وسایل، نظم بیش از حد</p>	<p>وجود حد اقل یک نشانه بطوریکه باعث ایجاد ناراحتی قابل توجه در بیمار یا اطرافیان شده باشد.</p>
<p>مصرف مواد</p>	<p>مصرف مکرر مواد مصرف همزمان چند ماده بروز رفتارهای مخرب در زمان مصرف مواد</p>
<p>وجود عقاید غیر واقعی در مورد دشمنی دیگران با او شنیدن صداهای توهمی یا دیدن شبه یا افراد خاص جلوی چشم یا صحبت کردن با افراد خیالی</p>	<p>وجود حد اقل یک نشانه بطوریکه باعث ایجاد ناراحتی قابل توجه در بیمار یا اطرافیان شده باشد.</p>
<p>تخریب وسایل یا اموال دیگران آتش افروزی عمدی به قصد آسیب فرار از منزل یا مدرسه بطور مکرر دروغگوئی بیش از حد دزدی پرخاشگری شدید</p>	<p>وجود حد اقل یک نشانه بطوریکه باعث ایجاد ناراحتی قابل توجه در بیمار یا اطرافیان شده باشد.</p>

امتناع از خوردن غذا به قصد کاهش وزن اقدام به استفراغ عمدی بعد از صرف غذا کاهش وزن شدید	وجود حد اقل یک نشانه بطوریکه باعث ایجاد ناراحتی قابل توجه در بیمار یا اطرافیان شده باشد.
--	--

جدول 3-4: موارد نیازمند ارجاع به متخصص توسط پزشک خانواده

اختلال	شرایط ارجاع
افسردگی اساسی	موارد متوسط تا شدید اختلال مواردی که با نشانه های سایکوز همراه است مواردی که با افکار خودکشی یا احساس نا امیدی همراه است مواردی که با پرخاشگری شدید همراه است مواردی که با مصرف مواد یا تمایل شدید به مصرف مواد همراه است مواردی که با وجود درمان دارویی دچار عود علائم شده اند مواردی که پس از 6 هفته درمان با فلوکستین پاسخ درمانی مناسب نداشته اند. مواردی که در حین درمان علائم مانیا را بروز داده اند مواردی که با دارو دچار عوارض شده اند مواردی که پذیرش درمان دارویی را ندارند. مواردی که بیمار از خوردن غذا امتناع می کند
اختلال دوقطبی	تمام موارد فاز حاد یا عود علائم در صورت وجود نشانه های سایکوز علی رغم کنترل علائم مواردی که با افکار خودکشی همراه است مواردی که با پرخاشگری شدید همراه است مواردی که با مصرف مواد یا تمایل شدید به مصرف مواد همراه است مواردی که با دارو دچار عوارض شده اند مواردی که پذیرش درمان دارویی را ندارند. مواردی که بیمار از خوردن غذا امتناع می کند
اختلال اضطراب منتشر	موارد شدید اختلال مواردی که پس از 6 هفته درمان پاسخ مناسب نداده اند. مواردی که با افکار خودکشی همراه است مواردی که با دارو دچار عوارض شده اند مواردی که پذیرش درمان دارویی را ندارند. مواردی که احتمال یک مشکل جسمی مطرح است

مواردی که بدلیل نشانه های اضطرابی بیمار قادر به مصرف غذا نیست	
موارد شدید اختلال مواردی که پس از 6 هفته درمان پاسخ مناسب نداده اند. مواردی که با افکار خودکشی همراه است مواردی که با دارو دچار عوارض شده اند مواردی که پذیرش درمان دارویی را ندارند.	اختلال وسواس

شرایط ارجاع	اختلال
تمام موارد جدید اختلال مواردی که پس از 6 هفته درمان پاسخ مناسب نداده اند. مواردی که با افکار خودکشی همراه است مواردی که با دارو دچار عوارض شده اند مواردی که پذیرش درمان دارویی را ندارند.	اختلال استرس پس از سانحه
تمام موارد جدید اختلال مواردی که با افکار خودکشی همراه است مواردی که با دارو دچار عوارض شده اند مواردی که پذیرش درمان دارویی را ندارند. مواردی که با پرخاشگری شدید همراه است مواردی که با نشانه های سایکوز همراهند	اختلال مصرف مواد
تمام موارد جدید اختلال مواردی که دچار عود شده اند مواردی که با افکار خودکشی همراه است مواردی که با دارو دچار عوارض شده اند مواردی که پذیرش درمان دارویی را ندارند. مواردی که با پرخاشگری شدید همراه است مواردی که بیمار از خوردن غذا امتناع می کند	اختلال سایکوتیک
تمام موارد جدید اختلال مواردی که با پرخاشگری شدید همراه است مواردی که احتمال آسیب به دیگران مطرح است مواردی که با مصرف مواد یا تمایل شدید به مصرف مواد همراه است موارد فرار از منزل یا فرار مکرر از مدرسه مواردی که با دارو دچار عوارض شده اند مواردی که پذیرش درمان دارویی را ندارند.	اختلال سلوک
تمام موارد جدید موارد همراه با کاهش وزن قابل توجه موارد توام با امتناع از غذا خوردن موارد همراه با استفراغ مکرر تعدی بدنبال غذا خوردن مواردی که با نشانه های پرخاشگری همراهند مواردی که با افکار خودکشی همراهند	اختلالات خوردن

## فصل پنجم

# درمان

### انواع درمان

بر حسب نوع اختلال یا مشکل روانپزشکی انواعی از درمانها را می توان بکار گرفت. این درمانها عبارتند از:

- درمانهای دارویی

- درمان‌های غیر دارویی مثل درمان‌های رفتاری و شناختی-رفتاری و ...

این درمان‌ها ممکن است توسط پزشک خانواده یا پزشک مراقبت‌های اولیه و یا کارشناس بهداشت روان انجام شوند. برخی نیز ممکن است نیازمند ارجاع به متخصص باشند. مهم است بدانیم که برای هر اختلالی چه نوع مداخله‌ای مناسب است و نوجوان را برای انجام مداخلات مناسب هدایت نمائیم. باید به این نکته توجه نمود که ممکن است بیش از یک نوع اختلال روانپزشکی بطور همزمان وجود داشته باشد و بسیاری از اختلالات هم نشانه‌های مشترک دارند. بنابراین اولویت انتخاب درمان بر اساس اختلال اصلی و اختلالات همراه متفاوت خواهد بود.

در این بخش با انواع مداخلات درمانی اختلالات روانپزشکی نوجوانان آشنا خواهید شد.

## الف) اختلالات خلقی:

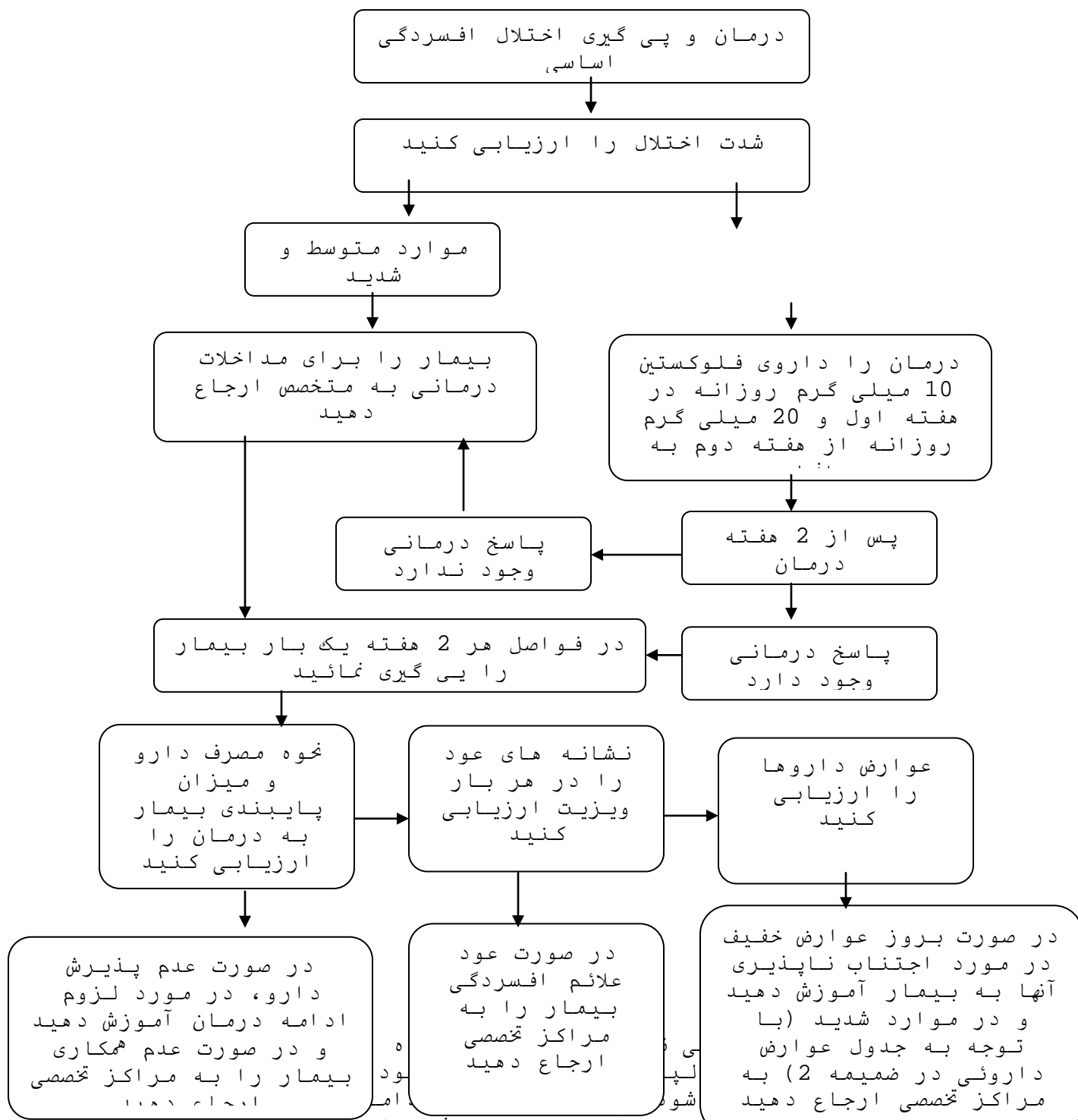
در این دسته اختلالات افسردگی و دوقطبی قرار دارند. به دلیل کیفیت غیر معمول نشانه‌های اختلالات خلقی نوجوانان تشخیص و درمان این اختلالات در نوجوانان نسبت به بالغین دشوار تر بوده و در موارد زیادی نیازمند مداخلات تخصصی و فوق تخصصی است.

### 1. اختلال افسردگی اساسی

درمان دارویی اختلال افسردگی اساسی نوجوانان با استفاده از داروهای ضد افسردگی از دسته بلوک‌کننده‌های اختصافی سروتونین انجام می‌شود. پزشک خانواده ممکن است درمان اختلال افسردگی را خودش انجام داده و یا بیمار را برای درمان به مراکز تخصصی ارجاع نماید. در حالت دوم پس از انجام اقدامات درمانی ممکن است لازم باشد پی‌گیری درمان توسط پزشک خانواده انجام شود. بنابراین توجه به نکات زیر را در درمان اختلال افسردگی حائز اهمیت است.

- درمان فاز حاد می‌بایست بمدت کافی و با دوز مناسب انجام شود.
- بیمار باید حداقل 6 هفته درمان با یک داروی ضد افسردگی را دریافت کند تا بتوان راجع اثر بخشی دارو. در مرحله حاد بیماری قضاوت نمود.
- لازم است پس از فروکش نمودن علائم درمان نگهدارنده بمدت کافی برای جلوگیری از بازگشت علائم انجام شود.
- چنانچه در طی درمان نگهدارنده بیمار دچار عود علائم شد در خصوص نحوه و دوز مصرف دارو سؤال نمائید و از اینکه بیمار دارو را به مقدار کافی و منظم مصرف می‌کند اطمینان حاصل کنید.
- در مواردی که افسردگی از نوع افسردگی دوقطبی است با مصرف داروهای ضد افسردگی احتمال بروز دوره‌های مانیا در اثر مصرف ضد افسردگی‌ها وجود دارد لذا در صورت بروز نشانه‌های پرخاشگری شدید، رفتارهای مهارگسیخته، پر حرفی، افزایش انرژی و سایر نشانه‌های مانیا دارو را قطع و بیمار را به مراکز تخصصی ارجاع دهید.
- در زمان تجویز داروهای ضد افسردگی در صورتی که بیمار داروهای را بدلائل دیگر دریافت می‌کند تداخلات دارویی احتمالی را در نظر داشته باشید.

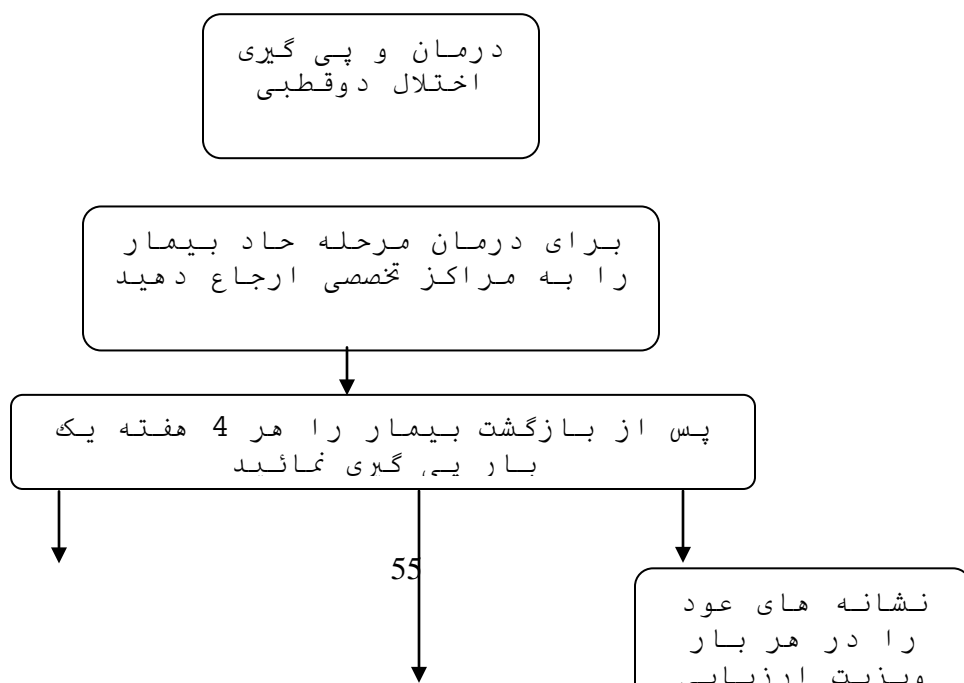
در مان اختلال افسردگی اساسی را بر اساس الگوریتم زیر انجام دهید.

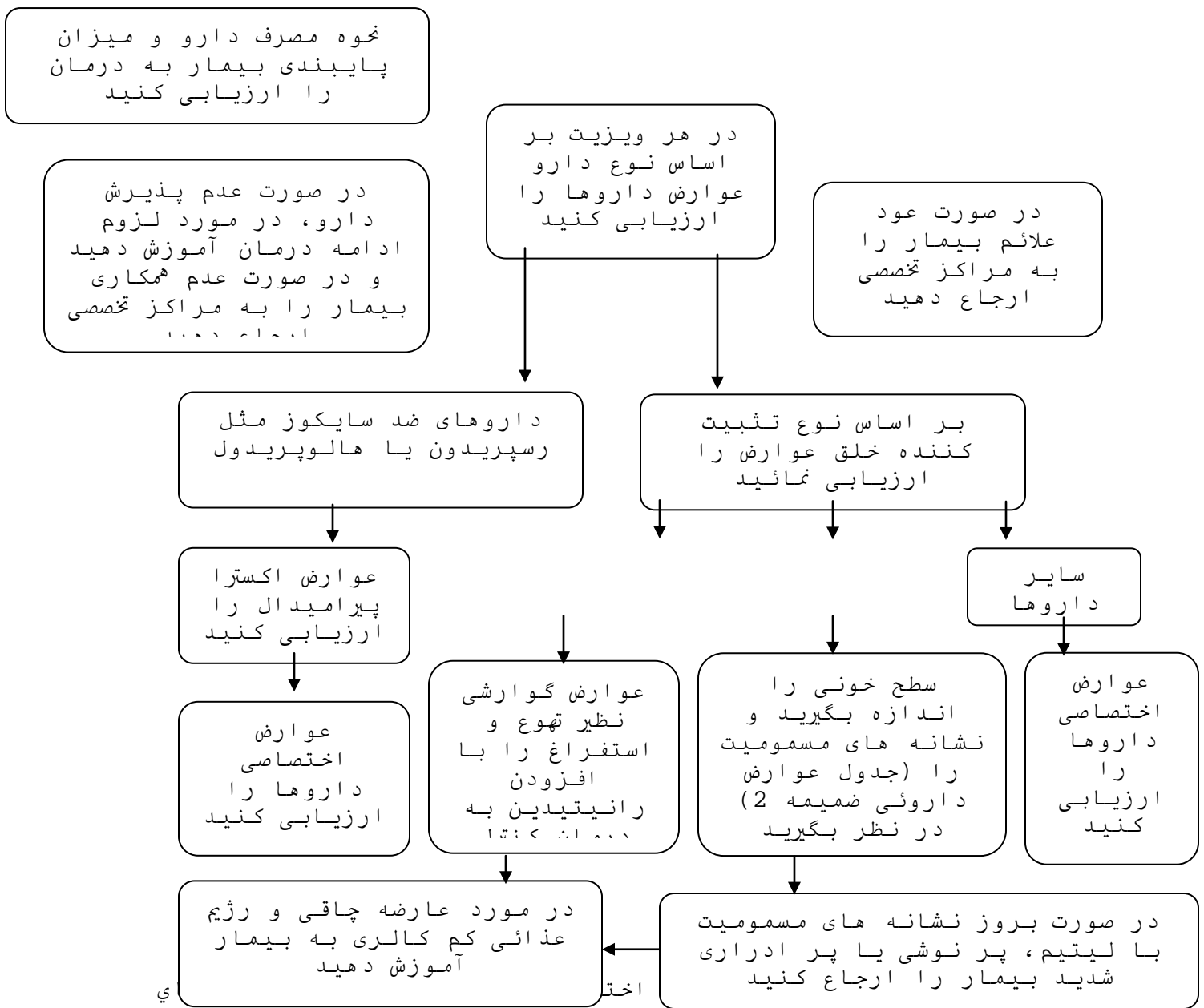


نکات زیر را در درمان اختلال دو قطبی حاد در نظر بگیرید. بنابر این توجه به نکات زیر را در درمان اختلال دو قطبی حاد در نظر بگیرید.

- درمان فاز حاد می بایست بمدت کافی و با دوز مناسب انجام شود.
- بیمار باید حداقل 6 هفته درمان با یک داروی تثبیت کننده خلق را دریافت کند تا بتوان راجع اثر بخشی دارو، در مرحله حاد بیماری قضاوت نمود.
- لازم است پس از فروکش نمودن علائم درمان نگهدارنده بمدت کافی برای جلوگیری از بازگشت علائم انجام شود.

- چنانچه در طی درمان نگهدارنده بیمار دچار عود علائم شد در خصوص نحوه و دوز مصرف دارو سؤال نمائید و از اینکه بیمار دارو را به مقدار کافی و منظم مصرف می کند اطمینان حاصل کنید.
- در مواردی که بیمار داروی لی تیم کربنات را دریافت می کند اندازه گیری دوره ای سطح خونی دارو به فواصل یک تا دو هفته یک بار و ارزیابی عملکرد تیروئید و کلیه بفواصل 6 ماه تا یکسال لازم است
- در زمان تجویز داروی والپروات سدیم ارزیابی عملکرد کبدی در فواصل 6 ماه تا یکسال لازم است.
- در فواصل درمان بیمار را از نظر عوارض داروها پی گیری نمائید





رفتاری و شناختی رفتاری و درمانهای دارویی است.

**1. اختلال اضطراب منتشر:** درمان این اختلال نیز با استفاده از داروهای ضد اضطراب نظیر مهار کننده های اختصاصی باز جذب سروتونین (فلوکستین) و درمانهای شناختی - رفتاری بر اساس سن انجام می شود.

**2. اختلال وسواسی-جبری:** در درمان این اختلال نیز داروهای مؤثر بر نوروترانسمیترهای سروتونینی مثل SSRI ها و کلومیپرامین بکار می روند در کنار این درمان های دارویی می توان از روشهای رفتاری نیز سود جست. درمان اختلال وسواس را مطابق الگوریتم زیر انجام دهید.

**3. اختلال پانیک:** در درمان این اختلال داروهای مهار کننده اختصاصی سروتونینی مثل SSRI ها بکار می روند در کنار این درمان های دارویی می توان از روشهای رفتاری نیز سود جست. درمان اختلال پانیک را مطابق راهنمای اختلالات روانپزشکی بزرگسالان انجام دهید.



**4. فوبیا ها:** در مورد فوبیا ها نظیر فوبیا های اختصاصی و فوبیای اجتماعی روشهای رفتاری مؤثرند اگرچه از داروهای ضد اضطراب نیز در مواردی استفاده می شود.

**5. اختلال استرس پس از سانحه:** در درمان این اختلال نیز داروهای مؤثر بر نوروترانسمیترهای سروتونینی مثل SSRI ها بکار می روند در کنار این درمان های دارویی می توان از روشهای رفتاری نیز سود جست. درمان دارویی اختلال استرس پس از سانحه را مطابق راهنمای اختلالات روانپزشکی بزرگسالان انجام دهید.

- در درمان دارویی اختلالات اضطرابی نکات زیر را در نظر داشته باشید:
- درمان فاز حاد می بایست بمدت کافی و با دوز مناسب انجام شود.
  - بیمار باید حداقل 8 هفته درمان با یک داروی SSRI را دریافت کند تا بتوان راجع اثر بخشی دارو. در مرحله حاد بیماری قضاوت نمود.
  - لازم است پس از فروکش نمودن علائم درمان نگهدارنده بمدت کافی برای جلوگیری از بازگشت علائم انجام شود.
  - چنانچه در طی درمان نگهدارنده بیمار دچار عود علائم شد در خصوص نحوه و دوز مصرف دارو سؤال نمائید و از اینکه بیمار دارو را به مقدار کافی و منظم مصرف می کند اطمینان حاصل کنید.
  - در مواردی که همزمانی اختلالات دیگری وجود دارد درمان اختلالات همزمان نیز الزامی است.
  - در زمان تجویز داروهای ضد افسردگی در صورتی که بیمار داروهای را بدلائل دیگر دریافت می کند تداخلات دارویی احتمالی را در نظر داشته باشید.

درمان اختلالات اضطرابی را بر اساس الگوریتم زیر انجام دهید.

درمان و پی گیری اختلالات  
اضطرابی

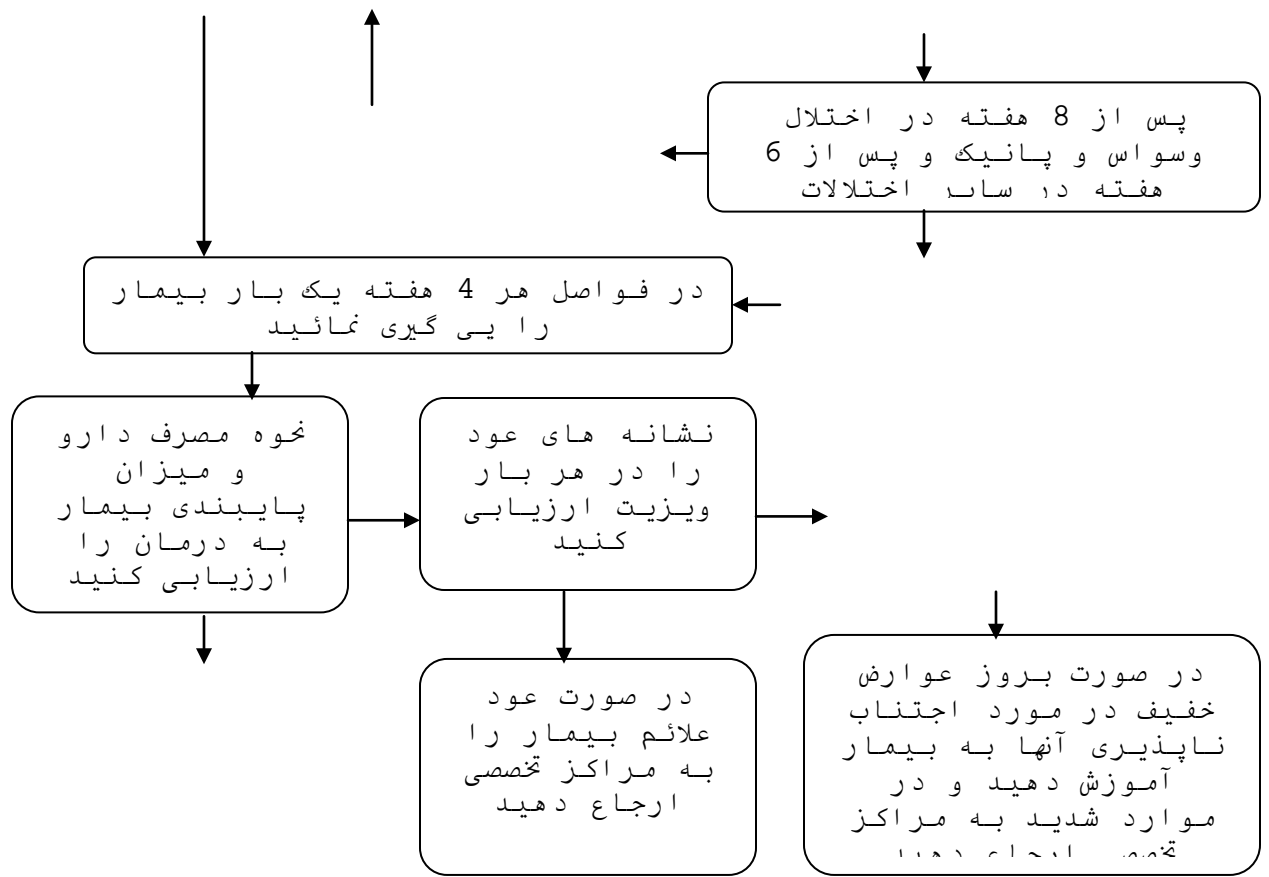
موارد متوسط و  
شدید

موارد خفیف

بیمار را برای  
مداخلات درمانی به  
متخصص ارجاع دهید

درمان را با داروی فلوکستین 10 میلی  
گرم روزانه در هفته اول و 20 میلی  
گرم روزانه از هفته دوم به بعد (40  
میلی گرم از هفته سوم در اختلال  
وسواس) همراه با کلونازپام 0/5 میلی  
گرم روزانه منقسم در صورت نیاز انجام

پاسخ درمانی  
وجود ندارد



### ج) اختلال سایکوتیک

درمان دارویی اختلالات سایکوتیک نوجوانان با استفاده از داروهای ضد سایکوز از دسته بلوک کننده های دوپامین و سروتونین نظیر رسپریدون انجام می شود. پزشک خانواده ممکن است درمان اختلال افسردگی را خودش انجام داده و یا بیمار را برای درمان به مراکز تخصصی ارجاع نماید. در حالت دوم پس از انجام اقدامات درمانی ممکن است لازم باشد پی گیری درمان توسط پزشک خانواده انجام شود. بنابراین توجه به نکات زیر را در درمان اختلال افسردگی حائز اهمیت است.

- درمان فاز حاد می بایست بمدت کافی و با دوز مناسب انجام شود.
- بیمار باید حداقل 6 هفته درمان با یک داروی ضد سایکوز را دریافت کند تا بتوان راجع اثر بخشی دارو در مرحله حاد بیماری قضاوت نمود.
- لازم است پس از فروکش نمودن علائم درمان نگهدارنده بمدت کافی برای جلوگیری از بازگشت علائم انجام شود.
- چنانچه در طی درمان نگهدارنده بیمار دچار عود علائم شد در خصوص نحوه و دوز مصرف دارو سؤال نمائید و از اینکه بیمار دارو را به مقدار کافی و منظم مصرف می کند اطمینان حاصل کنید.

- در مواردی که اختلال سایکوتیک همراه با اختلالات خلقی است داروی آنتی سایکوز با درمان اختلال خلقی توأمًا بکار می رود در این موارد درمان را مطابق دستورالعمل اختلال خلقی انجام دهید.
- در زمان تجویز داروهای ضد سایکوز بیمار را از نظر عوارض دارویی پی گیری نمائید.
- در زمان تجویز داروهای ضد سایکوز در صورتی که بیمار داروهای را بدلیل دیگر دریافت می کند تداخلات دارویی احتمالی را در نظر داشته باشید.

## **(د) اختلالات مصرف مواد:**

درمان این اختلالات بر حسب نوع ماده متفاوت است و معمولاً بر اساس دستورالعمل های اختصاصی انجام می شود. برای درمان و پی گیری این اختلالات به دستورالعمل اختصاصی مربوطه مراجعه نمائید.

## **(ه) اختلالات رفتاری:**

**1. اختلال سلوک:** درمان اختلال سلوک با استفاده از مداخله در زمینه های مختلف از جمله مداخلات فردی و خانوادگی توسط متخصص انجام می شود. ممکن است از برخی داروها برای کنترل پرخاشگری استفاده شود. پزشک خانواده لازم است پی گیری را بر اساس نوع داروی دریافتی و توصیه های متخصصین انجام دهد.

**2. اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز:** درمان و پی گیری این اختلال را مطابق راهنمای اختلالات روانپزشکی کودکان انجام دهید.

## **(و) اختلال تیک:**

درمان و پی گیری این اختلال را مطابق راهنمای اختلالات روانپزشکی کودکان انجام دهید.

## **(ز) اختلالات خوردن:**

درمان اختلالات خوردن نیازمند مداخلات تخصصی است. پس از بازگشت بیمار پی گیری درمان بر اساس نوع داروی دریافتی انجام می شود. در این موارد نکات زیر را در نظر داشته باشید:

- بیمار را از نظر نحوه مصرف دارو و عوارض دارویی ارزیابی کنید.
- در هر ارزیابی به نشانه های عود اختلال توجه نمائید.

## فصل ششم

مشاوره و آموزش  
روانشناختی

## **الف) اختلالات سایکوتیک:**

مهمترین اختلال در این دسته اختلال اسکیزوفرنی است. اسکیزوفرنی یک بیماری جدی روانپزشکی با شیوع 1% است که جنبه های مختلف زیر را تحت تأثیر قرار می دهد:

**نحوه تفکر:** نوجوان ممکن است در سازمان دهی افکارش و تمرکز روی آنها مشکل داشته باشد در نتیجه سخنان وی بی ربط و نامفهوم گشته و یا فاقد معنا و محتوای خاصی می شود و یا ممکن است محتوی صحبت های او بیانگر افکار غیر واقعی (هذیان) باشد.

**نحوه احساس:** ممکن است ابراز احساسات فرد دچار اختلال شود و نتواند متناسب با موقعیت احساس خوشحالی یا ناراحتی خود را بروز دهد و یا اصلاً واکنش عاطفی خاصی نسبت به مسایل پیرامونش نشان ندهد.

**نحوه فعالیت و ارتباط:** ممکن است نوجوان از ارتباطات اجتماعی کناره گیری کند. گوشه گیر شود و یا به علت تفکر غیرمنطقی ارتباطش با دیگران دچار اشکال و تعارض گردد. ممکن است توانایی مراقبت از خود را از دست بدهد و به نظافت و بهداشت شخصی اش نرسد. ممکن است توانایی شغل و تحصیل خود را از دست بدهد، نتواند به تحصیل ادامه دهد و شغل مناسب را پیدا کند.

## **در مورد این بیماران توصیه های زیر را در نظر بگیرید:**

- اکثر افراد مبتلای پذیرند که بیماران و نیاز به درمان دارند. در نتیجه خانواده باید با حمایت خود و با یک ارتباط خوب و مناسب آنها را در امر درمان همراهی کنند.

- ممکن است بسیاری از خانواده ها به علت ترس از وابستگی و عادت به دارو و یا نگرانی از عوارض منفی این داروها روی بدن، تمایل نداشته باشند بيمارشان دارو مصرف کند. بايد اين نکته برای آنها روشن شود که دارو می تواند کمک زيادی به اين بيماران کند. در صورت عدم درمان (دارویی و غیردارویی) ممکن است علايم بيماری فرد و خانواده او را شديداً تحت تأثیرقرار دهد.
- گرچه ممکن است بعضی از عوارض داروها ناراحت کننده باشد ولی آنها می توانند با مشورت با پزشک معالج خود راه مناسبی را برای رفع ، تعدیل و قابل تحمل کردن اين عوارض پيدا کنند.
- محیط خانواده و اجتماعی که اين بيماران در آن زندگی می کنند نقش مهمی در درمان دارد. محیط خانواده بايد آرام، بدون تنش و استرس باشد و آنها از بحث ، جدل و خشونت با بيمار خود بپرهيززند.
- خانواده بايد روی مصرف مرتب و منظم داروها نظارت داشته باشد، گاه لازم است چندین دارو با هم مصرف شوند.
- بايد خانواده و اطرافيان بيمار کمک کنند تا وی برنامه روزانه اش را تعیین و تنظيم کند(مثل استحمام، رسيدگی به نظافت شخصی، برنامه غذایی و ورزشی مناسب و...) و مسئوليت های متناسب با توان بيمار به او بسپارند و او را در انجام آن مسئوليت ها حمايت کنند (مرتب کردن منزل، خريد لوازم، پرداخت قبوض و...).
- خانواده ها بايد در مورد شايعات و نگرش های غلط آگاه شوند (مثل: اگر ازدواج کند خوب می شود، اگر صاحب فرزند شود خوب می شود، داروهای اعتيادآور است و بايد قطع شود، او را بايد پيش يک دعانويس بريم و...). در مورد هر کدام از موارد فوق حتماً بايد با پزشک معالج مشورت شود.
- ازدواج بيمار و بدني آمدن فرزند او حتماً بايد با نظر و مشورت پزشک معالج باشد.
- بعضی از اين بيماران تا آخر عمر ني از به حمايت و همراهی دارند.
- بايد نشانه ها و علايم عود برای خانواده کاملاً توضيح داده شود تا در صورت مشاهده آن بلافاصله پزشک معالج را مطلع نمايند.
- در مورد عوارض شايع و عوارض خطرناک دارو بايد به خانواده بيمار اطلاع رسانی صحیح انجام شود( ديستونی حاد متعاقب مصرف آنتی سايکوزها و...)

## (ب) اختلالات خلقی

### 1. اختلال دو قطبی:

- در اين بيماری خلق فرد بين دو حالت شيدايی يا مانيا (خلق بالا) و افسردگی در نوسان است. در زمانی که فرد افسرده است احساس غم، اندوه و ناامیدی دارد، بی حال و بی انرژی است، به مرگ، مردن و خودکشی فکر می کند، تمایل به انجام کارهای روزمره و رسيدگی به نظافت

شخصی خود را ندارد، حال و حوصله معاشرت و ارتباط با مردم را ندارد و خواب و خوراک بی‌مبار دچار اختلال می‌شود. وقتی دچار حالت شی‌دایی می‌شود پارانرژی و حتی بی‌قرار می‌شود، احساس اطمینان بیش از حد دارد، پرحرف است، کم خواب است، خودش را خیلی قبول دارد و فکر می‌کند توانایی‌های دارد که دیگران در حد او نیستند، افکارش سریع و پرشتاب است، ارتباط زیادی با دیگران برقرار می‌کند، سریع دوست می‌شود، گاه عصبانی و پرخاشگر است و ... این بی‌مباری بصورت دوره ای است، در دوره‌هایی که ممکن است تا چند ماه طول بکشد فرد مبتلا از اختلال رنج می‌برد. بسیاری از بیماران در حد فاصل بین دوره‌های بی‌مباری زندگی عادی خود را دارند و به عملکرد شغلی و تحصیلی خود برمی‌گردند.

### در مورد این بی‌مباری توصیه‌های زیر را در نظر بگیرید:

- مواردی را که در مورد اسکیزوفرنی گفته شد در نظر بگیرید.
- خیلی مواقع استرس‌ها و فشارهای زندگی (مثل: قبول یا مردود شدن در دانشگاه، ازدواج، مرگ عزیزان، از دست دادن شغل و ...) می‌تواند باعث شروع حمله بی‌مباری گردد. به خانواده باید آگاهی لازم داده شود تا پس از مشاهده اولین نشانه‌های عود بدنبال وقایع فوق بی‌مبار خود را بلافاصله به پزشک معالج ارجاع دهند.
- بهبودی و بیون آمدن از حمله حاد بی‌مباری نشانه قطع درمان دارویی نیست و در فواصل بهبودی بین‌حملات نیز جهت پیشگیری از عود، آنها نیاز به مصرف دارو دارند گرچه میزان داروهای مصرفی ممکن است مشابه با مرحله حاد بی‌مباری نباشد.
- در مورد بعضی از داروهای مصرفی نیاز است تا هر از چند گاهی یک بار توسط پزشک عوارض بررسی گشته و یا اقدامات آزمایشگاهی خاصی انجام گیرد. این موارد باید به اطلاع بیمار و خانواده اش رسانده شود (بطور مثال در مصرف لیتیموم باید هر 3 ماه یکبار آزمایش سطح سرمی لیتیموم انجام شود).
- در مورد عوارض شایع و عوارض خطرناک داروها باید به بیمار و خانواده او اطلاع رسانی شود (لرزش متعاقب مصرف لیتیموم، عوارض ناشی از مسمومیت با لیتیموم) و توضیح داده شود در صورت بروز هرگونه عوارض دارویی با پزشک معالج خود تماس بگیرید.
- برخی از بیماران ممکن است با قصد خودکشی اقدام به مصرف بیش از حد داروهای خود نمایند، در صورتی که بیمار در خطر خودکشی است باید به خانواده تذکرات و آگاهی‌های لازم در مورد چگونگی مراقبت از بیمار و نگهداشتن داروها دور از دسترس بیمار داده شود.

## 2. اختلال افسردگی

افسردگی بی‌مباری شایعی در طول زندگی فرد است نوجوان افسرده علاقه اش را نسبت به فعالیت‌هایی که به طور معمول برای او لذت بخش بوده اند از دست می‌دهد. دچار انزوا و گوشه‌گیری می‌شود. ناراحت، اندوهگین عصبانی و تحریک‌پذیر است. افکار مرگ، مردن و خودکشی دارد. خواب و اشتها

دچار اختلال می شود. نسبت به آینده نامید است. اعتماد به نفس خود را از دست می دهد. تمرکز، توجه و علاقه او در مطالعه کم شده و افت تحصیلی پیدا می کند. در صورتی که افسردگی درمان نشود به تحصیل، زندگی روزمره، روابط خانوادگی، اجتماعی و ارتباط با همسالان نوجوان خلل وارد می شود.

نوجوانان افسرده ممکن است افکار یا اقدام به خودکشی داشته باشند و برای تسکین درد و اندوه خود به مصرف مواد مخدر روی بیاورند.

### **در مورد این بیماران توصیه های زیر را در نظر بگیرید:**

- این بیماران از درمان دارویی، روان درمانی و یا هر دو به طور قابل توجهی سود می برند. در نتیجه خانواده و بیمار را باید برای پذیرش درمان کمک کرد.
- در صورتی که نوجوانی افکار خودکشی دارد، تهدید به خودکشی می کند و یا اقدام در این مورد داشته باشد باید از طرف والدین مهم و جدی تلقی شده و او را فوراً به پزشک ارجاع دهند.
- در موارد شدید ممکن است نیاز به بستری در بیمارستان و الکتروشوک درمانی داشته باشد.
- والدین و خانواده باید کمک کنند تا بیمار فعالیت های روزانه خود را اعم از تغذیه، ورزش، استراحت، ارتباط با دوستان و اقوام تنظیم نماید.
- محیط خانواده نباید پر از استرس، تنش و رفتارهای خشن باشد

## **ج) اختلالات اضطرابی**

### **1. اختلال اضطراب منتشر**

اضطراب احساس ناخوشایند و ناراحت کننده ای است که در آن فرد موقعیت های محیطی را بیش از آنچه که خطرناک باشند، پر خطر احساس می کند و حتی مواقعی که خطری در کار نیست احساس تنش و اضطراب می کند. اضطراب ایجاد علائم جسمی و فکری می کند مانند:

حالت تهوع، دل درد، سر درد، لرزش، تعریق، تکرر ادرار، احساس تنگی نفس، اشکال در تمرکز، احساس سبکی سر، نگرانی راجع به وقوع اتفاقات ناگوار در آینده، اشتغال ذهنی با عملکرد و رفتارهای گذشته، توجه افراطی در مورد کفایت و کارایی خویش، نیاز به تأیید محیط و ...

### **2. اختلال استرس پس از سانحه:**

اختلال استرس پس از سانحه یک واکنش تأخیری به یک رویداد آسیب زا و ناخوشایند است مثل تصادف شدید اذیت و آزار جنسی و ... نوجوان در ذهن خود به طور مکرر رویداد آسیب زا را مرور می کند، از بقایای حادثه اجتناب می کند، عصبانی و پرخاشگر است، در خواب رفتن مشکل دارد و نمی تواند در کارهایش تمرکز کافی داشته باشد.

### **در مورد اختلالات اضطرابی فوق توصیه های زیر را در نظر بگیرید:**

- ممکن است ترس و اضطراب این بیماران از دید اطرافیان و والدین غیرمنطقی و بی اهمیت باشد ولی باید توجه داشت که این ترس و اضطراب برای خود بیمار بسیار واقعی و ملموس است و نیاز به درک و همراهی اطرافیان دارد.



- خانواده باید اجازه دهند بیمار به طور باز و آشکار راجع به احساسات و افکارش صحبت کند و با آرامش به صحبت های او گوش دهند.
- شیوه صحیح زندگی و تنظیم یک برنامه روزانه سالم مثل تغذیه مناسب، استراحت کافی، ورزش، اجتناب از مصرف سیگار و الکل و ... می تواند تأثیر خوبی در بهبودی داشته باشد.
- درمان، اکثراً نیاز به زمان دارد و بیمار و خانواده باید بیاموزند که صبور باشند.
- برخی از این بیماران نیاز به درمان دارویی دارند (آرام بخش ها و ضد افسردگی ها) و برخی نیز نیاز به درمان های غیواری (شناخت درمانی، رفتار درمانی و ...) دارند و برخی نیز نیاز به هر دو درمان دارند که این درمان باید با نظر پزشک معالج و مشاور انجام پذیرد.
- برای موارد تکمیل تر به بخش توصیه های ترس های مرضی و اجتماعی مراجعه کنید.

### 3. ترس های مرضی و اجتماعی

ترس مرضی باعث می شود که فرد مبتلا از بعضی موقعیت ها بترسد. حال آنکه از نظر دیگران این موقعیت ها باعث نگرانی و اضطراب نمی شوند. فرد احساس می کند ترسی مغلوب کننده و غیقابل کنترل دارد. در نتیجه از هر چیزی که باعث احساس ناراحتی در او شود دوری می کند. به نظر دیگران و اعضای خانواده می رسد که این ترس و نحوه رفتار کاملاً غیواری و غیقابل قبول است.

ترس های مرضی بسیاری شایع هستند: مثل ترس از مسافرت با هواپیما، ترس از برخی از جانوران و حشرات، ترس از روبرو شدن با افراد و صحبت کردن در حضور جمع (ترس اجتماعی)، ترس از سوار شدن به آسانسور یا ماندن در مکان های بسته، ترس از خروج از محدوده امن (بیون هراسی).

ترس هم می تواند علامت بدنی ایجاد کند (تنگی نفس، خشکی دهان، تپش قلب، رنگ پریدگی و ..) هم علامت فکری (احساس مرگ، به هم خوردن تمرکز و توجه و ...) گاهی ترس می تواند آنقدر شدید باشد که در فرد ایجاد حمله هراس و وحشت کند.

وقتی نوجوانی ترس اجتماعی دارد، از این که با افراد و آدم ها صحبت کند، حرف بزند، سخنرانی کند، جواب سؤال دیگران را بدهد و ... می ترسد. علائمی مثل رنگ پریدگی، گرگرفتگی، لزش صدا، لرزش دستان، لکنت زبان، ... را تجربه می کند، در نتیجه سعی می کند از برخورد با افراد دوری کند. بتدریج گوشه گیری می شود و از دوستان و فعالیت های معمول خود کناره می گیرد. برای او بسیاری ناراحت کننده است که می خواهد کاری را انجام دهد، سؤالی را بپرسد، صحبتی بکند ولی در عین حال حس می کند که قادر به انجام آن نیست. ممکن است از اثراتی که مشکل روی اعضای خانواده و اطرافیان می گذارد، احساس شرم و گناه کند. ممکن است برای انجام کارهای خفیه و وابسته به دیگران شود و به آنها تکیه کند. و این موضوع در وی احساس بدی را ایجاد کند که چرا به آنها وابسته است و از خودش عصبانی باشد و افسرده شود.

## در مورد ترس های مرضی و ترس اجتماعی توصیه های زیر را در نظر بگیرید:

- اغلب ممکن است این ترس ها باعث احساس یأس، جداافتادگی، افسردگی و ... در بیمار گردد و تأثیر منفی روی اعتماد به نفس نوجوان بگذارد. باید از احساسات مختلف بیمار آگاه باشی و او را درک کنی.
- ممکن است خانواده نپذیرند که چرا این افراد اینقدر ناراحت هستند و حتی نمی توانند بعضی از اعمال روزمره را انجام دهند و آنها را سرزنش می کنند. در این خصوص باید به خانواده ها آموزش و آگاهی کافی داده شود که آنها بیشتر نیازی به حمایت و همراهی دارند تا سرزنش و تحقیر، چرا که سرزنش و تحقیر، یأس و نومیادی بیماران را بدتر می کند و آنها را به طرف افسردگی، افکار خودکشی و احساس ناراحتی و شرم خواهد برد. این ترس ها برای خود آنها واقعی و ملموس است.
- باید خانواده و اطرافیان به این بیماران فرصت های را بدهند تا آنها در باره احساساتشان، ترسها و نگرانی هایشان صحبت کنند.
- معمولاً در ترس های مرضی و اجتماعی، دوری گزیدن و اجتناب از محرک ترس آور مشکل را حل نمی کند و منجر به تشدید اختلال می گردد، با کمک پزشک و مشاور باید شرایطی فراهم آید که آنها بتدریج با محرک ترس آور روبرو شوند، مثلاً برای نوجوانی که از ارائه کنفرانس در کلاس می ترسد، ابتدا باید در حضور فرد آشنایی صحبت کند سپس در حضور چند تن از دوستان و ... تا به تدریج بتواند در حضور عده زیادی نا آشنا صحبت کند. این روش را رفتار درمانی می نامند.
- بسیاری از این بیماران در طی مواجهه و حمله هراس افکار منفی و گفتگوی منفی با خود دارند. (الان می میوه، نمی توانم بر ترسم غلبه کنم، من چقدر بدبختم، الان همه دارند من را مسخره می کنند، حتی مثل یک بچه چهار ساله نمی توانم حرف بزنم، همه متوجه رنگ و روی من شدند و ...). با کمک بیمار باید این خود گوئی های منفی شناخته شده و تبدیل به گفتگوی مثبت با خود شود (می توانم از پیش برآیم، تا به حال اینطور شده بودم ولی مشکلی پیش نیامد، این لحظه می گذرد و تمام می شود و ...).
- ممکن است در مواردی نیاز به تجویز دارو (داروهای آرامبخش یا ضد افسردگی) وجود داشته باشد تا برخی از نشانه ها را تخفیف دهد.
- باید فواید و مضرات داروها، مدت استفاده از آنها برای بیمار توضیح داده شود.
- از روش های تن آرامی و تنفس عمیق کمک بگیري تا هراس و اضطراب بیمار هنگام مواجهه با محرک های ترس آور کاهش یابد.

## 4. بیماری وسواس - اجبار

بیماری وسواس - اجبار یک بیماری عصبی - رفتاری است ( Neuro-Behavioral ). بعد عصبی یا مغزی همان افکار وسواسی است (افکاری مزاحم، تکراری که منجر به اضطراب و ناراحتی شدید می شود) و بعد رفتاری همان اجبار وسواسی است (رفتارها و اعمال تکراری که در پاسخ به وسواس های فکری انجام می شود و فرد فکر می کند که نمی تواند جلوی انجام آنها را بگیرد).

بعد عصبی و مغزی قسمتی از بیماری است که به وسیله مصرف داروها می توان آن را تعدیل کرد و بعد رفتاری بیشتر با رفتار درمانی و درمان های غیوارویی بهبود می یابد. پس در درمان وسواس، هم به مصرف دارو نیاز است و هم به درمان های غیوارویی مثل رفتار درمانی، شناخت درمانی و...

وسواس کودکان و نوجوانان با بزرگسالان تفاوت هایی دارد. آنها ممکن است بیشتر وسواس خود را به صورت یک راز در درون خود نگه دارند، بیشتر خانواده را درگیر اعمال اجباری خود نمایند (مثل: تو هم دستت را به دیوار بزن، تو هم صاف بخواب و...). و اضطراب ناشی از افکار وسواسی آنها را بیشتر از بزرگترها اذیت کند و در کنترل این اضطراب مشکل دارند.

### در مورد این بیماران توصیه های زیر را در نظر بگیرید:

- وسواس یک بیماری مزمن و طولانی است و ممکن است درمان برای مدت درازی ادامه پیدا کند. والدین باید در تمام مراحل درمان بیمار را حمایت و همراهی کنند.

- بیماران مبتلا به این اختلال نیاز به درمان دارویی و غیوارویی دارند و همانطور که برای یک بیمار جسمی مثل زخم معده دارو مصرف می کنند برای بیماری های روانپزشکی مثل وسواس نیز باید دارو مصرف کنند.

- به والدین و خانواده توضیح دهید که بسیاری از رفتارهای بیمار ناشی از بیماری اوست و آنها قصد اذیت کردن شما و لجابت با شما را ندارند.

- کوچکترین تلاش بیمار برای مقابله با افکار و رفتار وسواسی باید از سوی والدین مهم و با ارزش تلقی شده و مورد تشویق و پاداش قرار گیرد.

- والدین باید از اعمال زور و خشونت، بحث و جدل با بیمار و از تنبیهات کلامی و فیزیکی در مورد کارهای وسواسی بیمار پرهیز کنند.

- خانواده نباید نوجوان را بخاطر وسواس هایش سرزنش کنند.

- در بسیاری از مواقع که بیمار می خواهد والدین را وادار به اعمال وسواسی خود کند بدون مقابله مستقیم رفتار او را نادیده بگیرید و به آن توجهی نکنند. (مثل: ماما دستم تمیز شد؟ دیگر

کثیف نیست؟) مادر به گونه ای رفتار کند که گویی سؤال را نمی شنود و کودک و نوجوان را وارد یک فعالیتی یا بحث دیگری نماید.

## ج) اختلال بیش فعالی-کم توجهی (ADHD)

زمانی تصور می شد ADHD بیماری دوران کودکی است در حالی که تحقیقات نشان می دهد علائم و جنبه هایی از این اختلال به دوران نوجوانی و بزرگسالی کشیده می شود و روی تحصیل، کسب شغل آینده و تطابق شغلی و روابط صمیمی نوجوان با اطرافیان مثل خانواده، دوستان و ازدواج وی تأثیر بسزایی می گذارد.

نوجوانان مبتلا به این اختلال ممکن است این مشکلات را داشته باشند:

هنگام نشستن یا سرپا ایستادن بیقرار و ناآرام باشند، توجه و تمرکز کمی هنگام مطالعه و انجام کارهای روزمره داشته باشند. (گم کردن کیف، کلید، به رؤیا فرو رفتن هنگام مطالعه و ...). کارهای بدون فکر داشته باشند، سریع و بدون فکر تصمیم بگیرند که با کسی دوست شوند، ترک تحصیل کنند، ازدواج کنند و یا جدا شوند. بی نظم و شلخته هستند، اتاق آنها به هم ریخته و نامنظم است، نمی توانند وقت و زمان خود را مدیریت کنند، و مشکلاتی در کنترل هیجانات، استرس ها و روابط بین فردی دارند.

### توصیه های زیر را در مورد این بیماران به کار ببندید:

- بسیاری از علائم و نشانه های فوق ممکن است در حضور سایر بیماری ها نیز رخ دهد (بیماری های خلقی، اضطرابی و سوء مصرف مواد و ...). چنانچه شک به اختلال دیگری وجود دارد حتماً با پزشک متخصص مشورت کنید. ADHD حتماً باید زیر 7 سال شروع شود و اگر علائم فوق جدی هستند، دقت بیشتری نمایی.
- بیماری ADHD حتماً نیاز به درمان دارویی دارد و درمان های غیواری برای مواردی چون اعتماد به نفس پایین، پرخاشگری، رفتارهای مقابله ای و ... کاربرد دارد.
- والدین باید این بیماری را بعنوان یک بیماری طول عمر برای بیماران بپذیرند و انتظارات خود را تعدیل نمایند. در اکثر اوقات آنها نیاز به حمایت، نظارت و همراهی دارند و والدین انتظار نداشته باشند تا آنها تکالیف و وظایفشان را به طور مستقل و خود کار انجام دهند.

- روی ضعف‌ها و ناتوانی‌های آنها کمتر تمرکز کنند بلکه کوچکترین رفتار مثبت و توانمندی را در آنها باید مورد توجه و تشویق قرار دهند.
- رفتار این نوجوانان ممکن است ناپخته باشد و متناسب با سن تقویمی آنها نباشد. این به خاطر بیماری آنهاست. گرچه والدین با افزایش سن انتظار دارند رفتار فرزندشان عاقلانه‌تر گردد باید بپذیرند که این بیماران نیاز به همراهی، توجه و نظارت دارند.
- در مورد سایر موارد مراجعه شود به نکات فرزند پروری نوجوان.

ضمائم

## ضمیمه 1:

### نکات مهم در مورد فرزند پروری

فرزند پروری می تواند یک کار عالی و پاداش دهنده باشد ولی گاه برای بعضی از والدین تبدیل به یک کار طاقت فرسا و خسته کننده می شود. آنها از رفتارهای منفی و نامناسب نوجوان خود خسته می شوند و احساس می کنند در کنترل اوضاع، توانایی و کفایت لازم را ندارند. گرچه روش تربیت والدین و محیط خانواده می تواند یکی از مهمترین علل بدرفتاری نوجوانان باشد ولی باید بدانیم که علل مشکلات رفتاری نوجوانان می تواند در سه دسته کلی تقسیم بندی شود:

- علل ژنتیکی و سرشتی
- علل مربوط به جامعه و اجتماع
- علل مربوط به محیط و خانواده

در این قسمت گرچه قصد پرداختن به مسائل ژنتیکی، سرشتی و علل اجتماعی نیست ولی باید به والدین تفهیم شود که مواردی هست که از کنترل و توانایی آنها خارج است و آنها نمی توانند تغییرات اساسی در آن بوجود آورند، مثلاً نمی توانند یک کودک منزوی و درون گرا را تبدیل به یک فرد معاشرتی و مجلس گرمکن کنند، گرچه محیط مناسب میتواند اندکی مسائل سرشتی و ذاتی را نیز تعدیل کند. به طور مثال در نظر بگیرید کودکی که به طور ذاتی و سرشتی اندکی مضطرب و ترسو است، مادری ترسو، عصبی و پرخاشگر نیز داشته باشد و یا نه مادری شجاع، آرام، حمایتگر و آگاه نسبت به وضعیت کودک داشته باشد.

مواردی در محیط و ساختار خانواده وجود دارد که تغییر آنها می تواند بسیار سودمند باشد. ولی قبل از ورود به این بحث باید بدانیم که هر مرحله سنی و رشدی کودک و نوجوان مسائل خاصی را در حوزه فرزند پروری می طلبد که باید والدین از آن آگاه باشند و در مورد آن آموزش ببینند. مثلاً در مورد نوزادان موضوع خواب، خوراک و کشف جهان پیرامون مهم است. برای کودکان سنین مدرسه، ارتباط با دوستان، پذیرش دستورات معلم و عملکرد تحصیلی خوب و در مورد دوره نوجوانی که دوران بسیاری مهمی در طول زندگی فرد است، والدین باید بدانند نوجوان با مسائلی چون اجتماعی شدن، ارتباط با دوستان، استقلال طلبی، افزایش تمایل به ارتباط با جنس مخالف و... دست و پنجه نرم می کند. چنانچه آنها از مسائل و تغییرات طبیعی دوران بلوغ و نوجوانی اطلاعات کافی نداشته باشند ممکن است تعبیرات نامناسب و بدی روی آنها بگذارند و رفتارهای نوجوان را بعنوان مخالفت، لجبازی و بی مهربانی و... تعبیرکنند. (رجوع به قسمت بلوغ روانی)

و از سوی دیگر برخی از بیماری های روانپزشکی نیز هستند که در دوران نوجوانی شروع می شوند مانند افسردگی، سوء مصرف مواد و... چنانچه والدین نتوانند بین تغییرات طبیعی دوران بلوغ و شروع اختلالات

رفتاری و روانی افتراق بگذارند باید از مشاورین و پزشکان معالج کمک بگیند.

فرزند پروری در سنین مختلف رشد کودک و نوجوان (نوزادی، سن مدرسه و نوجوانی) توجهات خاصی را می طلبد ولی آنچه که والدین دارای فرزند نوجوان باید بدانند به طور خلاصه شامل موارد زیر است:

### 1. با نوجوان خود یک رابطه خوب برقرار کنید.

یکی از مهم ترین جنبه های فرزند پروری ایجاد یک رابطه خوب است این مسئله به خصوص در دوران نوجوانی اهمیت ویژه ای پیدا می کند. زمانی که الگوهای قدیمی ارتباط ممکن است کارساز نباشد و ما مجبور به تغییر و تعدیل آن باشیم تا نیازهای رشدی نوجوان را برآورده سازیم. برای ایجاد یک رابطه خوب و سازنده توصیه های زیر را در نظر بگیرید:

- بطور واضح و آشکار راجع به مشکلاتی که پیش می آید صحبت کنید.
- از هر فرصتی برای حرف زدن با نوجوان خود استفاده کنید و برای صحبت کردن و ارتباط برقرار کردن با او منتظر مسائل و مشکلات بزرگ نباشید.
- برای نوجوان خود وقت اختصاصی بگذارید و در این زمان ها به کار و فعالیتهای او علاقمند است وارد شوید (مثل: دوچرخه سواری، پیاده روی در پارک، رفتن به یک رستوران، گوش دادن به موسیقی مورد علاقه او، و ...).
- وقتی او صحبت می کند، با علاقه به صحبت هایش گوش دهید، بلافاصله از او انتقاد نکرده و قضاوت نکنید.
- با احساسات او همدردی کنید (مثلاً: خیلی سخته که آدم نتونه رشته مورد علاقه اش را بخونه).
- قبل از آنکه لب به سخن بکشاید شاید لازم است مجدداً فکر کنید. تا 10 بشمارید این موضوع به شما فرصت می دهد که خود را آرام کنید و از جنگ و جدل اجتناب کنید.
- احساسات خود را نشان دهید، گرچه ممکن است او روشی متفاوت از دوران کودکی برای ابراز احساسات از شما بخواهد. (مثلاً ممکن است او دوست نداشته باشد که شما جلوی دوستانش او را بغل کنید و نوازش کنید، برای او یک تکان دادن دست و یک چشمک زدن ارزشمند می باشد).

### 2. در اصول خود ثابت باشید.

لازم است در اصول تربیتی نوجوان خود ثبات لازم را داشته باشید و این ثبات در سه حوزه مطرح می شود:

- ثبات زمانی: در طول زمان واکنش ثابتی نسبت به رفتارهای او نشان دهید. امروز ممکن است بخاطر پوشیدن لباس خاص و آرایش خاصی به او بخندید در حالی که فردا او را سرزنش و نصیحت می کنید که این آرایش و پوشش با فرهنگ شما سازگاری ندارد.
- ثبات مکانی: در مکان های مختلف واکنش ثابتی نسبت به رفتار نوجوان خود نشان دهید (در منزل خود، منزل اقوام، مسافرت و ...).

- ثبات اشخاص: حتماً باید بین‌پدر و مادر و اشخاصی که مسئول تربیت نوجوان هستند هماهنگی لازم وجود داشته باشد و اختلاف نظرها در حضور نوجوان مورد بحث قرار نگیرد.

### 3. قاطع باشيد.

فرزند پروری قاطعانه روشی است که در آن به طور واضح، روشن و کوتاه آنچه را که مورد نظر شما است از نوجوان می‌خواهید، اگر آن را انجام داد، تشویق مناسبی را دریافت می‌کند و اگر انجام نداد پی‌امد تنبیهی مناسبی را برای آن در نظر می‌گیرید.

(مثال: این لباس و آرایش شما برای مهمانی امشب مناسب نیست لطفاً یک لباس آستین‌بلند بپوش و آرایش صورتت را پاک کن...)

قاطعیت متفاوت از پرخاشگری و انفعال است در فرزند پروری پرخاشگرانه شما متوسل به زور، پرخاشگری و تنبیهات کلامی و بدنی می‌شود (میبی لباسهاتو عوض می‌کنی، آرایش را پاک می‌کنی و الا هر چه دیدی از چشم خودت دیدی ..) و در روش فرزند پروری منفعله‌گانه شما ناتوانی و ضعف خود را از مدیریت مسئله نشان می‌دهید. نوجوان متوجه می‌شود که می‌تواند دستور شما را انجام ندهد و شما پی‌امد خاصی را نمی‌توانید برای او در نظر بگیرید (مثال: نمی‌خواهی یک لباس مناسب تر بپوشی، آرایش هم که خیلی زیاده، زشت نیست اینجوری بری مهمونی؟ آبروی من می‌و).

### 4. رفتارهای مثبت و مناسب نوجوان خود را تشویق کنيد.

برای از بین‌بردن مشکلات رفتاری نوجوان نباید بلافاصله به تنبیه متوسل شوید بلکه باید ابتدا به مدت چند هفته فقط به تشویق و پاداش رفتارهای مناسب او بپردازید. اگر نوجوان شما با داد و فریاد و صدای بلند صحبت می‌کند، باید زمانی که آرام صحبت می‌کند مورد توجه و تشویق قرار گیرد.

- تشویق شما می‌تواند **کلامی** باشد (خیلی لذت می‌برم وقتی می‌بینم لباسهات را از جارختی آویزان کرده ای). می‌تواند **مادی** باشد (خرید یک CD، کتاب یا روسری مورد علاقه او و یا دادن پول به او). می‌تواند شامل **یک فعالیتی** باشد (رفتن به کوه با دوستانش، رفتن به پارک برای دوچرخه سواری، بازی کامپیوتری).
- فراموش نکنید که پاداش و تشویق از قبل باید مشخص شده باشد که چیست و در ازای چه رفتاری انجام می‌شود.
- تشویق باید دقیقاً آن چیزی باشد که مورد علاقه نوجوان است، ممکن است خیلی چیزها از نظر والدین پاداش باشد ولی از نظر نوجوان پاداش نیست (مثلاً ممکن است والدین فکر کنند که برای نوجوان آنها پول پاداش خوبی است ولی او رفتن به یک مسافرت همراه والدین را بهترین پاداش می‌داند).
- لزومی ندارد تشویق‌های بزرگی را در نظر بگیرید که توان انجام آن را ندارید، (خرید یک کامپیوتر، یک تلفن همراه و ...)
- تشویق باید متناسب باشد (برای قبول شدن در امتحان ریاضی ممکن است تصمیم بگیرید او را به مدت چند روز منزل عمویش بفرستید، اما قرار نیست برای او یک تلفن همراه بخرید).



## 5. رفتارهای منفی را به طور مناسب تنبیه کنی.

گرچه استفاده از تنبیه از روش های شایع والدین برای تربیت است ولی باید توجه داشته باشید که همیشه تشویق مقدم بر تنبیه است و به ازای هر 3-4 تشویق، شما مجاز به انجام یک تنبیه هستید. چنانچه زندگی نوجوان پر از تنبیه و سرزنش باشد، دیگر چیزی برای او دست دادن ندارد و برایش مهم نیست که دیگر شما راجع به او چگونه فکر می کنید.

- در تنبیه شما حق ندارید نوجوان را از حقوق طبیعی خودش محروم کنید (زندانی کردن در محل تاریک، غذا ندادن به او، محروم کردن او از پوشاک مناسب و ...)

- تنبیه فیزیکی و بدنی اثرات معکوسی و منفی روی نوجوان می گذارد و او را پرخاشگر، عصبی، افسرده و مضطرب می کند.

- او را سرزنش و تحقیر نکنید، با دیگران مقایسه نکنید و با بی احترامی با او صحبت نکنید، با او قهر نکنید (مثل احمق ها رفتار می کنی، اگر آدم بودی با من اینطور حرف نمی زدی و ...).

- تنبیه باید منصفانه، مناسب و عادلانه باشد (اگر به ازای ریختن شیشه مربا او را مجبور کنید تا 10 روز نظافت منزل را به تنهایی انجام دهد، تنبیهی غیر منصفانه انجام داده اید).

- تنبیهی را در نظر نگیرید که بعد نتوانید آن را انجام دهید، ممکن است بسیاری از تنبیهات، تهدیداتی هستند که قابلیت اجرا ندارند. (دیگر تا آخر عمرم باهات حرف نمی زنم).

- تنبیه باید بصورت مشخص و واضح بیان شود و از به کار بردن جملاتی که مفهوم آن مشخص نیست بپرهیزید. (مثلاً: اگر بخواهی اذیتم بکنی دیگه نه من نه تو. اگر یک بار دیگه این کارت تکرار بشه، می دونی که چی کار می کنم). به او بگویید: چنانچه تکالیفت را تا غروب انجام ندهی نمی توانی با دوستت به سینما بروی.

- پس تنبیه شما ممکن است نوجوان را از چیزی محروم کند، مثل: کاستن پول توجیبی، محروم کردن او از رفتن به استخر، سینما، مهمانی با دوستان و ...

**همیشه این نکته را در نظر بگیرید که به ازای هر 3-4 تشویق، شما مجاز به انجام یک تنبیه هستید.**

اگر نوجوان شما در هفته 5000 تومان پول توجیبی می گوی ولی شما طبق جریمه های متوالی در طول هفته علاوه بر آنکه 5000 تومان او را ندادید 5000 تومان هم او را مقروض کرده اید، دیگر برای او مهم نیست که چه رفتاری با او خواهید داشت. نگذارید او تمام آنچه را که داشته از دست بدهد.

## 6. فرصت هایی را برای خود قائل شوید و از خودتان مراقبت کنید.

شما نیز به عنوان یک انسان حق دارید زمان هایی را فقط برای خودتان داشته باشید و کاری انجام دهید که از آن لذت می برید (مثل: رفتن به یک مهمانی و بودن با دوستان، انجام ورزش مورد علاقه، تلفن زدن به یک دوست، مطالعه و ...). اگر تمام وقت شما توسط فرزندان و همسران اشغال شود و شما فرصت پرداختن به خود را نداشته باشید پس از مدتی دچار خستگی، فرسودگی و ناکامی می شوید و طبعاً در این شرایط نمی توانید وظایف خود را بجوی انجام دهید.

ضمیمه 2:

اطلاعات مربوط به داروهای رایج در اختلالات روانپزشکی  
نوجوانان

"سدیم والپروات"

موارد مصرف	دوز در کودکان	عوارض	اقدامات	احتیاطات
- اختلال خلقی دو قطبی - رفتاریرخاشگرانه در کودکان - درمان همراه در افسردگی مقاوم - اختلال سلوک - اختلال تشنج - اختلال استرس پس از سانحه - اختلال خوردن - اختلال وسواسی جبری - اختلال شخصیت مرزی - سمیت زدائی کوکائین	15-60 میلی گرم به ازای هر کیلوگرم	شایع: ناراحتی سیستم گوارشی (تهوع، استفراغ؛ اسهال؛ ترش کردن) ناراحتی سیستم عصبی (خواب آلودگی؛ دیس آرتری؛ ترمور؛ آتاکسی (افزایش وزن ریزش مو نادر: افزایش آنزیم کبدی پانکراتیت	بیشتر در ماه اول درمان، پاسخ به رانیتیدین و فاموتیدین ترمور پاسخ به پروپرانولول در صورت شدت علائم عصبی ارجاع به روانپزشک محدود کردن کالری؛ ورزش مکمل های ویتامینی حاوی روی و سلنیوم در صورت بروز علائم بالینی قطع دارو؛ ارجاع سریع به روانپزشک قطع سریع دارو؛ ارجاع سریع به بیمارستان	CBC پیش از درمان و در طی درمان سنجش پلاکت پیش از درمان و در طی درمان تست های عملکرد کبدی و کلیوی پیش از درمان و در طی درمان سنجش سطح سدیم والپروات بعد دو هفته از شروع و بصورت پریودیک نیاز به مانیتور وزن؛ اشتهای؛ سطح انرژی؛ وجود لکه های خونریزی، و شواهد آندروژنیسم در دختران

"رسپیری دون"

موارد مصرف	دوز در کودکان	عوارض

احتیاطات	اقدامات		0/25 -4 میلیگرم در روز	- اختلالات پسیکوتیک اسکیزوفرنی اسکیزوافکتیو - اختلالات خلقی افسردگی پسیکوتیک آژیتاسیون در مانیا - اختلالات اوتیستیک - اختلالات توره - پرخاشگری و خودآزار در کودکان - همراه با محرک ها در اختلال بیش فعالی کم توجهی
افزایش تدریجی دارو و استفاده از دوزهای پایین تر درمانی مصرف با احتیاط در بیماران قلبی  اجتناب از فعالیتهای شدید و دهیدراتاسیون  در قطع دارو برای 36 ساعت: شروع مجدد دارو با حداقل دوز و افزایش تدریجی	اجتناب از استفاده از دوزهای بالاتر افزایش تدریجی  رژیم غذایی؛ ورزش های سبک  غالباً در شروع درمان کنترل از نظر هپاتیت و پانکراتیت وابسته به دوز  قطع خواب و رفتن به دستشویی؛ استفاده از دسموپرسین  قطع سریع دارو ارجاع سریع به مراکز بیمارستانی و روانپزشک	عوارض عصبی خارج هرمی ( اکستراپیرامیدال ) کمتر از هالوپریدول و وابسته به دوز ( بالای 6 میلیگرم در روز)  افزایش وزن اضطراب  تهوع و استفراغ  خواب آلودگی  تکرر ادرار و شب ادراری  افزایش برگشت پذیر آنزیم های کبدی  نادر: سندرم نورولپتیک- بدخیم تشنج ترس اجتماعی		

## " فلوکستین "

احتیاطات	اقدامات	عوارض	دوز	موارد
----------	---------	-------	-----	-------

مصرف	درکودکان		
- اختلال افسردگی عمده - اختلال وسواسی جبری - اختلال اضطرابی منتشر - اختلال هراس - اختلال اضطراب اجتماعی - اختلال فوبیای ساده - اختلال خوردن - اختلال خلق دیسفوریک پیش از قاعدگی	40 - 5 میلیگرم در روز	بی اشتهایی سردرد بیخوابی کابوس شبانه شکایات گوارشی: تهوع؛ استفراغ؛ اسهال؛ یبوست آکاتزی؛ بیقراری علائم شبه سرماخوردگی در قطع ناگهانی	غالباً به تمام موارد بالا با گذشت زمان تحمل پیدا خواهد شد بهتر است دارو در روز و با شکم پر مصرف گردد
- اجتناب از مصرف همزمان با سایر داروهای سروتونینی مانند ترانیل سیپرومین؛ جهت جلوگیری از بروز سندرم سروتونینی (تب بالا؛ سفتی عضلات؛ تغییر حالت هوشیاری؛ عدم ثبات اتونومی) - مصرف با احتیاط در سابقه اختلال قطبی دو قطبی درکودک و خانواده؛ توجه به علائم شیفت خلقی به سمت مانیا (جدول شماره .....) - توجه به علائم ایدیوسنکراتیک رفتاری مانند پرخاشگری و تهاجم و از هم گسیختگی حتی با حداقل دوز (نیازمند قطع دارو و ارجاع) - بروز راش دارویی (نیازمند قطع دارو و ارجاع) - افکار خودکشی و اقدام به آن (نیازمند قطع دارو و ارجاع)			

## "هالوپریدول"

موارد مصرف	دوز درمانی در	عوارض جانبی	اقدامات	احتیاطات
------------	------------------	-------------	---------	----------

<p>بصورت کلی: در کودکان باید به واکنش های دیس تونیک و اختلال در تنظیم دما دقت کرد</p> <p>باید از آژیتاسیون و پسیکوز افتراق داد</p>	<p>به غالب علائم در صورت خفیف بودن تحمل ایجاد شده، در صورت شدید بودن یا عدم تحمل توسط بیمار ارجاع به روانپزشک</p> <p>10-20 mg/d پروپرانولول</p> <p>بی پریدین تزریقی 2mg (IM)</p> <p>بی پریدین 2-6 mlg/d BD or TDS</p> <p>قطع کامل دارو، خنک کردن بیمار، مانیتور علائم حیاتی، درمان تب، ارجاع سریع به مراکز بیمارستانی</p> <p>10-20 mg/d پروپرانولول</p> <p>ارجاع به روانپزشک،</p>	<p>غیر عصبی: خواب آلودگی افزایش وزن افت فشارخون کاهش آستانه تشنج عوارض خونی مانند لکوپنی زردی افزایش پرولاکتین خون</p> <p>عوارض عصبی: <u>آکاتزی حاد:</u> احساس بیقراری؛ راه رفتن مداوم، نشستن و بلند شدن، احساس کج خلقی</p> <p><u>دیس تونی حاد:</u> انقباضات یا اسپاسم مداوم عضلات در منطقه ای محدود یا در کل بدن</p> <p><u>علائم پارکینسونی:</u> سفتی عضلات، سختی چرخ دنده ای، راه رفتن خمیده، آبریزش دهان</p> <p><u>سندرم نورولیتیک بدخیم:</u> دیس تونی؛ سفتی شدید عضلات، آژیتاسیون، ↑ نبض خون، ↑ فشار خون، تب، ↑ WBC، ↑ CPK، ↑ های کبدی، ↑ میوگلوبین پلاسما</p> <p><u>ترمور</u></p>	<p>کودکان 25-50 میکروگرم در روز تا حداکثر 0/5-6 میلی گرم در روز نوجوانان 0/5 -16 میلیگرم در روز</p>	<p>- اختلالات پسیکوتیک</p> <p>- اختلال خلقی دوقطبی</p> <p>- اختلال افسردگی عمده همراه پسیکوز</p> <p>- تحریک پذیری شدید</p> <p>- رفتار خشن</p> <p>- اختلال توره و تیک مزمن</p> <p>- رفتارهای خودآزارانه در عقب افتادگی ذهنی؛ اختلال اوتیستیک؛ اختلال سلوک</p>
--	---	--	---	--

	کاهش دارو یا تعویض دارو با احتمال دیس کینزی تاخیری کمتر	<u>دیس کینزی تاخیری:</u> حرکات کره آتوئید در عضلات		
--	---	--	--	--

### "لیتیم"

موارد مصرف	دوز در کودکان	عوارض	اقدامات	احتیاطات
- اختلال دوقطبی -رفتار پرخاشگرانه شدید - اختلال افسردگی	10-30 میلیگرم در روز: بر اساس سطح سرمی -1/1	<u>کلیوی:</u> پرادراری، پرنوشی بی اختیاری ادرار سندرم نفروتیک  <u>عصبی:</u> خوش خیم: کج خلقی	جایگزینی مایعات، کاهش دوز دارو، دوز بیشتر در روز	-کودکان در معرض کم آبی بیشتر در خطر سمیت با لیتیم هستند  -مانیتور TSH هر 6 ماه --نیاز به مانیتور

<p>سطح سرمی لیتیم هر 2-6 ماه مگر در شک به مسمومیت یا عدم مصرف دارو</p> <p>-به علت کاهش آستانه تشنج مصرف با احتیاط در افراد تشنجی</p> <p>-مصرف همزمان با تتراسایکلین باعث افزایش سطح سمی دارو می شود</p> <p>-در فصول گرم و با افزایش تعریق توصیه به مصرف بیشتر مایعات همراه با نمک</p> <p>شروع علائم سمیت با علائم عصبی به فرم اختلال هوشیاری، پرش های عضلانی، ترمور خشن، اختلال در صحبت کردن، میوکلونوس، تشنج و احتمال مرگ می باشد پس از اورژانس های طبی محسوب می گردد و نیاز به ارجاع سریع دارد</p> <p>-مصرف لووتیروکسین</p> <p>-غالبا خوش خیم، در صورت شدت</p>	<p>ترمور پاسخ به پروپرانولول 10-20 mg/d، در فرم شدید شک به مسمومیت دارویی</p> <p>در علائم سمیت درمان قطع سریع دارو، درمان بی آبی، ارجاع سریع به مراکز درمانی و متخصص</p> <p>تقسیم دوز، تجویز با غذا، در صورت شدید بودن ارجاع به متخصص</p> <p>-غالبا وابسته به دوز و خوش خیم</p>	<p>فقدان خودانگیزی زمان واکنش کند شده</p> <p>اشکال حافظه خواب آلودگی، خستگی ترمور وضعیتی</p> <p>فرم شدید و بدخیم:</p> <p>ترمور خشن عدم تعادل تحریک پذیری عصبی عضلانی دیس آرتری تشنج کوما و مرگ</p> <p><u>عوارض گوارشی:</u> تهوع و استفراغ اسهال افزایش وزن</p> <p><u>عوارض پوستی:</u> آکنه ریزش مو راش</p> <p><u>عوارض غددی:</u> گواتر هایپوتیروئیدی هایپرپاراتیروئیدی</p> <p><u>عوارض قلبی:</u> تغییرات خوش خیم موج T اختلال عملکرد گره سینوسی</p>	<p>0/6 باید تنظیم گردد</p>	<p>ماژور -اختلال سلوک -درمان همراه در افسردگی مقاوم -بولیمیا نروزا -وسواس مقاوم به درمان -اختلال استرس پس از سانحه مقاوم به درمان</p>
--	---	---	----------------------------	---



	ارجاع به متخصص			
--	-------------------	--	--	--