



سرشناسه	ظاهرزاده بروجنی، سینا، ۱۳۶۳-
عنوان و نام پدیدآور	روان پزشکی کودکان: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی روانپزشکی تا سال ۱۴۰۲ Kaplan_ & Sadock's synopsis psychiatry 2021/ ترجمه و تلخیص سینا طاهرزاده بروجنی، مهسا معتمد؛ ویرایش بر اساس سیناپس ۲۰۲۲ مهشید ناصری سینکی = فرشاد صادقی
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	۴۲۸ ص: مصور، جدول.
شابک	978-622-5217-70-6 ریال ۷۸۴۰۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Sadock's synopsis of psychiatry, 12th. ed, 2022" اثر رابرت جوزف بولند، مارشا ال. وردون، با همکاری پدرو روئیز است. چکیده روانپزشکی بالینی.
عنوان دیگر	کودکان -- روان پزشکی Child psychiatry
موضوع	کودکان -- روان شناسی Child psychology
	کودکان -- روان پزشکی -- آزمون ها و تمرین ها. Child psychiatry -- Examinations, questions, etc.
	کودکان -- روان شناسی -- آزمون ها و تمرین ها. Child psychology -- Examinations, questions, etc.
	معتمد، مهسا، ۱۳۶۷-
شناسه افزوده	ناصری سینکی، مهشید، ۱۳۷۱-، ویراستار
شناسه افزوده	بولند، رابرت جوزف Boland, Robert Joseph
شناسه افزوده	وردون، مارشا ال. Verduin, Marcia L.
شناسه افزوده	روئیز، پدرو، ۱۹۳۶ - م.
شناسه افزوده	Ruiz, Pedro
شناسه افزوده	کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷- م . چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۲۳ - م . چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	سادوک، ویرجینیا ا.، ۱۹۲۸ - م . چکیده روانپزشکی بالینی
رده بندی کنگره	۴۹۹RJ
رده بندی دیویی	۹۲۸۹/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	۹۱۲۴۶۳۱
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبا

عنوان کتاب: روان پزشکی کودکان - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد روانپزشکی تا سال ۱۴۰۲ همراه پاسخ تشریحی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
"Kaplan_ & Sadock's SYNOPSIS OF PSYCHIATRY 2021"	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
ترجمه و تلخیص: دکتر سینا طاهرزاده بروجنی - دکتر مهسا معتمد	تیراژ: ۱۵۰ جلد
دکتر مهشید ناصری سینکی - دکتر فرشاد صادقی	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۷۰-۶
ناشر: انتشارات کاردیا	بهاء: ۷۸۴،۰۰۰ تومان
حروفچینی و صفحه آرایی: رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی	
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰-۰۲۱، ۸۸۹۴۵۲۰۸-۰۲۱، ۸۸۹۴۵۲۱۶-۰۲۱ / www.residenttvar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

روان‌پزشکی کودکان

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی روانپزشکی تا سال ۱۴۰۲

**Kaplan & Sadock's SYNOPSIS
OF PSYCHIATRY 2021**

ترجمه و تلخیص

دکتر سینا طاهرزاده بروجنی

دکتر مهسا معتمد

دارای بورد تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تهران

ویرایش براساس سیناپس ۲۰۲۲

دکتر مهشید ناصری سینگی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۱

دکتر فرشاد صادقی

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی



فصل ۱-۲- کم‌توانی ذهنی.....	۱۱
فصل ۲-۲- اختلالات ارتباطی.....	۶۵
فصل ۲-۳- اختلال اوتیسم.....	۹۷
فصل ۲-۴- اختلال ADHD.....	۱۴۲
فصل ۲-۵- اختلالات یادگیری اختصاصی.....	۱۹۰
فصل ۲-۶- اختلالات حرکتی.....	۲۰۰
فصل ۲-۷- اختلال تغذیه و خوردن در شیرخوارگی و کودکی.....	۲۲۲
فصل ۲-۸- اختلال وابسته به عامل تنش‌زا یا آسیب‌زا در کودکان.....	۲۳۲
فصل ۲-۹- اختلالات خلقی و خودکشی در کودکان و نوجوانان.....	۲۴۸
فصل ۲-۱۰- اختلال دو قطبی با شروع زودرس.....	۲۶۴
فصل ۲-۱۱- Disruptive Mood Dysregulation Disorder.....	۲۷۲
فصل ۲-۱۲- اختلال مقابله جویانه همراه با نافرمانی.....	۲۷۹
فصل ۲-۱۳- اختلالات اضطرابی در نوزادی، کودکی و نوجوانی.....	۲۸۹
فصل ۲-۱۴- سکوت انتخابی.....	۳۰۷
فصل ۲-۱۵- اختلال وسواس اجباری در کودکان و نوجوانان.....	۳۱۳
فصل ۲-۱۶- اسکیزوفرنی زودآغاز.....	۳۲۳
فصل ۲-۱۷- سوء‌مصرف مواد در نوجوانان.....	۳۳۳
فصل ۳۲/۱- رشد شیرخوار، کودک و نوجوان.....	۳۳۹
سوالات و پاسخنامه ارتقا و مورد.....	۳۹۳

تعریف ← محدودیت چشمگیر در کارکرد هوشی و رفتارهای انطباقی است که قبل از ۱۸ سالگی بروز پیدا می‌کند. کارکرد هوشی شامل استدلال، یادگیری و حل مسئله است و رفتار انطباقی شامل مهارت‌های مفهومی، اجتماعی و عملی می‌باشد.

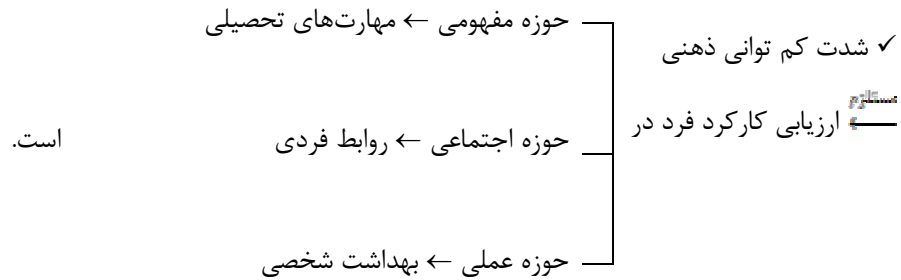
✓ اجماع نظر بر آن است که برای تعیین سطح کم‌توانی ذهنی

ارزیابی بهره هوشی (IQ) ضروریست ←
توانایی‌های شناختی

ارزیابی انطباق اجتماعی هم ← کفایت
تکالیف روزانه

* در DSM₅ ← سطوح IQ بر اساس کارکرد انطباقی مهم است نه نمرات IQ، زیرا کارکرد انطباقی است که میزان حمایت مورد نیاز را مشخص می‌کند و نمرات IQ در بخش‌های پایین دامنه نمرات اعتبار کمتری دارند.





در ICD₁₀ همچنان نمره IQ تعیین کننده‌ی شدت است که در ICD بعدی قرار است تجدید نظر شود.
در حال حاضر آموزش عمومی برای اینکه کودکان از جمله کودکان با ناتوانی، طبق قانون اجباری است.



- ✓ از دیدگاه AAIDD (انجمن کم توانی ذهنی آمریکا) ← کم توانی ذهنی یک تعامل کارکردی بین فرد و محیط است و نه یک توصیف استاتیک از محدودیت‌های فرد با توجه به کارکرد انطباقی فرد به حمایت محیطی نافذ، گسترده، محدود یا متناوب نیاز دارد.
- ✓ با استفاده از آزمون استاندارد هوشی ← $IQ \geq 70$ و یا دو انحراف معیار کمتر از متوسط در یک آزمون واحد به عنوان بهره هوشی زیر حد متوسط می‌توان در نظر گرفت.

فصل ۲-۲

Section 2-2

اختلالات ارتباطی (communication disorder)

- تأخیر زبان ۷٪ کودکان ۵ ساله را مبتلا می‌کند.
- میزان اختلالات زبان در کودک پیش دبستانی بیش از کودکان سنین مدرسه است.
- زبان (Language) و حرف زدن (speech) دو فرایند مربوط به هم هستند.



- توانایی زبان را در ۴ حوزه می‌توان بررسی کرد:
 - (۱) اصوات (Phonology) ← توانایی تولید اصوات را گویند که سبب تولید کلمات می‌شود. کودک برای ایجاد واژه‌ها باید بتواند اصوات یک کلمه را تولید کند.
 - (۲) دستور زبان (Grammer) ← به سازمان‌دهی واژه‌ها و قواعد بکار رفته در هر زبان گفته می‌شود.
 - (۳) معنی شناسی (Semantics) ← کودک بتواند از انبوهی از کلمات در داخل ذهنش، آن کلماتی که بتواند منظورش را بیان کند انتخاب کند.
 - (۴) Pragmatics ← یعنی مهارت پیدا کردن در کاربرد واقعی قواعد، کلمات، بطوری که کودک بتواند منظور سوالی که از وی می‌شود را بفهمد و جوابی در خور آن سوال بدهد یا این توانایی را داشته باشد که موضوع را به گونه‌ای مناسب تغییر دهد.



نکته: در اختلال semantic، کودک قادر به یادگیری واژه‌های جدید، ذخیره آن در ذهن خود و سازمان‌دهی کردن واژه‌های جدید و بازیافت آنها نخواهد بود.

• تا ۲ سالگی تا ۲۰۰ واژه را کودک می‌آموزد و تا ۳ سالگی اکثر کودکان قواعد اساسی زبان را درک می‌کنند و می‌توانند به نحو موثری مکالمه داشته باشند.



Table 2-5
Language Development

Age and Stage of Development	Mastery of Comprehension	Mastery of Expression
0–6 mo	Shows startle response to loud or sudden sounds; Attempts to localize sounds, turning eyes or head; Appears to listen to speakers, may respond with smile; Recognizes warning, angry, and friendly voices; Responds to hearing own name	Has vocalizations other than crying; Has differential cries for hunger, pain; Makes vocalizations to show pleasure; Plays at making sounds; Babbles (a repeated series of sounds)
7–11 mo Attending-to-Language	Shows listening selectivity (voluntary control over responses to sounds); Listens to music or singing with interest; Recognizes “no,” “hot,” own name; Looks at pictures being named for	Responds to own name with vocalizations; Imitates the melody of utterances; Uses jargon (own language); Has gestures (shakes head for no); Has exclamation (“oh-oh”); Plays language games (pat-a-cake, peekaboo)

اختلال اوتیسم

«اختلال طیف

در خودماندگی»

Autism Spectrum Disorder

فصل ۲-۳

Section 2-3

تعریف

گروهی از سندروم‌های عصبی با وراثت چند ژنی که مشخصه‌ی آن‌ها طیف وسیعی از تخریب‌ها در ارتباطات اجتماعی و رفتارهای محدود و تکراری است.



✓ قبلاً به آن اختلال نافذ رشد می‌گفتند.

* قبل از DSM5 ← اختلال طیف در خودماندگی شامل:

۱. اختلال در خودماندگی به شکل مجزا می‌شد.
۲. اختلال آسپرگر
۳. اختلال فروپاشنده‌ی کودکی
۴. سندروم رت
۵. اختلال نافذ رشد نامعین




تخریب اصلی در اوتیسم	۱. ارتباط اجتماعی ۲. رفتارهای محدود و تکراری	* مشخصه‌های اختلال در خودماندگی نکته
در اختلال اسپرگر تخریب زبان به عنوان یک ملاک تشخیصی نیست.		رشد و کاربرد ناپه‌نچار زبان
✓ مهم ← این حوزه دیگر ویژگی کلیدی در اختلالات طیف در خودماندگی محسوب نمی‌شود (تنها یک علامت همراه است).		

✓ زمان تشخیص

معمولاً در خلال سال دوم زندگی است.

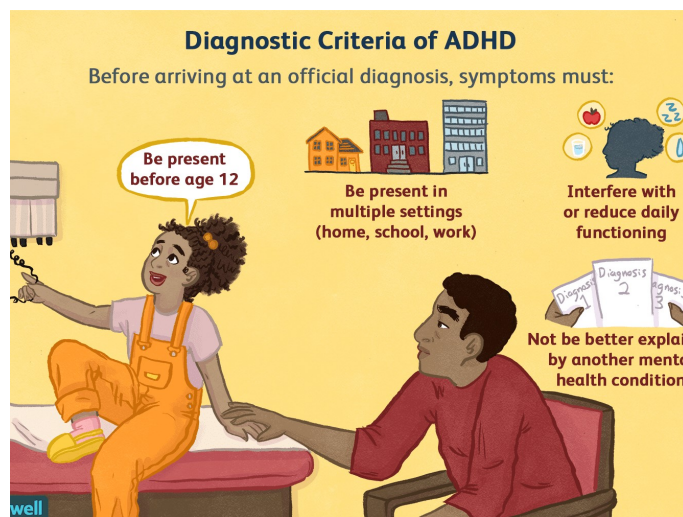
در موارد شدید ← عدم وجود علاقه‌ی متناسب با رشد

نسبت به تعاملات اجتماعی حتی در سال اول هم خود را نشان می‌دهد.

- * تخریب زبان (احتمالاً کودکانی که تا ۱۸-۱۲ ماهگی زبان باز نکردند) در کنار ↓ رفتارهای اجتماعی ← علامت پیشگام در اوتیسم است.
- ← معمولاً در ۲۵٪ موارد، درجاتی از زبان رشد می‌کند و سپس از بین می‌رود.
- ✓  موارد اوتیسم در DSM₅ ← دچار کم توانی ذهنی هستند.
- * در سندروم رت (Rett syndrome): که در Osm₄ و ICD₁₀ به شکل مجزا مطرح شده
- ۱. منحصرأ در دخترها دیده می‌شود.



- ✓ در حال حاضر کانون اصلی توجه مربوط به ← دوپامین ← چون در قشر جلوی فرونتال باعث توجه، بازداری، تصمیم‌گیری، مهار پاسخ، حافظه‌ی کاری و گوش به زنگی می‌شود.
- ✓ شیوع ۵-۸٪ کودکان سنین مدرسه ← در بین این‌ها ۱۵-۶۰٪ در نوجوانی همچنان ملاک اختلال را دارند (تا ۶۰٪ علائم تا بزرگسالی ادامه می‌یابد).



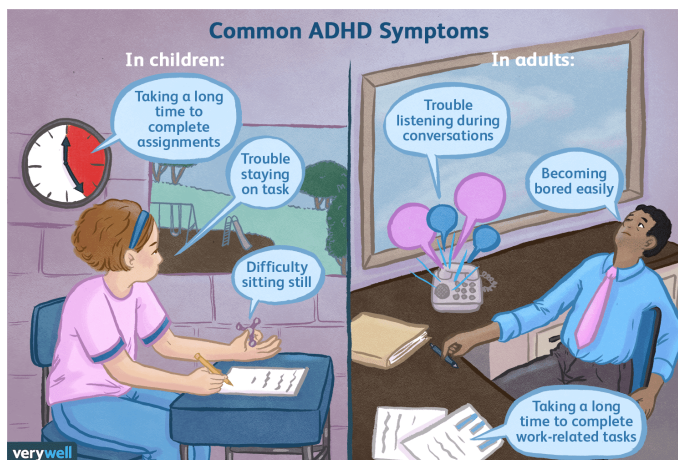
تفاوت DSM₅ نسبت به ورژن قبلی

- (۱) قبلاً علائم می‌بایست تا سن ۷ سالگی بروز پیدا می‌کرد اما در DSM₅ ← چندین علامت بی‌توجهی یا بیش‌فعالی - تکانشگری تا سن ۱۲ سالگی باید خود را نشان بدهد.



بی توجهی
 بیش‌فعالی - تکانشگری

۲) در ورژن‌های قبلی دو نوع تعریف شده داشتیم:



تظاهر مرکب
 تظاهر عمدتاً بی‌توجه
 تظاهر عمدتاً بیش‌فعال / تکانشی

اما در DSM₅ ← ۳ گروه

۳) در DSM₅ ← امکان تشخیص همزمان ADHD و اختلال طیف اوتیسم وجود دارد.
 ۴) در DSM₅ ← در نوجوانان ≤ 17 و بزرگسالان ← وجود ۵ علامت به جای ۶ علامت الزامی است.
 ۵) در DSM₅ ← برای نشان دادن تفاوت‌های رشدی ADHD در طول زندگی نمونه‌هایی از علائم را به ملاک‌های مربوطه اضافه کرده است.

بایستی حداقل در ۲ محیط بروز نماید.
 ✓ اختلال بیش‌فعالی و تکانشگری و بی‌توجهی باعث کارکرد تحصیلی / اجتماعی گردد.

فصل ۵-۲

Section 2-5

اختلالات یادگیری

اختصاصی

(Specific Learning Disorder)

- مشکلات مداوم در مهارت‌های آکادمیک خواندن، نوشتن و ریاضیات است. که با توانایی هوشی کلی کودک ناهماهنگ است.



- این اختلال در خانواده تجمع می‌یابد. خطر ابتلا بستگان درجه یک از نظر اختلال خواندن ۴ تا ۸ برابر، از نظر یادگیری ریاضی ۵ تا ۱۰ برابر جمعیت عادی است.
- در پسرها شایع تر از دختران است. (۲-۳ برابر)
- در DSM_s، چند اختلال با هم ادغام شده‌اند و اختلال یادگیری اختصاصی را ساخته‌اند، مثل اختلال خواندن و اختلال ریاضی در حالی که در ICD₁₀ به صورت جداگانه آورده شده‌اند.
- در DSM‌های قبلی اصطلاحی به نام Dyslexia بکار می‌رفت که در DSM-5 بیان شده که این اصطلاح، اصطلاح ناواضحی است که مشکلات یادگیری مثل اختلال در بازشناسی روان یا درست کلمات، ضعف در decoding و مهارت‌های هجی کردن ضعیف را بیان میکند.



- استفاده از اصطلاح دیس‌کالکولیا در DSM 5 توصیه می‌شود که تعریف آن بصورت مشکلات مربوط به یادگیری fact arithmetic (حقایق حساب)، پردازش اطلاعات عددی و انجام محاسبه‌های درست را بیان می‌کند.

Specific Learning disorder با اختلالات زیر ارتباط دارد:

- (۱) ADHD
- (۲) اختلال ارتباطی (communication Dis)
- (۳) اختلال CONDUCT
- (۴) اختلال افسردگی ماژور



Specific Learning Dis with Impairment in Reading:

- در سن ۷ سالگی شناسایی می‌شوند.
- اگر کودک هوش خوبی داشته باشند گاهی با استفاده از حافظه و استنباط کردن نقص خواندن را جبران می‌کنند و تشخیص تا کلاس چهارم (۹ سالگی) عقب می‌افتد.
- اختلال خواندن شایعترین اختلال در بین اختلالات یادگیری است.
- پسرهای مبتلا در ارجاعات بالینی به علت ADHD همراه و مشکلات رفتاری ۴-۳ برابر هستند در حالی که طبق مطالعات میزان نواقص خواندن در پسرها و دخترها مشابه است.
- اختلال خواندن با اختلال ریاضیات، اختلالات نوشتن ADHD بیشترین همبودی را دارد.

فصل ۲-۶

Section 2-6

اختلالات حرکتی

Motor Disorders

:Developmental Coordination disorder

- در DSM-5 این اختلال در کنار اختلال حرکات استریوتایپی و تیک در طبقه اختلالات حرکتی گذاشته شده است.
- در بین پسرها شایعتر است.
- ارتباط زیادی با ADHD، اختلال یادگیری اختصاصی به خصوص اختلال بیان نوشتاری، ریاضیات و اختلال زبان دارند.
- مخچه احتمال منشا در هم ابتدایی این اختلال با ADHP باشد.
- DCD ارتباط با مصرف مواد خصوصا الکل توسط مادر در دوران حاملگی دارد.
- اینها سابقه تاخیر در به دست آوردن milestoneهای حرکتی اولیه دارند.
- در تست IQ نمره‌های بالا از Taskهای کلامی می‌گیرند و نمره پایین از Taskهای اجرایی می‌گیرند.
- ریسک فاکتورهاک تارسی، هیپوکلسمی، سوء تغذیه پری ناتال وزن کم هنگام تولد، مواجهه پیش از تولد با الکل کوکائین، نیکوتین در بروز وزن کم تولد و ناهنجاری شناختی – رفتاری نقش دارد.





Table 2-19
Manifestations of Developmental Coordination Disorder

Gross Motor Manifestations

Preschool age

Delays in reaching motor milestones, such as sitting, crawling, and walking

Balance problems: falling, getting bruised frequently, and poor toddling

Abnormal gait

Knocking over objects, bumping into things, and destructiveness

Primary-school age

Difficulty with riding bikes, skipping, hopping, running, jumping, and doing somersaults

Awkward or abnormal gait

Older

Poor at sports, throwing, catching, kicking, and hitting a ball

Fine Motor Manifestations

Preschool age

Difficulty learning dressing skills (tying, fastening, zipping, and buttoning)

Difficulty learning feeding skills (handling knife, fork, or spoon)

Primary-school age

Difficulty assembling jigsaw pieces, using scissors, building with blocks, drawing, or tracing

Older

Difficulty with grooming (putting on makeup, blow-drying hair, and doing nails)

Messy or illegible writing

Difficulty using hand tools, sewing, and playing piano

هرزه‌خواری PICA

- خوردن مداوم مواد nonnutritive؛ هیچ ابنورمالیتی بیولوژیکی خاصی آن را توجیه نمی‌کند. معمولاً در کودکان کم‌توان ذهنی و اوتیسم دیده می‌شود.
- ولع برای خوردن خاک و یخ گاهی با کمبود آهن و روی ارتباط دارد و با تجویز آنها برطرف می‌شود.
- میزان بالای Neglect و deprivation در موارد پیکا گزارش شده.
- بررسی مسمومیت با سرب در این کودکان باید انجام شود.
- سنجش میزان آهن و روی ← در صورت پایین بودن اصلاح شود
- سنجش Hb برای رد آنمی باید انجام شود.



درمان:

- درمان در قدم اول تعیین علت ایجاد است. اگر علت سوء تغذیه است درمان جایگزین صورت گیرد. neglect جبران شود.
- مواجهه با مواد سربی رفع شود.
- درمان از طریق رفتار درمانی است. که شامل:

Positive Reinforcement (۱)

Modelling (۲)

Over correction behavioral shaping (۳)

:Rumination

- در کودکان بین ۳ ماه تا ۱۲ ماه شایع است.

فصل ۲-۸

Section 2-8

اختلال وابسته به عامل تنش‌زا یا آسیب‌زا در کودکان

Trauma- and Stressor-Related
Disorders in Children

در کودکان شامل سه دسته بندی می‌شود:

(۱) Reactive Attachment Disorder (RAD)

(۲) Disinhibited social engagement disorder (DSED)

(۳) PTSD



Reactive Attachment Disorder (RAD) and Disinhibited Social
Engagement Disorder (DSED)



Table 2-25
Reactive Attachment Disorder

	DSM-5	ICD-10
Diagnostic name	Reactive Attachment Disorder	Reactive Attachment Disorder of Childhood
Duration	Begins < age 5	Begins < age 5
Symptoms	Emotional inhibition, rarely seeking or responding to comfort when distressed Social and emotional disturbance: <ul style="list-style-type: none"> • ↓ emotional/social responsiveness • ↓ affect • Fear, sadness or irritability in non-threatening interactions with adults History of insufficient care: <ul style="list-style-type: none"> • Neglect • Deprivation • Repeated changes in caregivers • Institutional care Child has developmental age of ≥9 mo	Abnormal social relationships Emotional disturbances that are reactive to environmental change <i>May be present:</i> Fear Aggression Hypervigilance Failure to thrive History of neglect or abuse
Required number of symptoms	Symptoms in each category ≥2 of the social/emotional disturbance symptoms	
Exclusions (not result of):	Autism spectrum disorder	Asperger syndrome Disinhibited attachment disorder of childhood
Course specifiers	Persistent: >12 mo	
Severity specifiers	Severe: all symptoms, high severity	

اختلالات خلقی و خودکشی در کودکان و نوجوانان

Depressive Disorders and Suicide in Children and Adolescents

فصل ۹-۲

Section 2-9

:Depressive Disorder and Suicide in Children and Adolescents

اپیدمیولوژی:

- وجود افسردگی در یک اعضای خانواده خطر افسردگی را در آن کودک ۳ برابر می کند.



- خطر MDD بعد از یکسال بدنبال Persistence Depressive disorder وجود دارد.
- ۱۰ درصد خطر MDD بدنبال Persistence Depressive disorder وجود دارد.
- افسردگی در قبل از مدرسه نادر است، در دوران مدرسه نسبت ابتلا در دختران و پسران برابر است. در نوجوانی حدود ۴ تا ۸ درصد و در دختران شایعتر می شود.
- داشتن والد دارای MDD ← خطر بروز MDD دو برابر می شود.
- داشتن دو والد افسرده خطر بروز افسردگی ۴ برابر می شود.



نورویبولوژی:

- کودکان افسرده قبل از سن بلوغ به طور قابل ملاحظه‌ای هورمون رشد بیشتری نسبت به کودکان غیرافسرده یا کودکانی که به سایر اختلالات روانپزشکی مبتلا می‌شوند ترشح می‌کنند.
- سطح FT4 در نوجوانان افسرده کمتر از گروه کنترل است که با میزان TSH نرمال همراه هستند.
- در پلی‌سمنوگرافی کاهش latency-REM و افزایش تعداد دوره‌های REM دیده می‌شود.
- MRI در کودکان افسرده:

- ۱) حجم ماده سفید فرونتال کمتر است
- ۲) حجم ماده gray فرونتال بیشتر است.
- ۳) حجم ventricle lateralها بیشتر است.
- ۴) پاسخ آمیگدال به چهره‌های ترسناک کندتر است.
- ۵) حجم آمیگدال کوچکتر است.

تظاهرات بالینی:

- برای اختلال افسردگی در کودکان باید ۵ علامت زیر در یک دوره ۲ هفته وجود داشته باشد:

علائم ضروری عبارتند از:

یکی از این دو:

- الف) خلق افسرده یا تحریک پذیر
- ب) فقدان علاقه یا احساس لذت
(Loss of interest or pleasure)



- بستگان مبتلا به دوقطبی زود آغاز در مقایسه با اختلال دو قطبی که در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، میزان بالاتری از دوقطبی را در آینده گزارش می‌کنند.
- اختلال دوقطبی زود آغاز شکل شدیدتر بیماری است که دارای ویژگی‌های زیر است:
 - (۱) وجود بیشتر دوره‌های مختلط
 - (۲) کوموریدیتی بیشتر
 - (۳) علائم روان پریشی بیشتر
 - (۴) پاسخ ضعیف به لیتیم
 - (۵) توارث‌پذیری بالاتر



- در تصویربرداری مغز این بیماران کاهش حجم آمیگدال، کم شدن رشد ماده سفید دیده می‌شود.



- در اختلال دو قطبی زود آغاز تخریب در اختلالات شناختی در موارد زیر دیده می‌شود:
 - ۱) Verbal memory
 - ۲) Executive functions
 - ۳) Processing speed
 - ۴) Working memory
- شایعترین کوموربیدیتی با اختلال دو قطبی زود آغاز، ADHD است.
- افتراق ADHD از اختلال دو قطبی زود آغاز این است که ADHD زودتر از اختلال دو قطبی زود آغاز شروع می‌شود
- B2D در کودکان احتمال اینکه تا بزرگسالی باقی بماند کم است و معمولاً به BID تبدیل می‌شود.
- احتمال تبدیل شدن اختلال دو قطبی زود آغاز به Rapid Cycling و یا mix در آینده زیاد است.

درمان:

- آنتی‌سایکوتیک نسل دوم اولانزاپین - کوئیتاپین - رisperیدون - آری‌پیرازول بهترین درمان در BMD در بین سن ۱۰ تا ۱۷ سال است.
- SGA از لیتیم و سدیم والپروات در درمان اختلال دو قطبی زود آغاز موثرتر بود.
- لاموتریزین در درمان دوره افسردگی در اختلال دو قطبی زود آغاز موثر بود.
- روان‌درمانی متمرکز بر خانواده در کنار درمان دارویی درمان را موثرتر کرد.

۱. کدام دارو برای درمان کودک ۱۲ ساله مبتلا به اختلال دوقطبی، FDA Approval ندارد و ارجحیت کمتری برای استفاده از آن می‌باشد؟ (زنجان ۹۶)

ب) Risperidone

الف) Oxcarbazepine

د) Aripiprazol

ج) Lithium

پاسخ: الف

فصل ۱۱-۲

Section 2-10

Disruptive Mood Dysregulation Disorder

- وجود حملات قشقرق تکرار شونده نا متناسب با سطح رشد و شدید در کودکان زیر ۱۰ سال دست کم ۳ بار در هفته همراه با خلق خشمگین و تحریک پذیری مداوم در فواصل خشمها برای دست کم یک سال .
- در کودکان زیر ۶ سال یا بالای ۱۸ سال گذاشته نمی شود.



- DMDD با ADHD, ODD, MDD و اختلال اضطرابی همبودی دارد.
- تفاوت DMDD با ODD در این است که این حملات خشم در DMDD باید در ۲ محیط دیده شود، مثلا خانه و مدرسه ولی ODD در یک محیط هم باشد کافی است. در ODD علائم annoyance (دلخوری) و defiance (نافرمانی) وجود دارد که در DMDD وجود ندارد.
- در اختلال دوقطبی پرخاشگری دوره‌ای است. تحریک پذیری در DMDD مزمن و غیردوره‌ای است.
- DMDD در معرض خطر بالایی از نظر پیشرفت به سمت MDD، دیستایمی و اختلالات اضطرابی است.



درمان:

- اگر پاتوفیزیولوژی آن شبیه به اختلال افسردگی یونی پلار و اضطرابی است و اغلب با ADHD همراهی دارد، درمان SSRI و محرک‌هاست.
 - اگر پاتوفیزیولوژی آن بیشتر شبیه اختلال بای پلار است، خط اول درمان آنتی‌سایکوتیک آتیپیک و moodstabilizer است.
- در یک مطالعه که علائم DMDD و ADHD به محرک‌ها پاسخ نمی‌دهد درمان با دیوالپروکس و روان‌درمانی رفتاری موثرتر از پلاسبو همراه با روان‌درمانی رفتاری بوده است.
- مداخلات CBT ← جزء اساسی درمان کودکان DMDD است.

فصل ۱۲-۲

Section 2-12

اختلال مقابله جویانه همراه با نافرمانی (Oppositional Defiant Disorder ODD)

- (۱) کودک حداقل ۶ ماه ۴ علامت از ۳ نوع علائم فوق را باید داشته باشد.
- (۲) Angry /Irritable mood
- (۳) زود از کوره در میروند
- (۴) به سرعت ناراحت می‌شوند
- (۵) اغلب احساس تحریکپذیری دارند



 **Table 2-28**
Oppositional Defiant Disorder

	DSM-5	ICD-10
Diagnostic name	Oppositional Defiant Disorder	Oppositional Defiant Disorder
Duration	≥6 mo For age <5: occurs more days than not For age ≥5: occurs at least 1/wk	
Symptoms	<ul style="list-style-type: none">• Losing temper• Sensitive/easily annoyed• Angry/resentful• Arguing with authority figures• Refusing request from authorities or rules• Deliberately annoys others• Blames others for mistakes/behaviors• Spiteful/Vindictiveness (at least 2× in 6 mo)	Defined as a conduct disorder in younger children Predominant symptoms: <ul style="list-style-type: none">• Disobedience• Defiance• Disruptive behavior
Required number of symptoms	≥4 symptoms	
Psychosocial consequences of symptoms	Marked distress and/or impairment	
Exclusions (not result of):	Substance use Another mental illness	No delinquent, severely aggressive or dissocial behaviors
Severity specifiers	Mild: symptoms in 1 setting Moderate: symptoms in 2 settings Severe: symptoms in ≥3 settings	

Anxiety Disorders of Infancy, Childhood, and Adolescence


- سه اختلال اضطرابی زیر بیشترین اختلال مشاهده شده در کودکان است که باهم کوموربیدیتی فراوانی دارد:

- Separation anxiety Disorder (۱)
- Generalized anxiety Disorder (۲)
- Social anxiety Disorder (۳)



اختلالات اضطرابی جزء شایع‌ترین اختلالات در کودکی و نوجوانی محسوب می‌شود. اختلال separation Anxiety Disorder در دوران کودکی شایع‌ترین اختلال اضطرابی است (حدود ۴ درصد)



 **Table 2-30**
Separation Anxiety Disorder

	DSM-5	ICD-10
Diagnostic name	Separation Anxiety Disorder	Separation Anxiety Disorder of Childhood
Duration	Children: ≥ 4 wk Adults: ≥ 6 mo	
Symptoms	Inappropriate fear of separation from a loved one or attachment figure: <ul style="list-style-type: none">• Distressed when separated or anticipating separation• Worries about losing them or harm coming to them• Worry about possible forced separation• Hesitant to leave person or home• Fears being alone, without the person• Needs to be near that person to sleep• Nightmares about separation• Physical symptoms of anxiety when separated or anticipating separation	<ul style="list-style-type: none">• Fear of separation causes anxiety• Anxiety during early childhood• Severity is inappropriate to situations and stage of development
Required number of	≥ 3	

سکوت انتخابی (Selective Mutism):

- معمولاً بین ۴ تا ۸ سالگی ولی اکثراً حوالی ۵ سالگی دیده می‌شود.
- ممکن است به تدریج یا ناگهانی شروع شود. ناگهانی ممکن است پس از یک تجربه آشفته‌کننده باشد.



- ناتوانی در صحبت کردن در یک یا چند موقعیت، ممکن است بسیار کامل ساکت باشد یا کم صحبت باشد، برخی به جای تکلم با صدای بلند نجوا میکنند. برخی با eye contact یا اشارات nonverbal صحبت می‌کنند.
- با اختلال اضطراب اجتماعی ارتباط دارد.
- ممکن از مدرسه رفتن سر باز بزنند.
- سابقه دیر حرف زدن و اختلال در فراگیری زبان در این کودکان بالاست.
- درصد بیماران ظرف ۱۰-۵ سال بهبود می‌یابند، اگر تا ۱۰ سالگی بهبود نیابند سیر دراز مدت و پیش آگهی بدتری دارند.
- درمان مشابه سایر اختلالات اضطرابی چند وجهی است.



- کودکان سنین مدرسه ← CBT انفرادی خط اول درمان است.
 - درمان دارویی SSRIها موثراند.
۱. کودک ۸ ساله‌ای به دلیل صحبت نکردن در مدرسه از حدود ۲ ماه قبل، ارجاع شده است. او در خانه نسبت به قبل کمتر حرف می‌زند ولی مشکل دیگری در شرح حال و معاینه ندارد. وی در ۱۸ ماهگی راه افتاده، در ۲/۵ سالگی حرف زدن را شروع کرده است و از ابتدا کمی خجالتی بوده است. کدام تشخیص بیشتر برای وی مطرح می‌باشد؟ (تهران ۹۸)

الف) Autistic Spectrum Disorder ب) Post-Traumatic Stress Disorder
ج) Social Anxiety Disorder د) Selective Mutism Disorder

پاسخ د



۲. وجود کدامیک برای تشخیص در معاینه کودک یا نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی تشخیص کمک کمتری می‌کند؟ (کرمان ۹۵)
- الف) شیوع کابوسهای شبانه با محتوای جدایی در سنین پایین
ب) بررسی وجود اختلال عملکرد یا استرس واضح در نوجوان
ج) ارزیابی میزان انطباق والدین برای اضطراب فرزند
د) وجود شکایات رفتارهای انفجاری و نافرمانی

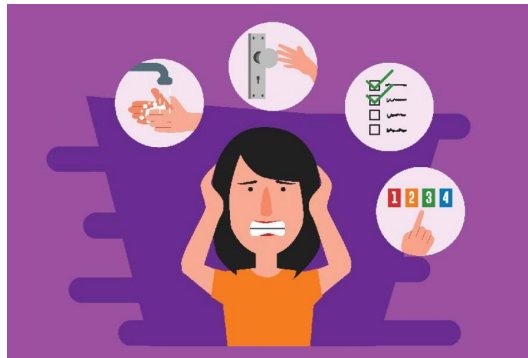
پاسخ: د

فصل ۱۵-۲

Section 2-15

اختلال وسواس اجباری در کودکان و نوجوانان Obsessive-Compulsive Disorder in Childhood and Adolescence

- اختلال وسواسی جبری در DSM 4 در دسته اختلالات اضطرابی طبقه بندی می‌شد اما در طبقه بندی جدید فصل جدیدی با عنوان اختلالات وسواسی جبری و اختلال مرتبط ایجاد شده است که OCD را در کنار اختلالات دیگر مثل تریکو تیلو مانیا، Hoarding، dysmorphic body disorder، skin Picking disorder طبقه بندی می‌کند. وسواس در کودکان و نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان معمولاً از شدت کمتری برخوردار است و در موارد خفیف به مداخلات شناختی رفتاری پاسخ می‌دهد. کودکان اغلب افکار وسواسی و رفتارهای تکراری خود را غیر طبیعی فرض نمی‌کنند.



۱. بر اساس تقسیم‌بندی DSM-5 کدام یک از اختلالات زیر جزء اختلالات اضطرابی محسوب می‌گردد؟ (تهران ۹۸)

Body dysmorphic disorder (ب)

Reactive attachment disorder (الف)

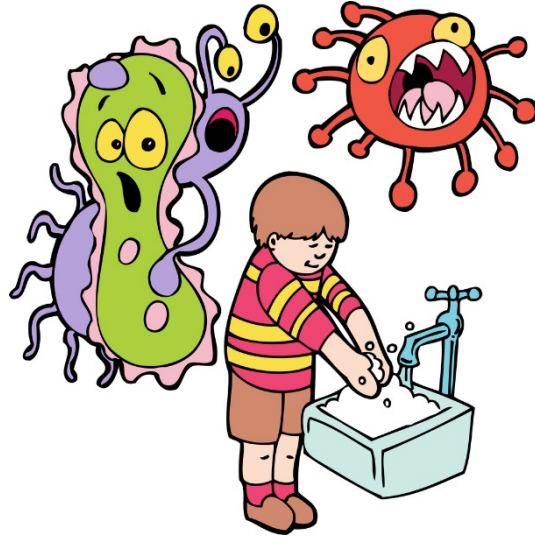
Hoarding disorder (د)

Selective Mutism disorder (ج)

پاسخ: ج



- میزان اختلالات وسواسی در میان کودکان و نوجوانان با افزایش سن افزایش می‌یابد.
- میزان بروز اختلال وسواسی در بستگان درجه اول کودکان و نوجوانان ۱۰ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است در دوقلوهای تک تخمی میزان بروز اختلال وسواس بیشتر است دوقلوهای تک تخمی بوده است.
- ژن SAPAP3 ممکن است در بروز وسواس نقش مهمی داشته باشد.



- تیک و سندروم توره با اختلال وسواس قرابت ژنتیکی دارند.
- مواجهه با عفونت‌ها خصوصا عفونت‌های استرپتوککی در ایجاد وسواس موثر بوده است. (PANDAS) این اختلال نشانگر یک فرایند اتوایمیون همچون کره سیدنهام در زمان تب روماتیسمی ناشی از عفونت استرپتوکک است.

۲. در یک کودک ۱۲ ساله که بطور حاد دچار حساسیت زیاد به نجس و پاکی شده است، احتمال وقوع کدام اختلال بیشتر است؟ (بهشتی ۹۴)

- الف) بیماری هانتینگتون
ب) صرع پتی مال
ج) هیپوگلیسمی
د) کره سیدنهام

پاسخ: د

فصل ۱۶-۲

Section 2-16

اسکیزوفرنی زودآغاز

Early-Onset Schizophrenia

- اسکیزوفرنی زودآغاز به دودسته تقسیم می‌شود:
 - بعد از ۵ سالگی و قبل از ۱۳ سالگی با نام Child onset SCZ
 - بین ۱۳ تا ۱۸ سالگی با نام Adolscense onset SCZ
- Childonset SCZ در پسرها اندکی شایع تر از دخترهاست. پسرها در مقایسه با دخترها در سنین پایین‌تری علائم بیماری را نشان می‌دهند.
- Child onset SCZ نسبت به اسکیزو فرنی معمول دارای ویژگی‌های زیر است:
 - (۱) سیر مزمن تر
 - (۲) اختلالات شناختی بیشتر
 - (۳) مشکلات سوشیال بیشتر
 - (۴) علایم منفی بیشتر
 - (۵) نمرات حافظه پایین‌تر

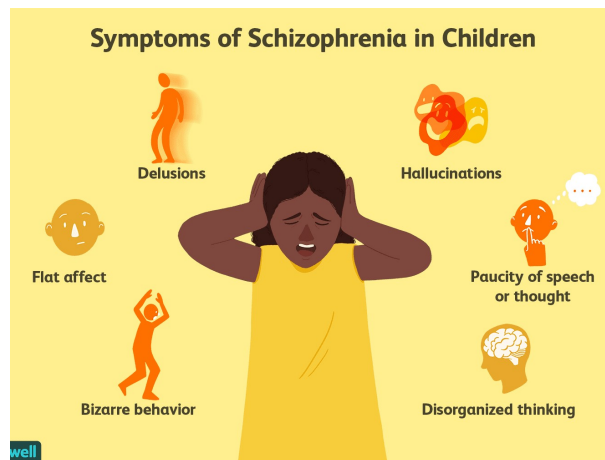




۱. کدامیک از موارد زیر از ویژگی‌های «early onset schizophrenia» نیست؟ (بورد ۹۵)
- الف) در کسانی که سابقه فامیلی اسکیزوفرنیا دارند شایع‌ترین است.
ب) در پسرها شایع‌تر از دختران است
ج) آشفتگی عصبی رشدی عمیق بیشتری نسبت به اسکیزوفرنیای بزرگسالان دارد
د) شروع بیماری اغلب به صورت حاد است.

پاسخ: ب و د

- در Child onset SCZ، هالوسیناسیون‌های غیر شنوایی مثل هالوسیناسیون بویایی، بینایی، لمسی بیشتر است. وجود هالوسیناسیون‌های غیر شنوایی نشان از پروگنوز بد است.
- در Child onset SCZ، توهمات بینایی با IQ پایین کودک، سن پایین کودک و داشتن بیماری‌های همراه ارتباط دارد.



- کودکان مبتلا به Child onset SCZ بسیار بندرت در مورد توهم خود شکایت می‌کنند و اغلب باید مستقیم از آنها پرسیده شود.
- هذیان‌ها معمولاً پیچیده و سیستماتیک نیستند و کودکان کمتر از تحت تأثیر و کنترل قرار گرفتن توسط سایکوز و توهمات خود شکایت دارند.
- اغلب این کودکان توهمات بینایی خود را بصورت اسکلت، قیافه‌های ترسناک می‌بینند.

سوء مصرف مواد در نوجوانان

فصل ۱۷-۲

Section 2-17

- چهار علت شایع مرگ در افراد ۱۰-۲۴ سال به ترتیب:
 - ۱- تصادف
 - ۲- قتل
 - ۳- خودکشی
 - ۴- سایر حوادث و جراحات
- الکل شایع‌ترین ماده مورد مصرف و سوء مصرف نوجوانان است.
- ماری‌جوانا شایع‌ترین ماده غیر قانونی مورد استفاده در دانش آموزان دبیرستانی است.



- از ماری‌جوانا به عنوان gateway drug یادروازه ورود عنوان می‌شود.
- ایجاد مرگهای ناگهانی بیشتر بدنبال متیلن دی‌اکسی متامفتامین MDMA دیده می‌شود.



- گاما‌هیدروکسی بوتیرات، کتامین، rohypnol در کلپوها مورد استفاده قرار می‌گیرد. این داروها بیرنگ و بی‌مزه است و می‌توان براحتی به نوشیدنی فرد اضافه کرد. گزارشات زیادی از تجاوز بدنبال مصرف این مواد گزارش شده است.
- در نوجوانان مصرف مواد خصوصا ماری جوانا به شدت تحت تاثیر همسالان است.
- سومصرف مواد با اختلال آنتی‌سوشیال، سلوک ارتباط دارد.
- مصرف الکل در نوجوانان اختصاصا با اختلال افسردگی، Impulse کنترل مختل و مصرف سایر مواد ارتباط دارد.



- مصرف الکل در نوجوانان با کم شدن حجم هیپوکامپ ارتباط دارد.
- بیشترین آسیب الکل در نوجوانان مصرف‌کننده الکل، اختلال شناختی خصوصا اختلال در توجه است.
- حشیش سبب تخریب حافظه و یادگیری، مشکل در حل مسئله، مشکل در هماهنگی حرکتی، افزایش Heat Rate و حمله پانیک می‌شود. قطع حشیش در نوجوانان سبب بی‌خوابی- تحریک‌پذیری- تهوع- پرش عضلانی- عرق کردن- بی‌حوصلگی می‌شود. علائم ترک ۲ تا ۳ روز به اوج خود می‌رسد و پس از دو هفته فروکش می‌کند.



۳۲-۱ رشد شیرخوار، کودک و نوجوان

دوره پیش از تولد، شیرخواری و کودکی

شامل مراحل زیر است:

- رویانی لقاح تا ۸ هفتگی
- جنینی ۸ هفتگی تا تولد
- شیرخواری تولد تا ۱۵ ماهگی
- نوپایی ۱۵ ماهگی تا ۲/۵ سالگی
- پیش دبستانی ۲/۵ تا ۶ سالگی
- کودکی میانی ۶ تا ۱۲ سالگی



دوره پیش از تولد

شیرخوار یک لوح سفید (tablula rasa) نمی‌باشد که تنها عوامل بیرونی بر آن مؤثر باشند برعکس عوامل گوناگونی در درون خود رحم وجود دارد که بر او تأثیرگذار است.

زندگی پیش از تولد

مادر معمولاً بین ۱۶ تا ۲۰ هفتگی حاملگی حرکات جنین درون شکم خویش را حس می‌کند. جنین نیز در همین حدود یعنی ۱۸ هفتگی توانایی شنیدن را کسب می‌کند و در برابر صداهای بلند با انقباضات عضلانی، حرکات و افزایش ضربان قلب واکنش نشان می‌دهد. در همین زمان‌ها یعنی حدود ۲۰ هفتگی تابش نور به دیواره شکم مادر باردار در وضعیت و ضربان قلب جنین تغییراتی ایجاد می‌کند. پلک‌ها در ۷ ماهگی باز می‌شوند. حس بویایی و چشایی در این زمان رشد می‌کند.

رفلکس‌های زمان تولد در داخل رحم هم وجود دارند.

رفلکس چنگ زدن ۱۷ هفتگی

رفلکس مورو ۲۵ هفتگی

و رفلکس مکیدن ۲۸ هفتگی ظاهر می‌شود.



سوالات و پاسخنامه روان‌پزشکی کودکان

۱. پسر ۱۲ ساله‌ای به دلیل جنب و جوش زیاد و عدم تمرکز حواس و تکانه‌های خشم تحت درمان با داروی متیل فنیدیت طولانی اثر قرار گرفته که به دنبال مصرف آن دچار بی‌خوابی شدید شده است. برای رفع این مشکل چه دارویی مناسب‌تر است؟ (Synopsis 2022) (ارتقا ۱۴۰۲)
- الف) ایمی پرامین ۲۵ میلی‌گرم
ب) الانزاپین ۲/۵ میلی‌گرم
ج) ترازودون ۵۰ میلی‌گرم
د) دزیپرامین ۲۵ میلی‌گرم

پاسخ: ج

- سیناپس ۲۰۲۲ - فصل ۲
- برای بهبود بی‌خوابی ناشی از متیل فنیدیت می‌توان از دیفن هیدرامین ۲۵-۷۵ میلی‌گرم یا ترازودون ۲۵-۵۰ میلی‌گرم استفاده کرد یا می‌توان از اضافه کردن داروهای آلفا آدرنرژیک مثل گوانفاسین سود برد. در بعضی موارد بعد از چندین ماه درمان، بی‌خوابی برطرف می‌شود.
۲. در چند سالگی کودک متوجه می‌شود که رؤیاهای شبانه وی ساخته ذهن خودش است؟ (Synopsis 2022) (ارتقا ۱۴۰۲)

الف) ۴ ب) ۵ ج) ۶ د) ۷

پاسخ: د

سیناپس ۲۰۲۲ - فصل ۳۲



در سه سالگی کودک تصور می‌کند که رؤیاهایش با چند نفر دیگر مشترک است ولی در چهار سالگی متوجه می‌شود که رؤیاهایش اختصاصی وی هستند. در هفت سالگی متوجه می‌شود که رؤیاهای شبانه وی ساخته ذهن خودش هستند.

۳. کودک ۲ ساله‌ای به دلیل شکستگی دست در بخش کودکان بستری است. کودک بی‌حال و کم‌جنب و جوش است و ارتباط مناسبی با دیگران برقرار نمی‌کند و واکنش عاطفی چندانی با مادر ندارد و مادر نیز در بروز عاطفه به وی فعال به نظر نمی‌رسد و ساعات طولانی سرگرم‌گوشی همراه خود می‌باشد و توجهی به دیگران ندارد. تشخیص کدام اختلال است؟ (Synopsis 2022) (ارتقا ۱۴۰۲)

Reactive attachment disorder (ب)

Autism spectrum disorder (الف)

Social communication disorder (د)

Disinhibited social engagement disorder (ج)

پاسخ: ب

فصل ۲

بی‌حالی، عدم ارتباط مناسب، عدم توجه مناسب مادر، مطرح‌کننده‌ی این اختلال است.

۴. پسر بچه ۱۱ ساله‌ای توسط مادرش جهت ارزیابی رفتاری به درمانگاه روانپزشکی ارجاع شده است. مادر بیان می‌کند او در پاسخ به محدودیت‌های رفتاری وضع شده در منزل به شدت عصبانی شده، در را به هم می‌کوبد، فحش می‌دهد و گاهی وسایل را پرت می‌کند. بر سر خواسته‌های خود مرتب جر و بحث می‌کند اما هیچ مسئولیتی را قبول نمی‌کند. اما خود کودک صحبت‌های مادرش را رد کرده، والدینش را مقصر دانسته و می‌گوید من در مدرسه هیچ مشکلی ندارم و سخت‌گیری‌های خانواده باعث عصبانیت من می‌شود. بر اساس شرح حال فوق، کدام یک از عوامل زیر پیش‌بینی‌کننده مهم اختلال سلوک در آینده است؟ (Synopsis 2022) (ارتقا ۱۴۰۲)

(ب) بروز علائم در شرایط استرس‌زا

(الف) وجود علائم اضطرابی همراه

(د) تعارض والد - کودک

(ج) سن شروع و تعداد علائم

پاسخ: د

سیناپس ۲۰۲۲ - فصل ۲

سیر اختلال ODD به شدت علائم و توانایی پاسخ انطباقی کودک به منابع قدرت بستگی دارد. تداوم ODD باعث افزایش احتمال اختلال سلوک، اختلالات خلقی و اختلال مصرف مواد می‌شود. پاسخ بهتر در خانواده‌های منسجمی دیده می‌شود که توجه کمتری به رفتارهای مجادله‌آمیز کودک نشان می‌دهند.