



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	ناصری سینکی، مهشید، ۱۳۷۱- فرهاد صادقی ۱۳۵۷ روان‌پزشکی کودکان: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورده تخصصی ۱۴۰۴ Kaplan_&Sadock's_synopsis_of_psychiatry_2021/ Sadock's_synopsis_of_psychiatry_2021/ ترجمه و تلخیص ویرایش بر اساس سیناپس ۲۰۲۲ مهشید ناصری سینکی، پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک	۳۷۸ ص: مصور، جدول. ۹۵۰۰۰۰۰ ریال 978-622-404-056-5
وضعیت فهرست نویسی یادداشت	فیپا کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry, 12th. ed, 2022" اثر رابرت جوزف بولند، مارشا ال. وردوئن، با همکاری پدرو روئیز است. چکیده روانپزشکی بالینی.
عنوان دیگر موضوع	کودکان -- روان‌پزشکی Child psychiatry کودکان -- روان‌شناسی Child psychology کودکان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Child psychiatry -- Examinations, questions, etc. کودکان -- روان‌شناسی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Child psychology -- Examinations, questions, etc. بولند، رابرت جوزف Boland, Robert Joseph وردوئن، مارشا ال. Verduin, Marcia L. روئیز، پدرو، ۱۹۳۶ - م. Ruiz, Pedro
شناسه افزوده	کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷- م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳ - م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	سادوک، ویرجینیا ا.، ۱۹۳۸ - م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	۴۹۹RJ
شناسه افزوده	۹۲۸۹/۶۱۸
شناسه افزوده	۹۱۲۴۶۳۱
رده بندی کنگره	فیپا
رده بندی دبیوی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات ر کورد کتابشناسی	

عنوان کتاب: روان‌پزشکی کودکان - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورده با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورده تخصصی ۱۴۰۴	چاپ و لیتوگرافی: <b>رزیدنت یار</b>
ترجمه و تلخیص: دکتر مهشید ناصری سینکی، دکتر فرهاد صادقی، پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
ناشر: انتشارات کاردیا	تیراژ: ۱۵۰ جلد
حروفچینی و صفحه آرایی: <b>رزیدنت یار - منیره امیری مقدم</b>	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۵۶-۵
طراح و گرافیسیت: <b>رزیدنت یار</b>	بهاء: ۹۵۰,۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸  
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۰۲۱، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

[www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# روان‌پزشکی کودکان

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Kaplan & Sadock's synopsis Of psychiatry 2022

## ترجمه و تلخیص

دکتر مهشید ناصری سینکی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۱

دکتر فرشاد صادقی

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی

## پاسخدهی به سوالات

دکتر زهرا محمدی بینا

رتبه ۱۰ درصد برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر سارا صادقی پور میبدی

بورده تخصصی ۱۳۹۹

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر پریسا حمیدی عدل

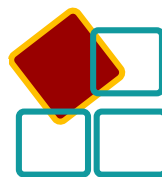
بورده تخصصی ۱۴۰۲

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



انجمن تخصصی رزیدنت‌ها و متخصصان روانپزشکی

## فهرست مطالب



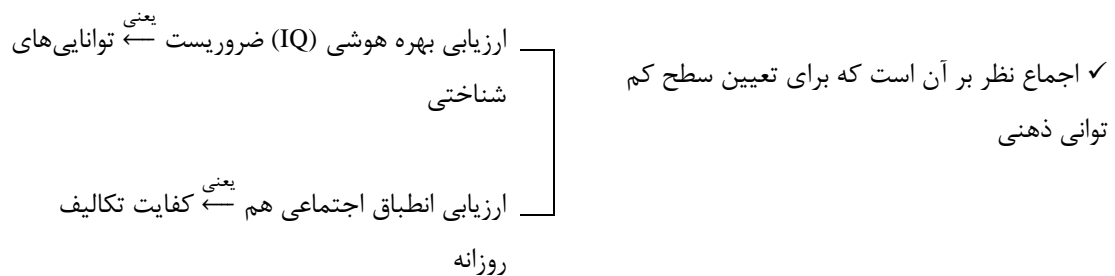
فصل ۱-۲- کم‌توانی ذهنی	۹
فصل ۲-۲- اختلالات ارتباطی	۵۱
فصل ۲-۳- اختلال اوتیسم «اختلال طیف درخودماندگی»	۷۷
فصل ۲-۴- اختلال ADHD	۱۱۳
فصل ۲-۵- اختلالات یادگیری اختصاصی	۱۵۱
فصل ۲-۶- اختلالات حرکتی	۱۵۹
فصل ۲-۷- اختلال تغذیه و خوردن در شیرخوارگی و کودکی	۱۷۷
فصل ۲-۸- اختلال وابسته به عامل تنش زا یا آسیب‌زا در کودکان	۱۸۵
فصل ۲-۹- اختلالات خلقی و خودکشی در کودکان و نوجوانان	۱۹۷
فصل ۲-۱۰- اختلال دو قطبی با شروع زودرس	۲۱۱
فصل ۲-۱۱- Disruptive Mood Dysregulation Disorder	۲۱۷
فصل ۲-۱۲- اختلال مقابله جویانه همراه با نافرمانی	۲۲۳
فصل ۲-۱۳- اختلالات اضطرابی در نوزادی، کودکی و نوجوانی	۲۳۱
فصل ۲-۱۴- سکوت انتخابی	۲۴۵
فصل ۲-۱۵- اختلال وسواس اجباری در کودکان و نوجوانان	۲۴۹
فصل ۲-۱۶- اسکیزوفرنی زودآغاز	۲۵۷
فصل ۲-۱۷- سوء مصرف مواد در نوجوانان	۲۶۷
فصل ۱-۳۲- رشد شیرخوار، کودک و نوجوان	۲۷۳
سوالات و پاسخنامه ارتقاء و مورد	۳۱۵



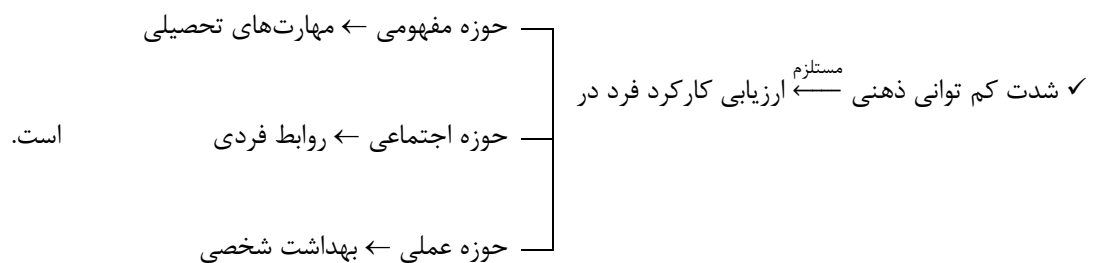
# کم‌توانی ذهنی

## Intellectual Disability

**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.



\* در DSM<sub>5</sub> ← 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 ICD<sub>10</sub> 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.

برقراری ارتباط مهارت‌های روزانه زندگی	}	✓ جهت سنجش میزان رفتار انطباقی ← استفاده از مقیاس "Vineland" شامل
اجتماع‌پذیری		کمک‌کننده است.
مهارت‌های حرکتی (حداکثر تا ۴ سال و یازده ماه)		

✓ تقریباً در ۸۵٪ موارد ← بر اساس DSM<sub>5</sub> ← کم توانی ذهنی "خفیف" دارند ← که شامل این موارد است:

( $IQ = [50-70]$ ) + شدت کارکرد انطباقی در محدوده خفیف

طبق DSM<sub>5</sub> فقط هنگامی تشخیص کم توانی ذهنی را گذاشت که هم نقایص در عملکرد هوشی هم نقایص در کارکرد وجود داشته باشد، پس شدت بر اساس سطح تخریب کارکرد انطباقی تعیین می‌شود.

### # عوامل ایجاد کننده کم توانی: عوامل ژنتیکی، محیطی و روانی اجتماعی بر این اختلال مؤثر است.

۱. عوامل ژنتیکی ←  $exm$  سندروم x شکننده / سندروم داون / سندروم پرادر - ویلی

۲. عوامل محیطی و رشدی ←  $exm$

- مسمومیت تحت بالینی با سرب
- مواجهه پیش از تولد با داروها و الکل
- سموم

# کارکردهای انطباقی	- برقراری ارتباط
- مراقبت از خود	- مهارت‌های اجتماعی
- اوقات فراغت و درک ایمنی	- که در کودکان با IQ پایین دچار اختلال می‌شود.

# 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

### # 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 DSM<sub>5</sub> ← 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 آسپرگر تخریب زبان به عنوان یک ملاک تشخیصی نیست.	رشد و کاربرد نابهنجار 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، در جاتی از زبان رشد می‌کند و سپس از بین می‌رود.
- ✓ ۱/۳ موارد اوتیسم در DSM<sub>5</sub> ← دچار کم توانی ذهنی هستند.
- \* در سندروم رت (Rett syndrome): که در ICD<sub>10</sub> و Osm<sub>4</sub> به شکل مجزا مطرح شده ۱. منحصرأ در دخترها دیده می‌شود.

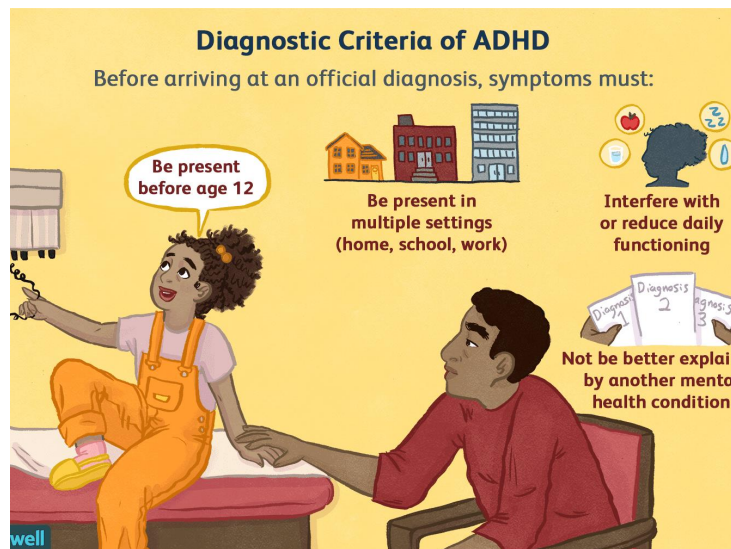


## ۲. مشخصه‌های آن:

- رشد طبیعی کودک تا ۶ ماهگی و پس از آن:
- ↓
- حرکات قالبی دست‌ها + از بین رفتن حرکات هدفمند + ↓ مشغولیت‌های اجتماعی + هماهنگی ضعیف حرکتی
- + ↓ کاربرد زبانی

## اختلال ADHD

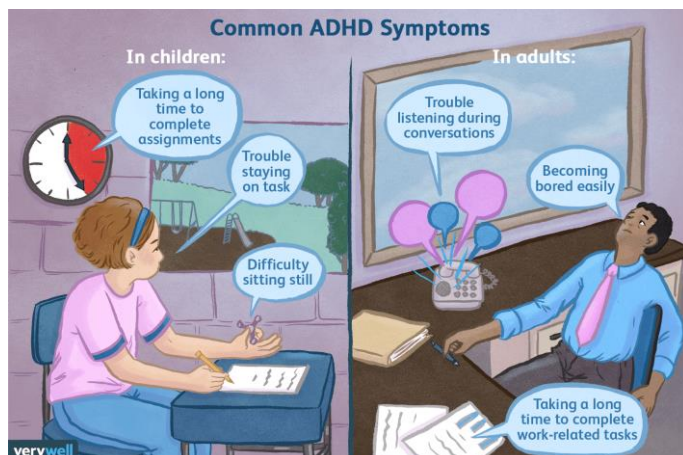
- ✓ در حال حاضر کانون اصلی توجه مربوط به ← دوپامین ← چون در قشر جلوی فرونتال باعث توجه، بازداری، تصمیم‌گیری، مهار پاسخ، حافظه‌ی کاری و گوش به زنگی می‌شود.
- ✓ شیوع ۵-۸٪ کودکان سنین مدرسه ← در بین این‌ها ۶۰-۸۵٪ در نوجوانی همچنان ملاک اختلال را دارند (تا ۶۰٪).  
علائم تا بزرگسالی ادامه می‌یابد.



## # 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.

(۲) در ورژن‌های قبلی دو نوع تعریف شده داشتیم:  
 بی‌توجهی }  
 بیش‌فعالی - تکانشگری }



تظاهر مرکب  
 تظاهر عمدتاً بی توجه ← ۳ گروه  
 تظاهر عمدتاً بیش فعال / تکانشی

۳) در DSM<sub>5</sub> ← امکان تشخیص همزمان ADHD و اختلال طیف اوتیسم وجود دارد.  
 ۴) در DSM<sub>5</sub> ← در نوجوانان  $17 \leq y/o$  و بزرگسالان ← وجود ۵ علامت به جای ۶ علامت الزامی است.  
 ۵) در DSM<sub>5</sub> ← 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.  
 ۷ اختلال بیش‌فعالی و تکانشگری و بی‌توجهی  
 باعث کارکرد تحصیلی / اجتماعی گردد.

# 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<sub>s</sub>، چند اختلال با هم ادغام شده‌اند و اختلال یادگیری اختصاصی را ساخته‌اند، مثل اختلال خواندن و اختلال ریاضی در حالی که در ICD<sub>10</sub> 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 ۳-۴ 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.
- معمولاً کودکان دچار اختلال خواندن مشکلات Language نیز دارند. (اختلال در ریاضیات نیز با اختلال Language مرتبط است.)
- این کودکان در خواندن از روی متن دچار اشتباهات متعدد مثل حذف، اضافه، تحریف کلمات می‌شود.
- سرعت خواندن کودک معمولاً کند است و درک کودک از آنچه خوانده است کم است. در کنار آن در هجی کردن نیز مشکل دارند.
- این کودکان معمولاً از وسط کلمه در داخل متن شروع به خواندن می‌کنند.
- اختلالات Language بصورت اختلال در متمایز کردن صدا و پیدا کردن توالی مناسب کلمات در اختلال خواندن شایع است.
- MRI ← از آنجا که مشکل خواندن در اصل یک نقص در زبان است و مرکز زبان در مغز تمپورال چپ می‌باشد، انتظار می‌رود، در برشهای Temporal در مغز چپ آسیمتری بیشتری نسبت به جای مشابه از مغز راست دیده می‌شود.
- PET ← الگوهای جریان خون ناحیه Temporal Left در حین انجام تکالیف Language در کودکان مبتلا نسبت به کودکان سالم فرق می‌کند.

# 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	<p>Emotional inhibition, rarely seeking or responding to comfort when distressed</p> <p>Social and emotional disturbance:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↓ emotional/social responsiveness</li> <li>• ↓ affect</li> <li>• Fear, sadness or irritability in non-threatening interactions with adults</li> </ul> <p>History of insufficient care:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neglect</li> <li>• Deprivation</li> <li>• Repeated changes in caregivers</li> <li>• Institutional care</li> </ul> <p>Child has developmental age of ≥9 mo</p>	<p>Abnormal social relationships</p> <p>Emotional disturbances that are reactive to environmental change</p> <p><i>May be present:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fear</li> <li>Aggression</li> <li>Hypervigilance</li> <li>Failure to thrive</li> <li>History of neglect or abuse</li> </ul>
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	<b>Persistent:</b> >12 mo	
Severity specifiers	<b>Severe:</b> all symptoms, high severity	

- سن این کودکان بین ۹ ماه تا ۵ سال می باشد.
- و هر دو اختلال می بایست حداقل بمدت یک سال ادامه یابد.



# اختلالات خلقی و خودکشی در کودکان و نوجوانان

## Depressive Disorders and Suicide in Children and Adolescents

### 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 ملاحظه ای هورمون رشد بیشتری نسبت به کودکان غیرافسرده یا کودکانی که به سایر اختلالات روانپزشکی مبتلا می شوند 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 تحریک‌پذیر
- ب) فقدان علاقه یا احساس لذت  
(Loss of interest or pleasure)



۴ تا از موارد زیر:

- الف) ناتوانی کودک در وزن‌گیری
- ب) بی‌خوابی یا پر خوابی روزانه
- ج) کندی روانی حرکتی
- د) خستگی روزانه یا فقدان انرژی
- ه) احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه نامتناسب
- و) کاهش توانایی تفکر یا تمرکز

• علائم خاص افسردگی در کودکان: very young children

- غمگینی sad

# 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.



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

الف) Body dysmorphic disorder (ب)

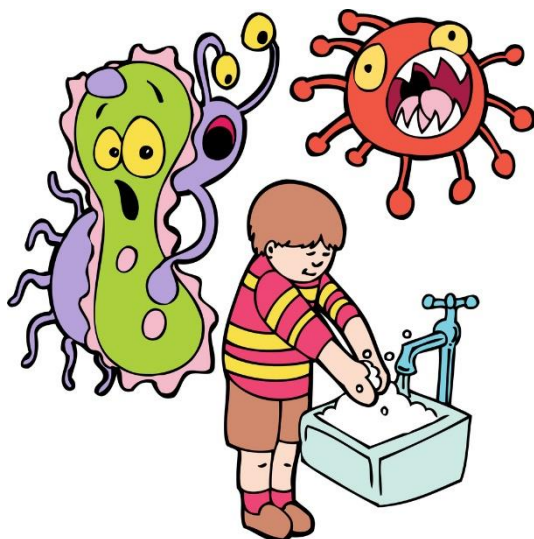
ب) Reactive attachment disorder (الف)

ج) Hoarding disorder (د)

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.



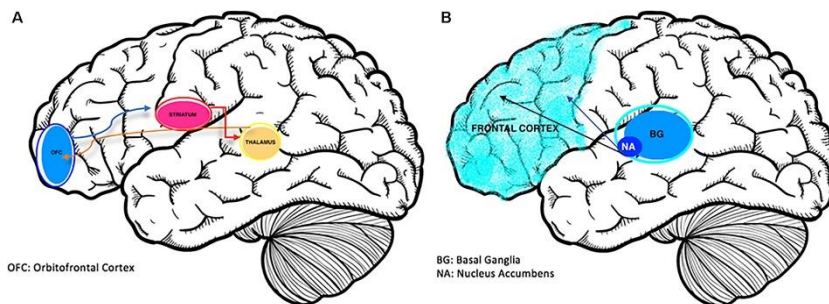
- تیک و سندروم توره با اختلال وسواس قرابت ژنتیکی دارند.
- مواجهه با عفونت‌ها خصوصا عفونت‌های استرپتوکوکی در ایجاد وسواس موثر بوده است. (PANDAS) این اختلال نشانگر یک فرایند اتوایمیون همچون کره سیدنهام در زمان تب روماتیسمی ناشی از عفونت استرپتوکوک است.

**سوال:** 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

- یافته‌های MRI ارتباط بین شدت وسواس و کوچکی BASAL GANGLIA را نشان داد.
- از طرفی کوچک تر بودن تراکم ماده خاکستری مغز در نواحی پاریتال، فرونتال خصوصا dlpc و orbitofrontal cortex با وسواس ارتباط دارد.
- در بیماران وسواس حجم پوتامن و تالاموس افزایش می‌یابد.



- اختلال در شبکه کورتیکو استریاتال تالامو کورتیکال در بیماران وسواس اثبات شده است.

## 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.



### دستگاه عصبی

کورتکس مغز در حدود ۱۰ هفتگی شروع به رشد می‌کند اما لایه‌های آن تا ماه شش بارداری تظاهر نمی‌یابند.

### مصرف مواد توسط مادر

**الکل.** مصرف الکل در دوران بارداری از علل مهم نقص جسمی و روانی کودک در بدو تولد است. سندرم جنین الکی یک سوم فرزندان مادران الکی را مبتلا می‌سازد.

مصرف الکل ممکن است در پیدایش ADHD مؤثر باشد.