Iranian Academi of Child and Adolescent Psychiatry
انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان ایران
12th
دوازدهمین
همایش روانپزشکی کودک و نوجوان
Annual Congress of
Child and Adolescent Psychiatry
with a Focus on
Social Aspects of Mental Health
کتابچهٔ چکیده مقالات
۲۹-۲۶ اردیبهشت ۱۴۰۲
16-19 May 2023
Esfahan / Iran
مرکز همایش های بین المللی
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
مجموعه گسترش
unicef
for every child
SANDOZ A Novartis Division
ACTOVERCO
SOBHAN DAROU
tekaje

عنوان سخنرانی (به ترتیب برنامه همایش) — **صفحه**

تعریف و مدل‌های تاب‌آوری؛ *دکتر المیرا لایق* ۲
تاب‌آوری تحصیلی؛ *دکتر افسانه کرباسی عامل* ۴
تصویر بدن و رسانه؛ *دکتر سرور آرمان* ۶
علائم اتیسم در نوجوانان تشخیص داده نشده؛ *دکتر کتایون رازجویان* ۷
بلوغ در اتیسم؛ *دکتر سید محمد علی میری* ۸
مداخلات غیردارویی در نوجوانان با اتیسم؛ *دکتر نجمه توکلیان* ۱۰
والدخوانده و تکامل کودک؛ *دکتر فاطمه سیفی* ۱۲
خانواده تک والد؛ *دکتر نسرین دودانگی* ۱۳
خشونت در خانواده تعریف، انواع و علل؛ *دکتر مریم زوارموسوی* ۱۵
اثرات خشونت خانگی روی کودکان و نوجوانان؛ *دکتر مریم کوشا* ۱۶
روش‌های پیشگیری و کاهش آسیب برای کودکان و نوجوانان در خشونت خانگی؛ *دکتر سارا ده بزرگی* ۱۷
شیوه‌های توانمندسازی کودکان و نوجوانان در سازگاری با بحران؛ *دکتر عاطفه سلطانی‌فر* ۱۸
مداخلات برای گروه‌های ویژه در بحران؛ *دکتر رزیتا داوری آشتیانی* ۱۹
مدیریت استرس و بهبود رابطه والد با کودک و نوجوان؛ *دکتر فاطمه مهری* ۲۰
گزارش طرح کشوری تدوین و اجرای بسته فرزندپروری در بحران‌ها برای کارشناسان سلامت روان؛ *دکتر زهرا شهریور* ۲۲
اعتیاد در خانواده و تأثیرات فرهنگی اجتماعی آن بر خردسالان؛ *دکتر مصطفی حق شناس* ۲۳
پروتکل درمان شناختی/ انگیزشی اعتیاد در سنین گذار؛ *دکتر مریم معروف و دکتر حورا نوربخش* ۲۴
رویکرد DSM5-TR به نارضایتی جنسیتی؛ *دکتر منصوره میرزاده* ۲۶
تشخیص نارضایتی جنسیتی در کودکی و نوجوانی؛ *دکتر ایلناز پوهدری* ۲۹
جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی نارضایتی جنسیتی؛ *دکتر مائده پرویزی* ۳۰
اختلالات همراه در نارضایتی جنسیتی ـ نارضایتی جنسیتی در اختلال طیف اوتیسم؛ *دکتر فاطمه رنجبر* ۳۱
مدیریت علائم و نحوهٔ برخورد با نارضایتی جنسیتی در کودکی و نوجوانی؛ *دکتر اعظم میدری* ۳۲
تعریف مهاجرت و انواع آن؛ *دکتر صدیقه مفردنژاد* ۳۴
مهاجرت و چالش‌های فرهنگی؛ *دکتر فروغ ریاحی* ۳۵
مهاجرت و سلامت روان؛ *دکتر اشرف تشکری* ۳۷
مهاجرت و اختلالات عصبی تکاملی؛ *دکتر سارا مجتی* ۳۸
شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی در کودکان و نوجوانان؛ *دکتر الهام شیرازی* ۳۹
Gut-Brain Axi و نقش آن در اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان؛ *دکتر ایوب مالک* ۴۰
اجتناب از مدرسه قبل، حین و بعد از همه گیری جهان گستر کووید ـ ۱۹ در کودکان و نوجوانان؛ *دکتر آزاده ملکیان* ۴۱
تعریف، تاریخچه و فاکتورهای دخیل؛ *دکتر مهین اسلامی* ۴۲
خانواده درمانی؛ *دکتر معصومه موسوی* ۴۳
ارتباط و اضطراب؛ *علیرضا آغاز* ۴۴
مشکلات ارتباطی در نوجوانان؛ *دکتر امین ماهورام* ۴۵
بررسی ناامیدی و نگرش ناکارآمد در افراد تحت حمایت مراکز کودکان کار جنوب شهر تهران سال ۱۴۰۰؛ *مهرنوش اینانلو* ۴۴
مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی کودکان کار و نقش پنهان آنان بر آینده روانی جامعه ایران؛ *سید مجید میرابوالقاسمی* ۴۷
بررسی مهارت‌های زبانی و حافظه در کودکان کار؛ *سکینه محمدزمانی* ۴۸
سازمان‌دهی کودکان خیابانی (آیین‌نامه‌ها و خیریه‌ها)؛ *دکتر فرشته شکیبایی* ۴۹
فرزندخواندگی؛ *دکتر مسعود ازهر* ۵۱
اهمیت انگ و سلامت روان؛ *دکتر حسن شاهرخی* ۵۵

تعریف و مدل‌های تاب‌آوری

دکتر المیرا لایق؛ روانپزشک

تعریف تاب آوری[1]

ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه‌دار و توانایی در ترمیم خویشتن. تاب‌آوری یعنی اینکه فرد بتواند قوام و سلامت روانشناسی خود را در مواجهه با سختی‌ها حفظ کند.

تعریف تاب‌آوری در کودکان

تاب‌آوری انعطاف‌پذیری و توانایی«بازگشت» پس از چالش‌ها و زمان‌های سخت است. برای کودکان، چالش‌ها و زمان‌های سخت، تجربیاتی مانند شروع مدرسه یا مهدکودک جدید، تغییر خانه یا ورود یک خواهر یا برادر به خانواده است. چالش‌ها همچنین می توانند شامل تجارب جدی مانند قلدری، فروپاشی خانواده، بیماری خانوادگی یا مرگ باشند. تاب‌آوری ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس و فاجعه است.

دلایل اهمیت تاب‌آوری

مهمترین دلیل تطابق مناسب و کارآمد فرد با محیط پیرامون خود خواهد بود. حفظ سلامت روان و ممانعت از ایجاد بیماری یا اختلال از دلایل دیگری است که ما را به اهمیت تاب‌آوری واقف می‌کند. در تاب‌آوری فرد به کشف جنبه‌ها و توانمندی‌های جدیدی از خود می‌رسد که تا پیش از این به آن واقف نبوده. تقویت مهارت حل مسأله که منجر به ایجاد مدارهای نورونرانسمیتری تازه در مغز شده و بعضاً در استرس‌های بعدی به کار فرد می‌آید را نباید نادیده گرفت. از طرفی در فرایند تاب‌آوری تعامل فرد با دنیا و دیگران بهینه و بازسازی می‌شود.

در سال ۱۹۹۱ آقای نورمن گارمزی عنوان کرد که تاب‌آوری به مفهوم فقدان استرس یا تنش نیست بلکه ظرفیت بهبود در مواجهه با اضطراب و شرایط سخت است. پس از آن در سال ۲۰۰۱ خانم آن مارتین نیز از اصطلاح (معجزه نرمال بودن) یاد کرد که تأکید بر این نکته بود که آدم‌های تاب‌آوری الزاماً انسان‌های محیرالعقول یا با توانمندی ویژه نیستند. آنها آدم‌های معمولی هستند که یاد می‌گیرند با شرایط سخت و چالش‌ها مدارا کنند. تا پیش از این تمرکز تحقیقات بر پیدا کردن افرادی بود که در تاب‌آوری ناکام بودند و محققان به دنبال علت این ناکامی‌ها می‌گشتند اما از پنجاه سال قبل تمرکز روی آدم‌هایی گذاشته شد که این فرایند را با موفقیت پشت سر گذاشته‌اند. بنابراین مسیر پژوهش‌ها از فرایندی بیمار محور بر سلامت محور تغییر یافت. از طرفی انجام عملیات مداخله‌ای مبنی بر تقویت تاب‌آوری مسیر تحقیقات را گسترده‌تر کرد.

فاکتورهای خطر و فاکتورهای حمایتی

فاکتورهای حمایتی همان واسطه‌هایی بودند که باعث تقویت تاب‌آوری شدند که آنها را به سه دسته تقسیم کردند:

۱) فردی
۲) خانوادگی
۳) اجتماعی

[1] Resilience

فاکتورهای فردی شامل ویژگی‌های فردی، کراکتر، جنسیت که در دخترها تاب‌آوری بیشتر دیده شد، ژنتیک، مهارت‌های فردی هیجانی، سلامت جسمی و ... بود.

فاکتور خانوادگی شامل دلبستگی ایمن دوران کودک، تربیت مناسب والدین فاقد اختلال یا مصرف مواد و ... بود.

فاکتورهای اجتماعی نیز شامل حمایت‌های محیطی، مدرسه خوب، همسایگان، محیط زندگی، عضو گروه مذهبی یا فرقه‌ای بودن و ... شد.

فاکتورهای خطر شامل مواردی شد که در صورت وجود میزان تاب‌آوری کاهش پیدا می‌کرد، مانند تروما در بررسی‌ها دیده شد هرچه تعداد تروما و عوامل خطر بیشتر شد ریسک اختلالات ایجاد شده بیشتر شد. مثلاً در حضور بیش از شش تروما ریسک اختلالاتی چون کانداکت و بزهکاری۵/۲ برابر و اختلالات افسردگی و اضطراب ۸/۱ برابر بیشتر شد. این پدیده را اثر تجمعی نامیدند.

ویژگی‌های تاب‌آوری

داینامیک است و پویا، در گذر زمان و با آموزش قابلیت بهبود و ارتقا دارد.

نیاز به ویژگی فردی خاصی ندارد و انسان‌های معمولی هم قابلیت تاب‌آوری دارند. در واقع آدم‌ها تاب‌آوری به دنیا نمی‌آیند بلکه در گذر زمان کسبش می‌کنند. از زمانی به زمان دیگر و از موضوعی به موضوع دیگر متغیر است.

انواع تاب‌آوری

۱) فیزیکی: توانایی جسمی آدم‌ها برای مقابله با شرایط سخت و چالش‌ها
۲) ذهنی: توانایی روبرویی با چالش‌ها از طریق مهارت حل مسأله، خلاقیت، ایده‌های جدید و انعطاف‌پذیری
۳) هیجانی: چگونگی مدیریت هیجان و عواطف در روبرویی با مصائب و مشکلات و تطابق با افکار منفی احساسات نامطلوب، خشم و ترس و ...
۴) اجتماعی: تاب‌آوری بر اساس روابط اجتماعی، شبکه دوستان و خانواده و حمایت‌های اجتماعی.

تاب‌آوری تحصیلی

دکتر افسانه کرباسی عامل؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

تاب آوری تحصیلی به معنی ظرفیت عملکرد تحصیلی بالای دانش آموز علیرغم وجود زمینهٔ نامناسب و زیان‌بار می‌باشد. در اکثر کشورها دیده شده است که گروهی از کودکان علیرغم زمینه چالش دار از نظر تحصیلی موفقند، به این دانش آموزان، تاب‌آور می‌گویند.
اصطلاح تاب‌آوری از سال ۱۹۷۰، تاب‌آوری تحصیلی از سال ۱۹۹۴ و تاب‌آوری در ریاضی از سال ۲۰۱۳ مورد توجه قرار گرفته است.
اولین قدم تعیین تعریف دقیقی از تاب‌آوری تحصیلی می‌باشد که پایه‌ای برای انجام تحقیقات بعد می‌باشد. یکی از تعاریف مورد قبول به شرح زیر می‌باشد:
دانش آموزی که در ردهٔ ۲۵ درصد پایین وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی و فرهنگی خود می‌باشد اما عملکرد تحصیلی او در ردهٔ ۲۵ درصد بالای عملکرد تحصیلی جامعه خود است، به عبارتی هم تعریف زمینه نامساعد و هم تعریف موفقیت تحصیلی به صورت نسبی و برای هر جمعیتی به طور جداگانه تعیین می‌شود.
تاب آوری تحصیلی دانش آموزان را در طی زمان می‌توان کاهش یا افزایش داد. عواملی که با افزایش تاب‌آوری و موفقیت تحصیلی مرتبط است به شرح زیر می‌باشد:

۱) اعتماد بنفس
۲) داشتن انگیزه و ارزش دادن به یادگیری
۳) تأیید توانمندی دانش آموز توسط معلم
۴) تحصیل در مدرسه‌ای با زبان مادری دانش آموز
۵) ساختار خانواده و اهمیت دادن والدین به آموزش
۶) خواندن بعنوان یکی از عوامل پرکردن اوقات فراغت
۷) حضور در مهد کودک و کودکستان
۸) آشنایی با مفاهیم ریاضی در سالهای اول مدرسه
۹) تحصیل در مدرسه‌ای که قانونمند است و جو ارتباطی مثبت دارد و حس تعلق را در دانش آموز تقویت می‌کند.
۱۰) بالا بودن توانمندی‌های اجتماعی، هیجانی دانش‌آموز
۱۱) سطح بالاتر تحصیلات والدین
۱۲) عدم وجود وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی پایین برای مدت زمان طولانی
۱۳) وجود رابطه خوب بین والدین و دانش‌آموز خصوصاً در جهت تقویت مهارت‌های تفکر و حل مسأله برای حل مشکلات تحصیلی.
۱۴) تحصیل در مدرسه‌ای که تعداد دانش آموزانی که در زمینه نامناسب تحصیلی هستند، کمتر باشد.

- پسران در مجموع نسبت به دختران تاب آوری تحصیلی بالاتری دارند، البته در میان دانش آموزان مهاجر، دختران موفق تر از پسران هستند.
- مطالعات نشان داده است که مهاجرت ارتباط منفی با تاب آوری تحصیلی دارد.

تاب‌آوری در ریاضی

تاب‌آوری در ریاضی با انعطاف‌پذیری و قدرت تصمیم‌گیری مناسب در موقعیت‌های جدید زندگی ربط دارد، البته به شرطی که جو یاددهی توأم با تأکید بر توانمندی، سازگاری و امید باشد و تهدید، ترس از نتیجه بد و تنبیه با آن توأم نباشد.

مدت زمان کم برای تمرین ریاضی در منزل باعث کاهش تاب‌آوری در ریاضی می‌شود. از طرف دیگر مطالعات نشان داده است که تکلیف در منزل بیشتر از ۳ ساعت در هفته باعث بهبود بیشتر این نوع از تاب‌آوری نشده است. وجود اضطراب و حس ناکارآمدی حین حل مسائل ریاضی، تأثیر مثبتی در افزایش تاب‌آوری در عرصه زندگی نخواهد داشت.

سه حوزهٔ مؤثر در جهت تربیت دانش‌آموزان تاب‌آور در ریاضی موادر زیر می‌باشد:

- ارزش: فکر کردن در جهت حل مسأله ریاضی ارزش دارد نه صرفاً حل کردن آن.
- کوشش: مسائل ریاضی برای همه سخت است و لازم است با آن رو به رو شد و تلاش کرد.
- رشد: توانمندی همه افراد در حل مسائل ریاضی قابل توسعه و ارتقاء است.

تصویر بدن و رسانه

دکتر سرور آرمان؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

تصویر بدن مفهومی است که تحت تأثیر ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی قرار می‌گیرد. بنا به تعریف درک، تفکرات، و احساس ما از بدنمان، تصویر بدن را شکل می‌دهد. تصویر بدن دو قسمت هیجانی و شناختی دارد. در دهه‌های اخیر فشار اجتماعی روی زنان برای تقلید از الگوی غربی برای لاغر و باریک بودن بدن وجود دارد. در مورد مردان هم تأکید بر فرم و شکل بدن وجود دارد و از بدن نیمه برهنه بدن. مردان در تبلیغات عطر، بستنی و ... استفاده می‌شود. سه فاکتور مهم رسانه (مدیا)، تأثیر همسالان و اثرات خانواده می‌باشد. فرهنگ عاملی است که بر هر سه عامل اثرگذار است. به عنوان مثال فرهنگ تأثیر زیادی بر برنامه‌های رسانه دارد که مردم در معرض آن قرار می‌گیرند.

فشار فرهنگ غرب بر نوجوانان مبنی بر لاغر بودن و تبعیت از رژیم‌های غذایی ناسالم منجر به پیدایش اختلالات خوردن، اختلالات بد شکلی بدن، افسردگی و اعتماد به نفس پایین افراد شده است. مقایسه خود با با دیگران در محیط اطراف و مقایسه با استانداردهای زیبایی معرفی شده باعث ایجاد دلواپسی و نگرانی در فرد می‌شود. فرد فاصله زیادی بین آنچه هست و آنچه باید باشد احساس می‌کند. تسلط فرهنگ غرب بر جوامع مختلف باعث شده که بدن ایده‌ال در زنان لاغر بودن و در مردان لاغر بودن پایین تنه و عضلانی بودن بالا تنه به عنوان استاندارد زیبایی معرفی شود. مطالعات فرهنگی نشان می‌دهد که سفید پوستان بیشتر از رنگین پوستان از استانداردهای غربی تبعیت می‌کنند.

علاوه بر بدن، استانداردهای فرهنگ غربی در مورد چهره و اجزا صورت نیز باعث فشار اجتماعی بر زنان می‌باشد. بعنوان مثال در آسیایی‌ها خصوصاً کشورهای هند، پاکستان و بنگلادش، رنگ پوست روشن یک امتیاز محسوب می‌شود در حالی که در جامعه استرالیا رنگ پوست برنزه ایده ال به شمار می‌آید. با توجه به خطرات چاقی و ارتباط ان با عوارض قلبی عروقی، دیابت و فشار خون، همه دست اندرکاران سلامت با پدیده چاقی مبارزه می‌کنند. اما به جای لاغری و رژیم‌ها و رفتارهای ناسالم فرهنگ غربی، استیل زندگی سالم از جمله رفتارهای تغذیه‌ای سالم و ورزش مناسب را توصیه می‌کنند.

علائم اتیسم در نوجوانان تشخیص داده نشده

دکتر کتایون رازجویان؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

اختلال طیف اتیسم، اختلالی عصبی رشدی است که تشخیص آن بسته به شدت علائم، میزان اختلال در رشد اجتماعی و هیجانی و حسی حرکتی، اشکال در عملکرد و آشنایی درمانگران و خانواده با علائم دارد. در حال حاضر توجه زیادی به تشخیص زودرس و درمان زودرس شد است که اثر چشم‌گیری در بهبود پیش آگهی مبتلایان دارد اما مشکل در افراد مبتلایی است که در کودکی علائم خفیفی دارند و تشخیص داده نمی‌شوند ولیکن با بالا رفتن سن و افزایش نیازهای اجتماعی و ارتباطی و عدم درمان علائم خفیف در سن پایین دچار دشواری‌هایی می‌شوند که در صورت عدم توجه به سابقه رشدی می‌توانند تشخیص‌های متفاوت و سنگین‌تر مانند اختلال وسواس جبری، اختلال خلقی، اسکیزوفرنی و انواع اختلالات شخصیتی را دریافت کنند. معمولاً داروها به تنهایی قادر به حل مشکل نمی‌باشند و باعث سردرگمی فرد اتیسم و درمانگران می‌شوند.

تشخیص مستلزم ارزیابی دقیق و طولانی از فرد و خانواده می‌باشد. درمان نیز یک کار تیمی شامل روانپزشک، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر و روانشناس که تجربه کار با این طیف را دارند می‌باشد. نکته مهم این است که هیچ گاه برای تشخیص صحیح و درمان دیر نیست و تشخیص نیاز به آشنایی با علائم طیف در بزرگسالی و گذاشتن زمان طولانی برای ارزیابی می‌باشد.

توصیه می‌شود دوره‌هایی برای آشنایی روانپزشکان بزرگسال با علائم طیف اتیسم در بزرگسالی برگذار شود تا بزرگسالان مبتلا به طیف اتیسم که تشخیص داده نشده‌اند دچار استیگماهای مختلف نشوند.

بلوغ و رفتارهای جنسی در اتیسم

دکتر سید محمد علی میری؛ دکترای روانشناسی

متخصصان بلوغ جنسی را مرحله‌ای از رشد انسان که قادر به ایفای نقش جنسی شده و تولیدمثل می‌باشد، توصیف می‌کنند. بلوغ در پسران با احتلام (خروج منی) پدید می‌آید و در دختران اولین علامت بلوغ رشد پستان (جوانه زدن) است (جورگنس و کیدنیگ، ۱۹۹۱؛ لی، ۱۹۸۰).

بر اساس سازمان بهداشت جهانی دوره بلوغ و نوجوانی از ۱۰ تا ۱۹ سالگی را شامل می‌شود که در مناطق مختلف و تحت تأثیر شرایط مختلف سن شروع آن متغیر است، که عوامل ارثی، خانوادگی و نژادی، عوامل اقتصادی و اجتماعی، چاقی، بیماری‌ها و اختلال‌های همراه، سوء تغذیه و ... در سن بروز مؤثر است. درخصوص اختلال طیف اتیسم نیز مطابق همین الگو است.

ما در دوران بلوغ، فقط با بعد جسمی و جنسی سر و کار نداریم، بلکه در این دوران نوجوان چالش‌های اجتماعی، هیجانی و عاطفی را نیز تجربه می‌کند و مهم می‌باشد.

در بحث بلوغ به دلیل فرهنگ، دین و تجربیات شخصی والدین تمایل و رغبتی برای باز کردن بحث و آموزش‌های لازم را ندارند و با بیان جزئیات با فرزند خود صحبت نمی‌کنند، و زمانی که فرزند دارای اتیسم باشد موضوع پیچیده‌تر خواهد شد و باورهای اشتباه متعددی در این حوزه به آن دامن می‌زند، دیدگاهی که بیان می‌کند فرد اتیسم تمایل جنسی ندارد و در مقابل اینکه این افراد تمایلات جنسی بیش از اندازه‌ای دارند. اما رفتارهای جنسی نامناسبی از این افراد ممکن است دیده شود که والدین را با چالش مواجه کرده است که از جمله فراوان‌ترین آنها می‌توان به خودارضایی، عدم رعایت پوشش مناسب در حضور دیگران، بازی با اندام تناسلی به صورت پنهانی و یا درحضور دیگران.

بر همین اساس لازم است که والدین در کنار مشاورین و معلمان مدرسه موضوعات اصلی و اساسی زیر را به فرزند خود آموزش دهند:

- اندام خصوصی و عمومی
- مکان عمومی و خصوصی
- انواع ارتباط

اما سرفصل‌های جزئی دیگری در مقاله‌ای که به صورت فراتحلیل انجام شده بود و ذکر کرده بود که لازم است هر نوجوان یاد بگیرد عبارتنداز:

- مسائل مربوط به اندام جنسی و مسائل جنسی (آناتومی تولید مثل، بلوغ، تصویر بدن، هویت جنسی و ...)
- مسائل مربوط به حوزه ارتباط (ازدواج، عشق، دوستان، خانواده و ...)
- مسائل مربوط به مهارت‌های فردی (ارزش‌ها، تصمیم‌گیری، درخواست کمک و ...)
- مسائل مربوط به رفتارهای جنسی (خودارضایی، به اشتراک گذاشتن رفتار جنسی، پرهیز جنسی و ...)
- مسائل مربوط به بهداشت جنسی (بارداری، بیماری‌های مقاربتی و ...)
- مسائل مربوط به فرهنگ و اجتماعی (نقش‌های جنسی و جامعه، مسائل جنسی و محتوای رسانه و ...)

نکته‌ای که در آموزش‌ها مورد غفلت قرار گرفته مسائل مربوط به فرهنگ و اجتماع است و لازم است با رشد نفوذ رسانه‌های آموزش‌های لازم به جهت استفاده صحیح و کاهش موارد سوء استفاده جنسی داده شود.

در نوجوانی به دلیل ترشح هورمون که برای رشد بدن صورت می‌گیرد، نوسانات خلقی و هیجانی اتفاقی شایع است، و نکته دیگر اینکه فرد در حال وارد شدن به بزرگسالی است موضوعاتی چون دوستان، استقلال، هویت و تنهایی از چالش‌های مطرح در این دوران است که لازم است خانواده دانش و اطلاعات خود را بالا برده تا بتواند در مدیریت این رفتارها به فرزند خود کمک کند.

در خصوص تربیت جنسی سازمان مطرح بین‌المللی همچون یونیسف، سازمان بهداشت جهانی و یونسکو برنامه‌های را آماده و ارائه کرده‌اند، اما نکته حائز اهمیت در این محتواهای آموزشی، توجه به فرهنگ، ارزش و دیدگاه‌های خانواده است و عموماً این آموزش‌ها تا سن نوجوانی در ایران به تأخیر می‌افتد، در حالی که این آموزش‌ها از سنین کمتر باید شروع شود به عنوان مثال در بحث آموزش مکان عمومی و خصوصی و همچنین اندام‌های خصوصی و عمومی بهتر است فرد دارای اتیسم تا قبل از ورود به دوران نوجوانی در انجام حداقل سه کار شخصی و روزمره خود مستقل شود (دستشویی رفتن، حمام کردن و لباس پوشیدن).

در خصوص نحوهٔ آموزش‌ها و اجرای برنامه‌های تربیت جنسی ترتیب این برنامه به این صورت است: نیازسنجی، هدف گذاری، راهبرد علمی و روش مبتنی بر شواهد علمی، برنامه اجرایی، انطباق و اجرا و در نهایت ارزیابی.

اینکه در نهایت ما چه کار می‌توانیم بکنیم، به این موضوع می‌رسیم که تبیین علت بروز رفتارهای جنسی و دوران بلوغ برای خانواده و فرد دارای اتیسم در درجه اول که باور درست و صحیحی را به دست بیاورند، آموزش اندام‌های خصوصی، مکان عمومی و خصوصی و بهداشت شخصی، و در مرحله بعد آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی و برنامه‌های انتقال به بزرگسالی، وجود همکاری و هم سویی بین مدرسه و خانواده و بحث دیگر اینکه این آموزش‌ها بخشی از آن باید شخصی سازی شده و خصوصی صورت بگیرد و بخش دیگر گروهی، توجه و احترام به ارزش‌های خانواده، اهمیت اجتماع و قوانین اجتماعی نیز باید مدنظر آموزش دهنده باشد. توجه به ابزارهای الکترونیک و یاددهی قوانین مربوط به آن از جمله موارد مورد اهمیت است که نباید از آن غافل بود.
استفاده از تصویر، نماد و نشانه، نقش بازی کردن، برگزاری جلسات خصوصی و گروهی، بازی، داستان و تکرار در موقعیت‌های مختلف و راه‌های دیگر می‌تواند از جمله روش‌های آموزشی مؤثر در این حوزه باشد. و نکته آخر اینکه در همه فرایندهای آموزشی حتماً والدین باید درگیر باشند و تأکید بر توانمندسازی والدین باشد تا آنها بتوانند رفتار فرزند خود را مدیریت کنند.

مداخلات غیردارویی در نوجوانان با اختلال طیف اوتیسم

دکتر نجمه توکلیان؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

در بسیاری از کودکان در اواخر دوران کودکی یا نوجوانی تشخیص اوتیسم مطرح می‌شود. بسیاری از درمان‌ها و حمایت‌ها می‌توانند به کودکان کمک کنند، از جمله برخی که به طور خاص برای این گروه سنی طراحی شده‌اند. درمان‌ها و حمایت‌ها برای کودکان و نوجوانان شامل درمان شناختی و رفتاری، مدل‌سازی، آموزش همتایان، آموزش خود مدیریتی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و موارد دیگر است.

رویکردهای رفتاری

این رویکردها با درک آنچه قبل و بعد از رفتار اتفاق می‌افتد، بر تغییر رفتارها تمرکز می‌کنند. رویکردهای رفتاری بیشترین شواهد را برای درمان علائم ASD دارند. یک درمان رفتاری قابل توجه برای افراد مبتلا به ASD، آنالیز رفتار کاربردی (ABA) نامیده می‌شود. ABA رفتارهای مطلوب را تشویق می‌کند و از رفتارهای نامطلوب برای بهبود مهارت‌های مختلف جلوگیری می‌کند و پیشرفت‌ها ردیابی و اندازه‌گیری می‌شوند.

رویکردهای تکاملی

این روش‌ها بر بهبود مهارت‌های رشدی خاص، مانند مهارت‌های زبانی یا مهارت‌های فیزیکی، یا طیف وسیع‌تری از توانایی‌های رشدی به هم پیوسته تمرکز دارند. این رویکردها اغلب با رویکردهای رفتاری ترکیب می‌شوند. رایج‌ترین درمان‌های این دسته برای افراد مبتلا به ASD، گفتار درمانی و کار درمانی است. کاردرمانی مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که به فرد کمک می‌کند تا حد امکان مستقل زندگی کند. مهارت‌ها ممکن است شامل لباس پوشیدن، غذا خوردن، حمام کردن و ارتباط با افراد باشد. کاردرمانی همچنین می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- درمان یکپارچگی حسی برای کمک به بهبود پاسخ‌ها به ورودی‌های حسی که ممکن است محدود کننده یا طاقت‌فرسا باشند.
- درمان فیزیکی می‌تواند به بهبود مهارت‌های فیزیکی مانند حرکات ظریف انگشتان یا حرکات بزرگ‌تر تنه و بدن کمک کند.

رویکردهای روابط اجتماعی

این رویکرد بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و ایجاد پیوندهای عاطفی تمرکز دارند. برخی از رویکردها والدین یا همسالان را درگیر می‌کنند. مدل مداخله توسعه روابط (RDI) شامل فعالیت‌هایی است که انگیزه، علاقه و توانایی برای مشارکت در تعاملات اجتماعی مشترک را افزایش می‌دهد. یک روش دیگر داستان‌های اجتماعی است که توضیحات ساده‌ای از آنچه در یک موقعیت اجتماعی باید انتظار داشت ارائه می‌کنند. آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و نوجوانان کمک می‌کند تا خواندن نشانه‌های غیرکلامی مانند تماس چشمی، زبان بدن، لحن صدا و حالت چهره را بیاموزند. اغلب مهارت‌هایی مانند دیدن چیزها از دیدگاه دیگران، حل مشکلات اجتماعی و درک قوانین اجتماعی و عاطفی را پوشش می‌دهد. برخی از برنامه‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی توسط یک درمانگر

یا یک معلم برای کودک یا گروهی از کودکان خاص طراحی شده است. برخی دیگر ممکن است توسط شخصی اجرا شوند که برای استفاده از یک برنامه خاص آموزش دیده است. اینها شامل برنامه احساسات Westmead، برنامه تفکر اجتماعی، Stop Think Do یا برنامه آموزش و تقویت مهارت‌های ارتباطی (PEERS) است.

والدخوانده و تکامل کودک

دکتر فاطمه سیفی؛ دکتر روانشناسی

خانواده‌های ترکیبی (ناتنی) که در آن یک یا هر دو والد، به عنوان والدخوانده هستند، اغلب استرس‌ها و چالش‌هایی را تجربه می‌کنند. از جمله این چالش‌ها عبارتند از: تغییرات در کیفیت رابطه والد ـ فرزند، سوگ (ترکیبی از خشم، رهاشدگی، دوست داشتن)، ابهام در مرزهای خانوادگی، هماهنگی والدین در فرزندپروری.

واکنش‌های کودک نیز در چنین خانواده‌هایی همراه با تجربه سوگ ناتمام، احساس گناه، عزت نفس پایین، رفتارهای پس رونده (برای مثال، شب ادراری) است. کودک در مراحل مختلف رشدی، نسبت به پذیرش عضو جدید در خانواده واکنش‌هایش متفاوت است. هر چه سن او پایین‌تر (زیر ۱۰ سال) احتمال انطباق او با شرایط جدید بیشتر است، هر چند چنین کودکی ممکن است به دلیل خود مرکز بین بودن، باور داشته باشد که خودش عامل جدا شدن خانواده است. در سن ۱۰ تا ۱۴، انطباق‌پذیری و پذیرش عضو جدید سخت‌تر است و احتمال بروز آشکارانه احساسات و هیجانات پایین‌تر است. سن ۱۵ به بالا که اوج نوجوانی است، از جمله حساس‌ترین و سخت‌ترین دوره برای پذیرش است چرا که نوجوان تمایل به استقلال، هویت‌یابی و تمایز یافتگی خویشتن دارد.

به منظور ارزیابی بالینی چنین خانواده‌هایی تأکید می‌شود چهار حیطه مهم خانوادگی توسط درمانگران مورد بررسی قرار گیرند:

- سلامت روان زوج، ثبات آنها و روابطشان، نقاط قوت
- رابطه همسر قبلی با والد خوانده و نحوه هماهنگی آنها با هم بر سر مسائل فرزندپروری
- رابطه والد ـ خوانده با همسر فعلی و هماهنگی با او
- واکنش‌های سوگ هر یک از اعضای خانواده

در درمان چنین خانواده‌هایی نیز توصیه می‌شود رفتارهای ناشی از سوگ کودک به دقت مورد بررسی و پردازش قرار گیرد. چرا که کودک ممکن است با نشان دادن بدرفتاری، لجبازی و پرخاشگری به عنوانی ماسک یا زره دفاعی خود در برابر سوگش واکنش نشان دهد. چارچوب‌بندی مجدد رفتارهای مقابله‌ای کودک در شرایط جدید از جمله مداخلات مهم درمانگر محسوب می‌شود. آموزش روانشناختی، کمک به اعضای خانواده برای پردازش سوگ ناتمامشان، روشن‌سازی و شفاف‌سازی مرزها در خانواده، تعیین مجدد نقش‌ها و قوانین خانوادگی در شرایط جدید از جمله دیگر مداخلات حائز اهمیت به شمار می‌آیند. در آخر، توصیه می‌شود پویایی و تجارب منحصر به فرد هر یک از این خانواده‌ها در ارزیابی، فرمول‌بندی و مداخلات خانواده با دقت نظر بیشتر و همراهی تیم درمان (متشکل از روانپزشک، روان‌شناس و مددکار اجتماعی) مورد پردازش قرار گیرد.

کودکان خانواده‌های تک والد

دکتر نسرین دودانگی؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

در بحبوحه تحولات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در دهه‌های اخیر، خانواده‌ها متنوع‌تر و پیچیده‌تر شده‌اند. از جمله این تغییرات، تنوع در ساختار خانواده‌ها و تغییر در نقش‌های جنسیتی، افزایش تنوع فرهنگی و نابرابری اقتصادی، و روند زندگی خانوادگی سیال‌تر می‌باشد.

مدل تیپیک خانواده که در دهه ۱۹۵۰ به صورت خانواده هسته‌ای دست نخورده و سفید پوست، طبقه متوسط، به سرپرستی پدر نان‌آور و مادر خانه‌دار امروزه تنها یک گروه محدود در بین طیف وسیعی از خانواده‌ها را تشکیل می‌هد. این ساختارها شامل خانواده‌های دو نفره، خانواده‌های مطلقه، خانواده‌های تک والدی، و خانواده‌های ناتنی، زندگی مشترک والدین مجرد، مراقبت از خانواده گسترده، والدین همجنس‌گرا و ... می‌شود.

با توجه به تنوع ساختارهای خانواده، تأثیرات فرهنگی و اجتماعی ـ اقتصادی، و زمان‌بندی رویدادهای گره‌ای، هیچ مدل یا مسیر زندگی متوالی نباید به عنوان استاندارد یا ضروری برای رشد سالم کودک در نظر گرفته شود.

تقریباً نیمی از کودکان و بیش از ۶۰ درصد از کودکان فقیر و اقلیت‌های قومی، برای مدتی در خانواده‌های تک والدی زندگی می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد کودکان می‌توانند در ساختارهای مختلف خانواده به خوبی بزرگ شوند، با این حال انتقال‌های مخرب خانواده، ناراحت‌کننده است و روابط بسیار ناپایدار خطر ناسازگاری کودک را افزایش می‌دهد. آنچه برای رشد و تاب‌آوری سالم کودک اهمیت دارد، مراقبت از روابط متعهد و فرآیندهای مؤثر خانواده در طول گذارهای استرس‌زا است.

انتقال غیرعادی ـ پیش‌بینی نشده و نابهنگام ـ در زندگی خانوادگی بسیار مخرب است و خطر مشکلات عاطفی و رفتاری کودک و نوجوان را افزایش می‌دهد. کنار آمدن با از دست دادن ناشی ازمرگ، دردناک ترین چالشی است که یک خانواده باید با آن روبرو می‌شود.

کودکانی که والدین یا مراقب اصلی خود را از دست می‌دهند در معرض خطر عوارض طولانی مدت هستند: مانند مشکل در ایجاد وابستگی‌های صمیمی یا ترس فاجعه بار از جدایی و رها شدن. نوجوانان، با انگیزه رشدی خود برای جدایی، ممکن است کناره‌گیری کنند، و تلاش‌های خانواده در نزدیکی و حمایت متقابل را رد کنند و حتی واکنش‌هایی مانند نوشیدن، مصرف مواد مخدر، دزدی، اختلالات خوردن، فعالیت جنسی و بارداری نشان بدهند.

انتقال خانواده‌ها از مرحله طلاق والدین یک سری چالش‌ها را در طول زمان ایجاد می‌کند و به ویژه در سال اول دردناک و مخرب است. با این حال، ادعاهایی مبنی بر اینکه طلاق به طور اجتناب‌ناپذیری به کودکان آسیب می‌زند، توسط تحقیقات طولانی رد شده است.

علیرغم برخی گزارش‌ها مبنی بر نرخ بالاتر مشکلات فرزندان والدین مطلقه نسبت به خانواده‌های سالم، کمتر از یک کودک از هر چهار فرزند خانواده‌های مطلقه مشکلات جدی یا پایدار را نشان می‌دهد. این در حالی است که اکثریت قریب به اتفاق کودکان به طور معقولی سازگار می‌شوند و یک سوم آنها به طور قابل توجهی خوب عمل می‌کنند.

در خانواده‌های پر تعارض، کودکانی که والدینشان طلاق می‌گیرند بهتر از آنهایی که خانواده‌شان دست نخورده باقی می‌ماند، عمل می‌کنند. آنچه برای سازگاری اهمیت دارد کیفیت روابط با والدین و بین والدین قبل و بعد از طلاق است. والدین ممکن است به کمک نیاز داشته باشند تا یکدیگر را تحقیر نکنند یا از کودک در اختلافات یا رقابت برای

وفاداری سوء استفاده نکنند.

مداخله زودهنگام پیشگیرانه یا مشاوره با خانواده می تواند از یک بحران بزرگ یا مارپیچ پریشانی جلوگیری کند. مداخله مختصر خانواده زمانی مفید است که شکایت اصلی، گذر از انتقال‌های خانواده است. در صورت وجود عوامل استرس‌زای مزمن متعدد یا عوارض تروما و تلفات گذشته ممکن است به خانواده درمانی فشرده‌تری نیاز باشد.

تعریف، انواع و علل خشونت خانگی

دکتر مریم زوارموسوی؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

خشونت هر اقدام فیزیکی/ جسمی یا روحی و روانی، صدمه و آزار، بی‌توجهی و رفتار ناشی از بی‌توجهی، سوء رفتار یا سوء استفاده، از جمله سوء استفاده جنسی، عاطفی و جسمی است.

سازمان بهداشت جهانی نیز کودک آزاری را استفاده عمدی از قدرت یا نیروی فیزیکی، تهدید و یا استفاده واقعی از نیروی فیزیکی علیه کودک توسط یک فرد یا گروه که یا به صورت عملی به سلامتی، حیات، رشد و همچنین عزت نفس کودک به صورت بالفعل و یا بالقوه صدمه بزند و یا احتمال ایجاد صدمات بعدی را افزایش دهد می‌داند. خشونت در تمام کشورهای جهان و در هر فرهنگ و نژاد و هر سطح اقتصادی علیه کودکان رخ می‌دهد.

در سطح جهان تخمین زده می‌شود که در سال گذشته بیش از یک میلیارد کودک ۲ تا ۱۷ ساله خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی یا بی‌توجهی را تجربه کرده‌اند. مطالعات نشان می‌دهند که کودکان و نوجوانان خشونت را در چندین موقعیت و مکان مختلف تجربه می‌کنند: خانه، مدرسه و سایر مکان‌های آموزشی و مؤسساتی مانند پرورشگاه یا خانه‌های کودکان، زندان و ... محل کار.

خشونت خانگی؛ خشونتی است که در محیط خصوصی خانواده به وقوع می‌پیوندد و عمیقاً بین افرادی رخ می‌دهد که به سبب صمیمیت، ارتباط خونی یا قانونی به یکدیگر پیوند خورده‌اند. با توجه به این تعریف، هر نوع بدرفتاری جسمانی، جنسی، عاطفی یا روانشناختی که سلامت ساکنان خانه را در معرض خطر قرار دهد خشونت خانگی در نظر گرفته می‌شود.

خشونت خانگی می‌تواند به صورت همسر آزاری، کودک آزاری و سالمند آزاری باشد. انواع کودک آزاری می‌تواند به صورت جسمی، عاطفی، جنسی، اقتصادی و غفلت باشد.

تأثیر خشونت خانوادگی بر کودکان و نوجوانان

دکتر مریم کوشا؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

مهم‌ترین قربانیان خشونت در خانواده، فرزندان هستند.
اثرات خشونت در خانواده از قبل از تولد شروع و تا بزرگسالی ادامه دارد.

نقش والدین در ایجاد خشونت:

۱) انتقال ژنتیک پرخاشگری
۲) اثرات اپی ژنتیک حاصل از مواجه با خشونت
۳) روش‌های معیوب فرزندپروری

نقش عوامل زمینه‌ای در ایجاد خشونت:

۱) فقر
۲) عوامل اجتماعی
۳) عوامل فرهنگی
۴) عوامل سیاسی

استرس و مواجه با خشونت در دوران بارداری روی تکامل سیستم عصبی ـ رفتاری جنین اثر می‌گذارد.

۱) تأثیر روی نوروبیولوژی مغز
۲) تأثیر روی مزاج کودک
۳) تأثیر روی توانایی شناختی جنین

اثرات خشونت در خانواده در دوران نوجوانی

- رفتارهای خودزنی، خودکشی
- مورد سوء رفتار قرار دادن و گرفتن
- فرار
- ارتباطات جنسی زودهنگام، حاملگی، سقط، بیماری‌های مقاربتی
- مصرف مواد
- مشکلات قانونی
- مشکلات طبی
- سردرگمی هویت جنسی
- پرخاشگری به والدین و همسالان
- مشکلات مدرسه

خشونت در خانواده منجر به پرورش فرزندانی خشن و تبدیل شدن آنها به بزرگسالان خشن و افزایش خشونت در جامعه خواهد شد و سیکل معیوب خشونت ادامه پیدا خواهد کرد.

Domestic Violence in children

Sara Dehbozorgi, M.D.; Child and Adolescent Psychiatrist

Child psychiatrist, assistant professor of child and adolescent psychiatry in Shiraz university of medical sciences.

Domestic Violence is threatening, controlling, coercive behaviour, violence or abuse (psychological, physical, verbal, sexual, financial or emotional) inflicted on anyone (irrespective of age, ethnicity, religion, gender or sexual orientation) by a current or former intimate partner or family member.

When there is domestic violence between partners, there is often child abuse as well, sometimes children get hurt accidentally.

Children need to be assessed for their health and safety when domestic violence occurs. Early identification of exposure to family violence becomes a necessary component of prevention of later physical and mental health problems.

Early identification would also be helped through training of all personnel who work in childserving systems about both the harmful effects of exposure to violence and trauma and the benefits of providing trauma-informed intervention and treatment.

Collaboration among the legal, medical, child protection, education, and mental health systems could also increase safety and stability for children.

Relationship-based interventions can play a significant role in preventing later negative mental health outcomes for children.

There is evidence for the effectiveness of interventions that focus on the whole family.

Media have an important role to play in preventing violence and increasing awareness.

شیوه‌های توانمند سازی کودکان و نوجوانان در سازگاری با بحران

دکتر عاطفه سلطانی‌فر؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، فلوشیپ روانپزشکی فردسالان

بحران‌ها جزئی از زندگی روزمره انسان‌ها در جوامع امروزی هستند. بنابراین، آماده‌سازی کودکان و نوجوانان برای برخورد مناسب و گذر موفقیت‌آمیز از شرایط بحرانی، یعنی تقویت تاب‌آوری، در آنها امری ضروری است.

یکی از اقدامات مهم والدین در این مورد کمک به فرزندانشان برای شناسایی توانمندی‌های خود و به کارگیری مناسب آنهاست. هر کس نیمرخ خاصی از توانمندی‌ها دارد که استفاده از آنها موجب موفقیت و سلامت روانشناختی بهتر فرد می‌شود.

آموزش در مورد انواع توانمندی‌ها و شیوهٔ استفاده از انها باعث تاب‌آوری بیشتر کودکان و نوجوانان می‌شود. در این مسیر و برای داشتن تاب‌آوری بیشتر، داشتن طرز فکر پویا به جای ایستا لازم است یعنی که فرد باور داشته باشد هوش و ویژگی‌های شخصیتی وی قابل تغییر و بهبود هستند نه ثابت و غیر قابل تغییر.

این شیوه تفکر باعث تلاش بیشتر و اهمیت دادن به پشتکار در برابر تکیه کردن به استعداد و هوش ذاتی لست. راهکارهای رشد طرز فکر پویا در فرزندان در این سخنرانی مورد بحث قرار گرفته است.

مدیریت مشکلات کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات روانپزشکی در بحران‌ها

دکتر رزیتا داوری آشتیانی؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

مشکلات شایع در بحران‌ها در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات روانپزشکی عبارتند از: واکنش شدیدتر آنها به بحران، ناتوانی در رعایت رعایت دستورالعمل‌ها، تغییر رفتار والدین در این دوران، عدم دسترسی به فضای آموزشی و عدم دسترسی به درمان‌های قبلی. در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی به دلیل به هم خوردن سیکل خواب و بیداری، استرس بالا و عدم دسترسی به داروها احتمال عود بیماری افزایش می‌یابد در بیمارانی که از قبل مبتلا به اختلالات اضطرابی و یا وسواس جبری بوده‌اند نیز احتمال تشدید علائم وجود دارد، هرچند در مواردی نظیر اختلال ترس اجتماعی و یا اختلال اضطراب جدایی به دلیل تعطیلی مدارس شاهد کاهش موقت علائم بوده‌ایم. در تمام این موارد راهکارهایی نظیر بهبود بهداشت خواب، مصرف منظم داروها و کنترل اضطراب والدین می‌تواند مؤثر باشد.

مبتلایان به اختلالات تکاملی نظیر اختلال بیش فعالی، طیف اوتیسم و ... نیز در این دوران ممکن است دچار مشکلاتی شوند. به عنوان مثال یادگیری در کلاس‌های مجازی برای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی ممکن است سخت‌تر باشد و مشکلات رفتاری این کودکان در منزل شدیدتر از قبل گردد به ویژه زمانی که والدین داروهای آنها را به دلیل تعطیلی مدارس قطع نمایند. در کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به دلیل داشتن مشکلات حسی ممکن است با مشکلاتی در رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی نظیر ماسک زدن شده و یا در مواردی که در یک بحران خانواده ناچار به تغییر مکان می‌شوند با تشدید حالات اضطرابی مانند افزایش کلیشه‌ها روبرو شویم. نکته مهم آن است که همیشه مقداری دارو در یک کیف به همراه اطلاعات شخصی کودک نظیر نام بیماری، نام کسانی که در صورت غیاب خانواده می‌توان به آنها دسترسی داشت و نام مرکز درمانی که کودک به آن مراجعه می‌کند را نگاه داشت تا در مواقع ضروری بتوان به آن دسترسی داشت و داروهای کودک دچار وقفه نشوند. خوشبختانه با راه اندازی سیستم‌های درمانی مجازی تا حدودی این مشکلات کاهش داده می‌شوند و دسترسی به درمان راحت‌تر می‌گردد.

مدیریت استرس و بهبود رابطه والد با کودک و نوجوان

دکتر فاطمه مدری؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

بحران شرایطی است که در آن توانایی فرد برای تحمل استرس کافی نیست و باعث بروز واکنش‌های عاطفی، هیجانی و رفتاری شدید می‌شود. مرگ عزیزان، جدایی، طلاق، زلزله، سیل، سوانح و تصادفات شدید، کودک آزاری، غفلت از جمله موارد بحران هستند. میزان سازگاری کودکان با شرایط استرس‌زا بستگی به شدت استرس، سن، وضعیت سرشتی، حمایت‌های محیطی و ... دارد. اگر شدت استرس زیاد و مداوم باشد احتمال آسیب بیشتر است. کودکان کوچک‌تر مهارت‌های سازگاری ضعیف‌تری دارند. کودکان بسته به سن و قدرت سازگاری‌شان واکنش‌های متفاوتی به استرس نشان می‌دهند. مهم‌ترین این واکنش‌ها:
شکایات جسمی مانند سردرد، معده درد، تپش قلب، تعریق، تهوع، استفراغ، سرفه و تب، مشکل در خواب، کابوس شبانه، فریاد زدن، جیغ زدن، تغییرات اشتها و شب‌ادراری

نشانه‌های رفتاری هیجانی مانند:
ترس و اضطراب، احساس غم و اندوه، کناره‌گیری، لجبازی، رفتارهای واپس‌روی مانند مکیدن انگشت شست، چسبیدن به والدین، ترس از تنها ماندن، مشکل در توجه و تمرکز
بزرگسالان دلسوز به محافظت از کودکان در مواقع سخت کمک می‌کنند به ویژه زمانی که آنها گرم، حمایت کننده و آرامش بخش هستند. مهم است که والدین هیجانات خود را کنترل کنند.
والد نباید ناامیدی و اضطراب خود را در حضور کودکان بیان کند. باید به کودک نشان دهد که موقعیت تحت کنترل است و آرام باشد. اگر فرزندتان در بحران است به امنیت خانواده و هر کس دیگری در اطراف فکر کنید. باید شیوه‌های مدیریت بحران را به آنان آموزش داد. با کودکان درباره شرایط بحرانی گفت و گو کنید. صریح باشید، علنی و واقعی صحبت کنید، صدای خود را آرام نگه دارید و از جملات کوتاه استفاده کنید اطلاعات صحیح را با زبان ساده و قابل فهم برای آنان توضیح دهید. به دقت به صحبت‌های آنان گوش دهید. اجازه دهید در مورد احساسات خود صحبت کنند یا آنها را نشان دهند، احساسات آنها را بپذیرید. با آنها در مورد درست و غلط بودن احساسشان و خوب و بد بودن آنها بحث نکنید. به او امید دهید که اوضاع بهتر می‌شود. حفظ امنیت کودکان در زمان بحران ضروری است. وسایلی را که ممکن است به وسیله آن به خودش آسیب برساند از او دور کنید. روی فرزندتان متمرکز باشید، علاقه و حمایت خود را نشان دهید.

بازسازی پس از یک بحران

اثرات یک بحران سلامت روان یک شبه ناپدید نمی‌شود. بازسازی و ترمیم و درک آنچه اتفاق افتاده یک فرایند است. فرزند شما (به احتمال زیاد سایر اعضای خانواده) در این مسیر نیاز به حمایت دارند. دلایل بحرانی بودن و علت بحران و اینکه چرا در بحران قرار گرفتند را برایشان توضیح دهید.
آنها را تشویق کنید که برنامه درمانی را دنبال کنند.
پزشکان و درمانگران فرزندتان با شما و فرزندتان برای ایجاد این طرح همکاری خواهند کرد.
با دقت به احساسات و افکاری که پشت کلمات فرزندتان هستند گوش دهید.
به احساسات و تصمیمات آنها در مورد بهبودی آنها احترام بگذارید حتی اگر همیشه موافق نیستید.
زیاد فشار نیاورید بهبودی زمان می‌برد.
حمایت خود را با صدای بلند بیان کنید.

خود، فرزندتان و سایر اعضای خانواده را ایمن نگه دارید. تسلیم نشوید و به فرزندتان بگویید که تسلیم نمی‌شوید.

فرزندتان را به خاطر رفتارهای مناسب مورد تشویق قرار دهید. با آنها وقت بگذرانید از طریق بازی با آنها ارتباط مثبت و سازنده برقرار کنید روتین‌های خانواده را حفظ کنید. هرچقدر هم زندگی در حال حاضر سخت باشد، روتین‌ها می‌تواند مفید باشد. روتین‌ها به حفظ ساختار کل خانواده در طی روز کمک می‌کند. اگر کودک تحت مراقبت شما در حال دعوا هستند قاطعانه به آنها بگویید که فوراً دست از کار بکشند و سپس به وضوح به آنها بگویید که در عوض چه کاری انجام دهند؟

اگر بین یک کودک تحت مراقبت شما و فرزند دیگری دعوا شود باید وارد عمل شوید و از کودک خود محافظت کنید. سپس باید در مورد نحوه مدیریت فرزندان با والدین دیگر صحبت کنید. مراقبین را درگیر کنید.

پدربزرگ و مادربزرگ یا معلمان را درگیر کنید که در برنامه‌ریزی اضطراری شما، کمک کنند.

هنگامی که کودکان در یک شرایط اضطراری از والدین جدا می شوند مدارس یا مراقبان باید آماده باشند تا برنامه‌های اضطراری مناسب را اجرا کنند.

برخی از کودکان ممکن است نیاز به حمایت بیشتری داشته باشند. کودکانی که غیرکلامی هستند دارای ناتوانی هستند یا در گذشته آسیب‌های روحی یا فقدانی تجربه کرده‌اند به ویژه آسیب‌پذیر هستند زیرا ممکن است نتوانند احساسات خود را به مراقبان ابراز کنند. این کودکان نیاز به حمایت و توجه بیشتری دارند.

از پشتیبانی‌ها استفاده کنید.

از سازمان‌هایی مانند سازمان حمایت کودکان یا مراکز ریکاوری برای حفظ امنیت کودکان کمک بگیرید. این مراکز می‌تواند یک فضای دوستانه برای کودک ایجاد کند.

گزارش طرح آموزش و تهیه بسته فرزندپروری در بحران برای والدین و مشاورین

دکتر زهرا شهریور؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

هدف:

ارائه گزارش طرح کشوری آموزش و تهیه بسته فرزندپروری در بحران برای والدین و مشاورین

پیشینه:

بروز همه گیری جهانی بیماری کووید-۱۹، با پیامدهای ناگواری از جمله مشکلات سلامت روان گروه سنی کودک و نوجوان همراه بود و والدین را با چالش‌هایی در حفظ ارتباط با فرزندان و حمایت هیجانی روانشناختی از آنان هم زمان با مدیریت رفتارهای نامطلوب و واکنش‌های روانشناختی ایشان روبرو کرد.

روش:

با تداوم همه گیری کووید و رویارویی متخصصین حوزه سلامت روان کودکان و نوجوانان، دفتر یونیسف در ایران به انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان سفارش داد تا یک مجموعه آموزشی برای افزایش آگاهی و مهارت فرزندپروری در دوران بحران برای والدین و مشاورینی که با آنها کار می‌کنند تهیه کند. مراحل طرح با مرور منابع موجود، بحث و تبادل با صاحب نظران، فراخوان مجازی از روانشناسان و روانپزشکان جهت گردآوری تجربه‌های به روز آنان از مشکل‌های رایج مراجعین در دوران همه‌گیری، تعیین هدف از تهیه بسته و روش ارائه آموزش، تقسیم موضوع‌ها و منابع، تصمیم‌گیری در مورد روش و محتوای نگارش متن، مرور متون تهیه شده و اعمال بازخوردهای همکاران در آنها، صفحه‌بندی و ویرایش اولیه، ... انجام شد.

نتیجه:

دو بستهٔ آموزشی جداگانه برای کارشناسان (راهنمای مشاورین) و والدین (راهنمای والدین) در دو گروه سنی ۹-۴ سال و ۱۹-۱۰ سال تهیه شد. سپس ۷ دوره کارگاه مجازی ۴ روزه همراه با فرصت پرسش و پاسخ تعاملی به صورت جداگانه برای گروه‌های مختلف از سازمان بهزیستی (مددکاران بخش شبه خانواده)، دفتر سلامت روانی اجتماعی وزارت بهداشت (مشاوران فوکال پوینت) و یونیسف (مشاورین باشگاه‌های سلامت نوجوانان) (از مهر ۱۳۹۹ تا تیر ۱۴۰۱) برگزار شد. پژوهشی در مورد نتایج کار صورت نگرفت.

بحث:

بازخورد مجریان طرح و شرکت کنندگان مثبت بود و ایشان تمایل داشتند جلسات یادآور در این زمینه برگزار شود. گردآوری مطالب علمی و کاربردی در باب فرزندپروری در بحران را در یک «بسته جدید آموزشی» که پیش از این در ادبیات علمی موجود به صورت یک جا ارایه نشده بود، میتوان دستاورد قابل توجهی برای دست اندرکاران این حوزه و اقدام مفیدی در افزایش سطح سلامت روان کودکان و نوجوانان کشورمان به حساب آورد.

نویسندگان طرح:

مژگان خادمی، رزیتا داوری آشتیانی، کتایون رازجویان، زهرا شهریور، فریبا عربگل، جواد محمودی قرائی و مهرنوش وحیدی

اعتیاد در خانواده و تأثیرات فرهنگی اجتماعی آن بر خردسالان

دکتر مصطفی حق شناس؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

مقدمه:

با توجه به اینکه خانواده اولین منبع دلبستگی، رشد هیجانی، اجتماعی برای کودک محسوب می‌شود تأثیرات مخرب اعتیاد می‌تواند به همین واسطه بر کودکان انجام گیرد. اعتیاد باعث تغییر نقش‌ها در سیستم خانواده، فقر، حاشیه نشینی، مشکلات تحصیلی، مشکلات در روابط بین فردی و سوء استفاده فیزیکی، عاطفی و حتی جنسی از کودکان می‌گردد. این کودکان بیشتر در مواجهه با همسالان احساس شرم، خشم و ناامیدی دارند.

نتیجه‌گیری:

انجام مداخلات مبتنی بر خانواده و جامعه با هدف توانمندسازی فرد و خانواده، بهبود مهارت‌های فرزندپروری والدین، اجتناب از رویکرد فرد محور و تلاش برای رویکرد مسأله محور در مورد اعتیاد، تأمین امنیت کودک، پیگیری آموزش و تحصیل این کودکان، آموزش مهارت‌های بین فردی و درمان سایر اعضای خانواده که درگیر بیماری اعتیاد می‌باشند، توصیه می‌گردد.

پروتکل درمان شناختی/ انگیزشی اعتیاد در سنین گذار؛

دکتر مریم معروف؛ روانپزشک   *دکتر هورا نوربخش؛ روانپزشک*

فهرست

- تعریف جوانان سنین گذار و ویژگی‌های این سنین
- شیوع مصرف کانابیس و روند تغییرات آن در جهان
- پیامدهای مصرف کانابیس بر روس سلامت در سنین گذار
- شیوع مصرف کانابیس در ایران
- درمان اختلال مصرف کانابیس در جوانان سنین گذار
- معرفی مطالعه‌ی CYT
- بررسی پایه و اساس روش MET/CBT5 در این مطالعه
- مروری بر دستنامهٔ MET/CBT5

تعریف جوانان سنین گذار و ویژگی‌های این سنین

دورهٔ گذار به اواخر نوجوانی تا اوایل جوانی گفته می‌شود که به صورت تیپیک ۱۶ تا ۲۵ سال را شامل می‌شود. چیزی که این دورهٔ سنی را حائز اهمیت می‌کند، تجربهٔ سیلی از گذارهای روانی اجتماعی است و نیز مستعد بودن این افراد آغاز اختلالات سلامت روان. پژوهش‌ها نشان دهندهٔ ادامهٔ رشد و تکامل مغز به ویژه در کارکردهای اجرایی تا سن ۲۵ سالگی هستند.

شیوع مصرف کانابیس و روند تغییرات آن در جهان

کانابیس همچنان رایج‌ترین داروی غیرقانونی مورد سوء مصرف در جهان است و بالاترین شیوع مصرف در گروه سنی جوانان قرار می‌گیرد. از دههٔ ۹۰ میلادی، همزمان با به وجود آمدن این تصور که عوارض جانبی مصرف کانابیس ناچیز هستند، میزان مصرف کانابیس در نوجوانان افزایش قابل توجهی داشته است.

پیامدهای مصرف کانابیس بر روی سلامت در سنین گذار

- آسیب‌های بیشتر بر تکامل سیستم عصبی نسبت به بزرگسالان
- تحریک بروز بیماری‌های روانپزشکی
- خطر بیشتر ابتلا به «اختلال مصرف کانابیس» نسبت به بزرگسالان
- نشانه‌های شبه سایکوتیک بیشتر نسبت به بزرگسالان
- نقش داشتن به عنوان یک دروازهٔ ورود – Gateway Drug – به مصرف سایر مواد در نوجوانان

شیوع مصرف کانابیس در ایران

شواهد قوی مبنی بر افزایش مصرف کانابیس در نوجوانان و جوانان در سال‌های اخیر در کشور ما وجود دارد. در مطالعات شواهدی مبنی بر افزایش ابتلا به «اختلال مصرف کانابیس» در کشور ما مشاهده می‌شود.

درمان اختلال مصرف کانابیس در جوانان سنین گذار

درمان اختلال مصرف کانابیس عمدتاً رفتاری است و نیاز به یک رویکرد بیمار محور و چند وجهی با تمرکز بر آموزش بیمار دارد. به علت تفاوت‌های اساسی جوانان سنین گذار با بزرگسالان، این افراد اغلب از رویکردهای درمانی بزرگسالان سود نمی‌برند. مدل‌های درمانی ویژه‌ای برای نوجوانان طراحی شده است که به طور کلی در سه دستهٔ درمان رفتاری، درمان شناختی رفتاری و مصاحبهٔ انگیزشی قرار می‌گیرند. دستنامهٔ CYT مجموعه‌ای از ۵ مدل درمانی است که مبتنی بر رویکردهای توصیف شده بوده و شواهد تجربی برای آنها وجود دارد.

خلاصه CYT

CYT[2]مطالعه‌ای است که از سال ۱۹۹۷ در ایالات متحده امریکا شروع شده و پس از چند سال نتایج آن منتشر شده است. هدف مطالعه بررسی اثربخشی و هزینه اثربخشی مداخلات درمانی بر روی سوء مصرف کانابیس است، و ۵ مدل درمانی را مورد مطالعه قرار می‌دهد که شامل موارد زیر است و هر کدام به صورت جداگانه یک دستنامه مدون دارد که در درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد:

- MET/CBT5
- MET/CBT5+CBT7
- FSN (Family Support Network)
- ACRA (Adolescent Community Reinforcement Approach)
- MDFT (Multidimensional Family Therapy)

از میان این موارد، مدل MET/CBT5 که شامل دو جلسه درمانی MET[3]و سه جلسه CBT[4]است، هزینه اثربخشی بیشتری داشته، از این جهت بیشتر به توضیح آن پرداخته می شود:

جلسات MET با تمرکز بر سه مفهوم کلیدی Ambivalence ، Reflective Listening و سئوالات بازپاسخ برگزار می‌شود و از استراتژی‌های زیر استفاده می‌کند:

- Express empathy and acceptance
- Develop discrepancy
- Avoid argumentation
- Roll with resistance
- Support self-efficacy

جلسات CBT به صورت گروهی برگزار می‌شود و در هر جلسه تمرکز بر یکی از مهارت‌های زیر است:

- Marijuana refusal skills
- Enhancing the social support network
- Coping with relapses

[2] Cannabis Youth Treatment
[3] Motivational Enhancement Therapy
[4] Cognitive Behavior Therapy

رویکرد DSM5-TR به نارضایتی جنسیتی

دکتر منصوره میرزاده؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

شواهد مورد نیاز برای درک هویت جنسیتی

رویکرد مثبت در مورد هویت تراجنسیتی تأثیر قابل توجهی در حفظ سلامت روانی مثبت در افراد تراجنسیتی دارد. اما بررسی‌ها شکاف‌هایی را در درک ما از هویت جنسیتی نشان می‌دهد که نیاز به شواهد بیشتر قبل از اینکه بتوانیم مطمئن باشیم که درمان بهینه را برای کودکانی که دارای تغییر جنسیت هستند ارائه می‌دهیم، آشکار می‌سازد.

ما به طرز قابل توجهی اطلاعات کمی در مورد روش‌هایی که کودکان نسبت به خود به عنوان یک مرد یا زن آگاهی پیدا می‌کنند، از جمله ثبات و انعطاف‌پذیری آن هویت، و تغییرات درون یک هویت معین، اطلاعات داریم.

مقالات، مسیر رشد دانش در مورد جنسیت را توصیف می‌کند، اما نه مسیر احساسات در مورد جنسیت، یعنی اینکه کودکان چگونه در مورد جنسیت مادری خود احساس می‌کنند و آن را شناسایی می‌کنند ـ یا نه ـ و اینکه چگونه دانش جنسیتی با احساسات مرتبط است.

این شکاف احتمالاً منعکس کننده دو عامل است: اکثریت قریب به اتفاق کودکان با جنسیت مادرزادی خود همذات پنداری می‌کنند و هویت جنسیتی مدت‌هاست که به صورت دوتایی تلقی می‌شود. مفهوم‌سازی هویت جنسیتی غیرمستمر و شاید دو بعدی (مذکر و زن) مفیدتر و از نظر علمی معتبرتر است.

معیارهای هویت جنسی که در نمونه‌های بالینی و نمونه‌های معمولی استفاده می‌شود، طیفی از انطباق با جنسیت بیولوژیک را امکان‌پذیر می‌سازد. یک فرمت اخیر هویت جنسیتی را در دو بعد (بالقوه مستقل) مفهوم‌سازی و تعیین می‌کند و امکان تعیین پیوستاری از انطباق با جنسیت بیولوژیک و پیوستار موازی با جنسیت دیگر را فراهم می‌کند. این یک رویکرد ثمربخش برای کار آینده است و باید درک هویت cisgender و Transgender را تسهیل کند.

برخی از موانع درک ماهیت و تکامل هویت جنسی به اصطلاحات ناسازگار و نادقیق مربوط می‌شود. بسیاری هویت جنسیتی را با رفتار یکی می‌دانند (و به همین ترتیب علل ویژگی‌های قابل تفکیک را برابر می‌دانند). آنها بیان جنسیت (مانند ظاهر، فعالیت‌ها) را به عنوان نمایش بیرونی هویت جنسیتی توسط یک فرد در نظر می‌گیرند.

در مقابل، انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۱۵) اشاره می‌کند که «بیان جنسیت ممکن است با هویت جنسی یک فرد مطابقت نداشته باشد». علاوه بر این، تعریف آنها از «جنسیت ناسازگار/ نوع جنسیتی/ متنوع جنسیت» تغییرات رفتارهای کلیشه‌ای جنسیتی را با تغییرات هویت جنسی ترکیب می‌کند. با این حال، تکامل جنسیتی چند بعدی است. به طور خاص، شواهد نشان می‌دهد که یک پیوند ضعیف بین هویت جنسی و سایر جنبه‌های جنسیت (بیان جنسیت، تغییرات در رفتارهای کلیشه‌ای جنسیتی) وجود دارد.

اگر چه کودکان تراجنسیتی در برخی از رفتارها، به ویژه در ظاهر و علائق، غیر عادی هستند، اما بر عکس این موضوع صادق نیست: بیشتر کودکانی که دارای علائق غیر معمول جنسیتی هستند، سیس جندر هستند. به عنوان مثال، دخترانی که به دلیل مادرزادی در معرض آندروژن اولیه قرار دارند.

داده‌های قانع کننده نشان می‌دهد که یک بیان جنسیتی غیر معمول نشانه‌ای از هویت تراجنسیتی یا هویت جنسیتی غیردودویی (نه مرد و نه زن) نیست. ارائه و فعالیت‌های غیر معمول جنسی در افراد دارای هویت جنسی و ترنسجندر دیده می‌شود. یک سئوال جالب این است که تا چه حد تغییرات رفتار کلیشه‌ای به تغییرات مداوم در هویت کمک می‌کند.

اصطلاحات نادرستی که تمایز بین رفتار کلیشه‌ای جنسیتی و هویت جنسیتی را محو می‌کند، ممکن است به استنتاج نادرست کمک کند.

استثنای اصلی مربوط به افرادی است که در معرض آندروژن‌های پس از تولد مستمر قرار دارند، که بیشتر از افراد مبتلا به DSD تغییر جنسیت از زن به مرد دارند. بنابراین، قرار گرفتن در معرض ترکیبی آندروژن در دوره‌های رشد چند گانه (قبل از تولد و پس از تولد) به نظر می‌رسد انگیزه‌ای برای تغییر هویت جنسیتی باشد.

دربارهٔ تفاوت‌ها در ساختار مغز و فعال‌سازی بین تراجنسیتی‌ها و افراد سیس‌جندر بسیار صحبت شده است، اما اهمیت این کار مشخص نیست. تفاوت‌ها در مناطقی مشاهده می‌شود که پیوندهای آشکاری با هویت جنسیتی دارند. کار کمی روی بستر عصبی هویت جنسیتی وجود دارد، و مشخص نیست که چگونه ضخامت قشر، ریز ساختار ماده سفید یا فعال شدن محرک‌های مختلف ارتباط مفهومی با هویت جنسیتی دارد. اما، حتی اگر چنین تفاوت‌هایی بهتر درک شوند، لزوماً منعکس‌کننده رفتار از پیش تعیین‌شده یا فطری نیستند.

مغز پلاستیکی است و در واکنش به رفتار و ورودی‌های محیطی تغییر می‌کند. تفاوت‌های مغزی بین تراجنسیتی‌ها و افراد سیس‌جندر ممکن است صرفاً منعکس‌کننده (یا ناشی از) تفاوت‌های رفتاری آنها باشد و دلیلی برای هویت جنسیتی‌شان نشان ندهد. حتی اگر شواهد در نهایت هویت جنسیتی را به صورت ذاتی نشان دهد، به این معنی نیست که تغییرناپذیر است.

اکثر کودکان مبتلا به نارسایی جنسیتی تا نوجوانی باقی می‌مانند، اگرچه هنوز چیزهای زیادی در مورد عواملی که باعث تمایز کودکانی که ادامه می‌دهند در مقابل آنها که دست از کار می‌کشند باید آموخته شوند.

جالب اینجاست که انتقال اجتماعی به تداوم کمک می‌کند و مشخص نیست که آیا این کار را با اجازه دادن به بچه‌ها انجام می‌دهد یا در عوض آنها را وادار می‌کند تا زمانی که از هویت جنسی متفاوتی که مداخلات پزشکی را در بر نمی‌گیرد، یک هویت دوتایی فرض کنند. (مایهٔ تأسف است که این توضیحات رقیب بعید است که از نظر علمی آزمایش شوند)

اطلاعات کمی در مورد هزینه‌های بلند مدت تأیید یا «پزشکی» هویت جنسیتی وجود دارد.

مداخلات برای تغییر بدن برای انطباق با هویت تراجنسیتی، پیامدهای بلند مدت قابل توجهی دارد، اما تصمیم‌گیری در مورد این مداخلات زمانی اتخاذ می‌شود که کودکان در دیسترس هستند و ظرفیت‌های شناختی آنها ممکن است به طور کامل توسعه نیابد.

برای مثال، مطالعه تأثیر مداخلات هورمونی بر روی مغز در حال رشد (به ویژه در دوره حساس نوجوانی)، نگرانی‌های باروری (آیا افراد از قربانی کردن باروری خود پشیمان خواهند شد؟)، و خطرات سلامتی (مانند اثرات هورمونی بر استخوان).

احتیاط در مورد رویکرد تأیید از تمایل برخی افراد (چه کودکان و چه پزشکان) به استفاده از بیان جنسیت یا پایبندی به کلیشه‌های جنسیتی به عنوان نشانگر هویت جنسی ناشی می‌شود.

به طور عجیبی، افزایش تحمل برای هویت‌های تراجنسیتی ممکن است با کاهش تحمل برای ارائه و فعالیت‌های جنسیتی غیرهنجاری همراه باشد. برای عمل به شیوه‌های غیر معمول جنسیتی نیازی به تغییر جنسیت نیست و نباید انجام شود، و همچنین عمل به روش‌های غیر معمول جنسیتی نشان دهنده نیاز به انتقال جنسیتی نیست. هم ارزی فرضی (اما از نظر علمی پشتیبانی نشده) بیان جنسیتی غیر معمول و هویت فراجنسیتی پیامدهای نامطلوبی دارد: آزادی رفتار کودکان را کاهش می‌دهد که فراتر از نقش‌های جنسیتی باشد، جنسیت را تداوم بخشد و کلیشه‌های جنسیتی را تقویت کند.

مراقبت بهینه برای کودکان ناسازگار جنسیتی به شواهد بسیار بیشتری از آنچه در حال حاضر موجود است نیاز دارد. ابتدا باید ماهیت هویت جنسیتی و چگونگی شکل‌گیری آن را درک کنیم. ما تمایل داریم که هویت جنسیتی را صرفاً بر اساس جنسیت (مثلاً ناشی از علایق شدید جنسیتی غیر معمول) بدانیم، نه در زمینه هویت، که شامل عوامل دیگری است.

هویت جنسیتی احتمالاً در سنین مختلف، با تکامل فرآیندهای شناختی و عاطفی و تغییردر نقش های اجتماعی تغییر می‌کند. کار بر روی تکامل هویت جنسیتی باید شامل Cisgender و همچنین تراجنسیتی، هویت، حرکت از دسته‌بندی‌های سنتی به سمت پیوستارین باشد.

ما باید هویت جنسیتی را به وضوح از سایر جنبه‌های جنسیت متمایز کنیم و بفهمیم که چه زمانی و چگونه ممکن است به هم مرتبط باشند. بیان جنسیتی و عدم انطباق جنسیتی با هویت جنسیتی یکسان نیستند، و استفاده از آنها برای مشخص کردن هویت جنسی یک کودک اشتباه است. با این وجود، ضروری است یاد بگیریم که چگونه عدم انطباق جنسیتی می‌تواند به نارضایتی جنسیتی کمک کند.

چهارم، ما باید مزایا و هزینه‌های درازمدت تأییدیه و درمان‌های پزشکی بعدی را به دقت بررسی کنیم ـ و تعیین کنیم که چه زمانی مناسب هستند یا نه.

تأیید هویت تراجنسیتی برای کودکان جنسیتی که کلیشه‌های جنسیتی را زیر پا می‌گذارند مناسب نیست، و مهم است که حمایت‌هایی ایجاد شود که امکان عدم انطباق جنسیتی را بدون انتقال جنسیتی فراهم کند. هیچ یک از اینها برای رد کردن پروتکل‌های مثبت برای کودکانی که تحت ارزیابی قرار می‌گیرند و تأیید می‌شود که ناهنجار جنسی هستند، نیست، بلکه به منظور محتاط بودن در اعمال مداخلات پزشکی قدرتمند و غیر قابل برگشت است.

تشخیص نارضایتی جنسیتی در کودکی و نوجوانی

دکتر ایلناز چوهدری؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

اختلال Gender Dysphoria یک دیسترس روانشناختی است که از ناهمگونی جنسیت ابراز شده (تجربه شده) توسط فرد و جنسیتی که فرد با آن متولد شده است، نشأت می‌گیرد. این اختلال در هر سنی ممکن است بروز یابد، اما به صورت معمول از اوایل دوران کودکی علائم و نشانه‌ها ظاهر می‌گردد.

لذا تشخیص صحیح و به موقع این اختلال و همچنین جلوگیری از Overdiagnosis و انجام درمان‌های زود هنگام به موضوع مهم و چالش برانگیزی در حیطه روانپزشکی کودک و نوجوان مبدل شده است.

از آنجایی که در سیر طبیعی و نرمال تکامل جنسی کودکان، بروز رفتارهای Cross Gender در سنین ۲ تا ۴ سالگی دور از انتظار نمی‌باشد، لذا مشاهده هرگونه رفتار مغایر با جنسیت کودک الزاماً پاتولوژیک نبوده و نیاز است کودک در زمان‌های متوالی مورد ارزیابی مکرر قرار گیرد.

نکته قابل توجه در بروز این گونه رفتارها، پایداری در طول زمان و همچنین ایجاد دیسترس، افت فانکشن در حوزه عملکرد ارتباطی با سایر همسالان و یا رفتارهایی همچون School Refusal می‌باشد.

از میان کودکانی که در دوران کودکی و پیش دبستانی، رفتارهای جنسی ناهمگون با جنسیت زمان تولد خود را بروز می‌دهند، تنها ۳۰ تا ۵۰ درصد نارضایتی جنسی و تمایل به تغییر جنسیت را تا دوران نوجوانی مطرح می‌کنند.

لذا جهت ارزیابی تشخیصی کودکان با شک به اختلال نارضایتی جنسی پیشنهاد می‌شود، تنها به کرایتریاهای تشخیصی DSM-V بسنده نکرده و اطلاعات از چندین منبع اطلاعاتی مختلف و با چندین ابزار ارزیابی متفاوت (نقاشی، پرسشنامه ، بازی‌های آزاد و ...) به صورت مکرر طی زمان بررسی گردد.

Psychosocial Issues Regarding Youth Gender Dysphoria: Recent Changes

Maedeh Parvizi; M.D., Child and Adolescent Psychiatry Fellow, Tehran Medical University of Science

Adolescence is a critical developmental period in which substantial maturation occurs in the brain, especially regarding cognitive and behavior patterns related to self and identity. Adolescents are more sensitive and vulnerable to environmental predisposing issues for mental health problems. Recently there has been an extensive increase in the number of gender dysphoric youth, a more striking rise in the number of female adolescents seeking gender-affirming care, and more growth in the detransitions compared to its negligible proportion in previous years, necessitating extensive evaluations to detect possible causes of the distress. Furthermore, there is a rising concern about the absolute use of the gender-affirming approach that entails social, medical, and in some cases, surgical transition in children. Critics mostly blame peer pressure, reinforced by social media, for boosting the changes and growing rush to transition. In 2022, WPATH acknowledged for the first time that “social influence” may impact an adolescent’s gender identity and recommended in-depth evaluations to distinguish between a sustained gender identity and an identity that might be socially influenced.

Europe, Finland, and Sweden, which were early to embrace gender-affirming care for children, noticed recent shifts in the profile of youth seeking transition, including the onset of gender dysphoria around puberty, mostly assigned females at birth, and engaging in related social circles. In 2022, Finland's national healthcare council limited gender reassignment of minors as “still an experimental practice”. The Council recommended psychosocial support as the first-line approach, supporting “identity exploration” and mental health treatment to ensure related biopsychosocial issues are entirely addressed, emphasizing that medical transition “is still an experimental practice” in minors. A nearly similar revision happened in Sweden’s National Board of Health and Welfare recommendations after finding many gender dysphoric adolescents had diagnoses beyond gender dysphoria. The most intensive reconsideration took place in the UK in 2022, according to which the NHS ended the "Gender-Affirmative Care Model" for Youth, shutting down its main clinic for children’s gender care to overhaul the youth gender care system after it was deemed inadequate. The new NHS guideline, highlighting developmentally conceptual viewpoint on children, strongly discourages pursuing social transition and spots puberty blockers only in formal research settings due to the unknown effects and the potential for harm. Currently, in the US, gender-affirming care in youth is covered through Medicaid in many states despite some states' prohibitions representing highly polarized politics.

Admitting the necessity of advocacy promotion for transgender rights, enhancing access to help, reducing discrimination, bullying, and threats of violence, as well as evidence-based outcomes of Gender-Affirming Care (improving the mental health and overall well-being), the recent complexity changes in adolescent gender dysphoria profile brings up the importance of enduring the surging demands and pressures to make increasingly complex medical decisions on treating transgender youths without enough comprehensive assessments and scientific guidance. Although many transgender youths benefit from the transition, some will be harmed by rushing to transition. The author has no conflicts of interest to declare.

اختلالات همراه در نارضایتی جنسیتی ـ نارضایتی جنسیتی در اختلال طیف اوتیسم

دکتر فاطمه رنجبر؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

ملال جنسیتی در نوجوانان مبتلا به طیف اوتیسم

در سال‌های اخیر همبودی ملال جنسیتی و اختلال طیف اوتیسم مورد توجه بسیاری از محققین قرار گرفته است.

بر اساس مطالعات اخیر بین ویژگی‌های اختلال طیف اوتیسم و ملال جنسیتی در نوجوانان ارتباط مثبت وجود دارد. همچنین یکی از مهمترین دلایل شیوع ملال جنسیتی در نوجوانان مبتلا به طیف اوتیسم نقص در تئوری ذهن ذکر شده است.

تشخیص و درمان مبتلایان به طیف اوتیسم با همبودی ملال جنسیتی معمولاً برای درمانگران سخت و چالش برانگیز است. بنابراین همکاری مشترک بین صاحب نظران دو حوزه ضروری است.

بر اساس راهنمای بالینی توصیه شده از جانب درمانگران خبره هر دو حوزه، هر نوجوان مبتلا به طیف اوتیسم باید از نظر وجود ملال جنسیتی و هر نوجوان با شکایت نارضایتی جنسیتی باید از نظر ویژگی‌های طیف اوتیسم بررسی شوند.

ارزیابی مستمر از ابتدای تشخیص و در طی مرحله درمان از نظر هویت جنسی و ویژگی‌های شناختی، آموزش صریح و واضح در مورد هویت جنسی و انواع درمان از نکات قابل توجه و مهم برای مواجهه با این بیماران است.

درمان‌های طبی برگشت پذیر مثل داروهای هورمونی باید با دوز پایین‌تر و افزایش تدریجی تجویز شوند. همچنین در مورد درمان‌های برگشت‌ناپذیر جراحی باید محتاطانه اقدام شود.

Assessment procedure and Treatment for children and adolescents with GENDER DYSPHORIA AND GENDER INCONGRUENCE

Aazam Sadat Heydari Yazdi, M.D; Child and Adolescent Psychiatrist, Assistant Professor of Mashhad University OF Medical Sciences

Assessment procedure for children and adolescents

Exploring one's gender identity is a normal developmental process during which a child learns to label their own gender (gender labeling) and experience a stable gender identity (gender constancy) . Gender incongruence in childhood tends to be more in development and fluid than in adolescence where gender identity seems to be more fixed.

The assessment procedure in children and adolescents is similar:

In the first consultation with the parents and their child conjointly, their specific aims are discussed . Subsequently, general diagnostic sessions are conducted with the child/adolescent and parents separately .

The sessions with the child/adolescent are focused on gaining a general perspective of the psychosocial, cognitive, and emotional development and investigating beliefs regarding their gender identity—expression.

Psychiatric problems, such as internalizing problems, i.e., anxiety and depression, increased incidence of suicidal behaviors, and autism spectrum disorders are more prevalent in children and adolescents with GI. Therefore, the diagnostic sessions are also aimed to address these possible coexisting problems.

Treatment of Prepubescent Children

Promoting Identification with the Gender Assigned at Birth; This first approach aims, through psychosocial interventions, to reduce the child's cross-gender identification and gender dysphoria.

Watchful Waiting; Include recommendations to parents that they try to encourage in their child a variety of gender-related interests and social affiliation with children of both genders.

Affirmative Approach; Prepubertal children who ultimately express a desire to socially transition and live full time in their experienced gender (i.e., using cross-gender pronouns, a cross-gender name, cross-gender clothing, etc.) are allowed to do so.

Treatment of Adolescents

Irreversible Interventions (Gender-Affirming Surgeries)
Fertility Considerations
Assessing Eligibility
Fully Reversible Interventions (Pubertal Blockade)
Partially Reversible Interventions (Cross-sex Hormonal Therapy)

Summary

To meet the needs of youth with GI, a multidisciplinary team is required and therefore we recommend that children and adolescents are to be followed by an experienced multidisciplinary team with access to a well-trained team of mental health professionals, psychiatrists, endocrinologists, gynecologists, surgeons, and other healthcare providers.

A phased trajectory is generally preferred and starts with psychological assessment, followed by medical interventions. Endocrine treatment consists of two phases: first the start of GnRHa to prevent the development of pubertal development (a fully reversible intervention) followed by the addition of with gender affirming hormones, which leads to irreversible changes. Although many details and aspects of this approach are still unknown, it is of great importance that youth with GI are provided with care that improves their well-being. While taking steps in this process, the benefits and possible harms of each intervention should be carefully balanced.

مهاجرت: تعریف، انواع، علل و انگیزه‌های آن

دکتر صدیقه مفردنژاد؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

امروزه مهاجرت بعد از ولادت و مرگ سومین عامل اصلی در مطالعات تغییر جمعیتی محسوب می‌شود.

در فرهنگ لاروس مهاجرت این گونه تعریف می‌شود:
جابجایی و حرکت ارادی افراد یا جمعیت یک کشور به کشور دیگر یا منطقه‌ای به منطقه دیگر به دلایل سیاسی، فرهنگی، اقتصادی
مهاجرت دارای اشکال و قالب‌های متفاوتی است و از دیدگاه‌های گوناگون تقسیم‌بندی می‌شود. عمده‌ترین آنها عبارتند از:

۱) مهاجرت از نظر محل عزیمت که به دو نوع مهاجرت داخلی و مهاجرت خارجی تقسیم میشود.
۲) ازنظر نوع اقامت که مهاجرت قطعی ، موقت ، قانونی و غیر قانونی نامیده می شود.
۳) از نظر عوامل مهاجرت دو گروه مهاجرت ارادی(داوطلبانه) و مهاجرت غیرارادی (اجباری) وجود دارد.
۴) از نظر کمیت می تواند به صورت مهاجرت فردی یا مهاجرت گروهی باشد.

افراد با انگیزه‌های گوناگونی اقدام به مهاجرت می‌کنند که مهم‌ترین دلایل عبارتند از:

- عوامل اقتصادی (فقر، نبود درآمد، بیکاری)
- عوامل اجتماعی (نبود منزلت اجتماعی و اختلاف طبقاتی زیاد)
- عوامل امنیتی (جنگ، فجایع طبیعی، بیماری‌های مهلک، و آزارهای ناشی از فشارهای مذهبی و سیاسی)
- عوامل شخصی، خانوادگی و فرهنگی
- عوامل سیاسی و انتظامی
- عوامل مربوط به مبدأ و مقصد (امکانات فرهنگی، آموزشی، بهداشتی و ...)
- و عوامل دیگر مانند بعد مسافت، بنیه مالی فرد مهاجر و ...

پناهنده فردی است که در نتیجه حوادثی خاص و به خاطر ترس موجه از تعقیب و آزار به دلایل مختلف (نژاد، مذهب، عضویت در گروه‌های اجتماعی خاص یا عقیده سیاسی) در خارج از محل سکونت خود به سر می‌برد و به علت چنین ترسی نمی‌تواند به کشور خود برگردد.
وجه تمایز مهاجرا از پناهندگی در این است که فرد مهاجر تابعیت کشور اصلی خود را حفظ نموده و می‌تواند در صورت تمایل به کشور خود مراجعت کند. ولی در پناهندگی فرد تابعیت کشور متبوع خود را با پذیرش تابعیت کشور دیگر از دست می‌دهد و نمی‌تواند به کشور خود برگردد.

فرهنگ و مهاجرت

دکتر فروغ ریاحی؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

قدمت فرهنگ به قدمت تاریخ بشر است و تمامی ابعاد زندگی او را در بر می‌گیرد. فرهنگ همواره در تغییر، تحول و دگرگونی بوده است ولی این تحول آنچنان کند و نامرئی است که در طول سالیان دراز قابل توجه است و از آنجائی که بشر خود در این فرهنگ غرق است و فرهنگ بخشی از او و خود او، جزئی از فرهنگ می‌باشد یا به عبارتی لازم و ملزوم یکدیگر و حتی غیر قابل تفکیک هستند، به این لحاظ تغییرات فرهنگی زیاد محسوس بنظر نمی‌رسد البته در چند دهه اخیر با تحولات علمی، تکنولوژیکی و سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و به تبع آنها نقل و انتقالات گسترده و فراگیر مسافرت‌های سهل و آسان و مهمتر از همه، گسترش وسایل نوین ارتباط جمعی، ماهواره، اینترنت، جریان ارتباطات و اطلاعات، مبادلات فرهنگی و تغییرات فرهنگ خیلی سهل‌تر و با سرعت بیشتری اتفاق می‌افتد و این تغییرات در مواردی که یکی از آنها مهاجرت به ویژه مهاجرت بین دو جامعه با اختلاف فرهنگی و ویژگی‌های کاملاً متفاوت می‌باشد.

«فرهنگ، مجموعه پیچیده‌ای است که شامل: معارف، معتقدات، هنرها، صنایع، فنون، اخلاق، قوانین، سنن و بالاخره تمام عادات و رفتار و ضوابطی است که فرد به عنوان عضو، از جامعه خود فرا می‌گیرد، و در برابر آن جامعه وظایف و تعهداتی را برعهده دارد.» تغییرات فرهنگی، اولین شکل سازگاری بشر نسبت به تغییرات محیط پیرامون است. گرچه تغییرات گوناگون فرهنگی را با سازگاری از طریق تکامل زیستی متفاوت دانسته‌اند، اما آن را به شکل ادامه تکامل زیستی نیز به حساب آورده‌اند. دگرگونی فرهنگی، فرآیندی است که بدان وسیله اجزاء مختلف یک فرهنگ با گذشت زمان تغییر و تعدیل می‌پذیرد.

اینگلهارت می گوید: اگر بپذیریم که هر فرهنگ رهیافت مردم در تطابق با محیط را نشان می‌دهد. در دراز مدت این رهیافت‌ها به دگرگونی اقتصادی و سیاسی پاسخ می‌دهند. در صورتی که پاسخ مناسب ندهند بعید است گسترش یابند و بعید است که جوامع دیگر از آنها تقلید کرده و یا از آن اقتباس نمایند.

بارنز در مقدمه‌اش بر مجموعهٔ تک نگاری‌هایی دربارهٔ فرهنگ و سیاست می گوید: «فرهنگ مجموعه‌ای از اعتقادات و باورهاست که با تلاش‌های یک گروه معینی در فائق شدن بر مشکلات تطابق بیرونی و درونی توسعه می‌یابد. فرهنگی که توانسته باشد به قدر کافی از پس مشکلات برآید با ارزش پنداشته به اعضای جدید گروه یاد داده می‌شود».

پیامدهای فرهنگی مهاجرت

چهار الگو شامل:

- همانندی؛ داشتن نگرش مثبت نسبت به فرهنگ و اجتمای جامع میزبان همراه با نگرش منفی نسبت به فرهنگ مبدأ
- ادغام؛ نوعی سازگاری ابزاری مهاجران با جامع میزبان ضمن داشتن هسته قوی فرهنگی، حفظ هویت و انسجام فرهنگی در عین حال حرکت به سمت تبدیل شدن به جزئی جدایی‌ناپذیر از جامع میزبان تأکید می‌شود.
- جدایگزینی؛ داشتن نگرش مثبت نسبت به فرهنگ قومی خود با نگرش منفی نسبت به فرهنگ و اجتمای جامع میزبان، الگوی جدایی یا سنت‌گرایی را شکل می‌دهد.

- حاشیه نشینی؛ طرد هر دو فرهنگ و مشکالات سازگاری شخصی در زمینه سازش دادن افکار و شیوه‌های بسیار متضاد و مخالف آن دو فرهنگ رو به رو می‌شود.

فرهنگ‌پذیری یک فرایند یادگیری است که از طریق آن یک فرد در یک زمینـه اجتمـاعی - فرهنگـی، زندگی جدیدی را شروع می‌کند. مهاجران با دو سئوال مواجه می‌شوند:

- آیا ارزش دارد فرهنگ نیاکان را حفظ کرد؟
- یا حفظ روابط با دیگر گروه‌ها ارزشمند است؟

مهاجرت و تکامل

دکتر سارا حجتی؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

در طی ۴۰ سال اخیر شمار مهاجران بین‌المللی در حال افزایش می‌باشد. مهاجرت و پدیده فرهنگ‌پذیری تأثیر چشمگیری بر رشد و تکامل کودکان مهاجر دارد. به طوری که خطر بروز اختلالات عصبی تکاملی در این کودکان بیشتر از جمعیت کودکان غیر مهاجر می‌باشد.

اغلب مطالعات در جمعیت مهاجرین بر مشکلات نوجوانان پرداخته و مطالعات در رابطه با تکامل نرمال و مشکلات تکامل مغزی کودکان کمتر است. دو حوزهٔ تکاملی که در کودکان مهاجر دچار مشکل می‌شود حوزه «ارتباطات» و «روابط اجتماعی» است.

اختلالات عصبی تکاملی در کودکان مهاجر

در اغلب مطالعات میزان بروز اختلال طیف اوتیسم در جمعیت کودکان مهاجر بیشتر گزارش شده است. سایر اختلالات عصبی تکاملی از جمله اختلال بیش فعالی، ناتوانی ذهنی، اختلالات یادگیری نتایج متناقضی را در مطالعات نشان داده‌اند.

ریسک فاکتورهای اختلالات عصبی تکاملی در کودکان مهاجر

- مشکلات مربوط به بارداری
- کمبودهای تغذیه‌ای
- مسائل اجتماعی و فرهنگی
- خشونت‌های سیاسی و اجتماعی

به دلیل مشکلات فرهنگی و اجتماعی، اختلالات عصبی تکاملی در این کودکان دیرتر تشخیص داده می‌شود و موانع درمانی متعددی پیش روی این جمعیت قرار دارد. بنابراین دولت‌ها می‌باسیت سیاست‌های سلامت مشخص برای تشخیص و درمان به موقع این کودکان اتخاذ کنند.

پیامدهای سلامت روان در کودکان مهاجر

دکتر اشرف تشکری؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

تعداد فزاینده‌ای از کودکان همراه با والدین خود مهاجرت می‌کنند. شواهد در مورد اثرات مهاجرت بر سلامت کودکان ثابت نیست. برخی کودکان مهاجر نسبت به بومیان از سلامت کلی بهتری برخوردار هستند. در مقابل فرایند مهاجرت می‌تواند وضعیت مراقبت اجتماعی و طبی ناخوشایندی ایجاد کند و سلامت کودکان مهاجر را در معرض خطر قرار دهد. کودکان مهاجر بین‌المللی در کشورهای آمریکا و اروپایی سلامت فیزیکی بدتر، مشکلات سلامت روان بیشتر و خطر مرگ و میر جنینی و شیرخوارگی بالاتر دارند. این یافته‌های متغیر ممکن است به جمعیت مبدأ، نوع مهاجرت و شاخص‌های سلامتی در مطالعات دارد.

کودکان مهاجر پیامدهای سلامت کلی بدتری نسبت به غیر مهاجرین دارند. کودکان مهاجر در مقایسه با گروه شاهد خطر سوء تغذیه بیشتر (مثل چاقی، اضافه وزن و کم خونی)، سلامت فیزیکی ضعیف‌تر (بیماری‌های دهان و دستگاه گوارش)، بیماری‌های روان (مثل افسردگی، اسکیزوفرنی و اقدام به خودکشی) و مرگ (مرگ جنینی، مرگ دوران زایمان و نوزادی) دارند. اثر مثبت مهاجرت در پیامدهای تولد مثل خطر کمتر وزن کم تولد و نارسی دیده شده است.

سلامت روان یکی از نگرانی‌هایی است که مورد در جمعیت‌های بزرگ‌تر کودکان مهاجر وجود دارد. در کل استرس، اضطراب و افسردگی در کودکان مهاجر به طور قوی تحت تأثیر انطباق روانشناختی در کشور میزبان است. فعالیت‌هایی برای برطرف کردن بی‌عدالتی نظام سلامت در مهاجرین مورد نیازاست.

Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents

Elham Shirazi, M.D., Child and Adolescent Psychiatrist

Mental health professions believe that personality disorders (PDs) are rooted in childhood and adolescence, but many are reluctant to diagnose PD in this age group. DSM-5 suggests that PDs can be diagnosed in children and adolescents, if maladaptive traits have been present for at least one year. There is much debate about the validity and stability of the diagnosis of PDs in children and adolescents over time. In recent years, there is a trend from categorical towards a dimensional conceptualization of PDs. In dimensional framework, PDs lie at the extreme end of personality traits. Traits can range from normal to pathological. Borderline personality disorder (BPD) is characterized by pervasive and persistent pattern of instability and impulsivity. Diagnosing BPD with a dimensional concept is relevant in adolescence and can account for the developmental variability during adolescence and in transition to adulthood. Differences between adolescents and adults suggest a developmental trajectory of consistent and continuing impairments which change in clinical features, during transition from adolescence to adulthood. In children who develop BPD some developmental difficulties, including a difficult temperament, are apparent. There are primary disturbances that give rise to cooccurring internalizing and externalizing symptoms which interfere with normal personality development, and leads to dysfunctional patterns of coping and relating. A confluence of internalizing disorders (Mood disorders, OCD, PTSD, SAD, etc.) and externalizing disorders (ADHD, ODD, CD, SUD, etc.) is predictive of BPD diagnosis. They lead to adolescent BPD and develop into adult BPD. It is rare to go to see the doctor complaining of BPD. Presentation is often prompted by other problems such as substance misuse, mood swings, abnormal eating, relationship problems, and self-harm (an identifying symptom in adolescence which decreases over time). A prominent interpersonal strategy in boys and girls with BPD are efforts to have a secure attention and prevention of abandonment. A distinctive feature of borderline children is a distorted sense of reality. They create a vivid fantasy world in which they become intensely absorbed and coerce others to assume roles that fit their particular fantasy. Presence of BPD in adolescence is harmful. In adulthood, 16% of teenagers with BPD still suffer from BPD and 80% suffer from another PD.

Key words: Adolescents, borderline, children and personality disorder

Gut-Brain Axis و نقش آن در اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان

دکتر ایوب مالک؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

محور روده ـ مغز Gut-Brain Axis (GBA) به یک شبکه ارتباطی دو سویه بین سیستم روده‌ای و سیستم عصبی مرکزی اشاره دارد که در سال‌های اخیر مورد توجه فراوان بوده به گونه‌ای که یافته‌های حاصل از مطالعات مرتبط با این محور ممکن است پارادایم علل اختلالات روانپزشکی را در آینده تغییر دهد. هدف از ارائه حاضر معرفی این محور، شواهد و مستندات مربوط به آن با تأکید بر دلالت‌های آن در اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان است.

تاکنون چهار مسیر عمده در محور روده ـ مغز شناسایی شده که عبارتند از: مسیر نورولوژیک، آندوکرین، متابولیک، و سیستم ایمنی. در این میان مسیر نورولوژیک با چهار مکانیسم در این محور فعال می‌باشد که شامل نوروترانسمیترهای مجرای گوارش، محور هیپوتالاموس ـ هیپوفیز ـ آدرنال، عصب واگ، و فاکتور نوروتروفیک مغزی (BDNF) است.

شواهد بالینی، اپیدمیولوژیک، و ایمونولوژیک نشان می‌دهد که میکروبیوتای روده به طور وسیع و عمیقی رابطه روده ـ مغز را در چهار مسیر شناخته شده فوق تحت تأثیر قرار می‌دهد. در عین حال ترکیب میکروبیوتای روده خود تحت تأثیر برخی عوامل تغییر پیدا می‌کند که از بین اینها می‌توان به مواردی مثل: زمینه ژنتیک، سن، جنسیت، نحوه تولد و روش زایمان، تغذیه با شیر مادر، داروها، محل جغرافیایی، عفونت و سایر بیماری‌ها، فعالیت فیزیکی، استرس، و تغذیه و رژیم غذایی اشاره کرد.

در مسیر نورولوژیک، میکروبیوتای روده نقش کلیدی در تولید انواع نوروترانسمیترهای روده‌ای نظیر سروتونین، دوپامین، نور اپی‌نفرین، و گابا دارد. بیش از ۹۵ درصد سروتونین بدن به واسطه تحریک متابولیت‌های میکروبی روده در سلول‌های کرومافینی روده تولید، ذخیره، و به گردش خون سیستمی ترشح می‌شود و یا به طور موضعی روی سیناپس‌های حسی عصب واگ در روده تأثیر می‌گذارد که با فرستادن سیگنال به مغز نقش مهمی در تنظیم خلق، خواب، خوردن، و کنترل درد دارد. از سوی دیگر تریپتوفان به عنوان یک اسید آمینه ضروری، برای سنتز سروتونین و سایر مولکول‌های سیگنال دهنده نوراکتیو در روده به عنوان پیش ساز عمل می‌کند که از طریق رژیم غذایی باید تأمین شود. میکروب‌های روده در این میان نقش تنظیم کننده برای سنتز این مولکول‌های نوراکتیو از تریپتوفان را دارند. به طورکلی تعامل بین میکروب‌های روده با تریپتوفان رژیم غذایی منجر به تولید برخی متابولیت‌های نوراکتیو می‌شود که برخی از آنها در چندین اختلال روانپزشکی نظیر اوتیسم و افسردگی دخیل شناخته شده‌اند.

در مسیر آندوکرینی محور روده ـ مغز، میکروبیوتای روده آزاد شدن هورمون‌های اشتها آور و اشتهابر از سلول‌های آندوکرینی روده را تحت تأثیر قرار می‌دهد که به نوبه خود از طریق عصب واگ و یا گردش خون سیستمی روی سیستم عصبی مرکزی اثر می‌کنند و بدینوسیله در تنظیم اشتها و سیری نقش دارند. در این مسیر همچنین نوروپپتید گالانین در احساس درد، تنظیم سیکل خواب ـ بیداری، تغذیه، و خلق نقش بازی می‌کند و با تحریک ترشح کورتیزول از غده آدرنال در پاسخ محور هیپوتالاموس ـ هیپوفیز ـ آدرنال به استرس نقش دارد.

به سایر مکانیسم‌های درگیر در مسیر نورولوژیک محور روده ـ مغز و نیز مکانیسم‌های مربوط به مسیرهای متابولیک و ایمنی در متن سخنرانی با جزئیات بیشتری اشاره خواهد شد.

بر اساس شواهد موجود در زمینه تأثیر مواد غذایی در میکروبیوتای روده امروزه برای اعمال اثرات مثبت روی میکروبیوتای روده، پره بیوتیک‌ها، پروبیوتیک‌ها، و پُست بیوتیک‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد که نتایج مطالعات بالینی در این زمینه با تأکید بر اختلال نقص توجه ـ بیش فعالی، اختلال طیف اوتیسم، و اختلالات خوردن مورد بحث قرار خواهد گرفت. و با توجه به یافته‌های حاصل از مطالعات در محور روده ـ مغز است که امروزه پیوند میکروب‌های روده‌ای به عنوان یک روش درمانی به ویژه در اختلال طیف اوتیسم مورد توجه قرار گرفته است.

School Refusal/Absenteeism

Before, During and in the Aftermath of the COVID-19 Pandemic

Azadeh Malekian, MD., Psychiatrst, Assistant Professor Clinical Research Development Center

Purpose:

This study aims to highlight rising rates of School Refusal (SR) and School Absenteeism (SA), globally and in Iran-where it is neglected and kids to drop-out despite the constitutional free compulsory education act. The UNESCO call for SA-reduction acts on 1998 prompted countries toward extensive SR/SA-elimination efforts. Despite all, the SA/SE rising continued before and accelerated-tripled-since the COVID-19 pandemic -as WHO and UNICEF had already alarmed. Around one million Iranian students are out of schools. This needs to be addressed urgently to prevent drop out and its devastating impacts on youths' lives.

Method:

This is a narrative review study. Relevant data extracted among the published articles, website contents of Iran Ministry of Education (IMOE) and official news.

Results:

Research articles underscore the need to address the SA/SR early, Key points include: raising the awareness and proper detection, exhaustive evaluation of the SR individualised functions through intersect oral stakeholders' communication and collaboration to so only return the child. Systemic interventions directed by the mental health professional and accorded to SR/SA functions. Training workshops for parents, teachers, drivers, … Treating the comorbid conditions, moderating the avoidance positive and negative reinforces, positively reinforcing attendance, social services like hotlines and midway-education-services.

Conclusion:

Iran educational regulatory documents are outdated. The absence-related rules are mostly about how to punish and/or when to expel-out the non-attendees-as a negligence to the constitution's compulsory education act. increasing out of school children are seen in the street. legitimating cross-sectoral collaboration to bridge the education-health system gap for children' interest.

خودآزاری غیر خودکشی (NSSI) در کودکان و نوجوانان

دکتر مهین اسلامی شهربابکی؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

(Non Suicidal Self-Injury (NSSI هر گونه آسیب عمدی به بدن در غیاب هر نوع تمایل به مردن است. شایع‌ترین فرم‌های NSSI بریدن، سوزاندن و خراش‌های شدید در پوست است. این رفتارها در کودکان و نوجوانان شایع‌اند و با پیامدهای ناگواری همانند اقدام به خودکشی همراهند. پژوهشگران معتقدند NSSI با و بدون قصد خودکشی ورژن‌های متفاوت یک رفتار مشابه هستند. NSSI در نوجوانان افسرده مارکر مهمی برای خطر خودکشی است لذا در درمان این بیماران لازم است که آموزش‌های لازم به والدین داده شود.

از ۱۸۷۱ که بلندفورد NSSI را براساس شدت این رفتارها در طیفی از ایمپالس‌های خودکشی و هذیان‌های مرتبط تا خود آسیبی‌های جزئی مثل ناخن جویدن توصیف کرد. تعریف و توصیف این رفتارها تاکنون تغییراتی داشته است و اولین بار در DSM-III به عنوان نشانه‌ای از اختلال شخصیت مرزی معرفی گردید که در DSM-IV-TR نیز ادامه داشت و در DSM-5 به عنوان وضعیتی برای مطالعه بیشتر در ضمیمه قرار گرفت و تشخیص جدیدی به نام اختلال تخلیه پوست (چیدن پوست)[5]نیز به DSM-5 اضافه شد. پژوهشگران فکر می‌کردند که NSSI در دختران شایع‌تر است ولی برسین وشون لیر (۲۰۱۵) با انجام متاآنالیزی ثابت کردند که NSSI در دختران (زنان) مختصری بیشتر از پسران (مردان) است. میزان شیوع NSSI در نوجوانان ۴۶/۵-۷/۵ درصد و سن شروع آن ۱۴-۱۲ سالگی است. قبل ۱۲ سالگی نیز مواردی گزارش شده است.

ریسک فاکتورهای NSSI در نوجوانان مشکلات خواب و وقایع نامطلوب زندگی و دیس رگولیشن هیجانی می‌باشند. به عبارتی ریسک فاکتورهای NSSI به دو دسته کلی فردی (بدتنظیمی هیجانی، اختلالات روانپزشکی و ...) و محیطی (تروماهای کودکی و مشکلات دلبستگی) تقسیم می‌شوند که تعامل این فاکتورها با هم منجر به رفتارهای خود آسیبی می‌شود.

NSSI در اختلالات روانپزشکی متعددی بجز BPD نیز وجود دارند از جمله PTSD، CD، OCD، اختلالات خلقی و اضطرابی بالینی و غیر بالینی، SUD، بولیمیا، DID و سایر اختلالات تجزیه‌ای ممکن است در افراد کمال گرا و افراد با سواد سلامتی پایین نیز دیده شود.

[5] Excoriation Disorder (Skin-Picking)

خانواده درمانی

دکتر معصومه موسوی؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

والدین به صورت‌های مختلف با رفتار «آسیب به خود» نوجوانشان مواجه می‌شوند. باید هنگام کمک به این والدین در ابتدا ارزیابی عملکرد خانواده و هم چنین رابطه والد ـ نوجوان انجام پذیرد. در صورت مشکل در این قسمت اگر به صورت خفیف باشد ارائه توصیه‌های کاربردی بسیار کمک کننده است. و در صورت مشکلات شدیدتر و گسترده‌تر مداخله‌هایی مانند «آموزش مدیریت والدین» که اثربخشی آن به صورت علمی تأیید شده، کاملاً توصیه می‌گردد. علاوه براین برای تمام خانواده‌ها ارائه راه کارهای زیر مناسب خواهد بود:

- چگونه با نوجوانم در مورد «آسیب به خودش» صحبت کنم؟
- چگونه با این مسأله کنار بیایم؟
- دادن اطلاعات به والدین در مورد این پدیده، مانند شیوع و علت این اختلال به خصوص روابطی در خانواده که این مشکل را تشدید می‌کند، مراحل درمان چیست؟
- کی نوجوان من نیاز به کمک متخصص دارد، تأثیر این مشکل بر همشیرها؟

ارتباط و اضطراب

علیرضا آغاز؛ کارشناسی ارشد گروه گفتار درمانی

انسان موجودی اجتماعی است. ارتباطات نقش مهمی در زندگی انسان دارد. همه انسان ها به برقراری ارتباط با افراد دیگر نیاز دارند. از طریق ارتباط، افراد برای دیگران پیام می فرستند و بازخورد می دهند. شخص مقابل نیز همین روند را طی می کند و بازخورد می دهد. این شبکه انتقال ارتباط را شکل می دهد. هرگاه انحراف ادراک شده از حد نرمال در شنوایی، گفتار یا زبان که در ارتباط اختلال ایجاد کند، توجه نامطلوب را به گوینده جلب کند و گوینده را خودآگاه یا ناسازگار کند، اختلال ارتباطی نامیده می شود. ارتباط و به ویژه گفتار منبع اصلی اضطراب است. اضطراب نیز به عنوان یکی از علل اختلالات ارتباطی شناخته می شود.

شیوع اضطراب در کودکان سالم ۲۹ درصد است. اضطراب اغلب با اختلالات ارتباطی در کودکان همراه است. کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات ارتباطی (مانند اختلالات رشدی زبان، اختلالات صداهای گفتاری، لکنت و ...) اضطراب بیشتری دارند. ارتباط و اضطراب به طور متناوب بر یکدیگر تأثیر می گذارند و تحت تأثیر یکدیگر قرار می گیرند.

شیوع اضطراب در کودکان طیف اتیسم (ASD) ۴۰ تا ۵۰ درصد است. اضطراب یک ویژگی رایج در کودکان ASD است. منابع اصلی اضطراب در این کودکان اختلالات پردازش حسی است. اختلال ارتباطی معیار اصلی و لازمه تشخیص ASD است. گفتار درمانی می تواند با کاهش اختلالات ارتباطی بر علائم اضطراب تأثیر بگذارد. بر خلاف کودکان سالم، ماهیت رابطه بین اختلالات ارتباطی و اضطراب در ASD مورد بحث است.

اخیراً مطالعه ای با هدف بررسی ارتباط اختلالات ارتباطی، مشکلات حسی و اضطراب در ۵۳ کودک مبتلا به ASD با سن ۶ تا ۱۲ سال (میانگین ۸/۵) انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که تمامی اختلالات حسی با انواع اضطراب در جمعیت ASD همبودی دارند. تعامل اجتماعی این کودکان با انواع اضطراب آنها رابطه منفی معناداری داشت. نمره ارتباط با سایر انواع اضطراب به جز اضطراب جدایی رابطه منفی معناداری داشت. تمام اختلالات حسی دارای همبودی با انواع اضطراب در جمعیت ASD هستند.

این مطالعه نشان داد که افزایش روابط دوستانه با کودک دارای اتیسم به کاهش اضطراب او کمک می کند. تعدیل اختلالات حسی می تواند به کاهش اضطراب و در نتیجه کاهش اختلالات ارتباطی کمک کند. اختلالات ارتباطی اثرات متفاوتی بر اضطراب در ASD دارند. در برخی از کودکان ASD، با افزایش اختلالات ارتباطی، اضطراب کاهش می یابد و در برخی با افزایش اختلالات ارتباطی، اضطراب افزایش می یابد. اضطراب در ASD احتمالاً ناشی از اختلالات حسی است. اختلالات حسی به طور غیرمستقیم با اختلالات ارتباطی از طریق افزایش اضطراب مرتبط است. در کودکان ASD، اضطراب میانجی بین اختلالات ارتباطی و اختلالات حسی است. در کودکان ASD مداخله جامع برای اصلاح اختلالات حسی، کنترل اضطراب و اختلالات ارتباطی ضروری است.

کلیدواژگان: اضطراب، ارتباط، گفتار، حس، اتیسم، درمان

مشکلات ارتباطی در نوجوانان

دکتر امین ماهورام مشهدی؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

نوجوانی دوره گذار از کودکی به بزرگسالی است و همچون هر دورهٔ گذار دیگری با تلاطمات و بحران‌هایی همراه می‌باشد. همین تلاطمات گاهی باعث بروز مشکلات رفتاری در نوجوانان می‌شوند. تغییرات در نوجوانان منشاء زیستی و اجتماعی دارند، و تفاوت‌های اجتماعی بین جوامع و فرهنگ‌ها نیز در بین نقش ایفا می‌کنند. در هر مرحلهٔ زندگی، فرد با تکالیف تکاملی مواجه است که انجام آنها به عبور موفقیت‌آمیز از آن مرحله منجر می‌شود. با توجه به نوع تکالیفی که نوجوان در این مرحله از زندگی‌اش با آنها مواجه است نیاز به ارتباط کارآمد از ضروریات به انجام رساندن آن تکالیف است و نقص در ارتباط منجر به ناکامی در انجام آن وظایف و از دست دادن اعتماد به نفس و سایر پیامدهای منفی آن می‌شود.

نوجوانان به صورت معمول مشکلات چندانی در برقراری ارتباط ندارند و بسیاری از آنها حداقل توانایی‌های لازم ارتباطی را در محیط خانه و مدرسه نشان می‌دهند. با این حال در دورهٔ نوجوانی به دلیل بعضی تغییرات هم چون شکاف بین نسلی و ترس از مورد قضاوت واقع شدن، ممکن است مشکلاتی در عموم نوجوانان دیده شود.

مطالعاتی در خصوص ویژگی‌های معمول نوجوانان در هنگام برقراری ارتباط انجام شده و خصوصیاتی همچون تمایل به سر تکان دادن یا بالا انداختن شانه‌ها بیشتر دیده شده و لمس طرف مقابل یا درخواست توضیحات تکمیلی کمتر مشاهده شده که با بهره‌گیری از این خصوصیات شناسایی مشکلات ارتباطی در نوجوانان تسهیل شده است.

علت مشکلات ارتباطی عمدتاً ناشناخته است، اما در اختلالات یا بیماری‌هایی همچون نقص شنوایی، طیف اوتیسم، و ضربه به سر می‌توان انتظار نقایصی را در ارتباطات داشت.

نوجوانی که در فهم و ساختن جملات ساده یا پیچیده، خواندن و نوشتن، استفاده از دستور زبان و دایرهٔ واژگان و توضیح پیرامون افکار و احساسات خود دچار مشکل است و عمدتاً از سخن گفتن دوری می‌کند ممکن است دارای درجاتی از مشکلات ارتباطی باشد. این نوجوانان در برخورد با مراجع قانونی و قضایی نیز ممکن است دچار مشکل شوند.

شناسایی و مداخلهٔ درمانی مناسب برای این گروه از نوجوانان که یکی از حیطه‌های کاری آسیب‌شناسان تکلم و زبان است موضوعی چند وجهی و نیازمند تشریک مساعی و همکاری طیف وسیعی از افراد دارای ارتباط با نوجوان از جمله والدین، معلمان و دوستان است. در امر مدیریت مشکلات ارتباطی نوجوانان بجز کار با خود نوجوان، هر یک از گروه‌های ذکر شده با توجه به تعاملی که با نوجوان دارند می‌توانند کانون توجه باشند و نقش درمانی ایفا کنند.

بررسی ناامیدی و نگرش ناکارآمد
در افراد تحت حمایت مراکز کودکان کار جنوب شهر تهران سال ۱۴۰۰

فرشته قاسمی؛ کارشناسی ارشد روانپرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مهرنوش اینانلو؛ استادیار مشاوره توانبخشی، گروه روانپرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

نعیمه سید فاطمی؛ استادگروه روانپرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

شیما حقانی؛ آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پرشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه و هدف: آسیب‌پذیری کودکان کار یک مسئله با زوایای مختلف خانوادگی و اجتماعی به شمار می‌رود. به دلیل محرومیت اکثریت کودکان کار از عشق، احساس و حمایت خانواده، بیشتر مستعد ابتلا به مسائل سلامت روان هستند و شاخص‌های امید به آینده نسبت به سایر همسالان در کودکان کار کمتر بوده است. از متغیرهای مهم و تأثیرگذار در سلامت روان کودکان کار ناامیدی و نگرش ناکارآمد است. لذا در این پژوهش ناامیدی و نگرش ناکارآمد در افراد تحت حمایت مراکز کودکان کار جنوب شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بررسی شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی، ۲۴۷ نفر از کودکان و نوجوانان کار ۱۰ تا ۱۸ ساله تحت حمایت مراکز کودکان کار جنوب شهر تهران (مراکز مولوی، بازار، خاوران و همه کودکان) به روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند و سه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و نگرش ناکارآمد کودکان (DASC) و ناامیدی کودکان (CHS) در مدت ۸ ماه از فروردین ماه ۱۴۰۰ تا آبان سال جاری ۱۴۰۰ تکمیل گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری به وسیله نرم‌افزار spss نسخه ۲۱ با آزمون‌های تی تست مستقل، آنوا و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین ناامیدی(۱/۹۶±۷/۶۳) در افراد تحت حمایت مراکز کودکان کار جنوب شهر تهران، در سطح مطلوب بود اما میانگین نمره بعد انتظارات آینده در سطح متوسط بوده است. در بین ابعاد ناامیدی، اهمیت بعد انتظارات آینده (۷۰/۶۷±۳۸/۱۸) در ناامیدی بیشتر از بعد شادکامی (۱۹/۸۱±۲۸/۵۱) بوده است. همچنین میانگین شادکامی کلی (۱۹/۸±۲۸/۵۱) و میانگین نگرش ناکارآمد (۱۶/۹۶±۷۴/۱۱) در سطح مطلوب بوده است.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش حاضر، میانگین ناامیدی و نگرش ناکارآمد در کودکان کار مطلوب بوده است ولی میانگین نمره انتظارات آینده در سطح متوسط بوده است. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای با هدف ارتقای بعد انتظارات آینده ناامیدی کودکان صورت گیرد و در آینده برای پیگیری وضعیت کودکان، مطالعات بیشتر و در مدت زمان طولانی‌تر انجام شود.

مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی کودکان کار و نقش پنهان آنان بر آینده روانی جامعه ایران

سیدمجید میرابوالقاسمی؛ کارشناس ارشد، روانشناس بالینی، مشاور مرکز ذهن پرور کرج
نسرین خلیل‌زاده؛ دکتری نانوتکنولوژی، عضو هیأت علمی پژوهشگاه علوم و فنون هسته‌ای

هدف: هدف از تحقیق حاضر بررسی دلایل اختلالات روانی کودکان کار و تأثیر آن بر کاهش سلامت روانی آینده کشور است. روند عادی نشان دادن مشکلات پیچیده و سرنوشت ساز امروزی و به فراموشی سپردن آن، به شایع‌ترین مکانیسم دفاعی در مواجهه با آنها تبدیل شده است. کودکان کار و تأثیر کرونا بر این گروه نمونه این فراموشی است. منابع دولتی تعداد کودکان کار را دو تا سه میلیون و منابع غیر دولتی بیشتر از هفت میلیون نفر تخمین زده‌اند. دزدیده شدن نویسنده مقاله به وسیله چند تن از این کودکان، انگیزهٔ بررسی این مسأله بوده است. با توجه به تعداد بالای این کودکان، بررسی مشکلات آنان و راه حل‌های این مشکلات، بسیار ضروری است.

روش: با توجه به نبود منابع اطلاعاتی رسمی لازم، جمع‌آوری اطلاعات (آمار، نمودارها و ...) از طریق مطالعه اینترنتی (کتابخانه‌ای) می‌باشد.

یافته‌ها: یافته‌های به دست آمده بر اساس آمار تعداد، ایدز، تجاوز، ترک تحصیل، خودکشی، روش‌های کسب درآمد، ساعت کار، قاچاق و موادمخدر، کودک آزاری، قتل، کودک همسری، مواد مخدر، محل زندگی، ملیت، ترک تحصیل، کرونا، سوء تغذیه و اختلالات روانی، نحوه خرید آنان و رشد منفی جامعه ایران، نشان از سرعت رشد بالای خطر این گروه بر سلامت روان آینده جامعه دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های اینترنتی این تحقیق و رشد منفی جمعیت ایران، باید نسبت به کاهش و حل مشکلات این گروه به عنوان سرمایه اجتماعی پسا کرونا، اقدام جدی شود تا در آینده با بحران‌های غیر قابل پیش‌بینی روانی و اجتماعی به دلیل آمار بالای این گروه، روبرو نشویم.

بررسی مهارت‌های زبانی و حافظه در کودکان کار

امیرعلی حبیبی، پردیس یاراحمدی، آرزو صفاریان، سکینه محمدزمانی

هدف: ارزیابی و مقایسه مهارت‌های زبانی و حافظه در کودکان کار با شاخص‌های استاندارد بود.

روش: در این مطالعه توصیفی ـ مقطعی، مهارت‌های زبانی و حافظه ۲۵ کودک کار (۱۶ دختر و ۹ پسر) ۱۳–۷ ساله (میانگین سنی= ۸/۸ سال) اهل افغانستان، ساکنِ حومه شهر تهران و مسلط به زبان فارسی بررسی شد. از خرده آزمون توصیف تصاویر آزمون آسیب زبانی ویژه (SLI)[6]برای ارزیابی گفتار پیوسته، بررسی صرف و نحو (میانگین طول جمله برحسب تکواژ {MLU(m)}[7]) و تعداد گفته‌ها) و معناشناسی (تعداد کل واژگان {NTW}[8]؛ تعداد واژگان متفاوت {NDW}[9] و تعداد کلمات غیرتکراری) استفاده شد. عملکرد واج‌شناسی و حافظه به ترتیب با استفاده از آزمون فونتیک و آزمون حافظه شنیداری ارزیابی شد.

یافته‌ها: میانگین تعداد گفته و MLU(m) به ترتیب ۲۹/۴ و ۳/۰۹ بود. در حوزه معناشناسی میانگین NTW، NDW و تعداد کلمات غیرتکراری به ترتیب ۰/۶۶، ۹۳/۲۸ و ۵۷ بود. میانگین تعداد خطای واج شناسی ۵/۴۰ و میانگین حافظه شنیداری عددی و کلامی به ترتیب ۳/۴۰ و ۳/۴۴ بود. ۴۸ درصد این کودکان تکرار پایه داشتند.

نتیجه‌گیری: مهارت‌های زبانی (مرحله ۳ براون) و ظرفیت حافظه کودکان متناسب با سن (۵ الی ۹ آیتم در کودکان همسن) نبود. ضعفِ مهارت‌های زبانی و حافظه این کودکان، می‌تواند به دلیل دو زبانگی و فقر محیطی باشد. با توجه به اینکه مهارت‌های زبانی و حافظه برای عملکرد تحصیلیِ مناسب و پیشگیری از تکرار پایه ضروری است، بنابراین ارزیابی و در صورت لزوم درمان این مهارت‌ها توسط آسیب‌شناس گفتار و زبان پیشنهاد می‌شود.

---

[6] Specific Language Impairment
[7] Mean Length of Utterances (morphem); MLU(m)
[8] Number of Different Words; NDW
[9] Number of Total Words; NTW

سازمان‌دهی کودکان خیابانی (آیین‌نامه‌ها و خیریه‌ها)

دکتر فرشته شکیبایی؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

هیأت وزیران مورخ ۸۴/۴/۲۶ آیین نامه ساماندهی کودکان خیابانی را تصویب نمود. شامل ۵ فصل: کلیات ـ روند اجرایی ـ وظایف سازمان‌ها و نهادهای همکار در سازماندهی کودکان خیابانی ـ هماهنگی و نظارت ـ مقررات عمومی.

فصل اول: تعریف اصطلاحات که فقط تعدادی در اینجا آورده می‌شود

۱) کودک خیابانی؛ فرد کمتر از ۱۸ سال تمام که به صورت محدود یا نامحدود در خیابان به سرمی‌برد، اعم از کودکی که هنوز با خانواده خود تماس دارد و از سرپناه برخوردار است و یا کودکی که خیابان را خانه خود می‌داند و رابطه او با خانواده به حداقل رسیده و یا اساساً چنین ارتباطی وجود ندارد.

۲) ساماندهی؛ مجموعه فعالیت‌هایی که توسط نهادها، سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی دولتی و غیردولتی تعریف شده در این آیین‌نامه، از شناسایی، جذب و پذیرش کودکان خیابانی آغاز و تا رسیدن وی به فرجام قابل اطمینان ادامه می‌یابد.

۳) اقامت: حضور کوتاه مدت، میان مدت و دراز مدت کودک خیابانی در مراکز اقامت که شامل سه سطح زیر می‌شود.
- اقامت کوتاه مدت؛ حضور در مرکز اقامت حداکثر به مدت ۲۱ روز
- اقامت میان مدت؛ حضور در مرکز اقامت بیشتر از ۲۱ روز تا یک سال
- اقامت دراز مدت؛ حضور کودک خیابانی بی‌سرپرست یا بدسرپرست در مراکز شبانه‌روزی تا پایان ۱۸ سالگی مطابق با آیین‌نامه مراکز شبانه روزی سازمان بهزیستی کشور

۴) ترخیص: پایان اقدامات تیم تخصصی مراکز و دستیابی به اهداف تعیین شده که منجر به پاسخگویی به نیازهای کودک در کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت می‌گردد.

۵) بازگشت کودک به کانون خانواده اولویت اقدامات ترخیص مراکز خواهد بود.

۶) پیگیری: سلسله اقداماتی که به منظور پیشگیری از بروز مجدد مشکل برای کودک پس از ترخیص از طریق تماس با خانواده و بازدید از شرایط خانوادگی یا دعوت والدین یا خانواده نزدیک کودک یا سرپرستان وی جهت بررسی و مشاوره‌های مددکاری انجام می‌پذیرد.

در روند اجرا سازمان بهزیستی کشور موظف است با همکاری و مشارکت؛ شهرداری، انجمن‌های خیریه، تشکل‌های غیردولتی و نیروی انتظامی و با استفاده از مددکار اجتماع (در قالب تیم تخصصی سیار یا مستقر در مراکز که با همکاری شهرداری‌ها سازماندهی خواهد شد)،

نسبت به شناسایی، جذب، پذیرش و توانمندسازی کودکان خیابانی در کلیه مراکز استان‌ها و در صورت صلاحدید کارگروه اجتماعی استان در شهرهای بالای دویست هزار نفر اقدام نماید.

سازمان‌ها و نهادهای همکار در فرایند ساماندهی کودکان خیابانی در زمینه‌های تعیین شده زیر همکاری خواهند نمود:

- نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران
- وزارت دادگستری
- شهرداری
- وزارت کار و امور اجتماعی
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- سازمان بیمه خدمات درمانی
- سازمان تأمین اجتماعی
- سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران
- جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران
- وزارت آموزش و پرورش
- کمیته امداد امام (ره)

از حدود ۲ سال قبل کارگروهی در بهزیستی اصفهان متشکل از نماینده دارای اختیارت نظر و تصمیم از ۱۳ ارگان اشاره شده در بالا تشکیل شده است.

توضیح: بین بچه‌های کار و بچه‌های خیابانی باید تمایز قائل شد هر در بسیاری موارد ممکن است بچه خیابان، کودک کار هم باشد.

پژوهشی در افشای فرزندخواندگی

دکتر مسعود ازهر؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

در فرهنگ ما افشار فرزندخواندگی توسط پدر و مادرها به سختی صورت می‌گیرد به دلیل اینکه روش‌های مشاوره و آموزش والدین در این رابطه چندان کارایی نداشت تصمیم گرفته شد، پژوهشی انجام شود که موانع و نگرانی‌های این حیطه مشخص شود و راه‌های مناسب افشاسازی بررسی شود.

روش پژوهش کیفی تئوری زمینه‌ای برای رسیدن به این هدف مورد استفاده قرار گرفت. در این روش مصاحبه نیمه ساختار یافته با کسانی که تجربه زیستن در شرایط در فرزندخواندگی را دارند انجام شد. از خرداد ۱۳۹۴ تا شهریور ۱۳۹۵، در مجموع ۲۹ مصاحبه صورت گرفت. ابتدا از پدر و مادرهایی که هنوز افشا نکرده بودند بعد با پدر و مادرهایی که فرزندشان موضوع فرزند خواندگی را می‌دانست و در آخر فرزندانی که موضوع را می‌دانستند. هر مصاحبه تحلیل شد و بر انتخاب مصاحبه شونده بعدی و همچنین بر محتوای سئوالات مصاحبه بعدی تأثیر گذاشت.

مصاحبه‌ها تا رسیدن به پاسخ‌های تکرای برای سئوالات اصلی پژوهش ادامه یافت. تحلیل یافته‌ها با کدگذاری، دسته‌بندی و پیدا کردن موضوعات اصلی و در نهایت یافتن رشته‌ای که همه این موضوعات را به هم پیوند می‌دهد و منسجم می‌کند انجام شده و تا فروردین ۱۳۹۷ بطول انجامید. نتیجه آن در کتاب «پدر و مادر واقعی، زندگی عادی» در سال ۱۴۰۰ منتشر شد.

روش پژوهش

با چه کسانی مصاحبه شد:

- پدر و مادرهایی که هنوز افشا نکرده‌اند. چه قصد افشاگری داشتند چه نداشتند.
- پدر و مادری که افشا کرده بودند یا فرزندشان موضوع را می‌داند.
- فرزندی که موضوع را می‌داند.

کیفیت مصاحبه

- تا حد امکان از واقعیت موجود صحبت شود نه آنچه پژوهشگر آن را صلاح می‌داند.
- پژوهشگر کمترین تأثیر را بر گفته ها و نظرات مصاحبه شوند داشته باشد. خود را مشتاق دانایی و فردی نادان نشان دهد.

هر مصاحبه‌ای تحلیل شود. با توجه به این تحلیل، مصاحبه بعدی انجام می‌شود.

- ابتدا هر مصاحبه تکه تکه می‌شود.
- تکه‌ها بر اساس مفهومی که دارد دسته‌بندی می‌شود.
- در انتها تحلیل کلی، همه تکه‌ها را به هم مربوط می‌کند.

از چند پازل، یک پازل بزرگ وکلی به دست می‌آید که جواب پژوهش در آن پیدا است.

مصاحبه‌ها تا جایی انجام می‌شود که جواب‌های تکراری برای سئوالات اصلی ایجاد شود. در سئوالات فرعی ممکن است اشباع صورت نگیرد.

۲۹ مصاحبه:

اولین مصاحبه خرداد ۱۳۹۴

آخرین مصاحبه شهریور ۱۳۹۵

پایان تحلیل فروردین ۱۳۹۷

با مساعدت بی‌دریغ سرکار خانم مریم مهرپرور از بهزیستی اصفهان

آیا افشاگری فرزندخواندگی لازم است؟ آیا می‌توان افشا نکرد؟

اغلب موضوع خواه ناخواه فاش می‌شود. به ندرت می‌توان موضوع را تا پایان مخفی نگه داشت.

نگاه اخلاقی: پدر و مادر حق دانستن را از فرزند خود بگیرند.

آیا فرزند می‌خواهد موضوع را بداند؟

- *بله حتماً، اگر نمی‌گفتند ناراحت می‌شوم.*
- *هیچ وقت دلم نمی‌خواست بدانم.*
- *دلم نمی‌خواست بدانم ولی بالاخره که می‌فهمیدم.*

چرا پدر و مادر افشا می‌کنند؟ چرا افشا نمی‌کنند؟

- *پدر، مادر و فرزند می‌خواهند روابط عادی بماند.*
- *پدر و مادر می‌خواهند آشفتگی ذهنی برای فرزند ایجاد نشود.*
- *پدر و مادر نگرانند فرزند به دنبال والد بیولوژیک خود برود.*
- *پدر و مادر نگرانند کس دیگری بغیر از آنها موضوع را به فرزند بگوید.*
- *راستگویی، ابهام، رازداری.*
- *تأثیر تجربه زندگی دیگران.*

معمولاً فرزندان چگونه می‌فهمند فرزندخوانده‌اند؟

- *فهمیدن اتفاقی.*
- *پدر ومادر به صورت برنامه‌ریزی شده به فرزند توضیح داده‌اند.*
- *فرزند بهانه گرفته و سئوال کرده است.*
- *چون سن فرزندخواندگی بالا بوده از ابتدا می‌دانسته فرزندخوانده است.*

واکنش فرزند به فهمیدن موضوع فرزندخواندگی:

- *کوچک‌ترها موضوع را نفهمیده‌اند یا از یادشان رفته است.*
- *موضوع را معادل فحش و ناسزا تلقی کرده‌اند و عصبانی شده‌اند و بعد از یادشان رفته است.*
- *با موضوع به سادگی کنار آمده‌اند و یا آن را چندان مهم ندانسته‌اند یا پس از مدتی با آن کنار آمده‌اند.*
- *خلق گرفته و بدرفتاری با دیگران، درگیری ذهنی زیاد وگاه دلسوزی برای خود.*

واکنش پدر و مادر به فهمیدن فرزند:

- روشن و واضح موضوع را تائید می‌کنند.
- انکار موضوع و حذف مدارک موجود
- کج دار و مریز برخورد کرده و در این باره کم حرف می‌زنند .

واکنش پدر و مادر می‌تواند متفاوت باشد و پیچیدگی داشته باشد .

بهتر است موضوع فرزندخواندگی را از چه کسی بفهمند؟

- پدر، مادر و فرزند از اینکه کس دیگری موضوع را گفته است ناراحت شده‌اند و او را مداخله‌گر، حمله کننده یا آزاررسان می‌دانسته‌اند.
- شنیدن موضوع از والد واکنش بدی در مقابل والد به همراه نداشته است.

نتیجه: بهتر است توسط پدر و مادر این کار صورت گیرد.

در چه سنی بهتر است؟

دلایل پدر و مادر طرفدار سن بالا:

- درک فرزند بهتر شده، عقل رس شده و موضوع را راحت‌تر می‌فهمد.
- در سن بالا، منطقی برخورد می‌کند و هیجانی نمی‌شود.
- تا بزرگسالی فرزند فهمیده که آنها پدر و مادر خوبی بوده‌اند بنابراین از آنها جدا نمی‌شود.
- مطرح کردن موضوع را در کوکی بسیار بد می‌دانند. حتی از دشمن هم چنین نامردی را انتظار ندارند (نگران حال فرزندشانند)

دلایل پدر و مادرِ طرفدار سن پایین:

- فرزندخوانده با فرزند عادی فرقی ندارد لازم نیست موضوع کتمان شود.
- زودتر گفته شود تا دیگران فرصت نکنند قبل از والدین به او بگویند.
- راحت‌تر موضوع قبول می‌شود و عادی می‌شود.
- به کودکان راحت‌تر می‌توان گفت تا بزرگ‌ترها.
- فرزندخواندگی را بر مبنای هویت فرزندخوانده بودن بنا می‌کند نه هویت فرزند بودن بنابراین درآینده هویتش در خطر قرار نمی‌گیرد.
- دیگر مجبور به ادامه مخفی کاری نمی‌شوند.
- از تجربه دیگران نگرانند که فرزندشان در بزرگسالی فهمیده و واکنش بدی نشان داده است.

نظرات فرزندان در مورد بهترین سن فهمیدن فرزندخواندگی:

- فرزندان سن خاصی را پیشنهاد نداده‌اند ولی گفتند بهتر است در نوجوانی مطرح نشود.
- چه در کودکی و چه نوجوانی و بزرگسالی، بعضی تطابق کرده‌اند و بعضی نتوانسته‌اند تطابق کنند.
- در کوچک‌ترها بهتر است موضوع بارها یادآوری شود یا درست آموزش داده شود تا از خاطر نرود.

انواع مفاهیمی که به فرزند منتقل می‌شود:

- *ابتدایت خوب بوده (والدین بیولوژیک تا بهزیستی) چقدر خوب شد که نصیب ما شدی، حالا پدرو مادر تو هستیم، موضوع عادی است.*
- *ابتدایت بد بوده، حالا که پیش ما هستی خوب است.*
- *فرزندخواده بودن بد است.*

پژوهشی در افشای فرزندخوادگی

مقاومت پدر و مادرها در افشاسازی فرزندخوادگی به فرزندشان موضوعی بود که باعث این پژوهش شد. نگرانی پدر و مادرها، نگرانی فرزندان و عقاید آنها درباره افشاسازی بررسی شد. سئوالات کاربردی که در این پژوهش به پاسخ رسید عبارتند از:

- *چگونه تصمیم بگیریم برای افشاسازی؟*
- *چه کسی افشا کند؟*
- *چه موقع افشاسازی انجام شود؟*
- *چه مفهومی منتقل شود؟*

راستایی تمام تصمیم‌ها و واکنش‌های پدر، مادرها و فرزندان در این جهت است که زندگی و روابط در فرزندخواندگی عادی بماند.

رابطه والدی:

پدر و مادر خود را با فرزند عادی حس می‌کنند. گاه یادمان می‌آید که فرزندخوانده است.

یا فهمیدن موضوع، بعضی از فرزندان قدردان زحمات والدین خود شده‌اند و کمتر از قبل آنها را حرص داده‌اند و بعضی پرخاشگر شده‌اند

فرزند اصلاً انتظار ندارد با او رفتاری شود که نشان از فرزندخواندگی است مانند مسائل محرمیت.

در باطه با فرزندخواندگی، فرزند و پدر و مادر با هم کم صحبت می‌کنند وگاهی یک یا هر دو والد خبر ندارند که فرزند موضوع را می‌داند.

فرزندان تمایلی به رفتن نزد پدر و مادر بیولوژیک خودن ندارند ولی سئوالات زیادی دارند. سئوالاتی که در ذهن فرزندخوانده‌ها است:

- *پدر و مادرم که بودند؟*
- *چطور که به بهزیستی سپرده شدم یا سر راه گذاشته شدم یا کارم به فرزندخواندگی رسید؟*
- *چرا بچه‌دار شدند وقتی نمی‌توانستند بزرگش کنند؟*
- *اصل و نسبم چی است؟ از چه طایفه‌ای هستم؟ اهل کجا هستم ؟ مامانم کی بوده ؟ آیا مرده‌اند؟ چرا نمی‌آیند مرا ببینند.*

جواب‌هایی که در ذهنشان می آید؟

- *شاید دختر نمی‌خواسته‌اند.*
- *شاید معتاد بوده‌اند.*
- *شاید پول نداشته‌اند.*
- *حس می‌کردم کار خیلی بدی کرده‌ام که من را سر راه گذاشته‌اند.*

جواب‌های که آرامشان کرده است:

- *حتماً آدم‌های خوبی بوده‌اند ولی توان اینکه تو را نگه دارند نداشته‌اند .*
- *شاید فوت کرده‌اند. نمی‌دانم.*

اهمیت انگ در سلامت روان و پیامدهای آن

دکتر حسن شاهرخی؛ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان
مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

انگ یا برچسب به مجموعه‌ای از باورهای اجتماعی عموماً منفی درباره گروهی از افراد یا جمعیت‌های خاص می‌باشد. یکی از گروه‌هایی که همواره در معرض انگ قرار داشته‌اند بیماران روانپزشکی می‌باشند. انگ بیماری روانپزشکی یک شاخص مهم در تعیین پیامدهای بیماری‌های روانپزشکی است. به این ترتیب درک پایه‌ای این پدیده برای افرادی که در حوزه سلامت روان فعالیت می‌کنند بسیار حائز اهمیت است.

در این سخنرانی با قصد درک ساز و کارهای ایجاد و تداوم انگ، ابتدا ساختار اجتماعی ـ شناختی انگ مرور می‌شود:
این ساختار شامل سه جزء کلیشه‌ها، پیش داوری و تبعیض می‌باشد که خصوصیات و فرآیند شکل‌گیری هر یک از آنها مورد بحث قرار می‌گیرد. سپس درباره انواع انگ و فرآیند ایجاد هر یک از آنها گفتگو می‌گردد. آنگاه با ارجاع به این فرآیندهای پایه‌ای، عوامل فرهنگی ـ اجتماعی مؤثر در شکل‌گیری انگ به طرزی اختصاصی‌تر مورد بحث قرار می‌گیرند و افراد یا ساختارهای دخیل در ایجاد انگ در سطوح مختلف مرور می‌شوند. سپس اهمیت و تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم انگ بر سلامت روان مورد بحث قرار خواهد گرفت. و در پایان راهکارهای عمومی برای مقابله با انگ به طور خلاصه توضیح داده خواهد شد.