**اسکیزوفرنی در کودکان و نوجوانان**

**اسکیزوفرنی در کودکان و نوجوانان با دو اصلاح مشخص می شود: اسکیزوفرنی با شروع در کودکی و اسکیزوفرنی با شروع در نوجوانی. اسکیزوفرنی با شروع در کودکی یک نوع اسکیزوفرنی بسیار نادر و وخیم است و اکنون به عنوان یک اختلال عصبی- رشدی پیشرونده محسوب می شود. اسکیزوفرنی با شروع در کودکی، در مقایسه با اسکیزوفرنی با شروع در کودکی، در مقایسه با اسکیزوفرنی با شروع در بزرگسالی ، سیر بالینی مزمن تری دارد، پیامدهای اجتماعی و شناختی آن شدیدتر هستند، و تعداد سمپتوم های منفی آن بیشتر است. اسکیزوفرنی با شروع در کودکی، طبق تعریف، قبل از 13 سالگی شروع می شود، ظاهراً در زیرمجموعه ای از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که استعداد ژنتیک زیادی دارند روی می دهد، و شواهد نشان می دهند که در رشد مغزی آنها نابهنجاری های ساختاری زیادی وجود دارند، از جمله در کورتکس مغزی، مادۀ سفید، هیپوکامپ، و مخچه . کودکانی که مبتلا به این بیماری، نابهنجاری های رشدی با تعداد بیشتر از حد نرمال داشته اند و این نابهنجاری های رشدی با تعداد بیشتر از حد نرمال به این بیماری، نابهنجاری های رشدی ظاهراً نشان دهندۀ رشد غیرعادی مغز هستند هرچند دقیقاً نشان نمی دهند که در کدام قسمت مغز رشد آنرمال وجود داشته است.**

**طبق بعضی از گزارش ها، کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی با شروع در کودکی، در مقایسه با نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی با شروع در نوجوانی، هوشبهر بسیار کمتری دارند، حافظۀ آنها ضعیف تر است، و در انواع تست مهارت های ادراکی- حرکتی نمرات پایین تری می آورند. نقص زیاد در آزمون های شناختی، مثل آزمون هوش، حافظۀ کاری (فعال)، و مهارت های ادراکی –حرکتی ممکن است نقص هایی را نشان دهند که قبل از ابتلا به بیماری وجود داشته اند نه این که در اثر آن به وجود آمده باشند. با این که نقص های شناختی در اسکیزوفرن های کم سن تر شدیدتر هستند، تصویر بالینی( مجموعه سمپتوم های) اسکیزوفرنی در سنین مختلف بسیار مشابه باقی می ماند، با یک استثنا: در کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی با شروع در کودکی، ناتوانی در رسیدن به عملکرداجتماعی و تحصیلی مورد انتظار وجود دارد، اما در نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اسکیزوفرنی، افت عملکرد اجتماعی و تحصیلی مشاهده می شود. طبق تعریف DSM-5، تشخیص اسکیزوفرنی شامل " active phase" (فاز فعال)این بیماری است که از حداقل یک سمپتوم از این سه سمپتوم تشکیل شده است: انواع دیلوژن، انواع هالوسینیشن، یا گفتار نامنظم، و حداقل یک سمپتوم اضافی دیگر که اکثر مواقع به مدت 1 ماه حضور دارد.سمپتوم اضافی دیگر که اکثر مواقع به مدت 1 ماه حضور دارد. سمپتوم اضافۀ دیگر می تواند یکی از سه سمپتوم فوق الذکر، یا یکی از دو سمپتوم های منفی ( کاهش ابراز هیجان یا ناخواستی) . در فاز فعال، سمپتوم در اکثر اوقات در طول یک ماه وجود دارند و باعث ایجاد شدن نقص شناختی می شوند. برای برآورده شدن معیارهای کامل اسکیزوفرنی، علایم آشفتگی باید به مدت حداقل 6 ماه ادامه یابند. نقص عملکردی در زمینه های اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی باید حضور داشته باشد. در تضاد با معیارهای تشخیصی قبلی، انواع فرعی اسکیزوفرنی (پارانوئید، نامنظم، کاتاتونیک، تفکیک نشده، و باقیمانده) حذف شده اند زیرا روایی و پایایی نداشتند.**

**کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی با شروع در کودکی معمولاً از سنین نسبتاً پایین در چندین زمینۀ عملکرد سازگارانه نقص دارند. با این حال، در اختلال طیف اوتیسم، شروع اختلال تقریباً همیشه قبل از 3 سالگی است، در حالی که اسکیزوفرنی با شروع در کودکی قبل از 13 روی می دهد، اما اکثر مواقع تا قبل از 3 سالگی غیرقابل شناسایی در کودکان است. اسکیزوفرنی با شروع در کودکی بسیار نادرتر از اسکیزوفرنی با شروع در نوجوانی در جوانی (اوایل بزرگسالی) است، و تعداد مواردی که شروع آن قبل از 5سالگی گزارش شده است.**

**نرخ شیوع**

**اسکیزوفرنی با شروع در کودکی به اسکیزوفرنی با شروع در بزرگسالی، که شدیدتر، مزمن تر، و مقاوم تر در مقابل درمان است، شبیه است زیرا در هر دوی آنها ویژگی های اصلی اسکیزوفرنی حضور دارند. با این حال، در اسکیزوفرنی با شروع در کودکی، تعداد بسیار زیادی اختلالات کاموربید مشاهده می شود، از جمله: ADHD، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات گفتاری و زبانی، و مشکلات حرکتی.**

**سبب شناسی**

**اسکیزوفرنی با شروع در کودکی یک اختلال عصبی- رشدی است که ظاهراً در اثر تعامل های پیچیده بین ژن ها و محیط به وجود می آید و به رشد نابهنجاری مغز در کودکی منجر می گردد. پیامدهای رشد غیرعادی مغز ممکن است تا نوجوانی یاجوانی به‌طورکامل آشکار نشوند.اطلاعات موجود نشان می‌دهندکه به احتمال زیاد،نابهنجاری های موجود در مادۀ سفید مغز و آشفتگی در فرآیند تشکیل میلین در کودکی به اتصال غرعادی مناطق مختلف مغز به یکدیگر منجر می شوند. باور بر این است که اتصال نابهنجار مناطق مختلف مغز به یکدیگر یک عامل مهم در ایجاد شدن سمپتوم های سایکوتیک و نقص های شناختی در اسکیزوفرنی با شروع در کودکی است.**

**عوامل زنتیک**

**وراثت‌پذیری اسکیزوفرنی با شروع در کودکی تا 80درصد نیز تخمین زده شده است.**

**در خانواده های افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به فراوانی مشاهده می شود که اعضای خانواده از روش های ناصحیح یا مشکل زایی برای ارتباط با یکدیگر برقرار می کنند ( سبک های ارتباطی آشفته). طبق بعضی گزارش ها، در توجه ، حافظۀ کاری، و هوشبهر قبل از ابتلا (پیش مریضی) در کودکانی که بعدها به اسکیزوفرنی و سایر اختلالات طیف اسکیزوفرنی مبتلا می شوند نقص های نوروپسیکولوژیک بیشتر از حد انتظار مشاهده می شود.**

**مطالعات MRI**

**در یک تحقیق در مورد بیش از 100 بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی با شروع در کودکی و خواهران و برادران سالم آنها، معلوم شد که از مادۀ خاکستری مغز این بیماران به تدریج کاسته می شود، رشد مادۀ خاکستری با تأخیر هرماه است و روند آن مختل شده است، و از حجم مخچه کاسته می شود( تخریب و مرگ نورون ها در مخچه). البته درخ واهران و برادران کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی با شروع در کودکی نیز بعضی از اختلالات مغزی مشاهده شد اما نابهنجاری های مشاهده شده در مادۀ خاکستری خواهران و برادران به مرور زمان از بین رفتند و این نشان می دهد که یک مکانیسم حراستی (استحفاظی) درخ واهران و برادران وجود داشت که در کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی با شروع در کودکی حضور نداشت یا عمل نمی کرد. علاوه برآن، افت حجم هیپوکامپ در این بازه سنی به نظر می رسد در کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی با شروع در کودکی ایستا باشد.**

**تشخیص و ویژگی های بالینی**

**همه سمپتوم های مشهود در اسکیزوفرنی بزرگسالان ممکن است در کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال مشاهده شوند. با این حال، در سابقۀ کودکان و نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی، در قبل از ابتلا به بیماری، در مقایسه با کسانی که در بزرگسالی به اسکیزوفرنی مبتلا شده‌اند، موارد بیشتری از طرد اجتماعی (تحویل گرفته نشدن از سوی دیگران)، روابط ضعیف با همسالان، انزواطلبی و گوشه گیری، و مشکلات تحصیلی مشاهده می شود. بعضی از کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی که در اواسط کودکی ارزیابی شده اند سابقۀ تأخیر در رشد حرکتی و کسب زبان دارند که این موارد به بعضی سمپتوم های اختلال طیف اوتیسم شبیه هستند.**

**شروع اسکیزوفرنی در کودکی معمولاً موذیانه است، و با عاطفۀ نامناسب یا رفتار غیرعادی شروع می شود. ممکن است ماه‌ها یا سال‌ها طول بکشد تا کودک همۀ معیارهای تشخیصی برای اسکیزوفرنی را نشان دهد.**

**هالوسینیشن های شنیداری در کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی به فراوانی روی می دهند. صداهایی که کودک می شنود ممکن است به طور دایم به ایراد گرفتن از او مشغول باشند، یا به او دستور بدهند به خودش یا دیگران صدمه برساند یا به کشتن خود یا دیگران اقدام کند. صداهای هالوسینیشنی ممکن است به صدای انسان یا حیوانات شبیه باشند، یا "bizarre"(عجیب) به نظر برسند، مثلاً به صدای "کامپیوتر توی سرم"، موجودات مریخی، یا صدای افراد آشنا، مثلاض یکی از خویشاوندان شبیه باشند. پروژۀ اسکیزوفرنی با شروع در کودکی در سازمان ملی بهداشت روانی آمریکا(NIMH) نشان داد که در همۀ حواس پنجگانه هالوسینیشن روی می دهد. با این حال، در آزمودنی های مورد بررسی قرار گرفته در این تحقیق، هالوسینیشن های لمسی، بویایی، و بصری به طور غیرمنتظره ای فراوان بودند. هالوسینیشن های بصری(دیداری) با هوشبهر پایین تر و کم تر بودن سن شروع بیماری مرتبط بود. هالوسینیشن های بصری معمولاً ترسناک هستند و کودکان ممکن است تصاویر از دیو، هیولا، اسکلت، چهره های ترسناک، یا موجودات فضایی ببینند. در کودکانی که به شدت مضطرب یا تروماتیزه هستند اما به اختلالات سایکوتیک اصلی مبتلا نمی شوند، ممکن است هالوسینیشن های بصری فوبیک و موقت روی دهند. هالوسینیشن های بصری، لمسی، و بویایی ممکن است نشان دهندۀ سایکوز شدیدتر باشند.**

**تا نیمی ازکودکان و نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است دچار دیلوژن شوند. این دیلوژن ها انواع مختلف دارند، از جمله: تعقیب و گزند، خودبزرگ بینی، و مذهبی. با افزایش سن، فراوانی دیلوژن ها بیشتر می شود. بی احساسی و بی تفاوتی، یا عاطفۀ نامتناسب(نابجا) در تقریباً همۀ کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی مشاهده می شود. کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است بی جا بخندند یا گریه کنند بدون آنکه قادر باشند علت آن را توضیح دهند. اختلالات فکری صوری (رسمی)، مثل شل شدن رشته های تداعی، یکی از خصوصیات رایج کودکان و نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی هستند. تفکر غیرمنطقی و فقر فکری نیز معمولاً حضور دارند. برخلاف بزرگسالان مبتلا به اسکیزوفرنی، کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی فقر محتوای گفتار ندارند، اما از کودکان هم‌هوش خود کمتر حرف می زنند، و به هنگام حرف زدن دربارۀ سایر اشخاص، اشیا، یا رویدادها، مبهم حرف می زنند.نقص های ارتباطی قال مشاهده در کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی شامل شل شدن رشته های تداعی است، که در آن کودک، به طرز غیرقابل پیش بینی، موضوع صحبت را عوض می کند بدون آنکه موضوع صحبت جدید را به شنونده معرفی کند. کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی تفکر غیرمنطقی دارند و حرفه های غیرمنطقی می زنند، و معمولاً باری کمک به تبادل اطلاعات با دیگران، از استراتژی های تصحیح زیاد استفاده نمی کنند و خودشان در این رابطه پا پیش نمی گذارند. وقتی حرفی که زده می شود مبهم یا ناواضح است، کودکان عادی تلاش می کنند تا با استراتژی هایی مثل تکرار،بازنگری، و ارایۀ جزئیات بیشتر،آن را واضح سازند. اما کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی به بازنگری، استفاده از کلمات و جملات کمکی، یا دوباره بیان کردن موضوع نمی پردازند. این نقص ها راممکن است بتوان جزو سمپتوم های منفی در کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی دانست.**

**با این که سمپتوم های اصلی اسکیزوفرنی ظاهراً در همۀ سطوح سنی یکسان هستند، سطح رشدی کودک به شدت در نحوۀ به نمایش درآمدن سمپتوم ها تأثیر می گذارد. به همین دلیل، دیلوژن های کودکان کم سن تر نسبت به دیلوژن های کودکان بزرگتر پیچیدگی کمتری دارند. برای مثال، محتوای متناسب با سن، مثل تصاویر ذهنی از حیوانات و هیولاها، با احتمال بیشتری منبع ترس های دیلوژنال در کودکان خردسال تر هستند.**

**درمان**

**درمان اسکیزوفرنی با شروع در کودکی به یک رویکرد چندوجهی نیاز دارد، از جمله آموزش روانی به خانواده ها، درمان دارویی، درمان روانی، آموزش مهارت های اجتماعی، و قراردهی در کلاس های درسی مناسب. در یک تحقیق کنترل شدۀ راندومی (RCT) نسبتاً جدید، چند نوع مداخلۀ روانی – اجتماعی در مورد کودکان و نوجوانانی که در مرحلۀ مقدماتی اسکیزوفرنی قرار داشتند انجام گرفت(مشخصه اصلی مرحلۀ مقدماتی اسکیزوفرنی، تغییراتی در رفتار شناختی و اجتماعی است). این مداخلات، که با اصلاح مداخلۀ روان شناختی ادغام شده(تجمیع شده) به آنها اشاره می شد، شامل موارد زیر بودند: روان درمانی شناختی- رفتاری، آموزش مهارت های گروهی، روان درمانی بازسازی (یا بهبوددهی)شناختی، آموزش روانی چند- خانواده ای، و مشاورۀ حمایتی دربارۀ پیش گیری از سایکوز. یافتۀ جالب این بود که مداخلۀ روان شناختی ادغام شده از درمان های استاندارد، در به تأخیر انداختن شروع سایکوز در یک دورۀ فالوآپ 2 ساله بهتر عمل می کرد. این نتایج باعث شدند روان شناسان به فایدۀ احتمالی مداخلات روانی-اجتماعی دردرمان سایکوز،و تغییردادن نرخ عود(relapse)وشدت بیماری در طول زمان علاقه مند بشوند.کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی با شروع در کودکی، در مقایسه با نوجوانان و بزرگسالان ممکن است به داروهای آنتی سایکوتیک پاسخ های ضعیف تری بدهند. آموزش خانواده و مداخلات از نوع خانواده درمانی به طور مستمر برای حفظ بالاترین سطح حمایت برای بیمار ضروری هستند. نظارت بر بهترین محیط آموزشی برای کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی بسیار ضروری است،مخصوصاً با توجه‌ به این موضوع که این کودکان نقص‌های زیادی در مهارت های اجتماعی ، نقص های توجهی، و مشکلات تحصیلی دارند که معمولاً با اسکیزوفرنی با شروع در کودکی همراه هستند.**

**دارو درمانی**

**آنتی سایکوتیک ها (داروهای ضد روان پریشی) نسل دوم، آنتاگونیست های سروتونین- دوپامین، در حال حاضر مهم ترین انواع دارودرمانی برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی هستند. این داروهای نسل دومی به طور گسترده جانشین آنتی سایکوتیک های نسل اول(متعارف9، یعنی آنتاگونیست های گیرندۀ دوپامین، شده اند زیرا عوارض جانبی کمتری دارند. اطلاعات موجود شامل شش RCT دربارۀ کودکان و نوجوانان می شوند که هدفشان بررسی اثربخشی آنتی سایکوتیک های نسل دوم برای اسکیزوفرنی با شروع زودهنگام است. کلوزاپین یک آنتاگونیست گیرندۀ سروتونین است که مقداری آنتاگونیسم دوپامین (D2هم داردو به نظر می رسد در کاستن از سمپتوم های مثبت و منفی مؤثرتر است. با این که تحقیقات نشان داده اند کلوزاپین در درمان بزرگسالان اسکیزوفرن مقاوم به درمان بسیار اثربخش است، به علت عوارض جانبی که دارد در درمان کودکان و نوجوانان اسکیزوفرن از آن استفاده نمی شود مگر این که چارۀ دیگری باقی نمانده باشد. تا به امروز، شواهد حاصل از RCT های بزرگ و چند – سایتی نشان داده اند که ریسپریدون ،اولانزاپین، آریپیپرازول، و کلوزاپین در درمان اسکیزوفرنی با شروع در کودکی و اسکیزوفرنی با شروع در نوجوانی تا اندازه ای مؤثر واقع می شوند. دو RCT که در آنها از ریسپریدون در مورد نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی استفاده شده بود نشان دادند که دوزهایی تا 3 میلی گرم در روز به دارونما ارجحیت دارند. یک RCTچند سایتی 6- هفته ای دربارۀ تأثیر اولانزاپین در نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی نشان داده که این دارو از دارونما موثرتر است. یک RCT درباره تاثیر آریپیپرازول با 2 دوز فیکس نشان داد که این دارو در درمان سمپتوم های مثبت اسکیزوفرنی در نوجوانان به دارونما ارجحیت دارد؛ با این حال ، بیش از 40درصد آزمودنی های شرکت کننده در گروه دارویی فعال بهبود نیافتند. مطالعات همچنین نشان داده اند که کلوزاپین در بهتر کردن سمپتوم های مثبت و منفی در کودکان و نوجوانان اسکیزوفرن مقاوم به درمان بیشتر از هالوپریدول مؤثر واقع می شوند.**

**استفاده از اولانزاپین و کوئتیاپین برای درمان اسکیزوفرنی در کودکان و نوجوانان 13 تا 17 ساله، در سال 2009 از FDA مجوز گرفت.**

**مداخلات روانی- اجتماعی**

**مداخلات روانی اجتماعی با هدف آموزش والدین و حمایت از بیمار و خانواده جزو عناصر مهم در برنامۀ درمانی اسکیزوفرنی با شروع در کودکی محسوب می شوند. در حال حاضر هیچ RCT دربارۀ مداخلات روانی- اجتماعی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی انجام نشده است؛ با این حال، خانواده درمانی، آموزش روانی، و تعلیم مهارت های اجتماعی نشان داده اند که در درمان جوانان(بزرگسالان کم سن تر) که اولین اپیزود اسکیزوفرنی را تجربه می کنند مفید واقع می شوند، و مرور تحقیقات و مطالعات به چاپ رسیده دربارۀ درمان اسکیزوفرنی در بزرگسالان نشان می دهد که روان درمانی شناختی- رفتاری و بازسازی (ترمیم) شناختی به عنوان درمان مکمل برای داروهای روانی در بزرگسالان مفید واقع می شوند. درمانگرانی که با کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی کار می کنند باید سطح رشدی کودک را در نظر داشته باشند تا بتوانند واقعیت آزمایی کودک را بسنجند و به احساس خود کودک حساس باشند. احتمالاً مؤثرترین رویکرد به درمان اسکیزوفرنی با شروع در کودکی، ترکیب کردن موارد زیر با هم است: خانواده درمانی بلند مدت و حمایتگرانه، روان درمانی شناختی- رفتاری، مداخلات بازسازی(ترمیم) شناختی، و دارو درمانی.**

**اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان**

**اختلالات اضطرابی جزو رایج ترین اختلالات روانی در کودکی هستند، و 10 تا 20درصد کودکان و نوجوانان را مبتلا می کنند. رفتارهای اضطرابی قابل مشاهده و آشکار جزو علایم رشد عادی در کودکان خردسال هستند، با این حال، اختلالات اضطرابی در کودکی قادر به پیش بینی کردن انواع گسترده ای از مشکلات روانی در نوجوانی هستند، از جمله سایر اختلالات اضطرابی (علاوه بر اختلال اضطرابی که فرد در خردسالی داشته است)، حملات وحشت زدگی و اختلالات افسردگی. ترس یک واکنش قابل انتظار به تهدید واقعی یا خیالی است؛ اما اضطراب انتظار یا پیش بینی خطرات آتی است. مشخصۀ اصلی اختلالات اضطرابی این است که افراد مبتلا به آنها، در حالی که هیچ خطری وجود ندارد یا خطر بسیار کم شدت است، احساس می کنند در معرض یک تهدید یا خطر بیش از حد بزرگ دارند و در واکنش به این تهدید یا خطر خیالی ، از لحاظ هیجانی و جسمی (فیزیولوژیک) به شدت برانگیخته می شوند و این موضوع بارها تکرار می شود. اختلالات اضطرابی رایج در کودکان عبارتنداز: اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال اضطراب اجتماعی و سلکتیو میوتیسم . طبقه بندی اضطراب در اختلالات مختلف براین اساس انجام می گیرد که 1) فرد چگونه آن را تجربه می کند( نحوۀ تجربه شدن اضطراب) 2) چه رویدادی آن را جرقه می زند و 3) سیر بالینی آن چگونه است.**

**اختلال اضطرابی جدایی**

**اضطراب جدایی، یک پدیدۀ رشدی است که در سراسر دنیا در کودکان کمتر از 1 ساله مشاهده می شود و نشان می دهد که کودک متوجه می شود که از مادر یا مراقب اصلی خود جدا شده است. اضطراب جدایی نرمال در 9 تا 18 ماهگی به اوج خود می رسد و تا 2 و نیم سالگی کاهش می یابد و به کودکان اجازه می دهد تا در دوران پیش دبستانی، از دور بودن از والدین خود احساس ناراحتی نکنند. اضطراب جدایی یا اضطراب غریبه ها به احتمال زیاد در طول تاریخ تکامل به وجود آمده اند و ارزش بقایی دارند. کودکانی که برای اولین بار به مدرسه می روند ممکن است اضطراب جدایی نشان بدهند که موقت است و نرمال محسوب می شود. حدود 15 درصد کودکان خردسال، به هنگام مواجهه با محیط ها و شرایط غریبه و افراد ناشناس، ترس، خجالت، و انزوای اجتماعی شدید و دایمی نشان می دهند. کودکان خردسالی که یک چنین الگوی بازداری رفتاری معنادار دارند بیشتر در خطر ابتلا به اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب تعمیم یافته ، و اختلال اضطراب اجتماعی قرار دارند. کودکانی که بازداری رفتاری (رفتار مقید) دارند، به عنوان یک گروه، صفات فیزیولوژیک خاصی نشان می دهند؛ سرعت ضربان قلب آنها وقتی در حال استراحت هستند سریع تر از حد متوسط است، صبح ها، سطح کورتیزول آنها بالاتر از حد متوسط است، و تغییر پذیری ضربان قلب آنها اندک است. اختلال اضطراب جدایی زمانی دیاگنوز می شود که، کودک ، در ارتباط با جدایی از اشخاص مهم زندگی خود( مثلاً مادر) به شدت و به طور افراطی دچار اضطراب می شود و این اضطراب با مرحلۀ رشدی او تناسب ندارد. طبق تعریف DSM-5 ، مشخصۀ اصلی اختلال اضطراب جدایی ترس و یا اضطراب شدید در رابطه با جدایی از والدین یا مراقبان اصلی است و این ترس یا اضطراب با آنچه از مرحلۀ رشدی کودک انتظار می رود مطابقت ندارد. علاوه برآن، کودک ممکن است به شدت نگران این باشد که در طول جدایی مادر ( یا افراد مهم دیگر) برای او(مادر) حادثه پیش خواهد امد، و این موضوع به دیسترس (رنج و ناراحتی شدید) و گاهی کابوس های شبانه منجر شود. جدول 31.13a-1 معیارهای DSM-5 برای اختلال اضطراب جدایی را نشان می دهد. DSM-5 الزام می کند که حداقل 3 سمپتوم مرتبط با نگرانی شدید دربارۀ جدایی از افراد مهم زندگی به مدت حداقل 4 هفته حضور داشته باشند. این نگرانی ها معمولاً خودشان را به شکل امتناع از رفتن به مدرسه، ترس از جدایی و ناراحتی شدید هنگام جدایی، شکایات مکرر از سمپتوم های جسمی مثل سردرد و درد دل وقتی که احتمال جدایی قریب الوقوع می رود و کابوس های مرتبط با جدایی نشان می دهد.**

**اختلال وسواسی – اجباری در کودکان و نوجوانان**

**مشخصه اصلی اختلال وسواسی- اجباری در کودکی و نوجوانی، افکار مزاحم و مکرری هستند که اضطراب یا ترس و یا اعمال ذهنی یا اعمال رفتاری که هدفشان کاستن از ترس ها و تنش های ایجاد شده توسط وسواس ها است، مرتبط هستند. اطلاعات موجود نشان می دهند که تا 25 درصد افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری قبل از 14 سالگی به آن مبتلا شده اند. تصویر بالینی کلی اختلال وسواسی- اجباری در نوجوانان شبیه به تصویر بالینی بزرگسالان است؛ با این حال در مقایسه با بزرگسالان، کودکان و نوجوانان مبتلا به OCD به مراتب کمتر فکر می کنند که افکار وسواسی یا رفتارهای تکراری آنها غیرمنطقی هستند. در موارد خفیف تر OCD ف توصیه می شود، به عنوان قدم اول، روان درمانی شناختی- رفتاری به کار برود. در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، این اختلال معمولاً با SSRI ها به تنهایی روان درمانی شناختی- رفتاری به تنهایی یا ترکیبی از این دو با موفقیت درمان می شود. در یک مطالعه بزرگ به نام POTS، یک گروه از کودکان و نوجوانان مبتلا به OCD به طور تصادفی در گروه های آزمایشی و کنترل (گروه دارونما) تقسیم شدند. در این مطالعه معلوم شد بیشترین نرخ بهبود در کودکان مبتلا به اختلال OCDهنگامی است که ترکیبی از داروهای سروتونرژیک و روان درمانی شناختی- رفتاری به کار می رود.**

**تشخیص و ویژگی های بالینی**

**کودکان و نوجوانای که انواع وسواس ها و اجبارها (compulsions) را نشان می دهند معمولاً به دلیل زمان بیش از حد زیادی که صرف افکار مزاحم و ریچوآل ها ( رفتارهای مراسمی- مناسکی) مکرر می کنند برای درمان ارجاع داده می شوند. در مورد بعضی کودکان، ریچوآل های اجباری واکنش های منطقی به ترس ها و اضطراب های شدید آنها محسوب می شوند. با این حال، آنها از این ناراحتی خود آگاهند و می دانند که به علت این اجبارها قادر نیستند فعالیت های عادی روزمرۀ خود را به موقع انجام دهند(مثلاً به موقع حاضر شدن برای به مدرسه رفتن در صبح روزهای وسط هفته).**

**پرگزارش ترین وسواس ها در کودکان و نوجوانان ترس شدید از آلودگی (کثافت، میکروب، یا بیماری) است. نگرانی دربارۀ آسیب رسیدن خود و یا اعضای خانواده، یا ترس آسیب رساندن به دیگران به دلیل از دست دادن کنترل در اثر غالب شدن تکانه های پرخاشگری در مقام دوم قرار دارد. سایر سمپتوم های پرگزارش عبارتند از نیازهای وسواسی به تقارن یا دقت، احتکار و دغدغه های افراطی مذهبی یا اخلاقی. ریچوآل ها (رفتارهای مراسمی- مناسکی) اجباری در کودکان و نوجوانان شامل تمیز کردن، چک کردن، شمردن، رفتارهای تکراری یا مرتب کردن اشیا است.**

**درمان OCD درکودکان و نوجوانان**

**تحقیقات نشان داده اند که هم CBT و هم SSRIها در درمان OCD درکودکان و نوجوانان موفق واقع می شوند. CBT طراحی شده مخصوص کودکان سنین مختلف براساس یک اصل ثابت و مسلم قرار دارد. قراردادن کودکان در معرض محرک هایی که برایشان ترسناک است، به همراه ممانعت از پاسخ. این فرایند که باید مناسب با مرحله رشدی کودک باشد، به مرور زمان باعث کاهش اضطراب به هنگام مواجهه با اشیا و رویدادهای ترسناک می شود. برای حصول اطمینان از طراحی شدن تکنیک های CBT مناسب با مرحلۀ رشدی کودک، دستورالعمل هایی به صورت دفترچۀ راهنما (manual) تدوین شده است. در این دستروالعمل ها، همچنین دربارۀ نحوۀ آموزش به کودک و والدین به صورت جامع و کامل راهنمایی هایی ارایه شده است.**

**در دستورالعمل های درمانی برای کودکان و نوجوانان مبتلا بهOCDخفیف تا ملایم توصیه می شود که قبل از دارودرمانی، CBT آزمایش شود. با این حال در تحقیق POTS معلوم شد که در درمان OCD کودکان و نوجوانان ترکیب سرترالین با CBT بهتر از سرترالین به تنهایی و CBT به تنهایی است. درمان با سرترالین و CBT به تنهایی نیز نتایج امیدوارکننده ای داشت. دوز روزانۀ متوسط سرترالین 133میلی گرم در روز برای گروه سرترالین CBT و 170 میلی گرم در روز برای گروه سرترالین تنها بود. دارودرمانی در مورد OCD کودکی معمولا ً در عرض 8 تا 12 هفته جواب می دهد و به بهبود سمپتوم ها منجر می شود. اکثر کودکان و نوجوانانی که در واکنش به درمان حاد با استفاده از SSRI ها بهبود یافته بودند در یک دورۀ یک ساله باز هم پاسخدهی خوبی به این داروها نشان می دادند. درکودکان و نوجوانان مبتلا به OCDکه تجویز آزمایشی SSRIهاپاسخ جزیی می دهند، تقویتSSRIها با یک تکنیک CBT مختص به OCD و کوتاه – مدت به پاسخ دهی بسیار بهتری منجر می شود.**

**درمان اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال تعامل اجتماعی بی قید و بند**

**اولین موضوعی که در درمان کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال تعامل اجتماعی بی قید و بند باید مدنظر قرار بگیرد ایمنی انهاست.بنابراین مدیریت این اختلالات باید با یک سنجش جامع و کامل از میزان ایمنی کنونی و مراقبت و رسیدگی کافی شروع بشود. اگر درمانگران و مسئولان احتمال بدهند که در خانواده کودک غفلت به صورت شدید و دایمی وجود دارد اولین تصمیمی که باید گرفته شود این است که آیا کودک باید بستری شود یا در خانه خود بماند و در آنجا خدمات بهداشت روانی دریافت کند.اگر درمانگران به غفلت (ترک فعل) یا بدرفتاری هیجانی، آزار جسمی، یا سوء استفاده جنسی شک کنند طبق قانون موظف هستند موضوع را به نیروهای پلیس و سازمان حمایت و حفاظت از کودکان گزارش دهند.**

**یکی از کارهایی که در مداخله سریع باید انجا بگیرد این است که مشخص شود والدین تا چه اندازه از عمق فاجعه آگاه هستند و تا چه اندازه توانایی دارند آسیب هایی را که تا به حال ایجاد کرده اند جبران کنند. تیم درمانی باید کار را با بهبود بخشیدن به رابطه بین والدین(مراقبان) و کودک شروع کند. این کار معمولاً به مداخله فشرده و گسترده نیاز دارد و مادر (یا هردوی والدین) در صورت امکان باید تحت آموزش قرار بگیرند.**

**رابطه والد-کودک(مراقب کودک) مبنای سنجش سمپتوم های اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال تعامل اجتماعی بی قید و بند است و براساس آن می توان رفتارهای دلبستگی را تغییر و تعدیل داد. مشاهدات ساختاردار به درمانگر کمک می کنند تا تعداد زیادی از رفتارهای دلبستگی با تک تک اعضای خانواده را تعیین کنند. درمانگران می توانند از نزدیک با مادر (مراقب) و کودک کار کنند تا حسلسیت بیشتر در تعاملات آن دو را تسهیل کنند (منظور از حساسیت توانایی درک احساسات دیگران است).**

**اختلالات خلقی و خودکشی در کودکان و نوجوانان**

**حدود 2 تا 3درصد کودکان و حدود 8درصد نوجوانان به اختلالات خلقی مبتلا می شوند. بنابراین شناسایی زودهنگام این اختلالات و ارایه مداخلات مبتنی بر شواهد مثل انواع CBT و داروهای ضدافسردگی بسیار اهمیت دارد. با این که افسردگی عمده در خانواده ها جریان دارد و بیشترین میزان خطر در کودکانی است که والدینشان نیز در کودکی افسرده بوده اند مطالعات دوقلوها نشان داده اند که افسردگی عمده فقط تا اندازه ای ارثی است(حدود40تا50درصد). این موضوع نشان می دهد که عوامل استرس زای محیطی و رویدادهای ناگوار و منفی سهم عمده ای در ایجاد شدن اختلال افسردگی عمده در کودکان ، نوجوانان و بزرگسالان بسیار شبیه به هم هستند با این حال اینکه کودکان و نوجوانان در چه مرحله ای از رشد قرار دارند برنحوه بروز سمپتوم ها به شدت اثر می گذارد. DSM-5 برای اختلال افسردگی عمده کودکان و نوجوانان از همان معیارهای بزرگسالان استفاده می کند، با این استثنا که برای کودکان و نوجوانان، خلق تحریک پذیر ممکن است جایگزین خلق افسرده در معیارهای تشخیصی بشود.**

**بعضی شواهد همه گیر شناختی نشان می هند که کودکان و نوجوانان افسرده ای که به طور مکرر افکار خودکشی فعال دارند(ازجمله برنامه یا نقشه طراحی شده برای این کار ) و قبلا نیز اقدام به خودکشی کرده اند در مقایسه با کودکان و نوجوانانی که افکار خودکشی منفعل دارند بیشتر در معرض خودکشی موفق قرار دارند.**

**شواهد بدست آمده از تحقیقات بزرگ در 20 سال گذشته نشان می دهند که هم روان درمانی شناختی –رفتاری (CBT) و هم SSRIها در درمان افسردگی کودکان و نوجوانان موثر واقع می شوند. اما بیشترین اثربخشی زمانی است CBT و SSRIها با هم ترکیب می گردند. کشف این واقعیت که افسردگی در کودکان پیش دبستانی نیز به وفور روی می دهد باعث شده است روان شناسان بعضی انواع روان درمانی روانی- اجتماعی مخصوص کودکان پیش دبستانی طراحی کنند مثل(روان درمانی تعاملی والد، فرزند نسخه تقویت هیجان). خلق آشفته و افسرده درمراحل مختلف رشد به شیوه های مختلف نشان داده می شود.**

**شاید تعجب برانگیز باشد که در کودکان خردسال مبتلا به افسردگی عمده ، هالوسینیشن های شنیداری وابسته به خلق کم مشاهده نمی شوند (به فراوانی مشاهده میشوند). شکایان سوماتیک (جسمی) مثل سردرد و دل درد ، چهره غمگین و منزوی و عزت نفس پایین سمپتوم هایی هستند که عمومیت بیشتری دارند.بیمارانی که اواخر نوجوانی را سپری می کنند و به افسردگی شدیدتری مبتلا هستند معمولاً آنهدونیا (بی لذتی) فراگیر، کم تحرکی شدید ، انواع دیلوژن و احساس درماندگی را تجربه می کنند.افکار خودکشی، خلق افسرده یا خلق تحریک پذیر، اینسومنیا (بی خوابی) و کاش توانایی متمرکز کردن حواس، در همه سنین و مراحل رشدی با فراوانی یکسانی مشاهده می شوند.**

**مسایل رشدی در نحوه ابراز سمپتوم های افسردگی تاثیر می گذارند. بسیاری ا ز کودکان خردسال مبتلا به اختلال افسردگی عمده سابقه بدرفتاری(کودک آزاری)، غفلت ،زندگی در خانواده ای با مشکلات روانی عمده، مثل بیماری روانی پدر یام مادر، سوء مصرف موادیا فقر دارند. درمورد کودکانی که در بحبوحه استرسورهای خانوادگی به شدت منفی اختلالات افسردگی مبتلا می شوند در صورت کاسته شدن از استرسورها یا رفتن و زندگی کردن در یک خانواده مهربان تر، ممکن است از شدت سمپتوم های افسردگی آنها کاسته شود یا سمپتوم ها به کلی از بین بروند. اختلالات افسردگی معمولاً اپیزودیک هستند هرچند گاهی نزدیک به یک سال طول می کشند. با این حال شروع آنها ممکن است موذیانه باشد و تا زمانی که یک رویداد خاص اتفاق نیفتد ممکن است آشکار نشوند.**

**اختلال کم توجهی/بیش فعالی ، اختلال نافرمانی، چالش گری و اختلال سلوک به فراوانی با اپیزودهای افسردگی عمده روی می دهند و با از بین رفتن افسردگی آنها نیز از بین می رند.درمانگران باید به تقویم زمانی سمپتوم ها توجه کنند تا مشخص شود یک رفتار خاص قبل از اپیزود افسردگی حضور داشته اند و بنابراین با اپیزود افسردگی ارتباط ندارند با این که آیا رفتارمورد نظر اولین باری است که مشاهده می شود و با اپیزود افسردگی ارتباط دارند.**

**مطالعات MRI**

**مطالعات دوقلوها و مطالعات فرزندخوانده ها نشان داده اند که :**

**1.افسردگی ظاهرهافقط 40 تا 50درصد وراثت پذیر است و 2. عوامل محیطی درکودکان خردسال غالب تر هستند، باید به بررسی عوامل خانوادگی و محیطی پرداخت. بعضی از ریسک فاکتورهای شناخته شده برای افسردگی کودکان و نوجوانان عبارتند از : بدرفتاری، کودک آزاری یا غفلت، مرگ والدین، بیماری های روانی والدین ، سوء مصرف مواد، مناقشات والد-فرزند و عدم انسجام خانوادگی. اطلاعات به دست آمده از مطالعات دوقلوها و مطالعات ژنتیک تایید می کنند که تعامل بین عوامل ژنتیک و محیطی در اختلالات افسردگی نقش عمده ای ایفا می کنند زیرا رابطه همبستگی بین رویدادهای منفی زندگی و افسردگی در کودکان و نوجوانانی که استعداد زنتیک انها برای افسردگی مشخص شده است، قوی تر است.**

**اولین اپیزود افسردگی عمده در کودکان و نوجوانان از خودش ردی مثل رد زخم برجای می گذارد که آسیب پذیری این کودکان و نوجوانان به اپیزودهای بعدی را افزایش می دهد. نقص های روانی- اجتماعی در کودکان و نوجوانان افسرده مدت های مدید بعد از بهبود اپیزود ادامه می یابند. درکودکان پیش دبستانی افسرده، شناسایی هرچه زودتر رویدادهای منفی زندگی و تشدید کنندۀ افسردگی ممکن است به ارایه هرچه سریع تر انواع روان درمانی و دارو درمانی برای درمان افسردگی منجر شود.**

**تشخیص و ویژگی های بالینی**

**اختلال افسردگی عمده**

**وقتی اختلال افسردگی عمده در کودکان شروع حاد دارد (ناگهان شروع و به سرعت وخیم می شود) و در کودکانی روی می دهد که سابقه سمپتوم های اختلالات روانی ندارند آسان تر از سایر مواقع کشف و دیاگنوز می شود. با این حال افسردگی عمده معمولاً موذیانه(به تدریج) شروع می شود و معمولاً در کودکانی روی می دهد که چند سال سابقه بیش فعالی اختلال اضطراب جدایی، یا سمپتوم های افسردگی متناوب دارند (هرچند وقت یکبار به افسردگی دچار می شوند).**

**طبق دستورالمعل DSM-5 معیارهای اختلال افسردگی عمده از حداقل پنج سمپتوم تشکیل شده اند که باید حداقل 2 هفته ادامه یابند. یکی از پنج سمپتوم حتماً باید یکی از این دو باشد: 1.خلق افسرده یا تحریک پذیر 2.از دست دادن علاقه یا لذت. سایر سمپتوم ها می توانند شامل اینها باشند: اضاف نشدن وزن طبق انتظار، بی خوابی یا پرخوابی روزانه، کم تحرکی یا پرتحرکی روانی- حرکتی ، خستگی روزمره یا از دست دادن انرژی، احساس بی ارزش بودن یا احساس گناه یا عذاب وجدان بی مورد، کاهش توانایی فکر کردن یا متمرکز کردن حواس و افکار مکرر درباره مرگ . این سمپتوم ها باید نقص عملکردی در زمینه های اجتماعی یا آکادمیک به وجود بیاورند. برای براورده شدن معیارهای تشخیصی برای اختلال افسردگی عمده، سمپتوم ها نباید به علت تاثیر مستقیم یک ماده (مثلاً الکل) یا یک عارضه پزشکی به وجد آمده باشند.طبق دستورالعمل DSM-IV-TR تا دو ماه بعد از مرگ عزیزان مبتلا دانستن فرد به اختلال افسردگی عمده مقدور نبود مگر در صورت حضور موارد زیر نقص عملکردی شدید، مشغله ذهنی شدید به احساس بی ارزشی، افکار انتحاری، سمپتوم های سایکوتیک یا کم تحرکی روانی- حرکتی. اما در DSM-5 بعد از مرگ عزیزان فرد را در هر لحظه ای می توان مبتلا به اختلال افسردگی عمده اعلام کرد حتی در غیاب سمپتوم های بالا.علت تغییر معیارها این بوده است که نویسندگان DSM-5 به این نتیجه رسیدند که ماتم معمولا 1 تا 2 سال ادامه می یابد نه 2 ماه و علاوه برآن بعد از مرگ عزیزان و در حضور ماتم اختلال افسردگی عمده در هر لحظه ای می تواند روی دهد.**

**اپیزود افسردگی عمده در کودکان نابالغ معمولا به صورت شکایات سوماتیک (جسمی) پرتحرکی روانی- حرکتی و هالوسینیشن های وابسته به خلق نشان داده می شود .همچنین ناامیدی کم تحرکی روانی- حرکتی و انواع دیلوژن در اپیزودهای افسردگی عمده نوجوانان و بزرگسالان بیشتر از کودکان مشاهده می شوند. بزرگسالان بیشتر از کودکان و نوجوانان افسرده مشکلات خواب و اشتها دارند. در نوجوانان رفتار نکاتیویست یا رفتار آشکارا ضداجتماعی و استفاده از الکل یا مواد مخدر ممکن است وری دهد و در صورت روی دادن این نوجوانان را علاوه بر اختلال افسردگی عمده می توان مبتلا به اختلال نافرمانی/چالش گری ، اختلال سلوک و اختلال مصرف ماده یا اختلالات اعتیادی دیاگنوز کرد.**

**احساس بی قراری، تحریک پذیری، پرخاشگری، عدم تمایل به شرکت در فعالیت های خانوادگی، امتناع از فعالیت های اجتماعی و انزواجویی از همکلاسی ها و همسالان معمولاً در نوجوانان روی می دهد. احتمال بروز مشکلات در مدرسه وجود دارد. نوجوانان افسرده ممکن است به ظاهر خود زیاد اهمیت ندهند و نسبت به تحویل گرفته نشدن از سوی همسالان یا از سوی جنس مخالف بسیار حساس هستند.**

**کودکان و نوجوانان مبتلا به انواع شدید افسردگی عمده ممکن است دچار هالوسینیشن و یا دیلوژن بشوند. معمولاً این سمپتوم های سایکوتیک از لحاظ تمی (درون مایه ای ، مضمونی) با خلق افسرده مطابقت دارند و در طول ابتلای فرد به اپیزود افسردگی روی می دهند و شامل بعضی از انواع خاص هالوسینیشن نمی شوند.هالوسینیشن هایی که افراد افسرده تجربه می شوند معمولاً شامل یک صدای منفرد در خارج از سر فرد هستند که با او حرف می زند و حرف هایش معمولاً تمسخرامیز یا درباره خودکشی هستند.دیلوژن های افسردگی روی موضوع احساس گناه و عذاب وجدان ، بیماری جسمی، مرگ، پوچی و بی ارزشی همه چیز، شایسته مجازات بودن ، بی عرضگی و بی کفایتی شخصی و گاهی تعقیب و گزند متمرکز هستند.**

**استفاده از الکل یا مواد در نوجوانی ممکن است شروع اختلال خلقی را بغرنج تر کندو در یک مطالعه معلوم شد که تا حدود 17 درصد نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی در اثر مصرف مواد به این اختلال مبتلا شده اند (دیاگنوز اولیه آنها اختلال افسردگی ناشی از مصرف مواد بوده است).**

**اختلال سیکلوتیمیک**

**سیکلوتیمیا یک اختلال خلقی مزمن و پرنوسان با سمپتوم های هیپومانیک و دوره هایی از سمپتوم های افسردگی است که معیارهای لازم برای اختلال افسردگی عمده را برآورده نمی کنند. تفاوت معیارهای DSM-5برای اختلال سیکلوتیمیک در کودکان و نوجوانان با معیارهای آن برای بزرگسالان این است که در مورد کودکان و نوجوانان، طول مدت نوسانات خلقی فراوان 1 سال است نه 2 سال. وجه تمایز اختلال دوقطبی II از اختلال سیکلوتیمیک سابقه اپیزودهای افسردگی عمده است. وقتی فرد حداقل 2 سال است که به اختلال سیکلوتیمیک مبتلاست و یک اپیزود اختلال افسردگی عمده روی می دهد، باید او را مبتلا به اختلال دوقطبیII به صورت کاموربید (همزمان) دیاگنوز کرد(اختلال سیکلوتیمیک + اختلال دوقطبی II ).**

**درمان**

**متخصصان روان پزشکی کودک در امریکا توصیه هایی مبتنی بر شواهد برای درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات افسردگی ارایه داده اند. بعضی از اینها عبارتند از آموزش روانی و مداخلات حمایت گرانه برای کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی خفیف در مورد کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی شدید یا اپیزودهای مکرر افسردگی عمده به هرماه نقص عملکردی شدید و به همراه افکار یا رفتارهای انتحاری فعال یا سایکوز بهترین نوع مداخله ترکیب CBT و دارودرمانی است. CBT یا IPT (روان درمانی میان فردی ) به تنهایی ممکن است در درمان افسردگی متوسط مفید واقع شود مخصوصاً وقتی که درمان به مدت 6 ماه یا بیشتر ادامه می یابد.**

**بستری کردن توصیه می شود که در مورد تک تک کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی عمده ، افکارخودکشی، رفتار انتحاری و سابقه رفتار خودکشی در گذشته مورد بررسی قرار بگیرد. در سنجش افسردگی در کودکان و نوجوانان اولین چیزی که باید مدنظر قرار بگیرد خودکشی است و براساس آن تصمیم گرفته شود که به بستری کردن فرد نیاز است یا نه. کودکان و نوجوانان افسرده ای که افکار یا رفتارهای خودکشی نشان می دهند اکثر مواقع به ارزیابی جامع تر در محیط امن بیمارستان روانی نیاز دارند تا در آنجا آنها در مقابل تکانه ها و رفتارهای خود- تخریبی به بهترین وجه ممکن محافظت به عمل بیاید.**

**مداخلات روانی- اجتماعی**

**بسیاری از روان پزشکان معتقدند که CBT یک مداخله موثر برای درمان افسردگی با شدت متوسط در کودکان و نوجوانان است. هدف از CBT این است که باورهای ناسازگارانه به چالش کشیده شوند و توانایی های حل مساله و کفایت اجتماعی (مهارت های اجتمعی ) تقویت شوند. در یک تحقیق بعد از مرور مطالعات شناختی- رفتاری کنترل شهد در کودکان و نوجوانان، معلوم شد که هم کودکان و هم نوجوانان، مثل بزرگسالان پاسخدهی یکنواخت و دایمی به این روش های درمانی نشان می دهند. سایر درمان های فعال از جمله تکنیک های ریلکسیشن نیز نشان دادند که به عناون درمان های مکمل در کاستن از سمپتوم های افسردگی خفیف تا متوسط مفید واقع می شوند.**

**روان درمانی میان فردیIPT برای بهبود افسردگی به این موضوع اهمیت می دهد که افسردگی از چه روش هایی در روابط میان فردی اختلال به وجود می آورد و چگونه می توان بر این روش ها غلیه کرد. چهار کانون توجه در IPT عبارتند از فقدان از دست دادن، اختلالات میان فردی، انتقال نقش و نقص های میان فردی.**

**دارو درمانی**

**سازمان غذا و داروی آمریکا، FDA ، دو نوع دارو فلوکستین و اسسیتالوپرام را برای درمان افسردگی عمده در نوجوانان تایید کرده است. در سه آزمایش کنترل شهد تصادفی از فلوکستین برای درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی استفاده شد و اثربخشی این دارو نشان داده شد. عوارض جانبی رایج فلوکستین عبارتند از سردرد، سمپتوم های معده ای، روده ای، خواب آولدگی و بی حالی و بی حالی و بیخوابی (اینسومنیا).**

**عوارض جانبی سیتالوپرام رایج عبارتند از سردرد، تهوع، اینسومنیا، سرگیجه، احساس خستگی مفرط و سمپتوم های شبه به آنفلوانزا .**

**ونلافاکسین هم جذب سروتونین و هم جذب نوراپی نفرین را مسدود می کند و مطالعه TORDIA نشان داده است که این دارو در درمان افسردگی کودکام و نوجوانان موثر واقع می شود. عوارض جانبی این دارو از جمله افزایش فشارخون باعث شده اند در مقام دوم بعد از SSRIها قرار بگیرد.در درمان افسردگی کودکان و نوجوانان معمولاً داروهای سه حلقه ای توصیه نمی شوند زیرا اثربخشی آنها ثابت نشده است و علاوه بر آن ممکن است به آریتمی قلبی منجر بشوند.**

**مدت درمان**

**براساس اطلاعات حاصل از مطالعات طولی و سابقه تاریخی افسردگی عمده در کودکان و نوجوانان در حال حاضر توصیه می شود که درمان با داروهای آنتی دپرسانت در کودکان افسرده ای که پاسخ دهی خوبی به دارو دارند به مدت 1 سال ادامه یابد و بعد زمانی که استرس نسبتا کمی وجود دارد مصرف دارو برای یک دوره دور از دارو (آزاد از دارو) متوقف شود.**

**دارو درمانی برای افسردگی مقاوم**

**اگر کودکان و نوجوانان افسرده به یک داروی SSRI پاسخ مناسب نمی دهند اولین توصیه ای که می شود عوض کردن آن دارو با یک داروی SSRI دیگر است. اگر کودکان و نوجوانان به SSRIدوم نیز پاسخ نمی دهند سه گزینه وجود دارد ترکیبی از داروهای ضدافسردگی تقویت کردن دارودرمانی به روش های مختلف و استفاده از داروهای متعلق به یک طبقه دارویی دیگر.**

**درمان با ECT**

**از ECT برای درمان انواع بیماری های روانی در بزرگسالان استفاده شده است مخصوصاً در درمان افسردگی شدید و اختلالات خلقی مانیک و کاتاتونیا. از ECT به ندرت برای درمان نوجوانان استفاده می شود.**

**خودکشی**

**در ایالات متحده آمریکا بعد از سوانح و قتل ، خودکشی سومین عامل مرگ و میر در نوجوانان است. در سراسر جهان کودکان نابالغ به ندرت خودکشی می کنند . در 15 سال گذشته نرخ خودکشی کامل و افکار خودکشی هر دو کاهش یافته است. این کاهش ظاهرهاً با افزایش در تجویز داروهای SSRI برای نوجوانان مبتلا به آشفتگی های خلقی و رفتاری همراه بوده است.**

**افکار خودکشی و رفتار انتحاری**

**افکارخودکشی ، ژست ها و تلاش های خودکشی به فراوانی اما نه همیشه با اختلالات افسردگی مرتبط بوده اند. گزارش ها نشان می دهند که تا حدود نیمی افراد انتحاری در 24 ساعت قبل از اقدام خودکشی ، افکار انتحاری خود را به یکی از دوستان یا خویشاوندان خود اطلاع می دهند.**

**سایر ریسک فاکتورها (عوامل خطر) در خودکشی عبارتند از سابقه رفتار انتحاری در خانواده، قرار داشتن در معرض خشونت خانوادگی، تکانشگری، سوء مصرف مواد، و در دسترس بودن روش مرگبار. اخیراً در یک مطالعه، دانش آموزان کلاس نهم در 100دبیرستان آمریکا مورد بررسی قرار گرفتند و معلوم شد 8.19% دانش اموزان دختر افکار خودکشی داشته اند و 10.8 درصد اقدام به خودکشی کرده اند. در دانش اموزان پسر3.9 % سابقه افکار خودکشی داشتند و 9.4% اقدام به خودکشی کرده بودند. در این مطالعه معلوم گشت که سطح مشکلات خلقی و اضطرابی در دختران دانش آموزان بالاتر است، اما در پسران دانش آموز سطح رفتارهای اخلال گرانه بالاتر بود. در نوجوانان جوان حتی آنهایی که معیارهای کامل برای اختلالات روانی ندارند، مشکلات روانی و احتمال رفتارهای خودکشی غیرکشنده بیشتراست (به گزارش خود نوجوانان).**

**سبب شناسی**

**وجه مشترک نوجوانانی که اقدام به خودکشی می کنند دو چیز است: ناتوانی در یافتن راه حل های کارآمد برای مشکلات و در اختیار نداشتن استراتژی های مقابله برای کنار آمدن با بحران های اورژانس. بنا براین محدود بودن گزینه های موجود برای کنار آمدن با اختلافات خانوادگی، تحویل گرفته نشدن و طرد از سوی دیگران یا شکست در جنبه های مختلف زندگی به تصمیم گرفتن فرد برای ارتکاب خودکشی تاثیر دارند.**

**عوامل بیولوژیک**

**تحقیقات نشان داده اند که بین تغییرات ایجاد شده در سروتونین دستگاه عصبی مرکزی خودکشی و همچنین با پرخاشگری تکانشی در کودکان و نوجوانان یک رابطه وجود دارد و این رابطه در بزرگسالان نشان داده شده است.دانشمندان متوجه شده اند که در گیرنده های حامل سروتونین در کورتکس پریفرانتال و گیرنده های سروتونین در افراد دارای رفتارهای انتحاری کاهش تراکم مشاهده می شود.**

**چندفرا- تحلیل نشان داده اند که بین اس- آلل کوتاه ژن ارتقادهنده گیرنده سروتونین با افسردگی و رفتار انتحاری یک رابطه وجود دارد، مخصوصاً وقتی که با رویدادهای منفی زندگی ترکیب می شوند.**

**عوامل روانی- اجتماعی**

**با این که اختلال افسردگی عمده مهمترین ریسک فاکتور برای خودکشی محسوب می شود و ریسک آن را 20درصد افزایش می دهد بسیاری از افراد به شدت افسرده انتحاری نیستند. احساس ناامیدی،تکانشگری،مصرف مکرر مواد، و سابقه رفتار پرخاشگرانه با افزایش نرخ خودکشی در ارتباط هستند.**

**مهمترین ریسک فاکتور (عامل خطر ) برای رفتارهای خودکشی بدرفتاری ( شامل آزار جسمی ،سوء استفاده جنسی و غفلت ) است .بالاترین رابطه منفرد بین سوء استفاده جنسی و رفتار انتحاری مشاهده می شود . مطالعات بزرگ انجام شده در جامعه نشان میدهد که کودکان و نوجوانانی که در خطر اقدام به خودکشی قرار دارند کسانی هستند که احساس می کنند رابطه شان با همسالان و همکلاسی ها قطعی شده است ، منزوی گشته اند ، یا از همسالان خود دور و بیگانه شده اند.**

**گرایش جنسی یک ریسک فاکتور(عامل خطر) است و نرخ رفتار انتحاری در کودکان و نوجوانان گی،لزبین و بایسکشوال دو تا شش برابر است. بعضی از عوامل محافظتی (استحفاظی) که از ریسک رفتار انتحاری می کاهند عبارتند از رابطه خوب و قوی با مدرسه و همسالان حتی وقتی که سایر ریسک فاکتورها حضور دارند.**

**تشخیص و ویژگی های بالینی**

**ویژگی های نوجوانانی که اقدام به خودکشی می کنند و آنهایی که خودکشی را کامل می کنند شبیه به هم هستند و تا 40درصد افراد انتحاری قبلا یکبار اقدام به خودکشی داشته اند. یکی از کارهای ضروری این است که به طور مستقیم از کودکان و نوجوانان درباره افکار خودکشی سوال شود زیرا مطالعات همگی نشان داده اند که والدین یا مسئولان معمولاً از وجود چنین افکاری در کودکان و نوجوانان بی اطلاع هستند. افکار خودکشی (کودکانی که می گویند می خواهند به خودشان آسیب برسانند) و تهدیدهای خودکشی(کودکانی که می گویند می خواهند خودشان را جلوی اتومبیل بیندازند) رایج تر از خودکشی موفقیت آمیز هستند.**

**حدود 40درصد کودکان و نوجوانانی که خودکشی موفقیت آمیز دارند قبلاً سابقه اختلالات روانی داشته اند و 40 درصد نیز قبلا اقدام به خودکشی کرده اند.کودکانی که به هر دلیلی قبل از 13 سالگی یکی از والدین خود را از دست داده اند بیشتر در خطر اختلالات خلقی و خودکشی قرار دارند.**

**گاهی مشاهده می شود که چند نوجوان که همدیگر را می شناسند و به یک مدرسه می روند به صورت خوشه ای خودکشی می کنند. در گروه های دوستان و همسالان رفتار انتحاری یک نفر ممکن است جرقه زننده رفتارهای انتحاری سایر افراد شود.**

**به طور کلی با این تقلید ممکن است در زمان بندی اقدام به خودکشی از سوی نوجوانان آسیب پذیر نقش داشته باشد، به نظر نمی رسد که با بالارفتن میزان قرارگیری در معرض خودکشی های رسانه ای نرخ کلی خودکشی نیز افزایش می یابد.**

**برعکس قرار گرفتن مستقیم در معرض خودکشی همسالان بیشتر از این که به افزایش خطر خودکشی ربط داده شود به افزایش ریسک ابتلا به افسردگی و اختلال PTSDربط داده می شود.**

**درمان**

**کسانی که به شدت در خطر اقدام به خودکشی قرار دارند باید بستری شوند و تا از بین رفتن میل شدید به خودکشی در آنجا بمانند. نوجوانان زیر جزو گروههای پرخطر از لحاظ احتمال اقدام به خودکشی هستند: کسانی که قبلا سابقه اقدام به خودکشی داشته اند(مخصوصاً با روش های کشنده) ، پسران بالاتر از 12 سال با سابقه رفتارهای پرخاشگرانه یا سوء مصرف مواد، استفاده از روش های کشنده و اختلال افسردگی عمده شدید به هرماه انزوای اجتماعی ، ناامیدی و افکار خودکشی دایمی.**

**تعداد نوجوانانی که در بخش اورژانس بیمارستان به علت رفتارهای انتحاری مورد ارزیابی واقع می شوند و بعد از ان به صورت مداوم مورد روان درمانی قرار می گیرند نسبتاً اندک است. عواملی که می توانند احتمال ارایه روان درمانی را افزایش دهند عبارتند از آموزش روانی برای خانواده نوجوان در بخش اورژانس حل و فصل سریع مناقشات خانوادگی و مشخص کردن یک برنامه فالواپ در همان بخش اورژانس. به هنگام ترخیص نوجوان از بخش اورژانس، معمولاً به او و خانواده اش دستورالعمل هایی داده می شود مثل در صورت وقوع افکار خودکشی چه گزین ههای دیگری در اختیار خانواده قرار دارد و یک خط تلفن برای دریافت کمک در صورت ظهور مجدد افکارخ ودکشی.**

**با توجه به کاهش در نرخ خودکشی های موفقیت آمیز درنوجوانان در دهه گذشته این احتمال وجود دارد که SSRIها در کاهش نرخ خودکشی نقش داشته باشند. با توجه به خطر افزایش نرخ افکار و رفتارهای انتحاری در کودکان و نوجوانان افسرده استفاده از داروهای ضدافسردگی در این گروه سنی باید از نزدیک تحت نظارت قرار بگیرد.**

**اختلالات دو قطبی در کودکان و نوجوانان**

**اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان یک اختلال نادر محسوب می شود ، و هنگامی که در نوجوانی آغاز می گردد ، در مقایسه با آغاز آن در کودکان نابالغ، احتمال این که تا بزرگسالی و بعد از آن ادامه یابد ، بیشتر است . در دهه گذشته تعداد کودکان و نوجوانان مبتلا اعلام شده به اختلال دو قطبی I در کودکان و نوجوانانی که در کلینیک های سرپایی و بیمارستان های بستری پذیرش شده اند افزایش چشم گیری داشته است . در رابطه با فنوتیپ اختلال دو قطبی در کودکان و نوجوانان سوالاتی مطرح شده است مخصوصاً باتوجه به این موضوع که در اکثر کودکان نابالغی که مبتلا به اختلال دو قطبی دیاگنوز می شوند تحریک پذیری و نامنظمی خلقی به طور دائم حضور دارد اما اپیزودهای خلقی مجزا وجود ندارد . سمپتوم های "آتیپیکال" اختلال دو قطبی در کودکان نابالغ عبارتند از : نامنظمی خلقی شدید ، قشقرق راه انداختن های شدید، رفتار پرخاشگرانه یا انفجار خشم متناوب ، و بالا بودن سطح حواس پرتی و بی توجهی، این مجموعه آشفتگی های خلقی و رفتاری در اکثر کودکان نابالغی که در حال حاضر مبتلا به اختلال دو قطبی دیاگنوز شده اند غیر اپیزودیک هستند (عدم حضور اپیزودهای مستقل و مجزا) ، هر چند ممکن است خلق آنها تا اندازه ای دچار نوسان شود . فراوانی زیاد سمپتوم های ذکر شده در بالا به همراه تحریک پذیری دائم باعث شده است در DSM-5یک اختلال جدید به نام اختلال نامنظمی خلقی اخلال گرانه معرفی شود (قسمت 31.12c) . بسیاری از کودکان دارای اختلالات خلقی غیراپیزودیک معمولاً سابقه ADHD دارند و این موضوع باعث می شود تشخیص اختلال دوقطبی دشوارتر شود . مطالعات خانواده درباره کودکان مبتلا به ADHD نشان نداده اند که نرخ اختلال دوقطبی "آتیپیکال" به طور فراوان و به صورت جدی نقص عملکردی دارند ، مدیریت کردن آنها در مدرسه و درخانه دشوار است ، و معمولاً به بستری شدن در بیمارستان های روانی نیاز دارند**

**در بین بزرگسالان و نوجوانان بزرگتر مبتلا به اختلال دوقطبی که اپیزودهای کلاسیک مانیک را نشان می دهند ، معمولاً ابتدا یک اپیزود افسردگی عمده وجود دارد و متعاقب آن یک اپیزود مانیک روی می دهد . اپیزود مانیک کلاسیک در نوجوانان به اپیزود مانیک در بزرگسالان شبیه است و ممکن است در تضاد با یک آشفتگی روانی قبلی باشد که مشخصه اصلی آن دیلوژن های خودبزرگ بینی و پارانوئیدی و پدیده های هالوسینیشنی هستند . طبق تعریف DSM-5 معیارهای تشخیصی اپیزود مانیک در کودکان و نوجوانان همان معیارهای بزرگسالان هستند .**

**وقتی مانیا در نوجوانی ظاهر می شود ، ویژگی های سایکوتیک از جمله دیلوژن ها و هالوسینیش ها نیز با فراوانی روی می دهند و عمدتاً در رابطه با افکار خود بزرگ بینی درباره قدرت ، ارزش و روابط میان فردی هستند . دیلوزن های تعقیب و گزند و همچنین فرار افکار نیز به فراوانی مشاهده می شود . به طور کلی در اپیزودهای مانیک در اکثر نوجوانان واقعیت آژمایی به شدت مختل می شود . در بین نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی عمده کسانی بیشتر در معرض ابتلا به اختلال دوقطبی I قرار دارند که سابقه اختلال دوقطبی I در اعضای خانواده شان وجود دارد و علاوه بر آن اپیزودهای افسردگی حاد(ناگهانی) و شدید به همراه سایکوز ، هایپرسومنیا و کم تحرکی روانی –حرکتی از خودشان نشان می دهند . اختلال دو قطبی در کودکان کم سن تر بسیار نادر است .**

**تشخیص ویژگی های بالینی**

**مشخصه اصلی دوقطبی در کودکان و نوجوانان معمولاً تحریک پذیر شدید و دائمی است و ممکن است شامل انفجارهای پرخاشگری و رفتارهای خشونت آمیز باشد . در فاصله بین انفجارهای پرخاشگری و رفتارهای خشونت آمیز کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی گسترده (تعریف یا فنوتیپ گسترده) ممکن است به عصابی با افسرده بودن ادامه بدهند . به ندرت پیش می آید که کودکان نابالغ افکار خود بزرگ بینی یا خلق خلسه وار نشان دهند . این کودکان معمولاً به شدت هیجانی هستند و خلق منفی آنها نوسان دارد اما خلق منفی به رغم نوسان داشتن از همه دیگر سمپتوم ها مهم تر است . در حال حاضر معیارهای تشخیصی برای اختلالات خلقی در کودکان و نوجوانان همان معیارهای DSM-5 برای اختلالات خلقی در بزرگسالان هستند (جدول 5-8.1 و 8.1-6) با این حال تصویر بالینی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی به علت شیوع اختلالات روانی کاموربید (همبود ، همایند هم ابتلا) پیچیده است .**

**درمان**

**برای درمان اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان از چندین نوع مداخله استفاده می شود از جمله دارو درمانی ، آموزش روانی ، مداخله روانی و اجتماعی به همراه خانواده و کودک و مداخله در مدرسه برای بهتر ساختن سازگاری و پیشرقت تحصیلی کودک .**

**دارو درمانی**

**دو طبقه دارو (آنتی بیوتیک های آتیپیکال و داروهای تثبیت کننده خلق) بیشتر از سایر داروها مورد مطالعه قرار گرفته اند و در درمان اختلالات دوقطبی در کودکان و نوجوانان موثر واقع می شوند . هشت مطالعه RCT نشان داده اند داروهای ضد روان پریشی (آنتی سایکوتیک) در درمان اختلالات دوقطبی در کودکان و نوجوانان 10 تا 17 ساله موثر واقع می شوند . این مطالعات یک داروی آنتی سایکوتیک آتیپیکال را با دارو نما یا یک داروی آنتی سایکوتیک آتیپیکال را با یک تثبیت کننده خلق اضافه کردند . آنتی سایکوتیک هاب آتیپکال عبارت بودند از : اولانزاپین ، کوئتیاپین ، ریسپریدون ، آریپیپرازول و زیپراسیدون هر پنج مطالعه RCT درباره داروهای آنتی سایکوتیک نشان دادند که این داروها در درمان حالات مانیک دوقطبی یا حالات میکس (مختلط) در کودکان و نوجوانان بسیار موثر واقع می شوند .**

**شواهد موجود نشان می دهند که آنتی سایکوتیک های آتیپیکال در مقایسه با داروهای تثبیت کننده خلق سریع تر عمل می کنند و آثارشان پابرجاتر هستند . با این حال باتوجه به شدت اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان و بالا بودن نقص عملکردی ناشی از آن وقتی بیماران فقط تا اندازه ای بهبود یافته اند اضافه کردن یک داروی دیگر می تواند یکی از گزینه ها پیش رو باشد .**

**درمان روانی – اجتماعی**

**درمان روانی – اجتماعی برای اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان شامل خانواده درمانی می شود این درمان از چند جلسه آموزش روانی تشکیل شده است که بعد از آنها چند جلسه به تمرکز روی استرسورها (عوامل استرس زای) کنونی و طراحی یک برنامه برای مدیریت خلق تشکیل می شود در پایان چند جلسه به آموزش دادن مهارت های برقرار کردن ارتباط و تبادل اطلاعات و تقویت مهارت حل مساله اختصاص داده می شود تحقیقات نشان داده اند که استفاده از این روش برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی و همچنین کودکان و نوجوانانی که به علت سابقه خانوادگی یا ابتلا به سمپتوم های زیر آستانه ای در خطر ابتلا به اختلال دوقطبی قرار دارند مفید واقع می شود طبق گزارش ها بعضی روش های درمانی شامل آموزش روانی و خانوداه محور که مخصوصاً برای استفاده در مورد کودکان و نوجوانان در آنها تغییراتی اعمال شده است در کاهش نرخ عود (relapse)مفید واقع می شوند کودکان و نوجوانانی که علاوه بر دریافت مداخلات روانی – اجتماعی داروهای تثبیت کننده خلق نیز مصرف می کنند نشان داده اند که از سمپتوم های افسردگی ، سمپتوم مانیک و آشفتگی رفتاری آنها در عرض 1 سال کاسته می شود .**

**نسخه تعدیل یافته آزمایش FFTHR به مدت یک سال در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی انجام شد و نشان داد که در آشفتگی خلقی مخصوصاً خلق افسرده و هیپومانیا مفید واقع می شود و عملکرد روانی – اجتماعی را بهبود می دهد . خانواده درمانی برای کودکان و نوجوانانی که به شدت در معرض خطر ابتلا به اختلال دوقطبی قرار دارند یک مداخله امیدوار کننده است که ارزش تحقیقات بیشتر و همچنین مطالعات فالوآپ طولی برای تعیین سیر بالینی کودکان و نوجوانان در معرض خطر برای ابتلا به اختلال دوقطبی را دارد .**

**اختلال نامنظمی خلقی اخلال گرانه (DMDD)**

**اختلال نامنظمی خلقی اخلال گرانه (DMDD) به تازگی به DSM-5اضافه شده است و مشخصه اصلی آن عبارت است از انفجارهای خشم شدید نامتناسب با مرحله رشدی و مکرر حداقل سه بار در هفته به همراه خلق تحریک پذیر یا عصبانیت دائم در فاصله بین انفجارهای خشم برای برآورده شدن معیارهای DSM-5 سمپتوم ها باید به مدت حداقل 1 سال حضور داشته باشند و شروع آنها قبل از 10 سالگی باشد کودکان مبتلا به این سمپتوم ها معمولاً مبتلا به اختلال دوقطبی یا ترکیبی از اختلال نافرمانی / چالش گری (ODD) ADHD و اختلال انفجار خشم متناوب (IED) دیاگنوز شده اند اما مطالعات طولی جدید نشان می دهند که این کودکان در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی معمولاً به اختلال دوقطبی کلاسیک مبتلا نخواهند شد در عوض مطالعات نشان داده اند که کودکان و نوجوانان مبتلا به تحریک پذیری مزمن و نامنظمی خلقی شدید بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات افسردگی یک قطبی و اختلالات اضطرابی در آینده قرار دارند با این که مطالعات اولیه درباره کودکان و نوجوانان مبتلا به نامنظمی خلقی شدید شامل چندین سمپتوم بیش برانگیختگی می شدند مثلاً : حواس پرتی و بی قراری فیزیکی و بی خوابی (اینسومنیا) ، افکار پرسرعت ، افرا افکار ، گفتار پرشتاب یا مزاحمت ، معیارهای کنونی DSM-5 شامل هیچیک از معیارهای بیش برانگیختگی نمی شود کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نامنظمی خلقی اخلال گرانه (DMDD) که سمپتوم های متعددی بیش برانگیختگی نشان می دهند ممکن است به اختلال کاموربید ADHD مبتلا باشند (در آن واحد هم به اختلال نامنظمی خلقی اخلال گرانه DMDD و هم به اختلال ADHD مبتلا باشند ) .**

**تشخیص و ویژگی های بالینی**

**برای اختلال نامنظمی خلقی اخلال گرانه (DMDD) انفجارهای خشم باید به شدت نامتناسب با محرک (رویداد،موقعیت) باشند و خود را به صورت پرخاشگری کلامی و یا فیزیکی نسبت به مردم یا اشیا نشان می دهند و با سطح رشدی کودک مطابقت ندارند انفجارهای خشم به طور متوسط حداقل سه بار در هفته روی می دهند و در فاصله بین انفجارها نوسانات خلقی وجود دارد سمپتوم ها باید قبل از 10 سالگی ظاهر شوند به مدت حداقل 12 ماه ادامه یابند و در حداقل دو محیط خانه و مدرسه حضور داشته باشند اگر سمپتوم ها برای اولین بار در کودکان کمتر از 6 سال یا نوجوانان بزرگتر از 18 سال مشاهده شوند اختلال نامنظمی خلقی اخلال گرانه DMDDدیاگنوز نخواهد شد در فاصله بین انفجار های خشم خلق کودک به طور دائم تحریک پذیر و عصبانی است و این خلق برای دیگران از جمله والدین ، معلمان یا همکلاسی ها قابل مشاهده است اپیزود مانیک یا اپیزود هیپومانیک هرگز وجود نداشته اند و اگر داشته اند بیشتر 1 روز ادامه نیافته اند (به عبارت دیگر هرگز پیش نیامده است که معیارهای کامل اپیزودمانیک یا هیپومانیک به جز معیار مدت به مدت بیشتر از 1 روز برآورد شده باشند) رفتارهای فوق الذکر صرفاً به هنگام ابتلای فرد به اپیزود افسردگی عمده روی نمی دهند و یک اختلال روانی دیگر توضیح بهتری برای آنها نیست .**

**تشخیص افتراقی**

**اختلال نافرمانی /چالش گریODD**

**اختلال نامنظمی خلقی اخلال گرانه DMDD به اختلال نافرمانی /چالش گری ODD شبیه است زیرا هر دوی آنها شامل تحریک پذیری انفجارهای خشم و عصبانیت هستند بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال نامنظمی خلقی اخلال گرانه DMDD معیارهای اختلال نافرمانی /چالش گری ODD را دارند با این حال اکثر بیماران مبتلا به اختلال نافرمانی /چالش گری ODD شامل سمپتوم های آزار و نافرمانی می شوند که در اختلال نامنظمی خلقی اخلال گرانه DMDD ملزم می سازند که انفجارهای خشم در حداقل دو محیط حضور داشته باشند در حالی که معیارهای اختلال نافرمانی /چالش گری ODD ملزم می سازند که انفجارهای خشم فقط در یک محیط حضور داشته باشند .**

**اختلالات دوقطبی : مهم ترین وجه تمایز DMDD از اختلال دوقطبی در کودکان سیربالینی طولی سمپتوم های اصلی است در کودکان مثل بزرگسالان اختلال دوقطبی I و اختلال دوطبی II خود را به صورت یک بیماری اپیزودیک به همراه اپیزودهای مستقل از آشفتگی خلقی نشان می دهند که قابل تفکیک از سمپتوم های معمولی کودک هستند آشفتگی خلقی که در طول یک اپیزود مانیک روی می دهد به وضوح متفاوت از خلق معمولی کودک است علاوه بر آن در طول اپیزودمانیک تغییرات مشاهده شده در خلق باید با آغاز سمپتوم های شناختی رفتاری و فیزیکی یا وخیم تر شدن آنها همراه باشند (منظور ، سمپتوم های متداعی یا مرتبط با نوسانات خلقی است مثل حواس پرتی افزایش فعالیت های هدفمند شدت این سمپتوم ها انقدر زیاد است که آنها را به وضوح از رفتارهای خط پایه کودک متمایز می سازد بنابراین در مورد یک اپیزود مانیک والدین و بسته به سطح رشدی کودکان خود آنها باید قادر باشند یک دوره زمانی متمایز را که در آن خلق و رفتار عادی او متفاوت بوده اند تشخیص دهند در نقطه مقابل عصبی بودن و تحریک پذیری موجود در DMDD دایمی است و چندین ماه ادامه می یابد شدت تحریک پذیری ممکن است تا درجاتی کم و زیاد شود با این حال تحریک پذیری شدید یکی از خصوصیات اختلال DMDD است بنابراین برخلاف اختلالات دوقطبی که عارضه هایی اپیزودیک هستند DMDDعارضه ای اپیزودیک نیست در واقع نمی توان کودکی را که حتی فقط یک بار یک سیکل کامل اپیزود هیپومانیک یا مانیک تحریک پذیر یا EUPHORIC را تجربه کرده است یا کودکی را که حتی فقط یکبار یک اپیزود مانیک یا هیپومانیک را به مدت بیشتر از 1 روز تجربه کرده است مبتلا به DMDD دانست . یک وجه تمایز اصلی دیگر بین اختلالات دوقطبی و DMDD حضور شاد یا پرنشاط و خود بزرگ بینی است این سمپتوم ها ویژگی هایی عادی در مانیا هستند اما مشخثه اصلی اختلال DMDD نیستند .**

**اختلال نافرمانی –چالش برانگیزی ODD : سمپتوم های ODD معمولاً در کودکان مبتلا به DMDD نیز روی می دهند اما سمپتوم های خلقی DMDD در کودکان مبتلا به ODD نسبتاً نادر هستند . حضور 1 انفجارهای شدید و فراوان خشم و 2 آشفتگی خلقی دائمی در فاصله بین انفجاز های خشم دو ویژگی اصلی هستند که از طریق آنها می توان مطمئن شد که کودکانی که سمپتوم هایشان معیار های لازم برای اختلال ODD را نیز برآورده می کنند در واقع مبتلا به DMDD هستند . علاوه بر آن برای دیاگنوز شدن DMDD علاوه بر نقص شدید در حداقل یک محیط اول (خانه ، مدرسه و در جمع همتایان) به نقص خفیف تا متوسط در یک محیط دوم نیاز است . به همین دلیل اکثر کودکانی که سمپتوم هایشان معیارهای لازم برای DMDD را برآورده می کنند سمپتوم هایی دارند که معیارهای لازم برای ODD را نیز برآورده می کنند اما عکس این موضوع صادق نیست یعنی در فقط حدود 15% افراد مبتلا به odd معیارهای لازم برای DMDD برآورده می شوند علاوه بر آن حتی کودکان که در آنها معیارهای هر دو اختلال برآورده شده اند باید فقط مبتلا به DMDD دیاگنوز شوند . علت قرار گرفتن DMDD در طبقه اختلالات افسردگی DSM-5 این است که اولاً سمپتوم های خلقی در DMDD بارز و برجسته هستند ثانیاً کودکان مبتلا به آن به احتمال زیاد بعدها به اختلال افسردگی و غاختلالات اضظرابی مبتلا خواهند شد این موضوع نشان می دهد که عنصر خلقی در افراد مبتلا به DMDD در مقایسه با افراد مبتلا به ODD بارزتر و برجسته تر است با این حال لازم به ذکر است خطر ایجاد شدن مشکلات رفتاری و همچنین مشکلات خلقی در افراد مبتلا به DMDD نیز بسیار زیاد است .**

**اختلال افسردگی پیش از قاعدگی**

**اختلال افسردگی پیش از قاعدگی یک اختلال جسمی- روانی است که توسط سطوح متغیر استروئیدهای جنسی که با سیکل ماهانه تخمک گذاری همراه هستند، به وجود می آید. این اختلال حدود 1 هفته قبل از شروع قاعدگی ماهانه روی می دهد و ویژگی های اصلی آن عبارتند از تحریک پذیری، نوسان هیجانی،سردرد، اضطراب و افسردگی .تقریباً 5% زنان به این اختلال مبتلا هستند . درمان صرفاً به کاهش و تخفیف سمپتوم هامی پردازد و شامل دارواهی انالجسیک برای درد و داروهای آرام بخش برای اضطراب و بی خوابی می شود.داروهای دیورتیک به از بین رفتن حفظ ادرار (ناتوانی ادرار کردن) کمک می کنند.**

**افسردگی بعد از زایمان**

**بسیاری از زنام در دوران بعد از زایمان (پست-پاتورم) بعضی سمپتوم های عاطفی را تجربه می کنند . دوره پست – پارتوم اشاره دارد به زمان بین زایمان تا 4 یا 6 هفته بعد از آن اکثر زنانی که افسردگی بعد از زایمان را تجربه می کنند سمپتوم هایی را گزارش می دهند که به سمپتوم های baby blues شبیه هستند . baby blues (غم نی نی ، اندوه نوزاد،یا مترادف های دیگر) یک آشفتگی خلقی موقت است که مشخصه های اصلی آن بی ثباتی هیجانی (عدم تعادل هیجانی)غم وغصه، ملال و اندوه ، سردگمی ، و زودرنجی (چشمان همیشه پر شاک) است . این احساسات که ممکن است چند روز ادامه پیدا کنند به تغییرات سریع در سطوح هورمونی زنان ، استرس زایمان و آگاه شدن زنان از مسئولیتی که بچه دار شدن برای آنها ایجاد کرده است ربط داده می شوند در چنین مواردی به هیچگونه مداخله خاص نیاز نیست و تنها راه مداخله آموزش دادن به نو مادران و حمایت کردن از اوست اگر سمپتوم ها بیشتر از 2 هفته ادامه پیدا کنند توصیه می شود که فرد برای ارزیابی تفسردگی بعد از زایمان ارجاع داده شود . افسردگی پست-پارتوم در DSM-5 به عنوان یکی از انواع فرعی اختلال افسردگی عمده معرفی شده است و ویژگی های اصلی آن عبارتند از خلق افسرده ، اضطراب مفرط، بی خوابی ، و تغییر در وزن . شروع اختلال معمولاً در عرض 12 هفته بعد از زایمان است . هیچگونه شواهدی دال بر این که baby blues به اپیزودهای افسردگی بعد از زایمان ریسک اپیزودهای افسردگی عمده در طول زندگی را افزایش می دهد . درباره درمان افسردگی بعد از زایمان مطالعات معتبر انجام نشده است زیرا این خطر وجود دارد که داروهای ضدافسردگی از طریق شیر مادر وارد بدن نوزاد شوند .**

**تشخیص افتراقی اختلال افسردگی یا ملال پیش از قاعدگی براساس DSM-5**

**سندروم پیش از قاعدگی PMS : وجه تفاوت سندروم پیش از قاعدگی این است که برای PMS نیازی نیست که حداقل پنج سمپتوم حضور داشته باشند و همچنین برای افراد مبتلا به سندروم قاعدگی نیازی به نام بردن سمپتوم های عاطفی وجود ندارد.**

**اختلال دوقطبی اختلال افسردگی عمده و اختلال افسردگی دایم : بسیاری از زنان مبتلا به اختلال دوقطبی یا اختلال افسردگی عمده یا اختلال افسردگی دایم فکر می کنند به PMDD مبتلا هستند با این حال وقتی که سمپتوم های خود را فهرست می کنند متوجه می شوند که سمپتوم های خود را فهرست می کنند، متوجه می شوند که سمپتوم هایشان خود را فهرست می کنند متوجه می شوند که سمپتوم هایشان بسیاری مواقع قبل از آغاز قاعدگی ماهانه آغاز نمی شوند و یا در چند روز اول آن از بین نمی روند.**