

## مروری بر طبقه‌بندی تشخیصی سلامت روان و اختلالات تحولی دوران نوزادی و ابتدای کودکی

الهام توکل<sup>۱</sup> / دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی / دانشگاه علامه طباطبائی

### چکیده

زمینه: هدف از این مطالعه، معرفی آخرین ویراست طبقه‌بندی تشخیصی سلامت روان و اختلالات تحولی دوران نوزادی و ابتدای کودکی و مرور اجمالی تغییرات آن در است. برای این منظور این راهنما و مطالعات مربوط به آن با استفاده از روش مرور نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی Direct, PubMed, Google scholar Science و با استفاده از کلید واژه‌های DC: 0-5, infancy disorders, childhood disorders و classification مورد بررسی قرار گرفت. پس از جمع‌آوری منابع، این راهنما از جنبه‌های تاریخی و شیوه طبقه‌بندی با سایر نظام‌های رایج طبقه‌بندی اختلالات روانی، یعنی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) مقایسه شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که آخرین ویراست طبقه‌بندی تشخیصی سلامت روان و اختلالات تحولی دوران نوزادی و ابتدای کودکی نسبت به دو نظام تشخیصی دیگر، دقت و جامعیت بیشتری در طبقه‌بندی اختلالات مربوط به ۶ سال ابتدای کودکی دارد. همچنین امکان تطبیق این نظام‌های طبقه‌بندی وجود دارد که به دقت عمل متخصصان برای تشخیص اختلالات کمک می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اتیسم، اختلالات رشدی، اختلال طیف اتیسم اوایل کودکی، نشانگان آسپرگر، مادران یخچالی.

### مقدمه

که با توجه به تمرکز بیشتر به اختلالات دوران نوزادی در سال‌های اخیر و نقدهای فراوان آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در مورد اختلالات این دوران، تغییرات زیادی در راهنمای صفر تا ۵ سال اتفاق افتاده است. همچنین در آخرین ویراست، این راهنما از ۳-۵ سال به ۵-۱۰ سال تغییر کرد، بنابراین می‌تواند به عنوان یک راهنمای دقیق و کاربردی برای تشخیص اختلالات ۶ سال اول زندگی مورد استفاده قرار گیرد.

طبقه‌بندی، لازمه مطالعه در هر موضوعی است. طبقه‌بندی فرایندی است که با نظم بخشیدن به پدیده‌ها در گروه‌ها و مقوله‌هایی خاص و بر اساس معیارهایی معین، پیچیدگی این پدیده‌ها را برای شناخت، آسان‌تر می‌سازد. از دیگر اهداف طبقه‌بندی، ایجاد زبانی مشترک بین متخصصان است (۳). رویکرد طبقه‌بندی به مشکلات سلامت روان در دوران نوزادی رویکردی جدید و چند بعدی است. تلاش‌های اولیه برای بررسی مشکلات سلامت روان دوران نوزادی از گزارش‌های موردی استفاده می‌کردند، اما بعدها با توصیف نشانگان برخی مشکلات

مهمترین طبقه‌بندی‌ها در حوزه روان‌شناسی و روان‌پزشکی عبارت‌اند از: راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر می‌شود و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) که توسط سازمان جهانی بهداشت انتشار می‌یابد. تلاش‌های بسیاری از سومین تا پنجمین ویراست DSM صورت گرفته است تا این راهنما به لحاظ کیفی پیشرفت کند اما به سختی می‌توان مدعی شد که این پیشرفت حاصل شده است زیرا همچنان انتقادهای بسیار زیادی بدان وارد است (۱). یکی از مهمترین نقدها پیرامون این نظام‌ها، متمایز نکردن نشانگان بسیاری از اختلالات در سنین پایین و عدم توجه ویژه به اختلالات دوران نوزادی و ابتدای کودکی است. از این رو، از سال ۱۹۹۴ طبقه‌بندی تشخیصی دیگری تحت عنوان طبقه‌بندی تشخیصی سلامت روان و اختلالات دوران نوزادی و ابتدای کودکی (۳-۰) پدید آمد و در سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۱۶ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. نتایج نشان داد

برنامه درمانی یک کودک ضروری است (۵). دلیل اهمیت تشخیص در نوزادی و ابتدای کودکی ایجاد زبان مشترک بین متخصصان و خانواده‌ها، هدایت درمان، فراهم آوردن خدمات برای خانواده‌ها، تعیین نیاز به خدمات اضافی، ایجاد ارتباط میان پژوهش‌ها، تشخیص‌ها و رویکردهای درمانی است.

### تاریخچه شکل‌گیری DC: 0-5

کارهای ابتدایی روی حوزه سلامت روان نوزادان از گزارش‌های موردی شروع شد که در آنها مشاهدات بالینی متخصصان از نشانگانی طی رشد که با تحول کودک تداخل ایجاد می‌کرد، بررسی می‌شد و این مشاهدات اساس پژوهش‌هایی در این حوزه قرار می‌گرفت. برای مثال کار در زمینه افسردگی اتکایی و آشفتگی‌های دلبستگی به همین ترتیب شروع شد (۲). برای نخستین بار در سال ۱۹۸۷ مرکز ملی نوزادان، نوپایان و خانواده‌ها<sup>۱</sup> شکل گرفت و کارگروه‌هایی در آن تشکیل شد. حاصل تلاش این کارگروه‌ها در سال ۱۹۹۴ به عنوان نخستین نسخه راهنمای تشخیصی صفر تا ۳ سال انتشار یافت. سپس در سال ۱۹۹۷ کتاب گزارش موردی اختلالات صفر تا ۳ سال منتشر شد. بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ کارگروهی برای تجدیدنظر در این راهنما شکل گرفت و نتیجه کار ایشان به عنوان نسخه تجدیدنظر شده این راهنما در سال ۲۰۰۵ منتشر شد. در سال ۲۰۱۳ سازمان صفر تا ۳ سال، هیئتی برای تجدیدنظر در طبقه‌بندی تشخیصی سلامت روان و اختلالات دوران نوزادی و ابتدای کودکی پدید آورد و کار تجدیدنظر آن تا سال ۲۰۱۶ به طول انجامید. منطق زیربنایی این امر این بود که تا سال ۲۰۱۶ بیش از یک دهه از نگارش نسخه قبلی این راهنما گذشته بود و طی این دهه پژوهش‌های قابل ملاحظه‌ای در مورد آسیب‌های روانی دوران نوزادی و ابتدای زندگی صورت گرفته بود. بسیاری از یافته‌های این پژوهش‌ها نیاز به تجدیدنظر در این راهنما را نشان می‌داد. یکی از دلایل اصلی دیگری که در این امر موثر می‌نمود، تجدیدنظر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در سال ۲۰۱۳ بود (۲ و ۵).

مثل افسردگی اتکایی و مشکلات دلبستگی، ملاک‌های تشخیصی آنها ارائه شد. به طور کلی راهنمای صفر تا ۳ سال برگرفته از رویکردهای دلبستگی، روان‌تحلیلی، تحولی و سیستم‌های خانواده است که تفاوت‌های حسی، حرکتی، شناختی، عاطفی، تعاملی و زبانی را بررسی می‌کند (۳) و به این منظور طراحی شده است که به جای DSM و ICD برای اختلالات سال‌های ابتدایی مورد استفاده قرار گیرد (۴). حوزه سلامت روان نوزادی بیشتر از مدل ابعادی برای طبقه‌بندی استفاده می‌کند تا مدل مقوله‌ای. در طبقه‌بندی ابعادی اختلالات از طریق کنار هم گذاشتن چند علامت تشخیص داده نمی‌شوند. به عبارت دیگر بین اختلالات مرزهای کاملاً صریح و روشن وجود ندارد و بهتر است به شکل طیفی به آنها نگاه شود. کسانی که طرفدار این نوع طبقه‌بندی هستند، معتقدند که بین سلامت و بیماری یک مرز آبی وجود دارد و نمی‌توان این مرز را به طور دقیق مشخص کرد. نقطه قوت این طبقه‌بندی آن است که به تمامی عوامل محیطی، فردی، اجتماعی و فرهنگی موثر در شکل‌گیری اختلال توجه می‌شود (۳).

استفاده از DSM برای تشخیص اختلالات در سنین پایین به دلیل محدودیت‌های زبانی، تغییرات سریع رشدی و وابستگی کودک به مراقب کارآمد نیست. گسترش حوزه سلامت روان نوزادی به ایجاد یک نظام معتبر طبقه‌بندی اختلالات این دوره بستگی داشت تا زبان مشترکی برای متخصصان و پژوهشگران ایجاد شود تا از طریق آن به بررسی مشکلات این دوره بپردازند (۲). یک نظام طبقه‌بندی تشخیصی، ملاک‌هایی را تعیین می‌نماید که اختلالات بالینی را تعریف و برای متخصصان و پژوهشگران درک مشترکی از تعریف و نشانه‌های آسیب روانی ایجاد می‌کند. با تعریف نشانه‌ها و عوامل خطر و سازوکارهای اختلال، مداخله موثر می‌تواند تعیین شود. تشخیص در کار بالینی اجازه ارتباط موثر و کارآمد میان فراهم‌آوردندگان و کاربران درمان‌ها را فراهم می‌کند. به عبارت دیگر فرمول‌بندی بالینی، درک نشانه‌ها و رشد کودک از لحاظ زیستی، روانی، ارتباطی و اجتماعی است. درک عواملی که نشانه‌ها را تسریع یا دائمی می‌سازند و عواملی که تاب‌آوری را افزایش می‌دهند، برای تهیه

پیش از آن متداول نبود.

بعضی از اختلالات به تازگی به این راهنما اضافه شدند، مثل اختلال بیش‌فعالی در دوران نوپایی، اختلال عصبی تحولی ارتباط اجتماعی غیرعادی و اختلال ویژه رابطه‌ای در دوران کودکی. بعضی از اختلالات که در DSM وجود داشتند اما در ویراست سابق صفر تا ۳ سال نبودند، مثل اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی به ویراست جدید افزوده شدند و بعضی از اختلالات به شکل متفاوتی با صفر تا ۳ سال تعریف شدند، مثل اختلال خوردن.

### محورها و اختلالات DC: 0-5

این راهنما همچنان نظام چندمحوری خود را حفظ کرده است. محور ۱ از ۳۰ اختلال به ۴۲ اختلال گسترش پیدا کرده است و به DSM نزدیک‌تر شده است. محور ۱ شامل سنجش اختلالات است؛ محور ۲ شامل شرایط رابطه‌ای است که هم فضای مراقبت از کودک و هم رابطه مراقب و کودک را مورد سنجش قرار می‌دهد. محور ۳ شامل سلامت جسمی و ملاحظات آن است. محور ۴ شامل عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی و در آن فهرست عوامل استرس‌زای کودک و خانواده گسترش یافته است. محور ۵ شامل کیفیت تحول است. شرح اختلالات و زیرنوع‌های آن در زیر خواهند آمد؛

#### اختلالات محور ۱:

##### ۱- اختلالات عصبی تحولی

- اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی
- اختلال بیش‌فعالی دوران نوپایی
- اختلالات طیف اتیسم
- اختلال طیف اتیسم زود هنگام و غیرعادی
- تاخیر تحولی عمومی
- اختلال تحولی زبان
- اختلال تحولی هماهنگی
- سایر اختلالات عصبی تحولی

##### ۲- اختلالات پردازش حسی

- اختلال بیش‌فعالیتی حواس

مطابق تعریف این راهنما، الگوهای رفتاری یا هیجانی مشکل‌دار الگوهایی هستند که برای نوزاد یا کودک غیرعادی هستند و موجب می‌شوند دیگران کودک یا نوزاد را دشوار و مشکل‌دار بدانند، تعامل رضایت‌بخش را دشوار می‌سازند، در موقعیت‌های مختلف توسط افراد متفاوت دیده می‌شوند، ادامه‌دار هستند، موجب پریشانی نوزاد یا کودک و خانواده می‌شوند، خارج از هنجارهای فرهنگی و غیر متناسب با سن هستند (۶).

### تغییرات ویراست جدید

با توجه به تلاش‌هایی برای جهت‌مندی تحولی بیشتر در راهنمای صفر تا ۵ سال و تلاش برای اصلاح آن در مقایسه با راهنمای صفر تا ۳ سال، کارگروه‌هایی در مارس ۲۰۱۳ تشکیل شدند تا فرایند تجدیدنظر در این راهنما را شروع کنند. با توجه به ماهیت چند رشته‌ای حوزه سلامت روان در دوران نوزادی، ۹ کارگروه حرفه‌ای از رشته‌های روان‌پزشکی، روان‌شناسی، پزشکی، پرستاری، مددکاری و مشاوره روی این کار متمرکز شدند که تجربه جمعی این گروه‌ها بیش از یک قرن پژوهش و بررسی و کار بالینی و سیاست‌گذاری در حوزه سلامت روان نوزادان بود (۵). به طور کلی تغییراتی که در ویراست جدید صورت گرفتند به شرح زیر هستند (۷):

۱- افزایش دامنه سنی این راهنما از ۳ سال به ۵ سال زیرا اکثر متخصصان و پژوهشگران موافق بودند که طبق تجاربشان این طبقه‌بندی برای دامنه سنی بزرگتر هم کاربردی است.

۲- تلاش برای تمایز تفاوت‌های رشدی و تظاهرات متفاوت نشانه‌های اختلالات در این سنین

۳- تمایز اختلالات واقعی از رفتارهای گذرا با در نظر گرفتن شرط پریشانی و نقص کارکردی در هر اختلال

۴- حفظ یک نظام چندوجهی چنان که روی اهمیت بافت محیطی در آسیب روانی تاکید شود.

۵- تلاش برای شمول تمامی اختلالات مربوط به دوران کودکی در این نسخه

۶- هماهنگی اصطلاحات با DSM

۷- بحث در مورد نشانگان اختلالات زیر یک سال که

**۷- اختلالات ضربه، استرس و محرومیت**

- اختلال استرس پس از ضربه
- اختلال سازگاری
- اختلال سوگ بغرنج در دوران کودکی
- اختلال دل‌بستگی واکنشی
- اختلال مشارکت اجتماعی بازداری نشده
- ضربه، استرس و سایر اختلالات مربوط به محرومیت

**۸- اختلال ویژه رابطه‌ای در دوران کودکی**

- اختلالی که بین یک کودک و یک مراقب ویژه روی می‌دهد، نه چیزی که در بیشتر موقعیت‌ها در کودک قابل مشاهده باشد. کودکان روابط متفاوتی را با مراقبان بر اساس تجارب زیسته خود با هر مراقب بنا می‌کنند. تشخیص اختلال رابطه‌ای توجه به آن چیزی است که ممکن است مفیدترین هدف مداخله باشد. هدفش سرزنش والد یا مراقب برای کاستی‌ها نیست.

**اختلالات محور ۲:**

- برای بررسی فضای مراقبتی مورد استفاده قرار می‌گیرند.
- ویژگی‌های نظام‌مند رابطه و فضای مراقبتی را تشویق می‌کنند.
- بخش اول: سازگاری رابطه مراقب-نوزاد/کودک
- بخش دوم: فضای مراقبتی و سازگاری نوزاد/کودک

**محور ۳:**

- ارزیابی تشخیصی کامل کودک شامل توجه به سلامت جسمی و بهزیستی هیجانی، رابطه‌ای، تحولی و محیطی
- تمامی جنبه‌های سلامت نوزاد و کودک به هم وابسته‌اند.

**شرایط سلامت جسمی و ملاحظات آن:**

- ۱- وضعیت حاد پزشکی
- ۲- شرایطی که نیازمند عمل جراحی پزشکی یا دندان پزشکی است
- ۳- درد مزمن یا عودکننده (به هر دلیل)
- ۴- آسیب‌های جسمی یا شرایطی که بازتاب محیط

- اختلال کم‌فعالیتی حواس
- سایر اختلالات پردازش حسی

**۳- اختلالات اضطرابی**

- اختلال اضطراب تعمیم‌یافته
- اختلال اضطراب جدایی
- اختلال اضطراب اجتماعی (جمع‌هراسی)
- لالی انتخابی
- بازداری نسبت به چیزهای تازه
- سایر اختلالات اضطرابی

**۴- اختلالات خلقی**

- اختلال افسردگی ابتدای کودکی
- اختلال مشکلات تنظیمی خشم و پرخاشگری در ابتدای کودکی
- سایر اختلالات خلقی

**۵- وسواس و اجبار و اختلالات مرتبط**

- اختلال وسواس و اجبار
- اختلال تورت
- اختلال تیک صوتی یا حرکتی
- وسواس موکنی
- اختلال کندن پوست
- سایر وسواس‌ها و اجبارها و اختلالات مرتبط

**۶- اختلالات خواب، خوردن و گریه**

- اختلالات خواب
- اختلال شروع خواب
- اختلال راه رفتن در شب
- اختلال خواب برانگیختگی
- اختلال کابوس در ابتدای کودکی
- اختلالات خوردن دوران نوزادی
- اختلال پرخوری
- اختلال کم‌خوری
- اختلال خوردن غیرعادی
- اختلال گریه بیش از اندازه
- سایر اختلالات خواب، خوردن یا گریه

- مراقبتی است
- ۵- مشکلات گذرگاه‌های تحول
- ۶- اثرات دارویی
- ۷- مشکلات تحولی و عقلی
- ۸- نشانگرهای وضعیت سلامتی

#### محور ۴:

عوامل محور چهارم ممکن است بروز، دوره، درمان و پیشگیری از نشانه‌ها و اختلالات سلامت روان را تحت تاثیر قرار دهند. عوامل استرس‌زا اغلب با هم روی می‌دهند. درک جامعی از عوامل استرس‌زایی که بر کودک اثر می‌گذارند، بخش مهمی از درک کودک در چارچوب محیط است.

#### مقوله‌های عوامل استرس‌زا:

- چالش با خانواده کودک / گروه حمایتی اولیه
- چالش با محیط اجتماعی
- چالش‌های آموزشی و مراقبت از کودک
- چالش در مورد خانه
- چالش‌های اقتصادی و شغلی
- سلامت کودک
- چالش‌های حقوقی، قانونی و جزایی مثل قربانی شدن یک کودک در یک جرم یا مهاجرت غیرقانونی
- سایر عوامل مثل فراگیر شدن بیماری، مصیبت، جنگ، تروریسم

#### محور ۵:

محور ۵ طراحی شده است تا کفایت‌های تحولی کودک را در رابطه با الگوهای رشدی قابل انتظار و در متن و مستقل از تعامل با مراقبان بررسی نماید؛ متخصصان عملکرد کودک را در حوزه‌های کلیدی بررسی می‌کنند تا ببینند که آیا رشد به شکل یکپارچه پیش می‌رود یا خیر.

#### چهار مطالعه اصلی در زمینه اختلالات جدید DC: 0-5

پس از انتشار DC: 0-5، چهار مطالعه جامع پیرامون آن صورت گرفته است که در زیر به صورت خلاصه به آنها پرداخته می‌شود.

• بیش‌فعالی و تکانشگری از علل اصلی ارجاع کودکان به مراکز خدمات سلامتی است. گلیسن و هامفریز<sup>۱</sup> (۱۰) مروری بر بیش‌فعالی و تکانشگری در کودکان سنین پایین داشتند و اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی در دوران نوپایی را تعریف کردند. از زمان انتشار نسخه تجدیدنظر شده راهنمای ۰ تا ۳ در سال ۲۰۰۵ به بعد شاهد تعداد زیادی از منابع در مورد بیش‌فعالی بودیم. اگرچه اختلال نقص توجه بیش‌فعالی به طور فزاینده‌ای در کودکان ۳ تا ۵ سال مورد مطالعه قرار گرفته است اما متخصصی نمی‌تواند مدعی شود که ظهور علائم این اختلال از ۳ سالگی شروع می‌شود. یکی از سوالاتی که در مورد تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در سنین پایین وجود دارد، این است که آیا این نشانه‌ها به لحاظ رشدی بهنجار تلقی می‌شوند یا خیر؟ در راهنمای صفر تا ۵ سال با ارائه مثال‌هایی تلاش شده تا این تمایز روشن گردد و از آنجا که کار اصلی کودکان بازی است، بی‌توجهی و تکانشگری و بیش‌فعالی حین بازی و در رابطه با والدین، سایر بزرگسالان یا همسالان اختلال تلقی می‌شود. داده‌های زیادی نشان می‌دهند که اختلال بیش‌فعالی در دوران نوپایی خود را از سال دوم نشان می‌دهند و علائم بیش‌فعالی و تکانشگری مربوط به آن معمولاً در سنین پیش از دبستان پایدار هستند. نام‌گذاری این اختلال تلاشی است در جهت شناسایی کودکان با نشانه‌های بیش‌فعالی در سنین پایین هرچند که به پژوهش‌های بیشتری نیاز است تا نشان دهند که آیا این نشانه‌ها به اختلال در سال‌های پیش از دبستان می‌انجامد یا خیر؟ همچنین این بررسی بر این باور است که برای تعیین تعداد مناسب نشانه‌ها و طول مدت وجود نشانه‌ها به پژوهش‌های بیشتری نیاز است. همچنین تشخیص افتراقی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در سنین پایین با اختلالات محور ۱ به ویژه اختلال استرس پس از ضربه، اختلال رابطه‌ای، اختلال خواب، اختلالات خلقی و اضطرابی و حملات صرع کوچک ضروری است. باید به این نکته نیز توجه داشت که ۹۰ درصد کودکان کم سن و سال با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی،

1- Gleason & Humphreys

مطرح شده برای این اختلال در زیر مرور می‌شوند:

- نشانه‌های نقص در ارتباط اجتماعی
- محدودیت‌های چشمگیر در رفتارهای غیرکلامی مثل تماس چشمی یا جلوه‌های چهره‌ای
- محدودیت‌های عمده در روابط اجتماعی
- محدودیت‌های چشمگیر در ارتباط متقابل اجتماعی هیجانی
- رفتارهای تکراری و قالبی صوتی یا حرکتی
- پایبندی به روال زندگی یا آئین‌ها به شیوه انعطاف‌ناپذیر
- علایق و دل‌مشغولی‌های محدود
- رفتارهای غیرعادی حسی

• مشکلات خوردن و تغذیه یکی از اصلی‌ترین علل ارجاع کودکان به کلینیک‌های سلامت روان است. یکی از تغییرات اصلی در راهنمای صفر تا ۵ سال در اصطلاح‌شناسی این اختلالات صورت گرفته است چنان که به جای اختلالات تغذیه‌ای از اصطلاح اختلالات خوردن استفاده می‌شود. کرن<sup>۳</sup> (۱۴) مروری بر اختلالات خوردن در سنین پایین انجام داد. او طبقه‌بندی اختلالات خوردن صفر تا ۳ سال را نیازمند تغییرات جدی می‌دانست. از آنجا که زیرگروه‌های اختلالات خوردن صفر تا ۳ سال حمایت پژوهشی نیافت، وی به جای طبقه‌بندی مبتنی بر علت‌شناسی ترجیح داد که طبقه‌بندی خود را بر اساس پدیده‌شناسی به صورت کم خوردن، زیاد خوردن یا خوردن غیرعادی مثل هرزه‌خواری، نشخوار، احتکار و نگه داشتن غذا در دهان بدون جویدن انجام دهد. برای سال‌های بسیاری، اختلالات خوردن در ابتدای کودکی و دوران نوزادی به نشانگان شکست رشدی خلاصه می‌شد تا اینکه در راهنمای صفر تا ۳ سال، شش زیر نوع برای اختلالات تغذیه‌ای مطرح شد. یکی از مشکلات ۶ زیر نوع راهنمای صفر تا ۳ سال این بود که این طبقه‌بندی بر اساس سبب‌شناسی به دست آمده بود حال آنکه راهنمای صفر تا ۳ سال اساساً بر اساس این نوع طبقه‌بندی به وجود نیامده بود. دومین مشکل این بود که این ۶ زیر نوع اغلب با هم همپوشی داشتند چنان که اکثر کودکان در صورت دریافت یک تشخیص از این اختلالات،

نشانگانی از سایر اختلالات را نیز نشان می‌دهند.

• اختلال طیف اتیسم در حال حاضر شایع‌ترین اختلال عصبی تحولی است چنان که از هر ۶۸ کودک در آمریکا یک نفر بدان مبتلاست. شناسایی زودهنگام این اختلال می‌تواند منجر به بهبود شرایط کودک در زمینه‌های مختلف شود. سوتو<sup>۱</sup> و همکاران (۱۱) با چالش مشابهی در مورد تظاهرات ابتدایی رفتارهای نابهنجار اجتماعی که قابل مقایسه با اختلال طیف اتیسم هستند، رو به رو بودند. بررسی جامع آنها منطبق زیربنایی نام‌گذاری اختلال عصبی تحولی ارتباط اجتماعی غیرعادی<sup>۲</sup> (ASCEND) را بنا نهاد که اختلال جدیدی است که توصیف‌کننده نابهنجاری‌های اجتماعی عمیق در کودکان زیر سه سال است. این انحرافات رشدی ما را به توجه جدی به مداخله زودهنگام دعوت می‌کنند. بعضی از کودکانی که تشخیص اختلال عصبی تحولی ارتباط اجتماعی غیرعادی را می‌گیرند، ممکن است در نهایت تشخیص اختلال طیف اتیسم دریافت کنند و برخی نه. پژوهش‌ها به ویژه روی خواهر و برادران نوزاد (۱۲ و ۱۳) تلاش کرده‌اند که تشخیص اختلال طیف اتیسم را در سنین پایین جلو بیندازند هر چند که مثبت کاذب و منفی کاذب در آنها زیاد است. مطالعات آینده‌نگر این زمینه نوزادان خانواده‌های در خطر را از دوران پیش از تولد یا بدو تولد و پیش از آنکه نشانه‌ها در ایشان بارز و جدی شوند، پیگیری می‌کنند. پشتیبانی پژوهشی ASCEND نشان می‌دهد که گروهی از کودکان که این ملاک‌ها را نشان می‌دهند، می‌توانند به طور موفقیت آمیزی مورد شناسایی و هدف مداخلات زودهنگام قرار گیرند و به آنها پاسخ دهند. برای تشخیص این شکل ابتدایی باید حداقل دو نشانه از نشانگان اجتماعی ارتباطی و یک نشانه از رفتارهای تکراری وجود داشته باشد و شواهدی از نقص در رشد بهینه کودکان دیده شود. مطالعات نشان داده‌اند که به طور کلی نشانه‌های اختلال طیف اتیسم در نیمه دوم سال اول زندگی خود را نشان می‌دهند. این نشانه‌های ابتدایی و سن شروع آنها در بین کودکان بسیار ناهمگون هستند. نشانه‌های

1- Soto

2- Atypical social-communication emergent neurodevelopmental disorder

اولیه والد-کودک، شبکه‌ی رابطه‌ای محیطی که کودک در آن در حال رشد است را مورد ارزیابی قرار دهند. یکی از تغییرات عمده ویراست جدید این است که در راهنمای صفر تا ۵ سال اختلالات رابطه‌ای در محور اول مطرح شده‌اند زیرا قرار گرفتن شان در محور دوم در راهنمای صفر تا ۳ سال موجب توجه کمتر به آنها می‌شد با این حال این کار خطر این را به همراه دارد که به شرایط موقعیتی کودکان توجه کمتری شود و کودکان بیشتری در شرایط نامطلوب رشد کنند. در حال حاضر در محور دوم تنها اطلاعات موقعیتی بررسی می‌شود. اختلال رابطه‌ای کودک نشان از شکست والد دارد. همچنین قرار گرفتن اختلالات رابطه‌ای در محور ۱ کار پژوهشی روی آن را نیز تسهیل می‌کند.

• جدول ۱- نمونه‌ای از تطبیق اختلالات بین DC:0-5 و DSM-5 و ICD-10

ICD-10	DSM-5	DC:0-5
		اختلالات عصبی تحولی
اختلال طیف اتیسم، نوع نامعین	سایر اختلالات معین عصبی تحولی	اختلال طیف اتیسم زود هنگام
آشفته‌گی فعالیت و توجه	اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی یا وجه بارز بیش‌فعالی/تکانشگری	اختلال بیش‌فعالی دوران نوبیایی
اختلال اضطراب اجتماعی دوران کودکی	اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی)	اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی)
		ضربه، استرس و سایر اختلالات مربوط به محرومیت
دیگر واکنش‌ها به استرس شدید	سایر اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زای معین	اختلال سوگ بفرنج در دوران کودکی

تشخیص دیگری را نیز دریافت می‌کرد. سومین مشکل به اصطلاح بی‌اشتهایی دوران نوزادی باز می‌گردد که می‌تواند به عنوان شکل اولیه بی‌اشتهایی روانی سنین بزرگسالی تلقی شود حال آنکه هیچ مطالعه‌ای در زمینه ارتباط این اختلالات انجام نشده است. مشکل چهارم به زیرنوع اختلال تغذیه‌ای ناشی از مشکل در رابطه والد-نوزاد برمی‌گردد که نشان دهنده مشکل والد در مراقبت از کودک است که خود جزو اختلالات رابطه‌ای جدی تلقی می‌شود. پس اختلال خوردن صرف به شمار نمی‌آید. مشکل پنجم به زیرنوع اختلال تغذیه‌ای تنظیمی مربوط است که خود می‌تواند جزو اختلالات تنظیمی محسوب شود، نه اختلالات تغذیه‌ای. به دلیل تمامی مشکلات مطرح شده در بالا، در راهنمای صفر تا ۵ سال استفاده از اصطلاح اختلالات خوردن توصیه شد تا هرگونه نابهنجاری در خوردن را در برگیرد. کرن بر این باور است که مشکلات خوردن در مادر پیش‌بین تمامی انواع اختلالات خوردن در دوران نوزادی است. افسردگی و اضطراب در این زمینه متغیرهای میانجی هستند. همچنین تعارضات خانواده پیرامون غذا خوردن نیز یک عامل خطر برای اختلالات خوردن در کودکان است. فشار، کنترل و محدود کردن کودکان توسط والدین احتمال اختلالات خوردن را افزایش می‌دهد. گفتنی است که بر اساس این تقسیم‌بندی جدید، مقیاس تغذیه والد-کودک برای سنجش این اختلال به وجود آمد (۱۵).

## بحث و نتیجه‌گیری

تمرکز نسخه تجدیدنظر شده نظام صفر تا ۵ سال بیشتر روی ایجاد یک نظام طبقه‌بندی تشخیصی بود تا ایجاد یک رویکرد ارزیابی و فرمول‌بندی بالینی، بنابراین به روز کردن نظام صفر تا ۳ سال ضروری بود اما کافی نبود. سنجش، فرایند جمع‌آوری داده است که ما را به سوی تشخیص رهنمون می‌سازد. در دوران نوزادی و ابتدای کودکی سنجش باید به صورت رشدی و با توجه به اطلاعات گوناگونی انجام شود که نیازمند آموزش‌های ویژه است (۵). انگیزه اصلی ایجاد راهنمای صفر تا ۳ سال

• در نهایت زینا و لیبرمن<sup>۱</sup> (۹) رویکرد جدیدی در آسیب‌شناسی رابطه‌ای والد-کودک را توصیف کردند. آنها بر اساس پژوهش‌های رابطه‌ای به ویژه در زمینه دلبستگی در ابتدای کودکی یک اختلال ویژه رابطه‌ای را در دوران کودکی معرفی نمودند. این اختلال در تلاش است که رفتارهای نشانه‌دار ویژه رابطه را در کودکان کم سن تعریف کند. به علاوه آنها در محور اختلالات رابطه راهنمای صفر تا ۳ سال (محور دوم) اصلاحات قابل توجهی انجام دادند. به علاوه به متخصصان توصیه کردند که برای ارزیابی رابطه

1- Zeanah & Lieberman

- Lieberman A, Moolroony K, Oser C. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC:0-5): Selective reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. *Infant mental health journal*, 2016; 37(5), 471-475.
6. Parlakian P, Seibel N.L. Building strong foundations: Practical guidance for promoting the social-emotional development of infants and toddlers. Washington: ZERO TO THREE Press. 2002.
  7. ZERO TO THREE. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-5). Washington, DC: Author. 2016.
  8. Mothander PR. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC:0-5): Implementation considerations and clinical remarks. *Infant mental health journal*, 2016; 37(5), 523-524.
  9. Zeanah C & Lieberman A. Defining relational psychology in early childhood: The diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood DC:0-5 approach. *Infant mental health journal*, 2016; 37(5), 509-520.
  10. Gleason M & Humphreys K. Categorical diagnosis of extreme hyperactivity, impulsivity and inattention in very young children. *Infant mental health journal*, 2016; 37(5), 476-485.
  11. Soto T, Kiss IG, Carter AS. Symptom presentation and classification of autism spectrum disorder in early childhood: Application to the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC:0-5). *Infant mental health journal*, 2016; 37(5), 486-497.
  12. Ozonoff S, Young GS, Landa RJ, Brian J, Bryson S, Charman T et al. Diagnostic stability in young children at risk for autism spectrum disorder: A Baby Siblings Research Consortium study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015; 56(9):988-98.
  13. Rozga A, Hutman T, Young GS, Rogers SJ, Ozonoff S, Dapretto M, & Sigman M. Behavioral profiles of affected and unaffected siblings of children with autism: Contribution of measures of mother-infant interaction and nonverbal communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2011; 41(3), 287-301.
  14. Keren M. Eating and feeding disorders in the first five years of life: Revising the DC:0-3R diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood and rationale for the new DC:0-5 proposed criteria. *Infant mental health journal*, 2016; 37(5), 498-508.
  15. Chatoor I, Hommel S, Sechi C & Lucarelli L. Development of the Parent-Child Play Scale for use in Children with Feeding Disorders. *Infant mental health journal*, 2018; 39(2), 153-169.

نارضایتی گسترده متخصصان سلامت روان نوزادان در مورد نظام‌های موجود و کارایی آنها در مورد کودکان سنین پایین بود. اگرچه با این رویکرد همواره خطر تشخیص‌گذاری و برچسب‌زنی روی کودکان عادی وجود دارد، اما نمی‌توان این خطر را بیش از خطر عدم شناسایی و پاسخ‌گویی به موقع به نیازهای کودکان دچار اختلال دانست که خطر عواقب جدی این اختلالات را افزایش می‌دهد.

سلامت روان نوزاد کاملاً به رابطه وابسته است و بنابراین نظام تشخیصی و طبقه‌بندی اختلالات آن نه تنها باید به آسیب‌های خود کودک بلکه به آسیب‌های رابطه والد و کودک نیز توجه نماید. این اختلال مشکل در ارتباط با یک مراقب است نه مشکلات محیطی و موقعیتی. به طور سنتی آسیب روانی درون افراد تصور می‌شود نه بین افراد، اما در حال حاضر تغییراتی در آسیب‌شناسی روانی در حال وقوع است که کل نظام خانواده نه یک فرد خاص را دارای آسیب معرفی می‌کند. ریشه سلامت روان دوران نوزادی نیز در همین مفهوم است. آسیب روانی در رابطه با مراقبان روی می‌دهد. نخستین اظهار نظرها در این مورد به وینیکات (۱۹۶۰) بازمی‌گردد که عنوان می‌کند نوزاد به تنهایی و فارغ از مراقبت و رابطه با مراقب معنایی ندارد. به طور مشابهی بالبی (۱۹۵۳) نیز بیان می‌کند که سلامت روان کودک وابسته به یک رابطه گرم، مداوم و صمیمانه با مادر است که برای مادر و کودک رضایت لذت را به همراه داشته باشد (۹).

## References

1. Demazeux S, & Singy P. The DSM-5 in Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel. Springer. 2015. P 3-24.
2. Egger HL, Emde RN. Developmentally sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood. *American Psychologist*. 2011; 66(2): 95-106.
3. Atari A, Aminoroaia M. A review on diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. *J Res Behav Sci*. 2013; 11(2): 147-55. [Persian].
4. Emde RN. The cup is half full: Initial clinical trials of DC: 0-3 and a recommendation for revision. *Infant Mental Health Journal*. 2003; 24(4): 437-446.
5. Zeanah C, Carter A, Cohen J, Egger H, Gleason M, Keren M,