

# مورد پژوهی در اختلالات رفتاری کودکان

تألیف  
کریستوفر کرنی

ترجمه  
علی نیلوفری

با مقدمه  
دکتر محمدرضا محمدی

استاد روان‌پزشکی کودک و نوجوان  
رئیس مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی  
دانشگاه علوم پزشکی تهران



<p>سرشناسه: کارنی، کریستوفر ا. Kearney, Christopher A. عنوان و نام پدیدآور: موردپژوهی در اختلالات رفتاری کودکان / تألیف کریستوفر ا. کرنی؛ مترجم علی نیلوفری. مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۱. مشخصات ظاهری: ۳۴۴ ص، قطع: رقعی شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۱۱-۲ وضعیت فهرست نویسی: فیبا عنوان اصلی: Casebook in child behavior disorders, 4th ed, c2010 موضوع: کودکان -- آسیب شناسی روانی -- نمونه پژوهی شناسه افزوده: نیلوفری، علی، ۱۳۵۹ - مترجم. رده بندی کنگره: RJ۴۹۹/ک۱۵م۸ ۱۳۹۱ رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۹ شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۶۶۱۶۷</p>	<p><b>کریستوفر کرنی</b> <b>موردپژوهی در اختلالات رفتاری کودکان</b> فروست: ۱۶۳ ترجمه: علی نیلوفری ناشر: انتشارات کتاب ارجمند حروف نگار: سیمین علی نیا صفحه آرا: فاطمه نویدی طراح جلد: احسان ارجمند چاپ: سامان، صحافی: روشنگر چاپ اول، فروردین ۱۳۹۲، ۱۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۱۱-۲ <a href="http://www.arjmandpub.com">www.arjmandpub.com</a></p> <p>این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.</p>
---	---

**مرکز پخش: انتشارات ارجمند**

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰  
شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارگریب تلفن ۰۳۱۱-۶۲۸۱۵۷۴  
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶  
شعبه بابل: خیابان گنج افروز، پاساژ گنج افروز تلفن ۰۱۱۱-۲۲۲۷۷۶۴  
شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی تلفن ۰۱۳۱-۳۲۳۲۸۷۶  
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

**بها: ۱۲۰۰۰ تومان**



## فهرست

درمان	۶۶	فصل ۱. مورد مختلط شماره ۱	۱۱
سؤال‌اتی برای بحث	۷۰	نشانه‌ها	۱۱
		ارزیابی	۱۵
فصل ۴. اختلال دوقطبی زود آغاز	۷۲	عوامل ریسک و متغیرهای نگه‌دارنده	۲۰
نشانه‌ها	۷۲	جنبه‌های رشدی	۲۲
ارزیابی	۷۶	درمان	۲۵
عوامل ریسک و متغیرهای نگه‌دارنده	۸۰	سؤال‌اتی برای بحث	۲۹
جنبه‌های رشدی	۸۳		
درمان	۸۸	فصل ۲. اضطراب اجتماعی و انزوا	۳۱
سؤال‌اتی برای بحث	۹۲	نشانه‌ها	۳۱
		ارزیابی	۳۵
فصل ۵. اختلالات خوردن	۹۴	عوامل ریسک و متغیرهای نگه‌دارنده	۳۹
نشانه‌ها	۹۴	جنبه‌های رشدی	۴۳
ارزیابی	۹۸	درمان	۴۶
عوامل ریسک و متغیرهای نگه‌دارنده	۱۰۲	سؤال‌اتی برای بحث	۵۰
جنبه‌های رشدی	۱۰۶		
درمان	۱۰۹	فصل ۳. افسردگی	۵۱
سؤال‌اتی برای بحث	۱۱۳	نشانه‌ها	۵۱
		ارزیابی	۵۵
فصل ۶. اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی	۱۱۵	عوامل ریسک و متغیرهای نگه‌دارنده	۵۹
نشانه‌ها	۱۱۵	جنبه‌های رشدی	۶۳

ارزیابی ..... ۲۰۲	ارزیابی ..... ۱۱۹
عوامل ریسک و متغیرهای نگاه‌دارنده ..... ۲۰۶	عوامل ریسک و متغیرهای نگاه‌دارنده ..... ۱۲۳
جنبه‌های رشدی ..... ۲۰۹	جنبه‌های رشدی ..... ۱۲۷
درمان ..... ۲۱۳	درمان ..... ۱۳۰
سؤالاتی برای بحث ..... ۲۱۷	سؤالاتی برای بحث ..... ۱۳۴
<b>فصل ۱۱. اوتیسم و عقب‌ماندگی ذهنی ..... ۲۱۸</b>	<b>فصل ۷. ناتوانی یادگیری ..... ۱۳۶</b>
نشانه‌ها ..... ۲۱۸	نشانه‌ها ..... ۱۳۶
ارزیابی ..... ۲۲۲	ارزیابی ..... ۱۳۹
عوامل ریسک و متغیرهای نگاه‌دارنده ..... ۲۲۶	عوامل ریسک و متغیرهای نگاه‌دارنده ..... ۱۴۳
جنبه‌های رشدی ..... ۲۳۰	جنبه‌های رشدی ..... ۱۴۶
درمان ..... ۲۳۲	درمان ..... ۱۴۹
سؤالاتی برای بحث ..... ۲۳۷	سؤالاتی برای بحث ..... ۱۵۴
<b>فصل ۱۲. عوارض جسمی / درد کودکان ..... ۲۳۹</b>	<b>فصل ۸. اختلال سلوک و پرخاشگری ... ۱۵۵</b>
نشانه‌ها ..... ۲۳۹	نشانه‌ها ..... ۱۵۵
ارزیابی ..... ۲۴۳	ارزیابی ..... ۱۵۷
عوامل ریسک و متغیرهای نگاه‌دارنده ..... ۲۴۷	عوامل ریسک و متغیرهای نگاه‌دارنده ..... ۱۶۳
جنبه‌های رشدی ..... ۲۵۱	جنبه‌های رشدی ..... ۱۶۷
درمان ..... ۲۵۴	درمان ..... ۱۷۰
سؤالاتی برای بحث ..... ۲۵۸	سؤالاتی برای بحث ..... ۱۷۴
<b>فصل ۱۳. تأثیرات آزار جنسی و اختلال استرس پس از سانحه ..... ۲۶۰</b>	<b>فصل ۹. سوءمصرف ماده ..... ۱۷۶</b>
نشانه‌ها ..... ۲۶۰	نشانه‌ها ..... ۱۷۶
ارزیابی ..... ۲۶۴	ارزیابی ..... ۱۸۰
عوامل ریسک و متغیرهای نگاه‌دارنده ..... ۲۶۸	عوامل ریسک و متغیرهای نگاه‌دارنده ..... ۱۸۴
جنبه‌های رشدی ..... ۲۷۲	جنبه‌های رشدی ..... ۱۸۸
درمان ..... ۲۷۵	درمان ..... ۱۹۲
سؤالاتی برای بحث ..... ۲۷۹	سؤالاتی برای بحث ..... ۱۹۶
<b>فصل ۱۴. مورد مختلط شماره ۲ ..... ۲۸۱</b>	<b>فصل ۱۰. تعارض خانوادگی و اختلال بی‌اعتنائی مقابله‌ای ..... ۱۹۸</b>
نشانه‌ها ..... ۲۸۱	نشانه‌ها ..... ۱۹۸

۳۰۵	..... ارزیابی	۲۸۵	..... ارزیابی
۳۰۹	..... عوامل ریسک و متغیرهای نگره‌دارنده	۲۸۹	..... عوامل ریسک و متغیرهای نگره‌دارنده
۳۱۲	..... جنبه‌های رشدی	۲۹۲	..... جنبه‌های رشدی
۳۱۵	..... درمان	۲۹۵	..... درمان
۳۱۹	..... سؤالاتی برای بحث	۲۹۹	..... سؤالاتی برای بحث
۳۲۱	..... منابع	۳۰۱	..... فصل ۱۵. مورد مختلط شماره ۳
		۳۰۱	..... نشانه‌ها





## مقدمه

خدا را سپاس که بار دیگر به یکی از همکاران توفیق عطا کرد تا یکی دیگر از کتاب‌های خوب را به رشته ترجمه و تحریر درآورد. در هر حال امید است این مجموعه بتواند مورد استفاده روان‌شناسان، روان‌پزشکان، دانشجویان عزیز و کسانی که در زمینه علوم رفتاری، روان‌شناسی و روان‌پزشکی مطالعه می‌کنند قرار گیرد.

مهمترین موضوعی که روان‌شناسان، روان‌پزشکان، درمانگران و دانشجویان باید به آن توجه کنند این است که درمانگر و یا پزشک به مانند تعمیرکار یک وسیله نقلیه یا تکنسین تعمیر یک دستگاه پیچیده نیست بلکه وظیفه او مصاحبه، ارزیابی، تشخیص، درمان، آموزش و کمک به کودکان، نوجوانان و یا انسان‌هایی که دچار مشکلی شده‌اند و مشابه هر پزشک یا هر درمانگر دارای احساسات، عواطف، افکار، اعتقاد، ایمان، شناخت و در یک کلمه روان و روحی هستند که مسائل را می‌فهمند، درک می‌کنند و تجزیه و تحلیل می‌نمایند است. این افراد که دچار مشکل یا اختلالی شده‌اند مثل کسانی هستند که در راه رفتن تعادل نداشته یا درست نمی‌توانند راه بروند یا ناتوان شده و قادر به راه رفتن نمی‌باشند.

کتاب حاضر، مورد پژوهی در اختلالات رفتاری کودکان که توسط پروفیسور کریستوفر آ. کرنی تألیف و جناب آقای علی نیلوفری همکار محترم، آن را ترجمه نموده‌اند، از این جهت منحصر به فرد است که هر فصل با نشانه‌ها شروع می‌شود و یک مورد یا فردی که دچار اختلال شده مطرح می‌گردد. پس از آن، مورد یا فرد دچار اختلال ارزیابی شده و تشخیص مطرح می‌شود. سپس عوامل ریسک

متغیرهای نگه‌دارنده آنالیز و ارائه می‌شوند. همچنین جنبه‌های رشد و تکامل که فاکتور مهمی در کودکان و نوجوانانی که در مراحل رشد جسمی و تکامل روانی و اجتماعی‌اند، بررسی شده و درمان به طور خلاصه و مفید مطرح می‌گردد و در انتها سؤالاتی که باعث بهتر جا افتادن مطلب و تجزیه و تحلیل بیشتر آن در ذهن خواننده می‌شود، مطرح شده است.

امروزه رشد سریع علم و دانش درباره اختلالات رشد و تکامل و همچنین مشکلات رفتاری و روانی در کودکان و نوجوانان، باعث افزایش مسئولیت پزشکان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان، حرفه‌های وابسته پزشکی و پیراپزشکی، والدین، مربیان و معلمان شده است. لذا در این زمینه لازم است متخصصین و کارشناسان وقت بیشتری صرف نمایند و سیاست‌گذاران بهداشت و سلامت، سرمایه نیروی انسانی بیشتری را اختصاص دهند.

ویژگی اختصاصی دیگر کتاب، ترکیب افکار و باورهای جدید و فعلی در مورد اختلالات روان کودکان، با مشکلات و مسائل کودکان و افراد کلیدی و مهم زندگی آنها در خانه، مهد کودک، مدرسه و محیط‌های آموزشی، فرهنگی و اجتماعی بوده و دامنه وسیع و متنوعی از آسیب‌های رفتاری و روانی کودکان مطرح شده است. روان‌شناسان، روان‌پزشکان، خوانندگان، مربیان، معلمان و دانشجویان می‌توانند با مطالعه نشانه‌ها، روش‌های ارزیابی عوامل ریسک و خطر، متغیرهای نگه‌دارنده، جنبه‌های رشد و تکامل و انواع درمان‌های رایج درباره هر اختلال یک تصویر بالینی در ذهن خود مجسم کنند و برای مشاوره، راهنمایی و درمان راه‌چاره بیاندیشند و مورد درمان، یا راهنمایی کنند، بدین ترتیب مشکل او را به دست و تلاش خود فرد و با ارائه راهنمایی، تکنیک‌ها و فنون درمانی حل نمایند.

در پایان لازم است ابتدا از کودکان، نوجوانان و خانواده‌های آنان که در این راستا در جلسات درمانی شرکت کرده‌اند و باعث شکل‌گیری ایده و اصل این کتاب شده‌اند تشکر و قدردانی نمود. سپس از نویسنده کتاب، مترجم آن و انتشارات ارجمند به علت زحمات زیادی که در انتشار این اثر ارزنده و مفید متحمل شده‌اند، تشکر کرده و قدردانی نمود.

**دکتر محمدرضا محمدی**

استاد روان‌پزشکی کودک و نوجوان

رئیس مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی

دانشگاه علوم پزشکی تهران





## پیشگفتار

رشد سریع دانش در مورد اختلالات رفتاری دوره کودکی با افزایش احساس مسئولیت برای درک مشکلاتی که این اختلالات برای کودکان، والدین آنها و سایر افراد مرتبط ایجاد می‌کنند، همراه بود. یکی از اهداف کتاب مورد پژوهی، ترکیب تفکر جاری در مورد اختلالات رفتاری کودکی با موردهای کودکان خاص و افراد مهم زندگی آنها در منزل، مدرسه یا سایر محیط‌ها است. هدف من این است که نشان دهم چگونه زندگی هر روزه این کودکان و خانواده‌های آنها با رنج و آشفتگی عجیب است.

### نشان دادن گستره آسیب‌شناسی روانی کودکان

من با ارائه دامنه متنوعی از موارد، طیف گسترده آسیب‌شناسی روانی کودکان را به تصویر می‌کشم. این موارد اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی و نشانه‌شناسی‌های (تشخیص‌های؟) مختلط را دربرمی‌گیرند. در موارد ارائه شده در فصل‌های ۱، ۱۴ و ۱۵، تشخیص‌ها به عمد حذف شده‌اند، به طوری که مرئی می‌تواند احتمالات مختلف را مورد بحث قرار دهد. مرئی می‌تواند پاسخ‌ها را در ضمیمه ویژه کتاب بیابد. دانشجو نیز می‌تواند با مطالعه نشانه‌ها، روش‌های عمده ارزیابی، عوامل ریسک و متغیرهای نگهدارنده، جنبه‌های رشدی، و راهبردهای درمانی، درباره هر مورد به یک تصویر بالینی دست پیدا کند. در این بخش‌ها اطلاعاتی ارائه می‌شوند که برای متخصصان درکار با موارد

خاص بسیار مهم هستند. مباحث مربوط به هر مورد، با سؤالاتی که به منظور برانگیختن دانشجو برای بررسی بیشتر یا انجام بحث‌های گروهی تهیه شده‌اند، به پایان می‌رسد. گستره این موارد به وضوح در تفاوت نشانه‌های عنوان شده<sup>۱</sup> کودکان با معیارهای DSM-IV-TR و تفاوت‌های قابل توجه در نتایج درمانی منعکس شده است.

### **موارد واقعی می‌توانند در محیط‌های مختلف به شیوه‌های متفاوتی مورد استفاده قرار گیرند**

این کتاب مورد پژوهی در اصل برای دانشجویان کارشناسی و ترم‌های نخست کارشناسی ارشد روان‌شناسی طراحی شد، اما متن به گونه‌ای نوشته شده است که مخاطبان از سایر رشته‌ها و یا علایق مختلف نیز مطالب آن را مفید و جذاب می‌یابند. موارد ارائه شده بر سوابق موردی واقعی یا ترکیب موارد مختلف که توسط متخصصان مختلف بهداشت روان مشاهده شده‌اند، مبتنی هستند. نام‌ها و برخی جزئیات موردها به منظور حفظ رازداری تغییر داده شده‌اند. شباهت‌های احتمالی موردها با افراد واقعی، اتفاقی خواهد بود چون جزئیات تغییر داده شده‌اند.

### **یک رویکرد تجربی**

این کتاب مورد پژوهی به طور کلی منعکس‌کننده یک رویکرد تجربی برگرفته از گرایش شناختی - رفتاری - سیستم‌های خانواده است. با این حال، این بدان معنی نیست که سایر اشکال درمان در مورد یک جمعیت خاص نامعتبر هستند. غالباً یک ترکیب پیچیده از مداخلات زیستی و سایر مداخلات به منظور حل و فصل یک مورد خاص از آسیب روانی کودکان ضروری است.

# فصل ۱

---



## مورد مختلط شماره ۱

### نشانه‌ها

مایکل راپاپورت<sup>۱</sup> یک پسر سفیدپوست ۹ ساله بود که توسط والدینش به یک کلینیک سرپایی بهداشت روان ارجاع گردید. مایکل در زمان نخستین ارزیابی اش کلاس چهارم بود. والدین او خانم و آقای راپاپورت، مایکل را به دلیل چیزی که رفتار «دشوار» و «سرکش» توصیف می‌کردند، ارجاع دادند. در جریان مصاحبه غربالگری تلفنی خانم راپاپورت گفت که مایکل به معلمش گوش نمی‌دهد، در درس‌هایش رد می‌شود، و گاهی اوقات نسبت به خواهر پنج ساله‌اش پرخاشگر است. همچنین او اشاره کرد از زمانی که آقای راپاپورت چند هفته پیش شغل خود را از دست داد، خانواده با تعارض و مشکلات مالی دست به‌گریبان بوده است. برای یک جلسه ارزیابی پذیرش در همان هفته به خانواده راپاپورت وقت داده شد، اما خانواده قبل از حضور در این جلسه، سه بار آن را به تعویق انداخته یا از حضور خودداری کردند.

یک روان‌شناس بالینی با تخصص در اختلالات رفتاری کودکان به طور جداگانه با مایکل و والدین او مصاحبه کرد. روان‌شناس ابتدا با مایکل مصاحبه کرد و او را مؤدب و اجتماعی و نسبت به بسیاری از سؤالات پاسخگو یافت.

---

1. Michael Rappaport

مایکل به توضیح جزئیات مربوط به حیوانات خانگی‌اش، تیم فوتبالش و دوستان هم محله‌ای‌اش پرداخت. با این وجود، وقتی که از مایکل در مورد تصورش در مورد علت حضور خود در کلینیک سؤال شد، او شانه بالا انداخت و گفت والدینش او را چندان دوست ندارند. او گفت که والدینش اغلب بر سر او داد می‌زنند و این‌که پدر «وقتی که بد هستم، من را می‌زند.» وقتی که از مایکل سؤال شد پدرش چگونه او را می‌زند و هر چند وقت یک بار این اتفاق می‌افتد، او دوباره شانه بالا انداخت و پاسخ نداد.

سپس روان‌شناس از مایکل در مورد رفتارهایی که والدینش بد می‌دانند، سؤال کرد. مایکل گفت وقتی که والدینش با هم دعوا می‌کنند او اغلب فرار کرده و در اتاقش پنهان می‌شود و این‌که مادرش از دویدن او در منزل بدش می‌آید. او معمولاً به دلیل کوتاهی در انجام تکالیفش در منزل و گرفتن نمرات بد در مدرسه به دردسر می‌افتاد. مایکل در بیشتر درس‌هایش مشکل داشت. همچنین او گفت که او و خواهرش «با هم کنار نمی‌آیند.»

همچنین مایکل گلایه کرد که معلمانش «برای هر چیزی بر سر من داد می‌زنند.» معلم مایکل اغلب او را به دلیل باقی نماندن در صندلی‌اش، توجه نکردن یا انجام ندادن تکالیفش سرزنش می‌کرد. مایکل گفت این کارها، به ویژه تکالیف خواندن، برای او بسیار دشوار هستند و نمی‌تواند بر آن‌ها تمرکز کند. او معمولاً به دلیل این مشکلات مجبور بود نزدیک معلم بنشیند و زنگ‌های تفریح را به منظور انجام کارهای عقب افتاده‌اش، از دست می‌داد.

زمانی که بحث به سوءرفتارها رسید، روان‌شناس متوجه شد که مایکل غمگین‌تر و در تعامل با وی کناره‌گیرتر شد. در مقطعی مایکل به گریه افتاد و گفت اغلب احساس «تنهایی و غم» می‌کند. او احساس می‌کرد از صرف وقت با دوستان در مدرسه محروم است و از آوردن دوستانش به منزل برای بازی کردن خجالت می‌کشد. همچنین او از این‌که والدینش اغلب دعوا می‌کردند، غمگین و از اتفاقات آینده نگران بود. مایکل افکار مربوط به صدمه به خود را انکار کرد اما در مورد این‌که اگر او بمیرد والدینش چه فکری خواهند کرد، به فکر فرو می‌رفت.

روان‌شناس مصاحبه اولیه خود با مایکل را با سؤال از وی در مورد تفاوتی که می‌خواهد در زندگی خود شاهد آن باشد به پایان برد. مایکل گفت می‌خواهد

پدرش بیرون از منزل باشد چون او در خانه همیشه دعوا دارد. همچنین مایکل گفت آرزو دارد در مدرسه عملکرد بهتری داشت و می‌توانست از دروسها اجتناب کند. روان‌شناس از مایکل پرسید که آیا می‌خواهد احساس متفاوتی داشته باشد، ولی مایکل فقط شانه بالا انداخت.

سپس روان‌شناس با خانم و آقای راپاپورت مصاحبه کرد. این دو به وضوح از یکدیگر عصبانی بودند. خانم راپاپورت به دلیل تعویق قرار ملاقات‌های قبلی معذرت‌خواهی کرده و به طور غیرمستقیم شوهرش را در مورد آن‌ها سرزنش کرد. در واکنش به این، آقای راپاپورت چشمانش را چرخاند و گفت «اجازه بدید همین بحث را دنبال کنیم.» روان‌شناس از هر دو والد پرسید، چه چیزی باعث شده است آن‌ها به کلینیک بیایند. آقای راپاپورت شانه بالا انداخت، اما خانم راپاپورت به سرعت یک سری از مشکلات مربوط به مایکل را فهرست کرد.

خانم راپاپورت گفت «کنترل مایکل غیرممکن است.» او جروبحث می‌کند، شلوغ و پر سروصدا و سرکش است. خانم راپاپورت شکایت کرد که مایکل به دستورات گوش نمی‌دهد و هر وقت که از وی می‌خواهد کاری انجام دهد، حرف‌های زشتی را نسبت به او بر زبان می‌آورد. همچنین مایکل در جریان قشقرق‌هایش که تقریباً هر روز اتفاق می‌افتادند، به اطراف می‌دوید. قشقرق‌های او - که شامل فریاد کشیدن، گریه کردن و سوراخ کردن اشیاء می‌شوند - اغلب به دنبال سرزنش شدن توسط والدین یا وقتی که خانم و آقای راپاپورت «در مورد چیزی بحث می‌کردند» اتفاق می‌افتادند. غالباً سرانجام این قشقرق‌ها آرام گرفتن مایکل در اتاقش یا کتک خوردن وی از پدرش بود. با این حال، این تأثیر چندانی در کنترل رفتار وی نداشت. مایکل با خواهر پنج ساله‌اش نیز رفتار بسیار پرخاشگرانه‌ای نشان می‌داد و بارها او را در حال سیلی زدن به خواهرش دیده بودند. حالا دیگر مایکل حق نداشت با او تنها باشد.

همچنین خانم راپاپورت گفت که مایکل در مدرسه عملکرد ضعیفی دارد. او تقریباً در تمام درس‌هایش نمره مردودی گرفته و در خواندن و املا نیز مشکلاتی داشت. با تمام این‌ها این تا حدودی جای شگفتی داشت چون مایکل تا میانه‌های کلاس سوم (سال گذشته) دانش‌آموز خوبی بود. کنترل مایکل در کلاس درس نیز دشوار بود او اغلب اشیاء را پرت می‌کرد و از سختی تکالیف شکایت داشت. او اغلب از انجام تکالیف منزل امتناع کرده و غالباً مجبور می‌شد

نزدیک معلم بنشیند تا او بهتر بتواند بر رفتار وی نظارت کند. مشکلات تحصیلی مایکل و سوءرفتارهای او چنان شدت پیدا کرد که معلم وی خانم گرسو<sup>۱</sup> ارجاع وی به آموزش ویژه را پیشنهاد کرد. اما خانم و آقای راپاپورت به شدت با این پیشنهاد مخالفت کردند.

خانم راپاپورت در پایان صحبت‌های خود در مورد مایکل گفت او اغلب عبوس بوده و گاهی اوقات رفتارهای «عجیب» از خود نشان می‌دهد. مایکل اغلب در مواقعی که غمگین بود، گریه می‌کرد و به اتاق خود پناه می‌برد. همچنین او نگران ابتلا به AIDS (سندرم نقص ایمنی اکتسابی) بود. یکی از همکلاسی‌های مایکل پس از یک دوره بیماری با هیپاتیت به کلاس بازگشت و این اتفاق موجب ترس مایکل از ابتلا به AIDS و سایر بیماری‌ها شد. به همین دلیل او به منظور پیشگیری از سرایت احتمالی بیماری‌ها در روز حدود ۱۰ بار دست‌هایش را می‌شست.

در ادامه روان‌شناس در مورد سایر مسایل خانوادگی از والدین مایکل سؤال پرسید. این بار نیز خانم راپاپورت بخش اعظم وظیفه صحبت کردن را بر عهده گرفت و گفت شوهرش اخیراً شغل خود را از دست داده و خانواده با مشکلات مالی مواجه بوده است. او تأیید کرد که او و شوهرش «گاهی اوقات» دعوا می‌کنند اما احساس نمی‌کرد که این مسأله علت رفتار مایکل باشد. او اصرار داشت که کانون مصاحبه و درمان آینده باید بر مایکل که مشکل‌سازترین مشکلات را از خود نشان می‌دهد، متمرکز باشد. علیرغم طرح چندین سؤال سوق‌دهنده توسط روان‌شناس، خانم راپاپورت و شوهرش مطالب چندانی در مورد ازدواج خود یا سبک انضباطی‌اشان در رابطه با مایکل بروز ندادند.

علاوه بر این، روان‌شناس با اجازه والدین مایکل با معلم وی یعنی خانم گرسو نیز صحبت کرد. معلم مایکل گفت که او در ماه نخست سال، دانش‌آموز نسبتاً خوبی بود اما پس از آن نمرات و رفتار وی رو به وخامت گذاشتند. خانم گرسو گفت که مایکل علیرغم این‌که باهوش است و در صورت داشتن انگیزه به آسانی از عهده کارها برمی‌آید، اما در بسیاری از تکالیفش مشکل دارد. این به ویژه در مورد تکالیفی که شامل خواندن و نوشتن زیاد هستند، صدق می‌کند.

همچنین خانم گرسو گفت برخلاف ادعای خانم و آقای راپاپورت هیچ وقت آموزش ویژه را برای مایکل توصیه نکرده است، اما احساس می‌کند والدین مایکل باید نقش فعال‌تری در برخورد با مشکلات تحصیلی وی ایفا کنند. همچنین او حدس زد که والدین مایکل - که به نوبه خود سروکله زدن با آن‌ها نیز دشوار بود - علت اصلی بسیاری از مشکلات وی بودند.

خانم گرسو گفت سوءرفتار مایکل دارد غیرقابل تحمل می‌شود. او شکایت کرد که این دانش‌آموز اغلب سرکش، بی‌توجه و اخلاط‌گر است. او توضیح داد که مایکل با پرت کردن کاغذها، گریه کردن و پا به زمین کوبیدن از انجام تکالیف خودداری می‌کند و به همین دلیل او تقریباً هفته‌ای یک بار مایکل را به دفتر مدیر مدرسه می‌فرستد. همچنین مایکل بیش‌فعال بود و پیوسته باید به وی یادآوری می‌شد تا سرجایش بنشیند. او بخش قابل توجهی از توجه خانم گرسو را به خود اختصاص می‌داد و خانم گرسو می‌گفت توجه به مایکل از توجه او به بقیه کلاس کاسته است.

روان‌شناس احساس می‌کرد مایکل و خانواده او مشکلات متعددی دارند که نیازمند درمان می‌باشند. مایکل ترکیبی از مشکلات درونی‌سازی، برونی‌سازی و تحصیلی را از خود نشان می‌داد. خانواده او نیز با تعارضات قابل توجه و استرس‌ورهای شدید در زندگی دست به‌گریبان بودند. آزار بالقوه ناشی از تنبیه بدنی نیز موضوعی بود که به اعتقاد روان‌شناس نیازمند بررسی بیشتر بود.

## ارزیابی

هدف کلی ارزیابی یا جمع‌آوری اطلاعات در مورد کودکان و خانواده‌های آنان در یک محیط بالینی پاسخ به سه سؤال اساسی زیر است:

۱. مشکل رفتاری چیست؟
۲. چرا وقوع مشکل استمرار پیدا می‌کند؟
۳. بهترین درمان برای مشکل کدام است؟

ممکن است این سؤالات آسان به نظر برسند، اما پاسخ دادن به آن‌ها اغلب دشوار است. این وضعیت در رابطه با مورد پیچیده‌ای همچون خانواده راپاپورت کاملاً صادق است.

سؤال نخست - مشکل رفتاری چیست؟ می‌تواند سؤالات مختلف دیگری را مطرح کند. آیا یک مشکل رفتاری واقعی وجود دارد که نیازمند درمان باشد؟ آیا مایکل به این دلیل که رفتار او واقعاً نابهنجار بود یا این‌که چون والدین و معلمش را ناراحت می‌کرد، برای درمان ارجاع شد؟ ممکن است برخی از رفتارهای او به لحاظ رشدی برای یک کودک ۹ ساله مناسب باشند. اگر مشکل رفتاری یک کودک به شکل قابل درکی ناشی از متغیرهای خانوادگی از قبیل تعارض، آشفتگی، آزار یا نگرش‌های منفی والد باشد، چه می‌توان گفت؟ اگر «مشکل رفتاری» بیشتر به خانواده مربوط باشد تا به کودک، چه؟ شاید غمگینی مایکل به دلیل نزاع‌های والدینش باشد. یک روان‌شناس به طور خودکار فرض را بر این نخواهد گذاشت که کودک همان کسی است که باید بخش اعظم توجه در طول درمان بر وی متمرکز باشد.

همچنین زمانی که یک شخص مثلاً کودک وجود مشکل را انکار می‌کند و دیگران از قبیل والدین با وی موافق نیستند، تصمیم‌گیری در مورد مشکل رفتاری می‌تواند دشوار باشد. یک درمانگر باید به دنبال رفتارهایی باشد که به وضوح در کارکرد روزانه کودک تداخل ایجاد می‌کنند. بسیاری از رفتارهای مایکل این‌گونه بوده و به همین دلیل می‌بایست مورد توجه قرار گیرند. در صورتی که کودک مشکلات رفتاری داشته باشد، باید در مورد این‌که کدام رفتارها شدیدتر بوده و باید در ابتدا به آن‌ها پرداخته شود، تصمیم‌گیری کرد. در بسیاری از کودکان که برای درمان ارجاع می‌شوند، نشانه‌های مختلف ناشی از اختلال‌های متفاوت با یکدیگر همپوشی دارند. یقیناً مایکل نشانه‌های آشکار متعددی داشت. اما ممکن است رفتارهای برون‌ریزانه<sup>۱</sup> او با مشکلات درونی‌سازی جدی‌تر از قبیل اضطراب و افسردگی ارتباط داشته باشند.

سؤال دومی هم که باید در ارزیابی به آن پاسخ داده شود - یعنی چرا وقوع مشکل استمرار پیدا می‌کند؟ - با دشواری‌هایی همراه است. درمانگر باید تعیین کند که چه عاملی هر کدام از مشکلات رفتاری را «نگه می‌دارد». این متغیرهای نگه‌دارنده - همانطور که در سراسر کتاب اشاره شده است - شامل تقویت حسی، توجه، گریز از موقعیت‌های آزاردهنده و پاداش‌های ملموس از قبیل پول



می‌باشند. متغیرهای مختلف، رفتارهای مختلف را ننگه می‌دارند و این موضوع در مورد مایکل نیز صدق می‌کند. قشقرق‌ها و پرخاشگری‌های او نسبت به خواهرش می‌توانند راهی برای جلب توجه باشند؛ دست شستن‌های او می‌توانند راهی برای فرار از ارتباطات یا کاهش نگرانی‌هایش در مورد آن باشد؛ ممکن است نافرمانی او هم راهی برای رشوه گرفتن از والدین به حساب آید.

این دو سؤال - مشکل رفتاری چیست؟ و چرا وقوع مشکل استمرار پیدا می‌کند؟ - بر شکل و کارکرد رفتار دلالت دارند. شناخت شکل و کارکرد رفتار یک کودک، پاسخ دادن به آخرین سؤال مهم یعنی بهترین درمان برای مشکل کدام است؟ - را آسان‌تر می‌کند. تصور کنید که شدیدترین رفتار مایکل قشقرق‌های او در منزل و مدرسه بود (شکل). ممکن است حذف این مشکل رفتاری به کاهش سایر مشکلات رفتاری از قبیل نافرمانی کلی کمک کند. همچنین تصور کنید که انگیزش قشقرق‌های مایکل در منزل جلب توجه و در مدرسه فرار باشد (کارکرد). والدین مایکل می‌توانند قشقرق‌های او را در منزل نادیده بگیرند، اما معلم او باید بر روی آن‌ها کار کرده و به وی اجازه ندهد که کلاس را ترک کند.

متخصصان بهداشت روان از روش‌های ارزیابی مختلف به منظور پاسخ‌دهی به این سؤالات استفاده می‌کنند؛ این روش‌ها که در کتاب حاضر مورد بحث قرار گرفته‌اند، عبارتند از مصاحبه، خودسنجی و مقیاس‌های شناختی، نظارت بر خود، روش‌های فیزیولوژیکی و پزشکی، ایفای نقش، مقیاس‌های والدین یا خانواده و معلم، درجه‌بندی‌های گروه‌سنجی، مشاهده مستقیم و آزمون‌های هوش، پیشرفت و شخصیت. اغلب به منظور ارزیابی زمینه‌های مختلف کارکرد (مثلاً اجتماعی، تحصیلی، هوشی، هیجانی) که ممکن است مشکل‌دار باشند، اتخاذ یک رویکرد چند بعدی به ارزیابی ضروری است.

مایکل و والدین او با استفاده از «سیاهه مصاحبه اختلالات اضطرابی» برای DSM-IV مورد مصاحبه قرار گرفتند. ابزار مذکور یک مصاحبه نیمه ساخت‌دار است که اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی مختلف را پوشش می‌دهد (سیلورمن<sup>۱</sup> و آلبانو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶؛ سیلورمن، ساودرا<sup>۳</sup> و پینا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). روان‌شناس،

1. Silverman

2. Albano

3. Saavedra

4. Pina

مایکل را مبتلا به سه مورد از اختلالات ذکر شده در «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (DSM-IV-TR) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تشخیص داد. اختلال نخست شامل یک مشکل درونی‌سازی، اختلال دوم شامل یک مشکل برونی‌سازی و اختلال سوم مشتمل بر یک مشکل تحصیلی بود. روان‌شناس هر کدام از این مشکلات را متوسط تا شدید ارزیابی کرد. همچنین مایکل ترس‌های مرتبط با امور پزشکی (از قبیل بیماری، میکروب‌ها، بیمارستان، تزریق)، موقعیت‌های اجتماعی و ارزیابی (مثلاً حضور در میان جمع‌های بزرگ، مورد انتقاد قرار گرفتن) و مشاجرات والدینی را نیز تأیید کرد. مایکل به مقیاس‌های خودسنجی از قبیل «مقیاس اضطراب چند بُعدی برای کودکان» (MASC) و «مقیاس‌های تجدیدنظر شده اضطراب و افسردگی کودکان» (کورپیتا، موفیت<sup>۲</sup> و گری<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ مارچ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷) پاسخ داد. مایکل اشاره کرد که در مدرسه اغلب گریان، مردد، خجالتی و ناشاد است. همچنین او در مورد تکالیف، ارزیابی شدن توسط دیگران، آینده، آنچه که والدینش به او می‌گفتند و اتفاقات بدی که برای وی می‌افتادند، نگران بود. او کابوس‌های شبانه، مشکلات تمرکز و انواع شکایات بدنی از قبیل درد معده نیز داشت. مایکل اعتقاد داشت که اتفاقات بد برایش می‌افتند، تنها است و هرگز نمی‌تواند به اندازه سایر بچه‌ها خوب باشد. به نظر می‌رسید مایکل در مورد زمینه‌های مختلف زندگی اش مضطرب و افسرده است. بیشترین نگرانی‌ها به زمینه‌هایی مانند شرایط خانوادگی موجود، وضعیت پزشکی، ارزیابی‌های اجتماعی و رویدادهای آینده مربوط می‌شدند.

والدین مایکل «سیاهه رفتاری کودک» (CBCL) (آچنباخ<sup>۵</sup> و رسکورلا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱)، «مقیاس محیط خانواده» (FES) (مووس<sup>۷</sup> و مووس<sup>۸</sup>، ۱۹۸۶)، «مقیاس انتظارات والدینی» (PES) (ایسن<sup>۹</sup>، اسپارسارو<sup>۱۰</sup>، برین<sup>۱۱</sup>، کرنی<sup>۱۱</sup> و آلبانو، ۲۰۰۴) و «مقیاس سازگاری دوتایی» (DAS) (اسپانیر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۱) - که مقیاسی برای اندازه‌گیری رضایت زناشویی کلی است - را پاسخ دادند. خانم و

- |             |              |             |
|-------------|--------------|-------------|
| 1. Chorpita | 2. Moffitt   | 3. Gray     |
| 4. March    | 5. Achenbach | 6. Rescorla |
| 7. Moos     | 8. Eisen     | 9. Sparsaro |
| 10. Brien   | 11. Kearney  | 12. Spanier |

آقای راپاپورت سطوح بالای مشکلات توجه و رفتارهای پرخاشگرانه را در CBCL تأیید کرده و بر تکانشگری، اضطراب، عملکرد تحصیلی ضعیف، مشاجره، تنگ نظری، نافرمانی، فریاد کشیدن، قشقرق‌ها و توجه‌طلبی‌های پسرشان تأکید نمودند. آن‌ها تعدادی از نشانه‌های درونی‌سازی را تأیید کردند. خانم و آقای راپاپورت در FES، خانواده خود را پرتعارض و گسسته ارزیابی کرده و در PES انتظارات بالای خود را در مورد این‌که مایکل باید مسئولیت بیشتری را در منزل بپذیرد، نشان دادند.

خانم و آقای راپاپورت در DAS نشان دادند که غالباً در زمینه‌های مختلف به ویژه در زمینه مالی با یکدیگر اختلاف نظر دارند. آن‌ها به ندرت با یکدیگر گفتگوهای مثبت یا ابراز عواطف داشتند. این پاسخ‌ها به نوعی با گزارشات کلامی آنان در طی مصاحبه در تضاد بودند. به روشنی خانواده راپاپورت دچار آشفتگی بود، اما آقا و خانم راپاپورت همچنان رفتارهای برونی‌سازی مایکل را مشکل اصلی می‌دانستند. آن‌ها به طور خاص به نافرمانی و رفتار آشوبگرانه او اشاره می‌کردند.

سایر ابزارهای ارزیابی به کار گرفته شده در رابطه با این مورد عبارت بودند از «فرم گزارش معلم» (TRF) (آچنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱)، یک آزمون عملکرد مستمر و «آزمون هوش وکسلر برای کودکان» (وکسلر، ۲۰۰۳). معلم مایکل، خانم گرسو TRF را تکمیل کرد و بر مشکلات اجتماعی و مشکلات توجه، به ویژه رفتار بازگشتی، گریه کردن، عدم تمرکز، تکانشگری، بی‌نظمی، و کم‌کاری او تأکید نمود. یک آزمون عملکرد مستمر که تکانشگری را اندازه‌گیری می‌کند، نشان داد که سرعت واکنش مایکل شبیه سرعت واکنش کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی (ADHD) است. نمره آزمون هوش وکسلر در دامنه میانگین بالا قرار داشت و این نشان می‌داد که مشکلات تحصیلی او به دلیل نقیصه هوشی نیستند و عملکرد او بسیار پایین‌تر از توانایی او قرار دارد.

روانشناس اعتقاد داشت که مایکل مشکلات رفتاری مختلفی دارد که به خوبی تعریف نشده‌اند. همچنین کارکردهای مختلفی به نگرانی بسیاری از این مشکلات کمک می‌کردند. در رأس تمام این‌ها، وضعیت خانوادگی مایکل شامل

تنش و تعارض زناشویی، فشار مالی و آزار احتمالی بود. به همین دلیل هر برنامه درمانی می‌بایست کل خانواده را دربرگرفته و مشتمل بر یک راهبرد پیچیده باشد.

### عوامل ریسک و متغیرهای نگه‌دارنده

مدل‌های مختلفی به منظور تبیین علل اختلالات رفتاری کودکان ارائه شده‌اند. روان‌شناسان دارای گرایش روان‌پویایی بر سابق‌های جنسی ذاتی و تعارضات شخصیتی درون‌روانی به عنوان پیش‌درآمد آسیب‌شناسی روانی بعدی تأکید می‌کنند. نظریه‌پردازان دلبستگی فرض را بر این می‌گذارند که قصور مراقبان در برآوردن نیازهای یک طفل می‌تواند به آسیب روانی وی در آینده منجر شود. ممکن است هر کدام از این مدل‌ها تا حدودی در مورد کودکان متناسب باشند اما اعتبار هر دو مدل زیر سؤال است.

یک مدل علت‌شناختی پذیرفته‌تر، که در سراسر کتاب حاضر نیز مورد اشاره قرار گرفته است، مدل رفتاری است. رفتارگراها ادعا می‌کنند که کودکان رفتارهای نابهنجار را یاد گرفته یا برای آن‌ها تقویت دریافت می‌کنند. به عنوان مثال والدینی که ناخواسته نافرمانی کودک را پاداش می‌دهند، اعضای خانواده‌ای که نسبت به رفتارهای افسرده‌ساز همدلی نشان می‌دهند و همسالانی که رفتارهای بزهکارانه را پاداش می‌دهند، چند نمونه هستند. نظریه‌پردازان یادگیری اجتماعی ادعا می‌کنند که کودکان رفتارهای نامناسب دیگران را تقلید کرده یا از آن‌ها الگو می‌گیرند. مثال‌هایی در این مورد عبارتند از افزایش پرخاشگری کودک به دنبال کتک خوردن از والدین، سوء مصرف ماده پس از مشاهده الکل نوشی یا مصرف داروهای غیرمجاز توسط دیگران.

به نظر می‌رسد که مدل‌های یادگیری در مورد مایکل صادق هستند. توجه والدین پرخاشگری او را تقویت می‌کرد. یادگیری اجتماعی اضطراب‌های پزشکی، ترس از ایدز و دست شستن‌های او را برمی‌انگیخت. بسیاری از همکلاسی‌های مایکل در مورد دانش‌آموزی صحبت می‌کردند که دچار هیپاتیت شده بود و بستری شدن‌ها، انزوای او، تزریقات پر تعداد و نیاز مداوم به دیگران جهت نظافت را مورد بحث قرار می‌دادند. آن‌ها مانند بسیاری از کودکان ۹ ساله

در بازگویی این ماجراها دست به اغراق می‌زدند. اما مایکل آن‌ها را جدی می‌گرفت، دچار ترس شده و در دست شستن‌هایش وسواسی می‌شد. شناخت‌گراها بر این باورند که آسیب‌شناسی روانی کودک با فرایندهای فکری تحریف شده‌ای ارتباط دارد که مشکلات رفتاری را ایجاد کرده یا نگه می‌دارند. اضطراب و افسردگی ناشی از افکار غیرمنطقی مرتبط با ارزیابی‌های منفی دیگران و اختلالات خوردن که توسط باورهای غیرمنطقی در مورد زیبایی و کاهش وزن حفظ می‌شدند، چند مثال هستند. نظریه‌پردازان هیجانی ادعا می‌کنند که برخی از افراد در تنظیم هیجانات خود مشکل دارند و در نتیجه در زمینه انگیزش، سازمان‌دهی رفتار یا ارتباطات با دیگران با دشواری مواجه می‌شوند. ممکن است کسی که مورد آزار قرار گرفته است، به دلیل مشاهده سرخ‌هایی که آزار را به وی یادآوری می‌کنند، یک اضطراب یا برانگیختگی مداوم را تجربه کند و این حالت می‌تواند به اختلال استرس پس از ضربه منجر شود.

فرایندهای فکری تحریف شده در مورد مایکل چندان مطرح نبودند اما او در مورد رویدادهای حال و آینده نگران بود. اما حالت هیجانی او تحریک‌پذیر بوده و به همین دلیل مشکلاتی در تنظیم رفتار خود داشت. مایکل به دلیل تحریک‌پذیری و تکانشگری‌اش در تمرکز بر روی تکالیف مدرسه، سازمان‌دهی مطالب، ادامه گفتگو با دیگران و کنترل قشق‌هایش مشکل داشت. این مشکلات به نوبه خود به نمرات پایین، احساس انزوا و تنبیه شدن به دلیل رفتارهای اخلاص‌گرانه در کلاس منجر شده بودند.

آسیب‌شناسی روانی کودک، ارتباط روشنی نیز با عوامل بیولوژیکی دارد. مکانیسم‌های علیّ عبارتند از استعداد ژنتیکی، نابهنجاری‌های کروموزومی، تغییرات سیستم اعصاب مرکزی، عدم توازن نوروشیمیایی، استرس و مزاج. شواهد موجود از استعداد ژنتیکی در مورد بسیاری از اختلالات از قبیل افسردگی حمایت می‌کنند. غالباً نابهنجاری‌های کروموزومی از قبیل سندرم داون باعث عقب‌ماندگی‌های ذهنی مختصری می‌شوند. تغییرات در سیستم عصبی می‌توانند ناتوانی‌های رشدی خاصی از قبیل اختلال یادگیری، یا ناتوانی‌های فراگیر مانند اتیسم را سبب شوند. عدم توازن نوروشیمیایی، استرس و وضعیت مزاجی دشوار بر دامنه گسترده‌ای از مشکلات از قبیل اضطراب

اجتماعی و ADHD تأثیر می‌گذارند. معاینه پزشکی مایکل هیچ‌گونه مشکل قابل توجهی را نشان نداد. اما مشکلات ناآشکارتری مانند تغییرات مغزی ظریف، یا استرس مداوم می‌توانستند بخشی از سوءرفتارهای او را تبیین کنند. همچنین ممکن است مدل‌های سیستم‌های خانواده نیز به تبیین اختلالات کودکی ناشی از فرزندپروری نامنجم یا کژکاری خانوادگی کمک کنند. شاید تعارضات مداوم خانواده راپاپورت به طرق مختلف بر رفتار مایکل مؤثر بوده است. استرس ناشی از تعارض می‌تواند علت کج‌خلقی، کناره‌گیری و انزوای او باشد. ممکن است تهدیدهای متقابل والدین او مبنی بر صدمه زدن یا طلاق گرفتن به نگرانی‌های او در مورد آینده دامن زده باشد. این افسردگی و نگرانی نیز می‌تواند به بروز مشکلاتی در تمرکز، فقدان انگیزش و سستی در انجام تکالیف منجر شده باشد. همچنین نزاع‌های خانم و آقای راپاپورت فرصت تربیت مایکل برای اصلاح رفتارهایش را از آنان می‌گرفت. قشقرق‌های مایکل و سایر رفتارهای اخلال‌گرانه او اغلب تا زمانی که شدت پیدا می‌کردند، نادیده گرفته می‌شدند.

هر کدام از این مدل‌ها (روان‌پویایی، دلبستگی، رفتاری، یادگیری اجتماعی، شناختی، هیجانی، بیولوژیکی و سیستم‌های خانواده) ادعا می‌کنند که مسیرهای علی خاصی به اختلالات رفتاری کودکی منجر می‌شوند. اما هیچ مدل واحدی نمی‌تواند با موفقیت تمامی جنبه‌های یک اختلال کودکی را تبیین کند. پیچیدگی اختلالات کودکی نیازمند اتخاذ یک رویکرد یکپارچه است. ترکیبات مختلف متغیرهای مرتبط با دیدگاه‌های متفاوت یا مسیرهای علی چندگانه برای تبیین کامل علت‌شناسی یک اختلال ضروری هستند. عوامل مختلف مربوط به کودک، والد، همسالان و معلم نیز بر رفتار مایکل تأثیر داشتند. علاوه بر این، وجود مسیرهای علی چندگانه برای این نکته نیز دلالت دارد که درمان موفقیت‌آمیز یک کودک مبتلا به مشکلات رفتاری باید مشتمل بر هدف‌های بسیاری باشد.

## جنبه‌های رشدی

آسیب‌شناسی روانی رشدی بر مطالعه پیشایندها و پیامدهای اختلالات رفتاری کودکی و مقایسه این اختلالات با رشد رفتار بهنجار دلالت دارد (هادزیاک<sup>۱</sup>،

۲۰۰۸). یکی از وظایف مهم روان‌آسیب‌شناسان رشدی، شناسایی مسیرهایی است که به رشد بهنجار، اختلال روانی، یا برخی نوسانات این دو وضعیت در کودکان منجر می‌شوند. ممکن است یک روان‌آسیب‌شناس رشدی بخواهد کشف کند که کدام عوامل مربوط به کودک و خانواده باعث افسردگی می‌شوند. همچنین او می‌خواهد بداند کدام عوامل از ایجاد افسردگی جلوگیری می‌کنند، چه عواملی شخص مبتلا به افسردگی را در بازگشت به سلامت روان کمک می‌کنند و چه عواملی افسردگی را در طول زمان نگه می‌دارند.

یک وظیفه مهم در آسیب‌شناسی روانی رشدی تعیین پایداری مشکلات رفتاری کودکی در طول زمان و احتمال منجر شدن آن‌ها به مشکلات دوران بزرگسالی می‌باشد. برخی از مشکلات رفتاری کودکی در طول زمان بسیار پایدار هستند و در نتیجه آن‌ها معمولاً در کارکرد بزرگسالی تداخل ایجاد می‌کنند. اُتیسسم، عقب‌ماندگی ذهنی عمیق و اشکال پرخاشگرانه اسکیزوفرنی نمونه‌هایی از این اختلالات هستند. اشکال شدید مشکلات اواخر نوجوانی از جمله اختلال سلوک یا سوء‌مصرف ماده می‌توانند به دوران بزرگسالی وارد شده و مشکلات مستمری را ایجاد کنند.

برخی از مشکلات رفتاری دوران کودکی، در طول زمان از پایداری نسبی برخوردارند و منجر شدن آن‌ها به مشکلات دوران بزرگسالی به شدت اختلال و وقوع یا عدم وقوع مداخله زودهنگام بستگی دارد. ADHD، ناتوانی‌های یادگیری، پرخاشگری، رفتار مدرسه‌گریزی، اختلالات خوردن، بیماری‌های دوران طفولیت و تأثیرات آزار از زمره این مشکلات هستند.

دسته دیگری از مشکلات رفتاری کودکی در طول زمان پایداری کمتری دارند. این مشکلات ممکن است ناپدید شوند، اما در صورتی که رویدادهای محیطی منفی به آن‌ها دامن بزنند، می‌توانند مشکلاتی را در طول زمان سبب شوند. ترس، اضطراب، افسردگی و اختلال دفع چند نمونه از این قبیل مشکلات به حساب می‌آیند.

اختلالات رفتاری کودکی ممکن است در طول زمان پایدار باشند، اما نشانه‌های آن‌ها همیشه یکسان نخواهد ماند. با بزرگتر شدن کودکان مبتلا به ADHD از میزان فعالیت آن‌ها کاسته می‌شود، اما بیقراری مداوم و تأخیر در رشد اجتماعی، مشکلات دیگری را در نوجوانی برای آنان به دنبال خواهد

داشت. همچنین کودکی که می‌خواهد اعضای خانواده را به برآوردن خواسته‌هایش مجبور کند، ممکن است در کودکی این کار را از طریق نافرمانی انجام دهد، اما در نوجوانی از پرخاشگری استفاده نماید. طفلی که در سن پیش‌دبستانی از لحاظ رفتاری بازداری شده است، در کودکی از موقعیت‌های اجتماعی جدید اجتناب می‌کند و در نوجوانی افسرده می‌شود.

تغییر نشانه‌ها در مورد مایکل مشهود بود. رفتارهای دشوار او در سن ۹ سالگی تا حدودی از مشکلات وی در دوران پیش‌دبستانی متفاوت بودند، اما برخی از «الگوهای» رفتاری کلی او یکسان باقی ماندند. والدین مایکل او را به عنوان یک کودک «بدقلق» توصیف می‌کردند که غرغرو بود و در مورد آنچه که می‌بایست بخورد، شکایت می‌کرد. همچنین خانم راپاپورت گفت که مایکل «کودکی بسیار حساس» است که نسبت به انتقاد و تماس‌های ناخواسته دیگران واکنشی مفرط نشان می‌دهد. این ویژگی‌های کلی تا حدودی در مشکلات رفتاری فعلی مایکل نقش داشتند. قشقرق‌های او نوعی سازگاری بازگشتی<sup>۱</sup> با استرس و ترس ناگهانی او از بیماری نیز یک واکنش افراطی به صحبت‌های همکلاسی‌هایش بودند. رفتارهای مایکل در طول زمان متفاوت، اما الگوهای رفتاری او نسبتاً ثابت بودند.

متغیرهایی که به تعیین ثبات یک مشکل رفتاری کودکی کمک می‌کنند شامل عوامل قریب و بعید هستند (ماش<sup>۲</sup> و دوزویس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). عوامل قریب، عوامل نزدیک به کودک هستند که تأثیر مستقیم‌تری بر رفتار وی دارند. مثلاً:

۱. شکل‌گیری اختلال در اوایل زندگی به ویژه اختلالی که بر زبان تأثیر گذارد.
۲. تغییرات عمده در مغز کودک یا سایر حالات جسمی
۳. الگوهای یادگیری زودهنگام و تأخیری
۴. استعدادها یا بیولوژیکی نیرومند که توسط رویدادهای محیطی اولیه برانگیخته می‌شوند.
۵. تجارب مداومی که عزت‌نفس و قابلیت اجتماعی و تحصیلی کودک را تهدید می‌کنند.
۶. موانعی که کودک را به جستجوی الگوهای رفتاری ناسازگارانه‌تر وادار می‌کنند.

1. regressive coping

2. Mash

3. Dozois



در رابطه با مورد اخیر، باید اشاره کنیم که موانعی از قبیل تعارض خانوادگی یا آزار جنسی می‌توانند شروع نافرمانی نوجوان یا افزایش مصرف الکل را سبب شوند.

در مورد مایکل استرسورهای عمده یا مشکلات بیولوژیکی در اوایل زندگی وجود نداشت. با این وجود، او یاد گرفت که یکی از بهترین راه‌ها برای جلب توجه والدین رفتار نامناسب است. مایکل در طی زمان به شکل مؤثری به والدینش آموزش داد که هرگاه نافرمان است، به خواهرش پرنخاش می‌کند یا در مدرسه مشکل‌ساز است، به وی توجه کنند. همچنین مایکل در تلاش‌هایش برای برقراری دوستی‌های بلندمدت موانع متعدد از قبیل از دست دادن زنگ‌های تفریح در مدرسه یا ناراحتی در دعوت کردن دوستان بالقوه به منزل را تجربه کرد. فقدان دوستی نیز به نوبه خود رفتارهای ناسازگارانه از قبیل کنارگیری اجتماعی و خلق افسرده را به دنبال داشت.

سایر عواملی که بر ثبات مشکلات رفتاری کودکی تأثیر می‌گذارند، عوامل بعید یا آنهایی هستند که به طور غیرمستقیم بر کودک تأثیر می‌گذارند. عوامل بعید عبارتند از:

۱. فقر و/یا بی‌خانمانی
۲. تعارض زناشویی و/یا فرزندپروری نامنسجم یا بی‌توجه
۳. فقدان یکی از والدین در اوایل زندگی
۴. کژکاری شدید خانوادگی
۵. آشفتگی جامعه کلی

از میان این عوامل تعارض زناشویی والدین در مورد مایکل بیش از بقیه مطرح بود. برخی از قشقرق‌های مایکل به وسیله نزاع‌های والدین برانگیخته شده و یا به طور حساب شده به منظور وادار ساختن والدین به دست کشیدن از نزاع صورت می‌گرفتند.

## درمان

درمان برای خانواده راپاپورت با یک شروع دشوار همراه بود. آقای راپاپورت به تدریج خود را کنار می‌کشید و پس از سه هفته به حضور خود در جلسات پایان

داد. اما او موافقت کرد که به صورت تلفنی با روان‌شناس صحبت کرده و همسرش را در روند درمان کمک کند. همچنین خانم راپاپورت نیز سرسختانه بر حفظ تمرکز درمان بر روی پسرش اصرار می‌ورزید. به همین دلیل روان‌شناس چهار جلسه نخست درمان را صرف توصیف مکانیسم‌های خانوادگی کرد که در پشت بسیاری از رفتارهای مایکل قرار داشتند و سعی کرد تا ضرورت مشارکت خانم راپاپورت و معلم مایکل در درمان را نشان دهد. در نهایت خانم راپاپورت هر چند با اکراه، اما پذیرفت که در درمان مشارکت نماید. همچنین او موافقت کرد که به توصیه‌های روان‌شناس در مورد ضرورت اقدام او و شوهرش برای درمان زناشویی عمل کند.

در طول این دوره ۴ هفته‌ای، زمانی که خانم راپاپورت نقش خود را در درمان مورد توجه قرار داد، روان‌شناس با مایکل بر روی ترس‌هایش از بیماری و دست‌شستن‌های مفرط وی کار کرد. مایکل اطلاعات کاملی در مورد انتقال بیماری‌ها به طور کلی و AIDS به طور اخص پیدا کرده بود. روان‌شناس بر روی علل بیرونی و تأثیرات درونی بیماری تمرکز کرد که برای مایکل بسیار جذاب بود. در طی این مدت، اضطراب مایکل در مورد بیماری و رویه‌های پزشکی به طور کلی تا حدودی به گزارش خود وی کاهش پیدا کرد.

همچنین روان‌شناس بر روس دست‌شستن‌های مایکل که هرگاه در کنار کسی می‌نشست که «بیمار به نظر می‌رسید» اتفاق می‌افتادند، تمرکز کرد. روان‌شناس ابتدا مایکل را وادار ساخت تا در سالن انتظار کلینیک در کنار افراد مختلف بنشیند. او فقط در صورتی حق داشت دستانش را بشوید که آن شخص عطسه می‌کرد. در غیر آن صورت او وارد دفتر روان‌شناس می‌شد و حداقل به مدت یک ساعت دستانش را نمی‌شست. مایکل مشاهده کرد که اضطراب او در طول این زمان بدون آن‌که دستانش را بشوید، کاهش پیدا می‌کرد. در جلسات بعدی از مایکل خواسته شد تا برای شستن دستانش بیشتر و بیشتر صبر کند. او صبر کردن برای شستن دست‌ها را در موقعیت‌های زندگی واقعی نیز تمرین کرد، پاسخ او به این رویکرد، سریع و مثبت بود. در پایان دوره ۴ هفته‌ای، دست‌شستن او در طول روز به حالت بهنجار رسید.

خانم راپاپورت موافقت کرد تا نقش فعالی را در درمان ایفا کند. اما اصرار داشت که تمرکز عمده درمان باید بر نافرمانی، قشقرق‌ها و پرخاشگری مایکل

باشد. روان‌شناس توضیح داد که مایکل اغلب با برون‌ریزی به نزاع‌های والدینش واکنش نشان می‌دهد و به همین دلیل خانم راپاپورت و شوهرش موافقت کردند تا جایی که ممکن است «بحث‌ها» ایشان را برای مواقع خلوت نگه دارند. همچنین به والدین نشان داده شد که آن‌ها برای واکنش نشان دادن به سوءرفتارهای مایکل بیش از حد صبر می‌کنند. در عوض از آن‌ها خواسته شد تا در صورت نافرمانی مایکل نسبت به درخواست‌های آنان، یکی از والدین او را به مدت ۱۰ دقیقه در محرومیت زمان‌مند<sup>۱</sup> قرار دهد. روان‌شناس احساس می‌کرد که محرومیت زمان‌مند تنبیه جایگزین مناسبی به جای کتک زدن است. ارزیابی‌های بیشتر هیچ نشانه‌ای از آزار را آشکار نداشت، اما همگی اتفاق‌نظر داشتند که کتک زدن یک گزینه ترجیحی نیست. بنابراین سه هفته از درمان بر استفاده از محرومیت زمان‌مند به دنبال نافرمانی مایکل متمرکز بود. حالا مایکل بیشتر به والدین توجه می‌کرد، هر چند ممکن است سر به راه شدن او صرفاً نتیجه توجه بیشتری باشد که از والدینش دریافت می‌کرد.

قشقرق‌های مایکل نیز در طول این دوره کاهش پیدا کرد که این نیز بر تأثیر کاهش نزاع‌های والدین و افزایش توجه آنها دلالت داشت. با وجود این‌ها، پرخاشگری‌های مایکل نسبت به خواهرش در این مدت شدت پیدا کرد و به همین دلیل روان‌شناس توصیه کرد که خانم و آقای راپاپورت نظارت خود را بر مایکل و خواهرش در مواقعی که آن‌ها با هم بودند، افزایش دهند و به این ترتیب بسیاری از پرخاشگری‌های او قابل پیشگیری بودند. روان‌شناس کتک زدن مایکل در مواقع پرخاشگری او را توصیه نکرد، زیرا کودکان اغلب از چنین واکنش پرخاشگرانه‌ای الگوبرداری می‌کنند. در عوض، روان‌شناس به خانم و آقای راپاپورت توصیه کرد زمانی که مایکل خواهرش را می‌زند، به او بی‌توجهی کرده و بیشتر با دخترشان همدردی نمایند و به او بیشتر توجه کنند. این ترکیب در طی سه هفته بعدی تأثیر مطلوب متوسطی در بر داشت.

در این مقطع از درمان، والدین مایکل از یکدیگر جدا شده و آقای راپاپورت منزل را ترک کرد. خانم راپاپورت علیرغم خلق افسرده خود به مشارکت در درمان مایکل ادامه داد. روان‌شناس تصمیم گرفت حمایت‌هایی را برای خانم راپاپورت

فراهم کند و توصیه‌های درمانی را از جلسات قبلی با دقت بیشتری تنظیم کرد به طوری که مسئولیت‌های درمانی جدید بر دوش وی سنگینی نکند و همچنان از عهده کنترل رفتار مایکل برآید. خوشبختانه پاسخ مایکل به غیبت پدرش چندان منفی نبود، چون آن‌ها آخر هفته را با یکدیگر سپری می‌کردند. همچنین مایکل قول داد که در غیاب پدرش، مادر را در کارهای منزل کم کند.

روان‌شناس با توجه به وضعیت هیجانی خانم راپاپورت، بیشتر بر مشکلات مرتبط با مدرسه تمرکز کرد. این تغییر کانون درمان به روان‌شناس امکان داد تا نیمی از وقت درمان را با خانم گرسو، معلم مایکل سپری کند که با مهربانی حضور در جلسات را پذیرفته بود. خانم راپاپورت دوست نداشت که مایکل برای رفتارش دارو مصرف کند، به همین دلیل روان‌شناس یک اقتصاد ژتونی<sup>۱</sup> را بر اساس سیستم کارتی برقرار کرد. در ابتدا برای رفتار برون‌ریزانه مایکل به وی اخطار داده می‌شد؛ چنانچه آن رفتار را متوقف نمی‌کرد، می‌بایست یکی از کارت‌های سبز خود را با یک کارت زرد عوض کند. در صورتی که او همچنان به برون‌ریزی ادامه می‌داد یک اخطار دیگر و سپس یک کارت قرمز دریافت می‌کرد. کارت قرمز به این معنا بود که مایکل باید بقیه آن روز را در دفتر مدیر مدرسه صرف انجام تکالیف مدرسه کند. معنای کارت سبز نیز این بود که مایکل می‌تواند تمام طول روز از جوایز یا امتیازات کلاسی بهره‌مند شود.

با وجود این‌ها، رفتارهای برون‌ریزانه مایکل در طی یک دوره ۵ هفته‌ای تغییر پیدا نکردند. همچنین خانم گرسو گفت که اجرای منظم اقتصاد ژتونی برای وی دشوار است. بخشی از مشکل به تعیین دقیق رفتارهای برون‌ریزانه‌ای که می‌بایست مورد توجه قرار گیرند، مربوط می‌شد. به همین دلیل روان‌شناس کانون تمرکز اقتصاد ژتونی را به رفتارهای تحصیلی مایکل تغییر داد. مایکل می‌بایست صرف‌نظر از رفتارش، در کلاس باقی بماند؛ خانم گرسو نیز عمدتاً او را برای میزان تکالیف انجام شده پاداش داده یا تنبیه می‌کرد. متأسفانه عملکرد مایکل در انجام تکالیف و نمرات او هنوز تغییر نکرده‌اند.

ممکن است بخشی از این عدم تغییر به دلیل وضعیت خانوادگی رو به وخامت مایکل باشد. خانم و آقای راپاپورت تصمیم به طلاق گرفتند و آقای

راپاپورت به طور ناگهانی به شغلی در یک ایالت دیگر انتقال پیدا کرد. در عرض سه هفته آقای راپاپورت رفته بود و برای مدتی هیچ‌گونه تماس رودر رو با مایکل و سایر اعضای خانواده نداشت. مایکل وارد یک دوره اندوه و بی‌انگیزگی یک ماهه نسبت به امور مدرسه، دوستان و ورزش شد. زمانی که پدر تماس‌های مستقیم خود را با وی از سر گرفت، مایکل نیز تا حدودی بهبود یافت اما همچنان به درمان بی‌علاقه ماند.

در طول ۶ ماه بعدی خانم راپاپورت و مایکل به صورت متناوب در درمان حضور می‌یافتند. سرانجام، علیرغم توصیه‌های اکید روان‌شناس، مایکل و مادرش مراجعه به کلینیک را متوقف ساختند. در عرض یک سال بعدی، خانم راپاپورت هر چند وقت یک بار به صورت تلفنی با روان‌شناس مشورت می‌کرد و گزارش کرد که وضعیت خانواده و رفتار مایکل در منزل ثبات پیدا کرده است اما مشکلات تحصیلی مایکل و سوءرفتارهای مدرسه‌ای او تا حدودی همچنان ادامه داشتند.

## سوالاتی برای بحث

۱. به نظر شما کدام رفتارهای مایکل بیشتر «مختل» و کدام‌ها برای والدین و معلم او «ناراحت‌کننده» تر بودند. کدام «مشکلات» رفتاری مایکل برای یک کودک ۹ ساله بهنجار به نظر می‌رسند؟
۲. اصلی‌ترین مشکلات رفتاری مایکل کدام‌ها بودند. پنج مورد را که از نظر شما مهم‌تر هستند برشمرده و دلایل خود را ذکر کنید. سه تشخیص DSM-IV-TR در مورد مایکل مطرح شدند. به نظر شما کدام یک مناسب‌تر بودند. از پاسخ خود دفاع کنید.
۳. در موردی مشابه با مایکل، ممکن است خانواده نیز به اندازه کودک مشکل‌ساز باشد. شما چگونه برای والدین و سایرین توضیح می‌دهید که اگر خواهان تغییر رفتار کودک هستند، رفتار آن‌ها نیز باید تغییر کند. چنانچه بر این باور باشید که خانواده از تداوم حضور در درمان سود می‌برند، چگونه آن‌ها را برای باقی ماندن متقاعد می‌کنید. آیا اگر اعضای خانواده بگویند که

- دیگر علاقه‌ای به حضور در درمان ندارند، باز هم برای متقاعد کردن آن‌ها تلاش می‌کنید؟ چرا آری یا چرا نه؟
۴. یک هدف کلیدی برای روان‌آسیب‌شناسان رشدی، شناسایی مسیرهایی است که موجب نزدیک شدن یا دور شدن از اختلال روانی می‌شوند. یک اختلال کودکی یا مشکل رفتاری را انتخاب کرده و یک مدل علی را برای آن تهیه کنید. یک نظریه در مورد علت ابتلای برخی از کودکان به آن مشکل خاص و عدم ابتلای برخی دیگر، شکل دهید. عوامل «حفاظتی» که کودکان را در اجتناب از این سوءرفتارها یاری می‌دهند، مورد بحث قرار دهید. عواملی را که ممکن است کودک را در دور شدن از رفتار ناسازگارانه و بهبود پیش‌آگهی‌اش برای آینده یاری دهند، مشخص کنید.
۵. به غیر از اعضای خانواده راپاپورت و معلم مایکل، چه افراد دیگری می‌توانند در پرداختن به مشکلات رفتاری مایکل مهم باشند. شما به این افراد چه می‌گویید یا از آن‌ها چه می‌پرسید؟ چرا؟