

اختلال نافرمانی مقابله‌ای و  
اختلال سلوک در کودکان

## فهرست مطالب

۷	پیشگفتار مترجمان
۹	درباره نویسندگان
۱۱	پیشگفتار مؤلفان
۱۳	دبیاچه
۱۵	فصل اول: رفتارها و اختلال‌ها
۱۵	رفتارهای مخرب
۲۵	خلاصه
۲۷	فصل دوم: دیدگاه‌های تحولی
۲۷	تحول و روانشناسی مرضی تحولی
۲۸	تحول رفتار و فرایندها در طول زمان
۳۲	تحول در رفتارهای برونی‌سازی مشکل‌ساز
۳۹	مدل‌های تحولی و سبب‌شناسی اختلال
۳۹	خلاصه
۴۱	فصل سوم: مباحث اساسی در زمینه سبب‌شناسی
۴۱	رابطه مغز - ذهن - محیط
۴۲	عوامل خطرناک و علت اختلال‌ها
۴۴	همبودی بین اختلال‌های رفتاری مخرب و نارسایی توجه/ بیش‌فعالی
۴۵	چارچوب سبب‌شناسی
۴۶	خلاصه
۴۹	فصل چهارم: ویژگی‌های فردی
۴۹	ژنتیک رفتاری
۵۴	خلق و خو
۵۵	سیستم عصبی خودمختار
۵۸	محورهای هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال
۵۹	آندروژن‌ها
۶۰	ژنتیک مولکولی
۶۱	انتقال دهنده‌های عصبی
۶۳	مدارهای عصبی
۶۶	ناپهنجاری‌های جسمانی جزئی
۶۶	کارکردهای اجرایی
۶۹	تحول هوش و زبان
۷۰	پردازش اطلاعات اجتماعی و حل مسئله اجتماعی
۷۷	خلاصه
۸۰	فصل پنجم: ویژگی‌های محیطی
۸۱	مدل‌های بوم‌شناختی
۸۴	عوامل مرتبط با بافت خانوادگی
۸۷	روش‌های فرزندپروری
۹۳	عوامل بافتی مرتبط با همسالان
۱۰۱	عوامل بافتی مرتبط با جامعه و مدرسه
۱۰۶	خلاصه
۱۰۷	فصل ششم: سنجش بالینی
۱۰۷	مباحث کلی

۱۱۱	.....	مروری بر فرایند سنجش
۱۱۳	.....	اطلاعات کتبی
۱۱۶	.....	مصاحبه مقدماتی با کودک و والدین
۱۲۰	.....	مشاهده و مصاحبه با کودک
۱۲۴	.....	مصاحبه مبتنی بر ویرایش چهارم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های وانی - متن تجدید نظر شده با خانواده یا کودک
۱۲۶	.....	تشخیص چندمحوری، فرمول‌بندی تشخیصی، و طرح درمان
۱۲۹	.....	گفتگو با والدین درباره تشخیص و طرح درمان
۱۳۱	.....	خلاصه
<b>۱۳۴</b>	<b>.....</b>	<b>فصل هفتم: طراحی برنامه‌های مداخله‌ای</b>
۱۳۴	.....	پیوستار مداخله
۱۳۶	.....	مدل‌های تحولی و طراحی مداخله
۱۴۰	.....	مداخله‌ها مبتنی بر شواهد
۱۴۰	.....	طراحی مداخله‌های مبتنی بر شواهد
۱۴۵	.....	خلاصه
<b>۱۴۷</b>	<b>.....</b>	<b>فصل هشتم: آموزش رفتاری والدین</b>
۱۴۹	.....	تکنیک‌های رفتاری
۱۵۷	.....	خلاصه
<b>۱۵۹</b>	<b>.....</b>	<b>فصل نهم: درمان شناختی - رفتاری</b>
۱۵۹	.....	اصول نظریه‌های یادگیری مشاهده‌ای، یادگیری اجتماعی و تحولی
۱۶۸	.....	مداخله در دوران پیش دبستانی و کودکی اولیه
۱۷۰	.....	مداخله در اواخر دوران کودکی
۱۷۳	.....	مداخله در اوایل نوجوانی
۱۷۵	.....	خلاصه
<b>۱۷۷</b>	<b>.....</b>	<b>فصل دهم: دارودرمانی</b>
۱۷۷	.....	موضوعات کلی
۱۷۹	.....	محرک‌های روانی
۱۸۲	.....	آنوموگستین
۱۸۵	.....	سایر داروها
۱۸۵	.....	خلاصه
<b>۱۸۷</b>	<b>.....</b>	<b>فصل یازدهم: مداخله‌های چندمؤلفه‌ای</b>
۱۸۷	.....	نیاز به مؤلفه‌های چندگانه
۱۸۹	.....	مداخله در اوایل کودکی
۱۹۲	.....	مداخله در کودکی میانی
۱۹۶	.....	مداخله در اوایل نوجوانی
۱۹۸	.....	خلاصه
<b>۱۹۹</b>	<b>.....</b>	<b>فصل دوازدهم: عوامل موثر بر ارائه مداخله و نتایج</b>
۲۰۱	.....	در سطح برنامه مداخله‌ای
۲۰۴	.....	در سطح مراجع
۲۰۸	.....	در سطح گروه مداخله
۲۱۰	.....	در سطح ارتباط بین متخصص بالینی و کودک یا والدین
۲۱۱	.....	در سطح متخصصان بالینی و محیط کار آنها
۲۱۷	.....	با این حال، آیا اثرات این مداخله‌ها، مقرون به صرفه است یا خیر؟
۲۱۷	.....	خلاصه
<b>۲۱۹</b>	<b>.....</b>	<b>منابع</b>
<b>۲۸۰</b>	<b>.....</b>	<b>واژه‌نامه انگلیسی به فارسی</b>
<b>۲۸۵</b>	<b>.....</b>	<b>نمایه موضوعی</b>
<b>۲۹۳</b>	<b>.....</b>	<b>اصطلاحات انگلیسی به فارسی</b>

## پیشگفتار مترجمان

اختلال‌های رفتاری مخرب به مجموعه‌ای از اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی اطلاق می‌شود که الگوی غالب آن لجبازی، نافرمانی و تخریب‌گری است. مهم‌ترین اختلال‌هایی که در این دسته قرار می‌گیرند عبارتند از اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای. ویژگی اصلی اختلال سلوک، الگوی تکراری و مزمن تضادورزی و ناسازگاری است که در آن حقوق بنیادی دیگران و یا قوانین و اصول اجتماعی متناسب با سن فرد زیر پا گذاشته می‌شود. کودکان و نوجوانان مبتلا، اغلب در مدرسه، خانه و در جامعه پرخاشگری کلامی و فیزیکی نشان می‌دهند؛ اموال دیگران را تخریب می‌کنند و به حیوانات صدمه می‌زنند. دروغگویی، دزدی، فرار از منزل و مدرسه، آتش‌افروزی، راه انداختن دعوا و مشاجره و رفتارهای خشونت‌آمیز جنسی از دیگر خصوصیات این گروه از کودکان و نوجوانان به شمار می‌رود.

ویژگی اصلی اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی منفی‌کارانه، خصمانه و بی‌اعتنایی رفتاری است که اغلب به والدین و معلمان معطوف می‌شود و بیشتر در کودکان دبستانی مشاهده می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً با بزرگ‌ترها جروبحث می‌کنند، زود از کوره درمی‌روند، فحش و ناسزا می‌گویند، خشمگین، زودرنج و از دیگران بیزارند و دیگران را مسئول رفتارهای خود می‌دانند.

کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال‌های رفتاری مخرب به دلیل ناسازگاری و مشکل در برقراری روابط اجتماعی اغلب از سوی همسالان خود طرد می‌شوند. علاوه‌براین به دلیل مشکلات رفتاری در برقراری روابط خانوادگی با مشکلات جدی مواجه‌اند، خانواده این افراد معمولاً در ارتباط با فرزندان در چرخه‌ای منفی گرفتار می‌شوند که به افزایش مسائل و مشکلات آنان و خانواده‌هایشان منجر می‌شود و سلامت روانی خانواده را تهدید می‌کند. وجود مشکلات تحصیلی و رفتاری بر روابط آنان با معلمان و کارکنان مدرسه تأثیر منفی بر جای می‌گذارد که به افت تحصیلی و کاهش عزت نفس کودکان و نوجوانان مبتلا می‌انجامد.

علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً در دوران کودکی شروع می‌شود، مشکلات این کودکان بیشتر معطوف به خانواده و گروه همسالان است. در صورت عدم درمان، اغلب این کودکان در دوران نوجوانی علائم اختلال سلوک را که با الگوی تضادورزی اجتماعی مشخص می‌شود، نشان می‌دهند. علائم این اختلال در اغلب موارد تا دوران بزرگسالی دوام یافته و به علائم اختلال شخصیت

ضداجتماعی تبدیل می‌شود که اختلالی مزمن و مقاوم به درمان است. این افراد در معرض خطر مصرف مواد مخدر و ارتکاب جرم هستند و هزینه سنگینی را به جامعه تحمیل می‌کنند. بر این اساس شناسایی زود هنگام این کودکان و ارائه برنامه‌های مداخله‌ای مناسب در پیشگیری از بروز آسیب‌های فردی و اجتماعی بسیار مؤثر است.

با توجه به اهمیت این مسئله کتاب حاضر با هدف کسب شناخت خوانندگان در زمینه این اختلال و اتخاذ راهکارهای درمانی مناسب ترجمه شده است. این کتاب خوانندگان را به صورت جامع با دانش تجربی و اطلاعات بالینی مرتبط با اختلال‌های رفتاری مخرب (اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای) آشنا می‌کند. در ترجمه این کتاب به منظور روانی متن و جلوگیری از اطباب کلام برخی از مطالب خلاصه شده و برخی دیگر به دلیل مشکل در انطباق فرهنگی حذف شده است. البته این موارد بسیار محدود است و به هیچ وجه در انتقال مطالب اصلی کتاب مشکل ایجاد نکرده است.

در فصل اول مفاهیم و اصطلاح‌هایی که در این زمینه مطرح هستند، بحث و بررسی شده است. در فصل دوم به آسیب‌شناسی این اختلال‌ها از دیدگاه تحولی و در فصل سوم به سبب‌شناسی آن پرداخته‌ایم. در ادامه در فصول چهارم و پنجم ویژگی‌های فردی و محیطی که کودکان و نوجوانان را در معرض خطر ابتلا به این اختلال‌ها قرار می‌دهند، بحث شده است. در واقع در پنج فصل اول کتاب، هدف کسب شناخت خوانندگان نسبت به ویژگی‌ها، سبب‌شناسی و عوامل مؤثر در ایجاد این اختلال‌های رفتاری مخرب است. در فصل ششم یکی از مهم‌ترین مسائل یعنی ارزیابی بالینی بحث و بررسی شده است. ارزیابی بالینی از این لحاظ حائز اهمیت است که به انتخاب راهکار درمانی مناسب کمک بسیاری می‌کند. فصول هفتم تا یازدهم به برنامه‌های مداخله‌ای اختصاص دارد. مسائل کلی در زمینه مداخله (فصل هفتم)، آموزش رفتاری خانواده (فصل هشتم)، درمان شناختی- رفتاری (فصل نهم)، دارودرمانی (فصل دهم)، و مداخله‌های چند مؤلفه‌ای (فصل یازدهم) از مداخله‌هایی هستند که در این کتاب به طور مفصل مطرح شده‌اند. یکی از نقاط قوت کتاب حاضر گزارش پژوهش‌هایی است که در این زمینه صورت گرفته است. این پژوهش‌ها و یافته‌های آن می‌تواند پژوهشگران را در انتخاب موضوع‌های به روز و کاربردی یاری دهد. در نهایت در فصل آخر عوامل مؤثر بر ارائه برنامه‌های مداخله‌ای بررسی شده است. مطالعه این کتاب را به روان‌شناسان و مشاورانی که در زمینه مشکلات رفتاری کودکان فعالیت می‌کنند، متخصصان کودک، دانشجویان رشته‌های روان‌شناسی و علوم تربیتی با همه گرایش‌ها به ویژه کودکان استثنایی، بالینی کودک، تربیتی، روان‌پزشکان کودک و نوجوان، پژوهشگران علاقه‌مند به حوزه اختلال‌های هیجانی/ رفتاری معلمان و کلیه کسانی که به گونه‌ای در تعلیم و تربیت نقش دارند پیشنهاد می‌کنیم.

## درباره نویسندگان

دکتر متیس استاد حوزه پرخاشگری کودکان در دانشگاه Utrecht در نیوزیلند است. فعالیت بالینی او به عنوان روان‌پزشک کودک و نوجوان در دپارتمان روان‌پزشکی کودک و نوجوان مرکز پزشکی دانشگاه Utrecht انجام می‌شود. پژوهش‌های او در موسسه علوم اعصاب رادولف‌مگنس بر ویژگی‌های عصب‌زیست‌شناختی و روان‌شناختی کودکان و نوجوانان با رفتار پرخاشگرانه و اختلال‌های رفتاری مخرب و همچنین مداخلاتی برای پیشگیری و درمان این اختلال‌ها متمرکز است. دکتر لاکمن استاد رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آلاباما و مدیر مرکز پیشگیری از مشکلات رفتاری است. او همچنین استاد ویژه دانشگاه Utrecht، ویراستار مجله روان‌شناسی کودکان ناهنجار، عضو گروه تحقیقات پیشگیری از اختلال‌ها، و رئیس هیئت آمریکایی روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان نیز می‌باشد. علایق پژوهشی او درباره عوامل خطرزا، شناخت اجتماعی و مداخله و پیشگیری از پرخاشگری کودکان است.



## پیشگفتار مؤلفان

این کتاب شامل مروری مختصر اما جامع از دانش تجربی و اطلاعات بالینی درباره اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک در کودکان سنین ۳ تا ۱۴ سال است. با توجه به این که تعداد پژوهش‌های انجام شده درباره این دو اختلال بسیار زیاد است، ما از ارائه گسترده تحقیقات متعدد انجام شده اجتناب کردیم و در عوض دامنه وسیعی از موضوعات را با دقت و وضوح بیان کردیم.

این کتاب با یک فصل مقدماتی درباره اصطلاحات مهم شروع شده است. سپس دیدگاه روان‌شناسی مرضی تحولی را در فصل دوم ارائه کرده‌ایم. بخش سبب‌شناسی اختلال‌ها با بیان مسائل مهم و اساسی در فصل سوم شروع، و با ارائه دو فصل مفصل درباره ویژگی‌های فردی و محیطی در فصل‌های چهارم و پنجم دنبال شده است. پس از آن ارزیابی بالینی جهت تصمیم‌گیری و تشخیص در فصل ششم ارائه شده است. بخش مداخله با بیان مسائل کلی در فصل هفتم آغاز و با آموزش والدین (فصل هشتم)، دارودرمانی (فصل نهم)، و مداخله چندمؤلفه‌ای (فصل یازدهم) دنبال شده است. در پایان مسائل مرتبط با ارائه مداخله در فصل دوازدهم مورد بحث قرار گرفته است.

این کتاب با هدف ارائه یک راهنما برای متخصصان تدوین شده است که برای دانشجویان و محققان نیز مفید است. برای مثال اطلاعات مربوط به ژنتیک اختلال‌ها به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا درک کلی درستی از شروع، تحول و استمرار اختلال‌ها پیدا کنند. فصل‌های مربوط به سبب‌شناسی به متخصصان بالینی در درک مسائل کودکان کمک می‌کند. دانشجویان و محققان تازه کار ممکن است این کتاب را با مرور کلی دنبال کنند ولی محققان پیشرفته ممکن است اطلاعات ضروری را درباره موضوعاتی که تمرکز اولیه و تخصص آنها به حساب نمی‌آید به دست آورند.

برای دهه‌های متعدد، پژوهش‌های انجام شده درباره اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک (و پرخاشگری و رفتار ضداجتماعی) از یک سو و اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (و فزون‌کنشی، رفتار تکانشی و بی‌توجهی) از سوی دیگر به گونه‌ای به دو قسمت مجزا تقسیم شده بود که گویا این دو گروه اختلال و مشکلات رفتاری مستقل از یکدیگر هستند. اما در واقع این اختلال‌ها با یکدیگر رخ می‌دهند. جداسازی پژوهش‌های مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای/اختلال سلوک و اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مانع درک ما از این دو گروه اختلال‌های مرتبط شده است. خوشبختانه در دهه گذشته یکپارچگی تحقیقات درباره این دو دسته اختلال مشاهده می‌شود. در این کتاب به رابطه بین



این دو دسته اختلال در حیطه‌های سبب‌شناسی، ارزیابی و درمان، و عوامل عصب‌زیست‌شناختی توجه زیادی شده است.

در مرور تحقیقات انجام شده توجه خاصی به مطالعات جدید و فراتحلیل‌ها شده است و همچنین مطالعات با کیفیت قدیمی نیز ارائه شده است. البته انتخاب مطالعات دیدگاه ما را درباره موضوع کتاب منعکس کرده است. تجربه‌های بالینی و پژوهشی ما در فصل‌های مربوط به ارزیابی و مداخلات منعکس شده است. در انتهای هر فصل نیز مجموعه‌ای از نکات اساسی را جهت نتیجه‌گیری به‌طور خلاصه بیان کرده‌ایم.

از انتشارات وایلی-بکول جهت دعوت از ما برای تدوین این کتاب و بسیاری از همکاران دیگر این انتشارات به نام‌های کارلو میل، اما هاتفیلد، هالی می‌یرز، آل برتراند، دارن ریدز، آنی باست، آنای روز، کارای والکر و هلن باکستر تشکر می‌کنیم. همچنین از کارن شیلد به خاطر کمک‌هایش در تحویل نسخه خطی و مارتین اسمید، دنیس اسکاتر، لاک واندراسکورن و سارا دوراستون به خاطر ارائه نظرات مفصل درباره ویرایش‌های اولیه فصل‌های کتاب بسیار متشکریم.

**والتر متیس**

**جان ای. لاکمن**

## دیباچه

نویسندگان کتاب حاضر، پروفیسور والتر متیس و جان ای. لاکمن نیازی به معرفی ندارند، زیرا آنها به جهت مطالعات نظری، بالینی و تجربی بسیاری که در زمینه اختلال‌های رفتاری مخرب و سایر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان انجام داده‌اند، شهرت دارند. این کودکان به دلیل بدخلقی، پرخاشگری، لجبازی و نافرمانی که معمولاً از سنین دو تا سه سالگی آغاز می‌شود، خیلی زود والدین خود را دچار یاس و ناامیدی می‌کنند. در طی سال‌های مدرسه معلمان در انطباق آنان با قوانین و مقررات مدرسه با مشکلات جدی مواجه می‌شوند. علاوه بر این رفتارهای مخرب ناشی از نارسایی توجه، بیش‌فعالی، قلدری و دروغ‌گویی و تقلب مدیریت این کودکان را در مدرسه دشوار می‌سازد. بسیاری از این رفتارها تا دوران نوجوانی نیز ادامه یافته و به شکل فعالیت‌های بزهکارانه در می‌آید. تشخیص دوران کودکی برای این گروه اختلال نافرمانی مقابله‌ای است که دوران نوجوانی به اختلال سلوک تبدیل می‌شود که مشخصه اصلی آن آسیب‌رسانی به جامعه و درگیری‌های قانونی است. کودکان و نوجوانان دارای اختلال رفتاری مخرب به دلیل مشکلات متعددی که در فرایند رشد خود دارند باید به صورت مداوم از خدمات آموزشی، اجتماعی و سلامت روان بهره ببرند.

بنابراین حمایت از خانواده‌ها، معلمان و مراقبان این گروه بسیار ضروری و مهم و یکی از دلایل تالیف این کتاب است. هدف نویسندگان کتاب حاضر، راهنمایی متخصصان، دانشجویان و پژوهشگران در زمینه سبب‌شناسی، ارزیابی و درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک است. در این راستا نویسندگان تلاش کرده‌اند تا مداخله‌های مبتنی بر شواهد و پیامدهای کوتاه و بلند مدت آن را ارائه دهند. تمرکز این کتاب بر کودکان ۳ تا ۱۴ ساله است و مطالب در ۱۲ فصل شامل مروری بر سبب‌شناسی، ارزیابی، مداخله و درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال با توجه ویژه به مطالعات اخیر و مطالعات فراتحلیلی ارائه شده‌اند. البته مطالعات قدیمی‌تر و با کیفیت بالا نیز نادیده گرفته نشده‌اند. اطلاعات مقدماتی در آغاز هر فصل، نکات کلیدی در پایان هر فصل، ارائه تعاریف مفهومی، بهره‌گیری از منابع به روان‌شناسان کودک و نوجوان، روان‌شناسان بالینی و مربیان این اطمینان خاطر را می‌دهد که به اطلاعاتی جامع و مبتنی بر خرد و شواهد تجربی دسترسی دارند. علاوه بر این، گروه دیگری از متخصصان که گرایش و علائق اصلی‌شان این حیطه نیست نیز می‌توانند از این کتاب بهره ببرند، به نظر مؤلفان این کتاب متخصصانی که به حیطه آسیب‌شناسی رفتاری علاقه دارند مانند ژنتیک رفتار، آسیب‌شناسی روان تحولی، داروشناسی، یادگیری اجتماعی و علوم اعصاب می‌توانند از این

کتاب بهره ببرند. یکی از ویژگی‌های کتاب حاضر استفاده پیوسته از دانش تجربی و مداخله‌های مبتنی بر شواهد است. بر این اساس روش‌های ارزیابی دارای اعتبار و روایی به خوبی بررسی شده و برخی از آنها به صورت کامل تجزیه و تحلیل شده‌اند. همچنین کارآمدی و اثربخشی مداخله‌های بالینی بررسی شده‌اند. برخی از این مداخله‌ها بر مشکلات رفتارهای مخرب بعد از درمان و در بلند مدت تأثیر معنادار داشته‌اند. اغلب این مداخله‌ها در حیطه‌های درمانی شناختی- رفتاری، چند مؤلفه‌ای سیستمی، آموزش رفتاری خانواده و روان‌دارودرمانی طراحی شده‌اند. درمان‌های چند مؤلفه‌ای ممکن است ترکیبی از روان‌دارودرمانی و درمان‌های روانی اجتماعی باشند؛ به طور کلی درمان‌ها هنگامی که برای والدین و کودکان به کار می‌روند، بیشترین تأثیر را دارند. بنابراین برنامه‌های مداخله‌ای با توجه به میزان اثربخشی‌شان ارزیابی می‌شوند. علی‌رغم جذابیت و توسعه رایانه و بازی‌های رایانه‌ای، رسانه‌های الکترونیک نقش چندانی در افزایش برنامه‌های درمانی نداشته‌اند.

یکی از وجوه تمایز کتاب حاضر با سایر کتاب‌های مرتبط با این زمینه این است که در این کتاب در بررسی اثربخشی برنامه‌ها به عوامل متعدد تأثیرگذار در این زمینه توجه شده است؛ این بررسی در برگزیده عواملی در سطوح کلان سیاست‌های اجتماعی تا عوامل درون فردی مانند ویژگی‌های شخصیتی است. پیامد مداخله‌های مبتنی بر شواهد که در مراکز خدماتی، مدارس و کلینیک‌ها ارائه می‌شود، اغلب کمتر از حد انتظار است. گاه با وجود حضور والدین در تمامی جلسات برنامه مداخله‌ای مشکل فرزندان آنان باز می‌گردد. بررسی‌ها بیانگر این است که تشریک مساعی والدین و استفاده از جلسات تقویتی پس از برنامه‌های درمانی در دوام درمان نقش دارد. در واقع پژوهش‌های اندکی در زمینه راهنمایی کارشناسان در باره افزایش اثربخشی برنامه‌ها صورت گرفته است. سوگیری‌های روش‌شناختی در مطالعات تجربی ممکن است به نتیجه‌گیری نادرست منجر شود. برای مثال، عوامل ساختاری مانند اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی ممکن است همزمان با اختلال رفتاری مخرب ایجاد شود و وجود رفتارهای چالش‌برانگیز مشترک و ماهیت متفاوت این دو اختلال فرایند تشخیص را با مشکل مواجه می‌سازد.

در نتیجه من فقط می‌توانم درباره تمامیت کتاب نظر بدهم. به نظر من پروفیسور متیس و پروفیسور لاکمن در زمینه پیشینه بالینی موضوع کتاب مطالعه گسترده‌ای داشته‌اند؛ مطالب کتاب با مهارت بسیاری سازمان‌دهی شده است و مفاهیم و اصطلاحات به خوبی توضیح داده شده‌اند. آنها برای تمام فصول اهداف روشنی را بیان داشته‌اند. در جایی که روان‌درمانی کودکان و نوجوانان گاه با استفاده از روش‌هایی صورت می‌گیرد که از حمایت تجربی کافی برخوردار نیستند، نویسندگان کتاب حاضر مطالعات مبتنی بر شواهد بسیاری را در زمینه مداخله‌های دوران کودکی در این کتاب آورده‌اند.

**پروفیسور مارتین هربرت**

# فصل اول

## رفتارها و اختلالها

همه کودکان گاه از پیروی کردن امتناع می‌کنند و بسیاری از کودکان نیز برخی اوقات در دعوای مشارکت دارند. همچنین بعضی از کودکان به دفعات دروغ می‌گویند. اگرچه این رفتارها نامناسب هستند، ولی اگر تکرار نشوند و مجزا از هم به وقوع پیوندند، از نظر بالینی به توجه اساسی نیاز ندارند. به هر حال زمانی که این رفتارها با همدیگر و به طور مکرر در یک کودک خاص مشاهده گردند، جای نگرانی وجود دارد. در این فصل ابتدا به انواع مختلف رفتارهای مخرب و از نظر اجتماعی نامناسب می‌پردازیم، و سپس مجموعه رفتارهای مرتبط به هم یا مقوله‌های تشخیصی مجزا از هم را بررسی می‌کنیم. سرانجام درباره رفتارهای مناسبی که ممکن است در کودکان، سازش نیافته و رشد نیافته به حساب آیند بحث می‌کنیم.

### رفتارهای مخرب

#### رفتار تضادورزی

رفتار تضادورزی، رفتاری است که نشان می‌دهد یک کودک در برابر مراقبش مقاومت می‌کند. مجموعه رفتارهای تضادورزی ممکن است به شکل‌های منفعل تا فعالانه مشخص شوند (کوکانسکا و آکساکس، ۱۹۹۵). بنابراین کودکان ممکن است دستور والدین را نادیده بگیرند که نمونه‌ای از نافرمانی منفعل است، یا ممکن است به طور مستقیم فرمان والدین را رد کنند که شکلی از نافرمانی فعالانه خفیف است. علاوه بر این کودکان ممکن است با حالت عصبانیت دستورات یا ممنوعیت‌های والدین را رد کنند که شکلی از نافرمانی شدید است.

تشخیص در کودکان پیش‌دبستانی، نیازمند افتراق بین نافرمانی بهنجار و نافرمانی معنادار بالینی یا تضادورزی است (واکس لگ و دانیس، ۲۰۰۴). نافرمانی بهنجار، خوددرازیگری کودک را منعکس می‌کند که ناشی از تمایل برای انجام کار به طور مستقل است (واکس لگ و دانیس، ۲۰۰۴). نافرمانی

بهنجار یا خودابرازگری به طور کلی عمر کوتاهی دارد، در حالی که نافرمانی معنادار بالینی، مقاوم‌تر است (واسک لگ و دانیس، ۲۰۰۴).

### رفتار پرخاشگرانه

پرخاشگری رفتاری است که تعمداً برای آسیب رساندن به دیگران ابراز می‌شود (پارک و اسلابی، ۱۹۸۳). کتک زدن سایر کودکان، نمونه‌ای از پرخاشگری فیزیکی است. علاوه بر این شکل‌های دیگری از پرخاشگری هم وجود دارد. کلمات نیز می‌توانند زمینه‌ساز پرخاشگری فیزیکی باشند. پرخاشگری کلامی از طریق فحاشی برای بدنام کردن یا خشمگین کردن سایرین، به مردم آسیب می‌رساند. پرخاشگری رابطه‌ای شکل دیگری از پرخاشگری کلامی است که در سال‌های اخیر بررسی شده است (کریک و گروتیتر، ۱۹۹۵). پرخاشگری رابطه‌ای عبارت از روابط و احساسات آسیب‌زننده است. شایعات مغرضانه و تهدید برای کنار کشیدن از دوستی مثال‌هایی از پرخاشگری رابطه‌ای است. در این کتاب وقتی ما واژه پرخاشگری را به کار می‌بریم منظور نوع فیزیکی یا کلامی آن است.

در بین شکل‌های مختلف رفتارهای پرخاشگرانه، محققان بین پرخاشگری واکنشی و پرخاشگری پیش‌گستر تمیز قائل شده‌اند (داج، ۱۹۹۱؛ کمپس و همکاران، ۲۰۰۵؛ ریتارو و همکاران، ۲۰۰۶). پرخاشگری واکنشی پاسخ پرخاشگرانه تکانشی به ناکامی، تهدید ادراک شده یا خشم است. پرخاشگری پیش‌گستر رفتار پرخاشگرانه کنترل شده‌ای است که یک پاداش را پیش‌بینی می‌کند. پرخاشگری واکنشی همچنین "پرخاشگری دفاعی یا به جوش آمدن خون" نیز نامیده می‌شود؛ در حالی که پرخاشگری پیش‌گستر پرخاشگری "وسیله‌ای یا همراه با خونسردی" نامیده می‌شود.

علاوه بر تفاوت در شکل‌های پرخاشگری، در انگیزه زیربنایی پرخاشگری (دلایل رفتار پرخاشگرانه) نیز تفاوت‌هایی وجود دارد (لیتل و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین تمیز بین پرخاشگری واکنشی و پرخاشگری پیش‌گستر (دلایل پرخاشگری) ممکن است برای پرخاشگری‌های فیزیکی، کلامی و رابطه‌ای به کار رود. یک نمونه از پرخاشگری واکنشی کلامی در کودکان، عصبی شدن و فحش دادن به بزرگسالان به هنگام تربیت شدن است. یک نمونه از پرخاشگری واکنشی فیزیکی ضربه زدن به پشت به هنگام اذیت شدن توسط یک همسال است. زمانی که یک کودک، کودک دیگر را برای پیشبرد اهداف خود تهدید می‌کند، از پرخاشگری کلامی پیش‌گستر استفاده کرده است. برانگیختن کودکان دیگر برای مقابله با کودکانی که کودک مهاجم آنها را دوست ندارد، نمونه‌ای از پرخاشگری رابطه‌ای پیش‌گستر است. اگرچه پرخاشگری واکنشی و پرخاشگری پیش‌گستر با هم همبستگی بالایی دارند، ولی این همبستگی‌ها بعد از تمایز میان شکل و انگیزه پرخاشگری به طور چشمگیری کاهش می‌یابد (پولمان و همکاران، ۲۰۰۷).

## رفتار ضد اجتماعی و بزهکارانه

رفتار ضد اجتماعی رفتاری است که در آن هنجارهای اساسی، حقوق و قوانین نقض می‌شود. بنابراین وقتی کودکان دروغ می‌گویند، آنها هنجارهای صحبت کردن صادقانه را نقض می‌کنند، وقتی که دزدی می‌کنند، حق مالکیت یک شخص را مورد تجاوز قرار می‌دهند، و زمانی که از آموزشگاه فرار می‌کنند، قانون را نقض می‌کنند. رفتار ضد اجتماعی اصطلاح کلی است که برای رفتارهای نامناسب مختلف مانند رفتارهای پرخاشگرانه و تضادورزی استفاده می‌شود. زمانی که کودکان به طور مکرر در پاسخ به درخواست‌ها، آموزش‌ها یا تأدیب‌هایی که توسط بزرگترها ارایه می‌شود، مقاومت می‌کنند، در حقیقت آنها هنجار اطاعت از والدین و معلمان را نقض می‌کنند. زمانی که کودکان همسالان خود را کتک می‌زنند، حق تمامیت فیزیکی آنها را مورد تجاوز قرار می‌دهند.

زمانی که رفتارهای ضداجتماعی، تخلفات قانونی باشند رفتارهای بزهکارانه نامیده می‌شوند. با توجه به سن کودکان رفتارهایی مانند سرقت، قانون گریزی، فرار از مدرسه و آتش‌افروزی به عنوان رفتارهای بزهکارانه به شمار می‌روند.

## جامعه‌ستیزی و صفات بی‌عاطفگی - سنگدلی

اصطلاح دیگری که به این بحث مربوط است، جامعه‌ستیزی است. جامعه‌ستیزی به ویژگی‌های شخصیتی مانند فقدان همدلی، فقدان احساس گناه، فقدان اضطراب، عواطف سطحی و ناتوانی در ایجاد و تقویت روابط پایدار اشاره دارد (کلکلی، ۱۹۷۶؛ هری، ۱۹۹۳). بنابراین جامعه‌ستیزی تنها به مجموعه خاصی از رفتارها اشاره ندارد، بلکه به ویژگی‌های زیربنایی نیز اشاره دارد.

جامعه‌ستیزی در بزرگسالان شامل ابعاد مختلفی است. براساس مطالعات طولی ویژگی‌های جامعه‌ستیزی شامل بی‌عاطفگی و سنگدلی، فقدان احساس گناه، فقدان همدلی و استفاده سنگدلانه از دیگران برای دستیابی به هدف‌های شخصی از ثبات متوسطی برخوردارند (پاردینی و همکاران، ۲۰۰۷؛ باری و همکاران، ۲۰۰۹).

آنچه در بالا تحت عنوان رفتارهای نامناسب مورد بحث قرار گرفت، رفتارهای مخرب نیز نامیده می‌شوند. این رفتارها تعامل‌های کودک- کودک و کودک- بزرگسال را تخریب می‌کنند. رفتارهای برون‌سازي اصطلاح کلی دیگری برای این گونه رفتارهای نامناسب است (آخنباخ و ایدل بروک، ۱۹۷۸). برون‌سازي برای متمایز ساختن رفتارهای مذکور با رفتارهای درونی‌سازي مانند گوشه‌گیری و اضطراب استفاده می‌شود.

البته نسبت به آنچه در بالا مورد بحث قرار گرفت، رفتارهای بیشتری به عنوان رفتارهای مخرب مطرح هستند. رفتارهای تکانشی مانند قطع کردن حرف دیگران و داشتن مشکل در رعایت نوبت در

واقع به طور آشکار مخربند. رفتارهای بیش‌فعالی مانند پریدن در اتاق نشیمن یا ترک‌کردن صندلی در کلاس درس یا در طول صرف غذا در خانه، نیز مشکل‌ساز هستند.

### طبقه‌های تشخیصی

رفتارهای مخرب ممکن است به ندرت و به صورت مجزا در کودکان رخ دهد. در این موارد این رفتارها می‌تواند بهنجار در نظر گرفته شود. در صورتی که این رفتارها به صورت مجموعه‌ای از نشانگان اتفاق بیفتند، براساس طبقه‌بندی‌های روانپزشکی برگرفته از سیستم‌های طبقه‌بندی چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) یا ویرایش تجدید نظر شده آن (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و دهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) ممکن است اختلال تلقی شوند.

در چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی - متن تجدید نظر شده، رفتارهای مخرب از دیگر اختلال‌های دوران کودکی مانند اختلال‌های فراگیر تحولی مجزا شده‌اند. در حقیقت این گروه اختلال‌ها تحت عنوان کلی نارسایی توجه و اختلال‌های رفتاری مخرب، توصیف شده است. این اختلال‌ها عبارتند از ۱) اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، با ویژگی‌های شاخص رفتارهای بیش‌فعالی، رفتارهای تکانشی و مشکلات توجه؛ و ۲) اختلال‌های رفتاری مخرب شامل اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک با ویژگی‌های شاخص تضادورزی، رفتارهای پرخاشگرانه و ضد اجتماعی. به طور کلی این نکته پذیرفته شده است که نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک، تظاهرات مختلف مرتبط با سن هستند که تحت شرایط مشابه رخ می‌دهند. به طوری که نافرمانی مقابله‌ای در کودکان خردسال رخ می‌دهد و اختلال سلوک غالباً در کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان رخ می‌دهد (لوبر و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین در این کتاب به منظور خلاصه کردن نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک اغلب از *اختلال‌های رفتاری مخرب* استفاده می‌شود.

اگرچه موضوع این کتاب اختلال‌های رفتاری مخرب است، با این حال اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را هم مورد توجه قرار می‌دهیم. اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و اختلال‌های رفتاری مخرب از لحاظ نشانه‌ها به هم مربوطند و اغلب اوقات با هم مشاهده می‌شوند. در واقع نسبت احتمال همبودی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و اختلال‌های رفتاری مخرب در فرا تحلیل نمونه‌های مبتنی بر جامعه ۷ به ۱۰ بوده است (آنگولد و همکاران، ۲۰۰۴). به عبارت دیگر در حدود ۵۰ درصد از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال‌های رفتاری مخرب دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی نیز می‌باشند و بالعکس (کاتچر و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین در سنجش کودکانی که به خاطر مشکلات رفتاری مخرب ارجاع داده می‌شوند، متخصصان بالینی باید در نظر بگیرند که آیا رفتارهای نامناسب

کودک بخشی از اختلال‌های رفتاری مخرب یا اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی است یا هر دو اختلال می‌تواند تشخیص داده شود. همان‌طور که ما در فصل‌های بعد توصیف خواهیم کرد، درمان اختلال‌های رفتاری مخرب که با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی همراه است، از درمان اختلال‌های رفتاری مخرب بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی متفاوت است.

### اختلال نافرمانی مقابله‌ای

براساس چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی - متن تجدید نظر شده، اختلال نافرمانی مقابله‌ای به عنوان الگوی بازگشت‌کننده‌ای از رفتار منفی‌گرایی، نافرمانی، عدم اطاعت و رفتار خصمانه نسبت به افراد صاحب اختیار است. نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در جدول ۱-۱ ارائه شده است. در حالی که چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی - متن تجدید نظر شده، نشانه‌های مختلف اختلال سلوک را در گروه‌های مجزا مانند پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات و نقض جدی قوانین مشخص کرده است (جدول ۱-۲)، با این حال زیرگروه‌های نشانه‌ها برای نافرمانی مقابله‌ای به طور رسمی شناسایی نشده است.

مشاهده هشت نشانه یا ملاک نافرمانی مقابله‌ای در جدول ۱-۱ نشان می‌دهد که آنها بسیار ناهمگن هستند. در واقع دو تا از نشانه‌ها به طور آشکار ماهیت مقابله‌ای و نافرمانی دارند: "امتناع فعالانه از پیروی از درخواست‌ها و قوانین بزرگسالان"، و "بحث کردن با بزرگسالان". دو تا از نشانه‌ها مربوط به بی‌نظمی هیجانی است که یکی از آنها خفیف (زودرنجی یا به آسانی آزرده شدن توسط دیگران) و یکی از آنها شدید است (بدخلقی). یکی از نشانه‌ها، هیجانی است و به طور خاص با خشم در ارتباط است: "خشمگین شدن و رنجیده‌خاطر شدن". یک نشانه مربوط به برانگیختگی است: "آزردن دیگران به طور عمدی"؛ و سرانجام دو نشانه مربوط به خصومت است که یکی خفیف (سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات یا رفتارهای نادرست خود) و یکی شدید است (کینه‌توزی یا انتقام‌جو بودن).

بنابراین در بین هشت نشانه نافرمانی مقابله‌ای، تنها دو نشانه مقابله‌ای و نافرمانی وجود دارد. در نتیجه ممکن است یک کودک مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده شود، بدون این‌که هیچ‌گونه رفتار مقابله‌ای یا نافرمانی نشان دهد. علاوه‌براین مسئله ناهمگنی نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای به دلیل ناهم‌سویی مطالعات (ناشی از تفاوت‌های مربوط به نمونه‌گیری) مهم است.

چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی - متن تجدید نظر شده، به طور اساسی مشخص کرد که تظاهرات نافرمانی مقابله‌ای تقریباً همیشه در خانه آشکار می‌شود و نیازمند به آشکار شدن در مدرسه یا اجتماع نیست. با این حال شرط وجود چهار نشانه در مدرسه (نه در خانه) مانع



تشخیص نافرمانی مقابله‌ای نمی‌گردد. بنابراین بر طبق چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی- متن تجدید نظر شده، نیاز نیست که نشانه‌ها در بیش از یک موقعیت وجود داشته باشند.

شیوع نافرمانی مقابله‌ای به طور قابل ملاحظه‌ای براساس مطالعات مختلف متفاوت است (لاهی و همکاران، ۱۹۹۹). اگرچه تفاوت‌های جنسیتی برای نافرمانی مقابله‌ای در طول مطالعات کاملاً متناقض است، با این حال بیشتر داده‌ها پیشنهاد می‌کنند که یا میزان اختلال در پسرها در مقایسه با دخترها بالاتر است و یا هیچ اختلاف جنسیتی وجود ندارد (لوبر و همکاران، ۲۰۰۰).

#### جدول ۱- ۱: نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای

<ul style="list-style-type: none"> <li>• بدخلقی</li> <li>• بحث کردن با بزرگسالان</li> <li>• سرپیچی از درخواست‌ها یا قوانین بزرگسالان</li> <li>• ناراحت کردن دیگران به طور عمدی</li> <li>• سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات و رفتارهای نادرست خود</li> <li>• زودرنج بودن یا به آسانی ناراحت شدن توسط دیگران</li> <li>• خشمگین شدن و رنجیده‌خاطر شدن</li> <li>• کینه‌توزی یا انتقام‌جویی</li> </ul>
--

### اختلال سلوک

اختلال سلوک در چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی- متن تجدید نظر شده، به عنوان الگوی دائمی و تکراری رفتار تعریف می‌شود که طی آن حقوق اساسی دیگران یا هنجارهای عمده اجتماعی متناسب با سن یا قوانین، نقض می‌شود. چهار گروه از رفتارها در این اختلال متمایز شده‌اند: ۱- رفتار پرخاشگرانه‌ای که باعث آسیب جسمانی و یا تهدید به آسیب جسمانی به افراد یا حیوانات می‌گردد، ۲- رفتار غیرپرخاشگرانه‌ای که ضرر مالی یا خسارت ایجاد می‌کند، ۳- فریبکاری یا دزدی، ۴- نقض جدی قوانین (جدول ۲- ۱). اگرچه نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای به طور کلی می‌تواند در کودکان پیش‌دبستانی رخ دهد، با این حال برخی از نشانه‌های اختلال سلوک مانند فعالیت‌های جنسی اجباری، استفاده از اسلحه و به زور وارد خانه شدن در کودکان نیز وجود ندارد (واکس کلاگو همکاران، ۲۰۰۷).

چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی- متن تجدید نظر شده، دو نوع اختلال سلوک را مشخص کرده است: ۱) نوع شروع از دوره کودکی، با شروع حداقل یک نشانه قبل از ۱۰ سالگی، و ۲) نوع شروع در نوجوانی با فقدان هیچ نشانه‌ای قبل از ۱۰ سالگی. تمایز بین این دو نوع

توسط مطالعات مختلف حمایت شده است (مافیت، ۱۹۹۳؛ لاهی و همکاران، ۱۹۹۸؛ مافیت، ۲۰۰۳). نوع شروع از دوره کودکی اختلال سلوک مقاوم در طول زندگی نیز نامیده شده است (مافیت، ۲۰۰۳). برخی مطالعات طولی نشان داده است که در برخی موارد بین کودکان مبتلا به اختلال سلوک از نوع شروع زود هنگام، فقدان تداوم مشکلات سلوک از کودکی تا بزرگسالی وجود دارد؛ این کودکان، گروه با مشکلات سلوک محدود به دوره کودکی نامیده می‌شوند (مافیت، ۲۰۰۳). با این حال شواهد کافی برای تقسیم‌بندی بیشتر نوع شروع در دوره کودکی به گروه محدود به دوره کودکی در مقابل گروه مقاوم در طول زندگی وجود ندارد (مافیت و همکاران، ۲۰۰۸).

اگرچه اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک هر دو به هم مربوطند، با هم تفاوت‌هایی هم دارند. ارتباط بین این اختلالات باید از دیدگاه تحولی در نظر گرفته شود. با توجه به ارتباط بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک، مطالعات پیش‌نگر نشان داده‌اند که بیشتر کودکان مبتلا به نافرمانی

#### جدول ۲- ۱: نشانه‌های اختلال سلوک

<p><b>پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات</b></p> <p>۱. زورگویی، تهدید یا ترساندن دیگران</p> <p>۲. به راه انداختن دعوای فیزیکی</p> <p>۳. استفاده از سلاح</p> <p>۴. بی‌رحمی جسمانی نسبت به افراد</p> <p>۵. بی‌رحمی جسمانی نسبت به حیوانات</p> <p>۶. دزدی کردن در صورت مواجهه با یک قربانی</p> <p>۷. وادار کردن دیگران برای فعالیت جنسی</p> <p><b>تخریب دارایی‌ها</b></p> <p>۱. آتش‌افروزی</p> <p>۲. تخریب اموال دیگران</p> <p><b>سرقت یا فریبکاری</b></p> <p>۱. به‌زور داخل خانه یا ماشین کسی شدن</p> <p>۲. دروغ گفتن برای رسیدن به اهداف یا موارد دلخواه و یا فرار از تعهدات</p> <p>۳. دزدی کردن بدون رویارویی با قربانی</p> <p><b>نقض جدی قوانین</b></p> <p>۱. بیرون ماندن در شب</p> <p>۲. فرار از خانه</p> <p>۳. گریز از مدرسه</p>
---

مقابله‌ای، اختلال سلوک را پیدا نمی‌کنند؛ در حالی که مطالعات پس‌نگر نشان داده‌اند که بیشتر کودکان مبتلا به اختلال سلوک، قبلاً اختلال نافرمانی مقابله‌ای را داشتند. به طور ویژه کودکانی که ملاک اختلال سلوک از نوع شروع از دوره کودکی را دارا هستند، معیارهای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز در آنها دیده می‌شود. بنابراین براساس چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی - متن تجدید نظر شده، اگر کودک یا نوجوانی نشانه‌های اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای را داشته باشد، تنها تشخیص اختلال سلوک مطرح می‌شود.

شیوع اختلال سلوک به طور قابل ملاحظه‌ای در مطالعات مختلف متفاوت است و به طور متوسط به میزان دوبرابر در پسران شایع‌تر از دختران است.

### سایر اختلال‌های مرتبط

دیگر مقوله‌های تشخیصی به دو دلیل به این بحث مربوط هستند. اول این که برخی رفتارهای شاخص این اختلال‌ها، مشابه نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک هستند. برای مثال ویژگی " هنگام گفتگوی مستقیم به نظر نمی‌رسد که بشنود"، یک معیار بی‌توجهی در افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی است، اما با نشانه " امتناع از انجام درخواست بزرگترها" که مربوط به یکی از نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای است، ارتباط دارد. همچنین یک کودک با خلق افسرده که مشخصه اختلال افسرده‌خویی است در کودکان ممکن است به شکل تحریک‌پذیری تظاهر پیدا کند که با یکی از نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای یعنی عصبانیت و رنجیده خاطر شدن مشترک است. ثانیاً برخی اختلال‌ها اغلب با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک همبود هستند. رایج‌ترین اختلال همبود با اختلال‌های رفتاری مخرب، اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی است (آنگولر و همکاران، ۱۹۹۹). این همبودی هم از لحاظ سبب‌شناسی اختلال‌های رفتاری مخرب و هم از لحاظ سنجش و درمان اختلال‌های رفتاری مخرب بسیار مهم است.

در چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی - متن تجدید نظر شده، نشانه‌های دو نوع اصلی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی یعنی نارسایی توجه و بیش‌فعالی / تکانشگری فهرست شده است. بنابراین سه نوع اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی از هم تمیز داده شدند: (۱) نوع غلبه بر نارسایی توجه، (۲) نوع غلبه بر بیش‌فعالی - تکانشگری، و (۳) نوع مختلط. نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در جدول ۳-۱ ارائه شده است.

همچنین همبودی با دیگر اختلال‌ها و شرایط تحولی، شامل اختلال‌های خلقی (آنگلود و همکاران، ۱۹۹۹) مانند اختلال افسرده‌خویی؛ اختلال‌های اضطرابی (آنگلود و همکاران، ۱۹۹۹) مانند اضطراب جدایی؛ اختلال‌های یادگیری و پیشرفت تحصیلی پایین (فریک و همکاران، ۱۹۹۱؛ هین‌شا و همکاران، ۱۹۹۳)؛ اختلال‌های ارتباطی و هوش مرزی مهم است.

جدول ۳-۱: نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

نارسایی توجه	
۱.	عدم موفقیت در توجه دقیق به جزئیات یا انجام اشتباهات ناشی از بی‌دقتی
۲.	مشکلات در حفظ توجه
۳.	به نظر می‌رسد که نمی‌شنود
۴.	عدم پیروی از دستورات و شکست در اتمام تکالیف مدرسه یا روزمره
۵.	مشکلات در سازمان‌دادن تکالیف و فعالیت‌ها
۶.	اجتناب، تنفر یا بی‌میلی به مشارکت در تکالیفی که مستلزم حفظ توجه است
۷.	گم کردن اشیا
۸.	به راحتی دچار حواس‌پرتی شدن
۹.	فرتموشکاری در فعالیت‌های روزمره
بیش‌فعالی	
۱.	بی‌قراری
۲.	ترک کردن صندلی
۳.	بالا و پایین پریدن
۴.	مشکلات در بازی کردن یا مشارکت در فعالیت‌های اوقات فراغت به صورت آرام
۵.	راه رفتن مداوم
۶.	حرف زدن بیش از اندازه
تکانشگری	
۱.	پاسخ دادن سریع
۲.	مشکلات در منتظر ماندن برای نوبت
۳.	قطع کردن حرف دیگران یا سرزده وارد گفتگو شدن

## چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و دهمین ویرایش

### طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها

در کنار چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - متن تجدید نظر شده، طبق‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها نیز (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) در بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد. با این حال باید یادآور شد تحقیقات کمی درباره تعریف مشکلات رفتاری مخرب که توسط ویرایش دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها انجام شده صورت گرفته است. در طول سال‌ها تفاوت بین دو سیستم تشخیصی کاهش یافته است، اما تمایزات مهم در این رابطه هنوز باقی است. اول این‌که اختلال نافرمانی مقابله‌ای در ویرایش دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، مقوله مجزا نیست، اما در

عوض به عنوان یک زیرمجموعه از اختلال سلوک قرار گرفته است. دوم این‌که اختلال فزون‌جنبشی در ویرایش دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها با تعریف اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - متن تجدید نظر تفاوت دارد. اختلال فزون‌جنبشی به وجود نشانه‌هایی در سه حوزه اشاره دارد (بیش‌فعالی، تکانشی بودن، نارسایی توجه)، در حالی که در چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی - متن تجدید نظر شده، زیر مجموعه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از هم متمایز شده است. بنابراین اختلال فزون‌جنبشی مفهوم محدودتری از اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارد. سوم این‌که یکی از زیرمجموعه‌های اختلال فزون‌جنبشی، اختلال فزون‌جنبشی سلوک است. بنابراین بر خلاف چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی - متن تجدید نظر شده، در ویرایش دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، وقوع همزمان اختلال سلوک همراه با اختلال فزون‌جنبشی یک همبودی به حساب نمی‌آید، بلکه یک زیرمجموعه از اختلال فزون‌جنبشی (یعنی اختلال فزون‌جنبشی سلوک) به حساب می‌آید.

مطالعات تحلیل عاملی، از افتراقی که راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی بین اختلال سلوک، نافرمانی مقابله‌ای، و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و دیگر اختلال‌ها انجام داده است، حمایت می‌کنند. تحلیل عاملی یک تکنیک آماری است که می‌تواند الگوهای کوواریانس بین یک گروه از رفتارها را بررسی کند. هارتمن و همکاران (۲۰۰۱) با استفاده از تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تاییدی با داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌های متعدد در نمونه‌های ارجاع شده بالینی و افراد جامعه، روایی سازه درونی مدل اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (نارسایی توجه، بیش‌فعالی، تکانشگری)، نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، و اختلال اضطراب‌تعمیم یافته و افسردگی مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی را مورد بررسی قرار دادند. ساختار عاملی این نشانه‌ها توسط داده‌ها مورد حمایت قرار گرفت. با این حال مدل چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، استاندارد قطعی یک مدل مناسب را ندارد. یافته‌های مطالعات دیگر از چهار عامل مدل چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، بیش‌فعالی/تکانشگری، نارسایی توجه) در متن تجدیدنظر شده حمایت می‌کنند (لاهی و همکاران، ۲۰۰۸ الف). به علاوه این مدل در مقایسه با مدل‌های ویرایش دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و چک‌لیست رفتاری کودک (آخنباخ، ۱۹۹۱)، از حمایت پژوهشی بیشتری برخوردار است.

### رفتارهای مناسب اجتماعی

از آن جایی که کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری مخرب ممکن است رفتارهای مناسب را در خزانه