

فهرست

پیشگفتار	۱۳
فصل ۱: رفتار بهنجار و نابهنجار در کودکان و نوجوانان	۱۵
اختلال‌های روانی کودکان	۱۷
شیوع اختلال‌های روانی کودکی	۲۰
روند شکل‌گیری رفتار نابهنجار	۲۲
نقش ذات و منش در شخصیت کودک	۲۳
سنجش، تشخیص و درمان اختلال‌های روانی کودکان	۲۴
فصل ۲: اختلال‌های عصبی - رشدی	۴۳
اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی (ADHD)	۴۴
جنسیت و ADHD	۵۰
روند شکل‌گیری اختلال بیش‌فعالی در طول تحول کودک	۵۱
پیامدهای کارکردی اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی	۵۲
سبب‌شناسی اختلال ADHD	۵۳
نقش عوامل ژنتیکی	۵۳
آسیب عصبی هنگام تولد	۵۴
عوامل خانوادگی و تربیتی	۵۵
تشخیص افتراقی	۵۸
اختلال یادگیری خاص	۵۸
درمان ADHD	۵۹
آسیب‌شناسی و تحلیل رفتاری	۶۲
اختلال طیف اوتیسم	۶۴
علل ابتلا به اختلال طیف اوتیسم	۶۹
اختلال اسپرگر (AD)	۷۲
ناتوانی‌های عقلی	۷۳

۷۴	..... ناتوانی عقلی خفیف
۷۶	..... ناتوانی عقلی متوسط
۷۸	..... ناتوانی عقلی عمیق
۸۰	..... ناتوانی عقلانی و اختلال عصبی - شناختی
۸۱	..... اختلال‌های ارتباطی و اختلال یادگیری خاص
۸۱	..... هم‌زمانی اختلال‌ها
۸۱	..... تأخیر کلی رشد
۸۲	..... ناتوانی عقلانی نامشخص (اختلال رشدی عقلانی)
۸۲	..... بررسی علل اختلال ناتوانی عقلی
۸۳	..... پیشگیری و درمان
۸۴	..... پیشگیری اولیه
۸۵	..... استفاده از سلول‌های بنیادی برای درمان عقب‌ماندگی ذهنی
۸۶	..... اختلال‌های ارتباطی
۸۷	..... اختلال زبان
۸۹	..... اختلال صدای گفتار
۹۰	..... اختلال فصاحت با شروع کودکی (لکنت زبان)

فصل ۳: اختلال‌های اخلاص گرانه، کنترل تکانه و سلوک ۱۰۳

۱۰۴	..... اختلال لجبازی و نافرمانی
۱۰۶	..... روند شکل‌گیری اختلال
۱۱۲	..... اختلال انفجاری متناوب
۱۱۴	..... اختلال سلوک
۱۱۶	..... نوع شروع اختلال سلوک
۱۱۸	..... علل اختلال سلوک
۱۲۰	..... عوامل قبل از تولد
۱۲۰	..... عوامل زیست عصبی در اختلال سلوک
۱۲۰	..... عوامل زیست‌محیطی
۱۲۲	..... عوامل روان‌شناختی اختلال سلوک

۱۲۵	..... نظریه‌های دلبستگی
۱۲۶	..... تأثیر دوستان و همسالان
۱۲۶	..... تأثیر رسانه‌ها و شبکه‌های مجازی
۱۲۶	..... روند شکل‌گیری اختلال سلوک
۱۳۰	..... روند تحول اختلال سلوک
۱۳۶	..... آموزش مدیریت والدین (PMT)
۱۳۷	..... آتش‌افروزی بیمارگون
۱۳۹	..... دزدی بیمارگون

فصل ۴: اختلال‌های اضطرابی ۱۴۱

۱۴۵	..... اختلال اضطراب جدایی
۱۴۹	..... مدرسه‌هراسی
۱۵۰	..... لالی انتخابی
۱۵۱	..... اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)
۱۵۴	..... شیوع و سیر اختلال اضطراب اجتماعی
۱۵۵	..... فوبی خاص
۱۵۸	..... حمله وحشت‌زدگی یا اختلال هراس
۱۶۰	..... شیوع حمله وحشت‌زدگی
۱۶۱	..... اختلال اضطراب تعمیم یافته یا فراگیر (GAD)
۱۶۷	..... پیشنهاد تشخیصی
۱۶۹	..... آگورا فوبی
۱۷۱	..... آسیب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی
۱۷۴	..... والدین طردکننده
۱۷۵	..... گوش‌به‌زنگ بودن برای کشف خطر و رفتارهای اجتنابی
۱۷۶	..... نظریه‌های مربوط به آسیب‌شناسی اضطراب
۱۷۹	..... نقش عوامل زیستی - عصبی در شکل‌گیری اختلال‌های اضطرابی
۱۸۰	..... درمان اختلال‌های اضطرابی
۱۸۲	..... درمان شناختی رفتاری (CBT)

فصل ۵: وسواس فکری - عملی و اختلال‌های مربوطه ۱۸۳

رفتار اجباری ۱۸۴

اختلال بدشکلی بدن ۱۸۷

اختلال ذخیره کردن ۱۹۰

اختلال موکنی ۱۹۱

اختلال‌های مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا ۱۹۲

اختلال دلبستگی واکنشی ۱۹۳

اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده ۱۹۴

فصل ۶: اختلال استرس پس از سانحه ۱۹۷

اختلال استرس حاد ۲۰۴

اختلال‌های سازگاری ۲۰۶

روند شکل‌گیری اختلال ۲۰۷

فصل ۷: اختلال‌های تجزیه‌ای ۲۰۹

اختلال مسخ شخصیت یا مسخ واقعیت ۲۰۹

یادزدودگی تجزیه‌ای ۲۰۹

گریز تجزیه‌ای ۲۱۰

اختلال هویت تجزیه‌ای ۲۱۰

یادزدودگی تجزیه‌ای ۲۱۱

اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت ۲۱۲

نشانه جسمانی و اختلال‌های مرتبط ۲۱۳

اختلال نشانه جسمانی ۲۱۴

اختلال اضطراب بیماری ۲۱۶

اختلال تبدیلی (اختلال نشانه کارکردی عصبی) ۲۱۸

فصل ۸: اختلال‌های افسردگی ۲۲۱

افسردگی کودکان ۲۲۴

۲۲۷	تأثیر افسردگی بر فرایندهای شناختی و عملکرد تحصیلی
۲۲۸	مشکلات اجتماعی و میان‌فردی
۲۲۹	نظریه‌های مربوط به سبب‌شناسی افسردگی
۲۲۹	نظریه روان‌پویشی
۲۲۹	نظریه دلبستگی
۲۳۰	نظریه رفتاری
۲۳۱	نظریه شناختی
۲۳۳	نظریه‌های اجتماعی
۲۳۴	عوامل ژنتیک
۲۳۵	عوامل روان‌شناختی
۲۳۶	درمان افسردگی
۲۳۷	رفتاردرمانی
۲۳۸	درمان شناختی رفتاری
۲۳۸	پیشگیری
۲۵۲	اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گراانه
۲۵۴	روند شکل‌گیری اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گراانه
۲۵۴	اختلال افسردگی اساسی
۲۵۷	عوامل خطر و پیش‌آگهی
۲۵۸	اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی)
۲۶۱	اختلال ملال پیش از قاعدگی

فصل ۹: دوقطبی و اختلال‌های مرتبط ۲۶۳

۲۶۴	اختلال دوقطبی نوع I
۲۶۷	نمونه بالینی اختلال دوقطبی نوع I
۲۶۸	روند شکل‌گیری
۲۶۸	اختلال ادواری خو
۲۷۰	عوامل خطر و پیش‌آگهی

۲۷۵	..... فصل ۱۰: اختلال‌های شخصیت
۲۷۶	..... اختلال شخصیت عمومی
۲۷۷	..... اختلال شخصیت پارانویید
۲۷۹	..... اختلال شخصیت اسکیزوئید
۲۸۰	..... اختلال شخصیت اسکیزوتایپی
۲۸۳	..... اختلال شخصیت گروه ب
۲۸۳	..... اختلال شخصیت ضداجتماعی
۲۸۶	..... اختلال شخصیت مرزی
۲۸۸	..... اختلال شخصیت نمایشی
۲۸۹	..... اختلال شخصیت خودشیفته
۲۹۰	..... اختلال شخصیت دوری‌جو
۲۹۲	..... اختلال شخصیت وابسته
۲۹۳	..... اختلال شخصیت وسواسی - جبری
۲۹۵	..... اختلال‌های شخصیت دیگر
۲۹۵	..... تغییر شخصیت ناشی از بیماری جسمانی دیگر

۲۹۹	..... فصل ۱۱: اسکیزوفرنیای کودکی
۳۰۲	..... علت اختلال اسکیزوفرنیای کودکی
۳۰۳	..... اختلال روان‌پریشی کوتاه‌مدت
۳۰۵	..... اختلال اسکیزوفرنی فرم

۳۰۷	..... فصل ۱۲: اختلال‌های تغذیه و خوردن
۳۰۸	..... هرزه‌خواری
۳۰۹	..... علت هرزه‌خواری
۳۱۰	..... اختلال نشخوار
۳۱۰	..... اختلال مصرف غذایی دوری‌جوی محدودکننده
۳۱۱	..... بی‌اشتهایی عصبی
۳۱۴	..... پرخوری عصبی

۳۱۶	اختلال پرخوری
۳۱۶	علل اختلال‌های تغذیه و پرخوری
۳۱۷	چاقی در کودکان
۳۱۷	علل چاقی

فصل ۱۳: اختلال‌های دفع ۳۱۹

۳۱۹	بی‌اختیاری ادرار
۳۲۰	بی‌اختیاری مدفوع

فصل ۱۴: اختلال‌های خواب - بیداری ۳۲۳

۳۲۵	ناهنجاری‌های خواب
۳۲۶	اختلال‌های خواب
۳۲۶	اختلال بی‌خوابی
۳۲۸	حمله خواب
۳۳۰	ناهنجاری‌های خواب
۳۳۱	اختلال کابوس شبانه

فصل ۱۵: ملال جنسیتی ۳۳۳

۳۳۷	واژه‌نامه
۳۴۳	منابع

پیشگفتار

درمان اختلال‌های روانی کودکان هنگامی امکان‌پذیر است که روان‌شناس بالینی با مهارت حرفه‌ای خود، اطلاعات مربوط به تاریخچه شخصی و خانوادگی کودک را به‌طور علمی گردآوری کند و منسجم سازد تا به تشخیص علمی دقیق و معتبری دست یابد. یکی از ابعاد مهم تشخیص این است که روان‌شناس بالینی در قالب ارزیابی بالینی به درک درستی از نشانه‌ها و علائم برسد. آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان به‌منظور شناخت علمی و تشخیص درست اختلال‌های روانی در کودکان و نوجوانان به‌کار می‌آید.

در حیطه روان‌شناسی مرضی کودک، می‌توان هر اختلال را از ابعاد گوناگون مورد بررسی و تحلیل قرار داد؛ از پایه‌های ژنتیک و زیست‌شناختی گرفته تا عوامل رفتاری و اجتماعی- فرهنگی، عواملی که اختلال ایجاد می‌کنند و باعث تداوم آن می‌شوند. علاوه بر پژوهش، تشخیص و درمان دو بُعد مهم دیگر روان‌شناسی مرضی کودک به‌شمار می‌آیند. روان‌شناس مرضی کودک با مهارت حرفه‌ای خود، اطلاعات مربوط به کودک را از منابع مختلف گردآوری می‌کند تا به تصویر روشنی از وضعیت وی دست یابد. پژوهشگرانی که قصد دارند به کودکان و نوجوانان در معرض خطر کمک کنند، ممکن است به‌هنگام تحقیق برای پیشگیری و درمان اختلال‌های دوران کودکی، به دستاوردهای جدیدی نائل شوند.

به‌طور کلی روان‌شناسی مرضی کودک رشته بسیار گسترده‌ای است و به‌طور مستمر، تحول و تغییر می‌یابد. عصب‌شناسان، پزشکان، روان‌شناسان، مشاوران، معلمان، والدین و دیگر کسانی که با کودکان و نوجوانان سروکار دارند، می‌توانند نقش بسیار مهمی در ارتقاء بهداشت روانی کودکان و نوجوانان و جلوگیری از بروز اختلال‌های دوران کودکی داشته باشند. در این کتاب سعی بر این است که برخی اختلال‌های روانی شایع در کودکی و نوجوانی مبتنی بر رویکردهای جدید و متناسب با طبقه‌بندی اختلال‌های روانی کودک و نوجوان بر اساس پنجمین کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) مورد بررسی قرار گیرد و شیوه ارزیابی و تشخیص دقیق هر یک از اختلال‌ها، به‌منظور پیشگیری و ارائه برنامه درمانی صحیح و علمی، ارائه گردد.

فصل ۱

رفتار بهنجار و نابهنجار در کودکان و نوجوانان

در بررسی رفتار نابهنجار لازم است در خصوص مراحل رشد و تحول کودک اطلاعات کافی داشت. اختلال‌های کودکان همانند اختلال‌های بزرگسالان، بر اساس انحراف از رفتار بهنجار شناخته می‌شوند؛ اما توجه به این نکته لازم است که گاهی اوقات در شرایط خاص، همه انسان‌ها ممکن است درجات خفیفی از نابهنجاری را در رفتار خود بروز دهند. بنابراین زمانی می‌توان تشخیص داد که رفتار کودک، نابهنجار است که آن رفتار از لحاظ شدت، فراوانی و استمرار در حدی باشد که با زمینه‌های فرهنگی و رشدی وی مغایرت داشته و اختلال قابل ملاحظه‌ای در عملکرد و کنش‌وری وی ایجاد نماید. هر رفتار را می‌توان با سه متغیر «فراوانی»، «شدت» و «تداوم» توصیف کرد. «فراوانی» شامل: تعداد دفعات و میزان وقوع یک رفتار است، «شدت» بیانگر نیرومندی و عمق یک رفتار است و «تداوم» نشان‌دهنده استمرار وقوع یک رفتار به صورت مکرر در طول زمان است. با طرح این سه متغیر می‌توان به توصیف رفتار بهنجار و نابهنجار دست یافت.

برخی پژوهشگران معتقدند؛ آن دسته از مشکلات رفتاری که از نظر فراوانی، شدت و تداوم مغایر با گروه سنی خاصی است، نابهنجار تلقی می‌شود. با این حال، در آسیب‌شناسی روانی کودکان و نوجوانان ممکن است میان بهنجار و نابهنجار مرز مشخصی وجود نداشته باشد؛ زیرا قرار گرفتن کودک در فرایند رشد و رسش و تغییرات سریع در ابعاد شناختی و عاطفی رفتار کودک، قضاوت در مورد رفتارهای او را دشوار می‌سازد. بنابراین هر مشکل رفتاری در کودکان الزاماً نشانه نابهنجاری نیست. رفتارهایی مانند ترس‌های خاص، کم‌رویی، کابوس شبانه، حساسیت بیش‌ازحد و بی‌ثباتی در خلق ویژه سن رشد تحول، اگر تداوم یابند و با رفتار اغلب همسن‌وسالان کودک تفاوت داشته و ناراحتی قابل ملاحظه‌ای در عملکرد شخصی، اجتماعی، حرفه‌ای، تحصیلی و سایر زمینه‌های زندگی کودک و نوجوان ایجاد کرده باشند، به عنوان رفتار نابهنجار تلقی می‌شوند. به عنوان مثال: هر چند ممکن است کودکان و نوجوانان، رفتارهای تهاجمی و پرخاشگرانه را از خود نشان دهند؛ اما شدت این رفتار پرخاشگرانه در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، در حدی است که اختلال قابل ملاحظه‌ای در عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا حرفه‌ای آنها به وجود می‌آورد. بیشتر مشکلات رفتاری در نوجوانان، اختلال‌های کوتاه‌مدتی هستند که از بین می‌روند.

برخی پژوهشگران در حوزه تشخیص و درمان کودک معتقدند که علی‌رغم تحولاتی که در زمینه نظام‌های طبقه‌بندی و تشخیصی حاصل شده است؛ اما هنوز هم در زمینه تشخیص دقیق رفتار نابهنجار و نابهنجار نیاز به پژوهش‌های بیشتری وجود دارد (هیوانگ و وزان^۱، ۲۰۱۶).

تاریخچه بررسی اختلال‌های روانی کودکان

در قرن نوزدهم، به بهداشت روانی کودکان توجه بیشتری شد و تحولات چشمگیری در این زمینه اتخاذ گردید. در اوایل قرن بیستم، به تأثیر عوامل روان‌شناختی در شکل‌گیری رفتار نابهنجار و اختلال‌های روانی کودکان پی برده شد و پژوهشگران به تشخیص انواع اختلال‌های روانی کودکان و طبقه‌بندی آنها پرداختند. در آن دوران، بسیاری از روان‌شناسان کودک عقیده داشتند که ریشه اختلال‌های روانی در بزرگسالی را باید در دوران کودکی جستجو کرد. نظریه روانکاوی در زمینه تشخیص و درمان اختلال‌های روانی کودک، بسیار مؤثر بوده است. پس از آن، نظریه‌های رفتارگرایی در زمینه شرطی‌سازی کلاسیک و تأثیر آن در شکل‌گیری و درمان ترس‌های کودکی مطرح گردید و به نقش یادگیری در رفتار نابهنجار کودکی توجه خاصی شد. در این زمینه واتسون^۲ (۱۹۷۰) به نقل از هیوانگ و زان، (۲۰۱۶)، اعتقاد راسخی به نقش تربیت و یادگیری در تشکیل رفتار نابهنجار و نابهنجار داشت و آزمایش‌های متعددی در این خصوص انجام داد. جان واتسون این مطلب را در سمینارها و سخنرانی‌های خود همواره مطرح می‌کرد که رفتار نابهنجار مروهون شیوه‌های صحیح فرزندپروری است. وی در این زمینه اظهار داشت:

با فرزند خود بیش‌ازحد صحبت نکنید، به او اجازه ندهید که وارد حریم شخصی شما شود، در بغل کردن و بوسیدن وی افراط نکنید، وقتی رفتار نابهنجاری از خود نشان داد به او نخندید، بلکه واکنش منفی نشان دهید تا از رفتار شما سوءاستفاده نکند و قدرت تشخیص خوب و بد را کسب کند (واتسون، ۱۹۷۰ به نقل از: هیوانگ و زان، ۲۰۱۶).

در اوایل دهه ۱۹۶۰، از رفتاردرمانی برای درمان اختلال‌های کودکی استفاده شد. در این روش درمانی، از اصول شرطی‌سازی کلاسیک برای درمان رفتار نابهنجار استفاده شد و به کمک پژوهش‌های تجربی حیوانی، فنون مختلف جهت اصلاح و تغییر رفتار ناسازگار و شکل‌دهی رفتار سازگارانه و مطلوب به کار بسته می‌شد. اکنون، از رفتاردرمانی برای طیف وسیعی از اختلال‌های کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود (کازدین^۳، ۲۰۰۳ به نقل از گناناول^۴، ۲۰۱۶).

1. Huang & Zan
2. Watson
3. Kazdin
4. Gnanavel

اختلال‌های روانی کودکان

سلامت روانی کودک و بهزیستی روان‌شناختی وی از الزامات تعالی و ارتقای انسان بوده و مورد توجه جامعه کنونی است. کودک نیز مانند افراد بزرگسال به دلیل عوامل پیچیده ژنتیکی، اکتسابی، تربیتی، روانی و نظایر آن ممکن است دچار اختلال‌های روانی شود. به عنوان مثال: اختلال تکلم یا شب‌اداری کودک در سه سال اولیه زندگی پدیده کاملاً بهنجاری است؛ اما پس از سن ۵ سالگی بروز این مشکلات، بیانگر تنش‌های خانوادگی یا رویدادهای ناگوار زندگی و محیطی است که موجب فشار روانی و اضطراب در کودک شده است. در اوایل کودکی، کم‌رویی و انزوای اجتماعی در دورانی که کودک رشد اجتماعی را سپری می‌کند، نسبتاً پدیده‌ای بهنجار است؛ اما تداوم کم‌رویی و انزوای اجتماعی در نوجوانی و پس از آن، به منزله اختلال تلقی می‌شود و بیانگر نوعی کمبود رفتاری است که می‌بایست مورد بررسی و درمان قرار گیرد. در طول مراحل تحول، ممکن است شاهد برخی رفتارهای غیرعادی در کودکان باشیم؛ اما بسیاری از این اختلال‌ها زودگذر بوده و دیری نمی‌پاید که رفتار کودک عادی می‌شود. اختلال در خورد و خوراک، ترس‌های دوران کودکی، لکنت زبان، شب‌اداری، رفتار انزوا و نظایر آن به درجاتی ممکن است در دوران کودکی وجود داشته باشند؛ اما پس از مدتی از بین می‌روند. تفاوت کودک با بزرگسال آن است که معمولاً کودکان به دلیل عدم رشد شناختی، قادر به بیان مشکلات خود نمی‌باشند. به طور کلی، هرگاه این اختلال‌ها در خلال تحول رشد کودک وجود نداشته و کودک از لحاظ آن رفتار بهنجار بوده است؛ اما به طور حاد به آن اختلال مبتلا شود، آن اختلال، ثانویه تلقی می‌شود. به عنوان مثال: کودک ممکن است در زمان کسب کلام، از لحاظ تکلم در سال دوم زندگی به بعد مشکلی نداشته باشد؛ اما پس از آن به طور ناگهانی دچار اختلال تکلم شود، این اختلال ثانویه تلقی شده و مسلماً اضطراب و فشار روانی ناشی از پدیده‌های محیطی و مشکلات خانوادگی در آن دخیل بوده که لازم است این عوامل، در درمان این اختلال، مورد بررسی و تحلیل روانی قرار گیرند. روش‌های تربیتی خانواده و شخصیت والدین نقش به‌سزایی در شکل‌گیری اختلال‌های روانی دوره کودکی دارد. در حدی که این اعتقاد وجود دارد که کودک بیمار، نشانه‌ای از خانواده بیمار است. حتی در مواردی تجربیات بالینی مؤلف نشان داده است که به منظور درمان اختلال‌های روانی کودکان، در وهله اول باید اعضای خانواده به‌ویژه والدین وی مورد بررسی و درمان قرار گیرند. در مواردی مشاهده شده است که روان‌درمانی خانواده حتی قبل از اینکه کودک به طور مستقیم مورد درمان قرار گیرد موجب کاهش علائم مرضی در کودک شده است. نوع شخصیت والدین، تعامل بین فردی آنها، شیوه‌های فرزندپروری، جو عاطفی خانواده، هماهنگی تربیتی میان والدین، روش مواجهه والدین با فرزندان، در شکل‌گیری شخصیت و رفتار کودک نقش مهمی دارد.

درمان قطعی اختلال‌های روانی کودک زمانی امکان‌پذیر است که شخصیت والدین و روش‌های

تربیتی آنها اصلاح شود، به‌عنوان مثال: چنین انتظار می‌رود که در یک خانواده، والدین از صبر و آرامش لازم در مواجهه با یکدیگر و فرزندان برخوردار باشند. پرخاشگری والدین، عدم هماهنگی تربیتی میان آنها، دارا بودن دیدگاه انتقادی غیرمنطقی نسبت به کودکان و گیر دادن مستمر به آنها، تمرکز بر اشتباهات و خطاهای کودکان و نادیده گرفتن جنبه‌های مثبت آنها، مجبور کردن کودکان به رعایت نظم و ترتیب افراطی، مشاجره مستمر میان والدین در حضور کودک، عدم رفتار جدی و قاطعانه پدر، فقدان نظم هیجانی پدر در برابر کودک (در مواردی، ممکن است روش تربیتی پدر به‌گونه‌ای سهل‌گیرانه باشد که موجب سوءاستفاده کودک شود. به‌عنوان مثال: کودک پدر را می‌زند و یا موهای او را می‌کشد و سربه‌سرش می‌گذارد؛ اما پدر هیچ‌گونه واکنشی نشان نداده، سرد و بی‌تفاوت برخورد می‌کند)، عدم توجه به نیازهای عاطفی کودک و موارد دیگر را می‌توان برشمرد. یکی از تفاوت‌هایی که میان کودکان و افراد بزرگسال وجود دارد آن است که کودکان قادر به مصاحبه بالینی و گزارش کلامی نیستند. هم‌چنین دارای نوعی مقاومت و بازداری کلامی در بیان مشکلات و نشانه‌های مرضی خود هستند. کودک قادر نیست به‌راحتی، پیرامون علایم بالینی و روان‌شناختی خود اطلاعات صریحی به روان‌شناس بالینی کودک و درمانگر ارائه دهد. لذا از طریق ارتباط عاطفی و حرفه‌ای مطلوب با کودک و ارزیابی رفتاری وی و با استفاده از آزمون‌های مربوطه مانند آزمون جملات نیمه‌تمام راتر^۱ (راتر، ۱۹۳۰ به نقل از اخوت، ۱۳۷۲) یا ساکس ولوی^۲ (ساکس و لوی، ۱۹۳۰ به نقل از اخوت، ۱۳۷۲)، ترسیم نقاشی، ترسیم خانواده یا آدمک، آزمون اندریافت موضوع کودکان^۳ (CAT)، شرایط بازی و داستان‌سازی می‌توان به تعارضات، ترس‌ها و روش‌های تربیتی والدین و شیوه برخورد آنها با کودک پی برد؛ البته مصاحبه با والدین و بررسی تاریخچه تحول رفتار کودک در خانواده نیز باید مورد توجه روان‌شناس بالینی کودک قرار گیرد.

معمولاً اختلال‌های روانی کودکان از لحاظ شکل بروز اختلال و ویژگی‌های رفتاری کودکان به دو گروه عمده تقسیم می‌شوند. اولین گروه، شامل اختلال‌های برون‌سازی^۴ است. اختلال‌های برون‌سازی شامل مجموعه رفتارهایی هستند که قابل مشاهده بوده و به سمت بیرون از وجود کودک متجلی می‌شوند؛ مانند بیش‌فعالی، پرخاشگری، بی‌اعتنایی مقابله‌ای، تکانش‌گری، عناد و لجبازی و رفتارهای ضداجتماعی است.

این اختلال‌ها در DSM-5 تحت عنوان «اختلال‌های رفتاری اخلاک‌گرا^۵» شناخته شده است. گروه دوم شامل اختلال‌های درونی‌سازی^۶ شده می‌باشند؛ یعنی مجموعه رفتارهایی که قابل مشاهده نبوده و

1. Rutter

2. Sacks & Levy

3. Children Apperception Test

4. externalizing disorders

5. disruptive behavior disorders

6. internalizing disorders

به سمت درون کودک هدایت شده‌اند. مانند اختلال اضطراب، افسردگی، انزوا و گوشه‌گیری، هراس اجتماعی، اختلال وحشت‌زدگی، فوبیای خاص، اختلال وسواسی-جبری و اختلال اضطراب جدایی؛ اما اختلال‌های درونی‌سازی شده معمولاً قابل مشاهده و درک نبوده و کودک را دچار تنش و تعارض درونی می‌کنند. این اختلال‌ها ممکن است موجب بیماری‌های روان‌تنی و جسمانی شوند (DSM-5, ۲۰۱۳).

درحالی‌که اختلال‌های برونی‌سازی شده معمولاً متوجه بیرون و قابل مشاهده می‌باشند، کودک دچار اشکال در تنظیم هیجانی^۱ و رفتاری در سازگاری مطلوب با محیط است. معمولاً این کودکان قادر به پیش‌بینی پیامدهای نامطلوب رفتار خود نبوده و بیشتر برای دیگران ایجاد مزاحمت می‌کنند؛ یعنی دچار تنش برونی هستند تا تنش درونی. البته باید توجه داشت که در برخی موارد ممکن است اختلال‌های درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده به‌طور هم‌زمان در کودک یا نوجوان وجود داشته باشند. به‌عنوان مثال: کودک یا نوجوان ممکن است دچار بزهکاری بوده و هم‌زمان مبتلا به افسردگی و اضطراب هم باشد (DSM-5, ۲۰۱۳).

تشخیص اختلال‌های روانی در کودکان دشوارتر از تشخیص آنها در نوجوانان و بزرگسالان است؛ زیرا کودکان به دلیل عدم رشد شناختی کافی ممکن است قادر به بیان افکار، احساسات و علایم مرضی خود نبوده یا اینکه علایم مرضی در آن تحت تأثیر مسائل رشدی قرار گیرند و ممکن است تغییر کنند. به منظور پی بردن به اختلال‌های روانی کودکان می‌بایست سطح تحول کودک مورد نظر قرار گیرد و بررسی کنیم که چه رفتاری برای چه سنی بهنجار تلقی می‌شود. به‌عنوان مثال: شب‌اداری تا سن ۵ سالگی نسبتاً بهنجار تلقی می‌شود؛ اما پس از آن اگر بروز کند به‌عنوان یک مشکل روانی تلقی می‌شود. گاهی اوقات کودک تا سن ۸ سالگی فاقد هرگونه شب‌اداری یا اختلال دیگر است؛ اما مدتی پس از آن دچار اختلال می‌شود. در چنین مواردی، ممکن است با مشکل حادی مانند طلاق والدین، یا جدا شدن از مادر، مرگ والدین یا بیماری آنها، تولد فرزند دیگر در خانواده و مواردی نظیر آن برای کودک رخ داده باشد. در حیطه پیشگیری، لازم است مشکلات روانی کودکان و نوجوانان در اوایل شروع اختلال، بررسی و شناسایی شوند و تحت درمان قرار گیرند تا آسیب روانی به حداقل برسد؛ اما اگر این اختلال‌ها ادامه پیدا کنند، آسیب‌های وارد شده به شخصیت بیشتر خواهد شد. اختلال‌های روانی در دوره کودکی، زمینه بالقوه‌ای برای ابتلا به اختلال‌های روانی بزرگسالی فراهم می‌سازند. مهم‌ترین عواملی که موجب اختلال‌های روانی دوره کودکی می‌شود، شامل: مرگ‌ومیر یا طلاق و جدایی والدین، سوءاستفاده جنسی، مشکلات روانی و شخصیتی والدین، مشاجرات مستمر والدین، رویدادهای تروماتیک و آسیب‌زا، مشکلات اقتصادی و اجتماعی خانواده، فقر فرهنگی و عدم آگاهی والدین به روش‌های صحیح تربیتی، سبک‌های فرزندپروری، سختگیری والدین و تنبیه فیزیکی، عدم نظارت بر رفتار

فرزندان، سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه یا مستبدانه، تأثیر منفی همسن‌وسالان، زندگی در محلات فقیر و مستعد جرم بوده است.

اختلال‌های روانی کودکان، زمینه‌ساز مداخله برای اختلال‌های روانی دوره بزرگسالی است. به‌عنوان مثال: اختلال سلوک و رفتار ضداجتماعی در دوران کودکی اگر تداوم یابد ممکن است در بزرگسالی به اختلال شخصیت ضداجتماعی مبدل گردد. به‌طورکلی، عدم ارزیابی و درمان اختلال‌های روانی در دوره کودکی، موجب اختلال در سازگاری بعدی کودک و پیش‌درآمد اختلال‌های روانی دوره بزرگسالی خواهد شد. یا اینکه، اختلال‌های روانی کودکی و نوجوانی، فرد را در مقابل رویدادهای استرس‌زای بزرگسالی آسیب‌پذیر می‌سازد، در نتیجه اختلال قابل ملاحظه‌ای در عملکرد تحصیلی، اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌های زندگی وی فراهم می‌کند.

شیوع اختلال‌های روانی کودکی

در دوره کودکی، شیوع اختلال‌های روانی در پسران معمولاً بیشتر از دختران است، لیکن در بزرگسالی عکس آن صادق است. شایع‌ترین اختلال در پسران، بیش‌فعالی و اختلال سلوک بوده؛ اما در دختران، اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است. برخی مشکلات موجود در رشد و تحول کودک و ترس‌های خاص کودکی، پس از مدتی از بین می‌روند؛ اما برخی دیگر از این اختلال‌ها، مانند اختلال‌های سلوک و بیش‌فعالی؛ ممکن است تداوم یابند. نوع اختلال‌ها بسته به سن ممکن است تغییر یابد. به‌عنوان مثال: اضطراب جدایی در دوره پیش‌دستانی، در نوجوانی به هراس اجتماعی تبدیل می‌شود. این امر بستگی به نقش تعدیل‌کننده‌های مختلف محیطی موجود در زندگی کودک دارد. یک اختلال در کودکی پس از مدتی ممکن است کاملاً برطرف شود، اگرچه به‌طور بالقوه ممکن است کودک را مستعد ابتلا به اختلال دیگر نماید، مطالعه اختلال‌های روانی در دوره کودکی باید در چهارچوب سنی کودک و رشد و تحول وی صورت پذیرد. نگرانی و اشتغالات ذهنی در سن ورود به مدرسه نادر است؛ اما در دوره نوجوانی افزایش می‌یابد.

اختلال‌های روانی بر عملکرد تحصیلی کودکان اثر گذاشته و کیفیت آن را کاهش می‌دهد. هم‌چنین میزان مشکلات جسمی در کودکان دچار اختلال‌های روانی، نسبت به سایر کودکان بیشتر است.

مثال بالینی کودک ناسازگار

«نیما» پسر ۱۲ ساله‌ای است که به‌اتفاق مادر خود به مرکز مشاوره و روان‌درمانی مراجعت نموده است. مادر وی اظهار داشت که نیما پسری پرانرژی و خیلی باهوش است؛ اما بسیار نافرمان، لجباز، تندخو و خودمحور است. وی انتظار دارد هر تقاضایی که داشته باشد بلافاصله اجرا شود. نیما بسیار پرخاشگر

است و رفتار مقابله‌ای و نافرمانی دارد. هنگامی که خشمگین می‌شود، دست خود را به در یا دیوار می‌کوبد؛ اما زود هم پشیمان می‌شود و عذرخواهی می‌کند. هم‌چنین مادر نیما اظهار داشت که یک بار نیما عصبانی شده و چاقو را از آشپزخانه برداشته و قصد حمله به او را داشته است. مادر به زور چاقو را از دستش می‌گیرد؛ اما او مقاومت می‌کند. مادر ناگزیر شد آهسته با دست خود ضربه‌ای به کتف نیما بزند و چاقو را از دست او بگیرد؛ اما نیما آنقدر تقلا کرد تا انتقام خود را از مادر بگیرد و سرانجام موفق شد یک کشیده پشت گردن مادر خود بزند. نیما به دلیل عدم تمرکز، مدتی تحت درمان با ریتالین بوده است. در کلاس درس دچار بی‌حوصلگی و خستگی می‌شود. در روابط بین‌فردی و بازی با همسالان خود تحمل شکست را ندارد و زود عصبانی می‌شود. چند وقت پیش، خانواده وی متوجه شدند که یک پاکت سیگار در کیف او بوده است. هم‌چنین، چند نخ سیگار به مدل‌های مختلف توسط پدر در کمد نیما یافت شده است.

پس از مصاحبه بالینی با نیما و بررسی مشکلات، تعارضات و انتظارات وی از خانواده، اظهار داشت که پدر و مادرم به صحبت‌های من توجه نمی‌کنند. مثلاً دیروز به مادرم گفتم که کلاس خصوصی بروم یا نه؟ او جوابی به من نداد. وقتی با پدر و مادرم صحبت می‌کنم هیچ‌وقت نشده به حرف من توجه کنند و با صبر و حوصله به من گوش دهند. انتظار دارم که پدر و مادرم فقط به حرف من گوش دهند، حتی اگر به آن عمل نکنند. پدرم وقتی را برای من اختصاص نمی‌دهد. البته قبول دارم که برخی از دوستانم، سیگار می‌کشند یا فیلم جنسی با خود به مدرسه می‌آورند؛ اما اگر پدرم به من توجه کند، سراغ آنها نمی‌روم. پدرم به من قول می‌دهد که اگر پسر خوبی باشم برایم موبایل بخرد. علی‌رغم اینکه سعی می‌کنم کارهای خوبی انجام دهم؛ اما پدرم هیچ‌وقت به قول خود عمل نمی‌کند. من انتظار دارم لااقل شیرینی یا آدامسی برای من بخرد ولی هیچ‌یک از این کارها را انجام نمی‌دهد. وقتی کار خوبی انجام دهم تشکر نمی‌کند، مثلاً دیروز ماشین پدرم را شستم؛ اما از من تشکر نکرد، درحالی‌که قبلاً وقتی ماشین او را می‌شستم، مقداری پول به من می‌داد. هنگامی‌که با پسرخاله‌ام که خیلی زرنگ و درس‌خوان است بیرون بروم از پدرم اجازه می‌گیرم؛ اما او به من اجازه نمی‌دهد. دوست دارم پدرم بدون عصبانیت و پرخاشگری با من صحبت کند؛ اما او همیشه صدایش را بلند می‌کند و به من دستور می‌دهد. اگر نمره خوبی بگیرم یا کار خوبی انجام دهم، انتظار دارم به من بگوید که این کار خوب است و مرا تشویق کند، با رفتار پدرم نمی‌توانم تفاوت میان کار خوب و بد را تشخیص دهم. الان در فصل تابستان دخترخاله‌هایم به مسافرت رفتند؛ اما پدرم هنوز ما را جایی نبرده است. انتظار دارم پدرم موبایل یا وسایلی را که متعلق به خودم است را از من نگیرد و آنها را به من پس بدهد. اتاق من در مقایسه با اتاق بسیاری از دوستانم بسیار ساده است و چیزی که برایم جالب باشد، مثل لوازم بازی یا خودکار و دفترهای قشنگ در آن وجود ندارد. همه لوازم اتاقم ساده و قدیمی

است. بارها التماس می‌کنم که برای من PS4* بخرند؛ ولی با اینکه کارهای خوب زیادی انجام دادم و لیستی که شما به پدر و مادرم داده بودید (منظور درمانگر است) تا کارهای خوب مرا یادداشت کنند و به من ژتون بدهند، پر شده و همه ژتون‌های شما را کسب کردم؛ اما تاکنون جایزه‌ای به من نداده‌اند. علی‌رغم اینکه شما تأکید کرده بودید که بلافاصله بعد از اینکه لیست ژتون‌ها را کامل کردم به من جایزه بدهند. گاهی اوقات به آنها می‌گویم که امروز برویم پارک، پدر جواب می‌دهد که بگذار فکرش را بکنم، اگر کارهایم را تا عصر انجام دادم به پارک می‌رویم؛ اما عصر که به او یادآوری می‌کنم به پارک برویم، قبول نمی‌کند و داد می‌زند که امروز وقت ندارم شما را پارک ببرم. انتظار دارم که پدرم زودتر بگوید که امروز نمی‌توانم شما را به پارک ببرم و مرا از صبح تا عصر در انتظار قرار ندهد، یا اینکه هرگاه مرتکب اشتباهی شوم، طوری نباشد که تا آخر عمر این اشتباه را به رخ بکشند. من ۴ ماه پیش مرتکب یک اشتباهی شدم و آن این بود که بعد از اینکه سرویس مدرسه دیر آمد، با بچه‌های کلاس رفتیم به سمت سوپری نزدیک مدرسه و بچه‌ها از آنجا سیگار خریدند، من هم هوس کردم که برای کلکسیون خود، چند نخ سیگار مختلف با رنگ‌های متفاوت بخرم. من این سیگارها را جمع کردم و در کمدم گذاشتم بدون اینکه از آنها استفاده کنم. پدرم به سمت کمد رفت و سیگارها را دید. قبل از اینکه بررسی کند که آیا من از این سیگارها استفاده کرده‌ام یا نه؟ بلافاصله مرا تنبیه کرد و موبایلم را از من گرفت. انتظار دارم پدرم زود عصبانی نشود؛ بلکه به من توضیح دهد که کار من خطا بوده است و به من فرصت دوباره بدهد، نه اینکه طوری رفتار کند که انگار من برای همیشه آدم بدی هستم.

روند شکل‌گیری رفتار نابهنجار

رفتار نابهنجار در گستره تحول ممکن است به‌صورت پیوسته یا ناپیوسته شکل گیرد. پیوستگی حاکی از آن است که تغییرات تحولی تدریجی و کمی بوده و الگوهای رفتاری آینده را می‌توان با توجه به الگوهای قبلی پیش‌بینی کرد. (اریک جی، هاش و دیوید، آی. ولف^۲ به نقل از شریفی درآمده و همکاران، ۱۳۹۱). به‌عنوان مثال: احمد هنگام تولد بی‌قرار، برانگیخته و ناآرام بوده و نسبت به همسالان خود پرخاشگری و رفتار ناسازگارانه بیشتری داشته است. وی کودکان دیگر را از سن پیش‌دبستانی، مورد آزار و اذیت قرار می‌داده است، احتمال دارد که چنین رفتاری به‌تدریج در دوره نوجوانی و بزرگسالی تداوم یابد و به‌صورت اختلال سلوک و حتی رفتار ضداجتماعی متجلی گردد. در اینجا می‌گوییم که الگوی اختلال رفتاری در گستره دوره‌های تحولی دارای پیوستگی است؛ اما اگر کودکی از بدو تولد فاقد رفتار نابهنجار بوده و هنگام سخن گفتن تکلم عادی داشته است؛ اما به‌طور ناگهانی

* Play station 4 (یک وسیله بازی کودکانه است).

دچار اختلال در تکلم شود؛ یعنی رفتار ناگهانی و بدون علایم و نشانه‌های آگاهی‌دهنده قبلی بروز کند، در چنین مواردی، رفتار بهنجار از الگوهای ناپیوستگی تبعیت می‌کند. میزان پیوستگی یا ناپیوستگی در رفتار کودکان تحت تأثیر موقعیت‌های محیطی، الگوهای تربیتی و نحوه تعامل کودک با آنها به وجود می‌آید. این تغییرات بر فرایند و جهت تحول کودک تأثیر خواهد داشت (همان منبع).

به طور کلی، در حیطه روان‌شناسی مرضی کودک لازم است رفتار نابهنجار را در چارچوب علل چندگانه‌ای که بر هم تأثیر متقابلی دارند، مورد بررسی قرار داد.

نقش ذات و منش در شخصیت کودک

برخی کودکان هنگامی که متولد می‌شوند ناآرام، با چهره‌ای خشمگین و دارای خوابی آشفته هستند. این کودکان معمولاً دچار رفتار تکانشی، از جا پریدن، حساسیت نسبت به سر و صدا و رفتارهای توأم با قشقرق و جیغ کشیدن هستند. در عوض، برخی کودکان دیگر، آرام، با چهره‌ای خندان و ملایم، دارای خواب منظم و مطلوب هستند و در طول شب معمولاً به راحتی خوابیده و کمتر بیدار می‌شوند. آنها هم چنین نسبت به افراد غریبه و ناآشنا، واکنش از جا جهیدن و پریدن را از خود بروز نمی‌دهند. ملاحظه می‌شود که کودکان ناآرام، از همان بدو تولد دارای ذات و یا مزاجی ناآرام می‌باشند. این رفتار حکایت از تأثیر عوامل سرشتی در رفتار کودک دارد. شیوه‌های تربیتی والدین، جو عاطفی خانواده، شخصیت والدین و عوامل فرهنگی و اجتماعی در تشدید رفتار مبتنی بر سرشت اولیه کودک تأثیر گذاشته و موجب خاموشی آن و یا تشدید رفتار و بروز اختلال بیش‌فعالی، اختلال سلوک و درنهایت رفتار ضداجتماعی خواهد شد. به صورت قابل مشاهده و آشکاری، برخی از نوزادان در مقایسه با نوزادان دیگر، انعطاف‌پذیری بیشتری دارند. به نظر می‌رسد رفتار بهنجار یا نابهنجار از آمادگی‌های ذاتی نوزادان، یا مزاج آنها ناشی می‌شود.

مزاج به سبک سازمان‌دهی رفتاری نوزاد اشاره دارد که از همان ابتدا در فرایند تحول کودک آشکار می‌شود. مزاج بخشی از مفهوم کلی شخصیت است و معمولاً به عنوان سنگ زیربنایی شخصیت تلقی می‌شود (گالاگر^۱، ۲۰۰۸ به نقل از شریفی درآمدی و همکاران، ۱۳۹۱). البته مزاج تعیین‌کننده اصلی اختلال روانی نمی‌باشد، بلکه این امر بستگی به روابط متقابل میان آمادگی‌های فطری و موقعیت‌های محیطی دارد (همان منبع).

روتبارت^۲ و پاستر^۳ (۲۰۰۶ به نقل از داهدو، طالب، بلچا، بنیامینا^۴، ۲۰۱۶) معتقداند که سه مزاج اولیه در نوزادان و کودکان مشخص شده است که شامل: خلق سازگار، خلق مضطرب و خلق

1. Gallager
2. Rothbart
3. Poster
4. Dahdouh, Taleb, Blecha, Benyamina

تحریک‌پذیر.

خلق سازگار: شامل نوزادانی است که نسبت به محیط پیرامون خودسازگاری خوبی را نشان می‌دهند و در کنش‌های حیاتی مانند خوردن، خوابیدن و دفع کردن بهنجار هستند.

خلق تحریک‌پذیر: شامل نوزادان و کودکانی است که معمولاً تحریک‌پذیر بوده و سازگاری پایینی دارند. این کودکان هنگام مواجهه با موقعیت‌های جدید دچار تحریک‌پذیری می‌شوند.

خلق مضطرب: این نوزادان در برخورد با موقعیت‌های جدید دچار واکنش درماندگی و محتاط بودن می‌شوند. معمولاً در چنین شرایطی دچار رفتار اجتنابی هستند.

پژوهش‌های پیشین در این زمینه نشان می‌دهد که میان سنخ‌های شخصیتی نوزادان و رفتار آنها در بزرگسالی ارتباط وجود دارد. به‌عنوان مثال: کودکانی که در نوزادی، تحریک‌پذیر و بی‌قرار بوده‌اند، بعدها در بزرگسالی دچار هیجان‌پذیری، پایین بودن آستانه تحمل، حساسیت و زودرنجی، واکنش شدید و نامتناسب با موقعیت در رفتار شدند. واکنش‌های هیجانی از همان زمان تولد آغاز شده و الگوهای قابل تشخیص خلق در دوره کودکی و شخصیت بزرگسالی را تشکیل می‌دهند (داهدو و همکاران، ۲۰۱۶).

در DSM-IV یک طبقه تشخیصی با عنوان اختلال‌هایی که معمولاً نخستین بار در دوره نوزادی، کودکی یا نوجوانی^۱ تشخیص داده می‌شوند وجود داشت؛ اما در DSM-5 این طبقه حذف شده و برخی اختلال‌های کودکی و نوجوانی در طبقه جدیدی به‌نام اختلال‌های عصبی-رشدی^۲ و اختلال‌های آشوب‌گرانه، کنترل تکانه و سلوک^۳ قرار گرفتند.

سنجش، تشخیص و درمان اختلال‌های روانی کودکان

مشاهده و ثبت رفتار: جهت تکمیل ارزیابی بالینی کودک، به‌دست آوردن اطلاعات در زمینه رفتار نابهنجار کودک در محیط طبیعی منزل توسط والدین و مشاهده و ثبت رفتار مورد نظر گام مهمی به شمار می‌آید. والدین باید رفتار مورد هدف را به‌دقت مورد توجه قرار دهند و ثبت و ضبط نمایند تا توسط روان‌شناس بالینی کودک مورد ارزیابی بالینی قرار گیرد. درمانگر قادر به دسترسی به اطلاعات مربوط به محیط طبیعی کودک نیست؛ بنابراین والدین در این زمینه قادر خواهند بود رفتار کودک را مشاهده و ثبت نمایند و به درمانگر گزارش دهند. سنجش و ثبت رفتارهای کودک نیز موجب آگاه شدن والدین از عوامل و موقعیت‌های محیطی می‌شوند که در شکل‌گیری رفتار نابهنجار کودک دخیل

1. disorders usually first diagnosed in infancy, children or adolescence

2. Neuro developmental disorders

3. disruptive, impulse control, and conduct disorders