

روان‌شناسی نابهنجاری کودک

ویرایش هفتم

جلد اول



# CBCL/6-18 PROFILE FOR BOYS — SYNDROME SCALES

Name Wayne A. Webster

ID# 2301251405

Age 15

Date CBCL filled out: 4-4-01

CBCL filled out by: Alice N. Webster

Computations

Scale I 11

II 11

+ III 2 T

Internal (a) 24 71

Scale VII 4

+ VIII 19 T

External (a) 23 68

Scale IV 8

V 7

VI 14

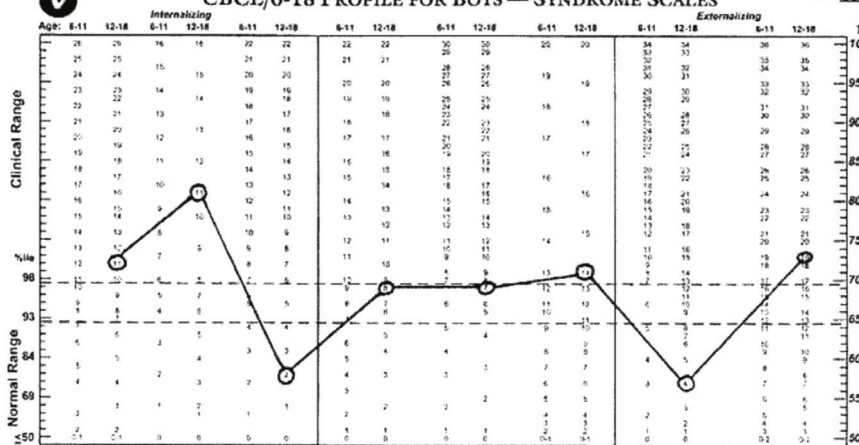
+ Other

Probs 1

(c) 30

Sum (a) + (b) + (c) T

Total 77 70



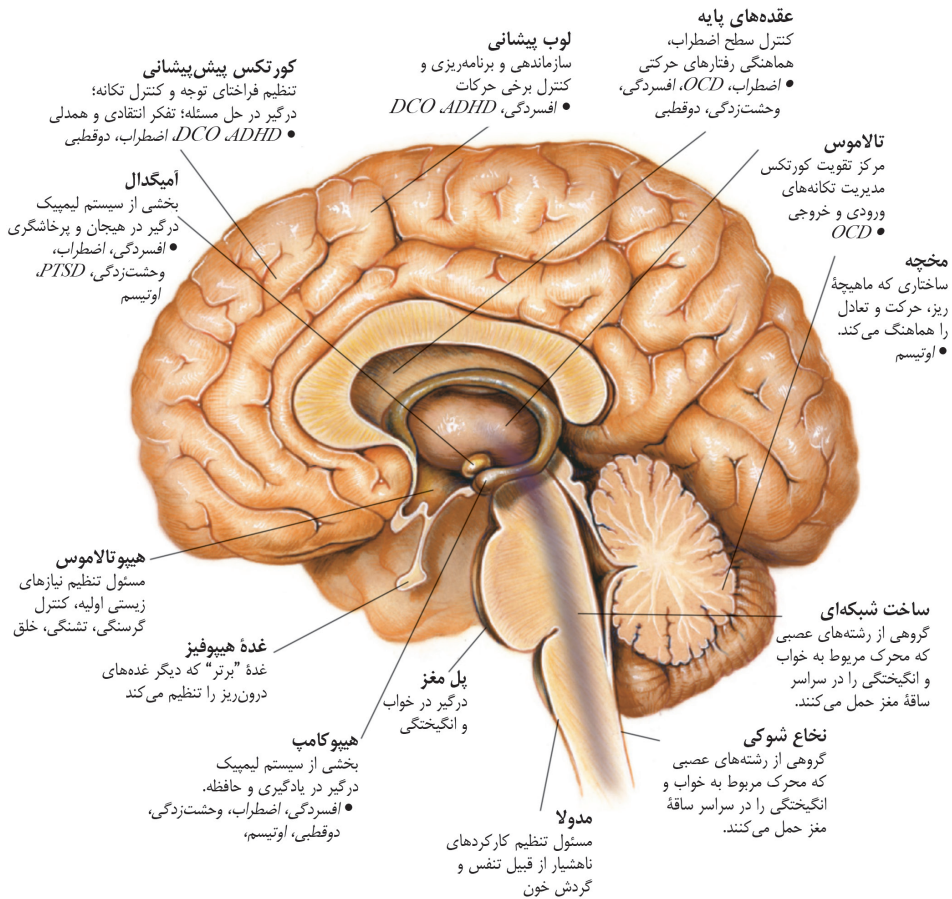
- I. ANXIOUS/DEPRESSED**
  - 14. Cries a lot
  - 29. Fears
  - 30. Fears school
  - 31. Fears doing bad
  - 32. Must be perfect
  - 33. Fears uninvolved
  - 35. Feels worthless
  - 45. Nervous
  - 60. Fearful
  - 82. Feels too guilty
  - 71. Self-conscious
  - 91. Talks of suicide
  - 112. Worries
  - Total
- II. WITHDRAWN/DEPRESSED**
  - 5. Enjoys time alone
  - 42. Rattler in
  - 69. Secretive
  - 75. Shy, timid
  - 102. Lacks energy
  - 105. Sad
  - 111. Withdrawn
  - Total
- III. SOMATIC COMPLAINTS**
  - 47. Nightmares
  - 49. Constipated
  - 51. Feels dizzy
  - 54. Overhead
  - 56a. Aches
  - 56b. Headaches
  - 56c. Nausea
  - 56d. Eye probs.
  - 56e. Skin probs.
  - 56f. Stomach
  - 56g. Vomiting
  - Total
- IV. SOCIAL PROBLEMS**
  - 11. Dependent
  - 20. Lonely
  - 25. Doesn't get along
  - 27. Jealous
  - 34. Others out to get him
  - 36. Accident-prone
  - 38. Gets teased
  - 48. Not lea'd
  - 64. Prefers younger kids
  - 79. Speech prob.
  - Total
- V. THOUGHT PROBLEMS**
  - 9. Can't get mind off thoughts
  - 18. Harms self
  - 40. Hears things
  - 56. Picks skin
  - 59. Sex parts too much
  - 66. Repeats acts
  - 70. Sees things
  - 76. Sleeps less
  - 83. Stores things
  - 84. Strange behavior
  - 93. Sleep talker/walks
  - 100. Trouble sleeping
  - Total
- VI. ATTENTION PROBLEMS**
  - 1. Acts young
  - 4. Falls to finish
  - 8. Can't concentrate
  - 10. Can't sit still
  - 12. Confused
  - 17. Daydreams
  - 47. Inattentive
  - 48. Poor schoolwork
  - 78. Inattentive
  - 80. Stares
  - Total
- VII. RULE-BREAKING BEHAVIOR**
  - 1. Drinks alcohol
  - 26. Lacks guilt
  - 28. Breaks rules
  - 30. Bad friends
  - 43. Lies, cheats
  - 63. Prefers older kids
  - 67. Runs away
  - 72. Sets fires
  - 73. Sex problems
  - 81. Stays at home
  - 82. Sleeps outside home
  - 90. Swearing
  - 94. Thinks of sex too much
  - 99. Uses tobacco
  - 101. Truant
  - 105. Uses drugs
  - 106. Vandalism
  - Total
- VIII. AGGRESSIVE BEHAVIOR**
  - 3. Argues a lot
  - 16. Mean
  - 19. Demands attention
  - 30. Bad friends
  - 43. Lies, cheats
  - 63. Prefers older kids
  - 73. Disobedient at home
  - 73. Disobedient at school
  - 77. Gets in fights
  - 87. Attacks people
  - 88. Screams a lot
  - 89. Stubborn, sulky
  - 87. Mood changes
  - 88. Suits
  - 89. Suspicious
  - 84. Teases a lot
  - 95. Temper
  - 87. Threatens others
  - 104. Loud
  - Total
- OTHER PROBLEMS**
  - 8. Out of touch
  - 7. Brags
  - 11. Cruel to animals
  - 14. Doesn't eat well
  - 44. Bites nails
  - 53. Overweight
  - 55. Other physical problems
  - 94. Other physical problems
  - 74. Shows off
  - 77. Sleeps more
  - 81. Talks too much
  - 86. Thumb-sucking
  - 107. Wets self (day)
  - 108. Wets the bed
  - 109. Whining
  - 110. Wishes to be opposite sex
  - 113. Other problems
  - Total

Broken lines = borderline clinical range

Hand-scored Syndrome Profile from CBCL completed for Wayne Webster by his mother. From Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington VT: ASEBA, p. 23.

# مغز انسان و نواحی احتمالی مرتبط با اختلالات روانی در کودکان

تا ۳۰ سالگی، مغز یک فرد به بلوغ کامل شناختی و عاطفی نمی‌رسد.



# فهرست

موضوعات ویژه مرتبط با نوجوانان و کودکان اقلیت جنسی ..... ۲۵

پیامدهای طول عمر ..... ۲۶

نگاه دقیق تر ۱۶ | گزارش‌های جاری در مورد مسائل بهداشت روانی مربوط به کودکان و نوجوانان ..... ۲۷

نگاهی به آینده ..... ۲۸

**۲ | دیدگاه‌ها و عوامل** ..... ۳۱

چه چیزی باعث مشکلات جورج می‌شود؟ ..... ۳۲

جورج: کم تحمل ..... ۳۳

بنیادهای نظری ..... ۳۵

رویکرد آسیب‌شناسی تحولی ..... ۳۶

رویکرد یکپارچه ..... ۴۰

ملاحظات تحولی ..... ۴۱

سازمان‌دهی رشد ..... ۴۱

دیدگاه‌های زیستی ..... ۴۲

انعطاف‌پذیری عصبی و نقش تجربه ..... ۴۳

سهم ژنتیک ..... ۴۴

نگاه دقیق تر ۲۱ | تعاملات زن - محیط در روان‌شناسی نابهنجاری کودک ..... ۴۵

تعیین‌کننده‌های عصبی-رشدی ..... ۴۷

نگاه دقیق تر ۲۲ | محور HPA و تنظیم استرس ..... ۵۰

**دیدگاه‌های روان‌شناختی** ..... ۵۱

تأثیرات هیجانی ..... ۵۱

تأثیرات رفتاری و شناختی ..... ۵۴

تحلیل رفتار کاربردی (ABA) ..... ۵۵

نگاه دقیق تر ۲۳ | شباهت‌هایی در سبک‌های رفتاری اولیه کودکان و شخصیت بزرگسالی و بهزیستی ..... ۵۶

**دیدگاه‌های خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی** ..... ۵۷

دلستگی نوزاد-مراقب ..... ۵۹

یافت خانواده و همسالان ..... ۵۹

نگاهی به آینده ..... ۶۱

نگاه دقیق تر ۲۴ | «داستان اصلی» رشد ..... ۶۱

**۳ | پژوهش** ..... ۶۳

رویکرد علمی ..... ۶۴

زمانی که علم نادیده گرفته می‌شود ..... ۶۶

مقدمه مترجم ..... xi

پیش‌درآمد ..... xiii

**۱ | مقدمه‌ای بر رفتار بهنجار و نابهنجار در کودکان و نوجوانان** ..... ۱

جورجینا: شمارش برای امنیت ..... ۲

دیدگاه‌های تاریخی و دستیابی به موفقیت ..... ۴

ظهور وجدان اجتماعی ..... ۴

نگاه دقیق تر ۱۱ | ویکتور آویرن ..... ۵

اسناد اولیه زیست‌شناسی ..... ۶

اسنادهای اولیه روان‌شناختی ..... ۷

نگاه دقیق تر ۱۲ | جنون خود ارضایی ..... ۷

اشکال رشد یافته درمان ..... ۹

نگاه دقیق تر ۱۳ | آلبرت کوچولو، هراس‌های بزرگ و تبلیغات جنسی ..... ۱۰

پیشرفت در قانون‌گذاری ..... ۱۱

نگاه دقیق تر ۱۴ | عهدنامه سازمان ملل در مورد حقوق افراد دارای کم‌توانی‌ها (۲۰۰۷) ..... ۱۱

آدام لانزا: مشکلات اولیه ..... ۱۲

**رفتار نابهنجار در کودکان و نوجوانان چیست؟** ..... ۱۲

تعریف اختلالات روان‌شناختی ..... ۱۳

توانایی ..... ۱۴

گذرگاه‌های تحولی ..... ۱۵

**خطر و تاب‌آوری** ..... ۱۷

رانول و جسی ..... ۱۷

چرا تفاوت‌ها ..... ۱۷

نگاه دقیق تر ۱۵ | غلبه بر ناملایمات ..... ۱۷

**اهمیت مشکلات بهداشت روانی در کودکان و نوجوانان** ..... ۱۹

تغییر تصویر سلامت روان کودکان ..... ۲۰

**چه چیزی بر میزان و بیان اختلالات روانی تأثیر می‌گذارد؟** ..... ۲۱

نگاهی به بعضی عوامل کلیدی ..... ۲۱

فقر و وضعیت نامساعد اجتماعی اقتصادی ..... ۲۲

تفاوت‌های جنسیتی ..... ۲۳

نژاد و قومیت ..... ۲۳

موضوعات فرهنگی ..... ۲۵

بدرفتاری با کودکان و آسیب عمدی ..... ۲۵

نگاه دقیق تر ۴.۲   سوالات شبیه به آنچه در WISC-IV وجود دارد	۱۱۶
<b>طبقه‌بندی و تشخیص</b>	۱۱۹
مقوله‌ها و ابعاد	۱۲۰
راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-5)	۱۲۲
<b>درمان و پیشگیری</b>	۱۲۸
مداخله	۱۲۸
ملاحظات فرهنگی	۱۳۰
اهداف درمان	۱۳۲
ملاحظات اخلاقی و قانونی	۱۳۲
رویکردهای کلی به درمان	۱۳۴
اثربخشی درمان	۱۳۸
نگاه دقیق تر ۴.۳   برنامه جامع سلامت روان: یک برنامه سلامت روانی مدرسه‌محور مبتنی بر فرهنگ	۱۳۹
فلیسیا: راه‌حل‌های چندگانه	۱۴۰
<b>جهت‌گیری‌های جدید</b>	۱۴۲

<b>۵   کم‌توانی عقلانی (اختلال عقلانی تحولی)</b>	۱۴۵
<b>هوش و کم‌توانی عقلانی</b>	۱۴۶
بیم اصلاح نژاد	۱۴۷
نگاه دقیق تر ۵.۱   کالیک‌های بدنام	۱۴۷
نگاه دقیق تر ۵.۲   چشم‌اندازهای اوایل قرن بیستم در مورد عقب‌ماندگی ذهنی	۱۴۸
تعریف و اندازه‌گیری رفتار انطباقی و هوش کودکان	۱۴۸
IQ بحث‌برانگیز	۱۴۹
<b>ویژگی‌های کم‌توانی عقلانی</b>	۱۵۱
متیو: به‌دست آوردن اما با سرعت خود	۱۵۱
ونسا: به دست آوردن در خانه	۱۵۲
توصیفات بالینی	۱۵۳
سطوح شدت	۱۵۴
شیوع	۱۵۸
دن: با کمک برادرش	۱۶۰
<b>دوره‌های تحولی و پیامدهای بزرگسالی</b>	۱۶۰
انگیزش	۱۶۱
تغییرات در توانایی‌ها	۱۶۲
زبان و رفتار اجتماعی	۱۶۲
مشکلات هیجانی و رفتاری	۱۶۳
پتی: آشفته یا آشفته شده	۱۶۳
سایر ناتوانی‌های جسمانی و سلامتی	۱۶۵
<b>عوامل</b>	۱۶۶
وراثت و نقش محیط	۱۶۷

<b>فرایند پژوهش</b>	۶۷
ویتنی: همیشه غمگین و ناراحت	۶۸
پرسش‌ها و موضوعات رایج پژوهشی	۶۸
تیتو: همیشه در حال دعوا	۶۹
نگاه دقیق تر ۳.۱   پژوهش همه‌گیرشناسی میان‌فرهنگی: مشکلات رفتاری گزارش شده توسط والدین کودکان در هفت فرهنگ مختلف	۷۱
<b>روش‌های مطالعه رفتار</b>	۷۴
استانداردسازی، پایایی، روایی	۷۴
روش‌های اندازه‌گیری	۷۶
روش‌های روانی-فیزیولوژیکی	۷۷
روش‌های تصویربرداری عصبی	۷۷
روش‌های مشاهده	۷۸
<b>راهبردهای پژوهشی</b>	۷۹
شناسایی نمونه	۸۰
طرح‌های کلی پژوهش	۸۱
طرح‌های پژوهش	۸۴
نگاه دقیق تر ۳.۲   پژوهش طولی: آیا بدر رفتاری با کودک منجر به طرد شدن توسط همسالان در گذر زمان می‌شود؟	۸۸
پژوهش کیفی	۸۹
نگاه دقیق تر ۳.۳   پژوهش کیفی: خواهر و برادران در مورد برادران دارای اختلال طیف اوتیسم صحبت می‌کنند	۹۰
<b>موضوعات اخلاقی و کاربردی</b>	۹۱
رضایت آگاهانه و موافقت	۹۲
مشارکت داوطلبانه	۹۲
محرمانه بودن و گمنامی	۹۲
روش‌های بی‌خطر	۹۳
سایر نگرانی‌های اخلاقی و کاربردی	۹۳
<b>۴   ارزیابی، تشخیص و درمان</b>	۹۵
<b>موضوعات بالینی</b>	۹۶
فرایند تصمیم‌گیری	۹۶
فلیسیا: مشکلات چندگانه	۹۷
ملاحظات تحولی	۹۸
هدف ارزیابی	۱۰۲
<b>ارزیابی اختلالات</b>	۱۰۴
مصاحبه‌های بالینی	۱۰۵
فلیسیا: تاریخچه	۱۰۷
ارزیابی رفتاری	۱۰۸
آزمون روان‌شناختی	۱۱۲
نگاه دقیق تر ۴.۱   مشاهده رفتار: دیدن تصویر کامل	۱۱۳

۲۲۱	داروها
۲۲۱	اسکیزوفرنی کودکانی
۲۲۲	مری: افسرده، بی‌نظم، سرنوشت شوم
۲۲۳	DSM-5: ویژگی‌های تعیین‌کننده اسکیزوفرنی
۲۲۵	پیشایندها و هم‌ابتلائی‌ها
۲۲۵	نگاه دقیق‌تر ۶.۴   علائم روان‌پریشی در کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی
۲۲۶	شیوع
۲۲۶	عوامل و درمان COS
۲۲۶	عوامل
۲۲۸	درمان

۲۳۱	اختلالات ارتباطی و یادگیری
۲۳۲	جیمز: باهوش اما دارای ناتوانی خواندن
۲۳۲	فرانسنین: اجتناب و شکست
۲۳۳	تعاریف و تاریخچه
۲۳۶	رشد زبان
۲۳۷	آگاهی واج‌شناختی
۲۳۸	جکی: باهوش اما دارای ناتوانی خواندن
۲۳۸	اختلالات ارتباطی
۲۳۸	اختلالات زبان و صدای گفتار
۲۴۳	اختلال سیالی گفتار با شروع کودکی (لکت زبان)
۲۴۳	سایاد: ارث خانوادگی
۲۴۵	اختلال ارتباط (عملی) اجتماعی
۲۴۶	جیمز: نقطه قوت درخشان
۲۴۶	اختلال یادگیری ویژه
۲۴۷	تیم: شاداب و علاقه‌مند
۲۵۰	SLD همراه با اختلال در خواندن
۲۵۱	SLD همراه با اختلال در بیان نوشتاری
۲۵۱	کارلوس: طراحی کند شکل‌ها
۲۵۲	SLD با اختلال در ریاضیات
۲۵۷	نگاه دقیق‌تر ۷.۱   عواملی که تاب‌آوری و انطباق را افزایش می‌دهند
۲۶۱	فرانسنین: بهبود مطمئن اما کند
۲۶۳	نگاه دقیق‌تر ۷.۲   مراحل آموزش رفتاری مستقیم
۲۶۴	کارلوس: PLANS
۲۶۵	نگاه دقیق‌تر ۷.۳   عناصر اصلی یک برنامه برای شروع موفقیت‌آمیز خواندن

۲۶۷	اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی
۲۶۸	جان: بی‌توجه، بیش‌فعال و تکانشی

۱۶۸	ژنتیک و عوامل مادرزادی
۱۷۲	تأثیرات رشد
۱۷۳	ابعاد اجتماعی و روان‌شناختی
۱۷۴	پیشگیری، آموزش و درمان
۱۷۵	آموزش و غربال‌گری پیش از زایمان
۱۷۶	درمان‌های روانی-اجتماعی
۱۷۶	نگاه دقیق‌تر ۵.۳   پیشنهادها عملی برای تسهیل زندگی کودکان از طریق مداخله اولیه
۱۷۷	از طریق مداخله اولیه

## ۶ | اختلالات طیف اوتیسم و اسکیزوفرنی

۱۸۳	کودکی
۱۸۴	اختلال طیف اوتیسم (ASD)
۱۸۴	توصیف و تاریخچه
۱۸۶	DSM-5: تعریف ویژگی‌های ASD
۱۸۹	ASD در گذر طیف
۱۸۹	لوسی: ASD همراه با کم‌توانی عقلانی
۱۹۰	جان: ASD همراه با کم‌توانی عقلانی متوسط
۱۹۱	کاستی‌های اصلی ASD
۱۹۲	کاستی‌های تعامل و ارتباط اجتماعی
۱۹۴	نگاه دقیق‌تر ۶.۱   دبستگی در کودکان مبتلا به ASD
۱۹۵	نگاه دقیق‌تر ۶.۲   ارتباط اولیه در ASD
۱۹۷	رفتارها و علائم محدود و تکراری
۱۹۹	ویژگی‌های مرتبط با ASD
۱۹۹	کاستی‌ها و قوت‌های عقلانی
۲۰۰	کاستی‌های شناختی و انگیزشی
۲۰۲	نگاه دقیق‌تر ۶.۲   آزمون سلی-آن: داشتن دیدگاه ذهن به چه معناست؟
۲۰۴	مشکلات پزشکی و ویژگی‌های جسمانی
۲۰۵	اختلالات و علائم همراه
۲۰۶	شیوع و دوره ASD
۲۰۸	آن-ماری: اولین سال تولد
۲۰۸	سن شروع
۲۰۹	دوره و پیامد
۲۱۰	عوامل ASD
۲۱۰	مشکلات در رشد اولیه
۲۱۱	تأثیرات ژنتیک
۲۱۳	ناهنجاری‌های مغز
۲۱۴	ASD به عنوان اختلال خطر و سازگاری
۲۱۵	درمان ASD
۲۱۶	امیلی: یک شغل تمام‌وقت
۲۱۶	بررسی اجمالی

۲۹۳	آلان: پیش‌دستانی مطرود.....	۲۶۸	توصیف و تاریخچه.....
۲۹۴	آلان: نمی‌توانم هیچ کاری را درست انجام دهم.....	۲۶۸	توصیف.....
۲۹۴	آلان: دیدگاه والدین.....	۲۶۹	تاریخچه.....
۲۹۵	آلان: چالش‌های بزرگسالی.....	۲۷۲	ویژگی‌های اصلی.....
۲۹۶	دیدگاه‌ها و عوامل.....	۲۷۳	بی‌توجهی.....
۲۹۷	تأثیرات ژنتیک.....	۲۷۳	لیزا: فقط نمی‌توانست تمرکز بکند.....
۲۹۷	نگاه دقیق‌تر ۸.۱   دیدگاه‌های یکپارچه ADHD.....	۲۷۴	مارک: مرد کوچک وحشی.....
۲۹۹	بارداری، تولد و رشد اولیه.....	۲۷۴	بیش‌فعالی/تکانشگری.....
۳۰۰	عوامل عصبی-زیستی.....	۲۷۶	نوع ابراز.....
	نگاه دقیق‌تر ۸.۲   آیا در کودکان مبتلا به اختلال ADHD، مغز به طور ناهنجار رشد می‌کند یا رشد آن فقط به تأخیر افتاده است؟.....	۲۷۷	معیارهای اضافی DSM-5.....
۳۰۱	رژیم غذایی، حساسیت و سرب.....	۲۷۸	معیارهای DSM چه چیزی به ما نمی‌گویند.....
۳۰۳	تأثیرات خانواده.....	۲۷۹	ویژگی‌های همبسته.....
۳۰۵	درمان.....	۲۷۹	کاستی‌های شناختی.....
۳۰۵	مارک: دارودرمانی و رفتاردرمانی.....	۲۸۳	اختلالات گفتار و زبان.....
۳۰۵	لیزا: رفتاردرمانی و مشاوره.....	۲۸۳	نگرانی‌های پزشکی و جسمانی.....
۳۰۶	دارودرمانی.....	۲۸۵	مشکلات اجتماعی.....
۳۰۷	نگاه دقیق‌تر ۸.۳   کشف تصادفی قرص ریاضی.....	۲۸۵	دنیس: هیچ چیز مهم نیست.....
۳۰۹	آموزش مدیریت والدین (PMT).....	۲۸۷	اختلالات و علائم روان‌شناختی همراه.....
۳۱۰	آلان: در جعبه گذاشته‌شده در مدرسه.....	۲۸۷	اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک.....
۳۱۰	مداخله تحصیلی.....	۲۸۷	شاوون: پسر بد.....
۳۱۱	مداخلات فشرده.....	۲۸۸	تی.جی: بسیار فعال و مضطرب.....
۳۱۳	مداخلات اضافی.....	۲۸۸	اختلالات اضطرابی.....
۳۱۴	مارک: سیستم حمایتی خوب.....	۲۸۹	اختلالات خلقی.....
	نگاه دقیق‌تر ۸.۴   پرسش‌های کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD.....	۲۸۹	اختلالات هماهنگی تحولی و تیک.....
۳۱۴	نظری در مورد درمان‌های بحث‌برانگیز.....	۲۹۰	شیوع و دوره.....
۳۱۴	به خاطر داشتن چندین نکته.....	۲۹۱	جنسیت.....
		۲۹۲	وضعیت اجتماعی-اقتصادی و فرهنگ.....
		۲۹۳	دوره و پیامد.....
		۲۹۳	آلان: خاموش و دونده.....

# مقدمه مترجم

دانشجویان را نسبت به آن اختلال، علائم، پیشگیری و درمان آن ارتقا ببخشد؛ زیرا این کتاب یک کتاب درسی است و ممکن است اساتید و دانشجویان از خواندن شرح حال و توصیف موارد اجتناب کنند؛ اساتید ممکن است در طول ترم تحصیلی نتوانند تک تک موارد را در کلاس درس ارائه دهند و دانشجویان نیز ممکن است به دلیل امتحان و کمبود وقت مناسب نتوانند موارد بالینی را مطالعه کنند؛ بنابراین توصیه می‌شود که موارد معرفی شده در متن کتاب مطالعه شوند.

این کتاب از ویژگی‌های برجسته‌ای برخوردار است؛ نخست اینکه فصل‌ها طوری طراحی شده‌اند که می‌توان برخی از آنان را برای ارزیابی دانشجویان در یک ترم تحصیلی حذف کرد و در صورت حذف انسجام مطالب به هم نخواهد خورد؛ هرچند توصیه می‌شود که اساتید در تدریس هیچ فصلی را حذف نکنند و دانشجویان نیز در صورت حذف فصلی توسط استاد، خودشان آن فصل را در ساعاتی که امتحان ندارند، بخوانند.

دوم، این کتاب یک کتاب مبتنی بر شواهد پژوهشی است و بنابراین اطلاعات دقیق و مفیدی ارائه می‌دهد که از حمایت پژوهشی برخوردار هستند و استفاده از مباحث آن به ویژه فنون آموزشی و درمانی توسط درمانگران برای کودکان و نوجوانان دارای مشکل توصیه می‌شود، هرچند ممکن است روایی و پایایی برخی از فنون متناسب با فرهنگ ایرانی مورد آزمون قرار نگرفته باشد.

سوم، این کتاب طوری طراحی شده است که هر بخش در هر فصل دارای چکیده است و در ابتدای فصل مرور اجمالی و در انتهای آن واژگان کلیدی ارائه شده است که این امر موجب می‌شود خوانندگان کتاب به ویژه دانشجویان، مباحث مطرح شده را بهتر درک کنند. علاوه بر این، در انتهای کتاب تعریف واژگان آورده شده است که در یادگیری واژگان کلیدی کتاب بسیار آموزنده است. همچنین، در بخش‌های مربوط به «نگاه دقیق‌تر» نکات مفیدی ارائه شده است که توصیه می‌شود برای یادگیری بهتر و درک بیشتر مطالب مورد مطالعه قرار بگیرند. جداول و نمودارهای داخل متن نیز نکاتی آموزنده و اطلاعاتی مفید را در اختیار اساتید و دانشجویان قرار می‌دهد.

چهارم، این کتاب با رویکردی یکپارچه‌نگر به ویژه در درمان و پیشگیری طراحی شده است که خواننده را به داشتن دیدگاه

کتاب روان‌شناسی ناپهنجاری کودک و نوجوان یکی از کتاب‌های مهم در زمینه آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان است که پایه‌های تغییرات DSM تغییر و در بخش‌های مختلف از جمله عوامل، پیشگیری و درمان اختلالات روان‌شناختی کودک و نوجوان مباحث مهم و جالب توجهی را ارائه کرده است که برای اساتید و دانشجویان علاقه‌مند به حوزه روان‌شناسی کودک و نوجوان بسیار مفید است.

همان‌طور که اساتید و دانشجویان می‌دانند، حوزه روان‌شناسی ناپهنجاری کودک و نوجوان یکی از حوزه‌های مهم در روان‌شناسی است که سالانه بسیاری از پژوهش‌های جهان به این حوزه اختصاص می‌یابد؛ زیرا از نظرهای مختلف ریشه بسیاری از مشکلات، ناپهنجاری‌ها و اختلالات بزرگسالی، در دوران کودکی است؛ از این رو وجود کتابی جامع که اکثر اختلالات کودک و نوجوان را در بر داشته باشد، بسیار مهم و مفید خواهد بود و می‌تواند راهنمای اساتید و دانشجویان در این زمینه باشد.

تشخیص و ارزیابی اختلالات در کودکی برای بسیاری از اساتید و دانشجویان کاری دشوار است؛ زیرا در بسیاری از مواقع کودکان ارجاع داده شده به مراکز درمانی را نمی‌توان مورد مصاحبه قرار داد و ارزیابی روان‌شناختی آن‌ها منوط به مصاحبه با والدین و حتی مربیان و معلمان است؛ از این رو داغ ننگ در برچسب‌گذاری اختلالات در این دوره از زندگی مشکلات زیادی را برای کودک و خانواده‌ها ایجاد می‌کند. بسیاری از خانواده‌ها با دیدن یک علامت عمده کودک را به مراکز درمانی ارجاع می‌دهند که در بسیاری از مواقع ممکن است درمانگر تحت تأثیر والدین قرار گرفته و تشخیصی نادرست را برای کودک مورد نظر برگزیند؛ تشخیص نادرست هم می‌تواند توصیه‌ها و فنون درمانی اشتباه را به دنبال داشته باشد؛ به همین دلیل، این کتاب با ارائه ملاک‌های تشخیصی هر اختلال بر اساس DSM-5 راهنمایی مفید در ارزیابی و تشخیص اختلالات روانی در دوره کودکی و نوجوانی است و اگر درمانگران بر ملاک‌های تشخیصی DSM-5 تأکید کنند، تشخیص‌های اشتباه نیز کمتر خواهند شد.

این کتاب در ابتدای بخش مربوط به هر اختلال و در برخی موارد در ابتدای بخش پیشگیری و درمان، موارد بالینی دارای اختلال را معرفی کرده است که می‌تواند درک اساتید و



درمانی مورد نظر نویسندگان ترغیب نمی‌کند؛ این امر باعث می‌شود که خوانندگان با مطالعه فنون درمانی موجود در کتاب خودشان فن مورد نظر را برگزینند.

در فصل اول این کتاب با عنوان «مقدمه‌ای بر رفتار بهنجار و نابهنجار در کودکان و نوجوانان»، تاریخچه و دیدگاه‌های نظری و رفتار بهنجار و نابهنجار مورد بررسی قرار گرفته است؛ علاوه بر این، عوامل کلیدی (فقر، جنسیت، نژاد و قومیت، فرهنگ و بدرفتاری با کودکان) تأثیرگذار بر میزان و بیان اختلالات آورده شده است.

در فصل دوم «دیدگاه‌ها و عوامل» آورده شده است که رشد و تحول کودک را از طرق مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهند. برخی از تأثیرات مانند عوامل زیستی و عوامل محیطی، الگوهای خانواده، هنجارهای فرهنگی و عوامل روان‌شناختی بررسی شده‌اند و در این فصل نشان داده شده است که چگونه این عوامل مختلف به درک رشد نابهنجار کودک کمک می‌کند.

در فصل سوم، «روش پژوهش» آورده شده است که اطلاعات مفیدی از نظر روش‌شناسی و استفاده از روش‌های پژوهش در روان‌شناسی نابهنجاری کودک و نوجوان ارائه می‌دهد؛ این فصل هرچند خلاصه‌ای از انواع روش‌های پژوهش آورده شده است، اما می‌تواند در انتخاب روش مناسب پژوهش برای اساتید و دانشجویان علاقه‌مند به انجام پژوهش در حوزه کودک و نوجوان بسیار مفید واقع شود.

فصل چهارم با عنوان «ارزیابی، تشخیص و درمان» یکی از فصل‌های مقدماتی مهم این کتاب است که تأکید می‌شود به عنوان یک فصل مهم خوب مورد مطالعه قرار بگیرد و جزء فصل‌های حذف‌شده اساتید برای امتحان نباشد؛ زیرا این فصل نکاتی مهم و ارزنده در مورد ارزیابی، تشخیص و درمان ارائه می‌دهد. در این فصل علاوه بر نکات مهم درباره ارزیابی و درمان، تغییرات عمده DSM-5 برای اختلالات دوره کودک و نوجوانی به خوبی بیان شده است.

در فصل‌های پنجم تا چهاردهم اختلالات روان‌شناختی کودک و نوجوان (کم‌توانی عقلانی، اختلالات طیف اوتیسم و اسکیزوفرنی کودک، اختلالات ارتباطی و یادگیری، اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، اختلالات سلوک، اختلالات افسردگی و

دوقطبی، اختلالات اضطرابی و وسواسی-اجباری، اختلالات مرتبط با تروما و استرس، اختلالات مرتبط با سلامتی و سوءمصرف مواد و اختلالات تغذیه و خوردن) همراه با علائم بالینی، عوامل و درمان‌ها آورده شده است که توصیه می‌شود علائم بالینی و عوامل تأثیرگذار بر این اختلالات به صورت دقیق مطالعه شوند که در اجتناب از برچسب و تشخیص‌گذاری اشتباه، مفید واقع خواهد شد. در هرکدام از این فصل‌ها درمان‌های کنونی اختلالات روان‌شناختی کودک و نوجوان آورده شده است که به‌نوبه خود می‌تواند راهنمای اساتید و دانشجویان در انتخاب رویکرد درمانی برای هر اختلال باشد.

لازم به ذکر است که در برخی موارد، مترجم کتاب توضیحاتی را در داخل متن و یا در زیرنویس ارائه داده است که می‌تواند در روشن‌سازی مطالب به اساتید و دانشجویان کمک کند؛ زیرا در برخی از موارد به صورت گذرا به مطالب یا فونونی اشاره شده است که از دیدگاه مترجم کتاب، روشن‌سازی آن‌ها برای خوانندگان لازم و ضروری بوده است.

در آخر از همه کسانی که در ترجمه این کتاب یاریگر مترجم بوده‌اند، تشکر می‌شود. از آقای دکتر سید موسی کافی ماسوله استاد روان‌شناسی دانشگاه گیلان به عنوان ویراستار علمی این کتاب که بازخوانی فصل‌ها را به عهده داشتند، تشکر می‌شود. همچنین از نظرات ارزنده دکتر مهدی عبداله‌زاده رافی (عضو هیئت علمی روان‌شناسی دانشگاه ملایر) و دکتر امید امانی و دکتر غیاث‌الدین علیزاده (اعضای هیئت علمی گروه زبان و ادبیات انگلیسی دانشگاه ملایر) تشکر می‌شود که در معادل‌سازی واژگان این کتاب یاریگر مترجم کتاب بوده‌اند. علاوه بر این از زحمات ارزنده سرکار خانم مرضیه امیری منش، کارشناس ارشد روان‌شناسی و دانشجویان کارشناسی ارشد روان‌شناسی ورودی ۹۷ و ۹۸ دانشگاه ملایر تشکر می‌کنم که فصل‌های ترجمه شده را با دقت بازخوانی کردند.

لازم به ذکر است که مسئولیت کاستی‌های این متن متوجه مترجم کتاب خواهد بود و نظرات بسیار ارزنده اساتید و دانشجویان، به ما در چاپ‌های بعدی کتاب کمک خواهد کرد. همچنین از کسانی که نظرات ارزنده خود را از طریق رایان‌نامه (s.ariapooran@gmail.com) منتقل می‌کنند، سپاسگزاریم!

## دکتر سعید آریاپوران

دانشیار و عضو هیئت علمی دانشگاه ملایر

# پیش در آمد

(G × E) و همچنین مطالعات جدید در مورد ساختار، کارکرد و ارتباطات مغزی به درک ما از اختلالات کودکی که در این کتاب پوشش داده شده‌اند، کمک می‌کند.

در عین حال ویرایش هفتم ویژگی‌های برجسته را حفظ کرده است که آن را به یکی از موفق‌ترین متون مربوط به آسیب‌شناسی روانی کودک، روان‌شناسی نابهنجاری کودک و نوجوان، آسیب‌شناسی تحولی، رشد نابهنجار و اختلالات رفتار در کودکی و نوجوانی تبدیل می‌کند. در میان این ویژگی‌ها پرداختن به گزارش‌های شخصی اولیه و تاریخچه‌های موردی برای ایجاد پیوندهای قدرتمند بین موضوعات کلیدی و تجربیات کودکان و خانواده‌های آن‌ها طراحی شده است.

## توجه به پیشرفت‌ها در روان‌شناسی نابهنجاری کودک و نوجوان

در دهه گذشته پیشرفت‌های فوق‌العاده‌ای در درک مسائل خاص مربوط به روان‌شناسی نابهنجاری کودک و نوجوان ایجاد شده است. امروزه، ما برای تمایز بین اختلالات مختلف کودکان و نوجوانان و همچنین افزایش به رسمیت شناختن ویژگی‌های مشترک و مکانیسم‌های اساسی برای این اختلالات به‌ظاهر متفاوت، توانایی بسیار بهتری داریم. پیشرفت‌های پژوهشی افزایش یافته است تا مشکلات شناخته شده یا در حال شناخت نظیر کم‌توانی‌های عقلانی، اختلال طیف اوتیسم، اختلالات یادگیری ارتباطی و خاص، اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، اختلالات حرکتی، اختلالات نافرمانی و سلوک، اختلال افسردگی و اختلالات دوقطبی، خودکشی و سوء‌مصرف مواد نوجوانان، اختلالات اضطرابی، اختلال وسواسی-اجباری، اختلالات مربوط به تروما و استرس، اختلالات تغذیه و خوردن و اختلالات ناشی از مشکلات سلامتی مزمن بهتر شناخته شوند. به طور مشابه، زمینه روان‌شناسی نابهنجاری کودک در حال حاضر آگاهی بیشتری از روش‌های متمایز کردن اختلالات روانی کودکان و نوجوانان از اختلالات بزرگسالی دارد؛ بنابراین، مهم است که دیدگاه تحولی قوی در درک مسیر اختلالات کودکی در طول عمر داشته باشیم.<sup>۱</sup>

۱. توجه: روان‌شناسی نابهنجاری کودک (ویرایش هفتم) دوره سنی را از کودکی تا بزرگسالی در نظر گرفته است و اغلب از «کودک» به‌عنوان مقدمه‌ای برای این محدوده سنی بسیار وسیع استفاده کرده است.

ما از موفقیت بسیار مهم روان‌شناسی نابهنجاری کودک که منجر به انتشار ویرایش هفتم شده است، خوشحال هستیم. در طول چند سال گذشته، ما با تنوع و اهمیت موضوعات پوشش داده شده توسط این میدان فعال و پرتکاپو که (به باور متواضعانه ما) دانش اساسی برای دانشجویان علاقه‌مند به بسیاری از حوزه‌های مختلف روان‌شناسی را فراهم کرده است، ارتباط نزدیکی برقرار کرده‌ایم. برای همگامی با گسترش این پایگاه دانش، ما هزاران مطالعه جدید را در بخش‌های اصلی و کوچک در این زمینه مرور کردیم که منجر به عرضه این متن کامل و جامع در بازار شده است.

پذیرش مثبت نسبت به نسخه‌های قبلی کتاب ما و بازخورد مفید از سوی دانشجویان و اساتید منجر به شکل‌گیری روان‌شناسی نابهنجاری کودک به عنوان یک کتاب درسی جامع و مورد علاقه دانشجویان شده است. ویرایش هفتم، تمرکز خود را بر روی کودک، نه فقط اختلالات، حفظ می‌کند و متن در راستای پیشرفت‌های علمی و عملی در این زمینه پیش می‌رود. از آنجا که خواندن کتاب‌های درسی خواهان بیشتری دارند، ما فکر می‌کنیم که ارائه تصاویر رنگی، گرافیک‌ها و آثار هنری لذت شما را از مطالب در لحظه انتخاب کتاب، افزایش می‌دهد.

تغییرات عمده در واژگان و ملاک‌های تشخیصی در راستای سازمان‌دهی و محتوای جدید ویرایش هفتم، موافق بارانهای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM-5) انجام گرفته است. برای نمونه، فصل‌های مربوط به اختلالات ویژه، با اختلالات عصبی-رشدی (از قبیل کم‌توانی عقلانی، اختلال طیف اوتیسم، اختلالات ارتباط و یادگیری ویژه و اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی) شروع می‌شوند. یک فصل جدید درباره اختلالات مربوط به تروما و استرس اضافه شده است که منعکس‌کننده توافق DSM-5 بر این نکته است که این اختلالات از اختلالات رفتاری و هیجانی دیگر متمایز هستند. همچنین این ویرایش به تحولات مهم جدید در طول چند سال گذشته توجه کرده است. یافته‌های اخیر در زمینه تشخیص، شیوع، عوامل، انواع فرعی، مسیرهای تحولی، عوامل خطر ساز و نگاه‌دارنده، جنسیت، قومیت، درمان بر پایه شواهد و مداخله زود هنگام و پیشگیری در سراسر کتاب مورد توجه قرار گرفته است. افزایش اخیر پژوهش‌ها در نقش تعاملات ژن-محیط

در مدت به نسبت کوتاهی، مطالعه روان‌شناسی ناپهنجاری کودک و نوجوان به خوبی فراتر از کودک و خانواده فرد رفته است تا نقش‌های مبتنی بر اجتماع، نقش‌های اجتماعی و فرهنگی را در یک حالت یکپارچه و حساس از نظر تحولی بررسی کند. به همین ترتیب، آن‌هایی که در این زمینه کار می‌کنند با چالش‌های بسیاری که کودکان و نوجوانان با اختلالات روانی و خانواده‌های آن‌ها مواجه هستند و همچنین با نیازها و هزینه‌های چنین مشکلاتی برای سلامت روانی، آموزش و پرورش، پزشکی و دستگاه‌های قضایی نوجوانان، بیشتر مرتبط هستند.

## تمرکز بر کودک و نه فقط اختلالات

ما بر این باور هستیم که یکی از بهترین روش‌ها برای معرفی یک مشکل ویژهٔ کودکی یا نوجوانی به دانشجویان، توصیف کودک واقعی است. توصیفات بالینی، نوشته‌شده در یک روش در دسترس و جذاب، به دانشجویان کمک می‌کند تا مشکل کودک را در بافت درک کنند و چارچوبی برای بررسی ماهیت کامل آن اختلال ایجاد کنند. در هر بخش نمونه‌هایی از کودکان و نوجوانان را با اختلالات مربوط به پرونده‌های بالینی خودمان و همکارانمان معرفی می‌کنیم. ما پس از توصیف دورهٔ بیماری که به دانشجویان تصویری جامع از کودک یا نوجوان در زمینهٔ خانواده، همسالان، جامعه و فرهنگ خود ارائه می‌دهد، به آن کودکان اشاره می‌کنیم.

علاوه بر پروندهٔ موارد بالینی، ما در طول هر فصل از موارد اقتباسی، نقل‌قول‌ها و عکس‌ها استفاده می‌کنیم تا به دانشجویان کمک کنیم که همچنان بر چالش‌های واقعی روبرو شده با کودکان مبتلا به اختلالات و خانواده‌هایشان متمرکز شوند. گزارش‌های اولیهٔ شخص و توضیحات موردی درک خواننده از زندگی روزمره کودکان و نوجوانان دارای مشکلات را غنی می‌سازد و تصویری واقع‌بینانه از نقاط قوت و محدودیت‌های فردی به نمایش می‌گذارد.

## رویکرد جامع و یکپارچه نگر

برای بازتاب گستردهٔ این حوزه، علل و پیامدهای اختلالات مختلف کودکی بر اساس یک دیدگاه یکپارچه توضیح داده می‌شود که تأثیرات زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و عاطفی و همبستگی متقابل آن‌ها را مشخص می‌کند. این راهبرد بیشتر با بررسی فرآیندهای تحولی که بیان هر اختلال را شکل می‌دهند، هدایت می‌شود. بررسی زمینه‌های وسیع‌تر خانواده، همسالان، مدرسه،

جامعه، فرهنگ و اجتماع که بر رشد تأثیر می‌گذارند نیز برای درک اختلالات کودک و بزرگسالی مهم است؛ آن‌ها یک ویژگی مهم در این کتاب هستند.

ما از رویکردهای مقوله‌ای و ابعادی در توصیف اختلالات استفاده می‌کنیم؛ زیرا هر روش تعاریف و نظرگاه منحصر به فرد و مشخصی ارائه می‌دهد. هر حوزهٔ مورد بحث با استفاده از معیارهای DSM-5 همراه با توصیفات بالینی، مثال‌ها و ابعاد به دست آمده از نظر تجربی تعریف می‌شود. ویژگی‌های بالینی هر اختلال به شیوه‌ای توصیف می‌شوند که به دانشجویان اجازه می‌دهد تا درکی محکم از ابعاد اصلی و بیان اختلال در گسترهٔ عمر آن اختلال به دست آورند. از آنجا که کودکان و نوجوانانی که برای خدمات روان‌شناختی ارجاع داده می‌شوند، به طور معمول علائمی را نشان می‌دهند که با مقوله‌های تشخیصی همپوشی دارند، هر فصل به بحث و بررسی هم‌ابتلائی‌های مشترک و هنجارهای تحولی می‌پردازد که به آگاهی در مورد تصمیم‌های تشخیصی کمک می‌کند.

## توجه هم‌زمان به گذرگاه‌های تحولی و پیامدهای بزرگسالی

برای ایجاد تعادل، ما به هر اختلال مطابق با دیدگاه کلی کودک، نزدیک می‌شویم. ملاک‌های تشخیصی با تأکید بر نقاط قوت فرد و شرایط محیطی که بر دورهٔ رشد هر اختلال تأثیر می‌گذارند، همراه است که از شروع اولیهٔ آن در کودکی و دوران کودکی تا بزرگسالی ادامه دارد. ما موضوعات ویژهٔ مربوط به گروه‌های سنی پایین‌تر و بالاتر و عوامل خطر و نگره‌دارندهٔ مؤثر بر مسیرهای تحولی را برجسته می‌کنیم. به این ترتیب، ما پیوستگی و ناپیوستگی تحولی را مورد بررسی قرار می‌دهیم و سعی می‌کنیم درک کنیم که چرا برخی از کودکان با مشکلات به تجربهٔ خود مانند نوجوانان و بزرگسالان ادامه می‌دهند و برخی دیگر این مشکلات را تجربه نمی‌کنند.

## تأکید بر تنوع

اهمیت به رسمیت شناختن تنوع در درک و کمک به کودکان دارای مشکلات و خانواده‌های آن‌ها در سراسر کتاب مورد تأکید قرار گرفته است. پژوهش‌های جدید که همچنان به آگاهی و افزایش درک ما از نقش حیاتی برخی عوامل کمک می‌کنند، در حال انجام است؛ این پژوهش‌ها نقشی حیاتی بسیاری از عوامل از جمله وضعیت اجتماعی-اقتصادی (SES)، جنسیت، گرایش جنسی، نژادی، قومی

هستند، می‌تواند سازگارانه باشد و چگونه برچسب‌های تشخیصی سنتی مفید نیستند.

## یکپارچگی درمان و پیشگیری

رویکردهای پیشگیری و درمان، اجزای اصلی درک یک اختلال ویژه هستند. استفاده از ویژگی‌های بالینی و دوره‌های تحولی اختلالات کودکی برای بهره‌مند شدن از این مشکلات و خانواده آن‌ها همواره دانشجویان را تحریک می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند تا درک بیشتری از مطالب داشته باشند؛ بنابراین، ما بر رویکردهای فعلی برای درمان و پیشگیری در هر فصل تأکید می‌کنیم که در آن چنین اطلاعاتی را می‌توان با مشکل ویژه کودکی تطبیق داد. مطابق با نیازهای سیستم سلامت در حال حاضر برای پاسخگویی، ما در مورد بهترین دستورالعمل‌های عملی بحث می‌کنیم و تأکید می‌کنیم که مداخلات باید حمایت پژوهشی لازم را داشته باشند.

## متن قابل انعطاف، بیشتر مورد پسند کاربر

این کتاب به یک چارچوب چهاربخشی منطقی برای تسهیل درک اختلالات فردی و تسلط بر کل مطالب، سازمان‌دهی شده است. پس از بخش‌های مقدماتی که بخش اول را تشکیل می‌دهند، محتویات می‌تواند به راحتی به دانشجویان در هر جهت که متناسب با اهداف و ترجیحات استاد باشد، اختصاص داده شود. در زیر خلاصه‌ای از چهار بخش این کتاب آمده است:

- I. درک روان‌شناسی نابهنجار کودک (تعاریف، دیدگاه‌ها، توصیف بالینی، پژوهش، ارزیابی و مسائل مربوط به درمان)؛
- II. اختلالات عصبی-رشدی (اختلال کم‌توانی عقلانی، اختلال طیف اوتیسم و اسکیزوفرنی کودکی، اختلالات ارتباطی و یادگیری ویژه، اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی)؛
- III. اختلالات سلوک و هیجانی (مشکلات سلوک، افسردگی و اختلالات دوقطبی، اضطراب و اختلالات وسواس فکری، اختلالات مربوط به تروما و استرس)؛
- IV. مشکلات مربوط به سلامت جسمانی و روانی (اختلالات مربوط به سلامتی و مصرف مواد، تغذیه و اختلالات خوردن).

کل متن به طور کامل دانشجو محور و قابل مدیریت بدون به خطر انداختن استانداردهای علمی محتوا و استانداردهای تحت

و فرهنگی در شناسایی، بیان، شیوع، عوامل، درمان‌ها و پیامدها را در کودک و نوجوان برجسته می‌سازد. برای افزایش تأکید ما بر این عوامل، ما خوش‌شانس بودیم که از سامرو ارکوت، دارای دکترای از دانشگاه ولسلی، متخصص در تنوع و رشد نابهنجاری کودک، انرژی گرفتیم. در نتیجه انرژی‌های دکتر ارکوت، ما تفاوت‌های مربوط به SES، جنسیت، نژاد، قومیت و فرهنگ را برای هر مسئله‌ای که در مورد دوران کودکی مطرح می‌شود، بررسی می‌کنیم. علاوه‌براین، ما همچنین اهمیت مطالعه گروه‌های متمایز را به عنوان راهی برای درک فرآیندهای مرتبط با مشکلات ویژه برای هر گروه جنسیتی، قومی و فرهنگی به رسمیت می‌شناسیم. در حالی که بر دانش جدید در مورد مسائل متنوع و اختلالات کودکی تأکید می‌کنیم، در تمام این متن هشدار می‌دهیم که مطالعات بسیار کمی نگرش‌ها، رفتارها و فرآیندهای زیستی و روان‌شناسی کودکان و نوجوانان را با اختلالات روانی و مشکلات در فرهنگ‌های مختلف بررسی کرده‌اند و مکان‌هایی را نشان می‌دهیم که در آن‌ها این وضعیت شروع به تغییر می‌کند.

## پوشش دادن اختلالات مرتبط با تروما و استرس، بدرفتاری با کودک و اختلالات مرتبط با رفتار

ویژگی متمایز این کتاب درسی، گسترش و تأکید آن بر چند حوزه جدیدتر و مهم آسیب‌شناسی روانی است که به راحتی با یک مدل کاستی یا یک رویکرد مقوله‌ای مطابق نیستند. یکی از این حوزه‌های جدید اختلالات مرتبط با تروما و استرس است که در حال حاضر در DSM-5 به عنوان اختلالات ویژه ناشی از بسیاری از انواع رویدادهای غم‌انگیز که بر رشد و روند زندگی کودک تأثیر می‌گذارند، شناخته می‌شوند. ویرایش هفتم بر نقش رویدادهای استرس‌زا و تروما در زندگی کودکان و این‌که چگونه چنین رویدادهایی ممکن است باعث اختلالات روانی شوند را گسترش می‌دهد. ما در مورد ماهیت بدرفتاری با کودکان بحث می‌کنیم تا نشان دهیم چگونه اشکال اصلی استرس و تروما در دوران کودکی اغلب از روابط ناسالم با دیگران ریشه می‌گیرد. همراه با به رسمیت شناختن اهمیت گرایش‌های زیستی در رشد و رفتار، ما در مورد ارتباط قوی بین الگوهای رفتاری کودکان و در دسترس بودن یک محیط پرورشی مناسب برای کودک و اینکه چگونه تجربه اولیه می‌تواند هم بر بیان ژن و هم بر رشد مغز تأثیر بگذارد، بحث می‌کنیم. دانشجویان از این موضوع آگاه هستند که چگونه علائم آشکار کودک در موقعیت‌های خاص و یا در روابط مراقبتی که غیرمعمول یا همراه با سوء استفاده

پوشش است. ده‌ها گزارش کاربردی و پرونده‌های شخصی کمک می‌کنند تا دانشجویان تأثیرات واقعی اختلالات را درک کنند. دو راهنمای - «موارد در فصل» و «موارد دارای جنبه‌های بالینی» - در ابتدای متن ارائه شده است تا به استادان و دانشجویان کمک کند که کتاب را به راحتی درک کنند.

علاوه بر این، فصل‌ها به طور مداوم سازمان‌دهی شده‌اند تا مدرسان بتوانند از بخش‌هایی از هر فصل (به عنوان نمونه، علل زیستی) اجتناب کنند که ممکن است خارج از سطح توانایی دانشجویان باشد یا به موضوعاتی خاص که خارج از پارامترهای یک دوره معین (از جمله اسکیزوفرنی کودکی یا اختلال دوقطبی کودکان) بپردازند. برای مدرسانی که خواهان ارائه جزئیات بیشتر از یافته‌های پژوهشی هستند، مطالعات تکمیلی را می‌توان از بسیاری از استنادهای به‌روز پژوهشی استخراج کرد.

اطلاعات مرتبط اما کم‌تر انتقادی که هر موضوع را تقویت می‌کند در «یک نگاه دقیق‌تر» ظاهر می‌شود، به طوری که دانشجویان به راحتی تشخیص می‌دهند که مطالب به‌منظور اضافه کردن بینش و مثال‌های بیشتر در حوزه‌های اصلی محتوای این فصل ارائه شده است.

در نهایت، فصل‌ها ویژگی‌های آموزشی مفیدی را برای کمک به دانشجویان در برخورد با مطالب و یادگیری یک تجربه قابل قبول ارائه می‌دهند: واژگان کلیدی برجسته شده و در متن‌هایی که در انتهای فصل آمده‌اند و در واژه‌نامه جداگانه در انتهای کتاب برای کمک به دانشجویان در درک واژگان مهم تعریف شده‌اند؛ جداول DSM-5 علاوه بر جداول عمومی، برای خلاصه کردن ملاک‌های تشخیصی ارائه شده است. نقاط برجسته دانشجویان را به مفاهیم کلیدی در سراسر فصل هدایت می‌کند و «چکیده‌های بخش» کمک می‌کند تا دانشجویان مفاهیم کلیدی هر فصل را یکپارچه کنند. علاوه بر فهرستی از واژگان کلیدی، دانشجویان به فهرستی از «چکیده‌های بخش» در پایان هر فصل برای ارجاع آسان در هنگام مطالعه، دسترسی خواهند داشت.

## چکیده‌ای از ویژگی‌های کلیدی

ویژگی‌های «نگاه دقیق‌تر» که در بالا ذکر شد، در سراسر کتاب یافت می‌شود تا دانشجویان را به مطالب ترغیب کند و هر موضوع را با اطلاعاتی جذاب غنی سازد. بعضی از نمونه‌ها عبارت‌اند از: «پیامدهای مجرمانه برای کودکان در معرض بدرفتاری کدام‌اند؟» «ترس‌های متفاوت در دوران کودکی و نوجوانی» و «آیا داروین اختلال هراس داشت؟»

ابزارهای یادگیری بینایی مانند کاریکاتورها، جداول و نقل‌قول‌های فصل و بخش و همچنین عکس‌ها و تصاویر متعدد و به طور کامل رنگی، مفاهیم کلیدی در متن را نشان می‌دهند تا درک دانشجویان را تقویت کنند.

پوشش عمیق نویسندگان نقش فرایند رشد طبیعی در شناخت هر اختلال و نیز توجه دقیق آن‌ها به تفاوت‌های جنسیتی مهم در بیان، تعیین‌کننده‌ها و پیامدهای اختلالات کودک و نوجوان، باعث درک بیشتر می‌شود.

یافته‌های کنونی در مورد قابلیت اطمینان و اعتبار معیارهای تشخیص DSM برای اختلالات ویژه با توجه به مسائل ویژگی‌ها و اختلالاتی که در DSM-5 جدید هستند، مورد بحث قرار گرفته است.

## تغییرات قابل توجه در محتوا و به روز رسانی در ویرایش هفتم

نکات برجسته در مورد محتوای تغییر و به‌روزرسانی این ویرایش عبارت‌اند از:

اطلاعات جاری در مورد شیوع، سن شروع و توزیع جنسیتی برای هر اختلال، از جمله بحث در مورد مسائل مربوط به افزایش گزارش در شیوع اختلال طیف اوتیسم.

پوشش مناسب جنسیت و فرهنگ، از جمله یافته‌های جدید هیجان‌انگیز مربوط به بیان، رشد و پیامد نوجوانان برای دختران مبتلا به اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (ADHD)، مشکلات سلوک و اختلالات اضطراب و خلقی کودکان و نوجوانان از گروه‌های قومی و فرهنگی مختلف.

آخرین دیدگاه‌ها در مورد مسیرهای تحولی اختلالات مختلف، از جمله سابقه اختلالات خوردن کودکی.

چارچوب تحولی یکپارچه برای ADHD، مشکلات سلوک، اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی، اختلال طیف اوتیسم و بدرفتاری با کودک.

یافته‌های جدید هیجان‌انگیز در مورد تأثیر متقابل تجربه اولیه و رشد مغز، از جمله اینکه چگونه عوامل استرس‌زا، مانند سوء استفاده، سیستم‌های مغز مرتبط با تنظیم استرس را تغییر می‌دهند و اینکه چگونه آن‌ها کودک را در معرض خطر مشکلات بعد از آن، مانند اضطراب یا اختلالات خلقی قرار می‌دهند.

اکتشافات ژنتیک اخیر در مورد اختلالات عصبی مانند اختلال طیف اوتیسم، ADHD و اختلالات یادگیری ویژه و ارتباطی.

- مطالعات پیامد درمان در بی‌اشتهایی و پراشتهایی (فصل ۱۴)
  - ◀ پوشش اضافه در موضوعات مهم و جدید از جمله:
  - انواع ارائه اختلالات از قبیل ارائه به طور غالب بی‌توجهی ADHD و یافته‌های جدید در تکانش‌گری هیبجانی (فصل ۸)
  - اختلالات خلقی و شخصیت (فصل ۲ و ۴)
  - رویکردهای اضطرابی برای تشخیص مانند ابتکار معیارهای مبتنی بر حوزه پژوهش (RDcC) (فصل ۴)
  - خوشه‌های مختلف علائم برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای (فصل ۹)
  - سبک‌های فرزند پروری (فصل ۲، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲)
  - داغ ننگ بیماری روانی (فصل ۱ و ۴)
  - تعامل میان یافته‌های پژوهشی در روان‌شناسی ناپهنجاری کودک و پیامدهای سیاست عمومی در طول کتاب.
  - ◀ پوشش بسیاری از گزارش‌های مهم از رئیس بخش پزشکی ارشد، سازمان بهداشت جهانی و دیگر موارد که آینده پژوهشی و عملی در سلامت روان کودکان را شکل می‌دهد (فصل ۱ و ۲)

این کتاب دارای راهنمایی‌هایی برای اساتید و دانشجویان (MindTab)؛ یک تجربه تدریس شخصی با تکالیف مربوطه است که دانشجویان را به تجزیه و تحلیل، کاربرد و بهبود تفکر راهنمایی می‌کند و به شما امکان می‌دهد مهارت‌ها و نتایج را با سهولت اندازه‌گیری کنید<sup>۱</sup> به همراه بانک سؤالات است که به صورت جداگانه در بازار منتشر شده‌اند که مراجعه به آن‌ها به خوانندگان کتاب توصیه می‌شود.

در آخر از همه کسانی (در متن اصلی اسامی آن‌ها وجود دارد) که در نوشتن متن به ما انرژی دادند و همچنین کسانی (در متن اصلی نام آن‌ها وجود دارد) که بازخوانی فصل‌ها را به عهده داشتند تشکر می‌کنیم و برخورد لازم می‌دانیم که ضمن قدردانی از این عزیزان بگوییم که مسئولیت کاستی‌های این کتاب بر عهده ما است. لازم به ذکر است نظرات بسیار ارزنده دانشجویان در ویرایش‌های بعدی، به ما کمک خواهد کرد و ما از کسانی که این نظرات را داوطلبانه به ما منتقل می‌کنند سپاسگزاریم!

**اریک جی. مش**  
**دیوید آ. ولف**

- یافته‌های مربوط به تصویربرداری عصبی ADHD، اختلال طیف اوتیسم، اضطراب و افسردگی که علل عصبی زیستی را روشن می‌کنند.
- ◀ اطلاعات جدید در مورد عوامل خانوادگی در بروز اختلالات برون‌نمود و درون‌نمود و ناتوانی‌های تحولی.
- ◀ یافته‌های جدید در مورد انواع مختلف بیان، ابعاد و مشخصه‌های اختلالات مانند اختلال ADHD، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلالات سلوک.
- ◀ یافته‌های اخیر در زمینه عوامل پیش‌بین بیماری‌های روانی در کودکان.
- ◀ یافته‌های اخیر در مورد الگوهای استفاده و سوء‌مصرف داروها برای درمان ADHD و افسردگی در دوران کودکی.
- ◀ تعاریف جدید از کم‌توانی‌های عقلانی و رفتار سازگارانه.
- ◀ یافته‌های اخیر از مطالعات تصویربرداری عصبی نشان‌دهنده اثرات مضر سوء استفاده و بی‌توجهی و شکل‌های مشابه استرس و تروما در رشد عصب‌شناختی است.
- ◀ بحث در مورد مقوله‌های جدید اختلال دلبستگی واکنشی (RAD) و اختلال ارتباط (عملی) اجتماعی (DSED).
- ◀ تازه‌ترین یافته‌های پیگیری از مداخلات زود هنگام خلاقانه و برنامه‌های پیشگیری و مداخله‌ای مانند مداخلات زود هنگام برای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، مسیرهای سریع برای اختلالات سلوک و مطالعه درمان چند مدلی برای کودکان مبتلا به ADHD.
- ◀ تمرکز بر روی ارزیابی و تدابیر مبتنی بر شواهد شامل موارد زیر:
  - پیشرفت در شناسایی زودرس و درمان‌های جدید برای اختلال طیف اوتیسم (فصل ۶)
  - شرح اختلالات ارتباطی و یادگیری جدید / تجدیدنظر شده مانند اختلال ارتباط (عملی) اجتماعی.
  - درمان رفتاری، درمان‌های دارویی و ترکیبی برای ADHD (فصل ۸)
  - آموزش مدیریت والدین، آموزش مهارت‌های حل مسئله و درمان چند مدلی برای اختلالات نافرمانی و رفتار (فصل ۹)
  - درمان شناختی-رفتاری و درمان بین فردی برای افسردگی (فصل ۱۰)
  - درمان شناختی رفتاری، مواجهه درمانی و نقش‌پذیری در اختلالات اضطرابی (فصل ۱۱)
  - درمان مشکلات سوء‌مصرف مواد در کودکی و نوجوانی (فصل ۱۳)

۱. به این آدرس مراجعه شود: <https://www.cengage.com/mindtap/>

# مقدمه‌ای بر رفتار بهنجار و نابهنجار در کودکان و نوجوانان

بشریت ارزنده‌ترین و بهترین چیزها را به کودک بدهکار است.

— کنوانسیون سازمان ملل در مورد حقوق کودک (۱۹۸۹)

## مرور فصل

### دیدگاه‌های تاریخی و

### پیشرفت‌های غیرمنتظره

✓ ظهور وجدان اجتماعی

✓ اسنادهای اولیه زیست‌شناسی

✓ اسنادهای اولیه روان‌شناختی

✓ شکل‌های استنتاجی درمان

✓ قانون‌گذاری تدریجی

### رفتار نابهنجار در کودکان

### و نوجوانان چیست؟

✓ معرفی اختلالات روان‌شناختی

✓ توانایی

✓ گذرگاه‌های تحولی

### خطر و تاب‌آوری

### اهمیت مشکلات سلامت روان

### در میان کودکان و نوجوانان

✓ تغییر تصویر سلامت

روان کودکان

### چه چیزی میزان و بیان اختلالات

### روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟

✓ نگاهی به بعضی عوامل کلیدی

✓ فقر و اوضاع نامساعد اجتماعی-

اقتصادی

✓ تفاوت‌های جنسیتی

✓ نژاد و قومیت

✓ مسائل فرهنگی

✓ سوء استفاده از کودک و آسیب

عمدی

✓ موضوعات ویژه مربوط به نوجوانان

و نوجوانان اقلیت جنسی

✓ معانی منفی طول عمر

### نگاهی به آینده

کودکان تأکید دارند. دلیل شما برای مطالعه این کتاب هرچه باشد، ما خوشحالیم که شما را به یک رشته تحصیلی هیجان‌انگیز و فعال دعوت می‌کنیم، رشته‌ای که ما باور داریم شما را با موضوعات و مفاهیمی آشنا خواهد کرد که تأثیرات عمیق و پایداری دارند. مشکلات روانی کودکان و نوجوانان به بسیاری از ما در نقش فعلی و نقش‌های آینده از جمله افراد متخصص، اعضای جامعه و والدین مربوط می‌شود و به افراد آموزش‌دیده در این زمینه، نیاز بیشتری وجود دارد (مک‌لین، کنیتزر و کارتر، ۲۰۰۷).

اجازه بدهید با مشکل جورجینا شروع کنیم که باعث به وجود آمدن چند پرسش اساسی می‌شود که ما را به سمت فهم اختلال

بعد از قرن‌ها سکوت، سوءتفاهم و حتی سوء استفاده، اکنون مشکلات سلامت روان کودکان و نیازهای آنان مورد توجه بیشتری قرار گرفته است که با نگرانی اخیر جامعه در مورد بهزیستی کودکان ارتباط دارد. خوشبختانه، امروز اکثر مردم شبیه شما می‌خواهند در مورد نیازهای کودکان بدانند. شاید شما تشخیص داده باشید که مشکلات سلامت روان کودکان در بسیاری از ابعاد با همان مشکلات در بزرگسالان متفاوت است، بنابراین شما انتخاب کرده‌اید که نگاه دقیق‌تری داشته باشید. ممکن است شما در حرفه آموزش، مشاوره، پزشکی، حقوق، توان‌بخشی یا روان‌شناسی فعالیت کنید، همه این مشاغل برای فعالیت بهتر به دانش در مورد نیازهای ویژه

## جورجینا

### شمارش برای امنیت



حتی در ۵ سالگی، آیین شمارش عجیب و غریب جورجینا نشانه‌ای از اختلال وسواسی او بود.

کردن متن‌ها و اشیاء نگران بود. او بر این باور بود که اگر نتواند شمارش را کامل کند، یک اتفاق وحشتناک برای خودش یا والدینش پیش خواهد آمد.

او توضیح می‌داد که شب‌هنگام بدترین زمان بود، زیرا نمی‌توانستم بخوابم تا وقتی که شمارشم کامل نمی‌شد و این می‌توانست مدت زمان زیادی طول بکشد (در واقع زمان زیادی را می‌گرفت، مادرش تأیید می‌کرد).

به‌وضوح، آیین‌های عجیب و غریب باعث می‌شد که از تکالیف مدرسه و دوستی‌ها باز بماند. مادرش گزارش نمرات او را به من نشان داد، نمرات جورجینا در چندین درس از متوسط رو به بالا به سطح پایین افت پیدا کرده بود (بر اساس پیاستینی و گرا، ۱۹۹۷).

در ده‌سالگی، نشانگان عجیب و غریب جورجینا به جایی رسید که مادرش در این زمینه نیاز به کمک فوری داشت. زمانی که دو سال پیش شروع به صحبت کردن در مورد آسیب رساندن به خودش و خانواده‌اش کرد، رفتارش بیشتر نگران‌کننده بود. مادرش به یاد می‌آورد که چگونه جورجینا در کلاس دوم به خانه آمد و شکایت کرد که: من نیاز دارم که این کار را به پایان برسانم ولی به نظر می‌رسد نمی‌توانم؛ اینکه من بعضی چیزها را فراموش می‌کنم و مجبورم مدام در موردشان فکر کنم. مادرش نگرانی و ناکامی او را چنین بیان می‌کند: «می‌توانم به خاطر بیاورم که در اوایل پنج‌سالگی، جورجینا وسایلش را به شیوه خاصی لمس و مرتب می‌کرد، مانند مسواک زدن دندان‌هایش در یک توالی‌های زمانی مشخص. گاهی اوقات متوجه می‌شدم که او بارها و بارها در راهرو قدم می‌زد و به نظر می‌رسید که قبل از اینکه اتاق را ترک کند نیاز به چک کردن و مرتب کردن وسایلش داشت.» مادر جورجینا با پزشک خانوادگی صحبت کرده بود و پزشک چنین گفته بود که: «به احتمال زیاد یک دوره زمانی است که جورجینا در حال گذراندن آن است. به آن توجهی نکنید، خودش متوقف خواهد شد.»

ولی متوقف نشد، جورجینا این آیین‌ها را به شمارش واژه‌ها و اشیاء، در ابتدا در گروه‌های چهارتایی، تعمیم داد. او به مادرش گفت: من نیاز دارم اشیاء را شمارش کنم و سپس آن‌ها را به شیوه‌های مشخصی گروه‌بندی کنم و تنها من، قوانین چگونگی انجام دادن این کار را می‌دانم. وقتی کسی چیزی را به من می‌گوید یا من چیزی را می‌خوانم، مجبورم واژه‌ها را در گروه‌های چهارتایی شمارش کنم و سپس این گروه‌ها را در گروه‌های بیشتر چهارتایی سازمان بدهم. او به تعداد زیاد مجله‌های موجود در دفتر کارم و همچنین به کتاب‌های موجود در قفسه نگاهی انداخت. او هنگام صحبت کردن، این چیزها را شمارش و گروه‌بندی می‌کرد. جورجینا به طور مداوم از فراموش



معمول به عنوان نتیجه نگرانی‌های والدین - بزرگسالان، پزشکان متخصص اطفال، معلمان یا مشاوران مدرسه وارد سیستم سلامت روان می‌شوند و خود کودکان ممکن است نقش کمی در این موضوع داشته باشند. کودکان خودشان برای درمان مراجعه نمی‌کنند. این امر کاربردهای مهمی در زمینه چگونگی شناخت مشکلات کودکان و نحوه پاسخگویی به این مشکلات دارد.

- ▶ بسیاری از مشکلات کودکان و نوجوانان از قبیل شکست آن‌ها در نشان دادن پیشرفت‌های تحولی، مورد انتظار هستند. مشکل ممکن است موقتی و گذرا باشد، مانند بیشتر انواع شب‌اداری‌ها یا همان‌گونه که در مورد جورجینا می‌بینیم ممکن است نشانه اولیه مشکلات شدیدتر باشد. تعیین مشکل نیاز به آشنایی با رشد بهنجار و ناهنجار دارد.
- ▶ بسیاری از مشکلات سلوک نشان داده شده توسط کودکان و نوجوانان به طور کامل ناهنجار نیستند. به طور معمول اغلب کودکان و نوجوانان مشکلات سلوک مشخصی را نشان می‌دهند. به عنوان نمونه، نگرانی لحظه به لحظه در مورد فراموش کردن چیزها یا گم کردن جریان تفکر، چیزهای رایجی هستند؛ هرچند رفتار جورجینا، چیزی بیشتر از این نگرانی‌های معمولی است، بنابراین تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه کاری انجام دهیم نیاز به آشنایی با اختلالات روان‌شناختی شناخته شده و مشکلات سلوک رنج‌آور دارد.
- ▶ در کودکان و نوجوانان، مداخلات اغلب متمایل به ارتقا سطح رشد هستند تا رسیدن به حفظ سطح قبلی عملکرد. برخلاف مداخلات برای بزرگسالان، هدف مداخلات در کودکان تقویت توانایی‌ها و مهارت‌ها و همچنین از بین بردن پریشانی است.

قبل از اینکه تعاریف امروزی رفتار ناهنجار کودکان و نوجوانان را بررسی کنیم، پی بردن به این نکته که چگونه علائق و رویکردهای جامعه در مورد این مشکلات در طول نسل‌های پیشین، باعث بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان کودکان و نوجوانان شده است، ارزشمند است. بسیاری از کودکان، به ویژه کودکان دارای نیازهای ویژه، گذشته بغرنجی را پشت سر گذرانده‌اند، زیرا آن‌ها مجبور بوده‌اند که به عنوان کارگران معادن زغال‌سنگ، کارگران مزارع یا گدایان فعالیت کنند. نگرانی در مورد نیازها، حقوق و مراقبت از کودکان، نیازمند حساسیت و آگاهی ویژه و مداوم جامعه است که در حقیقت تا قبل از قرن بیستم وجود نداشته است (آریس، ۱۹۶۲). هنگامی که خلاصه تاریخی را می‌خوانید، ببینید که چگونه

روان‌شناختی<sup>۱</sup> کودکان هدایت می‌کند. از خودتان بپرسید: آیا رفتار جورجینا ناهنجار به نظر می‌رسد؟ آیا یک مشکل هیجانی است؟ شما مشکل جورجینا را چگونه توصیف می‌کنید؟ یک مشکل یادگیری؟ یک ناتوانی تحولی؟ یا اینکه چیزی در محیط باعث این رفتارهای عجیب و غریب می‌شود؟ یا بهتر است بگوییم که این رفتارها پاسخی به نشانه‌های درونی است که ما چیزی در مورد آن نمی‌دانیم؟ اگر جورجینا یک پسر یا یک آمریکایی - آفریقایی تبار یا اسپانیایی بود، آیا رفتار او به طور متفاوت‌تری در نظر گرفته می‌شد؟ آیا او به انجام همین رفتارها ادامه خواهد داد؟ و اگر چنین باشد، ما برای کمک به وی چه کاری می‌توانیم انجام دهیم؟

وقتی والدین به دنبال کمک یا مشاوره هستند اغلب پرسش‌هایی شبیه موارد زیر در مورد رفتار کودکان می‌پرسند و نیازمند شناسایی دوره‌های این رفتارها و پیامدهای احتمالی این رفتارها هستند. این سوالات همچنین، موضوعاتی نظیر موارد زیر را نشان می‌دهند که مطالعات پژوهشی روان‌شناسی ناهنجاری کودک، در جستجوی پاسخ آن‌ها هستند:

- ▶ تعریف اینکه چه چیزی رفتار بهنجار و ناهنجار را بر اساس دوره‌های سنی مختلف، جنسیت و زمینه‌های مختلف قومی و فرهنگی شکل می‌دهد.
- ▶ شناسایی عوامل و همبسته‌های رفتار ناهنجار کودک.
- ▶ پیش‌بینی پیامدهای بلندمدت.
- ▶ ایجاد و ارزیابی روش‌هایی برای درمان یا پیشگیری.

چگونگی انتخاب شما در توصیف مشکلات کودکان و اینکه این‌گونه مشکلات ممکن است منجر به چه اختلالی شود، قدم اول در فهم ماهیت مشکلات کودکان است. همان‌گونه که در فصل یازده بحث می‌کنیم، علائم جورجینا ملاک‌های تشخیصی برای اختلال وسواسی-اجباری را برآورده می‌کند. این برجسب تشخیصی اگرچه کامل نیست ولی جزئیات بسیاری را در مورد اختلال، مسیری که ممکن است طی کند و درمان‌های احتمالی آن برای ما مشخص می‌کند.

مشکل جورجینا همچنین ویژگی‌های مهمی را شرح می‌دهد که بیشتر اختلالات کودکان و نوجوانان را متمایز می‌کند:

- ▶ زمانی که بزرگسالان به دنبال کمک برای کودکان هستند، اغلب واضح نیست که مشکل از کیست. کودکان به طور

متأسفانه، در طی قرن هفدهم و هجدهم، به طور تقریبی دوسوم کودکان اغلب به خاطر فقدان آنتی‌بیوتیک‌ها یا درمان‌های پزشکی مشابه برای بیماری‌های کشنده، قبل از پنج‌سالگی جان خود را از دست می‌دادند (زیلیزر، ۱۹۹۴). بسیاری از کودکان توسط والدینشان به طور ظالمانه و با بی‌تفاوتی مداوم می‌شدند. اقدامات بی‌رحمانه ناشی از بی‌تفاوتی زیاد والدین و بی‌توجهی نسبت به سوءاستفاده جسمانی و جنسی از کودکان مورد توجه قرار نمی‌گرفت یا این رفتارهای ناشی از بی‌تفاوتی به عنوان حق بزرگسالان در تعلیم و تربیت کودکان در نظر گرفته می‌شد (رادبیل، ۱۹۶۸). برای بسیاری از نسل‌ها، دیدگاه مورد نظر جامعه این بود که کودکان دارای انحصاری والدین هستند و مسئولیت والدین آن‌ها با به کار بردن تلاش‌ها و درمان‌های انسانی تغییر نخواهد کرد. به عنوان نمونه، حق ویژه والدین برای اجبار کودکان به اطاعت، از طریق قانون کودکان سرکش ماساچوست<sup>۱</sup> در سال ۱۶۵۴، تصویب شده بود که به والدین اجازه کشتن کودکان سرکش را به دلیل بی‌ادبی و بدرفتاری می‌داد. در اواسط قرن هجدهم قانون‌های ویژه، نگهداری کودکان دارای ناتوانایی‌های شدید را در قفس و گودال مجاز می‌شمردند (دونهو، هرسن و آمرمن، ۲۰۰۰).

### ظهور وجدان اجتماعی

«ساختن کودکان قوی‌تر آسان‌تر از اصلاح مردان ضعیف است.»  
- نسبت داده شده به فردریک داگلاس

خوشبختانه، به تدریج وضعیت در قرن نوزدهم برای کودکان و نوجوانان بهبود یافت و به طور چشمگیری در اواخر قرن بیستم پیشرفت کرد. با این حال، تا تغییرات اخیر در قوانین و نگرش‌ها، کودکان (همراه با زنان، گروه‌های اقلیت و افراد با نیازهای ویژه) اغلب آخرین گروهی بودند که از امکانات رفاهی جامعه بهره می‌بردند و اولین قربانیان محرومیت‌های جامعه بودند. اکنون ما می‌دانیم که قبل از هرگونه تغییر واقعی، جامعه باید به درک انسانی در مورد نحوه تشخیص و تبیین نیازهای ویژه بعضی از اعضایش، دست یابد. علاوه بر باورها و نگرش انسان‌ها، هر جامعه‌ای باید مسیرها و ابزارهای لازم را برای تشخیص و حمایت از حقوق افراد، به ویژه کودکان ایجاد کند (عهدمنامه سازمان ملل در حقوق کودکان، ۱۹۸۹). نگاهی کلی به بعضی از تحولات و پیشرفت‌های مهم، زمینه مهمی را برای فهم شیوه‌های امروزی سلامت روان کودکان فراهم می‌کند.

تاریخچه به‌نسبت کوتاه روان‌شناسی ناپهنجاری کودکان بسیار تحت تأثیر فلسفه و تغییرات اجتماعی قرار گرفته است که خود این امر نیز به طور کلی بر چگونگی نگرش نسبت به کودکان و درمان آن‌ها اثر داشته است (بورستلمن، ۱۹۸۳؛ وی، فرنچ، ۱۹۷۷).

## دیدگاه‌های تاریخی و دستیابی به موفقیت

اینها تب و زمانی هم مالیخولیا داشتند. من نمی‌توانم به یاد داشته باشم که سرم را بالا برده و ماه یا هر جسم آسمانی را دیده باشم. چشمانم را به پایین خیابان‌های گسترده و دارای چراغ روشن و جایی که درختان باغ تمام شب برگ‌هایشان در تاریکی نامشخصی خش خش می‌کرد، دوخته بودم.

— رابرت، لوئیس استیونسون، توصیف خاطرات بیماری‌ها و افسردگی دوران کودکی (ذکر شده در کالدر، ۱۹۸۰)

ما جدا از هرگونه هدفی، باید کودکان را به عنوان موجوداتی ارزشمند در نظر بگیریم تا بتوانیم به رشد زندگی بهنجار و توانایی آن‌ها کمک کنیم. اگرچه این دیدگاه در مورد کودکان، امروزه برای ما آشکار و بدیهی است ولی ارزشمند ساختن حقوق کودکان و مهیا کردن خدمات پزشکی، آموزشی و منابع روان‌شناختی برای ترویج پیشرفت‌های آنان، متأسفانه اولویت جامعه‌های پیشین نبوده است. نوشته‌های اولیه نشان می‌دهد که کودکان به عنوان خدمتکاران دولت‌ها در شهرهای ایالتی مانند یونان در نظر گرفته می‌شدند. جوامع یونان باستان و رم بر این باور بوده‌اند که هر شخص - پیر یا جوان - دارای معلولیت جسمانی یا ذهنی، ناتوانی و بدشکلی، یک هزینه اقتصادی و مایه شرمندگی برای جامعه است و بنابراین تحقیر، طرد و یا محکوم به مرگ می‌شد (وی، فرنچ، ۱۹۷۷).

پیش از قرن هجدهم، مشکلات سلامت روان کودکان برخلاف اختلالات بزرگسالان به ندرت به طور رسمی در جوامع مورد توجه واقع شده بود. بعضی از اولین علاقه‌های تاریخی به رفتار ناپهنجار کودکان به اواخر قرن هجدهم برمی‌گردد. کلیسا از نفوذ قوی و مؤثر خود برای تفسیر رفتار ناپهنجار یا آشفته کودکان استفاده می‌کرد و آن را به ذات وحشی و ماهیت تحریکی آن‌ها نسبت می‌داد (کانر، ۱۹۶۲). در حقیقت، در این دوره، تبیین‌های غیرمذهبی برای رفتار مختل شده کودکان به ندرت مورد توجه بود، زیرا تسخیر توسط شیطان و نیروهای مشابه، تنها توضیح مورد نظر برای اختلالات بوده است (ری، ۱۹۷۱) و هیچ‌کس علاقه‌مند به چالش کشیدن این دیدگاه نبوده است.

1. Massachusetts' Stubborn Child Act

## ویکتور آوبرن



برای اولین بار، یک بزرگسال در جهت فهمیدن - احساس و درک - ذهن و هیجانات یک کودک ویژه تلاش کرده بود و ثابت کرد که یک کودک با کاستی‌های شدید از طریق آموزش مناسب می‌تواند بهبود یابد.

وقتی که ویکتور که به عنوان پسر وحشی آوبرن از او یاد می‌شود، ۱۱ یا ۱۲ ساله بود توسط شکارچی‌ها پیدا شد، به احتمال زیاد در تمام طول زندگی‌اش در جنگل‌ها تنها زندگی کرده بود. جان ایتارد، پزشک جوان آن زمان، بر این باور بود که به دلیل بی‌توجهی اجتماعی و تربیتی، این پسر دچار وقفه ذهنی شده است. ویکتور که در ابتدا ساکت بود، روی چهار دست و پا راه می‌رفت، در حالی که روی زمین دراز کشیده بود آب می‌نوشید و چنگ می‌انداخت. شایعه‌ای در مورد او پخش شده بود که وی توسط حیوانات پرورش یافته است. او کثیف، بی‌کلام (صحبت نمی‌کرد)، ناتوان در توجه کردن و بی‌احساس نسبت به گرما و سرما بود. برخلاف ظاهر و رفتار کودک، ایتارد معتقد بود که محرک‌های محیطی می‌توانند او را واجد شرایط انسانی کنند. شرح تلاش‌های سخت ایتارد، خوش‌بینی، ناکامی، عصبانیت، امید و افسردگی که او در کار با این کودک خاص تجربه کرده بود را آشکار کرد.

ایتارد برای آگاهی نسبت به تجربه‌های حسی از روش‌های گوناگونی استفاده کرد: حمام داغ، ماساژ، برانگیختگی هیجانی و حتی شوک الکتریکی. بعد از پنج سال آموزش توسط دکتر ایتارد، ویکتور یاد گرفت که اشیاء و حروف الفبا را تشخیص دهد و بسیاری از واژه‌ها را مقایسه کند و اشیاء و قسمت‌های مختلف آن را نام‌گذاری کند. ویکتور همچنین زندگی اجتماعی را به زندگی در تنهایی حیات‌وحش ترجیح داد. برخلاف دستاوردهایش، ایتارد احساس کرد که تلاش‌هایش شکست خورده است؛ چون هیچ‌گاه به هدفش برای اجتماعی کردن ویکتور در رفتار بهنجار نرسید. با این حال، مورد ویکتور نقطه عطفی در تلاش برای کمک به کودکان با نیازهای ویژه بود.

کاتر، ۱۹۹۴، ص ۱۵.

و فهم و توجه با آنان رفتار کرد و فرصت‌های تربیتی مناسب و شایسته به آن‌ها داد (ایلیک، ۱۹۷۴). به گفته او، «تنها حصار [استفاده باستانی، به معنای «دفاع»] در برابر جهان، شناخت کامل آن است.»

سپس، در قرن نوزدهم، یکی از اولین تلاش‌های مستند برای کار با کودکان دارای نیازهای ویژه توسط جین مارک ایتارد (۱۸۳۸-۱۷۷۴) صورت گرفت. در نگاه دقیق‌تر ۱.۱ توضیح داده شده است که چگونه ایتارد، ویکتور (کودک پیدا شده در جنگل‌های بیرون از پاریس) را به دلیل عقب‌ماندگی‌های تحولی شدید به جای فرستادن او به تیمارستان، درمان کرد. به طور نمادین، این تلاش‌های صورت گرفته زمینه جدیدی را در جهت‌گیری کمک به کودکان ویژه آغاز کرد که ابتدا روی مراقبت، درمان و آموزش این افراد تمرکز کرد و بعد

در جوامع غربی، زمانی که فلسفه مراقبت‌های انسانی و سازمان حمایت اجتماعی شروع به ریشه دواندن کرد، آگاهی از وجدان اجتماعی برای اولین بار در قرن هفدهم اتفاق افتاد. یکی از اولین پیشگامان این تغییرات، جان لاک (۱۶۳۲-۱۷۰۴) بود، یک فیلسوف و پزشک برجسته انگلیسی که نگرش‌های امروز و همچنین شیوه تولد کودکان و تربیت آن‌ها را تحت تأثیر قرار داد. لاک به حقوق انسان‌ها باور داشت، او باور تازه‌ای را بیان کرد که بر اساس آن کودکان باید با اندیشه و مراقبت پرورش بیابند نه با روش‌های سخت و سهل‌انگاری. به جای در نظر گرفتن کودکان به عنوان ظالمان غیرمتمدن<sup>۱</sup>، او آن‌ها را به عنوان موجودات حساس و عاطفی می‌دید که باید با مهربانی

1. uncivilized tyrants

از آن به آن‌ها افراد دارای کاستی‌های ذهنی<sup>۱</sup> گفته شد.

بیمارستان روانی را برای درمان نوجوانان مشکل‌دار که در قبل در چاله و قفس نگاه‌داری می‌شدند، تأسیس کرد (آکنباخ، ۱۹۸۲). دوم، نفوذ فیلسوفانی مانند لاک و دیگران منجر به این دیدگاه شد که کودکان نیاز به هدایت و حمایت اخلاقی دارند. با این تغییرات دیدگاه، نگرانی‌ها در مورد تربیت اخلاقی، سوادآموزی اجباری و بهبود اقدامات بهداشتی بیشتر شد. این تلاش‌های اولیه در حمایت از کودکان، پایه‌هایی برای تکامل دیدگاه‌ها در مورد رفتارهای ناپهنجار کودکان به عنوان نتیجه‌ای از ترکیب تأثیرات زیست‌شناسی، محیطی، روان‌شناسی و فرهنگی را فراهم کرد.

### اسناد اولیه زیست‌شناسی

درمان موفقیت‌آمیز بیماری‌های عفونی در اواخر قرن نوزدهم، به ظهور این باور کمک کرد که بیماری‌ها، از جمله بیماری‌های روانی، مشکلات زیستی هستند. با این حال، تلاش‌های اولیه برای تبیین زیستی رفتارهای ناپهنجار یا منحرف، به طور وسیعی مورد غرض‌ورزی ناعادلانه قرار گرفت که بیان کرد علت رفتار به کوتاهی افراد برمی‌گردد. به طور کلی جامعه با هرکسی که دیوانه بود یا به‌وسیله نیروهای شیطانی تسخیر شده بود با بی‌اعتمادی و بی‌احترامی رفتار می‌کرد.

نگاه دقیق‌تر ۱.۲، جنون خود ارضایی را شرح می‌دهد، یک مثال خوب از اینکه چگونه چنین فکری بدون در نظر گرفتن یافته علمی و میزان پایه خود ارضایی در جمعیت عمومی می‌تواند منجر به توضیح یک رفتار ناپهنجار شود. باورهای مربوط به خود ارضایی همچنین نشان می‌دهد که چگونه وضعیت سیاسی و اجتماعی تعاریف آسیب‌شناسی روانی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد که در زمان حال نیز این مورد مانند گذشته، یک واقعیت است. دیدگاه خود ارضایی از قضاوت اخلاقی که یک گناه هوس‌آلود است، تا باورهای پزشکی که باعث آسیب به سلامت جسمانی فرد می‌شود و تا ادعای روان‌پزشکی که باعث جنون فرد می‌شود، متفاوت بود.

در تضاد با بی‌توجهی کلی عموم و اجتناب از موضوعاتی نگران‌کننده در مورد افراد دارای اختلالات روانی که در اواخر قرن نوزدهم ادامه یافت، جنبش بهداشت روانی معیاری (خط پایه) در جهت تغییر نگرش‌ها نسبت به کودکان و بزرگسالان دارای اختلالات روانی مهیا کرد. در سال ۱۹۰۹، گلیفورد بیزر، شخصی عادی (غیرحرفه‌ای) که از یک اختلال شدید روانی بهبود یافته بود، تلاش‌هایی را به‌منظور تغییر سرنوشت دیگر افراد مبتلا، به عهده گرفت. با باور به اینکه اختلالات روانی شکلی از بیماری هستند، او از بی‌توجهی و بی‌تفاوتی جامعه انتقاد کرد و تلاش کرد تا از طریق افزایش استانداردهای مراقبت

از زمانی که نفوذ و تأثیر لاک و دیگران باعث گسترش و رشد آموزش همگانی در کل اروپا و آمریکای شمالی در اواخر نیمه دوم قرن نوزدهم شد، کودکانی که در مدیریت درخواست‌های مدرسه ناتوان بودند، به عنوان گروه کودک ناتوان شناسایی شدند. روان‌شناسانی مانند لیتا هالینگورث (۱۸۸۶-۱۹۳۹) بحث کردند که بسیاری از کودکان دارای کم‌توانی‌های عقلانی در واقع از مشکلات عاطفی و رفتاری اولیه‌ای رنج می‌برند که ناشی از رفتار نامناسب بزرگسالان و فقدان چالش فکری مناسب است (بنجامین و شیلدرز، ۱۹۹۰). این دیدگاه منجر به یک تمایز اساسی و مهم بین افراد دارای کم‌توانی‌های عقلانی و افراد دارای اختلالات روانی یا روان‌پزشکی شد، اگرچه این تمایز در آن زمان خیلی واضح و روشن نبود. به طور ضروری، دولت‌های محلی نیازمند شناخت کسانی هستند که مسئول کمک به کودکانی هستند که رشد شناختی آن‌ها به‌نجار است ولی مشکلات عاطفی و رفتاری شدید را نشان می‌دهند. تنها راهنمای گذشتگان برای تشخیص و تمایز کودکان دارای کم‌توانی عقلانی از کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی از عقاید مذهبی مربوط به رفتار غیراخلاقی کودکان مشتق شده است: کودکانی که دارای توانایی‌های شناختی طبیعی بودند اما پریشان بودند، از دیوانگی اخلاقی رنج می‌بردند که دلالت بر اختلال در شخصیت و منش آنان داشت (پرچارد، ۱۸۳۷). بنجامین راش (۱۷۴۵-۱۸۱۳)، پیشگام در روان‌پزشکی، بحث می‌کرد که کودکان به معنای واقعی قادر به نشان دادن جنون شبه بزرگسالی نیستند، زیرا نارسای رشد مغز آنان مانع حفظ رویدادهای ذهنی می‌شود که جنون را به دنبال دارند (ری، ۱۹۷۱). در نتیجه، اصطلاح جنون اخلاقی<sup>۲</sup> به عنوان مفهومی مورد قبول برای رفتارهای ناپهنجار کودکان به وجود آمد.

کاربردهای این تمایز اساسی موجب شکوفایی و خوش‌بینی در میان متخصصان شد. نگرانی در مورد وضعیت و بهزیستی کودکان دارای اختلالات روانی و رفتاری از طریق دو نفوذ مهم افزایش یافت. نخست، با پیشرفت‌هایی در پزشکی عمومی، فیزیولوژی و عصب‌شناسی دیدگاه جنون اخلاقی در مورد اختلالات روان‌شناختی با مدل بیماری ارگانیک جایگزین شد که بر درمان‌های انسانی بیشتر تأکید می‌کرد. این پیشرفت‌ها توسط حمایت‌های دوروتیا دیکس (۱۸۰۲-۱۸۸۲) بیشتر شد که در اواسط قرن نوزدهم، ۳۲

1. mental defectives

2. moral insanity

## جنون خود ارضایی

دیدگاه پزشکی خود ارضایی در ابتدا روی اثرات نامطلوب خود ارضایی روی سلامت جسمانی متمرکز بود، اما در اواسط قرن نوزدهم، سلطه افکار و عقاید خود ارضایی با تمرکز روی اثرات منفی احتمالی آن بر سلامت روان و کارکرد سیستم عصبی جایگزین شد. با سرعتی شگفت‌انگیز، خود ارضایی به عنوان متداول‌ترین عامل آسیب‌شناسی روانی در کودکان عنوان شد. علایق و توجه به خود ارضایی به تدریج در اواخر قرن نوزدهم افول کرد، اما بحث همچنان پایدار بود، زیرا دیدگاه روان تحلیلی مورد قبول واقع شده بود. سرانجام باورهای خود ارضایی مفهوم نوروز یا اختلال خفیف روانی را برگزیدند. تا چندین سال بعد در قرن بیستم، باورهای نادرست و گمراه‌کننده در رابطه بین خود ارضایی و بیماری روانی حل نشد. این مثال اهمیت شک و تردید علمی در تأیید یا عدم تأیید دیدگاه‌های جدید و توضیحات رفتار ناهنجار را به ما یادآوری می‌کند (بر اساس پروندهٔ موارد مراجعه‌کننده به نویسندگان).

امروزه، بیشتر والدین به شدت کشف کودک از برخی اشکال خود ارضایی را انکار می‌کنند که به عنوان شکل بهنجاری از کشف خود و جستجوی احساسی دلبخیر در نظر گرفته می‌شود. چنین قدرت تحملی همیشه فردی نبوده است. در حقیقت، خود ارضایی کودکان دارای اهمیت تاریخی است؛ زیرا اولین اختلالی است که به کودکان و نوجوانان اختصاص داده شد (ری، ۱۹۷۱). در طی صد سال گذشته، جنون خود ارضایی شکلی از بیماری روانی بود. در کنار دیدگاه معاصر که چنین مشکلاتی را در درون افراد جستجو می‌کند، باور بر این بود که مشکلی بسیار نگران‌کننده است (ری، ۱۹۷۱؛ سزاسز، ۱۹۷۰).

در قرن هجدهم، ایراد و اعتراضات جامعه نسبت به خود ارضایی از دیدگاه‌های مذهبی سرچشمه می‌گرفت که به وسیلهٔ نفوذ و تأثیر علم تقویت شد (ری، ۱۹۷۱؛ سزاسز، ۱۹۷۰). سرزنش‌های اخلاقی، نادرست بودن خود ارضایی را یادآور شدند که به تبیین‌های فیزیولوژیکی مبتنی بر اسناد شبه‌علم مانند اوانانیا یا گناه زشت خود آلوده منتهی شد.

## 1. Onania

ویژه کودکان، نوجوانان و بزرگسالان دارای ناتوانی ذهنی برای جرایم و ناتوانی‌های اجتماعی در طی دورهٔ ترسناک متعاقب آن سرزنش می‌شدند (آکنباخ، ۱۹۸۲). همانطور که لاک استدلال کرده بود، جامعه به جای مشاهدهٔ دانش به عنوان نوعی محافظت، به این دیدگاه بازگشت که بیماری روانی و عقب‌ماندگی بیماری‌هایی است که در صورت عدم کنترل گسترش می‌یابند. در دو دهه بعد از آن، بسیاری از جوامع تصمیم به جدا کردن یا نهادینه کردن افراد دارای معلولیت ذهنی گرفتند و مانع تولید مثل (اصلاح نژاد) آنان شدند. ما در فصل ۵ هنگام بحث در مورد تاریخچهٔ کم‌توانی عقلانی (که در گذشته با عنوان عقب ماندگی ذهنی شناخته می‌شد) به این تحولات مهم باز خواهیم گشت.

## اسنادهای اولیهٔ روان‌شناختی

برای مفهوم‌سازی و درک آسیب‌شناسی روانی کودکان، نفوذ و تأثیرات زیست‌شناسی باید با عوامل تحولی و فرهنگی مهم، از قبیل خانواده، گروه همسالان و مدرسه برابر در نظر گرفته شوند. البته این دریافت همیشه این‌طور نبوده است. بر اساس دیدگاه‌های دارای پیشینه و اعتبار که بر پایهٔ فرضیه‌های پزشکی استوار هستند، رفتار ناهنجار یک اختلال یا بیماری است که در

و انتشار اطلاعات مطمئن، از بیماری‌های روانی جلوگیری کند (ام، لیوین و لیوین، ۱۹۹۲). در نتیجه، روش‌های تشخیص و مداخله با داشتن یک دیدگاه ملایم - در عین حال به طور کامل ترسناک و بدبینانه - نسبت به افراد بیمار، به وجود آمدند.

متأسفانه، به دلیل اینکه این الگو مبتنی بر مدل زیستی بیماری بود، مداخلات تنها به افراد دارای اختلالات آشکار و برجسته مانند بیماری شدید روانی یا کم‌توانی‌های شدید عقلانی محدود می‌شد. اگرچه تبیین‌های تحولی بخشی از این دیدگاه اولیهٔ آسیب‌شناسی روانی بودند، آن‌ها به طور کامل مختصر و محدود بودند. رشد بیماری، پیش‌رونده و برگشت‌ناپذیر در نظر گرفته می‌شد و تنها در این نکته با رشد کودک ارتباط داشت که خود را به صورت متفاوتی در رشد کودک نشان می‌داد، اما نسبت به درمان و یادگیری تأثیرناپذیر بود. تنها کاری که شخص می‌توانست انجام دهد جلوگیری از ظهور شدید آن از طریق تنبیه شدید و حمایت از افراد غیر مبتلا بود.

متأسفانه، این مدل اولیهٔ آموزشی و انسانی برای کمک به افراد دارای اختلالات روانی به زودی در اوایل قرن بیستم به یک مدل محبوس تبدیل شد. یک بار دیگر، نگرش نسبت به هر کسی که دارای معلولیت ذهنی یا ذهنی است، از خوش بینی محتاطانه به بدبینی، خصومت و بیزاری شدید تبدیل شد. به طور