

# روان‌شناسی نابهنجاری کودک

ویرایش هفتم

جلد دوم

# فهرست جلد اول

موضوعات ویژه مرتبط با نوجوانان و کودکان اقلیت جنسی.....	۲۵	مقدمه مترجم.....	xii
پیامدهای طول عمر.....	۲۶	پیش‌درآمد.....	xiii
نگاه دقیق‌تر ۱۶   گزارش‌های جاری در مورد مسائل بهداشت روانی مربوط به کودکان و نوجوانان.....	۲۷		
نگاهی به آینده.....	۲۸		
		<b>۱   مقدمه‌ای بر رفتار بهنجار و نابهنجار در کودکان و نوجوانان</b>	
		۱ ..... جورجینا: شمارش برای امنیت.....	۲
<b>۲   دیدگاه‌ها و عوامل</b> .....	۳۱	دیدگاه‌های تاریخی و دستیابی به موفقیت.....	۴
چه چیزی باعث مشکلات جورج می‌شود؟.....	۳۲	ظهور وجدان اجتماعی.....	۴
جورج: کم‌تحمّل.....	۳۳	نگاه دقیق‌تر ۱۰.۱   ویکتور آویرن.....	۵
بنیادهای نظری.....	۳۵	اسنادهای اولیه زیست‌شناسی.....	۶
رویکرد آسیب‌شناسی تحولی.....	۳۶	اسنادهای اولیه روان‌شناختی.....	۷
رویکرد یکپارچه.....	۴۰	نگاه دقیق‌تر ۱۱.۲   جنون ارضایی.....	۷
ملاحظات تحولی.....	۴۱	اشکال رشد یافته درمان.....	۹
سازمان‌دهی رشد.....	۴۱	نگاه دقیق‌تر ۱۱.۳   آلبرت کوچولو، هراس‌های بزرگ و تبلیغات جنسی.....	۱۰
دیدگاه‌های زیستی.....	۴۲	پیشرفت در قانون‌گذاری.....	۱۱
انعطاف‌پذیری عصبی و نقش تجربه.....	۴۳	نگاه دقیق‌تر ۱۱.۴   عهدنامه سازمان ملل در مورد حقوق افراد دارای کم‌توانی‌ها (۲۰۰۷).....	۱۱
سهم ژنتیک.....	۴۴	آدام لانزا: مشکلات اولیه.....	۱۲
نگاه دقیق‌تر ۲.۱ - تعاملات ژن-محیط در روان‌شناسی نابهنجاری کودک.....	۴۵		
تعیین‌کننده‌های عصبی-رشدی.....	۴۷	<b>رفتار نابهنجار در کودکان و نوجوانان چیست؟</b> .....	۱۲
نگاه دقیق‌تر ۲.۲   محور HPA و تنظیم استرس.....	۵۰	تعریف اختلالات روان‌شناختی.....	۱۳
<b>دیدگاه‌های روان‌شناختی</b> .....	۵۱	توانایی.....	۱۴
تأثیرات هیجانی.....	۵۱	گذرگاه‌های تحولی.....	۱۵
تأثیرات رفتاری و شناختی.....	۵۴	<b>خطر و تاب‌آوری</b> .....	۱۷
تحلیل رفتار کاربردی (ABA).....	۵۵	رانول و جسی.....	۱۷
نگاه دقیق‌تر ۲.۳   شباهت‌هایی در سبک‌های رفتاری اولیه کودکان و شخصیت بزرگسالی و بهزیستی.....	۵۶	چرا تفاوت‌ها.....	۱۷
<b>دیدگاه‌های خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی</b> .....	۵۷	نگاه دقیق‌تر ۱۱.۵   غلبه بر ناملایمات.....	۱۷
دلبستگی نوزاد-مراقب.....	۵۹	<b>اهمیت مشکلات بهداشت روانی در کودکان و نوجوانان</b> .....	۱۹
بافت خانواده و همسالان.....	۵۹	تعبیر تصویر سلامت روان کودکان.....	۲۰
نگاهی به آینده.....	۶۱	چه چیزی بر میزان و بیان اختلالات روانی تأثیر می‌گذارد؟	۲۱
نگاه دقیق‌تر ۲.۴   «داستان اصلی» رشد.....	۶۱	نگاهی به بعضی عوامل کلیدی.....	۲۱
		فقر و وضعیت نامساعد اجتماعی اقتصادی.....	۲۲
		تفاوت‌های جنسیتی.....	۲۳
<b>۳   پژوهش</b> .....	۶۳	نژاد و قومیت.....	۲۳
رویکرد علمی.....	۶۴	موضوعات فرهنگی.....	۲۵
زمانی که علم نادیده گرفته می‌شود.....	۶۶	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
اثر بخشی درمان.....	۱۳۸
نگاه دقیق تر ۴.۳   برنامه جامع سلامت روان: یک برنامه سلامت روانی مدرسه‌محور مبتنی بر فرهنگ.....	۱۳۹
<b>فلیسیا: راه‌حل‌های چندگانه</b> .....	۱۴۰
<b>جهت‌گیری‌های جدید</b> .....	۱۴۲

<b>۵   کم‌توانی عقلانی (اختلال عقلانی تحولی) ۱۴۵</b>	
<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
<b>متیو: به دست آوردن اما با سرعت خود</b> .....	۱۵۱
<b>ونسا: به دست آوردن در خانه</b> .....	۱۵۲
توصیفات بالینی.....	۱۵۳
سطوح شدت.....	۱۵۴
شیوع.....	۱۵۸
<b>دن: با کمک برادرش</b> .....	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
<b>پتی: آشفته یا آشفته شده</b> .....	۱۶۳
سایر ناتوانی‌های جسمانی و سلامتی.....	۱۶۵
<b>عوامل</b> .....	۱۶۶
وراثت و نقش محیط.....	۱۶۷

<b>فرایند پژوهش</b> .....	۶۷
<b>وینتی: همیشه غمگین و ناراحت</b> .....	۶۸
پرسش‌ها و موضوعات رایج پژوهشی.....	۶۸
<b>تیتو: همیشه در حال دعوا</b> .....	۶۹
نگاه دقیق تر ۳.۱   پژوهش همه‌گیرشناسی میان فرهنگی: 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 ۹۵</b>	
<b>موضوعات بالینی</b> .....	۹۶
فرایند تصمیم‌گیری.....	۹۶
<b>فلیسیا: مشکلات چندگانه</b> .....	۹۷
ملاحظات تحولی.....	۹۸
هدف ارزیابی.....	۱۰۲
<b>ارزیابی اختلالات</b> .....	۱۰۴
مصاحبه‌های بالینی.....	۱۰۵
<b>فلیسیا: تاریخچه</b> .....	۱۰۷
ارزیابی رفتاری.....	۱۰۸
آزمون روان‌شناختی.....	۱۱۲
نگاه دقیق تر ۴.۱   مشاهده رفتار: دیدن تصویر کامل.....	۱۱۳

۲۲۱	داروها .....	۱۶۸	ژنتیک و عوامل مادرزادی .....
۲۲۱	اسکیزوفرنی کودکی .....	۱۷۲	تأثیرات رشد .....
۲۲۲	مری: افسرده، بی‌نظم، سرنوشت شوم .....	۱۷۳	ابعاد اجتماعی و روان‌شناختی .....
۲۲۳	DSM-5: ویژگی‌های تعیین‌کننده اسکیزوفرنی .....	۱۷۴	پیشگیری، آموزش و درمان .....
۲۲۵	پیشایندها و هم‌ابتلائی‌ها .....	۱۷۵	آموزش و غربال‌گری پیش از زایمان .....
	نگاه دقیق‌تر ۶.۴   علائم روان‌پریشی در کودکان مبتلا به	۱۷۶	درمان‌های روانی-اجتماعی .....
۲۲۵	اسکیزوفرنی .....		نگاه دقیق‌تر ۵.۳   پیشنهادها عملی برای تسهیل زندگی کودکان
۲۲۶	شیوع .....	۱۷۷	از طریق مداخله اولیه .....
۲۲۶	عوامل و درمان COS .....		
۲۲۶	عوامل .....		
۲۲۸	درمان .....		
۲۳۱	<b>۷   اختلالات ارتباطی و یادگیری .....</b>		
۲۳۲	جیمز: باهوش اما دارای ناتوانی خواندن .....	۱۸۳	<b>کودکی .....</b>
۲۳۲	فرانسین: اجتناب و شکست .....	۱۸۴	اختلال طیف اوتیسم (ASD) .....
۲۳۳	تعاریف و تاریخچه .....	۱۸۴	توصیف و تاریخچه .....
۲۳۶	رشد زبان .....	۱۸۶	DSM-5: تعریف و ویژگی‌های ASD .....
۲۳۷	آگاهی واج‌شناختی .....	۱۸۹	ASD در گذر طیف .....
۲۳۸	جکی: باهوش اما دارای ناتوانی خواندن .....	۱۸۹	لوسی: ASD همراه با کم‌توانی عقلانی .....
۲۳۸	اختلالات ارتباطی .....	۱۹۰	جان: ASD همراه با کم‌توانی عقلانی متوسط .....
۲۳۸	اختلالات زبان و صدای گفتار .....	۱۹۱	کاستی‌های اصلی ASD .....
۲۴۳	اختلال سیالی گفتار با شروع کودکی (لکت زبان) .....	۱۹۲	کاستی‌های تعامل و ارتباط اجتماعی .....
۲۴۳	سایاد: ارث خانوادگی .....		نگاه دقیق‌تر ۶.۱   دبستگی در کودکان مبتلا به ASD .....
۲۴۵	اختلال ارتباط (عملی) اجتماعی .....	۱۹۵	نگاه دقیق‌تر ۶.۲   ارتباط اولیه در ASD .....
۲۴۶	جیمز: نقطه قوت درخشان .....	۱۹۷	رفتارها و علائق محدود و تکراری .....
۲۴۶	اختلال یادگیری ویژه .....	۱۹۹	ویژگی‌های مرتبط با ASD .....
۲۴۷	تیم: شاداب و علاقه‌مند .....	۱۹۹	کاستی‌ها و قوت‌های عقلانی .....
۲۵۰	SLD همراه با اختلال در خواندن .....	۲۰۰	کاستی‌های شناختی و انگیزشی .....
۲۵۱	SLD همراه با اختلال در بیان نوشتاری .....		نگاه دقیق‌تر ۶.۲   آزمون سلی-آن: داشتن دیدگاه ذهن به چه
۲۵۱	کارلوس: طراحی کند شکل‌ها .....	۲۰۲	معناست؟ .....
۲۵۲	SLD با اختلال در ریاضیات .....	۲۰۴	مشکلات پزشکی و ویژگی‌های جسمانی .....
	نگاه دقیق‌تر ۷.۱   عواملی که تاب‌آوری و انطباق را افزایش	۲۰۵	اختلالات و علائم همراه .....
۲۵۷	می‌دهند .....	۲۰۶	شیوع و دوره ASD .....
۲۶۱	فرانسین: بهبود مطمئن اما کند .....		آن-ماری: اولین سال تولد .....
۲۶۳	نگاه دقیق‌تر ۷.۲   مراحل آموزش رفتاری مستقیم .....	۲۰۸	سن شروع .....
۲۶۴	کارلوس: PLANS .....	۲۰۹	دوره و پیامد .....
	نگاه دقیق‌تر ۷.۳   عناصر اصلی یک برنامه برای شروع	۲۱۰	عوامل ASD .....
۲۶۵	موفقیت‌آمیز خواندن .....	۲۱۰	مشکلات در رشد اولیه .....
۲۶۷	<b>۸   اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی .....</b>	۲۱۱	تأثیرات ژنتیک .....
۲۶۸	جان: بی‌توجه، بیش‌فعال و تکانشی .....	۲۱۳	ناپهنجاری‌های 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.....
۳۰۰	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.....
۳۰۲	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.....
۳۱۴	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 دهنده.....

# فهرست جلد دوم

۳۶۳	پيامدهای بزرگسالی.....	۳۳۳	<b>۹   اختلال های سلوک</b> .....
۳۶۴	عوامل.....	۳۳۴	توصیف مشکلات سلوک.....
۳۶۵	تأثيرات ژنتیک.....	۳۳۵	اندی: خشم کودکانه.....
۳۶۶	عوامل پیش از تولد و مشکلات تولد.....	۳۳۵	مارول: نافرمانی.....
۳۶۷	عوامل عصبی-زیستی.....	۳۳۵	نیک: متفاوت با سایر کودکان.....
	نگاه دقیق تر ۹.۵   آیا مغز کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری زود هنگام متفاوت با کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری در نوجوانی است؟.....	۳۳۵	استیو: نه بدون علت.....
۳۶۸	عوامل اجتماعی-شناختی.....		نگاه دقیق تر ۹.۱   باورهایی در مورد خشونت آميز بودن نوجوانان: درست یا غلط؟.....
۳۶۹	عوامل خانوادگی.....	۳۳۶	بافت، هزینه‌ها و دیدگاه‌ها.....
	نگاه دقیق تر ۹.۶   تعامل اجباری والد-کودک: چهار مرحله متوالی شرطی‌سازی گریز.....	۳۳۶	بافت.....
۳۷۱	دیگر مشکلات خانوادگی.....	۳۳۷	هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی.....
۳۷۲	جک و رگی: همه احتمالات علیه آن‌ها.....	۳۳۸	دیدگاه‌ها.....
۳۷۳	عوامل مربوط به جامعه.....	۳۴۱	<b>DSM-5: توصیف ویژگی‌ها</b> .....
۳۷۴	عوامل فرهنگی.....	۳۴۲	اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD).....
۳۷۶	<b>درمان و پیشگیری</b> .....	۳۴۲	گوردن: لذت بردن از قدرت.....
۳۷۷	اسکات: قابلیت نجات؟.....	۳۴۳	اختلال سلوک (CD).....
۳۷۹	آموزش مدیریت والدین (PMT).....	۳۴۳	گرگ: پریشانی خطرناک.....
۳۸۰	آموزش مهارت‌های حل مسئله (PSST).....		اختلال شخصیت ضد اجتماعی (APD) و ویژگی‌های جامعه‌ستیزی.....
۳۸۱	نگاه دقیق تر ۹.۷   مراحل حل مسئله شناختی.....	۳۴۶	جیسون: بدون وجدان.....
۳۸۱	درمان چندسیستمی (MST).....		نگاه دقیق تر ۹.۲   بارت سیمپسون: تشخیص چیست؟.....
۳۸۲	مداخلات پیشگیرانه.....	۳۴۷	<b>ویژگی‌های مرتبط</b> .....
		۳۴۸	کاستی‌های شناختی و کلامی.....
<b>۳۸۷   ۱۰   اختلالات افسردگی و دوقطبی</b> .....		۳۴۹	مدرسه و مشکلات یادگیری.....
۳۸۸	دونا: ناامیدی بسیار بد.....	۳۵۰	مشکلات خانوادگی.....
۳۸۸	اسکات: خلق بالا و پایین.....	۳۵۰	مشکلات همسالان.....
۳۸۸	<b>مرور اختلالات خلقی</b> .....	۳۵۱	تام و متیو: ملاقات مرگبار ذهن‌ها.....
۳۸۹	<b>اختلالات افسردگی</b> .....		نگاه دقیق تر ۹.۳   قلدرها و قربانیان آن‌ها.....
۳۹۰	تاریخچه.....	۳۵۴	کاستی‌های عزت‌نفس.....
۳۹۰	افسردگی در کودکان.....	۳۵۴	مشکلات مرتبط با سلامت.....
۳۹۰	افسردگی و رشد.....	۳۵۵	<b>اختلالات و علائم همراه</b> .....
۳۹۲	آناتومی افسردگی.....	۳۵۵	اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (ADHD).....
۳۹۳	<b>اختلال افسردگی اساسی (MDD)</b> .....	۳۵۵	افسردگی و اضطراب.....
۳۹۳	جوئی: احساس بی‌ارزشی و بی‌مصرفی.....	۳۵۶	<b>شیوع، جنسیت و دوره</b> .....
۳۹۳	الیسون: من دیگر نمی‌توانم از پس آن بربیایم.....	۳۵۶	شیوع.....
۳۹۵	شیوع.....	۳۵۶	جنسیت.....
۳۹۵	هم‌ابتلايي.....		آن: فرار.....
۳۹۵	الیسون: افسرده و خشمگین.....		نگاه دقیق تر ۹.۴   پرخشگری اجتماعی در دختران: «من از طریق شایعه آسیب می‌زنم».....
۳۹۶	شروع، دوره و پیامد.....	۳۵۹	دوره و مسیرهای تحولی.....
۳۹۷	جنسیت.....	۳۶۲	مارکز: ندای وحشیانه.....

درمان..... ۴۳۹

## ۱۱ | اختلالات اضطرابی و وسواسی-اجباری .. ۴۴۳

توصیف اختلالات اضطرابی..... ۴۴۵

تجربه اضطراب..... ۴۴۵

چاتلن: وحشت از تنها بودن در خانه..... ۴۴۸

اضطراب در مقابل ترس و وحشت زدگی..... ۴۴۸

ترس‌ها، اضطراب‌ها، نگرانی‌ها و آیین‌های طبیعی..... ۴۴۸

اختلالات اضطرابی بر اساس DSM-5..... ۴۵۱

نگاه دقیق تر ۱۱.۱ | ویژگی‌ها اصلی ۷ اختلال اضطرابی بر

اساس DSM..... ۴۵۱

اختلال اضطراب جدایی..... ۴۵۲

براد: مرا ترک نکن!..... ۴۵۲

شیوع و هم‌ابتلایی..... ۴۵۲

شروع، دوره و پیامد..... ۴۵۳

اریک: نمی‌خواستم به مدرسه بروم..... ۴۵۴

بی‌میلی و امتناع از رفتن به مدرسه..... ۴۵۴

هراس خاص..... ۴۵۵

شارلوت: ترس از عنکبوت..... ۴۵۵

شیوع و هم‌ابتلایی..... ۴۵۷

شروع، دوره و پیامد..... ۴۵۷

اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی)..... ۴۵۸

شیوع، هم‌ابتلایی و دوره..... ۴۵۹

لالی انتخابی..... ۴۶۱

کیشا: خاموشی‌ها و ژه‌ها..... ۴۶۱

شیوع، هم‌ابتلایی و دوره..... ۴۶۱

اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی..... ۴۶۲

کلودیا: یک حمله از هر جا و هیچ جا..... ۴۶۲

شیوع و هم‌ابتلایی..... ۴۶۵

نگاه دقیق تر ۱۱.۲ | آیا داروین اختلال وحشت‌زدگی..... ۴۶۶

شروع، دوره و پیامد..... ۴۶۶

اختلال اضطراب فراگیر..... ۴۶۷

جارد: نگرانی ماندگار..... ۴۶۷

شیوع و هم‌ابتلایی..... ۴۶۹

شروع، دوره و پیامد..... ۴۶۹

اختلال وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط..... ۴۶۹

اختلال وسواسی-اجباری..... ۴۷۰

اتان: شمارش و تمیزی..... ۴۷۰

نگاه دقیق تر ۱۱.۳ | سیماهای اصلی DSM-5 برای اختلالات

مرتبط با OCD..... ۴۷۱

شیوع و هم‌ابتلایی..... ۴۷۳

شروع، دوره و پیامد..... ۴۷۳

ویژگی‌های مرتبط..... ۴۷۴

اختلالات شناختی..... ۴۷۴

علائم جسمانی..... ۴۷۵

کاستی‌های اجتماعی-هیجانی..... ۴۷۶

اضطراب و افسردگی..... ۴۷۶

قومیت و فرهنگ..... ۳۹۹

اختلال افسردگی مداوم [P-DD] (افسرده‌خویی)..... ۳۹۹

دبور: کودکی بدون خنده با صدای بلند..... ۳۹۹

شیوع و هم‌ابتلایی..... ۴۰۰

شروع، دوره و پیامد..... ۴۰۱

اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاک (DMDD)..... ۴۰۱

ویژگی‌های مرتبط با اختلالات افسردگی..... ۴۰۳

کارکرد عقلانی و تحصیلی..... ۴۰۳

سوگیری‌ها و تحریف‌های شناختی..... ۴۰۳

الی: ارزشمند نبودن زندگی..... ۴۰۳

عزت‌نفس منفی..... ۴۰۵

فراه: هرگز به طور کافی خوب نبودن..... ۴۰۵

روابط اجتماعی و روابط با همسالان..... ۴۰۵

مشکلات خانوادگی..... ۴۰۷

افسردگی و خودکشی..... ۴۰۷

کارلا: بسیار ناامید..... ۴۰۷

نگاه دقیق تر ۱۰.۱ | اختلال افسردگی با افکار خودکشی و

تلاش‌های خودکشی مرتبط است..... ۴۰۹

دیدگاه‌های افسردگی..... ۴۰۹

روان‌تحلیلگری..... ۴۱۰

دلبستگی..... ۴۱۰

رفتاری..... ۴۱۱

شناختی..... ۴۱۱

سایر دیدگاه‌ها..... ۴۱۳

عوامل افسردگی..... ۴۱۴

خطر ژنتیک و خانواده..... ۴۱۴

تأثیرات عصبی زیستی..... ۴۱۶

تأثیرات خانوادگی..... ۴۱۸

خانم D: آماده نبودن برای مادری..... ۴۱۹

رویدادهای استرس‌زای زندگی..... ۴۲۱

کارلین: افسردگی چگونه عمل می‌کند..... ۴۲۱

تنظیم هیجان..... ۴۲۲

درمان افسردگی..... ۴۲۳

لینتا: احساس بهتر..... ۴۲۳

مداخلات روان‌شناختی..... ۴۲۴

داروها..... ۴۲۸

نگاه دقیق تر ۱۰.۲ | خلاصه‌ای از هشدار جعبه سیاه سازمان

غذا و دارو (FDA) برای استفاده از داروهای ضدافسردگی در

کودکان و نوجوانان..... ۴۲۹

پیشگیری..... ۴۳۰

اختلال دو قطبی (BP)..... ۴۳۲

ین: نوسانات خلقی افراطی..... ۴۳۲

شیوع..... ۴۳۵

هم‌ابتلایی..... ۴۳۶

شروع، دوره، پیامد..... ۴۳۶

عوامل..... ۴۳۷

جسی: نوسانات خلقی افراطی..... ۴۳۷

۵۳۶	کودک کدامند؟
۵۴۰	درمان و پیشگیری
۵۴۰	درمان مبتنی بر مواجهه
	نگاه دقیق تر ۱۲.۳   درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما
۵۴۲	(TF-CBT)
۵۴۳	نیازهای ویژه کودکان مورد بدر رفتاری
۵۴۴	درمان میلتون: جلسه اول
۵۴۵	درمان میلتون: جلسه چهارم

### ۱۳ | اختلالات مرتبط با سلامتی و

۵۴۹	سوء مصرف مواد
۵۵۰	جرمیا: تنفس، زندگی است
۵۵۰	فردی: نگرانی زیاد در مورد خواب
۵۵۱	تاریخچه
۵۵۲	اختلالات خواب/بیداری
۵۵۳	کارکردهای تنظیمی خواب
۵۵۵	تغییرات رشی
۵۵۵	سیمای اختلالات خواب- بیداری
۵۵۷	درمان
۵۵۸	اختلالات دفع
۵۵۹	بی اختیاری ادرار
۵۶۳	بی اختیاری مدفوع
۵۶۵	بیماری مزمن
۵۶۷	تغییرات طبیعی در سلامت کودکان
۵۷۰	دیابت شیرین
۵۷۰	آماندا: دست وپنجه نرم کردن روزانه با دیابت
۵۷۲	سرطان کودکی
۵۷۳	چن: یک پسر مصمم در مبارزه با سرطان خون
۵۷۳	رشد و دوره
	چگونه کودکان سازگار می شوند: یک مدل زیستی-روانی
۵۷۶	اجتماعی
۵۷۸	مداخله
۵۷۹	نگاه دقیق تر ۱۲.۱   گروههای حمایت مجازی
۵۸۰	نگاه دقیق تر ۱۲.۲   یک خلوت تابستانی
۵۸۱	اختلالات سوء مصرف مواد در نوجوانی
	نگاه دقیق تر ۱۲.۳   دانش خود را در مورد سوء مصرف مواد
۵۸۲	امتحان کنید؟
۵۸۳	شیوع و دوره
۵۸۶	عوامل
۵۸۸	درمان و پیشگیری

### ۱۴ | اختلالات تغذیه و خوردن

۵۹۱	چگونه الگوهای خوردن رشد می کنند
۵۹۲	رشد بهنجار
۵۹۳	عوامل خطر ساز تحولی
۵۹۶	تنظیمات زیستی
۵۹۷	چاقی

۴۷۷	جنسیت، قومیت و فرهنگ
۴۷۹	دیدگاهها و عوامل
۴۸۰	دیدگاههای اولیه
۴۸۱	خلق و خو
۴۸۲	خطرهای خانوادگی و ژنتیک
۴۸۳	عوامل عصبی-زیستی
۴۸۵	عوامل خانوادگی
۴۸۸	درمان و پیشگیری
۴۸۸	سندی: ترس از قورت دادن
۴۸۸	بررسی اجمالی
	نگاه دقیق تر ۱۱.۴   ایواندر هولیفیلد: بهترین راه برای شکست
۴۸۹	دادن ترس روبرو شدن با آن است
۴۸۹	رفتار درمانی
۴۹۱	درمان شناختی- رفتاری
۴۹۲	مداخلات خانوادگی
	نگاه دقیق تر ۱۱.۵   درمان شناختی- رفتاری برای نوجوانان مبتلا
۴۹۳	به اضطراب اجتماعی
۴۹۴	داروها
۴۹۵	پیشگیری
	نگاه دقیق تر ۱۱.۶   مداخله و پیشگیری زودهنگام اختلالات
۴۹۶	اضطرابی

### ۱۲ | اختلالات مرتبط با تروما و استرس

۵۰۰	ماری ایلن: میراث او
۵۰۲	تاریخچه و بافت خانوادگی
۵۰۳	خانوادههای سالم
۵۰۴	پیوستار مراقبت
۵۰۵	تروما، استرس و بدر رفتاری: توصیف ویژگیها
۵۰۵	تروما و استرس
	نگاه دقیق تر ۱۲.۱   امروز نوجوانان چقدر استرس دارند؟
۵۰۸	بدر رفتاری
۵۰۹	جانی و مت: استفاده از بی توجهی
۵۱۰	میلتون: مورد سوء استفاده و سوء استفاده کننده
۵۱۱	روزیتا: بدون جای امن در خانه
۵۱۳	ویژگیهای کودکانی که از بدر رفتاری در رنج هستند
۵۱۴	بافت خانوادگی
۵۱۵	عوامل بدر رفتاری
۵۱۵	برندا: کودکی ناشاد، مادری ناشاد
۵۲۲	اختلالات مرتبط با تروما و استرس
۵۲۲	اختلال دل بستگی واکنشی
۵۲۲	اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده
۵۲۴	اختلال استرس پس از آسیب
۵۲۵	مارسی: تنها قربانی نه
۵۳۰	روزیتا: احساس به دام افتادن
۵۳۲	سیلیا: چسبیده شده به دیوار
	نگاه دقیق تر ۱۲.۲   پیامدهای جنایی بلندمدت بدر رفتاری با



۶۰۸	پراشتهایی عصبی
۶۰۸	فیلیپیا: یک راز خوب نگه‌داری شده
۶۱۱	اختلال پرخوری
۶۱۲	شیوع و رشد
۶۱۶	عوامل
	نگاه دقیق تر ۱۴.۴   وبسایت‌های ترویج‌دهنده اختلالات
۶۲۰	خوردن
۶۲۳	نگاه دقیق تر ۱۴.۳   موفقیت به چه قیمتی؟
۶۲۴	درمان
۶۲۹	آخرین بخش
۶۳۱	واژه‌نامه
I-۱	نمایه

۵۹۹	الن: خودانگاره و عزت‌نفس
۵۹۹	شیوع و رشد
۶۰۱	عوامل
۶۰۱	درمان
	نگاه دقیق تر ۱۴.۱   شرکت‌های مواد غذایی بی‌ارزش در
۶۰۲	مدارس
	اختلالات تغذیه و خوردن ابتدا در نوزادی و اوایل کودکی رخ
۶۰۳	می‌دهند
۶۰۳	اختلال اجتناب یا محدودیت مواد غذایی
۶۰۴	پیکا (هرزه‌خواری)
۶۰۶	اختلالات خوردن نوجوانی
۶۰۷	بی‌اشتهایی عصبی
۶۰۷	سوکی: اشتغال ذهنی با غذا و وزن

# اختلال‌های سلوک

حدی که ما از قوانین اجتماعی و کیفی پیروی می‌کنیم، متغیر است.

جان بالبی (۱۹۵۰)

## مرور فصل

### شرح مشکلات سلوک

#### بافت، هزینه‌ها و دیدگاه‌ها

- ✓ بافت
- ✓ هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی
- ✓ دیدگاه‌ها

#### DSM-5: تعریف ویژگی‌ها

- ✓ اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)
- ✓ اختلال سلوک (CD)
- ✓ اختلال شخصیت
- ✓ ضداجتماعی (APD) و
- ✓ ویژگی‌های جامعه‌ستیزی

#### ویژگی‌های مرتبط

- ✓ کاستی شناختی و کلامی
- ✓ مشکلات مدرسه و یادگیری
- ✓ مشکلات خانوادگی

#### ✓ مشکلات همسالان

- ✓ کاهش اعتمادبه‌نفس
- ✓ مشکلات مربوط به سلامت

#### اختلالات و علائم همراه

- ✓ اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (ADHD)

#### ✓ افسردگی و اضطراب

#### شیوع، جنسیت و دوره

- ✓ شیوع
- ✓ جنسیت
- ✓ دوره و مسیرهای رشد
- ✓ نتایج بزرگسالان

#### عوامل

- ✓ تأثیرات ژنتیکی
- ✓ عوامل پیش از تولد و مشکلات

#### تولد

- ✓ عوارض جانبی
- ✓ عوامل عصبی
- ✓ عوامل اجتماعی-شناختی
- ✓ عوامل خانوادگی
- ✓ دیگر مشکلات خانواده
- ✓ عوامل اجتماعی
- ✓ عوامل فرهنگی

#### درمان و پیشگیری

- ✓ آموزش مدیریت والدین (PMT)
- ✓ آموزش مهارت‌های حل مسائل (PSST)
- ✓ درمان چندسیستمی (MST)
- ✓ مداخلات پیشگیرانه



مشکلات سلوک اولیه ممکن است پیش‌زمینه‌ای برای بزهکاری و رفتار مجرمانه بزرگسالان باشند.

مهمی را دربارهٔ عوامل مؤثر بر خشونت و سایر رفتارهای ضداجتماعی توسط نوجوانان جامعه به ذهن متبادر می‌کند (بوشمن و همکاران، ۲۰۱۶؛ مالتی و آوردیک، ۲۰۱۷).

متأسفانه، تیراندازی مدرسه و به تصویر کشیدن اعمال شدید ضداجتماعی توسط رسانه‌ها می‌تواند باورهایی از این دست در ذهن مردم ایجاد کند که تجاوز در ذات انسان است، برخی از کودکان به طور ذاتی بد متولد می‌شوند یا خشونت‌های نوجوانان ناشی از یک جامعهٔ فاسد است. در حقیقت، اگرچه این یک مسئلهٔ بسیار جدی است، پیشرفت‌های زیادی در شناخت، کاهش و جلوگیری از خشونت نوجوانان انجام شده است، اما هنوز انواع مختلفی از رفتارهای ضداجتماعی وجود دارد (مافیت و همکاران، ۲۰۰۸).

## توصیف مشکلات سلوک

«کسانی که قوانین اجتماعی و کیفی را نقض می‌کنند، این کار را به دلایل بسیار زیادی انجام می‌دهند... قبل از مطالعه موردها، بهترین کار این است که آن‌ها را به گونه‌های مختلف دسته‌بندی کنیم...»

—جان بالبی (۱۹۰۷-۱۹۹۰)

مشکلات سلوک در کودکان مدت‌ها است که یک نگرانی اجتماعی بوده و به عنوان یک عامل پیش‌بین برای بزهکاری نوجوانان و جرم و جنایت در بزرگسالی محسوب می‌شود. با این حال، علی‌رغم توجه زیاد عمومی، علمی و حرفه‌ای، تعداد زیادی از نوجوانان همچنان رفتارهای ضداجتماعی و برانگیز و خشونت‌آمیز را نشان می‌دهند که بسیاری از آن‌ها از دید عمومی پنهان هستند. بسیاری از انواع مشکلات سلوک نوجوانان طی ۳۵ سال گذشته به طور فراوانی افزایش یافته است؛ این تغییر مردان و زنان، تمام طبقات اجتماعی و انواع خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار داده است (کولیشاو و همکاران، ۲۰۰۴). از سال ۱۹۹۴، بیشترین میزان خشونت‌های مرگ‌بار در میان نوجوانان ایالات متحده به طور پیوسته کاهش یافته و پس از آن در دههٔ ۲۰۰۰ این کاهش ثابت ماند و تعداد نوجوانان دستگیرشده برای جرائم خشونت‌آمیز در سال ۲۰۱۰ در ۳۰ سال به پایین‌ترین حد خود رسید (کولیشاو، ۲۰۱۵؛ پوزانچرا، ۲۰۱۳). با این حال، شیوع سایر انواع رفتارهای ضداجتماعی (مانند حملهٔ پرخاشگرانه) همچنان بالا است و نسبت زنان درگیر در جنایات خشونت‌آمیز افزایش یافته است (زاهن و همکاران، ۲۰۰۸). نظرسنجی ملی از دانش‌آموزان دبیرستان‌های ایالات متحده در سال ۲۰۱۵ نشان داد که حدود ۲۳ درصد حداقل یک‌بار در سال گذشته درگیر دعواهای فیزیکی بوده‌اند، ۲۰ درصد قلدری در مدرسه را گزارش کردند، ۱۶ درصد گزارش کرده‌اند که در یک ماه گذشته اسلحه حمل کرده‌اند و ۶ درصد گزارش کردند که توسط اسلحه تهدید یا مجروح شده‌اند (CDC، ۲۰۱۶). در سال ۲۰۱۴، در بین دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۸ ساله، به طور تقریبی نیم میلیون قربانی خشونت وجود داشته است (زهانگ، موسو-گیلت و اودکرک، ۲۰۱۶). فاجعه‌بارتر اینکه بسیاری از افراد قربانی خشونت نوجوانی هستند. در سال ۲۰۰۹-۲۰۰۸ از ایالات متحدهٔ آمریکا قتل کودکان توسط اسلحه بیشتر از مرگ‌ومیرهای نظامی در جنگ‌های عراق و افغانستان بوده است (صندوق دفاع از کودکان، ۲۰۱۲).

شیوع بالای کودکان و نوجوانان دارای مشکلات سلوک و آسیب به قربانیان آن‌ها به درک و کمک فوری نیاز دارد. تیراندازی‌های وحشتناک مدرسه توسط نوجوانان، مانند آدمکشی-خودکشی در مدرسهٔ ابتدایی سندی هوک در نیوتاون، در ایالت کنکتیکت، در سال ۲۰۱۲ که منجر به مرگ ۲۰ کودک و ۶ نفر از کارکنان بزرگسال شد، به طور جدی یادآور تأثیرات اجتماعی خشونت نوجوانان است. این نوجوانان اغلب پیشینه‌ای دارند که نشان می‌دهد آنان دارای تاریخچهٔ انزوا و طرد اجتماعی، رفتار اجتماعی غیرمعمول و شیفتگی به موضوعات خشن و دسترسی به اسلحه بوده‌اند. به همین ترتیب، این حوادث، پرسش‌های

## اندی

## خشم کودکان

اندی صندلی را روی صورتم گذاشت و فکم را فشار داد. او فکر کرد که این یک شوخی است. او این عمل را انجام داد و من فکر می‌کنم که انگار به او زمان استراحتی برای فریاد زدن و جیغ زدن داده بودند و مدام حرف ما را قطع می‌کرد. یک‌بار من به او گفتم: «خب، شما دسر ندارید.» او خشمگین شد. او یک چنگال فلزی را برداشت و آن را با تمام نیروی خود به طرف من پرتاب کرد و محکم به من خورد- خوشبختانه به چشمم نخورد. خون در پیشانی من جاری شد. من از دیدن این نوع خشم در یک کودک ۴ ساله احساس وحشت کردم.»

ویستر-استراتون و هربرت، ۱۹۹۴.

## مارول

## نافرمانی

«او همیشه تحریک‌پذیر است و هرگز چیزی را که از او می‌خواهم، انجام نمی‌دهد. هنگامی که مانعی بر سر راهش وجود داشته باشد، خشمگین می‌شود. رفتار او در مدرسه نیز مشکل‌ساز است. معلم نمی‌تواند به او کاری بسپارد - او به‌سادگی آن را رد می‌کند. او همچنین نافرمان است، در صندلی‌اش نمی‌نشیند و مدام صحبت می‌کند. او کل کلاس را به هم می‌ریزد. نگرانم که اگر به وی رسیدگی نشود، به‌زودی به مشکلات جدی‌تر دچار شود.» (بر اساس پروندهٔ موارد مراجعه‌کننده به نویسندگان)

## نیک

## مقاومت با سایر کودکان

به‌ظاهر، نیک یک کودک ۱۰ سالهٔ بهنجار است. او عاشق ورزش، به‌ویژه فوتبال است. او دارای استعداد نقاشی و توانایی ریاضی است... اما نیک مانند کودکان دیگر نیست. در ۲ سالگی، او غذای گریه را روی اجاق‌گاز قرار داد و آن را روشن کرد- غذا منفجر شد. در ۵ روز متوالی ماه مارس گذشته، به‌سوی یک دختر در YMCA (یک جنبش خیریه در لندن) سنگ پرتاب کرد، سنگ به سر دختر خورد و خون از سر وی جاری شد. اتاق خودش را به نیز آتش کشید و خواهرش را از پله‌ها هل داد؛ سگ خانوادگی را با یک زنجیر شلاق زد و ۲۰ دلار از کیف پول مادرش به سرقت برد.»

کلاپستو، ۱۹۹۳

مشکلات سلوک<sup>۱</sup> و رفتارهای ضداجتماعی<sup>۲</sup> عبارت‌اند از: شرایطی که برای توصیف طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها و نگرش‌های نامتناسب با سن یک کودک به کار برده می‌شود که در آن‌ها کودک انتظارات خانواده، هنجارهای اجتماعی و حقوق فردی یا مالکیت دیگران را نقض می‌کند (کیمونیس، فریک و مک‌ماهون، ۲۰۱۴). این کودکان مشکلاتی در کنترل احساسات و رفتار خود را تجربه می‌کنند. مانند کودکان در موردهای ما، نوجوانان دارای مشکلات سلوک، انواع رفتارهای اخلاک‌گر و نقض‌کنندهٔ قوانین در دامنه‌ای از رفتارهای خشونت‌آمیز اما به نسبت جزئی مانند ناله و شکایت کردن، سوگند یاد کردن و کج‌خلقی تا رفتارهای شدیدتر غیرانسانی مانند خراب‌کاری اموال عمومی (وندالیسم)، سرقت و حمله به دیگران را نشان می‌دهند. با توجه به چنین تنوعی، ما باید انواع، مسیرها، علل و پیامدهای مشکلات سلوک را بررسی کنیم.

اگرچه ممکن است ما از فعالیت و رفتارهای آن‌ها شوکه شده باشیم، کودکان با مشکلات سلوک شدید اغلب (همیشه نه) در شرایط خانوادگی و محله‌های بسیار ناخوشایند رشد می‌کنند، جایی که آن‌ها تجاوز فیزیکی، بی‌توجهی، فقر و یا قرار گرفتن در معرض فعالیت‌های جنایی را تجربه می‌کنند (لاهی، میلر و همکاران، ۱۹۹۹) بنابراین، در بسیاری از موارد رفتارهای پرخاشگرانه نوعی سازگاری با خشونت و محرومیت از خانه و محله است. این شرایط بهانه‌ای برای این رفتارها نیستند، بلکه آن‌ها زمینهٔ مهمی برای درک این مشکلات و جلوگیری از آن‌ها را فراهم می‌کنند. مورد استیو را ببینید.

## استیو

## نه بدون علت

استیو دوازده ساله به این دلیل ارجاع داده شده بود که به پدرش چاقو زده و یک ماشین را به سرقت برده بود. او سابقهٔ دروغ گفتن، دعوا در مدرسه و سرقت داشت و به‌طور مداوم با کارکنان مدرسه و پلیس مشکل داشت. او به‌راحتی ماهیچهٔ ساق پای پدرش را چاقو زد، اما داستان او جزئیات چشمگیری دارد که تا به حال نظیر آن وجود نداشته است. او و دو برادرش در اتاق خواب پدر و مادرشان بودند، در حالی که پدرش به‌زور به مادرش تعرض می‌کرد. او بی‌نهایت احساس کمک می‌کرد و جیغ می‌زد. استیو چاقو را از آشپزخانه برداشت؛ برادرانش سعی کردند او را مهار کنند، اما نتوانستند مانع او شوند. او

1. conduct problems
2. antisocial behaviors

یا محدود کردن آن‌ها می‌شود. این امر موجب ناهماهنگی بین نگرانی جامعه نسبت به کودکانی که در معرض خطر یا سوء استفاده قرار دارند و تمایل به بی‌انصاف و شرور جلوه دادن نوجوانانی که رفتارهای خشونت‌آمیز را نشان می‌دهند، می‌شود. زمانی که این نوجوانان بزرگ‌تر می‌شوند یا در جهت درک و توان‌بخشی، خدمات بهداشت روان دریافت می‌کنند و به سیستم عدالت کیفری نوجوانان (یا کودکان) ارجاع داده می‌شوند یا با تقاضاهای عمومی در جهت مجازات مجرمین و محافظت از قربانیان مواجه می‌شوند و بر اساس سیستم عدالت کیفری تنبیه می‌شوند (استینبرگ، ۲۰۰۹). اکثر افراد درباره ماهیت خشونت کودکان و نوجوانان و اینکه چه می‌توان برای آنان انجام داد، اظهارنظر می‌کنند. برای بررسی بعضی از دیدگاه‌های خودتان، به اظهارنظرهای موجود در نگاه دقیق‌تر ۹.۱ مراجعه کنید.

## چکیده بخش

### توصیف مشکلات سلوک

- مشکلات سلوک یا رفتارهای ضداجتماعی، فعالیت‌های نامناسب با سن و نگرش‌های یک کودک هستند که موجب نقض انتظارات خانواده، هنجارهای اجتماعی و حقوق شخصی یا حقوق دیگران می‌شود. این کودکان در کنترل احساسات و رفتارها مشکل دارند.
- ماهیت، علل و پیامدهای مشکلات سلوک در کودکان گستره وسیعی دارد و نیازمند بررسی مسیرهای چندگانه و مسیرهای مختلف است.
- بسیاری از کودکان با مشکلات سلوک شدید در شرایط خانوادگی و محله بسیار تأسفبار، رشد می‌کنند.

## بافت، هزینه‌ها و دیدگاه‌ها

«درجه‌بندی پیروی ما از قوانین اجتماعی و جنایی، زمانی مشخص می‌شود که هرکدام از ما از این قوانین پیروی کنیم...»  
—جان بالبی (۱۹۵۰)

در ادامه، برای درک رفتارهای ضداجتماعی در نوجوانان و تأثیر آن بر جامعه، زمینه رشد طبیعی، هزینه‌های اجتماعی و راه‌های مختلفی که این رفتار توسط سیستم عدالت کیفری نوجوانان، سیستم‌های سلامت روان، سلامت عمومی و بهداشتی مورد نظر قرار می‌گیرد، بحث می‌کنیم.

### بافت

اکثر نوجوانان قوانین را گاه‌گاهی نقض می‌کنند؛ آیا شما تا به حال

پدرش را با چاقو طوری زده بود که زخم عمیقی در ناحیه ساق پای وی ایجاد شده بود. بعد از چاقو زدن، احساس کرد که ممکن است مورد اذیت و آزار پدرش قرار بگیرد، زیرا پدرش تاریخچه طولانی‌مدتی از سوءاستفاده جسمانی نسبت به پسرانش داشت. او به خانه پدربزرگش فرار کرد، بدون اجازه سوئیچ ماشین را برداشت و در یک میدان با ماشین تصادف کرد. پلیس استیو را به ما ارجاع داده بود. به طور خلاصه، او پدرش را با چاقو زخمی کرده بود و در واقع یک ماشین را به سرقت برده بود.

کازدین، ۱۹۹۵

وضعیت خانوادگی غم‌انگیز استیو ممکن است موجب همدردی و نگرانی شود. نوجوانان دارای مشکلات سلوک شدید، اغلب آشفته هستند و بسیار به کمک نیاز دارند. در عین حال، بی‌احساسی و بی‌پروایی در رفتار آن‌ها اغلب باعث بی‌عدالتی، نگرانی در مورد قربانیان بی‌گناه و تمایل شدید به مجازات و

## نگاه دقیق‌تر ۹.۱

### باورهای در مورد خشونت‌آمیز بودن نوجوانان: درست یا غلط؟

- اکثر مجرمان آینده را می‌توان در دوران درست  غلط  کودکی شناسایی کرد.
- سوء استفاده و بی‌توجهی کودک ناگزیر درست  غلط  منجر به رفتارهای خشونت‌آمیز بعدی در زندگی می‌شود.
- نوجوانان آفریقایی‌تبار و اسپانیایی بیشتر درست  غلط  احتمال دارد که در خشونت نسبت به سایر گروه‌های نژادی یا قومی مشارکت کنند.
- اعمال مجازات سفت‌وسخت برای مجرمان درست  غلط  نوجوان و تلاش در جهت رسیدگی به آنان در دادگاه‌های جنایی بزرگسالان، موجب کاهش ارتکاب به جرم در آنان می‌شود.
- بیشتر نوجوانان خشن در نجات به دلیل درست  غلط  ارتکاب به جرم خشونت‌آمیز دستگیر خواهند شد.
- هیچ فعالیتی در درمان یا پیشگیری از رفتار درست  غلط  خشونت‌آمیز کارساز نیست.

توجه: تمام اظهارات فوق نادرست هستند. چنین ایده‌های غلطی زمانی مضر خواهند بود که در شناخت ماهیت واقعی یک مشکل به خط‌مشی‌ها یا روش‌های نامناسب منجر شوند. گروه خدمات سلامتی و بشری، ۲۰۰۱



سیاست‌ها و شیوه‌هایی که نوجوانان را با مشکلات سلوک مواجه می‌کند، رفتار ضداجتماعی و بزهکارانه آن‌ها را افزایش می‌دهد.

بعضی از رفتارهای ضداجتماعی با افزایش سن کاهش می‌یابند (مانند نافرمانی در منزل)، در حالی که دیگر رفتارها با سن و بنا به موقعیت افزایش می‌یابند (مانند گلاویز شدن با کودکانی که مزاحمت ایجاد می‌کنند).

رفتارهای ضداجتماعی در دوران کودکی در پسران بیشتر از دختران رایج است، اما این تفاوت در نوجوانی کمتر می‌شود.

با وجود کاهش بسیاری از رفتارهای ضداجتماعی همراه با افزایش سن، کودکانی که در دوران کودکی از نظر جسمانی بسیار پرخاشگر هستند، به طور نسبی در گذر زمان این ویژگی را حفظ می‌کنند (برویدی و همکاران، ۲۰۰۳). مطالعات طولی، اعمال پرخاشگرانه مانند مبارزه جسمانی مداوم را بسیار پایدار ارزیابی می‌کنند، به طوری که میانگین همبستگی برای اندازه‌گیری‌های این رفتارها در زمان‌های مختلف در حدود ۰/۷۰ بوده است (لوپر، گرین و همکاران، ۲۰۰۰). این رفتار پرخاشگرانه به اندازه نمرات هوش‌بهر پایدار می‌ماند!

### هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی

هزینه‌های زیادی که از نظر آموزشی، سلامت، دادگاه کیفری، خدمات اجتماعی و سیستم‌های بهداشت روانی از سروکار داشتن با کودکان دارای مشکلات رفتاری ناشی می‌شود، موجب صرف هزینه‌های سنگین برای مشکلات سلامت روان در آمریکای شمالی شده است (ولش و همکاران، ۲۰۰۸). اگرچه اعمال ضداجتماعی در کودکان فراگیر هستند، الگوی مداوم و شدید رفتارهای ضداجتماعی به طور تقریبی در ۵ درصد از کودکان رخ می‌دهد (هینشاو و لی، ۲۰۰۳). این کودکان سبب آسیب‌های قابل

با رفتارهایی مانند اعمال قدرت، دروغ گفتن، شایعه‌پراکنی، دعوا، فرار از مدرسه، فرار از منزل، بیرون ماندن شبانه، تخریب اموال، سرقت، پیامک زدن در هنگام رانندگی و یا رانندگی پس از نوشیدن الکل، سرپیچی کرده‌اید؟ اگر چنین است، به باشگاه خوش آمدید - بسیاری از نوجوانان به اعمال ضداجتماعی اعتراف می‌کنند. در سال ۲۰۱۵ حدود ۶۳ درصد از دانش‌آموزان دبیرستانی در ایالات متحده مصرف الکل، ۴۲ درصد پیامک و یا ایمیل زدن در حین رانندگی، ۳۹ درصد مصرف ماری‌جوانا، ۳۲ درصد مصرف سیگار و ۸ درصد آن‌ها رانندگی بعد از نوشیدن الکل را تجربه کرده بودند (CDC، ۲۰۱۶) در واقع، تعداد بسیار کمی از نوجوانان (حدود ۶ درصد) به طور کامل از رفتارهای ضداجتماعی خودداری می‌کنند و کسانی که خودشان را بیش از حد پیرو آداب و رسوم می‌دانند، مضطرب هستند و از نظر اجتماعی کنترل احساسات ندارند و ممکن است در تمام دوران نوجوانی با مشکل سازگاری مواجه شوند (مافیت و همکاران، ۲۰۰۲). اگرچه بیشتر افراد کم سن و سال قوانین را زیر پا می‌گذارند، اما نوجوانان دارای مشکلات سلوک نسبت به همسالان خود در رفتارهای جدی‌تر ضداجتماعی و خطرپذیری درگیر می‌شوند (بجورک و پارذینی، ۲۰۱۵).

رفتارهای ضداجتماعی در دوران رشد طبیعی ظاهر می‌شوند و سپس کاهش می‌یابند (ترمبلی، ۲۰۰۳). اکثر کودکان نوپا، کتک می‌زنند، لگد می‌زنند، به عمد چیزهایی را می‌شکنند، دروغ می‌گویند و در مقابل افراد بزرگسال مقاومت می‌کنند، اما زمانی که وارد مدرسه می‌شوند، اغلب یاد می‌گیرند این رفتارها را کنترل کنند. حدود ۵۰ درصد از والدین گزارش می‌کنند که کودکان پیش‌دبستانی از آن‌ها چیزی می‌دزدند، دروغ می‌گویند، نافرمانی می‌کنند و یا اموال را تخریب می‌کنند، در مقایسه ۱۰ درصد از والدین نوجوانان، گزارش‌های مشابهی دارند (آکنباخ، ۱۹۹۱). این کاهش تا حدی منعکس‌کننده فقدان آگاهی والدین از مشکلاتی است که نوجوانان ممکن است آن‌ها را تجربه کنند. با این حال، نوجوانان نیز گزارش می‌دهند که رفتارهای ضداجتماعی آنان با افزایش سن کاهش می‌یابد (آکنباخ، ۱۹۹۱). فراوانی سه رفتار رایج ضداجتماعی در پسران و دختران سنین مختلف ارجاع داده شده و غیر ارجاع داده شده به مراکز درمانی که والدین آن‌ها را گزارش داده‌اند، در شکل ۹.۱ نشان داده شده است.

نمودارها در شکل ۹.۱ چندین ویژگی مهم رفتارهای ضداجتماعی را در بافت تحولی بهنجار نشان می‌دهند:

رفتارهای ضداجتماعی از نظر شدت با نافرمانی در دعواها متفاوت هستند.

توجه و نامناسبی می‌شوند که بیش از ۵۰ درصد از همهٔ جرائم در ایالات متحده و حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد از ارجاع‌های بالینی را تشکیل می‌دهند (لوبر، بورک و همکاران، ۲۰۰۰).

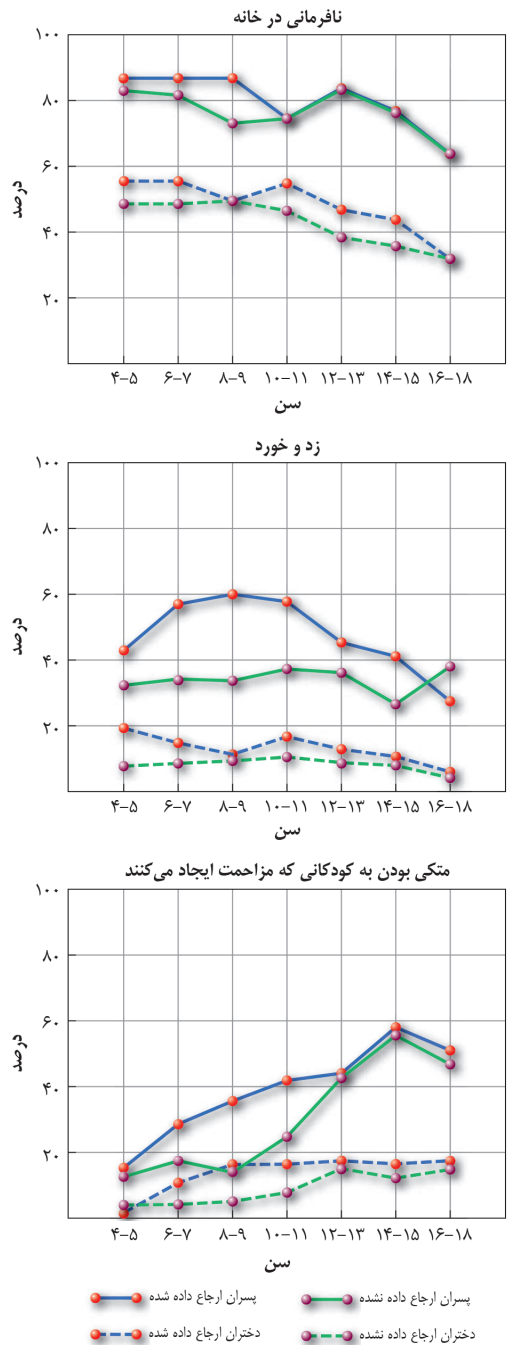
بیشتر نوجوانان در ایالات متحده از جراحات‌های ناشی از اسلحه گرم می‌میرند تا از بیماری‌ها (دیوید-فردون و سیمون، ۲۰۱۴) و آن‌ها دو برابر بیشتر از افراد بزرگسال توسط نوجوانان دیگر قربانی خشونت می‌شوند (سیکمون و پوزانچرا، ۲۰۱۴). هزینه‌های رفتار ضداجتماعی نه تنها در شرایط زندگی، بلکه برحسب دلار نیز قابل درک است. هزینه‌های عمومی اضافی برای هر کودک با مشکلات سلوک در زمینهٔ مراقبت‌های بهداشتی، سیستم‌های کیفی نوجوانان و سیستم‌های آموزشی بسیار زیاد است - حداقل ۱۰۰۰۰ دلار یا بیشتر در سال (فوستر، جونز و گروه تحقیقات پیشگیری از مشکلات سلوک، ۲۰۰۵). هزینه‌های مادام‌العمر جامعه برای یک نوجوان که از دبیرستان به خاطر جرم و سوء‌مصرف مواد ترک تحصیل می‌کند حدود ۳۲ تا ۵۵ میلیون دلار تخمین زده می‌شود (کوهن و پیکرو، ۲۰۰۹).

### دیدگاه‌ها

مشکلات سلوک از چندین دیدگاه بررسی شده‌اند، هرکدام از این دیدگاه‌ها از اصطلاحات و تعاریف مختلف برای توصیف الگوهای مشابه استفاده می‌کنند. این دیدگاه‌ها عبارت‌اند از: دیدگاه‌های قانونی، روان‌شناختی، روان‌پزشکی و بهداشت عمومی (لوبر، بورک و پارذینی، ۲۰۰۹).

### قانونی

از نظر قانونی مشکلات سلوک به عنوان اعمال مجرمانه یا بزهکارانه تعریف می‌شوند. اصطلاح گستردهٔ بزهکاری نوجوانان، نوجوانانی را توصیف می‌کند که قوانین را نقض کرده‌اند؛ این نقض قوانین از سینما رفتن بدون پرداخت هزینهٔ بلیت تا آدمکشی در نوسان هستند. اعمال بزهکاری شامل جرائم اموال عمومی (مانند تخریب اموال عمومی، سرقت، شکستن در و وارد شدن) و جرائم خشونت‌آمیز (مانند غارت، تجاوز به عنف، قتل) است. تعاریف قانونی به قوانینی که در طول زمان تغییر می‌کنند یا در مکان‌های مختلف متفاوت هستند، بستگی دارد. تعریف قانونی بزهکاری شامل دستگیری و تماس با دادگاه می‌شود و رفتارهای ضداجتماعی کودکان سنین پایین‌تر را که به طور معمول در خانه یا مدرسه رخ می‌دهد، حذف می‌کند. همچنین



● شکل ۹.۱ | فراوانی‌های گزارش‌شده توسط والدین برای رفتارهای رایج ضداجتماعی پسران و دختران ۴ تا ۱۸ ساله ارجاع داده شده و نشده به مراکز درمانی.