

## روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان

# فهرست

۴۱	مدل‌ها
۴۲	مرور اجمالی دیدگاه آسیب‌شناسی روانی رشدی
۴۲	مفهوم رشد
۴۳	جستجوی عوامل و فرایندهای علی
۴۴	مسیرهای رشد
۴۶	اصل هم‌پایانی و چندپایانی
۴۶	خطر، آسیب‌پذیری و انعطاف‌پذیری
۴۶	خطر و انعطاف‌پذیری
۴۸	انعطاف‌پذیری
۵۱	تداوم اختلال
۵۲	رشد بهنجار، پیامدهای مشکل‌آفرین
۵۲	دل‌بستگی
۵۴	مزاج
۵۵	هیجان و تنظیم آن
۵۷	پردازش شناختی اجتماعی

## فصل ۳- زمینه‌های زیستی و محیطی

۶۰	آسیب‌شناسی روانی
۶۰	مغز و سیستم عصبی
۶۰	رشد مغز: زیست‌شناسی و تجربه
۶۱	ساختار
۶۲	انتقال عصبی
۶۳	سیستم عصبی و خطر اختلال کارکرد
۶۳	تأثیرات پیش از تولد
۶۴	تأثیرات حوالی تولد و پس از تولد
۶۵	زمینه ژنتیکی
۶۶	وراثت تک‌ژنی
۶۷	وراثت چندژنی: روش‌های کمی
۶۸	در جستجوی ژن‌ها و اثرات‌شان: روش‌های مولکولی
۶۸	تأثیر متقابل ژن-محیط
۶۹	یادگیری و شناخت
۶۹	شرطی‌سازی کلاسیک
۷۱	یادگیری کنشگر
۷۱	یادگیری مشاهده‌ای

## دیباجه ..... ۱۵

۱۵	مضمون ۱: آسیب‌شناسی روانی رشدی
۱۵	مضمون ۲: تأثیرات تبادلی چندگانه
۱۵	مضمون ۳: فرد در بافت
۱۶	مضمون ۴: رویکرد تجربی
۱۶	مضمون ۵: شخص در کانون
۱۶	سازمان‌بندی کتاب
۱۷	محتوا: نکات برجسته و روزآمدسازی‌ها
۱۸	مشخصه‌ها: بعضی قدیمی، بعضی جدید

## فصل ۱- مقدمه ..... ۱۹

۲۰	تعریف و شناسایی نابهنجاری
۲۱	رفتار غیرعادی و زیان‌بخش
۲۱	معیارهای رشدی
۲۲	فرهنگ و قومیت
۲۳	معیارهای دیگر: جنسیت و موقعیت‌ها
۲۳	نقش دیگران
۲۴	آراء و نظرات متغیر درباره نابهنجاری
۲۴	مشکلات روان‌شناختی چقدر شایع‌اند؟
۲۷	سطح رشدی و اختلال چه ارتباطی با هم دارند؟
۲۸	جنسیت و اختلال چه ارتباطی با هم دارند؟
۲۸	موضوعات روش‌شناختی، تفاوت‌های واقعی
۳۰	عوامل مؤثر تاریخی
۳۰	پیشرفت در قرن نوزدهم
۳۱	زیگموند فروید و نظریه روان‌کاوی
۳۳	رفتارگرایی و نظریه یادگیری اجتماعی
۳۴	جنبش‌های بهداشت روانی و راهنمایی کودک
۳۴	بررسی علمی کودکان و نوجوانان
۳۵	بررسی و رویه فعلی
۳۶	کار با کودکان و نوجوانان و خانواده‌هایشان

## فصل ۲- دیدگاه آسیب‌شناسی روانی رشدی . ۴۰

۴۱	دیدگاه‌ها، نظریه‌ها، مدل‌ها
۴۱	نظریه‌ها

## فصل ۵- طبقه‌بندی، سنجش و مداخله..... ۱۱۳

۱۱۳	طبقه‌بندی و تشخیص
۱۱۴	رویکرد DSM
۱۱۹	رویکردهای تجربی به طبقه‌بندی
۱۲۳	بدنامی و تأثیر برچسب‌ها
۱۲۵	سنجش
۱۲۵	اجرای سنجش جامع
۱۲۶	مصاحبه
۱۲۷	فهرست‌های مشکل و ابزارهای خودگزارشی
۱۲۸	سنجش مشاهده‌ای
۱۲۹	آزمون‌های فرافکن
۱۲۹	سنجش هوشی-آموزشی
۱۳۱	سنجش عملکرد جسمی
۱۳۳	مداخله: پیشگیری و درمان
۱۳۵	پیشگیری
۱۳۶	درمان
۱۴۰	مداخله‌های مبتنی بر شواهد
۱۴۱	طبقه‌بندی و تشخیص
۱۴۲	سنجش
۱۴۲	مداخله: پیشگیری و درمان

## فصل ۶- اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های

### مرتبط..... ۱۴۴

۱۴۴	مقدمه‌ای بر اختلال‌های درونی‌سازی
۱۴۵	تعریف و طبقه‌بندی اختلال‌های اضطرابی
۱۴۶	ترس‌ها، نگرانی‌ها و اضطراب‌های بهنجار
۱۴۷	طبقه‌بندی اختلال‌های اضطرابی
۱۴۷	همه‌گیرشناسی اختلال‌های اضطرابی
۱۴۸	هراس‌های خاص
۱۴۸	ملاک‌های تشخیصی
۱۴۹	توصیف
۱۴۹	همه‌گیرشناسی
۱۵۰	سیر رشدی
۱۵۰	اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی)
۱۵۰	ملاک‌های تشخیصی
۱۵۱	توصیف
۱۵۱	لالی انتخابی و اضطراب اجتماعی
۱۵۲	همه‌گیرشناسی

۷۱	فرایندهای شناختی
۷۳	نگاه اجمالی به زمینه اجتماعی فرهنگی
۷۳	زمینه خانوادگی، بدرفتاری و طلاق
۷۳	نقش‌ها، سبک‌ها و آسیب‌شناسی روانی والدین
۷۵	بدرفتاری
۷۹	تغییرات در ساختار خانواده: طلاق
۸۴	تأثیرات همسالان
۸۵	زمینه‌های اجتماع محلی و جامعه
۸۵	تأثیرات مدرسه
۸۶	وضع اجتماعی اقتصادی و فقر
۸۷	محل‌ها
۸۹	فرهنگ، قومیت و وضع اقلیت

## فصل ۴- نقش پژوهش و روش‌های آن..... ۹۳

۹۳	مبانی پژوهشی
۹۴	انتخاب شرکت‌کنندگان
۹۵	مشاهده و اندازه‌گیری
۹۶	پایایی نتایج پژوهش
۹۶	اعتبار نتایج پژوهش
۹۷	روش‌های اساسی پژوهش
۹۸	بررسی‌های موردی
۹۸	بررسی‌های همبستگی
۱۰۰	آزمایش‌های تصادفی
۱۰۳	طرح‌های آزمایشی تک‌موردی
۱۰۵	محدوده‌های زمانی در پژوهش
۱۰۵	پژوهش مقطعی
۱۰۶	پژوهش طولی گذشته‌نگر
۱۰۶	پژوهش طولی آینده‌نگر
۱۰۶	پژوهش طولی سریع
۱۰۷	پژوهش کیفی
۱۰۸	نمونه‌هایی از بررسی‌های کیفی
۱۰۸	ترکیب روش‌های کیفی و کمی
۱۰۸	موضوعات اخلاقی
۱۰۹	رضایت آگاهانه ارادی
۱۰۹	رازداری
۱۱۰	ایجاد توازن بین خیر و زیان

مداخله‌های مربوط به اختلال‌های اضطرابی و	۱۷۶
اختلال‌های مرتبط	۱۷۶
درمان‌های روان‌شناختی	۱۷۶
درمان‌های دارویی	۱۷۹
درمان اختلال وسواسی اجباری	۱۸۰
پیشگیری از اختلال‌های اضطرابی	۱۸۰
<b>فصل ۷ - اختلال‌های خلقی ..... ۱۸۵</b>	
دیدگاه تاریخی	۱۸۶
رویکرد DSM به طبقه‌بندی اختلال‌های خلقی	۱۸۶
تعریف و طبقه‌بندی افسردگی	۱۸۷
تعریف افسردگی	۱۸۷
رویکرد DSM به اختلال افسردگی	۱۸۸
رویکردهای تجربی به افسردگی	۱۸۹
توصیف افسردگی	۱۸۹
همه‌گیرشناسی افسردگی	۱۹۰
سن و جنسیت	۱۹۰
ملاحظات اجتماعی اقتصادی، قومی و فرهنگی	۱۹۱
مشکلات همبود	۱۹۲
افسردگی و رشد	۱۹۲
سبب‌شناسی افسردگی	۱۹۴
تأثیرات زیستی	۱۹۴
مزاج	۱۹۶
تأثیرات اجتماعی روان‌شناختی	۱۹۶
تأثیر افسردگی والدین	۱۹۹
روابط با همسالان و افسردگی	۲۰۲
سنجش افسردگی	۲۰۳
درمان افسردگی	۲۰۵
درمان‌های دارویی	۲۰۵
درمان‌های روانی اجتماعی	۲۰۶
پیشگیری از افسردگی	۲۰۹
اختلالات دوقطبی	۲۱۰
طبقه‌بندی DSM از اختلال‌های دوقطبی	۲۱۰
توصیف اختلال‌های دوقطبی	۲۱۳
همه‌گیرشناسی اختلال‌های دوقطبی	۲۱۳
سیر رشدی و پیش‌آگهی	۲۱۵
عوامل خطر و سبب‌شناسی	۲۱۶
سنجش اختلال‌های دوقطبی	۲۱۶

سیر رشدی	۱۵۳
اضطراب جدایی	۱۵۴
تشخیص و طبقه‌بندی	۱۵۴
توصیف	۱۵۴
همه‌گیرشناسی	۱۵۴
سیر رشدی	۱۵۵
امتناع از مدرسه	۱۵۵
تعریف	۱۵۵
توصیف	۱۵۶
همه‌گیرشناسی و سیر رشدی	۱۵۷
اختلال اضطراب فراگیر	۱۵۷
ملاک‌های تشخیصی	۱۵۷
توصیف	۱۵۷
همه‌گیرشناسی	۱۵۸
سیر رشدی	۱۵۸
حمله‌های وحشت‌زدگی و اختلال وحشت‌زدگی	۱۵۹
ملاک‌های تشخیصی	۱۵۹
همه‌گیرشناسی	۱۶۰
توصیف و الگوی رشدی	۱۶۱
واکنش‌ها به رخداد‌های آسیب‌زا	۱۶۱
ملاک‌های تشخیصی	۱۶۲
توصیف	۱۶۴
PTSD و کودک‌آزاری	۱۶۴
همه‌گیرشناسی	۱۶۴
سیر رشدی و پیش‌آگهی	۱۶۶
اختلال وسواسی اجباری	۱۶۸
ملاک‌های تشخیصی	۱۶۸
توصیف	۱۶۸
همه‌گیرشناسی	۱۶۹
سیر رشدی و پیش‌آگهی	۱۶۹
سبب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های	
مرتبط	۱۷۰
تأثیرات زیستی	۱۷۰
تأثیرات روانی اجتماعی	۱۷۳
سنجش اختلال‌های اضطرابی	۱۷۵
مصاحبه‌ها و ابزارهای خودگزارشی	۱۷۵
مشاهده‌های مستقیم	۱۷۶
ثبتهای فیزیولوژیکی	۱۷۶

۲۶۰	مشاهده‌های رفتاری
۲۶۱	مداخله
۲۶۱	آموزش والدین
۲۶۲	آموزش مهارت‌های حل مسأله شناختی
۲۶۴	برنامه‌های اجتماع‌محور
۲۶۵	درمان چند سیستمی
۲۶۵	مداخله‌های دارویی
۲۶۶	پیشگیری

## فصل ۹- اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی .. ۲۷۱

۲۷۲	تحول و تکامل آرا و نظرات درباره ADHD
۲۷۲	طبقه‌بندی و تشخیص DSM
۲۷۳	توصیف ویژگی‌های اولیه
۲۷۳	بی‌توجهی
۲۷۳	بیش‌فعالی و تکانشوری
۲۷۴	توصیف ویژگی‌های ثانویه
۲۷۴	مهارت‌های حرکتی
۲۷۵	هوش، پیشرفت تحصیلی
۲۷۵	کارکردهای اجرایی
۲۷۵	رفتار انطباقی
۲۷۶	رفتار اجتماعی و روابط
۲۷۸	سلامتی، خواب، سوانح
۲۷۸	زیرگروه‌های DSM
۲۸۱	اختلال‌های همبود
۲۸۱	ناتوانی‌های یادگیری
۲۸۱	اختلال‌های برون‌سازی
۲۸۲	اختلال‌های درونی‌سازی
۲۸۲	همه‌گیرشناسی
۲۸۳	جنسیت
۲۸۴	طبقه اجتماعی، نژاد/ قومیت و فرهنگ
۲۸۵	سیر رشدی
۲۸۵	نوباوگی و سال‌های پیش از مدرسه
۲۸۶	کودکی
۲۸۶	نوجوانی و بزرگسالی
۲۸۷	دگرگونی و پیش‌بینی پیامد
	نظریه‌های عصب‌روان‌شناختی در مورد
۲۸۷	ADHD
۲۸۷	کارکردهای اجرایی و بازداری

۲۱۷	درمان اختلال‌های دوقطبی
۲۱۷	خودکشی
۲۱۸	شیوع خودکشی‌های موفق
۲۱۸	افکار خودکشی و اقدام به خودکشی
۲۱۹	خودکشی و آسیب‌شناسی روانی
۲۱۹	عوامل خطر
۲۲۱	پیشگیری از خودکشی

## فصل ۸- مشکلات سلوک ..... ۲۲۶

۲۲۷	طبقه‌بندی و توصیف
۲۲۷	مرور کلی رویکرد DSM
۲۲۹	رویکرد DSM به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه
۲۳۰	رویکرد DSM به اختلال سلوک
۲۳۱	نشانه‌های استخراج‌شده از یافته‌های تجربی
۲۳۲	تفاوت‌های جنسیتی: پرخاشگری رابطه‌ای
۲۳۳	خشونت
۲۳۶	قلدری
۲۳۸	همه‌گیرشناسی
۲۳۹	جنسیت، سن و زمینه
۲۳۹	الگوهای همبودی
۲۴۱	سیر رشدی
۲۴۱	ثبات مشکلات سلوک
۲۴۱	سن شروع
۲۴۳	مسیرهای رشدی
۲۴۴	سبب‌شناسی
۲۴۵	بافت اجتماعی اقتصادی
۲۴۵	پرخاشگری به‌عنوان رفتار آموخته‌شده
۲۴۵	تأثیرات خانواده
۲۵۰	روابط باهمسالان
۲۵۲	تأثیرات شناختی هیجانی
۲۵۳	تأثیرات زیست‌شناختی
۲۵۵	مصرف مواد
۲۵۶	طبقه‌بندی و توصیف
۲۵۶	همه‌گیرشناسی
۲۵۸	سبب‌شناسی و سیر رشدی
۲۶۰	سنجش
۲۶۰	مصاحبه‌ها
۲۶۰	مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار

۳۲۶.....	مشکلات اجتماعی و انگیزشی	۲۸۸.....	حساسیت به پاداش
۳۲۶.....	روابط اجتماعی و کفایت	۲۸۸.....	پردازش زمانی و بیزاری از تأخیر
۳۲۶.....	خودپنداره و انگیزش تحصیلی	۲۸۹.....	مسیرهای متعدد؟
	ناهنجاری‌های مغزی در ناتوانی‌های یادگیری و	۲۸۹.....	ناهنجاری‌های عصب‌زیست‌شناختی
۳۲۷.....	زبان	۲۹۱.....	سبب‌شناسی
۳۲۷.....	زبان و خواندن: ساختار مغز	۲۹۱.....	تأثیرات ژنتیکی
۳۲۸.....	زبان و خواندن: کاربرد مغز	۲۹۱.....	تأثیرات پیش از تولد و مشکلات حین تولد
۳۲۹.....	سبب‌شناسی ناتوانی‌های یادگیری و زبان	۲۹۲.....	رژیم غذایی و سُرَب
۳۲۹.....	تأثیرات ژنتیکی	۲۹۳.....	تأثیرات روانی اجتماعی
۳۳۱.....	تأثیرات روانی اجتماعی	۲۹۳.....	طرحواره رشد و شکل‌گیری ADHD
۳۳۲.....	سنجش ناتوانی‌های یادگیری و زبان	۲۹۴.....	سنجش
۳۳۳.....	مداخله برای ناتوانی‌های یادگیری و زبان	۲۹۴.....	مصاحبه‌ها
۳۳۳.....	پیشگیری	۲۹۵.....	مقیاس‌های درجه‌بندی
۳۳۳.....	مداخله برای ناتوانی‌های زبان	۲۹۶.....	مشاهده مستقیم
۳۳۴.....	مداخله برای ناتوانی‌های یادگیری	۲۹۶.....	سایر روش‌ها
۳۳۶.....	خدمات آموزشی ویژه	۲۹۶.....	مداخله
۳۳۷.....	ادغام: سودمندی‌ها و نگرانی‌ها	۲۹۶.....	پیشگیری
		۲۹۶.....	درمان دارویی
		۲۹۹.....	درمان با رویکرد رفتاری
		۳۰۱.....	درمان چندوجهی
<b>۳۴۲.....</b>	<b>فصل ۱۱- ناتوانی عقلی</b>		
۳۴۳.....	تعریف و طبقه‌بندی		
۳۴۳.....	رویکرد AAIDD		
۳۴۴.....	DSM و رویکردهای قبلی		
۳۴۶.....	ماهیت هوش و رفتار انطباقی		
۳۴۶.....	اندازه‌گیری هوش		
۳۴۹.....	کارکرد انطباقی		
۳۵۰.....	توصیف		
۳۵۲.....	اختلال‌های همبود		
۳۵۳.....	همه‌گیرشناسی		
۳۵۴.....	سیر و ملاحظات رشدی		
۳۵۴.....	سبب‌شناسی		
۳۵۵.....	تأثیرات آسیب‌شناختی عضوی		
۳۵۶.....	تأثیرات چندزنی		
۳۵۶.....	تأثیرات روانی اجتماعی		
۳۵۷.....	علیت چندعاملی		
	نشانی‌های ژنتیکی و سنخ‌های پدیداری		
۳۵۸.....	رفتاری		
۳۵۸.....	نشانی‌های داون		
۳۵۹.....	نشانی‌های X شکننده		
		<b>۳۰۷.....</b>	<b>فصل ۱۰- ناتوانی‌های یادگیری و زبان</b>
			مقطعی از تاریخ: ناتوانی‌های دور از انتظار، نیازهای
		۳۰۸.....	برآورده نشده
		۳۰۹.....	مسائل مربوط به تعریف
		۳۱۰.....	شناسایی ناتوانی‌های ویژه
		۳۱۲.....	ناتوانی‌های زبان
		۳۱۲.....	رشد بهنجار زبان
		۳۱۳.....	طبقه‌بندی و تشخیص DSM
		۳۱۴.....	توصیف
		۳۱۵.....	همه‌گیرشناسی و سیر رشدی
		۳۱۶.....	اختلال‌های همبود
		۳۱۷.....	نارسایی‌های شناختی و نظریه‌ها
		۳۱۸.....	ناتوانی‌های یادگیری: خواندن، نوشتن و ریاضیات
		۳۱۸.....	طبقه‌بندی و تشخیص DSM
		۳۱۸.....	ناتوانی‌های خواندن
		۳۲۲.....	ناتوانی‌های بیان نوشتاری
		۳۲۴.....	ناتوانی‌های ریاضیات

سنجش	۴۱۲
پیشگیری	۴۱۲
مداخله	۴۱۳

### فصل ۱۳- اختلال‌های کارکردهای اساسی

<b>بدن</b>	<b>۴۱۶</b>
مشکلات دفعی	۴۱۷
آموزش دفع عادی	۴۱۷
بی‌اختیاری ادرار	۴۱۷
بی‌اختیاری مدفوع	۴۲۰
مشکلات خواب	۴۲۱
رشد خواب	۴۲۱
مشکلات شایع خواب	۴۲۲
اختلال‌های خواب	۴۲۳
درمان مشکلات خواب	۴۲۵
مشکلات مربوط به تغذیه و خوردن	۴۲۸
مشکلات شایع خوردن و تغذیه	۴۲۸
اختلال‌های تغذیه و خوردن زودرس	۴۲۹
چاقی	۴۳۰
اختلال‌های خوردن: بی‌اشتهایی و پراشتهایی	۴۳۵
عصبی	۴۳۵
تعریف و طبقه‌بندی: یک نگاه کلی	۴۳۵
طبقه‌بندی و توصیف: رویکرد DSM	۴۳۵
همه‌گیرشناسی	۴۳۶
سیر رشدی و پیش‌آگهی	۴۳۸
سبب‌شناسی	۴۳۸
مداخله	۴۴۴
مشکلات دفعی	۴۴۶
مشکلات خواب	۴۴۷
مشکلات تغذیه‌ای و خوردن	۴۴۷
اختلالات خوردن: بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی	۴۴۷

### فصل ۱۴- عوامل روان‌شناختی مؤثر بر

<b>بیماری‌های پزشکی</b>	<b>۴۴۹</b>
بافت تاریخی	۴۴۹
تأثیرات روان‌شناختی و خانوادگی بر بیماری‌های	۴۵۰
پزشکی	۴۵۰
اسم	۴۵۰

نشانگان ویلیامز	۳۶۲
نشانگان پرادر- ویلی	۳۶۲
انطباق و تجارب خانواده	۳۶۳
پاداش‌ها و رضایتمندی‌ها	۳۶۵
سنجش	۳۶۶
آزمون‌های رشدی و هوش	۳۶۶
سنجش رفتار انطباقی	۳۶۷
مداخله	۳۶۸
تغییر دیدگاه‌ها؛ فرصت بیشتر	۳۶۸
پیشگیری	۳۶۹
خدمات آموزشی	۳۶۹
مداخله و حمایت رفتاری	۳۷۱
درمان دارویی و روان‌درمانی	۳۷۴

### فصل ۱۲- اختلال طیف اوتیسم و

#### اسکیزوفرنی

مقطعی از تاریخ	۳۷۹
DSM: اختلال طیف اوتیسم	۳۸۰
اختلال اوتیستیک (اوتیسم)	۳۸۱
توصیف ویژگی‌های اولیه	۳۸۱
توصیف ویژگی‌های ثانویه	۳۸۳
شناخت: انسجام مرکزی و کارکرد اجرایی	۳۸۶
اختلالات همبود	۳۸۷
همه‌گیرشناسی	۳۸۸
سیر رشدی	۳۸۹
ناپهنجاری‌های عصب زیست‌شناختی	۳۹۱
سبب‌شناسی	۳۹۲
اوتیسم و اختلال‌های مرتبط	۳۹۴
سنجش اختلال طیف اوتیسم	۳۹۷
پیشگیری از اختلال طیف اوتیسم	۳۹۸
مداخله برای اختلال طیف اوتیسم	۳۹۹
اسکیزوفرنی	۴۰۴
طبقه‌بندی و تشخیص DSM	۴۰۴
توصیف ویژگی‌های اولیه و ثانویه	۴۰۵
همه‌گیرشناسی	۴۰۷
سیر رشدی	۴۰۷
ناپهنجاری‌های عصب زیست‌شناختی	۴۰۷
سبب‌شناسی	۴۰۹

۴۸۲	چندپارگی، بهره‌برداری، ارزیابی
۴۸۴	کودکان و نوجوانان در جامعه جهانی
۴۸۴	فقر و سلامت در جهان سوم
۴۸۵	رویارویی با نزاع‌های نظامی یا اجتماعی سیاسی
۴۸۷	گوناگونی فرهنگی و نژادی و همکاری بین‌المللی
۴۸۸	چه کسی از کودک مراقبت می‌کند: مسائل خانواده
۴۸۹	خدمات سلامت روانی برای کودکان و نوجوانان
۴۸۹	کودکان و نوجوانان در جامعه جهانی

۴۹۰ ..... منابع

۵۸۹ ..... واژه‌نامه

۶۰۵ ..... نمایه

۴۵۲	پیامدهای بیماری‌های مزمن
۴۵۲	سازگاری و بیماری مزمن
۴۵۸	سرطان: انطباق با بیماری مزمن
۴۶۰	تسهیل درمان پزشکی
۴۶۰	پایبندی به دستورات پزشکی
۴۶۴	تعدیل روان‌شناختی درد مزمن
۴۶۵	کاهش درد و پریشانی مربوط به روش درمان
۴۶۹	آماده‌سازی برای بستری شدن
۴۶۹	کودک روبه‌مرگ

## فصل ۱۵- نگرانی‌های در حال رشد در مورد

۴۷۳ ..... کودکان و نوجوانان

چه کسانی از کودکان مراقبت می‌کنند: مسائل

۴۷۴ ..... خانواده

۴۷۴ ..... اشتغال مادر و مراقبت از کودک

۴۷۷ ..... خانواده‌های فرزندپذیر

۴۷۹ ..... مراقبت پرورشگاهی

۴۸۱ ..... خدمات سلامت روانی برای کودکان و نوجوانان





# دیباچه

در ظرف تقریباً یک‌صد سال، بررسی کودکان و نوجوانان از بی‌اطلاعی نسبی به آگاهی و دانش چشمگیر درباره رشد انسان به‌طور اعم و اختلال رفتار به‌طوراخص پیش رفته است. به‌طور مستدل می‌توان گفت که چند دهه اخیر شاهد پیشرفت بی‌سابقه‌ای در شناخت مشکلات کودکان و نوجوانان و نحوه کمک به آنان و خانواده‌هایشان بوده است. البته هنوز چیزهای زیادی برای فهمیدن وجود دارد و نیازهای کودکان و نوجوانان بسیار زیاد می‌باشند، از این‌رو، بررسی افراد جوان و کم‌سن‌وسال کاری فوق‌العاده ارزشمند است. امیدواریم این کتاب چالش و هیجان این کار را نشان دهد.

روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان، که اکنون ویراست هشتم به‌روزشده آن را پیش رو دارید، از موفقیت بزرگی برخوردار بوده است. برایمان مایه خرسندی است که بدانیم کتابمان همچنان به این حوزه کمک شایانی می‌کند. در شروع به کار این کتاب (که در آغاز عنوان «اختلال‌های رفتاری کودکان» بر جبین آن نقش بسته بود)، کتاب‌های جامع نسبتاً کمی در این حوزه وجود داشتند. چیزی که همان‌قدر اهمیت داشت، نیاز به کتابی بود که بر مضامین و درون‌مایه‌های معینی تأکید داشته باشد که ما برای بررسی مشکلات کودکان و نوجوانان بسیار مهم می‌دانستیم. این مضامین از بوته آزمایش زمان سربلند بیرون آمده، تحول و تکامل پیدا کرده و به‌طورگسترده‌تر و نامحسوس‌تر به عنوان درون‌مایه‌های اساسی شناخته شده‌اند. در حقیقت، لحاظ کردن آنها از ابتدا در این کتاب، بی‌تردید تا حدی دلیل موفقیت مستمر آن را توضیح می‌دهد.

## مضمون ۱: آسیب‌شناسی روانی رشدی

مشارکت و همراهی دیدگاه آسیب‌شناسی روانی رشدی و رویکرد سنتی (معمولاً تر بالینی/ اختلال در بطن این کتاب قرار دارد. رویکرد اخیر بر توصیف نشانه‌ها، علل و درمان‌های اختلال‌های کودکان و نوجوانان تأکید می‌کند. دیدگاه آسیب‌شناسی روانی رشدی فرض را بر این می‌گذارد که مشکلات کودکان و نوجوانان را باید در یک بافت یا بستر رشدی مورد ملاحظه قرار داد. دیدگاه آسیب‌شناسی روانی رشدی در فصل‌های آغازین کتاب بیان شده و بحث درباره اختلال‌های خاص را در فصل‌های بعدی هدایت می‌کند.

یکی از فرض‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی رشدی این باور است که رفتار بهنجار و آشفته به هم مربوط بوده و به بهترین وجه می‌توان این‌طور در نظر آورد که در امتداد یک مسیر پویای نمو و تجربه، با پیوندهایی باگذشته و آینده رخ می‌دهند. این گزاره به چند طریق در کتاب حاضر منعکس می‌شود. به‌زمان‌بندی و فرایندهای رشد بهنجار و این که چطور ممکن است در آسیب‌شناسی روانی دچار اختلال شوند توجه می‌شود. ما همچنین این فرض را جدی می‌گیریم که رشد رفتاری را نمی‌توان به‌آسانی برحسب سن تجزیه و تقطیع کرد و بدین ترتیب، چارچوب زمانی گسترده‌ای را برای بحث درباره مشکلات روان‌شناختی در کودکی و نوجوانی به کار می‌بریم.

## مضمون ۲: تأثیرات تبادلی چندگانه

مضمون دومی که در سراسر کتاب وارد شده این دیدگاه است که مشکلات رفتاری از تبادلهای میان متغیرها ناشی می‌شوند. به‌جز چند استثنا- تازه اگر وجود داشته باشد- رفتار از عوامل مؤثر متعدد و تعامل‌های مدام‌شان نشأت می‌گیرد. ساختار و کارکرد زیستی، انتقال ژنتیکی، شناخت، هیجان، تعامل اجتماعی و جنبه‌های متعدد محیطی بلافصل و گسترده‌تر، نقش‌های پیچیده‌ای در ایجاد و حفظ کارکرد روان‌شناختی و رفتاری ایفا می‌کنند. آسیب‌شناسان روانی رشدی به وظیفه سنگین شناختن و یکپارچه نمودن این عوامل مؤثر چندگانه متعهداند- تلاش‌هایی که در سراسر کتاب حاضر بدان‌ها پرداخته می‌شود.

## مضمون ۳: فرد در بافت

درنتیجه مضمون بالا، مضمون سوم تأکید می‌کند که مشکلات کودکان و نوجوانان به نحو ظرفی به بافت‌ها یا زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی که زندگی را در آنها تجربه می‌کنند، بستگی دارد. کودکان و نوجوانان در چرخه‌ای از عوامل مؤثر اجتماعی و محیطی ذینقش

در اوضاع و شرایط خانوادگی، همسالان، مدرسه، محله، جامعه و فرهنگی قرار دارند. در هر موقعی، کودکان و نوجوانان ویژگی‌های شخصی‌شان را به این اوضاع و شرایط می‌آورند، تحت تأثیر آنها قرار می‌گیرند و به‌نوبه خود بر سایر افراد و موقعیت‌ها تأثیر می‌گذارند. بدین ترتیب، تحلیل معنادار مشکلات روان‌شناختی مستلزم آن است که فرد در بافت یا بستر رشدی مورد توجه قرار گیرد. جنبه‌هایی مانند تعامل‌های خانوادگی، دوستی‌ها، جنسیت، فرصت آموزشی، فقر، قومیت و نژاد و ارزش‌های فرهنگی همگی تأثیر دارند.

## مضمون ۴: رویکرد تجربی

مضمون عمده چهارم جانب‌داری از رویکرد تجربی است. هم در فهم معماهای مشکلات رفتاری و هم در بهره‌گیری از دانش اکتسابی، تفکر سنجیده و خردمندانه لازم است. ما بر این باوریم که رویکردهای تجربی و چارچوب‌های نظری که بر روش علمی متکی‌اند بهترین راه را برای فهم پیچیدگی رفتار انسان در اختیار می‌گذارند. از این رو، یافته‌های پژوهشی از اجزاء محوری کتاب بوده و بر آگاهی ما از مشکلات کودکان و نوجوانان و نحوه بهبود بخشیدن به زندگی آنان تأثیر می‌گذارند.

## مضمون ۵: شخص در کانون

در سراسر کتاب حاضر، بر اهمیت توجه به رشد بهینه و مطلوب کودک یا نوجوان تأکید شده است. اگرچه بی‌تردید بررسی‌های تجربی به فهم و آگاهی ما از رشد افزوده‌اند، با این همه، بررسی مشکلات از نقطه‌نظر شخصی‌تر مفید است. بنابراین، اگر دانشجویان از عدسی تجربه کودکان و نوجوانان پریشان و خانواده‌هایشان نیز به مشکلات نگاه کنند، بهتر می‌توانند بفهمند که چگونه آسیب‌شناسی روانی بروز می‌کند، یک کودک یا نوجوان چه نیازهایی می‌تواند داشته باشد، مداخله چگونه می‌تواند به یک کودک کمک کند و یک دنیا عوامل دیگر. بسیاری از توصیف‌های موردی در کتاب حاضر در به وجود آوردن این حال و هوای شخصی بسیار مهم‌اند. شرح و وصف‌های فردی، نقل‌قول‌ها و عکس‌های مختلف دیگر نیز همین‌طور. کودک بیش‌فعالی که متوجه می‌شود دیگران او را یک «پسر بد» می‌دانند، خواهی که معتقد است با مراقبت از برادر دچار مشکلات هوشی‌اش آدم بهتری شده است و پدر و مادری که گزارش می‌کنند توصیف تلویزیون از کودکی که مشکلاتش شبیه مشکلات کودک تشخیص داده‌نشده‌شان بوده آنها را «شوکه کرده است»، به‌طورفوق‌العاده‌ای دنیای واقعی را به تصویر می‌کشند.

## سازمان‌بندی کتاب

روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان به‌عنوان مدخلی نسبتاً جامع بر این حوزه، شامل مبانی نظری و روش‌شناختی حوزه مزبور بوده و بیشترین حجم آن به بحث درباره مشکلات خاص کودکان و نوجوانان - یعنی به ویژگی‌ها، همه‌گیرشناسی، سیر رشدی، آسیب‌شناسی، سنجش، درمان و پیشگیری از آسیب‌شناسی روانی - اختصاص دارد. اگرچه فصل‌ها را رسماً به بخش‌های گسترده‌تر تقسیم نکرده‌ایم، با این حال، آنها را در قالب سه واحد مفهومی‌پردازی کرده‌ایم.

واحد I شامل فصل‌های ۱ تا ۵، پایه و اساس بحث بعدی را فراهم می‌سازد. در این فصل‌ها نگاهی اجمالی به این حوزه از جمله مفاهیم پایه، زمینه تاریخی، عوامل مؤثر رشدی، دیدگاه‌های تاریخی، روش‌شناسی پژوهش، طبقه‌بندی و تشخیص، سنجش، پیشگیری و رویکردهای درمانی انداخته می‌شود. فصل‌های یادشده به‌طور جد از ادبیات و متون روان‌شناختی بهره‌جسته و نیز ماهیت چندرشته‌ای بررسی و درمان کودکان و نوجوانان را می‌پذیرند. ما فرض را بر این می‌گذاریم که خوانندگان در زمینه روان‌شناسی تا حدی وارد و آشنا هستند، اما سعی کرده‌ایم محتوای کتاب را متناسب با نیازهای کسانی که آشنایی یا تجربه نسبتاً محدودی در روان‌شناسی دارند، عرضه کنیم.

واحد II، شامل فصل‌های ۶ تا ۱۴، به اختلال‌های عمده می‌پردازد. سازمان‌بندی این فصل‌ها انسجام و هماهنگی قابل‌ملاحظه‌ای دارد. در مورد اکثر اختلال‌ها طبقه‌بندی، توصیف بالینی، همه‌گیرشناسی، سیر رشدی، سبب‌شناسی، سنجش و پیشگیری/درمان، با همین ترتیب، مورد بحث قرار می‌گیرند. در عین حال، سازمان‌بندی انعطاف‌پذیر، یک اصل راهنما است به‌طوری که پیچیدگی ذاتی موضوعات هر فصل قربانی نمی‌شود.

- فصل ۶ (اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های مرتبط) و فصل ۷ (اختلال‌های خلقی) به اختلال‌های درونی‌سازی می‌پردازند.

- فصل ۸ (مشکلات سلوک) و فصل ۹ (اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی) درباره اختلال‌های برونی‌سازی بحث می‌کنند.
  - مشکلات خاص و فراگیر رشد در فصل ۱۰ (ناتوانی‌های یادگیری و زبان)، فصل ۱۱ (ناتوانی عقلی) و فصل ۱۲ (اختلال طیف اوتیسم و اسکیزوفرنی) ارائه می‌شوند.
  - فصل ۱۳ (کارکردهای اساسی بدن) و فصل ۱۴ (بیماری‌های پزشکی) به مشکلات سلامتی و پزشکی می‌پردازند.
- واحد III، شامل فصل ۱۵، مطالب و موضوعات فصل‌های پیشین را تکمیل نموده و گسترش می‌دهد. این فصل دغدغه‌های رو به گسترش راجع به رشد کودکان و نوجوانان را بررسی کرده و برگزیده‌ای از مسائل خانوادگی حیاتی، خدمات سلامت روانی و به اختصار زندگی کودکان و نوجوانان در کشورهایی غیر از ایالات متحده متمرکز است.

## محتوا: نکات برجسته و روزآمدسازی‌ها

- تقریباً نیازی به گفتن نیست که بررسی آسیب‌شناسی روانی کودکان و نوجوانان، همچنان که به جلو جهش می‌کند، باید به نحو عاقلانه و سنجیده‌ای پژوهش‌ها و موضوعات اخیر را مورد توجه قرار دهد. این توجه از رهگذر ارائه اطلاعات جدید در سراسر کتاب نشان داده می‌شود. محتوای روزرشد نه تنها به یافته‌ها و موضوعات جدید اشاره دارد بلکه اساساً یافته‌های قبلی را به انحصار گوناگون تأیید نموده یا گسترش می‌دهد. به علاوه، در مرور اطلاعات جدید به ویژه به موضوعاتی حساس بوده‌ایم که در حال حاضر مورد توجه و نگرانی زیادی هستند. در زیر به نمونه‌های مهمی از موضوعات برجسته و به‌روز شده اشاره می‌کنیم:
- ویراست حاضر کتاب افزایش علاقه به بهترین راه طبقه‌بندی و تشخیص مشکلات روان‌شناختی را مجسم می‌کند. این ویراست شامل ملاک‌های تشخیصی و اطلاعات ارائه‌شده در آخرین نسخه (DSM-5) DSM بوده و توجه محسوسی به این موضوع دارد که چگونه رویکرد ابعادی بر تحولات رخ داده در زمینه طبقه‌بندی آسیب‌شناسی روانی کودکان و نوجوانان تأثیر گذاشته و احتمال دارد همچنان تأثیر بگذارد.
  - در فصل‌های مختلف در مورد پیشرفت‌های اساسی در شناخت علل آسیب‌شناسی روانی مثال آورده می‌شود. به مدل‌های سبب‌شناختی رفتار مشکل‌آفرین توجه ویژه‌ای صورت می‌گیرد.
  - همین‌طور، به یافته‌های عصب‌شناختی، به ویژه یافته‌های به‌دست‌آمده از بررسی‌های تصویربرداری از مغز، توجه بیشتر و به‌روز مبدول می‌شود.
  - هماهنگ با پیشرفت‌های صورت‌گرفته در این حوزه، فرایندهای ژنتیکی و یافته‌های جدیدی که پای اثرات ژن و تعاملشان با محیط را به میان می‌کشند توجه بیشتری دریافت می‌کنند.
  - نقش‌های پیچیده خانواده و همسالان در تبادلات تأثیرات چندگانه بر رشد و تکوین مشکلات در کودکان و نوجوانان مورد توجه ویژه‌ای قرار می‌گیرند.
  - سیر رشدی و پیامد اختلال‌های عمده همچنان از اولویت بالایی برخوردار هستند.
  - به نقش جنس/جنسیت در آسیب‌شناسی روانی-هم به تفاوت‌های موجود در زمینه شیوع، نشانه‌ها و پیامد و هم به عواملی که ممکن است مبنای آنها باشند- توجه مبدول می‌شود.
  - توجه به نقش‌های متنوع فرهنگ، قومیت و نژاد در آسیب‌شناسی روانی ادامه یافته و عنایت بیشتری به آن می‌شود. یک نمونه این است که چگونه ملاحظیات فرهنگی می‌توانند بر سنجش و درمان تأثیر بگذارند.
  - پیشرفت چشمگیر در پیشگیری از اختلال در یافته‌های جدید و بحث گسترده انعکاس پیدا می‌کند. اقدامات مداخله زود هنگام-مثلاً در مورد ناتوانی خواندن و اوتیسم- را می‌توان تلفیق پیشگیری و درمان در نظر آورد.
  - در سراسر کتاب به‌وفور نمونه‌هایی از درمان‌های فردی و خانوادگی خاص، با تأکید بر مداخله مبتنی بر شواهد، به هم پیوند داده می‌شوند. به‌عنوان مثال، آخرین یافته‌های به‌دست‌آمده از جامع‌ترین درمان چندوجهی ADHD مورد بررسی قرار می‌گیرند.
  - همچنین به اقداماتی که در جهت اصلاح دسترس‌پذیری درمان‌های مبتنی بر شواهد انجام می‌شود، به این موضوع که چگونه چنین درمان‌هایی را می‌توان از پژوهش به موقعیت‌های «دنیای واقعی» اشاعه و گسترش داد و به نقشی که فن‌آوری می‌تواند در این کوشش‌ها ایفا کند، توجه بیشتری صورت می‌گیرد.

- ما همچنان مشکلاتی را که بنا به گزارش‌های اخیر شیوع‌شان زیادت‌ر شده‌اند- مانند اختلال دوقطبی، اوتیسم و چاقی- مورد توجه ویژه قرار می‌دهیم. درباره دلایل بالقوه افزایش شیوع و، در مورد برخی اختلال‌ها، این موضوع که آیا افزایش ظاهری عملاً واقعیت دارد یا نه بحث می‌کنیم.
- همین‌طور به مشکلات خاص باقیمانده یا مشکلاتی که جامعه توجه زیادی به آنها نشان می‌دهد- مانند تروریسم و جنگ، فقر، بدرفتاری با کودکان، مصرف مواد و قلدری و قربانی کردن- عنایت ویژه‌ای مبذول می‌شود.
- همچنین بحث درباره موضوعاتی که بسیار مجادله‌انگیز بوده یا هنوز هستند، به‌روز و/یا گسترش داده شده است. اینها عبارت‌اند از مجادلات بر سر مصرف نامتناسب یا افراطی دارو در کودکان، ادعاهای از اعتبار افتاده درباره رابطه بین واکسن‌ها و اوتیسم و اثرات حضور کودکان دچار ناتوانی عقلی در کلاس‌های عادی به‌جای کلاس‌های آموزشی استثنائی.

## مشخصه‌ها: بعضی قدیمی، بعضی جدید

همان‌طور که برای استفاده‌کنندگان از ویراست قبلی مبرهن است، ما سازمان‌بندی اساسی فصل‌ها را، که به نظر مفید می‌رسد، حفظ کرده‌ایم. همین‌طور، مشخصه‌های خاص کتاب همچنان برای دانشجویان یک دیدگاه کاربردی شخص‌محور را مورد تأکید قرار می‌دهند. کتاب حاضر از نظر توصیف‌های موردی و شرح سنجش و درمان، غنی است. مشخصه دیگر کتاب، یعنی نکته‌ها، امکان بحث مفصل درباره موضوعات خاص جالب توجه، برای مثال نشانگان الکل جنینی، سلامتی روانی نوباوه، ADHD در پسران آمریکائی آفریقایی‌تبار و داغ بدن‌امی مربوط به اصطلاح «عقب‌ماندگی ذهنی» را فراهم می‌سازند. به‌علاوه، کتاب همچنان از نظر تصاویر- نمودارها، جدول‌ها، عکس‌ها، طرح‌ها- غنی است بی آن‌که در این زمینه افراط به خرج داده و خوانندگان را سردرگم نماید.

هدف مشخصه‌های دیگر کتاب به‌ویژه تسهیل یادگیری دانشجویان است. در این ویراست، بخش‌نگاهی به فصل حاضر گنجانده شده است که توجه دانشجویان را در ابتدای هر فصل به موضوعات اساسی مطرح شده جلب می‌کند. نگاهی به فصل حاضر تقریباً از سازمان‌بندی فصل پیروی می‌کند و زمینه را برای مرور اجمالی درانتهای فصل، تحت عنوان مرور اجمالی / نگاهی دوباره به فصل حاضر آماده می‌کند. گذشته از این، واژگان مهم یا جدید در هر فصل به‌صورت پررنگ در متن چاپ‌شده و در قالب واژگان کلیدی در انتهای فصل نیز فهرست می‌شوند. درنهایت، تعدادی امکانات مکمل تدریس و یادگیری به ارزش و اهمیت روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان برای دانشجویان و مربیان می‌افزاید.<sup>۱</sup>

سر آخر، متذکر می‌شویم که ترتیب نام نویسندگان در اصل با بالا انداختن سکه تعیین شد تا نشان‌دهنده مشارکت مساوی نویسندگان در تألیف کتاب باشد. همکاری مستمر ما در حقیقت همکاری برابری و دوستی بوده است.

ریتا ویکس نلسون  
آلن ایزرنل

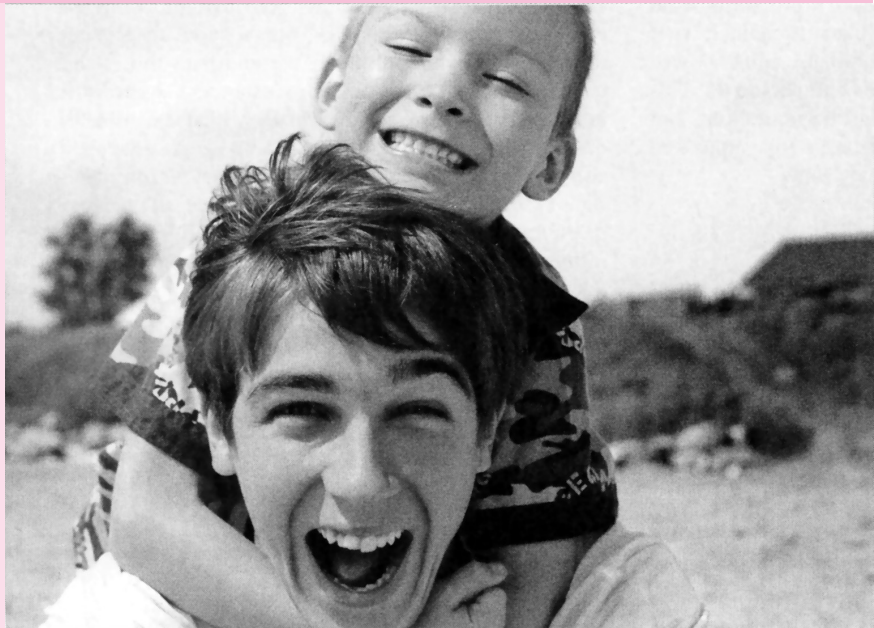
۱. نویسندگان در ادامه دیباچه، توضیحاتی راجع به مواد و امکانات چندرسانه‌ای تدریس و آموزش ارائه کرده‌اند. از آنجا که اکثر یا چه بسا همه خوانندگان ترجمه فارسی به امکانات یاد شده دسترسی ندارند، آن توضیحات و نیز بخش تقدیر و تشکر از همکاران نویسندگان به فارسی برگردانده نشد. م. م.

## مقدمه

### نگاهی به فصل حاضر

پس از خواندن این فصل، از شما انتظار می‌رود بتوانید درباره موضوعات زیر بحث کنید:

- اختلال‌های روان‌شناختی چگونه تعریف و شناسایی می‌شوند.
- شیوع اختلال‌های روان‌شناختی
- رابطه بین سطح رشدی و اختلال‌های روان‌شناختی
- رابطه بین جنسیت و اختلال‌های روان‌شناختی
- بررسی و رویه جاری روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان



جوان بودن یعنی توپ‌ها را تا بلندای آسمان زدن، قصه‌های پریان را بلعیدن، یکسره بر فراز بندها قدم زدن، با شادی و شغف به دوستان عشق ورزیدن و به آینده‌ای شگفت چشم دوختن.

جوان بودن یعنی احساس جاهلی و بی‌حاصلی، تنها و دوست‌نداشتنی بودن، سوار شدن بر امواج پرفراز و نشیب، ناامنی‌ها و نگرانی‌های بی‌پایان.

از دیرباز نخستین سال‌های زندگی را در دو حد نهایی هیجان‌ها، رفتارها و رویارویی‌ها توصیف کرده‌اند. درواقع، اکثر کسانی که برمی‌گردند و به سال‌های کودکی و نوجوانی خودشان نگاه می‌کنند نه تنها به بعضی از این افراط و تفریط‌ها، بلکه به بخش نسبتاً بزرگی از تجارب معتدل‌تر اذعان می‌کنند و اغلب کودکی و نوجوانی‌شان را یک دوره رشد و نمو و فرصت ویژه تلقی می‌کنند. با توجه به این زمینه است که ما به بررسی مشکلات روان‌شناختی کودکی و نوجوانی مبادرت می‌کنیم.

این کتاب برای آنهایی نوشته شده است که راجع به رشد کمتر از حد مطلوب کودکان

کاوش، به بررسی مشکلات کودکان و نوجوانان هم امید و هم هیجان می‌بخشد.

## تعریف و شناسایی نابهنجاری

تنوع منابع و ذخایر رفتاری بی‌انتهاست و ما در این کتاب درباره انواع زیادی از اختلال‌ها بحث می‌کنیم (نگاه کنید به نکته «برخی جنبه‌های رفتار مشکل‌آفرین»). برای چنین مشکلاتی برچسب‌های مختلفی به‌کاررفته‌اند: رفتار نابهنجار، آشفتگی رفتاری، اختلال هیجانی، نقص روان‌شناختی، بیماری روانی، آسیب‌شناسی روانی، رفتار غیر انطباقی، اختلال رشدی و غیره. علاوه بر این، به‌منظور طبقه‌بندی مشکلات و ارائه رهنمودهایی به متخصصان برای شناسایی نابهنجاری، نظام‌هایی ساخته‌وپرداخته شده‌اند. وجود موضوعات پیچیده در زمینه تعریف و متمایز کردن آسیب‌شناسی روانی، علت اصلی تهیبه و تدوین چنین نظام‌هایی است.

ملاک‌های نابهنجاری در درجه اول بر این مبنا استوار هستند که یک شخص چطور عمل می‌کند یا یک شخص چه می‌گوید

و نوجوانان سؤالاتی پرسیده یا نگرانی‌هایی دارند. کتاب حاضر به تعریف‌ها، ویژگی‌ها، خاستگاه‌ها، رشد و تکوین، تشخیص، پیشگیری و بهبود عملکرد غیر انطباقی می‌پردازد. حدس ما بر این است، و امیدواریم، که شما هم این حوزه از تحقیق و بررسی را مثل ما رضایت‌بخش خواهید یافت. این عرصه‌ای از تحقیق و بررسی است که هم دغدغه انسان‌دوستانه درباره کودکان و نوجوانان و هم کنجکاوی علمی را در برمی‌گیرد.

دهه‌های اخیر ایام خصوصاً نویدبخشی برای بررسی آشفتگی رفتاری و روان‌شناختی بوده است. نیاز کنونی به افزایش شناخت، پیشگیری و درمان نیازی اساسی است که در بسیاری از نقاط دنیا به آن ادعان می‌شود. در عین حال، پژوهش در زمینه رشد کودکان و نوجوانان همچنان به‌سرعت، با مساعدت‌های بسیاری از رشته‌ها، گسترش پیدا می‌کند. همان‌طور که معمولاً در علم حقیقت دارد، افزایش دانش و بهبود روش‌ها به پرسش‌ها و پارادوکس [= متناقض‌نما]های جدیدی منجر شده‌اند. این ترکیب آگاهی‌های جدید، پرسش‌های جدید و راه‌های جدید تحقیق و

## نکته

### برخی جنبه‌های رفتار مشکل‌آفرین

جوئی چهارساله از پیش‌دبستانی بیرون انداخته‌شده بود؛ او روی زمین نشست و زل زده، از حرف زدن خودداری کرده و هر بچه‌ای را که به او دست می‌زد زده بود. هر وقت معلم اصرار می‌کرد که او در فعالیت‌ها شرکت کند، جیغ می‌کشید. گریه می‌کرد و دست‌ها و پاهایش را محکم به زمین می‌زد. جوئی در خانه نیز رفتارهای مشابهی نشان می‌داد. او به‌ندرت حرف می‌زد یا احساسات نشان می‌داد، خوابش نامنظم بود، سرش را به دیوار می‌کوبید و عقب و جلو تکان می‌خورد. (اقتباس از مورگن، ۱۹۹۹، صص ۴-۳).

همیشه لیکشیا را یک کُندآموز در نظر گرفته بودند، اما این مشکلات گاهی از «صفحه رادار» معلمانش پنهان مانده بود شاید تا حدی به این دلیل که او دانش‌آموزی ساکت و باادب بود. لیکشیا کلاس دوم را تکرار کرد و یک معلم خصوصی داشت اما وقتی که در کلاس پنجم بود، داشت در همه درس‌هایش مردود می‌شد. ارزیابی از لیکشیا به عمل آمد و نشان داد که هوش کلی او در دامنه متوسط پایین تا مرزی بوده و درجه‌بندی‌های مشکلات توجه و یادگیری‌اش در دامنه بالینی مرزی قرار دارند. (اقتباس از هتاوی، دولینگ‌لیتفین و ادواردز، ۲۰۰۶، صص ۲۰۵-۴۰۲)

خوتان ۹ ساله را معلمش به خاطر مشکلات رفتاری در کلاس ارجاع داده بود. او بی‌قرار بود، توجه نمی‌کرد،

معمولاً به پرسش‌ها پاسخ نمی‌داد و همکلاسی‌هایش را موقوع کار کردن‌شان اذیت می‌کرد. خوتان، که در خانه عمدتاً به اسپانیایی حرف می‌زد، توانایی شناختی بالاتر از متوسط و مهارت‌های تحصیلی متوسط نشان می‌داد. مادرش گزارش کرد که حواس خوتان به‌آسانی پرت می‌شود و به‌سختی می‌تواند تکلیف خانه را تمام کند اما به نظر او رفتار خوتان با رفتار کودکانی که در مکزیکو شاهد بزرگ‌شدن‌شان بود متناسب بود. (اقتباس از دوپل و همکاران، ۲۰۱۰، صص ۵۵۵).

آن شروع کرده بود به پرستش شیطان و مدعی بود که دعا کردن به درگاه شیطان باعث راهی او از پریشانی می‌شود. آن موهایش را رنگ سیاه زده، پودر سفید به صورتش مالیده و به‌جای این که ۱۴ ساله به نظر برسد شبیه شخصیتی در داستان دراکولا [= خون‌آشام] شده بود. آن گزارش کرد که به‌سختی خوابش می‌برد چون نگران نمرات و طلاق والدینش است - او خودش را تا حدی مسئول طلاق آنها می‌دانست. در مدرسه تمرکز برایش دشوار بود، تحریک‌پذیر بود و کاهش وزن پیدا کرده بود. او هیچ انرژی نداشت، دیگر از فعالیت‌های همراه دوستان لذت نمی‌برد و بیشتر وقتش را در اتاق می‌گذراند. آن هرگونه قصد یا برنامه‌ریزی برای خودکشی، شرکت در فرقه‌ها یا مصرف دارو را انکار کرد. (اقتباس از مورگن، ۱۹۹۹، صص ۳۷-۳۵).

## جدول ۱.۱ نشانگرهای رفتاری اختلال

تأخیر رشدی  
وابسروی یا زوال رشدی  
فراوانی بسیار زیاد یا بسیار کم رفتار  
شدت بسیار زیاد یا بسیار کم رفتار  
تداوم مشکل رفتاری در طول زمان  
رفتار نامتناسب با موقعیت  
تغییرات ناگهانی در رفتار  
چند رفتار مشکل آفرین  
رفتاری که با حالت بهنجار تفاوت کیفی دارد.

مهارت‌های زبانی باشد خواه کنترل هیجانی یا روابط اجتماعی رضایت‌بخش. اختلال را می‌توان بدین صورت در نظر گرفت که در درون فرد قرار دارد یا این‌که، اختلال را می‌توان به صورت واکنش فرد به اوضاع- در زمینه ارتباط و رویارویی شخص با افراد یا شرایط محیطی دیگر- قلمداد کرد. این دیدگاه مناسب‌تر دوم تأکید می‌کند که رفتار با دنیای بزرگ‌تری که در آن تحقق می‌یابد رابطه جدایی‌ناپذیری دارد.

### معیارهای رشدی

سن، به‌عنوان شاخصی از سطح رشدی، همیشه در قضاوت درباره رفتار حائز اهمیت است اما در مورد کودکان و نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد چون آنها به سرعت تغییر می‌کنند. قضاوت درباره رفتار بر هنجارهای رشدی متکی است، هنجارهایی که میزان‌های عادی نمو، توالی‌های نمو و انواع و اقسام مهارت‌های جسمی، زبانی، شناخت، هیجان و رفتار اجتماعی را توصیف می‌کنند. این هنجارها به‌عنوان معیارهای رشدی به کار می‌آیند که از روی آنها می‌توان این احتمال را که «یک جای کار خراب است» ارزیابی نمود. همان‌طور که در جدول ۱.۱ نشان داده شده است، از چند جهت می‌توان رفتار را نسبت به این هنجارها نابهنجار دانست. تأخیر در رشد یا ناتوانی در همگام شدن با تغییر رشدی عادی و عقب ماندن از آن نشان می‌دهد که یک جای کار ایراد دارد. گاهی کودکان ممکن است به هنجارهای رشدی دست یابند و سپس به رفتاری که معمولاً در افراد کم سن‌وسال‌تر دیده می‌شود، واپس‌روی یا برگشت کنند.

چند علامت دیگر در خور توجه هستند. اینها عبارت‌اند از فراوانی، شدت یا مدت غیرعادی رفتار و نیز بروز رفتار در موقعیت‌های نامناسب. برای مثال، اگر کودک ترس نشان دهد غیرعادی نیست اما اگر ترسش به حد افراط رخ دهد، بیش از اندازه

و فقط به‌ندرت شامل یک نشانگر شناخته‌شده خاص برای اختلال هستند. البته اکثر ما قبول داریم که اگر افراد حرف زدن را فرانس‌گیرند، خودشان نتوانند غذا بخورند یا چیزهایی را ببینند و بشنوند که دیگران نمی‌بینند و نمی‌شنوند، مشکلات واضح و بدیهی‌اند. اما قضاوت درباره موارد نه‌چندان چشمگیر و برجسته دشوارتر است و بین چیزی که دچار اختلال دانسته می‌شود و چیزی که بهنجار است مرز دقیقی نمی‌تواند وجود داشته باشد. افراد کم سن‌وسال در سنین خاصی رفتارهایی را نشان می‌دهند که ممکن است علائم آشفتگی محسوب شوند یا نشوند مانند تخطی از مقررات والدین، گوشه‌گیری از اجتماع، سطح بالای فعالیت، ترس، غمگینی و تأخیر در دستیابی به مهارت‌های خواندن. بنابراین، باید پرسیم «چه وقت رفتارها را نابهنجار در نظر می‌گیریم؟» و «چگونه می‌توانیم مشکلات روزمره را از نشانه‌های جدی‌تر آسیب‌شناسی روانی متمایز کنیم؟» برای این پرسش‌ها پاسخ‌های ساده‌ای وجود ندارد، اما توجه کردن به عوامل مختلفی که در قضاوت درباره آشفتگی‌های روان‌شناختی یا رفتاری نقش دارند، آموزنده و روشنگر است.

### رفتار غیرعادی و زیان‌بخش

غالباً مشکلات روان‌شناختی را غیرعادی، عجیب یا نابهنجار قلمداد می‌کنند. همه این صفات دلالت بر آن دارند که مشکلات روان‌شناختی از حد متوسط منحرف یا دور می‌شوند. در حقیقت، «ab» [در واژه abnormal] به معنی «away» یا «from» [دور از یا با فاصله از] است، در صورتی که «normal» به حد متوسط یا استاندارد اشاره دارد. باین‌همه، غیرعادی بودن به خودی خود تقریباً هرگز مشخص‌کننده آسیب‌شناسی روانی نیست. کسانی که هوش و قابلیت اجتماعی فوق‌العاده بالایی نشان می‌دهند عموماً آدم‌های خوش‌شانسی محسوب شده و «عجیب بودن» شان با نظر مساعد نگریده می‌شود. باین‌حال، انحراف‌هایی که ما داریم بررسی می‌کنیم به نحوی برای فرد زیان‌بخش قلمداد می‌شوند. برای مثال، انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) اختلال را نشانگانی از آشفتگی‌های رفتاری، شناختی یا هیجانی معنادار بالینی تعریف می‌کند که نشان‌دهنده کژکاری فرایندهای روانی زیربنایی هستند و این نشانگان با پریشانی و ناراحتی و ناتوانی در حوزه‌های مهم عملکرد ارتباط دارد.

تصور بر این است که نابهنجاری یا آسیب‌شناسی روانی در انطباق، یعنی هماهنگی افراد با اوضاع و شرایط زندگی‌شان اختلال ایجاد می‌کند. آسیب‌شناسی روانی مانع از آن می‌شود که کودک یا نوجوان از پس تکالیف رشدی برآید، خواه فراگیری



کودکان و نوجوانان دارند. برای مثال، در ایالات متحده کمتر از جاهای دیگر دنیا از کودکان انتظار می‌رود خویشتن‌داری و تمکین از بزرگسالان را نشان دهند (وایز و همکاران، ۱۹۹۵). وایز و همکارانش متوجه شدند که معلمان در تایلند بیشتر از معلمان در ایالات متحده مشکلات سلوک را در بین دانش‌آموزان شان گزارش کردند، در حالی که مشاهده‌گران آموزش‌دیده دقیقاً خلاف آن را در مورد دو گروه دانش‌آموزان گزارش نمودند. این پژوهشگران اظهار کردند که معلمان تایلندی ممکن است دانش‌آموزان را به رعایت معیار رفتاری سخت‌گیرانه‌تر ملزم سازند و به این ترتیب، مشکلات بیشتری را دیده و آسان‌تر به آنها برچسب بزنند.

شیوه‌های مختلف تبیین و درمان رفتارهای مشکل‌آفرین در تحقیقی نشان داده شد که در آن از مادرانی که پیشینه آفریقای شمالی و خاورمیانه‌ای داشتند و در اسرائیل زندگی می‌کردند درباره کودکان شان که تأخیر رشد داشتند مصاحبه به عمل آمد (اشتال، ۱۹۹۱). تقریباً نیمی از مادران در مورد وضعیت کودکان شان علل جادویی-دینی را دخیل دانستند. آنها به اجنه حلول کننده در بدن، چشم بد و مجازات الهی باور داشتند. این مادران بر اساس چنین باوری به درمان‌های جادویی-دینی از قبیل سوزاندن یک تکه پارچه متعلق به شخص بد چشم، دعا کردن یا کمک گرفتن از یک خاخام اعتماد و اتکا داشتند. رفتارهای آنان با اعتقادات فرهنگی کشورهای آبا و اجدادی‌شان مطابقت داشتند.

یافته‌های بالا نشان می‌دهند که لازم است هنگام سنجش جنبه‌های مختلف ناهنجاری، قومیت یا نژاد مورد توجه قرار گیرند. قومیت بر آداب و رسوم، ارزش‌ها، زبان یا صفات مشترکی دلالت دارد که با خاستگاه ملی یا منطقه جغرافیایی ارتباط دارند. نژاد نیز، به‌عنوان تمایز مبتنی بر خصوصیات جسمانی، می‌تواند با آداب و رسوم و ارزش‌های مشترک و مانند آن ارتباط داشته باشد. گروه‌های قومی یا نژادی موجود در یک جامعه ناهمگن و نامتجانس ممکن است میزان‌های متفاوتی از آسیب‌شناسی روانی را نشان دهند، آسیب‌شناسی روانی را تا حدی به‌گونه‌ای متفاوت بروز دهند و باورها و معیارهایی متفاوت از اعضای متعلق به گروه فرهنگی غالب داشته باشند (آندرسن و میس، ۲۰۱۰). حتی زمانی که رفتارهای تربیت فرزند در گروه‌های غالب و قومی شبیه هم‌اند، ممکن است به خاطر ارزش‌های متفاوت این گروه‌ها رفتارهای تربیتی‌شان اثرات متفاوتی بر فرزندان داشته باشند (آیشلسایم و همکاران، ۲۰۱۰).

از مقایسه بین والدین آمریکایی اروپایی‌تبار و والدین آمریکایی آسیایی‌تبار در زمینه رفتار پیشرفت کودکان شان، نمونه‌ای از تفاوت قومی در ایالات متحده به دست می‌آید (لائی، ۲۰۰۸). به‌طورکلی،

شدید باشد، در موقعیت‌های بی‌ضرر نشان داده شود یا با گذشت زمان کمتر نشود، می‌تواند یک مشکل باشد. همچنین می‌توان در مورد کودک و نوجوانی که یک‌دفعه رفتارش تغییر می‌کند ابراز نگرانی کرد، مثل موقعی که یک نوجوان خونگرم و اجتماعی یکه و تنها می‌شود یا موقعی که کودکی رفتارهای سؤال‌برانگیز مختلف نشان می‌دهد. همه این نشانه‌های آشفتگی با هنجارهای رشدی تفاوت‌های کمی دارند.

با این‌همه، علامت دیگری که می‌تواند نیاز به کمک را نشان دهد، بروز رفتارهایی است که به نظر می‌رسد با هنجار رشدی تفاوت کیفی دارند. به‌عبارت‌دیگر، رفتار- یا توالی و زنجیره‌ای که رفتار در آن رشد می‌کند- در نمو بهنجار مشاهده نمی‌شود. برای مثال، اکثر کودکان کمی پس از تولد به مراقبان‌شان واکنش اجتماعی نشان می‌دهند اما کودکان اوتیستیک [=درخودمانده] رفتارهایی عاری از واکنش و پاسخ‌دهی عادی بروز می‌دهند، مانند فقدان تماس چشمی بهنجار. رفتارهایی که از نظر کیفی متفاوت‌اند اغلب نشان‌دهنده مشکلی فراگیر و نافذ در رشد هستند.

## فرهنگ و قومیت

واژه فرهنگ این ایده را شامل می‌شود که گروه‌هایی از مردم به شیوه‌های خاصی سازمان می‌یابند، در جایگاه‌های محیطی خاصی زندگی می‌کنند و در نگرش‌ها، باورها، ارزش‌ها، اعمال و معیارهای رفتاری خاصی با هم سهیم‌اند. فرهنگ شیوه‌ای از زندگی است که از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود. از این‌رو، تجبلی ندارد که اگرچه بسیاری از اختلال‌ها در بین فرهنگ‌های مختلف دیده می‌شوند- یعنی جهان‌شمول هستند- پاره‌ای تفاوت‌های بین‌فرهنگی نیز وجود دارند. معلوم شده است که میزان‌های [شیوع و بروز] اختلال‌ها فرق می‌کنند و تفاوت‌های ظریفی در نمود و بروز اختلال‌ها وجود دارند (کانینو و آلگریا، ۲۰۰۸؛ راتر، ۲۰۱۱). یک نمونه بروز متفاوت، اختلال اضطرابی است؛ اضطراب از قرار معلوم همگانی و جهان‌شمول است اما در آمریکایی‌های آسیایی و لاتینی‌تبار بیشتر با نشانه‌های بدنی ظاهر می‌شود تا در آمریکایی‌های اروپایی‌تبار (سرافیکا و وارگاس، ۲۰۰۶). این که آیا هر اختلال به یک فرهنگ واحد اختصاص دارد و به شکلی دیگر یافت نمی‌شود، چندان معلوم نیست.

بنابر تحلیل‌های فرهنگی، فرهنگ‌ها به طرق فراوان رشد بهنجار و ناهنجار را شکل داده و آسیب‌شناسی روانی را نیز مفهوم‌پردازی، تبیین و درمان می‌کنند. هنجارهای فرهنگی تأثیرگسترده‌ای بر انتظارات، داورها و باورهای ما راجع به رفتار



رفتاری که از یک کودک انتظار می‌رود یا برای او مناسب در نظر گرفته می‌شود، در بین فرهنگ‌ها متفاوت می‌باشد.

و عاطفی‌تر باشند. این تصورات قالبی جنسیتی در قضاوت‌های ما درباره بهنجاری نقش دارند. احتمال این که ما نگران یک دختر زودرنج خجالتی و یک پسر بسیار سلطه‌جو باشیم کمتر است تا پسر و دخترهای جنس مخالفشان.

قضاوت‌های ما راجع به انحراف یا بهنجاری رفتار، هنجارهای موقعیتی را نیز به حساب می‌آورند؛ هنجار موقعیتی چیزی است که در محیط‌ها یا موقعیت‌های اجتماعی خاص انتظار می‌رود. دوییدن با تمام توان ممکن است در زمین بازی کاملاً قابل قبول باشد اما در یک کتابخانه مجاز نیست. هنجارهای مربوط به تعامل اجتماعی می‌توانند بسیار ظریف باشند؛ برای مثال، نحوه ادای یک گفته می‌تواند یا تعریف و تمجید از شخص دیگر یا توهین به او به حساب آید. در همه فرهنگ‌ها از افراد انتظار می‌رود آنچه را که قابل قبول است یاد بگیرند و با توجه به سن و جنسیت‌شان در موقعیت‌های معین به شیوه‌ای معین عمل کنند. اگر آنها این انتظارات را برآورده نکنند ممکن است قابلیت یا سازگاری اجتماعی‌شان زیر سؤال رود.

### نقش دیگران

کودکان و نوجوانان، به‌ویژه کودکان خردسال، به‌ندرت خودشان برای ارزیابی بالینی مراجعه کرده و از این طریق مشکلی را اعلام می‌کنند. به احتمال زیاد، شناسایی و برچسب زدن به مشکل زمانی پیش می‌آید که دیگران دلوپس می‌شوند مثلاً زمانی که والدین نگران انزوای اجتماعی کودکشان هستند یا زمانی که معلم

والدین آمریکایی آسیایی‌تبار در مقایسه با والدین آمریکایی اروپایی‌تبار به تلاش کودک-مثلاً در موفقیت تحصیلی-بیش از توانایی کودک اهمیت قائل می‌شوند. با این همه، در مورد خانواده‌های دارای کودکان دچار ناتوانی، مقایسه‌های فرهنگی نسبتاً کمی وجود دارند. به‌عنوان بخشی از بررسی فوق، از والدین خواسته شد موفقیت عملکرد کودکان دچار ناتوانی عقلی‌شان در یک تکلیف و نیز میزان دخالت توانایی یا کوشش در آن عملکرد را درجه‌بندی کنند. والدین آمریکایی آسیایی‌تبار کودکان‌شان را کمتر موفق دانستند (تفاوت‌های واقعی وجود نداشتند)، انتظارات پایین‌تری برای موفقیت آینده داشتند و عملکرد را به توانایی کمتر و کوشش کمتر نسبت دادند (شکل ۱.۱). آنها همچنین واکنش‌های هیجانی متفاوتی را به عملکرد کودکان‌شان گزارش کردند. اگرچه این بررسی محدودیت‌هایی داشت (برای مثال، خانواده‌ها داوطلب بودند)، با این همه، ضرورت حساس بودن به تفاوت‌های قومی/نژادی احتمالی در بررسی آسیب‌شناسی روانی کودکان و نوجوانان را نشان می‌دهد.

### معیارهای دیگر: جنسیت و موقعیت‌ها

انتظارات مبتنی بر جنسیت نیز در تعریف رفتار مشکل‌آفرین نقش دارند. هنجارهای جنسیتی تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر رشد داشته و هیجان‌ها، رفتارها، فرصت‌ها و انتخاب‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در اکثر جوامع، از افراد مذکر انتظار می‌رود نسبتاً پرخاشگرتو، سلطه‌جو، فعال‌تر و ماجراجوتر باشند، در حالی که از افراد مؤنث انتظار می‌رود منفعل‌تر، وابسته‌تر، آرام‌تر، حساس‌تر

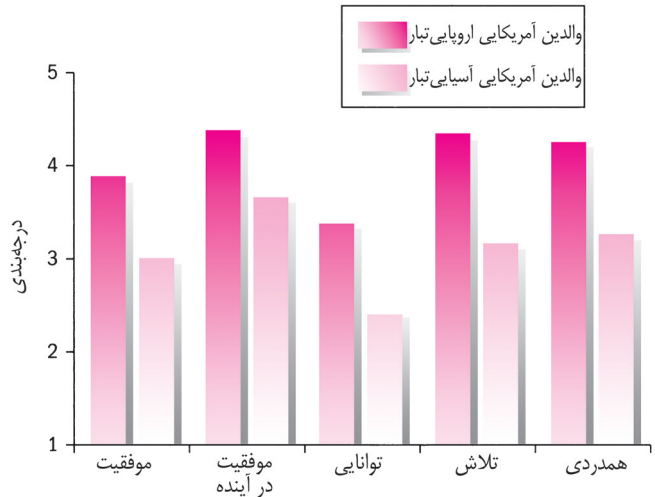
ناپهنجاری تأثیر دارند. افزایش دانش و اصلاحات نظری در این زمینه نقش داشته‌اند. گذار و تغییر در باورها و ارزش‌های فرهنگی نیز در این خصوص نقش داشته‌اند. برای مثال، اختلال‌های خوردن که یک‌زمانی تقریباً منحصرأ در جوامع غربی یافته می‌شدند، در دهه‌های گذشته در سراسر جهان افزایش پیدا کرده‌اند، شاید به دلیل اقتباس و تقلید گسترده‌تر از سلیقه مدرن غربی در مورد اندام لاغر و باریک (هارکنس و سوپر، ۲۰۰۰).

به‌طور خلاصه، آسیب‌شناسی روانی را نمی‌توان صرفاً به عنوان موجودیتی تعریف کرد که یک شخص در درون خود این طرف و آن طرف می‌برد. مناسب‌ترین دیدگاه آن است که آسیب‌شناسی روانی قضاوتی است راجع به این که رفتار، هیجان یا تفکر یک شخص از جهتی غیرعادی، ناکارآمد و زیان‌بخش‌اند، قضاوتی که مستلزم آگاهی در زمینه رشد، تأثیرات فرهنگی و قومی، هنجارهای اجتماعی و افراد قضاوت‌کننده است (شکل ۱.۲).

## مشکلات روان‌شناختی چقدر شایع‌اند؟

شیوع اختلال رفتاری یا روان‌شناختی نشان‌دهنده آن است که تا چه اندازه پیشگیری، درمان و پژوهش لازم است. با این‌همه، فراوانی به عوامل مختلفی بستگی دارد، مهم‌تر از همه، به نحوه تعریف اختلال و مجموعه ملاک‌ها برای شناسایی. میزان‌ها یا نرخ‌های اختلال ممکن است به واسطه این که چه مقیاس‌هایی برای اندازه‌گیری به کار می‌روند و آیا والدین، معلمان یا خود کودکان و نوجوانان منبع اطلاعات هستند، فرق کنند. ویژگی‌های جمعیت مورد بررسی - مثلاً در ارتباط با سن، جنسیت و جمعیت‌های مبتنی بر درمانگاه در برابر جمعیت‌های مبتنی بر اجتماع - می‌توانند در شیوع تأثیر داشته باشند.

با توجه به چنین پیچیدگی، ناهمخوانی قابل‌ملاحظه‌ای در میزان‌های مشکلات یافت می‌شود. چکیده جامعی از بررسی‌های گزارش‌شده از ۱۹۸۵ تا ۲۰۰۰ در مورد کشورهای مختلف، نشان داد که شیوع اختلال‌ها در کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۸ ساله در دامنه ۵/۴ تا ۳۵/۵٪ قرار داشت (فامبون، ۲۰۰۲). زمینه‌یابی‌های اخیر در ایالات‌متحده درباره اختلال‌های هیجانی و سلوک در کودکان و نوجوانان میزان‌هایی در حدود ۱۳ تا ۲۲٪ را نشان می‌دهند (میرکانگاس و همکاران، الف ۲۰۱۰؛ ب ۲۰۱۰). انجمن روان‌شناسی



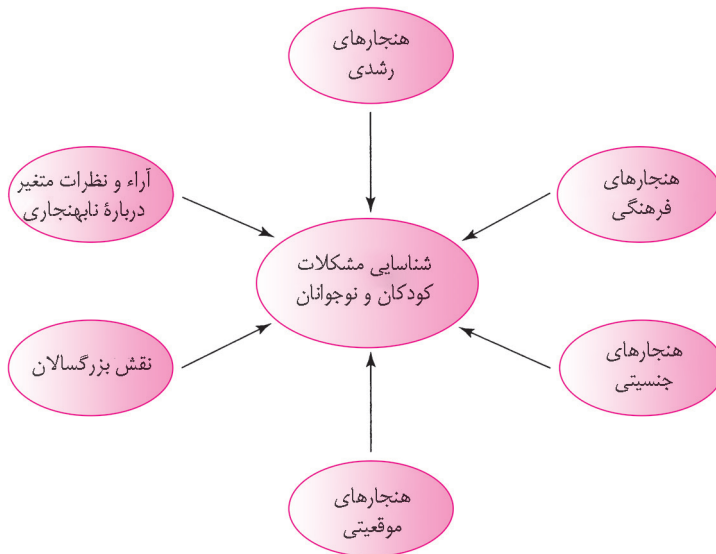
شکل ۱.۱ درجه‌بندی‌های والدین از عملکرد کودکان در تکلیف. اقتباس از لای، ۲۰۰۸.

به خاطر ناتوانی کودک در یادگیری به دردمر می‌افتد. به این ترتیب، ارجاع کودکان و نوجوانان به متخصصان سلامت روانی ممکن است همان‌قدر که به خود کودکان و نوجوانان مربوط است به خصوصیات والدین، معلمان یا پزشکان خانواده ربط داشته باشد (کاستلو و انگولد، ۱۹۹۵؛ ورهولست و وان‌دراند، ۱۹۹۷). در حقیقت، بزرگسالان اغلب در مورد این که آیا یک کودک یا نوجوان «مشکلی دارد یا نه»، با هم اختلاف نظر دارند. اگرچه اختلاف نظر ممکن است تا حدی به خاطر این باشد که بزرگسالان مختلف در معرض رفتارهای مختلف کودک قرار می‌گیرند، با این‌همه، نگرش‌ها، حساسیت، تحمل و توانایی کنار آمدن فرد بزرگسال، جملگی در شناسایی اختلال‌ها نقش دارند.

## آراء و نظرات متغیر درباره ناپهنجاری

سر آخر، قضاوت‌های راجع به ناپهنجاری، ازلی و ابدی نیستند. مثال‌ها فراوان‌اند. در سال‌های ۱۸۰۰ [در کشورهای غربی]، استمناء را علامتی از آشفتگی یا رفتاری که می‌تواند باعث جنون شود، قلمداد می‌کردند (ری، ۱۹۷۱). روزگاری جویدن ناخن را علامتی از تباهی می‌دانستند (آنتونی، ۱۹۷۰). برخی بر این باور بودند که فعالیت عقلی و فکری خیلی زیاد در زنان جوان به مشکلات روانی می‌انجامد (سیلک و همکاران، ۲۰۰۰). امروزه این دیدگاه‌ها از اعتبار افتاده‌اند.

بی‌تردید، عوامل زیادی در تغییر قضاوت‌های راجع به



شکل ۱.۲ در قضاوت و داوری درباره نابهنجاری و نابهنجاری، عوامل مختلفی نقش دارند.

می‌افکنیم. سوئیتینگ، یانگ و وست (۲۰۰۹) در ۱۹۸۷، ۱۹۹۹ و ۲۰۰۶ در منطقه یکسانی از اسکاتلند داده‌هایی درباره کودکان ۱۵ ساله گردآوری کردند. هر هم‌گروهه مقیاس خودگزارشی یکسانی را درباره استرس روان‌شناختی تکمیل نمود. دختران از ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۹ و پسران و دختران هر دو از ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۶ افزایش‌های بسیار زیادی را در زمینه استرس گزارش کردند. سپس پژوهشگران در جستجوی تبیین‌هایی برای داده‌های فوق، به تغییرات اجتماعی مهم در طی این دوره زمانی در قالب مقوله‌های اقتصادی، خانوادگی، آموزش، و ارزش‌ها و سبک زندگی، نگاهی انداختند (سوئیتینگ و همکاران، ۲۰۱۰). آنان نقش خانواده و آموزش را به‌عنوان عوامل مؤثر قابل قبول در این تغییرات بلندمدت مورد تأکید قرار دادند. نوجوانان به‌ویژه نگرانی‌ها، جروب‌ها با والدین و فراغت یا جدایی از مدرسه را ذکر کردند.

کالیشو و همکاران (۲۰۱۰) با استفاده از چند مقیاس اندازه‌گیری، نوجوانان ۱۶ تا ۱۷ ساله را که در ۱۹۸۶ و در ۲۰۰۶ در انگلستان زندگی می‌کردند، مقایسه نمودند. نوجوانان، به‌ویژه دختران، در ۲۰۰۶ افزایش مشکلات هیجانی را گزارش کردند. در مورد پسران، مشکلاتی که والدین درجه‌بندی‌شان کرده بودند افزایش را نشان دادند، در صورتی که خود پسران به‌جز در مورد برافراستگی و افزایش افسردگی/ اضطراب مکرر، تغییر کمی را گزارش کردند (شکل ۱.۳). بزرگ‌ترین تغییرات در مورد نگرانی، تحریک‌پذیری، خستگی، مشکلات خواب،

آمریکا (۲۰۰۷) ۱۰٪ از کودکان و نوجوانان را دچار مشکل جدی سلامت روانی و ۱۰٪ را دچار مشکلات خفیف تا متوسط ذکر کرده است. بسیاری از کودکان و نوجوانانی که دچار یک مشکل گزارش می‌شوند نشانه‌های بیش از یک اختلال را نشان می‌دهند. به‌علاوه، شواهدی در دست هست که اکثر افراد تا دوره جوانی بزرگسالی، نوعی از مشکل روانی را در مقطعی از زمان تجربه کرده‌اند (کوپلند و همکاران، ۲۰۱۱).

اگرچه تحقیقات شیوع عمدتاً بر دامنه سنی کودکی تا نوجوانی تأکید کرده‌اند، باین‌همه، مشکلات کودکان پیش‌دستانی ظاهراً به میزان‌های مشاهده شده در کودکان بزرگ‌تر

نزدیک هستند (اگر و آنگولد، ۲۰۰۶). به‌علاوه، پژوهشگران در بررسی جمعیت‌محور نوباوه‌های ۱۸ ماهه در دانمارک دریافتند که ۱۶ تا ۱۸٪ نوباوه‌ها آشفتگی‌های تشخیص داده‌شده‌ای را عمدتاً در زمینه هیجان، رفتار و مشکلات تنظیمی مثلاً در تغذیه و خواب نشان دادند (اسکووگو و همکاران، ۲۰۰۷). مشکلات پیش‌دستانی‌ها و نوباوه‌ها کاملاً شبیه مشکلات کودکان بزرگ‌تر به نظر می‌رسند هرچند تفاوت‌های رشدی درخور توجه‌اند. در چند دهه اخیر، حوزه سلامت روانی نوباوگان به‌عنوان کوششی چندبُعدی برای شناخت بهتر و تقویت رشد کودکان بسیار کم‌سن‌وسال شکل گرفته است (زینا و زینا، ۲۰۰۹). (نگاه کنید به نکته: «سلامت روانی نوباوگان»).

این نگرانی ابراز شده است که تغییر جامعه در چند دهه اخیر به افزایش خطر اختلال‌ها در کودکان و نوجوانان منجر شده است. مقداری از این تغییر و علت آن واضح هستند. برای مثال، پیشرفت‌های پزشکی احتمال زنده ماندن نوباوه‌های زودرس یا مبتلا به مشکلات جسمی را افزایش داده و این نوباوه‌ها میزان‌های نسبتاً بالایی از مشکلات رفتاری و یادگیری را دارند. باین‌همه، متنوع بودن بررسی‌ها و موضوعات روش‌شناختی، نتیجه‌گیری‌های کلی درباره این روندهای تاریخی یا به‌اصطلاح بلندمدت را دشوار می‌کند.

ما به‌عنوان نمونه‌هایی از این کار به دو بررسی نوجوانان نگاهی

## نکته

## سلامت روانی نوباوگان

به‌رغم علاقه طولانی به مشکلاتی که خیلی زود اتفاق می‌افتند، این ایده که نوباوگان ممکن است مشکلات سلامت روانی داشته باشند برای برخی افراد تعجب‌آور و حتی مقاومت‌برانگیز بوده است. چه‌بسا مفهوم طفل معصوم با ناسازگاری، بدن‌امی و بیماری روانی ناهمخوان به نظر می‌رسید. یا شاید تا وقتی که نوباوگان دارای ظرفیت هیجانی و شناختی محدودی محسوب می‌شدند، مشکلات سلامت روانی‌شان ناممکن تصور می‌شد (تروپیک و بیگلی، ۲۰۱۱).

افزایش آگاهی از سال‌های آغازین زندگی نقش بسزایی در علاقمندی به ایده سلامت روانی نوباوگان و پذیرش آن داشته است. پژوهشگران سلامت روانی نوباوگان در سال‌های اخیر دامنه سنی نوباوگی را گسترش داده‌اند (اگر و ام‌د، ۲۰۱۱؛ زینا و زینا، ۲۰۰۹). در پزشکی کودکان - تخصص پزشکی متمرکز بر کودکان - «نوباوه» معمولاً به سال نخست زندگی اشاره دارد. در حوزه سلامت روانی، در ابتدا تولد تا ۳ سالگی محدوده زمانی مورد توجه قلمداد می‌شد؛ [اکنون] این دامنه سنی تا ۵ سالگی یا در همین حدود گسترش داده شده است. از بسیاری جهات، می‌توانیم بین سلامت روانی کودکان خردسال و بزرگ‌تر پیوستگی‌هایی را انتظار داشته باشیم اما برخی جنبه‌های سلامت روانی نوباوگان، حتی اگر منحصر به فرد نباشند، به قدر کافی متفاوت هستند که شایسته اظهار نظر جداگانه باشند. در اینجا به چهار جنبه اشاره می‌کنیم.

نخست، توجه به نوباوگان از نظر تاریخی بر اهمیت رابطه نوباوه-کودک و وابستگی شدید رشد کودکان خردسال به بافت مراقبت تأکید نموده است (زینا و زینا، ۲۰۰۹). اولین توصیف‌ها از سلامت روانی نوباوگان در گزارش‌های موردی از نشانه‌های نوباوگان در اثر محرومیت هیجانی در پرورشگاه‌ها، اختلال دلبستگی نوباوه-کودک و پرورش یافتن توسط والدین مبتلا

به اختلال روان‌شناختی پدیدار شد (اگر و ام‌د، ۲۰۱۱). رابطه کودک با مراقبان همچنان در این حوزه حائز اهمیت است. دومین جنبه‌ای که از اهمیت ویژه برخوردار است، نیاز به ملاک‌های پایا و معتبر برای شناسایی و طبقه‌بندی مشکلات سلامت روانی برای کودکان خردسال می‌باشد (اگر و ام‌د، ۲۰۱۱). تصور بر این است که روش‌ها و نظام‌های به‌کاررفته در مورد کودکان بزرگ‌تر عمدتاً حساسیت کافی به تفاوت‌های رشدی نداشته و آنهایی هم که اکنون در مورد نوباوگان مورد استفاده قرار می‌گیرند نیاز به اصلاح دارند.

سوم، نقش کارشناسان خدمات اولیه سلامت چشمگیر است. اکثر نوباوه‌ها/نوباوا را پزشکان عمومی، متخصصان پزشکی کودکان یا سایر کارشناسان مختلف خدمات سلامت به‌عنوان بخشی از ویزیت‌های «کودک سالم» می‌بینند (زینا و گلیسن، ۲۰۰۹). این کارشناسان اغلب نخستین متخصصانی هستند که درباره مشکلات تغذیه و خواب، تأخیر حرکتی و زبانی و مشکلات رفتاری می‌شنوند. بنابراین، لازم است که آنها اطلاعات عمومی درباره اصول و رویه‌های مربوط به سلامت روانی نوباوگان از جمله غربالگری نشانه‌ها و رابطه کاری خوب با خانواده‌ها و متخصصان سلامت روانی داشته باشند.

چهارم، پیشگیری از اختلال از سلامت روانی نوباوگان جدانشدنی است. به‌طور قطع، تسکین و تخفیف نشانه‌ها مهم است اما چون نوباوگان بسیار سریع تغییر می‌کنند باید رشد آتی‌شان را در اولویت بالایی قرار دهیم. علاوه بر این، پژوهش نشان می‌دهد که پیشگیری زودهنگام بسیار مؤثر است. بنابراین، درمان همراه با پیشگیری از مشکلات آتی بوده و به کوشش‌هایی نیاز هست تا از سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌هایی که بهزیستی نوباوگان و کودکان خردسال را ارتقاء می‌دهند حمایت شود (نلسن و من، ۲۰۱۰).

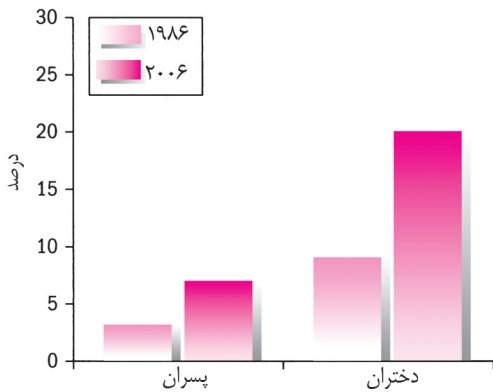
ارکانلی و انگولد، ۲۰۰۶؛ تیک، وان‌دراند و ورهولست، ۲۰۰۸؛ توننگ و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این، نتایج پژوهش‌ها در خصوص انواع مشکلات، جنسیت، طبقه اجتماعی، خانواده و نظیر آنها اغلب پیچیده‌اند. توجه مستمر به‌طور قطع بجاست چون که آگاهی از روندها در فراوانی مشکلات و عوامل مؤثر در تغییر می‌تواند در پیشگیری و مداخله ارزشمند باشد.

مشکلات چه در حال افزایش باشند چه نباشند، تردید چندانی در این باره وجود ندارد که کودکان و نوجوانان نیازهای اساسی دارند. باین‌همه، مشکلات سلامت روانی آنان اغلب در مدارس، موسسه‌های سلامت اولیه و سایر موقعیت‌ها تشخیص داده

وحشت‌زدگی و احساس فرسودگی گزارش شد. این محققان حدس زدند که یافته‌های ۲۰۰۶ به دلیل تمایل بیشتر نوجوانان به گزارش کردن مشکلات سلامت روانی یا به علت افزایش طلاق والدین نبودند. تحقیق بیشتر مشخص کرد که مشکلات هیجانی مادران در این دوره زمانی افزایش یافته و احتمالاً در این یافته‌ها نقش داشته‌اند، هرچند این موضوع به‌طور کامل یافته‌ها را تبیین نمی‌کند (شپمن و همکاران، ۲۰۱۱).

در مجموع، یافته‌های پژوهشی در خصوص روندهای بلندمدت در کودکان و نوجوانان متفاوت بوده و برخی بر افزایش و برخی بر کاهش آنها دلالت دارند (کالیشو و همکاران، ۲۰۰۴؛ کاستلو،





**شکل ۱.۳** درصد کودکان و نوجوانانی که احساس‌های مکرر اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کنند. از کالیشو و همکاران، ۲۰۱۰.

می‌کند. علاوه بر این، زمان وقوع یک اختلال ممکن است به اوضاع و شرایط نامربوط بستگی داشته باشد. برای مثال، اگرچه موارد شدیدتر ناتوانی عقلی در اوایل زندگی شناسایی می‌شوند، با این‌همه، اکثر کودکان دچار ناتوانی عقلی در طی سال‌های تحصیل که مقتضیات کلاس درس مستلزم توجه به توانایی‌های یادگیری کودکان است، تشخیص داده می‌شوند.

با در نظر داشتن این تمایزها، اطلاع درباره سطح رشدی و اختلال از چند جهت مفید است. دانستن سن رایج شروع می‌تواند به سبب‌شناسی اشاره داشته باشد. وقوع خیلی زود هنگام حاکی از سبب‌شناسی ژنتیکی و/یا پیش از تولد است، در صورتی که شروع دیر هنگام توجه را به تأثیرات رشدی اضافه‌شده معطوف می‌کند. همچنین دانستن سن رایج شروع، راهنمایی برای قضاوت کردن درباره شدت یا پیامد یک اختلال است: مواردی که خیلی زود رخ می‌دهند احتمالاً شدیدتر هستند. برای مثال، شروع معمولی سوءمصرف دارو در نوجوانی است اما اگر زودتر رخ دهد، خصوصاً با وابستگی شدید به دارو و مشکلات روانی در آینده همراه است (ویلز و دیشیون، ۲۰۰۴). گذشته از این، والدین، معلمان و سایر بزرگسالانی که از زمان‌بندی رایج اختلال با خبراند ممکن است به علائم مشکلات خاص در کودکان و نوجوانان حساس‌تر باشند. این امر، به نوبه خود، می‌تواند به پیشگیری از اختلال یا تسهیل درمان زود هنگام بینجامد، پیامدی که تصور می‌شود به کاهش شدت یا پایداری اختلال و مشکلات ثانویه‌ای که اغلب همراه مشکلات روان‌شناختی هستند کمک می‌کند (مگوری و همکاران، ۲۰۱۰).

نمی‌شوند (هوگوود، الف ۲۰۰۵). به علاوه، تخمین زده می‌شود که دو سوم تا سه چهارم کودکان و نوجوانان نیازمند مبتلا به اختلال‌های قابل تشخیص، درمان کافی دریافت نمی‌کنند (گردهمایی بین‌آژانسی فدرال در زمینه آمار کودک و خانواده، ۲۰۱۱؛ مریکانگاس و همکاران، ۲۰۱۱). خدمات سلامت روانی ناکافی‌اند، در نیازمندترین اجتماعات کمتر در دسترس‌اند و هماهنگی مؤثر را ندارند.

دلایل مختلفی برای نگرانی درباره این وضعیت وجود دارد. به‌طور قطع، کسی دوست ندارد ببیند که کودکان و نوجوانان به دلیل آسیب‌شناسی روانی متحمل رنج یا کاهش کیفیت زندگی می‌شوند. افزون بر این، اختلال‌های اولیه می‌توانند مانع فرایندهای رشدی بعدی شده و به انبوه مترامی از مشکلات بیانجامند. نیمی از همه بزرگسالان مبتلا به بیماری روانی داشتن نشانه‌های مرضی تا سن ۱۴ سالگی را گزارش کرده‌اند، بنابراین، بررسی آسیب‌شناسی روانی کودکان و نوجوانان تلویحاتی در طول عمر دارد (از کشف تا معالجه، ۲۰۱۰). علاوه بر این، همان‌طور که در هزینه‌های خدمات سلامت و سایر شاخص‌ها منعکس می‌شود، مشکلات سلامت روانی در کودکان و نوجوانان تأثیر نامطلوبی بر خانواده‌ها و جامعه گسترده‌تر دارند. در حقیقت، طبق گزارش سازمان جهانی سلامت، بسیاری از اختلال‌هایی که سنگین‌ترین بار مرگ‌ومیر و ناتوانی بزرگسالان را در مناطق توسعه‌یافته جهان به دوش می‌کشند به سلامت روانی مربوط بوده و اغلب نخستین بار در کودکان و نوجوانان مشاهده می‌شوند (مریکانگاس، ناکامورا و کسلر، ۲۰۰۹).

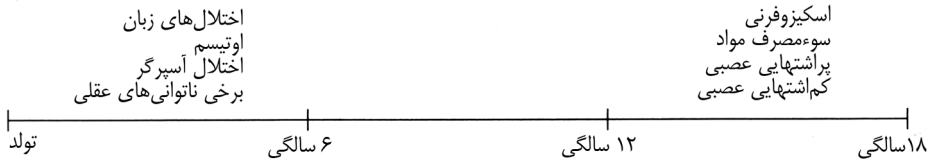
## سطح رشدی و اختلال چه ارتباطی با هم دارند؟

از جمله موضوعاتی که متخصصان و والدین به یک اندازه دل‌نگران آن‌اند این است که آیا و چگونه مشکلات روان‌شناختی با سطح رشدی ارتباط دارند؟ بین مشکلات خاص و سنی که آن مشکلات معمولاً اولین بار در آن ظاهر یا شناسایی می‌شوند رابطه‌ای وجود دارد. شکل ۱.۴ ارتباط سنی را برای چند اختلال به تصویر می‌کشد. دلیل این رابطه گاهی آشکار است. سن تقویمی با سطح رشدی همبستگی دارد که به نوبه خود برخی اختلال‌ها را محتمل‌تر از بقیه می‌کند. برای مثال، مشکلات رشدی گفتار موقعی ظاهر می‌شوند که کودکان اولین بار در حال فراگیری مهارت‌های زبانی هستند. اما جنبه‌های دیگر شروع ممکن است چندان آشکار و مشخص نباشند. شروع واقعی می‌تواند تدریجاً با بدتر شدن نشانه‌ها و اختلال اجتماعی به‌مرور زمان، اتفاق بیفتد. در مورد برخی اختلال‌ها، زمان شروع به نسبت جنسیت فرق

## اختلال‌های یادگیری

## اختلال سلوک

## اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی



شکل ۱.۴ دامنه‌های سنی که برخی اختلال‌های معین نخستین‌بار اتفاق افتاده، شناسایی شده یا به احتمال زیاد مشاهده می‌شوند.

## جنسیت و اختلال چه ارتباطی با هم دارند؟

دهه‌های متمادی، نقش جنسیت در آسیب‌شناسی روانی کودکان و نوجوانان نادیده گرفته می‌شد (کریک و تسان‌واکسلر، ۲۰۰۳). در حال حاضر چندین یافته جالب و خیره‌کننده به‌دست‌آمده‌اند. یافته ثابت در طی این سال‌ها وجود تفاوت‌های جنسیتی در میزان‌های کلی بسیاری از آشفتگی‌هاست و این که افراد مذکر اغلب بیش از افراد مؤنث مبتلا هستند (راتر و اسروف، ۲۰۰۰). تفاوت‌های جنسیتی در گذر زمان و در کشورهای مختلف زیادی پیدا شده‌اند (سیدات و همکاران، ۲۰۰۹). جدول ۱.۲ یافته‌های مربوط به چند اختلال بخصوص را نشان می‌دهد. اما وضع عملاً بسیار پیچیده‌تر از اینها است.

برخی تفاوت‌های جنسیتی به سن مربوط‌اند. افراد مذکر به‌ویژه به اختلال‌های عصبی‌رشدی که در اوایل زندگی رخ می‌دهند آسیب‌پذیر هستند، در صورتی که افراد مؤنث به مشکلات هیجانی و اختلال‌های خوردن که معمولاً در نوجوانی دیده می‌شوند آسیب‌پذیرتر می‌باشند (راتر، کسپی و مافیت، ۲۰۰۳). همان‌طور که در شکل ۱.۵ نشان داده شده، تفاوت‌های جنسیتی ممکن است علاوه بر میزان‌های اختلال، در تغییر رشدی مشکلات برونی‌سازی (پرخاشگری، بزهکاری) و مشکلات درونی‌سازی (اضطراب، افسردگی، کناره‌گیری، شکایت‌های بدنی) نیز وجود داشته باشند. افزون بر این، مشکلات ممکن است متناسب با جنسیت به نحو متفاوتی نشان داده شوند. برای مثال، افراد مذکر معمولاً پرخاشگری جسمی آشکار را نشان می‌دهند در حالی که افراد مؤنث بیشتر احتمال دارد با غیبت یا شایعه‌پراکنی‌های زبان‌بخش، پرخاشگری رابطه‌ای را از خود بروز دهند (زالکی و هینشو، ۲۰۰۴). شدت، علل و پیامدهای برخی

اختلال‌ها نیز ممکن است متناسب با جنسیت فرق کنند. درباره تفاوت‌های جنسیتی هنوز نکات زیادی برای پی بردن وجود دارد (برای مثال، ذکر و همکاران، ۲۰۰۷) و موضوعات روش‌شناختی باید مورد توجه قرار گیرند.

## موضوعات روش‌شناختی، تفاوت‌های واقعی

تفاوت‌های جنسیتی گزارش‌شده ممکن است تا اندازه‌ای ناشی از رویه‌های روش‌شناختی باشند. در گذشته، برای بررسی افراد مذکر سوگیری وجود داشت و تأکید بر یک جنسیت بیش از جنسیت دیگر می‌تواند درباره تفاوت‌های جنسیتی به استنباط‌های غلطی منجر شود. گزارش‌های گمراه‌کننده حاکی از تفاوت‌های جنسیتی همچنین می‌توانند به دلیل افراد مذکر یا مؤنثی باشند که به گزارش کردن برخی مشکلات تمایل بیشتری دارند؛ برای مثال، دختران بیشتر مایل‌اند از مشکلات هیجانی حرف بزنند.

زمانی که نمونه‌های بالینی مورد بررسی قرار می‌گیرند شیوع جنسیت‌ویژه اختلال‌ها می‌تواند ساخته‌وپرداخته سوگیری ارجاعی نیز باشد. نمونه‌های بالینی نسبت به پسران سوگیری دارند، تا حدی به خاطر جستجوی کمک برای رفتار مخربی که پسران بیشتر از دختران بروز می‌دهند. بدین ترتیب، پسران دچار مشکلات خواندن ممکن است به خاطر میزان‌های بالاتر رفتارهای مخرب، بیش از دختران دچار مشکلات خواندن ارجاع شوند (شیویتز، فلچر و شیویتز، ۱۹۹۶). اگرچه پسران احتمالاً مشکلات خواندن بیشتری دارند، با این‌همه، سوگیری ارجاعی می‌تواند به نحو گمراه‌کننده‌ای موجب میزان‌های بالای اختلال شود.

سوگیری در نمونه‌های بالینی ممکن است به نحو غیرمستقیم‌تر دیگری بر میزان‌های مربوط به جنسیت تأثیر بگذارد (هارتوگ و ویدبگر، ۱۹۹۸). وقتی پسران در مراکز سلامت روانی