

به نام خدا

درمان و بررسی اختلالات رفتاری دانش آموزان

مولفان :

حامد جلیوند

ساجده گودرزی

الهام کرمی

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۳)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

chaponashr.ir

سرشناسه: جلیوند، حامد، ۱۳۷۱
عنوان و نام پدیدآور: درمان و بررسی اختلالات رفتاری دانش آموزان/ مولفان حامد جلیوند،
ساجده گودرزی، الهام کرمی.
مشخصات نشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری: ۸۷ ص.
شابک: ۳-۱۵۱-۴۰۸-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی: فیبا
موضوع: دانش آموزان - اختلالات رفتاری - درمان و بررسی
شناسه افزوده: گودرزی، ساجده، ۱۳۷۱
شناسه افزوده: کرمی، الهام، ۱۳۶۷
رده بندی کنگره: PN۲۱۷۷
رده بندی دیویی: ۸۰۹/۲۳۸
شماره کتابشناسی ملی: ۹۴۹۳۸۹۹
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: درمان و بررسی اختلالات رفتاری دانش آموزان
مولفان: حامد جلیوند - ساجده گودرزی - الهام کرمی
ناشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)
صفحه آرایی، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۳
چاپ: زیرجد
قیمت: ۸۷۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب‌رسان:
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک: ۳-۱۵۱-۴۰۸-۶۲۲-۹۷۸
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۶	پیشگفتار.....
۹	فصل اول: مبانی و کلیات اختلالات رفتاری
۹	مقدمه
۱۰	تعریف اختلال رفتاری
۱۴	فصل دوم: شناسایی اختلالات رفتاری.....
۱۴	مشکلات فرآیند آموزش اختلالات رفتاری
۱۴	آمارها و ضرورت انجام مطالعه
۱۵	دوره های مختلف مطالعات همه گیر شناسی اختلالات رفتاری
۱۸	همه گیر شناسی
	فصل سوم: بررسی پیشینه میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکان در جهان و
۲۰	ایران
۲۰	پیشینه میزان شیوع اختلالات رفتاری در جهان
۲۴	پیشینه مطالعات همه گیر شناسی در ایران
۲۷	فصل چهارم: نظریه های اختلالات رفتاری
۲۷	نظریه های راجع به نقش خانواده
۲۸	نظریه سیستم ها :
۲۹	نظریه های سبکهای دل بستگی
۲۹	نظریه های روان تحلیل گری

فصل پنجم: دلبستگی ۳۵

۳۵ معیارهای تشخیص دلبستگی

۳۶ الگوهای مختلف دلبستگی در کودکان

۳۷ دلبستگی ایمن

۳۸ دلبستگی نا ایمن دوسوگرا

۳۹ دلبستگی نا ایمن اجتنابی

۴۱ دلبستگی سازمان نیافته / جهت نیافته

فصل ششم: نگاهی به دو پدیده ی بی سرپرستی و بد سرپرستی و اثرات آنها بر

رشد کودک ۴۳

۴۳ خانواده به عنوان یک نظام اجتماعی

۴۴ مفهوم نقش ها در خانواده و رابطه ی اعضای خانواده

۴۵ کارکردهای خانواده

۴۷ نداشتن خانواده و اثرات آن بر فرزندان

۴۸ پدیده بی سرپرستی و اثرات آن بر رشد روانی - اجتماعی کودک

۵۰ پدیده ی بد سرپرستی و اثرات آن بر رشد روانی - اجتماعی کودک

۵۱ شیوه ی سرپرستی موثر برای کودکان بی سرپرست و بدسرپرست

فصل هفتم: جدایی و فقدان و آثار آن بر کیفیت دلبستگی مادر - کودک ۵۳

۵۳ تاثیرات جدایی و فقدان بر تحول دلبستگی

۵۵ مراحل واکنش کودک به جدایی از مادر

۵۶ عوامل موثر در شدت واکنش به جدایی

۵۷ انواع اختلالات دلبستگی

- انواع اختلالات دلبستگی مطرح شده ۵۸
- نوع اول : اختلال دلبستگی بدون تعلق (دل نابسته) ۵۸
- نوع دوم : اختلال دلبستگی نا متمایز ۵۹
- الف . درهم آمیختگی اجتماعی ۵۹
- ب. بی احتیاطی / تمایل به حادثه / خطر کردن ۵۹
- نوع سوم: اختلال دلبستگی بازداری شده ۶۰
- نوع چهارم : اختلال دلبستگی پرخاشگرانه ۶۱
- نوع پنجم : اختلال جابجا شده ۶۱
- رفتارهای عمده در سنجش اختلالات دلبستگی ۶۲
- پیشگیری از بروز اختلالات دلبستگی ۶۲
- پیشگیری در مراکز شبانه روزی ۶۴
- سخن آخر ۶۸
- دانش آموزان مشکل ساز ۶۸
- گفتاری چند در مورد خشم ۷۹
- معلم چه کارهایی باید انجام دهد؟ ۸۱
- منابع: ۸۳**

پیشگفتار

کودکی که به دنیا می‌آید ممکن است عالیت‌ترین و کامل‌ترین امکانات رشد را دارا باشد. وی ممکن است آمادگی داشته باشد و ظرفیت آن را که به شایستگی‌ترین وجهی پرورده شود و برترین کمالات دست یابد. کافی است عادی به دنیا بیاید و خانواده و محیط مناسب در اختیارش قرار گیرد تا ببالد و نشو و نما یابد و جایگاه ارجمند خویش را در این دنیا بیابد اما زندگی خانوادگی و محیط بهداشتی و آموزشی و اجتماعی و فرهنگی بسیاری از مردم جهان چنان است که دستیابی به چنین مقصودی را دشوار و گاه امکان‌ناپذیر می‌سازد. محدودیت‌های محیط زندگی گروهی از کودکان چنان زیاد است که بقای آنان نیز مسیر می‌شود. بزرگی ارقام فقر و بیماری و مرگ در کشورهای جهان سوم لرزه بر اندام آدم می‌اندازد و مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان نیز که نتیجه ممکن فقر و بیماری و جهل و بدرفتاری و نابسامانی‌های خانوادگی و کاستی‌های آموزشی و اجتماعی و فرهنگی است شدیداً مانع رشد و بالندگی و وصول آن به کمالاتی است که در خلقت‌شان مقدر شده است. سال ۲۰۰۱ به عنوان سال بهداشت روانی اختصاص یافته است و در این سال تمام ملل جهان وظیفه دارند که سطح بهداشت روان خود، خانواده و جامعه‌شان را ارتقاء دهند و با افزایش دانش بهداشت و زدودن برچسب‌های مخرب زمینه‌های این رشد را فراهم آورند.

اکنون که دوران سرنوشت‌ساز سازندگی و بازسازی همه‌جانبه کشور با شتابی فزاینده آغاز گردیده است، زمان آن فرا رسیده است که برنامه توسعه و تامین تندرستی کودکان و ارتقاء سطح بهداشت خانواده و مدارس به عنوان بخش مهمی از سیاست‌های ارتقاء

بهداشت کشور و اساسی ترین حرکت در راستای تامین سلامتی نسل آینده ساز و تحقق بخش توسعه اجتماعی و اقتصادی آتیه کشور ، جایگاه و هویت واقعی خود را بازیابد . بدون تردید کاهش منابع ، امکانات و اعتبارات مالی ؛ کمبود نیروی انسانی آموزش دیده ، رشد افزون جمعیت و بحران زیست که جملگی تهدیدی جدی برای سلامتی نسل آینده است موانع و مشکلات متعددی را در مسیر تحقق اهداف فوق الذکر ایجاد خواهد کرد . حل این مشکلات راهی جز مشارکت همه جانبه نهادهای اجتماعی به ویژه خانواده را باقی نمی گذارد . اما باید توجه داشت که مشارکت مردم بدون دادن آگاهی و اطلاعات به آنان تحقق نمی یابد .

راه مشارکت همه، آگاهی همه است.

گرچه پیشینه توجه به نیازها و مشکلات روانی کودکان به عنوان قشر خاص و دارای ویژگی های منحصر به فرد خود و نه به عنوان بزرگسالانی کوچک اندام به پیش از چند دهه نمی رسد لیکن در همین مدت کوشش های بسیاری در جهت شناخت ، تبیین و طبقه بندی و ارائه روشهای درمانی برای اختلالات دوران کودکی و نوجوانی به عمل آمده است . طبقه بندی اختلالات کودکان این سوال را مطرح می کند که «چند نوع اختلال وجود دارد»؟

سوال اساسی در همه گیر شناسی این است که چه تعداد از کودکان در جمعیت کلی دچار این اختلالات هستند؟ همه گیر شناسی با تشخیص علل یا عوامل همراه با انتشار اختلالات در جمعیت نیز سرو کار دارد اختلالات رفتاری طیفی وسیعی از مشکلات کودکی را از رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی تا رفتارهای افسرده گونه و گوشه گیری در بر می گیرد. کودکان با اختلالات رفتاری بنابر ماهیت رفتارهایشان احتیاجات روانی، تربیتی و آموزشی متفاوتی از سایر کودکان دارند. لذا برای آموزش ، تربیت و ترمیم رفتارهای آنان لازم است چگونگی طبقه بندی این اختلالات با توجه به انواع و دشواریهای رفتاری آنان تعیین شود.

فصل اول: مبانی و کلیات اختلالات رفتاری

مقدمه

درباره چگونگی طبقه بندی اختلالات رفتاری، اختلاف نظرها و بحث‌های گوناگون و فراوانی وجود دارد اشکالات طبقه بندی اختلالات رفتاری بنابر علل زیر می باشد:

۱- علل متفاوتی می توانند زیربنای مشکلات رفتاری مشابهی باشد و درمقابل انواع متفاوت مشکلات رفتاری می تواند از علل مشابهی حاصل آمده باشد.

۲- فراوانی و تنوع رفتارهای ناسازگارانه بسیار گسترده است.

۳- چگونگی شروع این گونه رفتارها و کیفیت رشد و پیشرفت آنان متفاوت است .

۴- میزان و درجه رشد آنان مختلف است .

۵- چگونگی پاسخ دهی این گونه رفتارها با روشهای درمانی گوناگون متفاوت می باشد .
(سیف نراقی و نادری ، ۱۳۸۰)

آمارهای اپیدمیولوژیک نشان داده اند که تقریباً ۱۴ تا ۲۰ درصد همه کودکان از بدو تولد تا ۱۸ سالگی انواعی از اختلالات روانی را داشته و حدود ۳ تا ۵ درصد این گروه دارای اختلالات شدید روانی می باشند این کودکان مشکلات مهمی در سازگاری به همراه نارسایی خانوادگی - تحصیلی و روابط اجتماعی زندگی دارند ، در هر صورت کمتر از ۱/۵ درصد کودکان نیاز به درمان دارند . با کمال تاسف و تعجب باید بگوییم که در کشور ما به مسائل گوناگون و پیچیده کودکان به طور جدی پرداخته نشده است . این در

حالی است که اختلالات عاطفی - رفتاری ، به ویژه وضعیت نامتعادل و تحول زندگی خانوادگی و اجتماعی در یکی دو دهه اخیر کشور ما بیش از هر زمان دیگری گریبانگیر گروههای وسیعی از کودکان شده است (عیسی زاده ، ۱۳۸۶).

نابسامانی های خانوادگی ، کمبودهای آموزشی ، پرورشی و بهداشتی ، جابه جا شدن گروههای اجتماعی و فشارهای ناشی از آن ، رشد نامعقول جمعیت ، مهاجرت های بی رویه و آوارگی ، فقر و اعتیاد گسترده دل آزرده و افسردگی و پرخاشجویی و شکوه گراییهایی حاصل از غیبت و فقدان سرپرست در بسیاری از خانواده ها و همچنین ناآگاهی های دیرپای والدین کودکان برای مقابله علمی عاقلانه با فشارهایی که زندگی جدید و ناآشنا و پیچیده کنونی به طور مستقیم و غیر مستقیم بر روانهای حساس و پذیرایی خردسالان وارد می آورد . و بسیاری عوامل مهم دیگر سبب شده است که اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان وسعت بی سابقه ای بیابد . (استارت ، لوریا،^۱ ۱۹۹۸ نقل از عیسی زاده ، ۱۳۸۶).

درچنین وضعیتی جا دارد که پژوهشگران و متخصصان تعلیم و تربیت و روانشناسی کودک هر چه نیرو و دانش و تجربه در توان و هر چه شور و شوق و دلسوزی در جان دارند به کار گیرند و بر این دشمن مهلک درونی بشورند و کمک کنند تا اختلالهای جانکاه عاطفی را از دل های آسیب پذیر کودکان معصوم و دوست داشتنی بیرون کنند و رشد شخصیت سالم و متعادل آنان را امکان پذیر سازند .

تعریف اختلال رفتاری

تعریف و تعیین عملکردهای مختل کار آسانی نیست زیرا الگوهای رفتاری دارای انواع نا محدودی هستند و همچنین نامهای مختلفی دارند ، نظیر : اختلال رفتاری ، بدکاری رفتار، مشکلات رفتاری ، مشکلات روانشناختی ، رفتارناهنجار ، رفتار ناسازگارانه ، اختلالات ، نقائص و آسیب شناسی روانی .

رفتار مشکل غالباً به عنوان رفتار « نابهنجار» در نظر گرفته شده است ، « نا » به معنای « دور» یا « از » و « هنجار » به معنای میانگین یا استاندارد . بنابر این « نابهنجار» به معنای چیزی است که از میزان استاندارد منحرف شده باشد (نلسون ^۱ و ایزرائیل ^۲ ، ۲۰۰۰).

از هر نقطه نظری که به مفهوم بهنجاری و نابهنجاری نگریسته شود ، معلوم می گردد که یک مفهوم نسبی است . انحراف از یک هنجار ، ممکن است آنقدر ناچیز باشد که موجب هیچ نگرانی نشود یا ممکن است به اندازه ی زیاد باشد که تردیدی درباره ماهیت نابهنجاری آن باقی نماند . بنابر این مفهوم نابهنجار و بهنجاردو اصطلاح جدائی ناپذیرند و هر یک از آنها را بدون توجه به دیگری نمی توام تعریف کرد (دادستان ، ۱۳۷۰).

در مورد تعریف مشکلات رفتاری ، اتفاق نظر در میان محققین وجود ندارد ، و یک تعریف مشخص و محدود برای آن موجود نمی باشد . اما اغلب تعاریف روی انطباق رفتار با معیارهای اجتماعی تاکید کرده و چنانچه رفتاری با معیارهای اجتماعی تطبیق داشته باشد ، آن رفتار بهنجار تلقی خواهد گردید ؛ کراسنر ^۳ معتقد است که رفتاری غیر عادی نامیده می شوند که با در نظر گرفتن سه متغیر مداخله گر مطالعه گردند .

الف) : خود رفتار

ب) : محتوی اجتماعی آن

ج) : مشاهده کننده ای که در آن وضعیت با تمام نیرو به مطالعه رفتار پرداخته است .

هیچ رفتاری به خودی خود غیر عادی نمی باشد ، زیرا فردی ممکن است کارهایی از قبیل داشتن توهومات کلامی، گاز گرفتن ، امتناع از غذا خوردن و ... را انجام دهد . یا این امکان وجود دارد که در موقعیتهای مختلف فردی خشم و عصبانیت نسبت به هر

1-Nelson , R.W.

2-Israel , A.C

3-Kerasner

کس را نشان دهد ، لذا با در نظر گرفتن سه عمل یاد شده است که می توان تمایز میان رفتارهای عادی و غیر عادی را مشخص و معین نمود (راس ، ۱۹۷۴ ، نقل از خانجانی ، ۱۳۷۸).

انجمن روانپزشکی امریکا (۱۹۹۴) یک اختلال را به عنوان سندرم یا الگوی رفتاری تعریف می کند که موجب درماندگی شخص یا افزایش ریسک مرگ ، درد، ناتوانی ، یا از دست دادن آزادی می شود (نلسون و ایزرائیل، ۲۰۰۰).

با توجه به نظرات ارائه شده، در ارزیابی رفتار نابهنجار از نابهنجار ملاکهای بیان گردیده است که به صورت خلاصه به آنها اشاره می شود:

۱. **ملاک آماری:** این ملاک بر اساس اصل ریاضی منحنی طبیعی است و در این روش آنچه که اکثریت افراد عمل می کنند طبیعی شمرده می شود و آنچه در دو قطب قرار می گیرد نابهنجار قلمداد می گردد . « رفتار نابهنجار رفتاری است که از لحاظ آماری کم بسامد^۱ است و یا از هنجار انحراف دارد» (هیلگارد، ترجمه براهنی و دیگران، ۱۳۷۱ ، جلد ۲).

۲. **ملاک هنجار اجتماعی:** در این ملاک با توجه به معیارهای ویژه یا هنجارهایی که هر جامعه برای رفتارهای افراد پذیرفته است رفتار نابهنجار باز شناخته می شود . بر اساس این معیار ، ملاکها برا یهر جامعه جنبه اختصاصی پیدا کرده و نابهنجاری از جامعه ای به جامعه ای دیگر و از زمانی به زمان دیگر فرق می کند .

۳. **ملاک غیرانطباقی بودن رفتار:** این ملاک بیشتر مد نظر دانشمندان علوم اجتماعی می باشد ، آنها معتقدند به جای آنکه رفتار نابهنجار به وسیله ملاک اجتماعی یا آماری تعیین گردد به وسیله چگونگی تاثیر رفتار در بهزیستی فرد یا گروه مشخص می گردد.

بر اساس این ملاک، رفتاری غیرطبیعی است که (غیرانطباقی^۱) باشد یعنی پیامدهای زیانباری برای جامعه و فرد به دنبال داشته باشد.

۴. **ملاک پریشانی شخص:** این ملاک به احساس فرد بیمار از خود بیشتر تأکید دارد تا بر رفتار وی. به بیان دیگر «از زاویه فاعلی یا غیرعینی، یک حالت ناراحت، یک رنج روانی مبهم یا مشخص و یا یک حالت دلهره که تا حدی مبین وجود روشن نگری نسبی فرد درباره بیماری خویش است، بر بیمار مستولی است مشخص می گردد (دادستان و منصور، ۱۳۶۳).

۵. **ملاک بالینی:** این معیار اساس کار تشخیص اختلال روانی بوسیله روانپزشکان که اساس علائم و تشخیصشان بر همین ملاک می باشد را روشن می سازد و بر پایه همین علائم و معیارها فرد سالم را از غیر سالم بازشناسی می کند. «اساس این ملاک همانند روش بالینی در مورد بیماریهای ارگانیکی است. روانشناسان بالینی و روانپزشکان نیز متکی بر نشانه های عملی اختلال روانی چون اضطراب، ترس، افسردگی و ... می باشد» (نوابی نژاد، ۱۳۷۲)

فصل دوم: شناسایی اختلالات رفتاری

مشکلات فرآیند آموزش اختلالات رفتاری

این موارد به ترتیب اهمیت معرفی گردیده است :

عدم دسترسی به کتب مناسب ، آشنا نبودن معلمان با روش تدریس ، کمبود فضای آموزشی مناسب ، کمبود نیروی انسانی لازم و متخصص و کمبود وسایل آموزشی و کمک آموزشی . (سازمان آموزش و پرورش استثنایی ، ۱۳۷۱).

آمارها و ضرورت انجام مطالعه

آمار سازمان بهداشت جهانی وجود بعضی اختلالات روانی را به صورت زیر در جمعیت جهان تخمین علمی می زند : اضطراب ۴۰۰ میلیون نفر ، عقب ماندگی ذهنی ۶۰ میلیون نفر ، زوال عقل ۲۹ میلیون نفر ، اسکیزوفرنی (نوعی اختلال روانی با علائم قطع ارتباط با واقعیت) ۲۲ میلیون نفر ، افسردگی همراه با از کار افتادگی ۴۱ میلیون نفر . (سازمان بهداشت جهانی ، ۱۹۹۷ نقل از سالاری ، ۱۳۷۳).

طبق آمارهای منتشر شده از طرف سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۱ حداقل ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان د رسنین مختلف از بیماریهای شدید روانی همچون اسکیزوفرنیا ، ۱۵۰ میلیون نفر از اختلالات خفیف روانی ، ۱۲۰ میلیون نفر از عقب

ماندگی ذهنی ، ۵۰ میلیون نفر از صرع ، و ۳۰ میلیون نفر از ابتلا به دمانس رنج می برند . و طبق همین گزارشات میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است ؛ در حالی که در برنامه ریزیهای توسعه اجتماعی و اقتصادی این کشورها پایین ترین الویت به آنها داده می شود (صاحب الزمانی ، ۱۳۷۲)

دوره های مختلف مطالعات همه گیر شناسی اختلالات رفتاری

درنوند^۱ (۱۹۸۲) در مروری بر مطالعات همه گیر شناسی اختلالات روانی ؛ این مطالعات را به سه دوره کلی تقسیم می کند :

۱ - دوره اول اکثر در نیمه اول قرن بیستم و قبل از وقوع جنگ جهانی صورت گرفته است محققین این دوره در زمینه بیماریابی در جامعه بیشتر به گزارش های مراکز بیمارستانی ، پرونده های بیماران و اطلاع دهندگان کلیدی متکی بوده اند .

۲ - دوره دوم به دنبال جنگ جهانی دوم انجام گردیده و همانند بیشتر مطالعات انجام شده در کشورهای اروپایی و آسیایی یک روانپزشک یا تیم تحقیق با تمام افراد جامعه مصاحبه نموده و تشخیص موارد بر اساس مصاحبه ها داده شده اند . درنوند در مقایسه مطالعات انجام گرفته قبل و بعد از جنگ جهانی دوم جهانی مطرح نمود که میانگین شیوع انواع اختلالات روانی در ۱۶ بررسی دوره اول برابر ۳/۶ درصد و در ۶۰ تحقیق دومی دوره ۲۰ درصد بوده است .

۳ - سومین دوره شامل مطالعات همه گیر شناسی در طول دو دهه گذشته و با استفاده از ملاکهای تشخیصی DSM-III-R و یا سایر طبقه بندیهای رایج بین المللی بوده است .

در این دوره که از اواخر سالهای دهه ۱۹۷۰ شروع شد محققین سعی نمودند از وسایل و ابزار های معتبر و استاندارد جهت سرند و مصاحبه های بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی طبقه بندیها استفاده نمایند . در اطلاعات بدست آمده از مرور اطلاعات همه