

مقدمه :

اختلال رفتاری کودکان، طیف وسیع و گسترده‌ای دارد. یکی از اختلال‌های شایع «اختلال سلوک» است. بر اساس گزارشات آکنباخ^۱ و ادلبروک^۲ (۱۹۷۸) یک سوم تا نیمی از تمامی مراجعان برای خدمات روان‌شناختی را کودکان پرخاشگر و مبتلا به اختلال سلوک تشکیل می‌دهند. اصطلاح اختلال سلوک به الگوی رفتار ضد اجتماعی غیر قابل کنترل کودک یا نوجوان گفته می‌شود که با آسیب رساندن قابل ملاحظه در کارکرد روزمره در خانه یا مدرسه و نگرانی زیاد سایر افراد همراه است. رفتار ضد اجتماعی شدید بالینی احتمالاً جوان را در تماس با مؤسسه‌های اجتماعی مختلف قرار می‌دهد. بر این اساس مراکز بهداشت روانی و دستگاه حقوق جزایی، مراکز اصلی تماس نوجوانان دارای مشکل رفتاری هستند. در نظام آموزشی برای کنترل چنین کودکانی اغلب از خدمات معلمان و کلاس‌های ویژه استفاده می‌شود. در این مقاله، سعی بر آن است که مروری بر علل و عوامل زمینه‌ساز این اختلال داشته باشیم، چرا که بدیهی است اتخاذ هر روش درمانی و شیوه‌های پیشگیری، مبتنی بر سبب‌شناسی این اختلال است.

نشانه‌گان

نیز تفاوت‌های جنسیتی مشاهده می‌شود، به طوری که میانگین شروع بدکارکردی برای کودکان ارجاع شده بر اثر رفتار ضد اجتماعی حدود ۸ تا ۱۰ سال است. اغلب پسران (۷۵ درصد) در هنگام شروع کمتر از ۱۰ سال داشتند (میانگین ۷ سال). برای دختران، شروع رفتار ضد اجتماعی در دامنه ۱۴ تا ۱۶ سالگی قرار داشت (میانگین سنی ۱۳ سال).

اختلال سلوک تا اواخر نوجوانی و گاهی بزرگسالی دوام می‌یابد. بر اثر بررسی‌های کازدین^۵ در سال ۱۹۸۷ کودکان مبتلا به اختلال سلوک در بسیاری از موارد وقتی بزرگ می‌شوند الگوی فعالیت‌های خلاف قانون خود را ادامه می‌دهند و در بزرگسالی در حفظ شغل دچار مشکل هستند و اغلب دچار مشکلات زناشویی می‌باشند. در مطالعه‌ای دیگر گزارش شده است کودکی که تشخیص اختلال سلوک دریافت می‌کند، وقتی بزرگ می‌شود احتمال بیشتری وجود دارد که دارای الکلیسم شود یا شخصیت ضد اجتماعی پیدا کند، تا کودکی که دارای سایر مسایل هیجانی است (راتر و گارمز^۶، ۱۹۸۳ به نقل از کاستلو^۷، ۱۹۹۲).

اختلال سلوک عبارت است از یک رشته مشکلات رفتاری که در کودکی و نوجوانی بروز می‌یابند. نشانه‌های این اختلال شامل دزدی، دروغ‌گویی، آتش‌افروزی، تخریب اموال، بیرون ماندن از خانه در تمام شب با وجود ممانعت والدین (قبل از ۱۳ سالگی)، رفتاری رحمانه با حیوانات و مردم، تجاوز جنسی به دیگران، استفاده از اسلحه در نزاع، مصرف الکل و مواد مخدر در سنین پایین، فریب دادن دیگران، ترساندن و تهدید افراد، رفتارهای تکانشی مکرر و در کل آسیب در عملکرد اجتماعی، تحصیلی و حرفه‌ای می‌باشد (راتنک^۲، ۲۰۰۱). سه نمونه از رفتارهای خاصی که شامل قلدری کردن تهدید و یا ارباب و بیرون ماندن از خانه، با وجود ممانعت والدین که قبل از ۱۳ سالگی شروع شده باشد، برای تشخیص ضروری است (پورافکاری، ۱۳۷۹). اختلال سلوک با بسیاری از اختلال‌های روانی دیگر از جمله افسردگی، اضطراب، مشکلات ارتباطی با هم‌تایان و مشکلات تحصیلی ارتباط دارد (ویلیام^۸، ۲۰۰۳).

تقریباً ۶ درصد از کودکان به این اختلال مبتلا هستند که نسبت پسرها به دخترها ۴ به ۱ است. در سن شروع بدکارکردی





اجتماعی را افزایش می دهد، از این رو مداخله های درمانی به موقع امری اساسی به شمار می آید (راتنک، ۲۰۰۱).

سبب شناسی

اختلال سلوک، اختلال چند عاملی محسوب می شود که عوامل بسیاری در آن سهمیم هستند. پژوهش ها نقش عوامل ژنتیکی و محیطی را در بروز اختلال های رفتاری ثابت می کنند. بررسی های فرزند خواندگی نشان می دهد که عوامل ژنتیکی با این اختلال ارتباط داشته و تا حدود زیادی به حضور عوامل خطر آفرین محیطی برای ظهور بستگی دارند. به همین ترتیب بررسی های طولی نشان داده که تعامل بین آسیب پذیری بیولوژیکی، ویژگی های خلق ناسازگارانه و فقر والدین، پیشگویی کننده های معتبری هستند (مورل^۱، ۲۰۰۳). به طور کلی سبب شناسی این اختلال در چند محور قابل بحث است که در زیر به آنها می پردازیم:

عوامل مربوط به والدین:

تاریخچه خانوادگی با اختلال شخصیت ضد اجتماعی یا اعتیاد والدین به ادراک کودک از خودش آسیب زده و او را در مسیری قرار می دهد که به رفتارهای منفی ختم می شود. همچنین بیماری های روانی، تعارض های زناشویی و عدم توجه و رسیدگی به کودک، میزان خطر ابتلا به اختلال سلوک را افزایش می دهد.

گاهی اوقات والدین، ندانسته اشتباهاتی را مرتکب می شوند، آنها به آسانی رفتارهای خوب کودک را نادیده می گیرند و فقط زمانی به او توجه می کنند که رفتار نادرستی از او سر زده باشد. پس از مدتی، کودک یاد می گیرد که تنها زمانی می تواند توجه والدین را به خود جلب کند که قوانین را زیر پا گذارد. اغلب کودکان نیاز به توجه دارند و کودک می خواهد به هر طریقی که شده این توجه را به دست آورد. شاید تعجب آور

پژوهش ها نشان می دهد که

کودکان با اختلال سلوک، به طور ارثی، کاهش

محسوسه در فعالیت سیستم عصبی دارند

که نتیجه آن انگیزش بیشتر برای

دستیابی به تحریک مورد دلخواه است.

این عامل به طور حتم، با سطح بالای هیجان خواهی

که در اغلب اوقات منجر به اختلال های

سلوکی می شود ارتباط دارد

باشد، اما آنها ترجیح می دهند که با توسل به رفتارهای خشن و خطرناک توجه دیگران را به خود جلب کنند تا اینکه نادیده انگاشته شوند (ویلیام، ۲۰۰۳).

بر اساس نظر پاترسون^(۱۹۸۰) کاستی های پدر و مادر در اداره کودک منجر به افزایش روابط قهرآمیز در خانواده می شود. برای مثال، مادری که از کودک می خواهد بازی با یک گلدان با ارزش را متوقف کند؛ کودک شروع به زدن مادر می کند، سرانجام مادر کوتاه می آید و دیگر از وی چنین درخواستی نمی کند. پیامد کوتاه مدت این جریان بدین ترتیب خواهد بود که مساله برای هر دو نفر به نحو بهتری پایان می پذیرد. کودک برای ماندن در وضعیت دلخواه خود از عمل ناخوشایند (زدن) استفاده می کند و مادر با کوتاه آمدن، از زدن کودک خلاص می شود. بدین ترتیب گرچه مادر از زدن کودک آسوده می شود، اما این احتمال را افزایش داده است که در آینده نیز در برابر زدن کودک، کوتاه خواهد آمد. افزون بر دام تقویت منفی، این امکان وجود دارد که رفتار قهرآمیز به صورت مستقیم و مثبت نیز تقویت شود (منشی طوسی، ۱۳۷۲).

کادورت^(۱۹۸۱) در بررسی های فرزند خواندگی دریافت که داشتن یک خویشاوند الکلی، شرایط آشفته خانوادگی در خانواده به فرزند پذیرفته شده و فقدان نعمت مادری، عوامل پیش بینی کننده اختلال سلوک در نوجوان پسر است. با وجود این، برای دختر نوجوان تنها داشتن یک والد ضد اجتماعی یا دارای کم توانی ذهنی، عامل پیش بینی کننده رفتار ضد اجتماعی است. از این رو، عوامل محیطی، تنها برای مردان در مقام عامل پیش بینی کننده ظاهر شدند که حاکی از حساسیت بیشتر آنها به تأثیرهای محیطی است (نائینیان، ۱۳۷۸).

گور^{۱۱} در سال ۱۹۶۴ در مطالعه ای گزارش نمود که ۶۰ درصد گروهی از افراد دچار اختلال سلوک یکی از والدین خود را از دست داده بودند، در حالی که در گروه شاهد این درصد به شکلی قابل ملاحظه پایین تر بود (۲۷ درصد) (پورافکاری، ۱۳۷۲).

والدین کودکان با اختلال سلوک، بیش از پدر و مادرهای کودکان بهنجار، فرزندشان را تنبیه می کنند، همچنین تنبیه های آنان شدیدتر است (فیروز بخت، ۱۳۷۸). همچنین این والدین شایستگی لازم برای کنترل کودکان را ندارند و این امر باعث عدم توجه به تکامل آنها و حفظ رفتار ضد اجتماعی و پرخاشگرانه کودک همراه است (محمدی، ۱۳۸۱). کم توانی ذهنی والدین، ازدواج زود هنگام والدین، فقدان علاقه والدین به عملکرد تحصیلی کودک، عدم شرکت خانواده در فعالیت های مذهبی

یا سرگرمی از دیگر عوامل زمینه ساز، در بروز این اختلال به شمار می آید (گلوئک و گلوئک^۲، ۱۹۶۸؛ وادس و ورت^۳، ۱۹۷۹، به نقل از کراتو چویل^۴). همچنین رابطه بین نوع وابستگی مادر کودک و اختلال های سلوک در چند تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است. این بررسی ها نشان می دهد که وابستگی ناایمن بین مادر و کودک با پرخاشگری و اختلال های سلوک در پسران مدارس ابتدایی ارتباط دارد (ایگلند^۵، ۱۹۸۱) اما این ارتباط در دختران مشاهده نشد. (ماش و بارکلی^۶، ۱۹۹۶).

عوامل عصبی شناختی :

آزمون های عصبی روان شناختی نشان داده اند که کودکان و نوجوانان با اختلال سلوک، آسیب هایی را در ناحیه پیشانی مغز دارا می باشند. این قسمت از مغز با توانایی تدبیر داشتن، اجتناب از آسیب و یادگیری از تجربه های منفی ارتباط دارد (مورل، ۲۰۰۳).

پژوهش ها نشان می دهد که کودکان با اختلال سلوک، به طور ارثی، کاهش محسوسی در فعالیت سیستم عصبی دارند که نتیجه آن انگیزش بیشتر برای دستیابی به تحریک مورد دلخواه است. این عامل به طور حتم، با سطح بالای هیجان خواهی که در اغلب اوقات منجر به اختلال های سلوکی می شود ارتباط دارد (راتنک، ۲۰۰۱). شواهد حاکی از آن است که بین ۳۰ تا ۳۸ درصد تمام شخصیت های ضد اجتماعی امواج مغزی نابهنجار (در نوارنگاری مغزی) نشان می دهند (پورافکاری، ۱۳۷۲)، همچنین این افراد در برابر محرک ها واکنش پذیری کمتر و سازگاری سریعتری دارند. (پورکرک^۷، ۱۹۷۰ به نقل از نلسون و ایزارنل^۸) یکی از تفسیرهای به شدت تأیید شده حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال سلوک با نوعی کمبود فیزیولوژیکی که باعث نارسیدگی قشر مخ می گردد متولد می شوند که نتیجه آن تأخیر در رشد اعمال عالی مغز است (پورافکاری، ۱۳۷۲). بررسی ها نشان داده است که مصرف سیگار در دوران بارداری توسط مادر ممکن است با بروز اختلال سلوک در پسران ارتباط داشته باشد. بررسی ها بر روی حیوانات و انسان خاطر نشان می کند که نیکوتین می تواند تأثیر منفی بر روی جنین بگذارد، ساختمان و عملکرد سیستم عصبی را تغییر دهد و باعث اختلال های یادگیری و مشکلات رفتار شود. در یک مطالعه که بر روی ۱۷۷ پسر ۷ تا ۱۲ ساله انجام شد، پسرانی که مادران آنها در دوران بارداری بیش از نصف پاکت سیگار می کشیدند آمادگی بیشتری برای نشان دادن اختلال های رفتاری داشتند تا پسرانی که مادران آنها در دوران حاملگی از استعمال سیگار خودداری کرده بودند (ویلیام، ۲۰۰۳).

کودکان نیاز به توجه دارند و کودک می خواهد به هر طریقی که شده این توجه را به دست آورد. شاید تعجب آور باشد، اما آنها ترجیح می دهند که با توسل به رفتارهای خشن و خطرناک توجه دیگران را به خود جلب کنند تا اینکه نادیده انگاشته شوند

عوامل مربوط به مدرسه و تحصیل

کودکان مبتلا به اختلال سلوک احتمالاً از کمبودهای تحصیلی رنج می برند که در سطح پیشرفت و مهارت های خاص، به ویژه خواندن منعکس می شوند (لدینگهام، شوارتز من^۹، ۱۹۸۰؛ استرج^{۱۰}، ۱۹۸۲ به نقل از کراتوچویل). چنین کودکانی از نظر معلمان نشان نسبت به مدرسه بی علاقه، فاقد اشتیاق به ادامه تحصیل و بی توجه به کار هستند. اغلب آنها مردود می شوند، سطوح پایین تری از پیشرفت را نشان می دهند، و در مقایسه با همسالان خود که از لحاظ سن، موقعیت اجتماعی و اقتصادی و دیگر متغیرهای جمعیت شناسی با آنها همانند هستند، زودتر ترک تحصیل می کنند (نائینیان، ۱۹۷۸) هاین شاو^{۱۱} (۱۹۹۲) ارتباط نسبتاً بالایی را بین رفتارهای ضد اجتماعی و شکست تحصیلی گزارش می کند (ماش و بارکلی، ۱۹۹۶). به طور کلی می توان گفت مشکلات در مدرسه، یک عامل بالقوه برای بروز اختلال سلوک می باشد. با وجود اینکه بهره هوشی این افراد معمولاً در محدوده بهنجار قرار دارد، آنها در عین حال مشکلاتی را در مهارت های انتزاعی و کلامی دارند که می تواند منجر به بازماندن از هم کلاسی ها شود. شکست و ناکامی و فقدان اعتماد به نفس، نتیجه ای از عدم کفایت اجتماعی و تحصیلی است که می تواند نقطه عطفی برای بروز اختلال های سلوکی باشد (ویلیام، ۲۰۰۳).

عوامل اجتماعی فرهنگی

پژوهش های انجام شده، اختلال سلوک را در طبقه های اجتماعی - اقتصادی پایین، فراوان تر گزارش کرده اند، در تعبیر این مطلب باید مراقب بود که فقر با بیماری روانی همانند تصور نشده و این نتیجه که فقر به تنهایی علت اختلال سلوک است، اتخاذ نشود. حداکثر اوضاع نابسامان یک خانواده می تواند عامل کمکی باشد که فقط وقتی علل اجتماعی و زیست شناختی





رفتارهای پرخاشگرانه و نقص در مهارت‌های اجتماعی وجود دارد (برن استین و کازدین، ۱۹۸۵).

عوامل روان‌شناختی

کودکان دچار اختلال سلوک دارای طیفی از کمبودها و انحراف‌های شناختی هستند. آنها در موقعیت‌های اجتماعی، از نشانه‌های خصمانه زیادی بهره می‌گیرند، در تفسیر معنی رفتار دیگران، به نشانه‌های اندکی توجه دارند و رفتار دیگران را در موقعیت‌های مهم، خصمانه تعبیر می‌کنند. این کودکان در کشمکش با دیگران میزان پرخاشگری و مسوولیت خود را برای عدم توافق‌های اولیه، کمتر از میزان واقعی در نظر می‌گیرند (لاکمن^{۲۰}، ۱۹۸۷ به نقل از گراهام). در هنگام حل مسایل، این کودکان برای مشکلات بین فردی، راه حل‌های کلامی کمتری از ایه داده و بیشتر راه حل‌های پرخاشگرانه و عملی را بر می‌گزینند (داج و نیومن^{۲۱}، ۱۹۸۱، به نقل از گراهام).

به ظاهر، تصویری مثبت از پرخاشگری و استفاده از آن در حل مسائل اجتماعی، در باور کودکان مبتلا به اختلال سلوک وجود دارد. آنها توقع دارند، عملکرد تندشان باعث کاهش عواطف منفی شود، آنان تصور می‌کنند که رفتار پرخاشگرانه، عزت نفس‌شان را بالا برده و به اهداف اجتماعی مربوط به تسلط و انتقام‌گیری بیش از محبت ارزش می‌دهند (اسلابی و گورا^{۲۲}، ۱۹۸۸، به نقل از گراهام).

در کار هستند، مؤثر واقع می‌شود، طبق راهنمای آماری و تشخیصی (۱۹۸۷) اختلال در طبقه‌های پایین شایع‌تر است تا حدودی به این دلیل که با اختلال در توانایی یادگیری مربوط است و نیز به این دلیل که پدر افراد مبتلا، اغلب به این اختلال مبتلا هستند، در نتیجه کودک در خانه‌ای محروم بار می‌آید.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که روابط ضعیف میان فردی، با اختلال سلوک همبستگی دارد (بهار^{۲۳}، ۱۹۸۲). این کودکان از لحاظ اجتماعی در تعامل با بزرگسالان (مثل والدین، معلمان و اعضای جامعه) شایستگی لازم را ندارند، به خصوص، جوانان با اختلال سلوک، کمتر احتمال دارد به نمادهای قدرت در بین بزرگسالان احترام بگذارند، مؤدبانه عمل کنند و به طریقی پاسخ بدهند که تعامل‌های مثبت آنها افزایش یابد (فریدمن، روزنتال^{۲۴} به نقل از کراتوچویل).

کودکان با اختلال سلوک از نظر کودکان دیگر منفور هستند و از گروه‌های عادی کودکان طرد می‌شوند، تنها با دیگر کودکان ضد اجتماعی همراهی می‌کنند و به این نحو بخشی از یک خرده فرهنگ منحرف را تشکیل می‌دهند. (کوپراسمیت، کورل داج^{۲۵}، ۱۹۹۰، به نقل از گراهام^{۲۶})

پژوهش‌های انجام شده در دو گروه پسران بزهکار و غیر بزهکار توسط مک فال و روزنتال (۱۹۷۸) به روشنی ضعف در مهارت‌های اجتماعی پسران بزهکار را نشان می‌دهند، همچنین این تحقیق نشان می‌دهد که ارتباط مستقیمی بین

زیر نویس‌ها:

- 1-Achenbach 2- Edelbrock 3- Rottnek 4-william 5-kazdin
- 6- Rutter and Garnez 7- Castelo 8- Morrell 9- Patterson
- 10- Cadoret 11- Greer 12- Glueck and Glueck 13- wadsworth
- 14- kratochwill 15- Igland 16- Mash and Barkley
- 17- Borkrec 18- Israel 19- ledingham and schwartzman
- 20- sturge 21- Hinshaw
- 22- Behar 23- freedman and Rosenthal 24- kupersmidt and corel Dadge
- 25- Qraham 26-Lochman 27- Dodge Newman

منابع:

- کاستلو، تیمونی و کاستلو، جوزف. روان‌شناسی ناپهنجاری، پورافکاری، نصرت.ا... (مترجم، ۱۳۷۳) تیریز، نشر مروی کراتوچویل، توماس آر. موریس، ریچارد جی، روان‌شناسی بالینی کودک، نائینیان، محمد رضا (مترجم ۱۳۷۸). تهران: انتشارات رشد. کابلان، هاردلو. خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی، پورافکاری، نصرت.ا... (مترجم، ۱۳۷۹). تیریز انتشارات شهر آیب گراهام، فیلیپ در مان شناختی رفتاری برای کودکان و خانواده‌ها، محمدی، محمدرضا، هاشمی، هوشمند (مترجمین، ۱۳۸۱) تهران انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
- نلسون، ریئا ویلکس و ایزارابل، الن سی. اختلال‌های رفتاری کودکان منشی طوسی، محمد تقی (مترجم، ۱۳۷۲) مشهد، انتشارات استان قدس رضوی. میوز، جان. روان‌شناسی بالینی، نجاریان، بهمن. خدایحیمی، سیامک، مکنوندی، بهنام. (مترجمان، ۱۳۷۵). اهواز. انتشارات مردمک هریرت، مارتین، روان‌شناسی بالینی کودک. فیروزبخت، مهرداد (مترجم، ۱۳۷۸). تهران. انتشارات رشد
- Achenbach, T.M.& Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical effort. Bornstein, p. kazdin, A (1985) Handbook of clinical behavior therapy with children : Dorsey.
- Mash, J. M., Barkley, A R (1996) Child Psychopathology . New York. : Guilford .
- Morrell, J (2003) available [on line] .http://www.black well Synergy- com
- Rottnek, F(2001) available [on line] .http://home . earthlink. net/bouts /
- William.K (2003) available [on line] .http://www.conduct disorder.com.