

نقش والدین در بروز اختلالات رفتاری کودکان

(تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۶/۱۵، تاریخ تصویب ۱۴۰۰/۰۲/۱۲)

رضا لطفی^۱

فاطمه لطفی

چکیده

هدف این پژوهش ارائه محتوایی در خصوص اختلالات رفتاری، و انحراف از یک هنجار، ممکن است انقدر ناچیز باشد که موجب هیچ نگرانی نشود یا ممکن است به اندازه ای زیاد باشد که تردیدی درباره ماهیت نابهنجاری آن باقی نماند. بنابراین مفهوم نابهنجار و بهنجار دو اصطلاح جدائی ناپذیرند و هریک از آنها را بدون توجه به دیگری نمی توان تعریف کرد. در این تعریف مشکلات رفتاری، اتفاق نظری در میان محققین وجود ندارد، و 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 محسوب شده، و هیچ رفتاری به خودی خود غیرعادی نمی باشد، زیرا فردی ممکن است کارهایی از قبیل داشتن توهمات کلامی، گاز گرفتن، امتناع از غذا خوردن را انجام دهد. یا این امکان وجود دارد که در موقعیت های مختلف فردی خشم و عصبانیت نسبت به هرکس را نشان دهد پس می توان تمایز میان رفتارهای عادی و غیر عادی را مشخص و معین نمود. به طور کلی، هر رفتاری که از ادمی سر می زند، متاثر از مجموعه ای از عوامل است که به طور معمول در طول زندگی سر راه وی قرار دارد و وی را به انجام عملی خاص وادار می کند.

واژگان کلیدی: مشکلات رفتاری، معیار اجتماعی، رفتار بهنجار، رفتار نابهنجار، انحراف

مقدمه

در سالیان گذشته اصطلاح «ناتوانی جدی هیجانی» در قوانین آموزش ویژه مورد استفاده قرار می گرفت، اما در حال حاضر اصطلاح «اختلالات رفتاری» توسط «مجمع کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری» پذیرفته شده و از این نظر که بر جنبه قابل مشاهده مشکلات کودکان متمرکز است، بر سایر اصطلاحات برتری دارد. البته بسیاری از صاحب نظران معتقدند به کارگیری اصطلاح «اختلالات هیجانی-رفتاری» مناسب تر از اختلالات رفتاری به تنهایی است. به خاطر اینکه برخی از کودکان ممکن است به اختلالات رفتاری، گروهی به اختلالات هیجانی و دسته ای دیگر به هر دو مبتلا باشند. و یافتن اصطلاح مناسب برای توصیف کودکان و نوجوان با اختلالات هیجانی-رفتاری مشکل است، ارائه تعریفی جامع نیز دشوار است. عواملی هم که ارائه تعریفی جامع از این اختلالات را دشوارتر می سازند، عبارتند از: فقدان تعاریف دقیق از بهداشت روانی و رفتار بهنجار، تفاوت بین الگوهای مفهومی، مشکل بودن اندازه گیری هیجان ها و رفتارها، رابطه بین اختلالات هیجانی و رفتاری و سایر ناتوانی ها، وجود اختلالات بین متخصصانی که دست اندرکار تشخیص و ارائه خدمات به کودکان و نوجوانان اند. علیرغم این که اصطلاحات به کار برده شده در مورد اختلالات هیجانی-رفتاری از نقطه نظر تاکید نسبی بر بعضی از جنبه ها، در تعاریف گوناگون متفاوتند، نکات مشترکی بین آنان وجود دارد. انحرافات و مسائل اجتماعی امنیت اجتماعی را سلب و مانعی برای رشد و توسعه جامعه محسوب می شود. به طور کلی، هر رفتاری هم که از ادم سر می زند. متاثر از مجموعه ای از عوامل است که به طور معمول در طول زندگی سر راه وی قرار دارد و فرد را هم به انجام عملی خاص وادار می کند. عواملی که به وجود آورنده انحراف و کجروی است در جوامع مختلف یکسان نیست و مناطق از نظر شدت و ضعف و تعداد و از نظر عوامل متفاوت اند، این تفاوت ها را می توان در شهر ها و روستا و حتی در مناطق مختلف و محله های یک شهر مشاهده کرد. اگر نوجوان هرچند برای سرگرمی و تنوع و تفریح دست به بزهکاری بزند این کار وی کم کم زمینه ای خواهد بود تا به سمت و سوی بزهکاری سوق یابد. دلیل عمده

این کار، هم شروع به انجام عمل بزهکارانه و کشیده شده او به این راه است. فرد بزهکار فردی که همه زمینه ها و شرایط لازم برای انحراف در آنان وجود دارد. بی قاعدگی رابطه و ارتباط میان فرد و جامعه و ارتکاب رفتارهای نابهنجار و خلاف مقررات اجتماعی از ویژگی های شخصیتی افراد بزهکار است. نوجوانان به علت سرکوب خواسته ها و فقدان ارضای تمایلات درونی، از کانون خانواده بیزار شده و به رفتارهای نابهنجار نظیر فرار از خانه، ترک تحصیل، سرقت و اعتیاد گرایش پیدا می کنند. و عده ای از آنان نیز افرادی برون گرا و دنبال لذت جویی انی هستند که دم را غنیمت می شمارند، دوست دارند در انواع میهمانی ها و جشن ها شرکت کنند. و تشنه هیجان و ماجراجویی اند. و عدم پای بندی خانواده ها به آموزه های دینی از علل افزایش انحرافات اجتماعی است در جامعه و تحقیقات نشان داده خانواده هایی که به اعتقادات مذهبی خود پای بند باشند، خود و فرزندانشان به فساد و بزهکاری روی نمی آورند. و از دیگر علل سوق یافتن نوجوانان به سمت و سوی انحرافات اجتماعی از هم گسسته شدن پیوند های عاطفی و روحی میان اعضای خانواده است.

بخش اول: روش پژوهش

در این مقاله از روش توصیفی و طبقه بندی اختلالات رفتاری کودکان به کار گرفته شده و شامل شش دسته تقسیم بندی می باشد. و با بررسی این پژوهش می توان دریافت که درمان شناختی رفتاری بیشتر بر مولفه ارزیابی هیجانی موثر بوده تا مولفه های به کارگیری و کاربرد هیجانها که با عنوان قدرت تنظیم احساسات خود که متکی بر حس خود آگاهی فرد. کنترل درست هیجانها، افزایش تحمل کافی و کنترل خشم، کاهش اهانت و زدوخوردها، کاهش رفتارپر خاشگروانه یا آسیب رساننده به خود و افزایش احساسات مثبت در قبال شخص خود و مدرسه و خانواده و بهتر کنار آمدن با فشار روانی و کاهش تنهایی و اضطراب اجتماعی را موجب می شود. اختلالات سلوک: افراد مبتلا، مخرب، ازاردهنده، جنجال برانگیز، بدخلق و در پی جلب توجه و خودنمایی هستند.

پرخاشگری اجتماعی: سرقت، وفاداری به دوستان بزهکار، گریز از مدرسه و زیر پا گذاشتن ارزش های اخلاقی، اجتماعی و قانون از ویژگی های افراد مبتلا است.

مشکلات مربوط به توجه و ناپختگی: فراخنای توجه و تمرکز حواس افراد مبتلا بسیار اندک است. آن ها بدون فکر به پرسش های دیگران پاسخ می دهند، توجه آن ها به اسانی از تکالیفی که در حال انجام آن هستند منحرف می شود. سست، بی علاقه، کند و تنبل هستند.

اظطراب- گوشه گیری: افراد مبتلا به اسانی برافشته می شوند، حساس اند، احساسات آن ها به اسانی جریحه دار می شود و به طور کلی ترسو، مضطرب، افسرده و غمگین هستند.

رفتار روان نژندی: اظهار نظرهای دور از ذهن، صحبت های تکراری و نمایش رفتارهای عجیب و غریب از برجسته ترین ویژگی های افراد مبتلا است.

تحرك مفراط: افراد مبتلا خیلی کم استراحت می کنند، نمی توانند بدون جنب و جوش بنشینند، آرامش ندارند و بیش از حد پرحرف اند.

ویژگی های بعضی از افراد نیز ممکن است در بیش از یک طبقه جای گیرد. یکی دیگر از طبقه بندی ها، که مورد علاقه روان پزشکان و روان شناسان بالینی است، طبقه بندی تشخیصی و اماری اختلالات روانی DSM-IV-TR است که در سال ۲۰۰۰ میلادی توسط انجمن روان پزشکان امریکا ارائه شده و اختلالات مربوط به کودکان و نوجوانان در هفت گروه طبقه بندی کرده است.

بخش دوم: یافته ها

در سال های اخیر پژوهش ها نشان داده اند که عوامل بیورژنتیکی بر ویژگی های رفتاری نیز تاثیر دارند. این رفتارها افراطی هستند. رفتارهایی که با هنجارها تفاوت اندکی دارند، که اختلالات محسوب نمی شوند. اختلالات هیجانی و رفتاری، مزمن هستند و به سرعت برطرف نمی شوند. این رفتارها به دلیل ناهماهنگی با انتظارات اجتماعی-فرهنگی، مورد قبول جامعه قرار نمی

گیرند. تعاریفی که در متن IDEA (از قوانین دولت فدرال امریکا)، اختلالات هیجانی-رفتاری اینگونه می باشد که، منظور از این اصطلاح، وجود شرایطی است که واجد یک یا چند مورد از ویژگی هایی که در پی آینده بوده و به طور طولانی مدت و با شدت ظهور کنند و بر کارکرد تحصیلی فرد تاثیر منفی بگذارد. این ویژگی ها، ناتوانی یادگیری که از عوامل هوشی، حسی یا جسمانی ناشی می شود، ناتوانی در ایجاد روابط رضایت بخش با معلمان و همسالان، وجود انواع رفتارها و احساسات نامناسب تحت شرایط عادی زندگی، حالات اندوه و افسردگی دائم، نشان دادن علائمی نظیر ترس یا علائم بدنی در مواجهه با مسائل شخصی و تحصیلی. کودکان اسکیزوفرنیک و اوتیستیک را می توان در چهارچوب این اصطلاح قرار داد، ولی این اصطلاح شامل کودکانی که ناسازگاری های اجتماعی دارند، نمی شود، مگر ثابت شود مبتلا به اختلالات هیجانی هستند. بخش اول تعریف دولت فدرال، براساس تعریف بوور (۱۹۸۲) صورت گرفته است. در اختلالات اضطرابی در این طبقه شباهت بسیاری با طبقه اضطراب-گوشه گیری دارد. و این کودکان معمولا به هنگام جدا شدن از والدین، دوستان نزدیک، معلم و مربی به طور معمول مشکل دارند و درباره وقایع آینده، نگرانی غیر واقع بینانه ای نشان می دهند. در اختلالات تغذیه و خوردن غذا، هزینه خواری جز اولین اختلالی که در این دسته قرار می گیرد. خوردن مواد غیرقابل خوردن به مدت دست کم یک ماه از ویژگی های بارز این افراد است. آن ها ممکن است موادی مانند؛ پارچه، مو، رنگ و غیره را مصرف کنند.

نتیجه گیری

عواملی که بر بروز اختلالات رفتاری موثر است، شناسایی علل این اختلالات رفتاری بسیار مشکل و پیچیده است. چرا که این اختلالات را نمی توان به علتی منفرد نسبت داد (استرنبرگ و گریگورینکو، ۱۹۹۹). و به طور کلی در شناسایی علل این گونه اختلالات چند نکته وجود دارد، که در بروز آن مجموعه ای از عوامل دخالت دارند. و تعیین علل آن ممکن است، تحت تاثیر عواملی نظیر؛ انگیزش متخصصان نسبت به علل رفتار انسان، تجربه های فردی و رشته

تخصصی آنان قرار بگیرد. تعیین و شناخت علل این اختلالات هنگامی سودمند است که به مداخله و پیشگیری موثر منجر شده باشد. (کافمن ۲۰۰۱). و عوامل موثر بر اختلالات رفتاری را می توان به سه گروه؛ عوامل بیولوژیک (زیستی)، عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی تقسیم بندی شوند، که مشکل رفتاری هم تحت تاثیر یک یا ترکیبی از این عوامل پدید اور می شود. درباره عوامل بیولوژیک در گزارشی از سازمان نظام پزشکی ایالت متحده امریکا (۲۰۰۰)، اهمیت نقش کارکرد اعصاب و مواد شیمیایی موجود در مغز در شناخت بیماری های روانی مورد تاکید قرار گرفته است. مغز دارای هزاران نورون از انواع متفاوت است، که از نظر مواد شیمیایی، شکل و نوع ارتباط با یکدیگر تفاوت دارند. کارکرد مغز به توانایی سلول های عصبی در ایجاد ارتباط با یکدیگر بستگی دارد. عوامل بیولوژیکی و جسمانی بر بهداشت روانی و بیماری های روانی تاثیر گذارند (ترنبال و همکاران ۲۰۰۲)، و بیشتر در مورد اختلالات رفتاری شدید و عمیق صدق می کنند. بسیاری از کودکان به اختلالات رفتاری، نقص بیولوژیک شناخته شده ای که باعث بروز رفتارهای آنان گردیده را ندارند و گروه بسیاری از کودکان بهنجار دارای نقایص بیولوژیک می باشند. (اسرنا، اسمن، گرانهم، شرمز، واتکینز و ویلیامز، ۱۹۹۴؛ چارلپ- کریستی و دیگران ۱۹۹۷؛ هوریس، ۱۹۹۵) به نظر توماس و چس (۱۹۸۴)؛ تمام کودکان با خلق و خوی مشخصی به دنیا می آیند. گروهی که دارای خلق و خوی دشوار هستند، ممکن است به اختلالات رفتاری مبتلا گردند. البته شواهد کافی برای تایید این نظریه وجود ندارد. به عبارت دیگر ارتباط بین خلق و خو در دوران اولیه زندگی و اختلالات رفتاری قطعی نیست. علاوه بر خلق و خو، عوامل دیگر نظیر؛ بیماری، سوء تغذیه، ضربه مغزی نیز از جمله عوامل بیولوژیکی به شمار می آیند، که در بروز اختلالات رفتاری تاثیر دارند (باومیتسر، کوپتاس و کلیندورت، ۱۹۹۰؛ لوزف، ۱۹۸۹). هر اختلالی که علل بیولوژیکی دارد ضرورتاً اختلال رفتاری تلقی نمی شود. گاهی اختلال در کارکردهای بیولوژیکی می تواند رفتارها و هیجان های فرد را دچار اختلال کند. در موارد اندکی علل اختلالات رفتاری را می توان تنها به عوامل بیولوژیکی یا روان شناختی نسبت داد. و در اغلب موارد مجموعه ای از این عوامل به ایجاد اختلالات منتهی می شوند. و این رویکرد های بیولوژیکی و دارویی در بسیاری از موارد

مفید به نظر نمی‌رسند. شرایط زندگی کودک، فقدان سیستم‌های حمایتی، خانواده، همتایان، مدرسه، عوامل فرهنگی و سوءاستفاده از کودکان، از جمله عوامل محیطی به حساب می‌آیند، که در بروز اختلالات سلوک و رفتارهای ضد اجتماعی دخالت دارند. و نقش والدین هم در اختلالات رفتاری کودک در اینجاست که بسیاری از جامعه‌شناسان و روان‌شناسان نیز معتقدند که ریشه بسیاری از مشکلات رفتاری و انحرافات شخصیتی در کودکان را باید در الگوهای تربیتی والدین و ویژگی‌های شخصیتی آنان جستجو کرد. مشکلات خانوادگی اثرات مستقیمی برامادگی، تمرکز و توجه کودک به درس و تحصیل دارد. وقتی والدین در وضعیت نامطمئنی و اضطرابی قرار داشته باشند، این عدم اطمینان و اضطراب را به کودکان خود منتقل می‌کنند. چنین کودکانی از امادگی ذهنی لازم برای یادگیری و درک مطلب بهره‌مند نیستند و طبعاً از نظر تحصیلی با مشکلاتی مواجه می‌گردند. در خانواده‌های از هم پاشیده و نگران و خانواده‌هایی که یکی یا هر دوی آن‌ها مبتلا به اختلال افسردگی باشد، کودکان از یک رابطه عاطفی مناسب بی‌بهره‌اند و چون ذهن آن‌ها به مسائل جانبی و نامربوط اشتغال دارد، چنین کودکانی در کلاس حضور ذهنی ندارند و نمی‌توانند از توجه و تمرکز کافی برخوردار باشند. افسردگی والدین (به‌خصوص مادر) نه تنها موجب می‌شود که کودک در کسب موقعیت تحصیلی دچار مشکل قابل توجهی شود، بلکه باعث می‌شود که کودک در زمینه برقراری ارتباطات متقابل اجتماعی با سایر اشخاص نیز دچار مشکلات شود. به‌طور کلی در بیشتر تحقیقات در این زمینه نشان داده شده که این کودکان در مقایسه با سایر کودکان هم‌سن خود (سنین ۶ تا ۱۲ سال) در برابر مسائل و مشکلات زندگی دارای سطح سازگاری پایین‌تری باشند. جو عاطفی خانواده و حمایت‌انگیزه‌های یادگیری که از طرف والدین در اختیار کودک قرار می‌گیرد، می‌تواند در رشد فکری او تاثیر بسزایی بگذارند، کمبود تجربه‌های جدید و جالب یا عدم همکاری والدین و معلمان در این امر باعث افسردگی و دلزدگی، و دلسردی و بی‌حوصلگی در کودکان می‌شود و پیشرفت هوشی آنان را کند می‌کند. مهم‌ترین انگیزه در زندگی کودک دریافت تشویق و تصدیق از طرف کسانی است که به او علاقه‌مندند و کودک از آنان سرمشق می‌گیرد. پس والدین باید آگاهی منطقی و هماهنگ با مرحله رشدی

کودک داشته باشند. کودکانی که مسئولیت را نیاموخته اند در سنین بزرگسالی وارد مشاغلی می شوند که در آنها کمتر مسئولیت وجود داشته باشد. در نتیجه بر احساس طرد شدن و بیگانگی آن ها دامن زده می شود. از آن جا که مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می کند، لذا مهم ترین نقش را در پرورش ویژگی های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می شود. تحقیقات نشان داده اند که اختلالات رفتاری کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین دارد. هرچه مشکل روانی والدین شدیدتر باشد ظهور اختلال های رفتاری کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین دارد. هرچه مشکل روانی والدین شدیدتر باشد ظهور اختلال های رفتاری کودکان سریع تر خواهد بود (بلانز و همکاران ۱۹۹۱). رابطه مادر-فرزند نزد مادران مضطرب با مادران غیر مضطرب متفاوت است. مادران مضطرب در روابط عاطفی با فرزندان خود دچار مشکل اند، به آن ها کمتر محبت می کنند، کمتر لبخند زده می شود و در تعامل با فرزندان هم بیشتر حالتی انتقادی و عصبی دارند. زمانی که والدین از نظر روان شناختی، اجتماعی یا اقتصادی تحت فشار باشند، در مراقبت و ابراز محبت به کودکان ناتوان و تحریک پذیر خود دچار مشکل می شوند و این امر به نوبه خود باعث ایجاد یک دلبستگی نا امن می شود. در جریان تعاملات مادرانی که افسرده اند کودکان به ندرت چهره ای مثبت از خود نشان می دهند و بیشتر چهره ای منفی، کاهش بیان کلامی، کاهش فعالیت و بازیگوشی و تقابل بیشتر حالات عاطفی منفی مادرانشان را نشان می دهند. خردسالان و کودکان مادران افسرده، تاخیر هیجانی، اختلال هایی در تنظیم عاطفه، مشکلات جدایی و دلبستگی های نایمن را نشان می دهند. و خردسالان و پیش دبستانی های مادران افسرده در تعامل با مادرانشان کاهش بیان کلامی، افزایش بازداری در موقعیت های نااشنا، و رفتار های اجتماعی باز داری شده مضطرب با همسالان شان را نشان می دهند. فرزندان مدرسه ای در جریان تعاملات مادر کودک منفی گرایی و رفتاری خارج از تکلیف را از خود نشان می دهند و در تعاملات با مادرانشان راحت نیستند. به طور کلی آن ها نسبت به کودکان مادران بهنجار صمیمیت کمتر و گوشه گیری، انزوای اجتماعی، بی توجهی و ناشکیبایی بیشتری نشان می دهند.

منابع و مآخذ

- ۱- شکوهی یکتا، محسن. (۱۳۸۴). اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، چاپ اول، تهران، انتشارات تیمور زاده.
- ۲- نجفی توانا، علی. (۱۳۸۲). نابهنجاری و بزهکاری اطفال و نوجوانان، چاپ اول، تهران، انتشارات راه تربیت.
- ۳- صادقی، محمد رضا، (۱۳۷۰). <تربیت در خانواده>، چاپ اول، تهران، نشر ارین.

