

انزوا طلبی در کودکان و

نوجوانان



عاطفه خوشنواز

رفتار انزوا طلبی و کمرویی به عنوان یک اختلال رفتاری، از جدی ترین مشکلات کودکان و نوجوانان است.

کودک کمرو هر چند که برای دیگران ناراحتی و رنجشی را ایجاد نمی کند، ولی ممکن است به سبب رنج ناشی از احساس ناامنی و بی کفایتی در خود یکی از ناشادترین کودکان باشد و در نتیجه پیوسته به دنیای درون خویش پناه برد.

اگر در مورد رفتار غیر اجتماعی این گونه کودکان و نوجوانان چاره ای اندیشیده نشود، احتمالاً آنان خطرناکترین و مساعدترین وضع را برای ابتلا به اسکیزوفرنی خواهند داشت. البته هر چند که همه کودکان کمرو و منزوی به بیماری روانی دچار نمی شوند، ولی شماری از آنان قربانی این بیماری خواهند بود.

به هر حال این حقیقت که عده ای از کودکان منزوی به بزرگسالان ناشاد و بی کفایت از نظر اجتماعی تبدیل خواهند شد، بتهایی دلیل کافی برای توجه به این مشکل رفتاری است. متخصصان روان شناسی و روان پزشکی عناوین اصطلاحی را در خصوص رفتار انزوا طلبانه و

کناره جویانه کودکان و نوجوانان مطرح می‌سازند که در اینجا به توصیف هر یک بطور جداگانه می‌پردازیم:

۱- کناره‌گیری

زمانی که فرد در سازگاری اجتماعی دچار شکست می‌شود، از جمع و فعالیت‌های گروهی کناره‌گیری می‌کند. گاه موانعی سبب ناراحتی افراد می‌شود و آنها را دچار تضاد می‌سازد. در این گونه موارد فرد از برخورد با موانع احتراز می‌کند.

در بعضی موارد افراد از برخورد با موقعیتی خاص ترس دارند و خود را از آن کنار می‌کشند. کسی که در سازگاری اجتماعی دچار شکست می‌شود، از مصاحبت با مردم خودداری می‌کند و سرگرمیهای فردی را به شرکت بر امور اجتماعی مقدم می‌دارد.

برخی افراد در مقابل دیگران نقش تماشاچی را بازی می‌کنند. اینان اغلب کمرو، آرام و بی‌سر و صدا هستند، ولی گاهی عکس‌العمل آنها به صورت حمله و تعارض ظاهر می‌شود. البته زمانی که فرد واقعا قدرت مقاومت در مقابل مانع را ندارد کناره‌گیری او یک امر عادی است، زیرا او واقعا نمی‌تواند راهی برای برخورد با آن پیدا کند. مثلا زمانی که کودکی دائما با خشونت پدر و مادر روبروست و یا در معرض توقعات بیجای والدین قرار دارد و نمی‌تواند انتظارات آنها را برآورده سازد، کناره‌گیری بهترین وسیله برای رهایی است.

در اغلب کلاسهای درس حداقل یک یا دو کودک آرام و خجالتی وجود دارد. در بیشتر

اوقات این کودکان فقط با اعضای خانواده خود و یا همسالان آشنای خود بازی می‌کنند و از غریبه‌ها، چه جوان و چه بزرگسال دوری می‌گزینند. شرم و خجالت آنها ممکن است باعث شود که از به دست آوردن مهارت و آمادگی در تعدادی از فعالیت‌هایی که اغلب همسالانشان از آنها لذت می‌برند محروم شوند، زیرا که آنها از حضور در بازیها و مکانهای بازی امتناع می‌ورزند. نهایتا کودکان خجالتی ممکن است از صحبت کردن در تمامی موقعیت‌های اجتماعی ناآشنا خودداری کنند (این حالت صامت بودن انتخابی نامیده می‌شود).

کودکان کناره‌گیر در اتاقهای شلوغ به والدین خود می‌چسبند و با آنها نجوا و زمزمه می‌کنند، پشت اثاثیه‌ها پنهان می‌شوند و خود را در گوشه‌ها مخفی می‌کنند. این کودکان در خانه سؤالات بسیاری درباره موقعیت‌هایی که آنها را نگران می‌سازد، مطرح می‌کنند. کودکان منزوی معمولا با اعضای خانواده و دوستان خانوادگی روابط گرم و راضی‌کننده‌ای دارند و اشتیاق و علاقه به پذیرش عاطفی و قبول از خود نشان می‌دهند، چون در این حالت جنبه یا بعدی که در آن شرم و خجالت یا انزوا یک مسأله و مشکل تلقی شود، متفاوت است. این گونه افراد (خصوصا نوجوانان) که به آنها افراد حاشیه‌ای می‌شوند. این افراد گاه منزوی هستند و گاه ممکن است مطرود و مورد تفرق باشند. بیشتر باخود پیوند دارند و به شکل سازنده‌ای به گروه کمک نمی‌کنند.

کناره‌گیری اختلالی است که از حمله و تعرض خطرناکتر است، زیرا در موقع حمله افراد فوراً متوجه ناراحتی فرد حمله‌کننده

خشونت و سختگیری والدین

کودکی که پدر و مادر او خشن و سخت گیر هستند و توقعات نابجایی از او دارند غالباً ممکن است کمرو و کناره گیر باشد. کناره گیری گاهی عادی و زمانی دلالت بر اختلال رفتاری و روانی دارد. وقتی فرد دائماً از برخورد با موانع اجتناب می نماید و به جای اقدام مثبت و فراهم کردن وسائل از بین بردن مانع از روبروشدن با آن پرهیز می کند و یا وقتی که می بیند اعمال جمعی با میزانهای اخلاقی وی تضاد دارند، ممکن است دچار گوشه گیری و انزواطلبی شود و به جای تماس با عالم واقع خود را تسلیم تخیلات سازد.

مراقبت شدید والدین

واکنش کودک در مقابل مراقبت شدید والدین به صورتهای مختلف ظاهر می شود. گاهی کودک در اثر مراقبت شدید حالت اطاعت و تسلیم در مقابل والدین به خود می گیرد و استقلال خود را از دست می دهد. زمانی نیز ممکن است واکنش او به صورت طغیان و سرکشی ظاهر شود. کودکان غیر مستقل معمولاً نمی توانند بابچه های دیگر به سر برند. بعضی از آنها کمرو و خجول هستند و در بعضی موارد از طرف گروه همجنس خود طرد می شوند، زیرا آشنا به مهارتهای اجتماعی نیستند. در این موارد کودک ممکن است به حالات مختلف کناره گیری مانند طفره رفتن و خیالیافی دست بزند.

می شوند، ولی در کناره گیری کمتر توجه دیگران جلب می شود و ناراحتی فرد در موقع کناره گیری بدشواری برای دیگران قابل تشخیص است.

در کلاس درس معلم با بچه های کناره گیر زیاد برخورد می کند اما غالباً متوجه غیر عادی بودن رفتار ایشان نمی شود. بچه کناره گیر و کمرو ظاهراً برای معلم اشکالی ایجاد نمی کند، ولی ممکن است خود او در اثر احساس ناامنی یا بی لیاقتی دائماً در رنج و اضطراب به سر برد و غالباً در عالم خیال سیر کند.

علل کناره گیری

در مورد رفتار کناره جویانه و انزواطلبانه کودکان و نوجوانان علل گوناگونی را مطرح کرده اند.



توجه به محدودیت‌های فرد) در امور تحصیلی باشد و نیز ممکن است از خشونت‌های داخل خانواده، وجود بیش از یک تصویر از مادر، نگرانی جدایی پدر و مادر و غیره سرچشمه بگیرد. البته هرکس روش مبارزه خاصی با استرس دارد. استفاده از مکانیزم‌های دفاعی حتی در کودکان خیلی کوچک هم مشهود است. از بین این مکانیزم‌ها انزواطلبی و بی‌علاقگی موقتی را می‌توان نام برد.

نواقص جسمانی

در مواردی طفل و یانوجوان بعضی از اعضای بدن خود را دوست ندارد. عضو مورد تنفر معمولاً "در صورت است مثل بینی، چشم، گوش و ... زیرا این اعضا در معرض رؤیت دیگران است و ممکن است موجبات توجه و یا تمسخر دیگران شود.

در دوران بلوغ نیز که صفات ثانویه جنسی بتدریج ظاهر می‌شود، شیوع نگرانی‌هایی در مورد مسائل جنسی و جسمی نباید باعث تعجب گردد. گاه دخترها و پسرها ممکن است از لحاظ رشد جسمی خود دچار نگرانی‌های خاصی شوند.

کودکی که از ظاهر خود نگران است ممکن است دائماً "فکر کند که زیر نگاه‌های تمسخرآمیز دیگران قرار دارد و این امر سبب بروز شرمگینی و مردم‌گریزی در او شود. البته ناگفته نماند که بعضی افراد ممکن است عکس این روش را انتخاب کنند و به خشونت و پرخاشگری دست بزنند.



استرس محیطی

گاهی اوقات ممکن است رفتار کودک واکنشی گذرا نسبت به استرس محیط باشد که با رفع استرس علائم رفتاری نیز از بین می‌رود. البته استرس در مراحل مختلف معانی متفاوتی دارد.

در دوران کودکی طفل ممکن است از مراقبت توأم با خشونت عصبانی شده، دچار اختلال در تغذیه و خواب گردد و یا زیاد گریه کند.

بین ۶ ماهگی تا ۳ سالگی حساسیت طفل به تنها مساندن، بخصوص با بیگانه‌ها بسیار شدید است و جدایی طولانی از مادر سبب یک واکنش مشخص به شکل بی‌حالی و بی‌علاقگی به محیط می‌شود.

در سنین بالاتر استرس ممکن است ناشی از انتظارات غیر واقعی پدر و مادر و یا معلم (بدون

عدم احساس امنیت

"هورنای"، انگیزه اصلی رفتار انسان را احساس امنیت می‌داند و معتقد است که هرچه این احساس امنیت را در ارتباط با اجتماع و در مورد کودک در ارتباط با خانواده، مختل سازد، در او اضطراب اساسی ایجاد می‌کند. اضطراب اساسی را "هورنای" عبارت از احساس منزوی شدن، و بیچارگی و بی‌پناهی در دنیایی که بالقوه خطرناک و ترسناک است می‌داند. عواملی که باعث ایجاد ناامنی در کودک از طرف اجتماع و مخصوصاً خانواده‌اش می‌شود عبارت است از: تسلط زیاد، بی‌تفاوتی، رفتار بی‌ثبات، عدم احترام برای احتیاجات کودک، توجه و محبت افراطی، عدم گرمی و صمیمیت کافی، تبعیض، محافظت شدید، واگذاری مسؤلیت زیاد و یا عدم واگذاری مسؤلیت، پرخاشگری و خشونت.

عدم اطلاع از مهارت‌های اجتماعی

کودکان کناره‌گیر ممکن است بخوبی ندانند که در موقعیت‌های اجتماعی چه کاری انجام دهند تا این امر تعامل آنها را با همسالانشان تسهیل کند. این یافته که کودکان منزوی کوشش‌های کمتری در جهت ایجاد روابط با همسالان دارند و در بازی‌هایشان کمتر قوه تخیل و پندار خود را به کار می‌گیرند، ممکن است حاکی از وجود نقائصی در مهارت‌های معین اجتماعی باشد. علت عدم تعامل کودکان و نوجوانان با گروه‌های همسن خود ممکن است این باشد که آنها در گذشته اغلب اوقات خود را

با بزرگترها گذرانیده‌اند و با بزرگترها آزادانه‌تر ارتباط برقرار می‌کنند تا دیگر بچه‌ها.

کیفیت از شیرگفتن

"ملانی کلاین" معتقد است که رفتار انزوای طلبی و کناره جویانه در کودکان ممکن است مربوط به نحوه از شیر گفتن آنها باشد. یعنی چیزی که قبلاً "کودک آزادانه از مادر می‌گرفت، دیگر قادر به دریافت آن نیست و از آن محروم شده است."

۲- انزوای طلبی اجتماعی

کودکان و نوجوانان ممکن است به دلایل مختلفی در تعامل با دیگران دچار شکست شوند، که یکی از علتهای ممکن است در ارتباط با ترس باشد. مانند ترس از مورد حمله واقع شدن، ترس از نادیده گرفته شدن و یا ترس از استهزاء و مورد تمسخر دیگران قرار گرفتن.

دلیل دیگر ممکن است مربوط به شکست کودک در یادگیری مهارت‌های اجتماعی باشد، مهارت‌هایی که یک فرد به آن نیازمند است تا بتواند بطور مؤثر با گروه همسالان خود تعامل داشته باشد. به عنوان مثال ندانستن اینکه چگونه باید با کودکان دیگر بازی کرد، ممکن است به نحوی کودک را مورد تنفر دیگر همسالان قرار دهد و بنابراین وی را دچار اضطراب سازد. بدین لحاظ کناره‌گیری از گروه موجب می‌شود که اضطراب کودک کاهش پیدا کند و هر چه بیشتر کناره‌گیری کند، اضطراب او نیز بیشتر کاهش می‌یابد.

عدم آگاهی از چگونگی استفاده از ابزار و



این معلمان تعلیم داده شد که کودک را فقط به هنگامی که در ارتباط و تماس با سایر کودکان است مورد توجه قرار دهند، میزان تعامل او با سایر همسالانش به مقدار زیادی افزایش یافت.

کودکانی که از تعامل و ارتباطات اجتماعی اجتناب می‌ورزند دوستان کمی خواهند داشت و در علائق خود نیز محدود هستند. این گونه کودکان رفتارهای زیر را از خود نشان می‌دهند:

گریه‌های مکرر، حساسیت قابل ملاحظه نسبت به انتقاد، بی‌شهامتی در مواجهه با شکست، نگرانی شدید، فقدان حرارت و علاقه، غمگینی عمومی و بی‌حالی و بی‌علاقگی در برخورد با امور و وظایف. این خصوصیات سبب می‌شود که این قبیل کودکان را تحت عنوان افسرده بنامیم.

۳- صامت بودن انتخابی

حالت کلی و اساسی این اختلال،

وسایل بازی نیز می‌تواند موجب انزواطلبی کودکان شود. به‌عنوان مثال یک کودک مهدکودکی که نمی‌داند چگونه از ابزار بازی استفاده کند تعامل بسیار کمی با دیگر کودکان داشت، ولی هنگامی که محققان به او یاد دادند چگونه از این ابزار استفاده کند، تماس کلامی و بدنی کودک و همکاری او در بازی بسرعت افزایش یافت.

متأسفانه انزواطلبی اجتماعی نه تنها به واسطه تقویت منفی "گاهش اضطراب" تداوم پیدا می‌کند، بلکه به‌وسیله تقویت مثبتی که بیشتر اوقات در قالب افزایش توجه بزرگسالان به کودکان خجالتی و کمرو ارائه می‌شود نیز استمرار می‌یابد. به‌عنوان نمونه یک کودک مهدکودکی به دلیل فقدان تعامل با همسن و سالانش به مقدار زیادی مورد توجه معلمان و مربیان خود واقع شده بود. مادام که معلمان رفتار انزوایی کودک را مورد توجه قرار دادند، او بندرت با دیگر کودکان بازی کرد. زمانی که به



توأم باخشم .
اختلالات موجود در این کودکان ممکن است آسیبها و زیانهای سختی را در عملکردهای اجتماعی و تحصیلی کودک ایجاد کند. از عوارض این اختلال شکست در مدرسه و آزار و اذیت شدن به توسط همسن و سالان است .

عوامل مستعد کننده این اختلال عبارت است از محرومیت از عاطفه مادرانه، اختلالات تکلم، عقب ماندگی ذهنی، مهاجرت، بستری شدن در بیمارستان یا ضربه‌های قبل از سه سالگی و ورود به مدرسه .

۴- اختلال اجتنابی (دوری گزینی)

خصوصیت اصلی در این اختلال یک تصویر بالینی است که در آن اضطراب و آشفتگی غالب، عبارت از مشمژ شدن شدید و

کناره‌جویی دائم از صحبت کردن تقریباً در تمام موقعیت‌های اجتماعی (از جمله مدرسه) است . علی‌رغم توانایی درک زبان محاوره‌ای و صحبت کردن، این کودکان ممکن است به وسیله ژست‌ها و حالات تکان دادن سر و در بعضی موارد به توسط اظهارات تک سیلابی و کوتاه ارتباط برقرار کنند.

کودکان ونوجوانان مبتلا به این اختلال عموماً از مهارت‌های زبانی عادی برخوردار هستند. اگر چه بعضی از آنها رشد توأم با تأخیر و اختلالاتی در تلفظ دارند، اما به هر حال امتناع از صحبت ناشی از عدم کفایت در تکلم و یا اختلال ذهنی دیگر نیست . نشانه‌های این اختلال عبارت است از : خجالت مفرط، انزوا و کناره‌گیری اجتماعی، اتکاء و چسبیدن، امتناع از مدرسه رفتن، بی‌اختیاری دفع عملکردی، بی‌اختیاری ادراری عملکردی، خصوصیات اجباری (وسواس)، منفی‌گرایی و اوقات تلخی

تشخیص افتراقی

کودکان مبتلا به اختلال اجتنابی، علاقه‌مند به مشارکت یا دخالت اجتماعی هستند، ولی به علت وجود اضطراب از برقراری تماسهای اجتماعی از این کار سرباز می‌زنند.



۶- اوتیسم یا درخود فروماندگی

این کودکان روابط عادی‌شان با دیگر افراد رشد و تکامل پیدا نکرده است.

در این کودکان سه ویژگی عمده جلب نظر می‌کند:

- ۱- تنهایی شدید اوتیستیک (بیشتر به اشیاء و حیوانات نگاه می‌کنند و توجهشان به انسانها کمتر از اشیاء و حیوانات است.)

مصراغه از تماس با بیگانگان است، در حالی که بطور واضح برای محبت، پذیرش و ارتباط با اعضای خانواده و سایر بستگان به شکل گرم و رضامندانه‌ای تمایل وجود دارد. این اختلال ممکن است از ۲/۵ سالگی شروع به رشد و توسعه کند.

دوره بیماری در این نوع اختلال متغیر است. بعضی کودکان بطور خودبخودی بهبود پیدا می‌کنند، در صورتی که بعضی دیگر یک دوره بحرانی و طولانی را طی می‌کنند. گاهی این اختلال در دوره بزرگسالی بحرانی می‌شود و تداوم پیدا می‌کند. مدت ابتلا حداقل ۶ ماه است.

۵- اختلال اسکیزوئید

مشخصه اصلی این اختلال فقدان ظرفیت در شکل دادن روابط اجتماعی است، به شرط آنکه ناشی از هیچ اختلال ذهنی دیگر نباشد.

کودکان مبتلا به این اختلال بجز عده‌ای اندک آن هم از آشنایان و دوستان، هیچ دوست نزدیکی از میان همسالان خود ندارند و به عبارت دیگر گوشه‌گیر و منزوی محسوب می‌شوند. اکثر این کودکان ترجیح می‌دهند تنها باشند و از تعامل با همسالان خود لذت نمی‌برند، به فعالیت‌هایی که کودکان دیگر به آنها مبادرت می‌ورزند، علاقه ندارند و در جهت یافتن دوستانی برای خود تمایلی نشان نمی‌دهند. اغلب در خود فرو رفته و زود رنج هستند و با موضوعات مخفی و پنهانی خود را مشغول می‌کنند، مانند امور خلاف و یاپدیده‌های خارق‌العاده. این اختلال همیشه از دوران کودکی شروع می‌شود.

- ۲- مشکلات ارتباط از طریق تکلم (نارسایی در ارتباط کلامی یا زبانی نشان می دهند.)
- ۳- حفظ و نگه‌داری وضعیت یکسان (همه چیزمی‌بایست مثل همیشه باشد مانند فتنجان چای، رختخواب و...)

۷- آشفتگی‌های عاطفی یا افسردگی

در روان پزشکی، افسردگی را تغییر خلق در جهت غمگینی می‌دانند. خلق کودکان بیشتر از بزرگسالان متغیر است و به آسانی گریه می‌کنند و یا می‌خندند.

علائم افسردگی در کودکان و نوجوانان بطور خلاصه عبارتند از: احساس خجالت، ترس، فراموشی، تحیل زیاد، ضعف تمرکز قوای فکری، بی‌حوصله شدن، لذت نبردن از بازی و گوشه‌گیری. همچنین کودکانی که به علت جدایی از مادر افسرده می‌شوند لاغر، کم‌خواب، بی‌حال، بی‌تفاوت، دلتنگ و متهاجم شده، زود از کوره در می‌روند و به بیماریهای عفونی بیشتر مبتلا می‌شوند.

نتیجه‌گیری

رفتار انزوای واطلبی و گوشه‌گیری در بین کودکان و نوجوانان به رفتاری اطلاق می‌شود که در آن کودک یا نوجوان از برخورد با دیگران (افراد ناآشنا و غیر فامیل) احتراز می‌کند و به صورت افراطی سعی در جدا شدن از آنها دارد. در فعالیت‌های گروهی همکاری و مشارکت لازم را ندارد و یا از شرکت در بازیهای دسته جمعی خودداری می‌ورزد و از جهت کلامی در عین آنکه قادر به تکلم و صحبت است، کمتر رابطه



برقرار می‌کند و در بیان خواستها و نظریات خود در بین دیگران توانایی و کفایت لازم را ندارد.

درمان گوشه‌گیری اجتماعی

از آنجا که گوشه‌گیری اجتماعی کودکان معمولاً "ته به صورت اجتناب از افراد بزرگسال، بلکه به صورت کناره‌گیری از کودکان جلوه می‌کند، هدف درمان باید افزایش ارتباط متقابل باهمسن و سالان کودک باشد.

یکی از راههای وصول به این هدف به توسط "استرین"، "شوزر" و "تیم" (۱۹۷۷)، نشان داده شده که از کودکان دیگر به عنوان همدست خود برای افزایش رفتار اجتماعی کودک گوشه‌گیر استفاده کردند.

محققان مزبور به کودک همدست خود دستور دادند که به کودکان گوشه‌گیر نزدیک شده، آنان را به شرکت در بازی دعوت و تشویق

کودکان گروه کنترل اعتماد به نفس از خود نشان دادند.

رفتار جنسی متناسب

برای اینکه کودکی بتواند ارتباط متقابل رضایت بخشی با دیگران برقرار سازد نه تنها باید مهارت‌های متناسب با سن خود را داشته باشد، بلکه مهارت‌هایش باید با جنس او متناسب باشد. کودکی که نتواند رفتارهای متناسب با جنس خود را نشان دهد غالباً "مورد تمسخر کودکان دیگر قرار گرفته، از جمع آنها طرد خواهد شد و به این ترتیب به صورت کودکی گوشه‌گیر، درخواهد آمد.

به طور کلی، رفتار نامتناسب با نقش جنسی در دختران تا حدی بیش از پسران قابل تحمل است. دخترانی که مثل پسر بچه‌ها رفتار می‌کنند معمولاً "بهتر از پسرانی که رفتار دخترانه دارند

کند. با دقت در انتخاب کودک همدست، محققان توانستند به هدف‌های مورد نظر خود نائل شوند.

امکان استفاده از روش‌های تقلید از الگو در مورد شاگردان کودکان گویا نشان داده شده است. فیلمی را که در یازده صحنه کودکان خردسال را در حال ارتباط متقابل بیش از پیش فعال با یکدیگر نشان می‌داد به گروهی از کودکان گوشه‌گیر نشان دادند در حالی که گروه کنترل از کودکان مشابه فیلمی را در باره دولفینها تماشا کردند. در فیلم مربوط به تقلید از الگو گوینده زن در باره کارهایی که کودکان در فیلم انجام می‌دادند و لذتی که از کار می‌برند صحبت می‌کرد.

مشاهدات رفتاری که بلافاصله پس از نمایش فیلم در کلاس درس به عمل آمد تأثیر فیلم مربوط به تقلید از مدل رانشان داد، زیرا کودکانی که آن فیلم را دیده بودند اکنون بیش از



پاسخهای متناسب با جنس خود به کودک یاد داده شود تا این پاسخها بتوانند جای پاسخهایی را که از نظر محیط اجتماعی کودک نامتناسب است بگیرند.



نتیجه

به طور کلی درمان گوشه گیری اجتماعی معمولاً "مستلزم تعلیم مهارتهای اجتماعی به کودک، بطور مستقیم و از طریق تقویت انتخابی رفتارهای متناسب و یا به طور غیر مستقیم و مواجهه دادن کودک با الگوهایی است که رفتارهای مورد نظر را نمایش می دهند.

مورد قبول قرار می گیرند. به این دلیل رفتار مغایر با جنس اگر در پسران بروز کند بیشتر ایجاد مسأله می کند تا در دختران.

در باره عواملی که به بروز مسائل مربوط به هویت جنسی کمک می کند معلومات چندانی در دست نیست، ولی پاره ای از عواملی که ممکن است در این مسأله دخیل باشد مشخص شده است. بدین ترتیب که در خانواده های معروف به "مادر مسلط"، پسر بچه ها بیشتر احتمال دارد رفتار مادر خود را تقلید کنند تا رفتار پدر را و اینها کمتر از پسر بچه های متعلق به خانواده های "پدر مسلط" نقش جنسی شدیداً مذکر را ترجیح می دهند.

درمان مسائل مربوط به هویت جنسی

به منظور درمان رفتار نامتناسب با جنس شخص، این رفتار را به عنوان نوعی کمبود رفتاری تلقی می کنیم، به این معنی که این قبیل کودکان فاقد پاسخهای مناسب با جنس در گنجینه رفتاری خود هستند. بنابراین شیوه درمانی مورد نظر صرفاً در جهت سرکوب کردن یا از بین بردن رفتارهای متعلق به جنس مخالف در کودک عمل نمی کند. چنین رفتاری کودک را بدون داشتن پاسخهای متناسب با جنس خود رها می سازد. به جای این، باید

منابع

- ۱- کرمی نوری، رضا، بررسی رفتار انزوایی و ارتباط آن با ساخت خانواده، پایان نامه دوره کارشناسی ارشد روان شناسی، تهران - دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۶۵
- ۲- مهریار، امیر هوشنگ و یوسفی، اختلالات روانی کودکان، رویکردهای رفتاری به نظریه ها، پژوهش و درمان، انتشارات رشد، چاپ اول، ۱۳۷۰، صفحات ۲۸۸-۲۸۹