

# گستره‌ی مشکلات دوران کودکی

## چالشی بی پایان در سبب‌شناسی

دکتر حمید آتش پور(\*) - علی رشیدی(\*\*) - احسان کاظمی (\*\*\*)

ناپختگی و اعمال بزهکارانه می‌باشد. این گروه علی‌رغم دارا بودن هوش عادی یا حداقل هوش مرزی، رفتارهای اجتماعی و عاطفی‌شان از حیث فراوانی، شدت، مداومت و شرایط ظهور تفاوت معنی‌داری با رفتار گروه هم‌سالان دارد. به‌واقع آنچه که اختلافات هیجانی نامیده می‌شود حدود ۲۰٪ بچه‌های قبل از ۱۴ سالگی (نوجوانی) را درگیر می‌کند که این وضعیت در ادامه دوره‌ی نوجوانی افزایش می‌یابد. یکی از دلایل آن را می‌توان تغییرات دوران بلوغ فرض کرد. برخلاف تصور حاکم، پسران نسبت به دختران در دوران نوجوانی مشکلات هیجانی بیشتری ندارند و هر دو گروه به‌نسبت مساوی زمینه‌ی ابتلا را دارا می‌باشند (مارتین، هربرت ۱۹۸۴).

به‌تقریب مطالعات متعدد انجام شده در سطح بین‌المللی، حداقل دو درصد کودکان مدرسه‌ای (۶ تا ۱۷ سال) طیفی از مسائل رفتاری، عاطفی و هیجانی را داشته که نیاز به توجه ویژه دارند. با توجه به آمار سال تحصیلی ۸۲-۸۱، ۱۷/۵ میلیون دانش‌آموز در سطح کشور وجود دارد ۳۵۰/۰۰۰ نفر مسائل و مشکلات رفتاری - هیجانی دارند و با همین حساب حدود ۲۱/۰۰۰ نفر از ۱/۰۵۰/۰۰۰ نفر دانش‌آموز استان

اصطلاح عام مشکلات کودکی به‌مجموعه‌ی وسیع و نامتجانسی از اختلالات اشاره دارد که برخی از آن‌ها عبارتند از: افسردگی، اضطراب، بازداری و خجالت<sup>(۱)</sup>، آشفتگی<sup>(۲)</sup>، سرقت و پرخاشگری. به‌عبارت دیگر بخشی از کودکان هر جامعه در معرض گستره‌ی گوناگونی از ناملایمات، ناهماهنگی‌ها، ناسازگاری‌ها و اختلالات عاطفی و روانی قرار دارند. تمام اشکال مورد نظر از جنبه بالینی می‌تواند توضیح دهنده‌ی ناسازگاری‌های رشدی و رفتاری کودکان باشند. اما اصطلاحات دیگری گاهی برای این مشکلات منظور شده است که به‌نظر می‌رسد چندان گویا نبوده و استفاده محدودی دارند. مانند «عصبی بودن»<sup>(۳)</sup> آشفتگی هیجانی، دارای مشکل.

در واقع همه‌ی اصطلاحات مورد نظر، نماینده‌ی نوعی اغراق، ناتوانی و نقص<sup>(۴)</sup> و اتکال در تعادل بین احساسات، افکار، نگرش‌ها و رفتار در همه‌ی کودکان است. یک توافق قابل قبول بین مطالعات آماری و بالینی وجود دارد که بیانگر این است که می‌توان بیماری‌ها را بر مبنای وضعیت اولیه آن‌ها به‌مشکلات و آشفتگی‌های هیجانی (مانند اضطراب، شرمساری، افسردگی و احساسات کهنتری) و انواع رفتارهای ضد اجتماعی (مانند پرخاشگری، دروغ‌گویی، سرقت، انتقاد ناپذیری و نافرمانی) که به‌رفاه و آسایش دیگران آسیب می‌رساند، دسته‌بندی کرد. (اچنچ ۱۹۷۴)

در منابع دیگر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان شامل گستره‌ی وسیعی از رفتارهای تهاجمی، نافرمانی، گوشه‌گیری،

(\*) عضو هیئت علمی دانشگاه

(\*\*) رئیس مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان

(\*\*\*) مدرس دانشگاه علمی کاربردی اصفهان

1- shyness

2destructiveness

3- Nervous

4- deficits



دارای اختلالات هیجانی می‌باشند. آنچه حائز اهمیت می‌باشد این است که بخشی از مشکلات کودکان در دوره‌ی خاصی از فرآیند رشد آنان بروز نموده و در طول زمان نیز ناپدید می‌گردند.

نتیجه‌ی مطالعات طولی از دهه‌ی ۱۹۵۰ تا دهه ۸۰ نشان دهنده‌ی این است که مشکلات هیجانی کودکان کم‌کم از بین رفته و سازگاری با دوران بزرگسالی و اطرافیان به‌وجود می‌آید. این کودکان مانند همکاران خود که به‌تصادف از جمعیت عمومی انتخاب شده بودند، در نهایت رشد طبیعی را نشان دادند. بنابراین بخشی از مشکلات آنان را می‌توان معادل با مسائل رشدی آنان که در طول زمان حل می‌شود، دانست.

اما برخی دیگر را نمی‌توان در این دسته جای داد. قسمتی از این مشکلات را به‌راحتی نمی‌توان در یک طبقه‌ی خاص جای داد. در واقع این مشکلات را می‌توان چند جانبه تصور کرد. به‌طور مثال بیش‌فعالی، عدم انتقادپذیری و خشم را در برخی شرایط می‌توان هم‌سو و هم‌پوش تصور کرد. بیش‌فعالی کودکان در ۱ پسرها در حدود ۱۳ سالگی به‌حد طبیعی و متعادل می‌رسد. در خصوص پرخاشگری نیز مقوله‌ی رفتارهای ناهنجار اجتماعی را هم می‌توان لحاظ کرد. اما تا قبل از دوران نوجوانی پرخاشگری‌ها را می‌توان مقدمه‌ای برای اختلال سلوک و رفتارهای ضد اجتماعی تصور کرد، با این وجود آیا همه نوع پرخاشگری را می‌توان شامل این مقوله تصور نمود؟

در ارزیابی و تشخیص پرخاشگری موارد کلامی، جسمی، رفتارهای اخلاص‌گرانه، وظیفه‌شناسی کم، عدم فرمانبرداری، فقدان موافقت، روابط بین فردی ضعیف، فعالیت‌های جنابتکارانه و وندایسم، سوء استفاده جسمی و جنسی از دیگران و سوء مصرف مواد و الکل را می‌توان مورد توجه قرار داد. هر کدام از موارد مذکور را می‌توان در عین حال یک سندرم و نشانه تصور کرد. سؤالی که در این بین مطرح می‌شود و در جای خود باید پاسخ داده شود این است که آیا الگوی رفتاری فوق نیاز بالینی ما را در سنجش و درمان ناتوانی‌های مورد

نظر رفع می‌نماید؟

بی‌تردید در بررسی پرخاشگری، بسیاری از اشخاص جوان در وفاداری به‌قوانین و مقررات تعیین شده، دچار اشکال هستند. این قوانین توسط جامعه مورد تأکید قرار گرفته‌اند. اما جوان‌ترها در بعضی از موقعیت‌ها از آن‌ها سرباز می‌زنند. مقررات خانواده، مدرسه و نظام اجتماعی از یک‌سو وفاداری به‌قوانین را مورد تأکید قرار می‌دهند و از سوی دیگر در برخورد با جوان‌ها از شیوه‌های خشونت‌آمیز استفاده می‌کنند. هر چند دستیابی به یک تخمین درست از اختلال سلوک امکان‌پذیر نیست، اما در سبب‌شناسی آن عوامل روانی / اجتماعی و فرهنگی را به‌طور همه جانبه‌ای باید مد نظر قرار داد.

سؤالی که همیشه ذهن روان‌شناسان را درگیر خود ساخته این است که آیا مشکلات دوران کودکی ناشی از روند ناصحیح در خانواده و جامعه نیست؟ به‌عبارت دیگر آیا آنچه در کودکان به‌نحو ناصحیحی صورت می‌گیرد، بازتاب اشکال در جامعه نیست؟ آیا جامعه در مورد تعیین نوع مشکل، رابطه‌ی آن با مسائل کلان در اجتماع، تعاریف رفتاری و تعیین مرزهای درست و غلط به‌نحو درستی عمل کرده است؟ پاسخ به‌این سؤال‌ها ما را به‌جنبه‌های مسأله برانگیزی هدایت می‌کند. یک مثال در این مورد، تجربه‌ی درمانگران از مسائل رفتاری است مبنی بر این‌که تقریباً ۱ مراجعان مراکز مشاوره و کلینیک‌ها مرتبط با اختلالات سلوک توسط پدران و مادران و معلم‌ها، معرفی می‌گردند. مطابق همین آمار اختلال سلوک حداقل در پسران سه برابر دختران است. هر چند میزان این آمار برای دختران رو به‌افزایش می‌باشد، اما آیا دلیل این مسأله نوعی به‌نحوه‌ی تربیت و نگرش فرهنگی در قبال پسرها برنمی‌گردد؟

همه‌ی ما این آگاهی را داریم که فعالیت‌های ضد اجتماعی منجر به‌از هم‌گسیختگی رفتاری - ارتباطی می‌شود و مانع فراگیری مهارت‌های سازگارانه شده و در یک نگرش کلی‌تر، ناشی از فقدان چنین مهارت‌های سازگارانه‌ی ارتباطی است.



تاریخچه‌ی زندگی جنایتکاران، بزهکاران و سارقین نشان داده است که فقدان مهارت‌های سازگاران در همان دوران کودکی، آنان را به‌نوعی با مسائل مجرمانه درگیر کرده است. در حقیقت درگیری آنان با مسائل مجرمانه دقیقاً زمانی اتفاق افتاده است که قدرت تحلیل مسائل را به‌نحو درستی نداشته و ناخواسته درگیر مسائل فوق شده‌اند.

مطالعات هربرت از دهه‌ی ۱۹۷۰ تا دهه‌ی ۱۹۸۰ در زمینه‌ی درمان اختلالات سلوک و مسائل کودکان (هربرت ۱۹۷۹، ۱۹۸۱، ۱۹۸۲) نشان داده است که کودکان و نوجوانان به‌نحو گسترده‌ای درگیر با اختلالات سلوک و پرخاشگری هستند، و این وضعیت هم‌چنان رو به‌افزایش است. اگر بپذیریم که این بچه‌ها در سنین پایین درگیر مسائل مجرمانه می‌شوند و در عین حال نابهنجاری را از لحاظ آماری و بالینی وابسته به‌انحراف از نرم‌ها، استانداردها و رفتارهای اجتماعی بدانیم، پس نتیجه می‌گیریم که این بچه‌ها نابهنجار هستند. اما نابهنجاری آنان بیش از آن‌که تنها یک وضعیت روانشناختی باشد، یک وضعیت جامعه‌شناختی نیز هست. این جامعه است که شکست‌های یک کودک را در توافق و رعایت انتظارات معین، می‌تواند نابهنجار یا حتی بهنجار قلمداد کند. معیار این قضاوت همیشه در ابهام بوده است، و به‌نظر نمی‌رسد که تا سال‌های بعد نیز حل شود.

متأسفانه اصطلاحات نابهنجار و بهنجار علی‌رغم ضعفی که در ماهیت آن‌ها وجود دارد، برای کودک بدون تاریخ مصرف معینی هم‌چنان استفاده می‌شود. این دو اصطلاح مفاهیم مطلق و انحصارگرایانه‌ای هستند و دو جنبه‌ی مطلق از اشیا، رفتارها و عملکردها را نشان می‌دهند. مانند: سختی / نرمی. با توجه به تأکیدی که صورت گرفت، هنگامی که از سلامتی<sup>(۱)</sup> و بهنجاری<sup>(۲)</sup> صحبت می‌گردد، روان‌پزشک و روان‌شناس برخلاف میل و اراده‌اش، مجبور است در بسیاری از موقعیت‌ها، در لوای یک کارشناس خبره در همه‌ی زمینه‌های مربوط به رفتار و کردار و زندگی انسان‌ها به‌اظهار نظر پرداخته و در یک موقعیت خطرناک قرار گیرد.

زمینه‌ای که مجبور است انتخاب کند، آیا باید به‌نمونه‌ها در تفسیر بهنجاری توجه کند؟ به‌عقیده اریک فروم شخصیت سلیم در جامعه سالم است و نمونه‌ها را مبنای تعمیم نتایج به‌جمعیت عمومی تصور کند؟ سال‌ها این بحث بوده است که نابهنجاری و بهنجاری یک وضعیت کمی هستند. به‌عقیده سیفر (۱۹۹۵) نمی‌توان از نابهنجار به بهنجار رسید. از نظر وی بعید است که آن‌ها بر روی یک پیوستار قرار بگیرند، بلکه بیشتر از نظر کیفی متفاوت هستند. روان‌پزشکان به‌دلیل دانستن جزییات فرایندهای روان‌شناختی نابهنجار در کودکان و بزرگسالان و مداوای حرفه‌ای آنان، لزوماً برای پرورش کودکان خبره نیستند. در حالی‌که تمرکز بر فرد و علائمی که دارد ضروری است، اما مشخصه‌های جمعیت شناختی وی نیز حائز اهمیت می‌باشد.

همیشه این سؤال باید مطرح گردد که کودک از کدام جمعیت برخاسته است؟ اگر اعتقاد داشته باشیم که ریشه‌ی رفتار و فهم کودک از دنیا می‌تواند در آسیب‌شناسی روانی خود او و در زیستگاه اجتماعی که زمینه‌ی بروز این رفتار است باشد، در آن صورت باید اعتقاد داشته باشیم که جمعیت‌های متفاوت، مشخصه‌های متفاوتی داشته و بیماری‌های مختلفی را شکل می‌دهند.

از این نظر چالش در تشخیص مشکلات کودکان یک چالش دائمی است. آیا باید صفات و ویژگی‌های مشخصی را در نظر گرفت یا موقعیت‌ها را؟ آیا باید به‌موارد خاص توجه کرد (نمونه‌ها) یا جمعیت عمومی را مد نظر قرار داد؟

تأکید آخر ما بدین علت است که در کار روان‌پزشکان گاهی خطر پرداختن افراطی به‌موارد خاص و توجه به‌نشانگان نادر خودنمایی می‌کند. چگونگی حل این وضعیت وابسته به‌این دیدگاه است که تمرکز بر تظاهرات نابهنجاری در بسیاری از کودکان دارای مشکلات و اختلالات مشابه و مشترک، یک واقعیت خدشه‌ناپذیر است. برای این‌که بتوان عملاً از چنین دیدگاهی استفاده‌ی علمی کرد، تأکیدات سیمز (۱۹۹۵) دارای



اهمیت ویژه‌ای هستند. این تأکیدات را در بررسی مشکلات کودکان بدین نحو می‌توان تغییر داد.

۱ - مشاهده‌ی پدیده‌های رفتاری کودکان، بدون داشتن نظریه‌ای پیش‌بینی‌کننده از قبل در ذهن. هنگامی که پیشاپیش در ذهن خود نظریه‌ای در مورد پدیده‌ها داشته باشیم، امکان آشتی دادن مکاتب با یافته‌های مختلف و نظریه‌های ناهم‌سو وجود نخواهد داشت.

۲ - به‌دست آوردن تعریف و سنجشی دقیق از وضعیت. داشتن تعریف دقیق امکان انجام پژوهش‌های صحیح را فراهم می‌نماید. ارزش موارد خاص برای روان‌پزشکان و روان‌شناسان کودک، امکان یادگیری و مهارت‌آموزی را در آسیب‌شناسی بالینی افزایش می‌دهد، اما علاقه به آن‌ها هرگز نباید توجه ما را از استفاده مهم‌تر (هر چند پیش پا افتاده‌تر) از آن در کار بالینی بکاهد. بنابراین آن‌چه تاکنون در کار بالینی با کودکان دارای مشکل، مورد تأکید قرار گرفت، داشتن جزئیات دقیق زمینه‌های فرهنگی است. هر روان‌پزشک و روان‌شناس کودک موظف است تا اطلاعات خاصی در مورد خانواده و محیط بی‌واسطه‌ی کودک داشته باشد. پدیده‌شناسی بالینی نمی‌تواند تنها بر یک فرد و جدای از دیگران و در لحظه‌ای از زمان تمرکز یابد، بلکه باید به‌فرد و خصوصاً کودک در یک مجموعه‌ی اجتماعی توجه نماید.

تجربه‌ی یک کودک به‌طور عمده توسط کنش‌های متقابل وی با اطرافیانش تعیین می‌شود. پدیده‌شناسی بالینی باید به‌حالت ذهنی و محیط کودک در قبل از بروز رفتارهای مشکل‌ساز و پس از آن نیز توجه داشته باشد.

## توصیه‌ها و پیشنهادهایی برای والدین و مربیان:

- \* به‌جای برجسب زدن بر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان، رفتارهای آنان را توصیف نموده، و برای اصلاح آن برنامه‌ریزی نمایید.
- \* بایستی بین برخی از نشانه‌های ناسازگاری که به‌صورت

طبیعی در دوران رشد وجود دارد با رفتار ناسازگار بزهکارانه تمایز قایل شوید.

\* برای حل مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان از متخصصین علوم رفتاری کمک بگیرید.

\* برخی از مشکلات رفتاری کودکان در طول زمان رشد به‌صورت طبیعی برطرف می‌شود.

\* برای بررسی مشکلات رفتاری تغییرات طبیعی دوران رشد، مانند تغییرات دوره‌ی رشد و بلوغ را مورد توجه قرار دهید.

\* والدین و بزرگسالان (مربیان) از اغراق پیرامون مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان پرهیز نمایند.

\* رفتارهای مشکل‌دار بایستی در زمینه‌ی اجتماعی و زندگی فرد، مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

\* در بررسی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان به‌زیستگاه اجتماعی آنان بایستی توجه داشت.

\* والدین و مربیان برای آموزش قوانین و مقررات از شیوه‌های نامطلوب (مانند پرخاشگری و خشونت) پرهیز نمایند.

\* آموزش مهارت‌های سازگاران و اجتماعی، باعث کاهش رفتارهای بزهکارانه کودکان و نوجوانان است.

## منابع:

- کاپلان، هارولد ای. سادوک، بنیامین جی. (۱۳۷۷) اختلالات روانی و رفتاری دوران نوجوانی، ترجمه: صابری، سیدمهدی، عصار، مرضیه، تهران: قلمستان هنر

- مقاله اختلالات رفتاری کودکان، همایش اختلالات رفتاری (۱۳۷۷) دانشگاه علامه طباطبائی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، تهران

- Herbert, M. (1978) conduct Disorders of childhood and Adolescence: A Behavioral Approach to Assessment and Treatment chichester: wiley.

- Herbert, M. (1981) Behavioral Treatment of problem children Apractice Manual London: Academic press

- Herbert, M. (1982) conduct Disorders of childhood. in: B. Lahey and A.E. Kazdin (Eds) Advances in clinical child psychology Volume V. Newyork: Plenum press.

- Herbert, M. (1984) problems of childhood. in: A Gale and A.J. chapman (Eds) psychology and so pneblems. John wiley & sons Ltd.

- Sims, A. (1995) Symptoms in the Mind. W.B. Saunders company LTD.

