

مروری بر مداخله‌های رفتاری در درمان پرخاشگری افراد واجد ناتوانیهای تحولی

A Review of Behavioral Interventions for the Treatment of Aggression in Individuals with Developmental Disabilities

Brosnan, J., & Healy, O. (2011). *Research in Developmental Disabilities, 32, 437-446*

Afsaneh Lotfi Azimi

Islamic Azad University

South Tehran Branch

افسانه لطفی عظیمی

دانشگاه آزاد اسلامی

واحد تهران جنوب

این نکته که پرخاشگری می‌تواند به منزله یک مشکل رفتاری مهم در افراد مبتلا به ناتوانی تحولی نمایان شود، همواره مورد تأیید قرار گرفته است. اغلب پژوهشها نه تنها بر میزان شیوع پرخاشگری در افراد دارای درجات متفاوت ناتوانی عقلی و خیم، اختلالهای طیف درخودماندگی و ترکیبی از آن دو متمرکز شده‌اند، بلکه بر تأثیر رفتار پرخاشگرانه بر تحول فردی شامل کنش‌وری شناختی، سازشی و اجتماعی نیز تأکید کرده‌اند. در ادبیات پژوهشی به انواع مختلف برنامه‌های مداخله‌ای اشاره شده است که اثربخشی آنها در حذف یا کاهش رفتار پرخاشگرانه در یک دامنه سنی معین با درجات متفاوتی از ناتوانیهای تحولی به اثبات رسیده است. بسیاری از بررسیها کاربرد موفقیت‌آمیز تغییر پیشایندها، راهبردهای مبتنی بر تقویت و دستکاری پیامدها را گزارش داده‌اند. در مقاله‌ای که در این شماره در اختیار خوانندگان قرار می‌گیرد، بررسیهای مداخله رفتاری در افراد ۳ تا ۱۸ ساله واجد ناتوانیهای تحولی که بین سالهای ۱۹۸۰ و ۲۰۰۹ منتشر شده‌اند، به طور جامع و متمرکز مرور می‌شود.

اختلال تحولی نمایانگر اختلالی است که مانع تحول بهنجار در دوران کودکی می‌شود. این اختلال می‌تواند تنها یک حیطه خاص تحول (اختلال تحولی خاص) یا حیطه‌های متعدد تحول (اختلال تحولی فراگیر) را تحت تأثیر قرار دهد. ناتوانیهای عقلی و اختلالهای طیف درخودماندگی در مقوله ناتوانیهای تحولی قرار دارند. این افراد به رفتارهای چالش‌انگیز گرایش دارند. برای مثال، پرخاشگری در افراد مبتلا به ناتوانیهای عقلی بیش از جمعیت عمومی است و در افراد با تشخیص دوگانه اختلالهای تحولی فراگیر (اختلالهای طیف درخودماندگی) و ناتوانی عقلی نیز رفتار پرخاشگرانه بیشتری مشاهده می‌شود. میزان شیوع توأمان این اختلالها ۷۰٪ برآورد شده است. در این جمعیت، پرخاشگری یکی از محتمل‌ترین رفتارهایی است که برای مداخله، شناسایی می‌شود. پرخاشگری می‌تواند کیفیت زندگی فرد را در طول تحول تحت تأثیر قرار دهد و دارای پیامدهای وخیم کوتاه مدت یا دراز مدت باشد. بروز رفتار پرخاشگرانه می‌تواند ناشی از محدودیتهای محیطی یا اقدامات غیرقابل پیش‌بینی و ناگهانی باشد. جکوبسون و آکرمن (۱۹۹۳) به این نتیجه رسیدند که کاربرد برنامه‌های رفتاری محدودکننده و دارو درمانگری در درمان پرخاشگری بسیار متداول است. افزون بر این، بررسیها نشان می‌دهند که پذیرش روشهای محدودکننده، شدت رفتار پرخاشگرانه را افزایش می‌دهد. در بهترین حالت، پرخاشگری ناشی از فقدان زمان آموزش

است و در بدترین حالت، پرخاشگری می‌تواند با افزایش ایجاد موانعی در راه امکانات آموزشی، از آموزش افراد ممانعت به عمل آورد. دانکن و دیگران (۱۹۹۹) با بررسی مهارت‌های اجتماعی در چهار گروه واجد ناتوانی‌های عقلی عمیق همراه با حضور یا عدم حضور رفتارهای چالش‌انگیز مانند خود آسیب‌رسانی و پرخاشگری نشان داده‌اند که افراد دارای رفتار چالش‌انگیز در مقایسه با کسانی که رفتار چالش‌انگیز ندارند، دامنه محدودتری از رفتارهای اجتماعی را نشان می‌دهند.

مداخله زود هنگام یکی از ارکان اساسی تغییر رفتار پرخاشگرانه است. هورنر و دیگران (۲۰۰۲) با مروری بر پژوهش‌ها نشان دادند که مداخله‌های رفتاری زود هنگام به کاهش ۹۰-۸۰ درصد رفتارهای چالش‌انگیز منجر می‌گردند و عدم مداخله رفتاری در افراد واجد ناتوانی‌های تحولی موجب تداوم رفتارهای چالش‌انگیز می‌شود. تداوم و پایداری رفتارهای چالش‌انگیز نیز می‌تواند به افزایش محدودیت تجربه‌های اجتماعی، تحصیلی و محیطی افراد در دوره بزرگسالی بیانجامد. به عبارت دیگر، رفتارهای چالش‌انگیز، مانند پرخاشگری می‌توانند در طول زندگی فرد تداوم یابند و استفاده از خدمات روان‌پزشکی و یا داروهای روان‌گردان را در پی داشته باشند. به رغم آنکه شواهد تجربی نشان‌دهنده بی‌نتیجه بودن داروها هستند، اثربخشی داروها در بهبود رفتارهای چالش‌انگیز افراد درخودمانده نشان داده شده است. با این وجود، مکانیزم عمل این اثربخشی هنوز کاملاً مشخص نیست. داروهای ضد روان‌گسستگی می‌توانند عوارض جانبی بی‌شماری مانند آثار زیانبار بر یادگیری و فرصت‌های اجتماعی داشته باشند. افزون بر این، استفاده از داروها کنش رفتار پرخاشگرانه را نشان نمی‌دهد؛ تجویز داروها به ندرت علل زیربنایی رفتارهای پرخاشگرانه و خصومت‌آمیز را اصلاح می‌کنند. بنابراین، می‌توان دریافت که برنامه‌های مداخله رفتاری اولین درمان انتخابی برای هر نوع رفتار پرخاشگرانه هستند.

پرخاشگری در افراد واجد ناتوانی تحولی، یک رفتار یا مجموعه‌ای از رفتارهای آموخته شده است. فرد یاد گرفته است که با پرخاشگری نسبت به افراد دیگر به یک پیامد مطلوب دست می‌یابد. این نکته نیز آشکار است که پرخاشگری همواره در یک بافت اجتماعی روی می‌دهد. بنابراین، پیامدهای مطلوب پرخاشگری مانند کسب توجه دیگران، دستیابی به تقویت کننده‌های ملموس، فرار یا اجتناب از درخواست یا موقعیت ناخوشایند، و یا به دست آوردن پیامدهای مطلوب چندگانه، گرایش به رفتار پرخاشگرانه را افزایش می‌دهند.

اگرچه پرخاشگری رفتاری آموخته شده است، اما عواملی وجود دارند که احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهند. این عوامل می‌توانند محیطی (برای مثال، غیرقابل پیش‌بینی بودن مسائل معمول)، فیزیولوژیکی (برای مثال، محرومیت از خواب)، یا اجتماعی (برای مثال، حضور فرد نامطلوب) باشند. برخی از مداخله‌های رفتاری، محیط را برای مطابقت دادن آن با نیازهای رفتاری فرد تغییر می‌دهند. این نوع مداخله‌ها شامل غنی‌سازی محیط، برنامه‌های روزانه، امکان انتخاب، اصلاح برنامه‌های درسی و یا تغییر ویژگی‌های شرایط فیزیکی هستند.

مرور ادبیات پژوهشی در افراد واجد اختلال‌های طیف درخودماندگی و ناتوانی عقلی ۳ تا ۱۸ ساله در سالهای ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۹ نشان می‌دهد که برنامه‌های درمانگری متعددی برای درمان پرخاشگری کودکان به کار گرفته شده است که از مهمترین آنها می‌توان به خاموشی، آموزش برقراری ارتباط، شیوه‌های تقویت تفکیکی و غنی‌سازی محیط در کاهش رفتار پرخاشگرانه و افزایش رفتارهای مناسب اشاره کرد که هر کدام مبانی نظری و شیوه‌های مداخله‌ای متفاوتی برای درمان دارند. نویسندگان این مقاله مروری با تمرکز بر انواع بررسی‌های مداخله‌ای بدین نتیجه رسیده‌اند که اغلب مداخله‌هایی که

برای درمان رفتار پرخاشگرانه در افراد واجد ناتوانیهای تحولی مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند، می‌توانند به حذف یا کاهش رفتار چالش‌انگیز بیانجامند. این مداخله‌ها شامل دستکاری پیشایندها و ایجاد تغییر در بافت آموزشی، راهبردهای مبتنی بر تقویت و راهبردهای کاهش رفتار بودند. پایداری اثربخشی این مداخله‌ها در مراحل پیگیری نیز تأیید شده‌اند.

در مجموع، نتایج این بررسی مروری نشان دادند که درمانهای انجام شده در کاهش یا حذف پرخاشگری افراد ۳-۱۸ ساله مؤثر بوده‌اند. پژوهشهای آتی می‌توانند بر ترکیبی از تحلیلهای کمی و کیفی داده‌ها، و تجدید و تکرار درمانهای موفقیت‌آمیز با روشهایی که اثربخشی آنها نشان داده شده است، متمرکز شوند. این امر می‌تواند محدودیتهای مشخص شده در مرور حاضر را تسهیل کند. در بسیاری از پژوهشها اندازه‌های پیگیری و تعمیم مزایای درمان به ندرت گزارش شده‌اند، ارزیابیهای رفتار کنشی به هنگام اعمال مداخله اغلب مشخص نشده‌اند، و تعریف عملیاتی روش‌شناسی و سنجشها - که امکان تجدید و تکرار درمانهای کارآمدتر را میسر می‌سازند- ارایه نشده‌اند. به عقیده این مؤلفان دستکاری پیشایندها و تغییرات در بافت آموزشی باید به عنوان بخشی از هر بسته درمانگری جامع برای رفتار پرخاشگرانه در نظر گرفته شود.

